HAL
open science

Handicap, vieillissement et accessibilité. Exemples en France et au Québec

Béatrice Chaudet

To cite this version:

Béatrice Chaudet. Handicap, vieillissement et accessibilité. Exemples en France et au Québec. Géographie. Université d'Angers, 2009. Français. NNT : . tel-00459835

HAL Id: tel-00459835

https://theses.hal.science/tel-00459835

Submitted on 25 Feb 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE D'ANGERS **Année 2009**
N°d'ordre : 1017

HANDICAP, VIEILLISSEMENT ET ACCESSIBILITE.
EXEMPLES EN FRANCE ET AU QUEBEC.

THESE DE DOCTORAT

Géographie.

ÉCOLE DOCTORALE DEGEST
« DROIT, ECONOMIE, GESTION, ENVIRONNEMENT, SOCIETES ET TERRITOIRES »

Présentée et soutenue publiquement

le 9 novembre 2009

à Angers,

par Béatrice Chaudet

Composition du jury :

M. Franck Bodin, Maître de conférence, Université Lille 1
M. Jean Carrière, Professeur émérite, Université du Québec à Montréal (UQAM)
Mme Nicole Commerçon, Directrice de recherche émérite CNRS, laboratoire « Ville, environnement, société», ISH, Lyon
M. Sébastien Fleuret, Chargé de recherche CNRS, l'Université d'Angers, co-directeur
M. Christian Pihet, Professeur Université d'Angers, directeur de recherche
M. Vincent Veschambre, Professeur, Université Blaise- Pascal Clermont-Ferrand

Centre angevin de recherche sur les territoires et l'aménagement (CARTA)
UMR ESO 6590 – Espaces et Sociétés
Maison des sciences humaines – 5bis Boulevard Lavoisier – 49000 Angers

UNIVERSITE D'ANGERS

Année 2009
N°d'ordre : 1017

HANDICAP, VIEILLISSEMENT ET ACCESSIBILITE.
EXEMPLES EN FRANCE ET AU QUEBEC.

THESE DE DOCTORAT

Géographie.

ÉCOLE DOCTORALE DEGEST
« DROIT, ECONOMIE, GESTION, ENVIRONNEMENT, SOCIETES ET TERRITOIRES »

Présentée et soutenue publiquement

le 9 novembre 2009

à Angers,

par Béatrice Chaudet

Composition du jury :

M. Franck Bodin, Maître de conférence, Université Lille 1
M. Jean Carrière, Professeur émérite, Université du Québec à Montréal (UQAM)
Mme Nicole Commerçon, Directrice de recherche émérite CNRS, laboratoire « Ville, environnement, société», ISH, Lyon
M. Sébastien Fleuret, Chargé de recherche CNRS, l'Université d'Angers, co-directeur
M. Christian Pihet, Professeur Université d'Angers, directeur de recherche
M. Vincent Veschambre, Professeur, Université Blaise- Pascal Clermont-Ferrand

Centre angevin de recherche sur les territoires et l'aménagement (CARTA)
UMR ESO 6590 – Espaces et Sociétés
Maison des sciences humaines – 5bis Boulevard Lavoisier – 49000 Angers

REMERCIEMENTS

Le premier remerciement est vraisemblablement le plus important à mes yeux : celui qui s'adresse à toutes les personnes croisées ici, là-bas ou ailleurs, qui m'ont permis d'engager et de poursuivre *pas à pas* ce travail de recherche.

Je tiens à remercier Sébastien Fleuret, chercheur CNRS à l'Université d'Angers, qui a su me laisser la liberté nécessaire à l'accomplissement de ce travail tout en conservant un œil critique et avisé. Aussi je tiens à remercier Christian Pihet, pour avoir encadré mon travail depuis le mémoire de Maîtrise, de DEA et pendant ces années de thèse. Tous les deux ont montré de l'intérêt pour mes travaux et ont répondu à mes sollicitations. Je les remercie particulièrement tous les deux pour leurs conseils et leurs soutiens renouvelé au fil de ces années de thèse.

Je remercie Jean Carrière et Nicole Commerçon de m'avoir fait l'honneur d'être les rapporteurs de cette thèse, mais aussi Vincent Veschambre et Franck Bodin d'avoir accepter de participer à ce jury de thèse. J'éprouve un profond respect pour leur travail, leur parcours et pour leurs qualités humaines. Le regard critique qu'ils ont porté sur mes travaux ne peut que m'encourager à être plus perspicace.

Je tiens également à remercier le Conseil général du Maine et Loire, plus particulièrement le services Départemental des Interventions Sociales et des Solidarités (DISS), l'équipe de recherche 2H2S dirigées par Jean Baptiste Humeau pour leur soutien financier lors de cette étude doctorale. Mais aussi le soutien de Jean Soumagne, pour son soutien lors de ma formation de monitrice au département de géographie de l'université d'Angers.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué à cette recherche, notamment, Daniel Thomas, par son accueil en Abitibi Témiscamingue au Québec, André Michaud, les membres du département de géographie d'Angers, du laboratoire CARTA ; du laboratoire RESO ; les membres de l'Atlas du Québec pour leur accueil, les doctorants, les chercheurs et les enseignants-chercheurs qui, par leurs précieuses remarques ont permis de clarifier ce manuscrit notamment Amélie Mayi ; Alain Legendre ; André Michaud ; Anne-cécile Hoyez ; Carine Péribois ; Emmanuel Bioteau ; Eugénie Terrier ; Franck Dorso ; Geneviève Pierre ; Matthieu Philibert ; Mickael Spivock ; Morgan Berger ; Nadia Ait Ahmed ; Pauline Bosredon ; Raymonde Séchet ; Sandrine Depeau ; Sébastien Jacquot ; Stéphane Lefebvre ; Stéphane

Roche ; Yvon le Caro ; …

Je remercie aussi toutes les personnes qui m'ont encouragée au fil de cette thèse qui est aussi la leur. Je remercie aussi tous ceux et celles dont le nom n'apparaît pas ici, et qui m'ont aidée d'une manière ou d'une autre. Merci à ; Angélina & Michael ; Angélique & Jean Marie, Anne Cécile & Bernie ; Carine & Nico ; Caroh ; Charles L. ; Christelle & Matthieu ; Christophe & Pauline ; David & Angélique ; David et Elodie ; Didier et Ludovic ; Eliane ; François Heudge ; Gwenn & Alex ; Ingrid ; Jeff ; Jocelyn ; Joel et Aurélie ; Julien ; Kelly & Manu ; Ln & Tayeb ; Manu & Anca ; Manu & Steph ; Marcel & Josette Maria ; MarieMo ; Marie & Hervé ; Mélina ; Morgan ; Nadia ; Nico D ; Nolwenn ; Peggy & Norbert ; Pol ; Ronan ; Sandrine ; Sébastien J. ; Sébastien T. ; Simon ; l'équipe des *Très* Courts Métrages de Rennes ; Véro ; Vincent ; Virginie et Benjamin ; Yann ; et bien d'autres encore qui ont un regard bienveillant quant à l'avancée de mes travaux …

Je ne peux passer sous silence le soutien infaillible, le courage et la joie de vivre de ma grand-mère : Clémentine, mais aussi celui de ma famille en particulier Vincent dont le soutien et la compréhension ont été de véritables ressources.

Avec vous, ce travail de recherche a pu se concrétiser,

A Clémentine, Lilian et Lilly-Rose

A VOUS TOUS MERCI.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS..... 7

SOMMAIRE..... 9

AVANT-PROPOS.....11

INTRODUCTION GENERALE..... 13

PREMIERE PARTIE. SITUATION DE HANDICAP, VIEILLISSEMENT ET ACCESSIBILITE : UNE APPROCHE GEOGRAPHIQUE..... 25

CHAPITRE 1. L'ACCESSIBILITE : UNE APPROCHE TRANSVERSALE DETERMINANTE….....29

CHAPITRE 2. DIMENSION SPATIALE DES HANDICAPS LIES AU VIEILLISSEMENT……..... 65

CHAPITRE 3. ENJEUX SOCIAUX ET SPATIAUX DES HANDICAPS LIES AU VIEILLISSEMENT.....109

DEUXIEME PARTIE. PROCESSUS DE MISE EN ACCESSIBILITE ET TERRITORIALISATION DES POLITIQUES PUBLIQUES …… ….....153

CHAPITRE 4.COORDINATION DE L'ACTION GERONTOLOGIQUE ET CULTURE DE RESEAU : SUPPORT D'UNE REPONSE DE PROXIMITE ?.....157

CHAPITRE 5. INSTITUTIONNALISER OU RENFORCER LES POLITIQUES D'ACCESSIBILITE……217

TROISIEME PARTIE. QUALITE DE L'ESPACE URBAIN PROCHE DU DOMICILE, FACTEUR DU MAINTIEN DE LA MOBILITE DES PERSONNES AGEES….....…273

CHAPITRE 6. ETUDE MICROLOCALE DES DEPLACEMENTS DES PERSONNES AGEES AUTOUR DE LEUR DOMICILE : DE L'OBSERVATION AU DISCOURS ……..... 277

CHAPITRE 7. PRATIQUES DU TERRITOIRE URBAIN DE PROXIMITE : TACTIQUES ET STRATEGIES MISES EN ŒUVRE……..…….....323

CHAPITRE 8. DE L'OBSERVATION AUX PRATIQUES SPATIALES DES PERSONNES AGEES : UN MODELE D'EVALUATION DE L'ACCESSIBILITE……..……...…….....355

DISCUSSION. COORDINATION ET CONCERTATION : UN CONSENSUS POUR ACCEDER A DES ESPACES DE QUALITE ET DE BIEN ETRE ? …….....389

CONCLUSION GENERALE …….....407

BIBLIOGRAPHIE…….....415

LISTE DES ACRONYMES - DES CARTES – FIGURES - TABLEAUX

ANNEXES

TABLES DES MATIERES.....460

AVANT-PROPOS

En travaillant durant près de six ans autour de ce sujet, j'ai entendu et écouté les préoccupations des politiques publiques, des associations, des organismes communautaires et des citoyens français et québécois autour de l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des populations âgées et plus largement des populations fragiles et vulnérables. Aborder ce sujet n'est pas traiter le sujet de la bonne conscience, face à ces situations qu'il faut seulement regarder en face. Pour autant, nous sommes obligés de constater que l'individualisme de nos sociétés occidentales est bien loin, d'accepter l'autre, d'accepter ses différences, soulevant la réflexion d'une meilleure inclusion sociale.

En quelques mots, les étés passés auprès de personnes handicapées âgées de 6 à 60 ans, au sein d'établissements d'accueil de personnes déficientes visuelles, sensorielles, intellectuelles et/ou motrices m'ont ouvert les yeux sur l'incohérence des aménagements urbains et sur les difficultés d'intégration des personnes fragiles.

« L'objectif du séjour est de permettre aux résidents de passer de bonnes vacances. A l'intérieur du centre, on est dans un monde sous cloche, un monde à part, […] mais pour autant il faut profiter des vacances pour visiter la région avec eux comme vous pourriez le faire...»

Mot d'accueil du responsable du centre - Xavier-

«- Quand on est à l'intérieur, ils (les résidents) sont eux même, et quand on apprend à les connaître, on sait même quand ils sont contents, tristes… Ce qui est sûr c'est que dès qu'on franchit le portail, on ressent comme eux le regard des habitants du coin et la pitié.

- C'est vrai que nous sommes dévisagés, les regards se font compatissants à notre égard […] pour les résidents c'est plus de l'ordre de la pitié, de la peur […]

- C'est exaspérant parce que la différence physique ou intellectuelle peut toucher tous le monde et là ils se rendraient compte que ce n'est pas parce qu'on a un handicap qu'on ne ressent pas le regard ou les expressions des gens qu'on croise[…] bien au contraire.»

Emmanuelle & Eric - Animateurs encadrants

« Ce qui m'agace le plus c'est au bar du coin, ils refusent qu'on entre avec eux, on doit rester en terrasse derrière […]» « en même temps on ne peut passer inaperçu vu comment on se galère ici avec les fauteuils : entre les trottoirs et l'entrée du resto d'hier c'était vraiment nul » « Tu sais c'est pas mieux avec Sarah (aveugle) : il faut la prévenir de tous les carrefours et vérifier qu'elle ne change de chemin

parce que tout à coup elle fait plus la différence entre la rue et le trottoir. »

Christophe, Muriel & Abdel - Animateurs Encadrants

Ces extraits évoquent combien l'intégration des populations handicapées et les déplacements des personnes déficientes motrices, sensorielles et/ou intellectuelles font figure de véritables parcours du combattant. A la notion de handicap se greffent les concepts d'accessibilité, d'aménagements urbains et de création d'équipements favorisant la mobilité quotidienne, l'autonomie et l'inclusion des personnes dans la cité.

Ces expériences ont confirmé notre choix d'aborder la question des situations de handicap au cœur de la ville d'Angers[1]. Ajoutons que le contexte démographique actuel, caractérisé par le vieillissement de la population, est favorable à la prise de conscience des citoyens et des élus locaux en matière des besoins en matière d'aménagement de l'espace pour tous. Les équipements et les services nécessaires au bien-être et à l'amélioration de la qualité de vie des personnes vieillissantes sont proches de ceux exprimés et ressentis par les personnes en situation de handicap. C'est l'objet de l'étude effectuée dans le cadre du DEA « Régulations sociales » intitulé : *Handicap liés au vieillissement : le cas du Maine et Loire.* Cette étude s'articulait autour de la notion de handicap d'une part, celle du vieillissement d'autre part et leur combinaison. Les personnes âgées ayant une déficience physique et/ou sensorielle était la population ciblée. Cette étude a permis de reconnaître que les difficultés et les obstacles rencontrés par les personnes âgées et les personnes ayant des limitations fonctionnelles (physiques et sensorielles) lors de leurs déplacements quotidiens sont similaires[2]. Dès lors, promouvoir la mise en accessibilité de l'espace public suppose d'interroger les rapports de l'homme à l'espace et plus particulièrement celui des individus et des groupes d'individus les plus vulnérables avec l'espace tel qu'il est pensé, produit, aménagé.

Quand une minorité devient une majorité, les actions à mener doivent-elles changer ?

---

[1] Mémoire de maîtrise intitulé *La ville et le handicap : l'exemple de la ville d'Angers*, nous avons appréhendé la place des personnes handicapées motrices et ou sensorielles en milieu urbain. Nous avons mis en lumière les gênes et obstacles auxquels cette frange de la population est confrontée au quotidien à travers l'exemple de la ville d'Angers, dans le département du Maine et Loire.

[2] Mémoire de DEA intitulé *Handicap liés au vieillissement : le cas du Maine et Loire.* L'objectif de cette étude consistait à réaliser un diagnostic d'accessibilité de *l'espace trajet spécifique*. Ce diagnostic s'est concrétisé par la création d'un outil d'évaluation de l'accessibilité des *espaces trajets*. Les choix opérés sont alors fondés sur les déplacements quotidiens et de ce fait permettent aux personnes âgées et/ou handicapées de maintenir leur autonomie le plus longtemps possible dans leur environnement.

INTRODUCTION GENERALE

Les ouvrages en sciences humaines et sociales conjuguant des réflexions sur le vieillissement et sur le handicap se multiplient (Ennuyer, 2000 ; Henrard, 2002, Ravaud, 2005). Cependant, ils sont moins nombreux dans le domaine de la géographie (Thouez, 2001 : Dumont G-F, 2006) et quelques uns seulement abordent la question de l'accessibilité (Thomas, 2005 ; Bodin, 2007), à laquelle cette thèse prétend apporter une contribution à la lumière d'études de cas en France et au Canada (Québec). Le thème n'est pourtant pas absent des réflexions internationales : les rencontres organisées depuis près de six ans en France comme au Québec[3], montrent la réelle préoccupation des acteurs territoriaux et institutionnels, dans des domaines aussi divers que ceux de la géographie, de la santé, de la sociologie, de l'urbanisme ou encore de la psychologie. Ces rencontres internationales invitent l'ensemble des acteurs de ces disciplines à construire des passerelles entre les champs de la santé, du social et de l'aménagement du territoire. Avec les acteurs impliqués dans les processus de mise en oeuvre de l'accessibilité aux échelles nationales et locales, ce sont les modes d'actions pour réguler l'accès aux lieux, aux services et à l'information qui seront observés, analysés et interprétés.

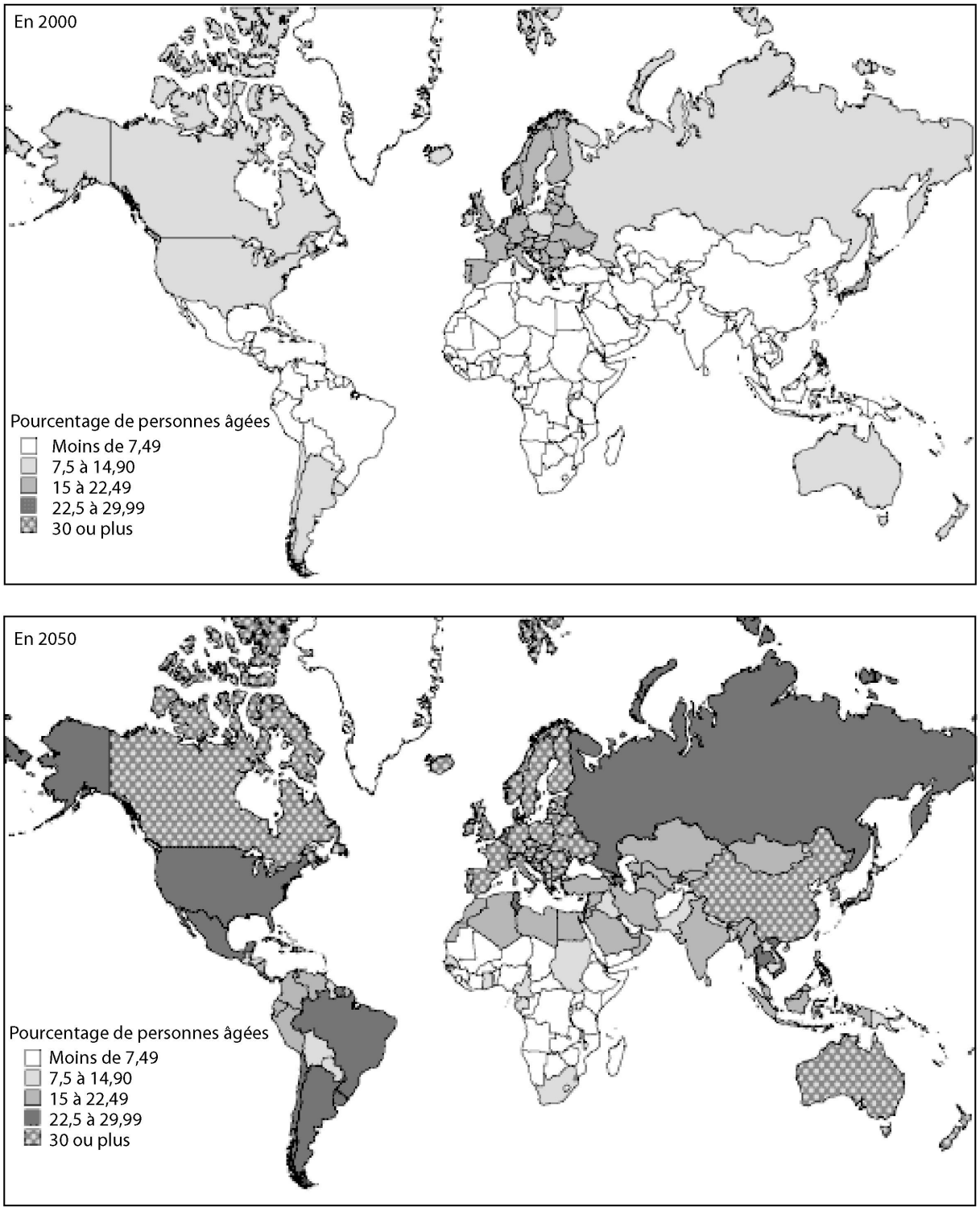
Une approche transdisciplinaire

Les mécanismes du vieillissement sont à la croisée de plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales. La notion de vieillissement en sciences sociales évoque à la fois un phénomène collectif et une expérience individuelle qui sont exprimés en termes d'intégration sociale et de qualité de vie suivant les regards objectifs et subjectifs des différents acteurs (Institutionnels, professionnels de la santé, du social, de l'aménagement du territoire, de l'urbanisme la société civile dont les personnes âgées, les personnes handicapées *etc.).*Ce phénomène démographique fait référence aux changements intervenus en terme de fécondité et de mortalité. Ainsi, le concept de « vieillissement collectif » s'appuie sur les modifications de la structure par âge et par sexe, qui à leur tour, modifient l'évolution des structures économiques et sociales. L'évolution démographique des pays industrialisés caractérise l'ampleur du

[3] Pour n'en citer que quelques unes : Assises nationales de l'accessibilité, Paris 2004, Assises nationales de la santé, des services de soins et territoires, Tours, 2004, Les rencontres Champlain Montaigne à Québec en 2005, le colloque *« Inclusion sociale : sommes-nous près et prêts ? »*, Montréal en 2004, *etc.*

phénomène du vieillissement pour ces populations. (Carte 1)

Carte 1. Répartition de la population âgée de 65 ans et plus par pays.



Source : Division de la population des Nations Unies, World Population Prospects, The revision 2004 (New York, Nations Unies 2005)

En l'an 2000, l'Europe recensait près de 20% des personnes âgées de 65 ans et plus. D'ici 2050, ce nombre devrait continuer de croître à l'échelle mondiale. Certaines régions pourraient ainsi voir doubler le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus du fait de l'arrivée de la génération issue du *baby-boom* à un âge de plus en plus avancé et en raison de la baisse de la natalité.

L'accroissement en nombre des personnes âgées ne se répartit pas de façon homogène, en 2000 les pays occidentaux sont principalement concernés, en 2050 cette perspective se confirme et annonce l'expansion du phénomène du vieillissement démographique à l'ensemble de l'espace mondial. Les pays de l'Union Européenne, le Canada, la Chine et l'Australie sont parmi les pays qui concentrent les plus fortes proportions de personnes âgées de 65 ans et plus. Cette dimension géographique avive l'intérêt d'une recherche comparative. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux populations vieillissantes française et canadienne. Plus précisément ; nous avons choisi d'étudier le vieillissement de la population au sein de quelques collectivités locales situées dans l'Ouest de la France et dans la province canadienne du Québec, qui en 2001 est l'une des deux provinces qui affichent un taux de population âgée parmi les plus élevés avec la Nouvelle Écosse.

Aux côtés des démographes, les équipes de recherches en santé publique ont aussi investi ce champ de recherche (Henrard, Clément, Deriennic 1996 ; Palard, Vezina, 2008) en l'appliquant à la gérontologie. Les recherches mobilisent plusieurs disciplines : épidémiologie, médecine, sociologie, psychologie, *etc.* Elles reposent sur la mise en place, le suivi et l'analyse des pathologies associées à l'avancée en âge, telles que l'apparition de démence, d'incapacités fonctionnelles, *etc.* Dès lors, le vieillissement est associé aux réalités individuelles biologiques définies comme « *l'ensemble des mécanismes qui diminuent progressivement la capacité de l'organisme à faire face aux exigences variables de l'environnement et à maintenir l'intégration des organes assurant les fonctions vitales essentielles* » (Ladislas, 1994). Cette vision essentiellement médicale ou gériatrique correspond à la médecine telle qu'elle doit être appliquée à la personne âgée, de la prévention au traitement et à la prise en charge. Or la personne âgée évolue dans un environnement qui est plus ou moins favorable à sa mobilité et au maintien de son autonomie. Si le fait de vieillir entraîne des déficiences, cela n'est pas synonyme de maladie ou de handicap systématique. Il importe de prendre en considération les conditions biologiques de la personne mais aussi le contexte environnemental, économique, politique et culturel (Barral, Patterson, Stiker, Chauvière, 2000).

Cette approche pluridisciplinaire du vieillissement, dont on ne peut se départir, fait alors référence au concept largement subjectif de santé défini par l'Organisation Mondiale de la Santé

(OMS) comme le *« complet bien-être physique mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*[4] *»*. Cette notion de complet bien-être est toute relative puisqu'elle ne prend en compte que la personne et non son milieu de vie. Le colloque « *Peut-on prétendre à des espaces de qualité et de bien-être ?* [5]» (Fleuret, 2006) a suscité des débats entre les différentes disciplines de sciences sociales quant à l'approche spatiale de cette notion. Selon Antoine Bailly, « *le bien-être est une notion qui fait appel à la fois aux analyses individuelles et collectives. Il nous renvoie à la totalité des relations entre les hommes la société et le milieu »* (Bailly, 1981). Le bien-être varie selon l'environnement de la personne. Il est non seulement fonction des conditions de vie mais aussi des ressources individuelles et collectives. On s'accorde alors à suivre la définition suivante : le bien-être est un *« état physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrance qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé »* (Dubos, 1985). Dès lors, *Penser le bien-être* (Fleuret, Séchet, 2002) laisse supposer que les politiques publiques ne peuvent se satisfaire du bien-être considéré comme absence d'altération physiologique et pose implicitement la question de l'accès aux soins et aux services sociaux. Cette question se pose avec d'autant plus d'acuité que l'objet de notre étude porte sur une population vulnérable et fragilisée par l'avancée en âge, fréquemment caractérisée par l'apparition de limitations fonctionnelles, en particulier les déficiences motrices et/ou sensorielles. Les personnes vieillissantes en perte d'autonomie ou au seuil de la dépendance sont aussi celles qui ont un recours régulier aux services sanitaires et sociaux, celles qui font l'objet de nombreux malentendus terminologiques au sujet de la dépendance (Ennuyer, 2002). Notre étude requiert donc la confrontation de plusieurs regards disciplinaires issus des sciences de la santé et des sciences humaines et sociales de façon à identifier les convergences possibles de leurs actions en direction des personnes fragiles sur le territoire.

Les objectifs de la recherche

Dans un premier temps, il nous apparaît nécessaire de faire la lumière sur les termes

---

[4] Préambule à la constitution de l'organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la conférence internationale de la santé, New York, 19-22 juin 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé, n°2, pp. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

[5] Colloque international, *« Peut-on prétendre à des Espaces de qualité et de bien être ? »* Angers, 23-24 septembre 2004.- FLEURET S. (dir.), (2006), « Espaces, qualité de vie et bien-être », Angers, Presses de l'Université d'Angers, 318 pages.

utilisés[6] : handicap, situation de handicap, vieillissement de la population et accessibilité, de façon à comprendre les enjeux sociaux et spatiaux induits par ces phénomènes. Avec l'amélioration des conditions de vie et de l'accès aux services de soins, l'espérance de vie des personnes âgées s'est allongée de près de vingt ans durant ces quarante dernières années (*i.e.* face 1960). Alors qu'une majorité d'entre elles mourraient auparavant de maladies chroniques, elles meurent aujourd'hui de vieillesse.

Aujourd'hui, pour un grand nombre de personnes âgées et leur famille, c'est le choix de vivre à domicile qui est privilégié, du fait de la présence de services d'aides et de soins à domicile qui permet de préserver leur autonomie le plus longtemps possible. Les politiques publiques mises en œuvre favorisent le soutien à domicile[7], en développant un panel de services adaptés à la personne, qui permet d'accéder suivant les besoins de chacun, à une aide technique et/ou humaine adaptée. Lorsque le soutien à domicile n'est plus possible, en raison de l'épuisement des aidants naturels (familles, proches, voisins, *etc.*), ce sont les structures d'accueil intermédiaire qui sont susceptibles de prendre le relais. En assurant l'accueil des personnes âgées autonomes (dans des résidences pour personnes âgées autonomes, des logements foyers[8], *etc.*), ces structures retardent le placement dans des structures médicalisées réservées aux moins autonomes (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) en France ou Centre de Soins de Longue Durée (CHSLD) au Québec).

L'accroissement en nombre des personnes âgées est l'une des caractéristiques des sociétés, et devient par conséquent un enjeu majeur pour les pouvoirs publics : Quelle orientation donner aux politiques publiques en direction des populations vieillissantes ? Ces politiques se révèlent à plusieurs niveaux, du national au local, en mettant en relation les différents secteurs d'intervention à la fois sanitaire et social, mais également l'aménagement du territoire.

Précisons d'emblée que nous avons choisi de retenir les dimensions sociales et spatiales des politiques publiques menées dans le champ du handicap, du vieillissement de la population et de

---

[6] La question du vieillissement des personnes handicapées sera traitée uniquement dans le but de vérifier si le handicap survenant avec l'âge pose les mêmes problématique et requiert les mêmes interventions de la part des pouvoirs publics.

[7] On privilégiera la notion de soutien à domicile à celle de maintien à domicile. Le soutien à domicile indique que l'aide apportée à une personne âgée répond à une volonté de celle-ci de vivre à son domicile.

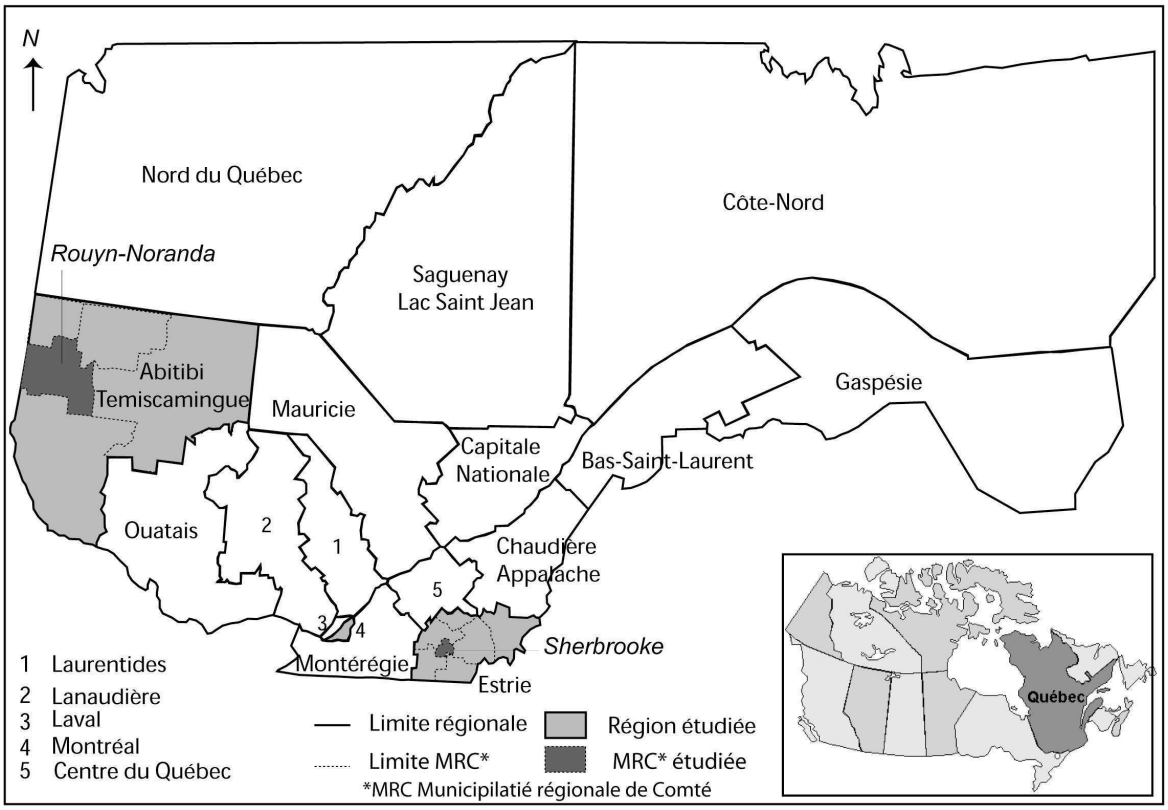
[8] La circulaire du 5 décembre 1974 donnait la définition suivante des foyers-logements : *« Les logements-foyers sont destinés aux personnes âgées capables de vivre de manière habituelle dans un logement indépendant mais ayant besoin occasionnellement d'être aidées ; cette formule convient tout particulièrement aux personnes isolées, aux couples dont les forces déclinent, aux personnes sortant de centres de rééducation fonctionnelle ne pouvant vivre en logement autonome. Ils devront pouvoir être facilement adaptés aux besoins des personnes handicapées. ».*

l'accessibilité. Implicitement associée aux projets de maintien de l'autonomie et d'aménagement du territoire, la dimension économique pourrait, à elle seule, faire l'objet d'un projet de recherche. Notre défi consiste donc à mettre en exergue les logiques sociales et spatiales mises en œuvre sur le territoire tout en conservant en toile de fond l'idée que la dimension économique est un facteur influant dans le domaine de la santé, du social et de l'aménagement du territoire. Ainsi, les dimensions sociale et spatiale présentées au cours de cette étude s'insèrent dans une stratégie de développement durable des territoires. Ma conviction est que l'accessibilité, le handicap et le vieillissement participent à la production d'espace de qualité et de bien-être.

Les thématiques abordées au cours de cette étude se concentrent d'une part sur l'implication des acteurs locaux, régionaux et nationaux dans le domaine de l'accessibilité, mais aussi sur les politiques publiques menées en faveur du soutien à domicile à l'échelle locale. D'autre part nous interrogeons l'accès aux services sanitaires et sociaux et l'accessibilité des espaces de vie des personnes âgées. Avec l'avancée en âge, la prévalence des situations de handicap et l'apparition de la dépendance – *versus* autonomie – modifient considérablement les besoins des plus âgés. Dans ces conditions, le soutien à domicile requiert une aide humaine et technique de plus en plus importante et des soins spécialisés.

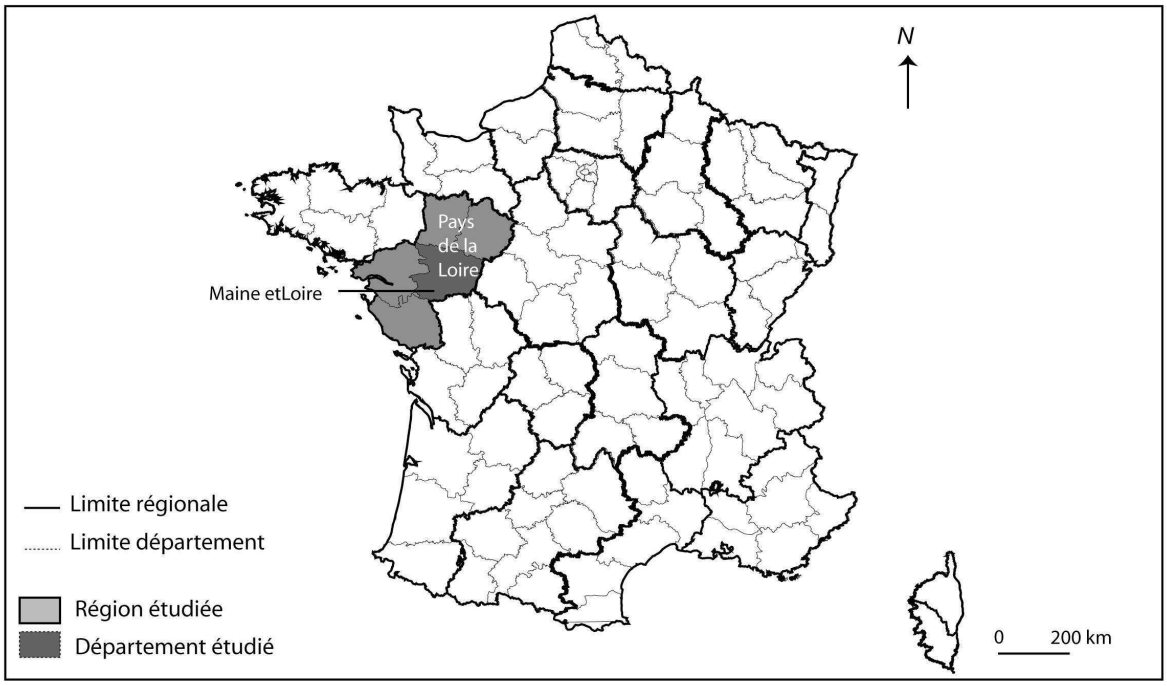
L'adéquation entre l'offre et la demande repose en partie sur la répartition des services sanitaires et sociaux sur le territoire. En effet, le vieillissement de la population engendre une prise en charge sanitaire et sociale accrue à laquelle les pouvoirs publics, les élus locaux et les multiples intervenants de la santé et des services sociaux essaient de répondre le plus adéquatement possible. Or l'offre de services et d'équipements en direction des personnes âgées présente de fortes disparités territoriales en France et au Québec. Nous accorderons une attention particulière à la mise en œuvre des politiques publiques à l'échelle locale urbaine, à travers l'étude comparée de quelques collectivités territoriales en France et au Québec. Les études de cas choisies sont les collectivités québécoises de Rouyn-Noranda, Sherbrooke et Montréal ; les municipalités françaises auxquelles nous nous sommes intéressés sont situées dans l'Ouest Français, et dans le département du Maine et Loire (Cartes 2 et 3).

Carte 2. Localisation des études de cas au Québec.



Source : Direction des affaires municipales et régions du Québec, mai 2005

Carte 3. Localisation des espaces d'études en France



Source :INSEE, Estimations localisées de population d'après le recensement de 1999
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, nov. 2006

Si des transformations territoriales s'avèrent nécessaires, elles ne sont pas sans poser de difficultés, ce qui justifie la mise en place de la coordination des services sanitaires et sociaux, d'un suivi de la personne âgée *via la gestion de cas* ou encore *le projet individualisé.* Suite à la réorganisation des services sanitaires et sociaux, les services sanitaires spécialisés sont de plus en plus souvent localisés au cœur des agglomérations urbaines ; ce qui induit une concentration des personnes âgées vers les centres urbains. De fait, pour de multiples raisons inhérentes au rapprochement familial, à la qualité de la prise en charge, à la proximité des services, des équipements et des infrastructures socio-sanitaires, le choix de résidence des personnes âgées consiste à rejoindre les bourgs, les centres urbains. Quelle qu'en soit l'échelle, les centres urbains semblent drainer l'ensemble des investissements. Or les villes françaises et québécoises sont fondamentalement différentes à la fois sur le plan démographique, morphologique, fonctionnel et socioculturel. Nous interrogerons l'influence de l'organisation différenciée des espaces urbains nord-américains et européens sur les pratiques spatiales des personnes âgées.

Être mobile au quotidien, pour les personnes vieillissantes, constitue un véritable défi d'autant qu'avec l'avancée en âge, la mobilité diminue et réduit progressivement le périmètre de déplacement du piéton et par conséquent l'espace de vie du quotidien. En s'intéressant aux pratiques spatiales des personnes âgées au seuil de la dépendance autour de leur domicile, nous interrogeons le cheminement de la personne âgée afin de caractériser leurs espaces de qualité et de bien-être, compris ici comme des espaces favorables à la participation sociale des personnes âgées au seuil de la dépendance. Pour cela, nous avons mené une étude qualitative fondée sur six études de cas en France et au Québec et suivie une méthodologie en trois temps : observation, discours puis parcours. L'observation de l'environnement immédiat du domicile des personnes âgées associée aux récits des déplacements du quotidien et aux parcours accompagnés constituent les trois ressources essentielles pour la compréhension des comportements spatialisés des personnes âgées à l'échelle micro locale.

L'observation permet de saisir l'expérience des individus au quotidien, de repérer les itinéraires empruntés par les personnes âgées, de suivre la progression de leurs déplacements autour de leur domicile. Au cours de ce déplacement, l'observateur prend note du trajet choisi, du rythme de la personne âgée, de ses pauses, des lieux fréquentés. L'observateur repère et photographie les aménagements facilitant ou invalidant le cheminement. L'observation seule permet de cerner des tendances relatives aux comportements et aux pratiques spatiales des personnes âgées, or pour affiner notre analyse, nous avons choisi de confronter ces observations aux discours des personnes âgées. Pour cela, les personnes âgées sont invitées à raconter, décrire le dernier déplacement effectué puis les parcours qu'elles effectuent régulièrement. De ce fait,

les mots et les expressions choisies lors du discours sont mis à l'épreuve du parcours accompagné du chercheur afin d'identifier les obstacles au cheminement, et la cohérence entre l'observation, le discours et le parcours. Le chercheur propose aux personnes âgées, qu'il a préalablement interviewées, de les accompagner tout au long d'un trajet qu'elles effectuent régulièrement. Les données recueillies sont comparées aux observations préalables et aux discours tenus par les personnes âgées. Ainsi, le parcours accompagné est le révélateur des possibles cheminements de l'individu autour de son domicile.

Dès lors, que la mobilité diminue avec l'âge et limite le périmètre de déplacement et par conséquent l'espace de vie du quotidien, l'environnement du domicile requiert des adaptations, des aménagements durables. De ce fait, l'environnement immédiat du domicile joue un rôle majeur sur la mobilité quotidienne, sur la participation sociale et donc sur la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées. Ainsi, c'est l'usage et la qualité d'usage de l'espace urbain pour tous qui nous interpellent ici. De cette manière, par le biais de l'expérience sensible menée auprès des us'âgés de l'espace public, il est possible de confronter la perception et le vécu de l'environnement urbain des usagers, aux regards des élus locaux mais aussi des organismes ou des associations présentes. Les perceptions de ces micros territoires nous invitent à nous interroger sur le choix d'une échelle pertinente pour évaluer les besoins des personnes âgées en quête d'autonomie et de participation sociale.

Afin de maintenir l'autonomie des personnes âgées, de réduire les situations de handicap et de favoriser leur participation sociale au sein de la cité, les politiques publiques françaises et québécoises renouvellent la législation en direction des personnes handicapées et imposent aux collectivités locales la mise en accessibilité du territoire et des espaces publics. Ces lois, en France comme au Québec, impliquent les élus au niveau local et national dans une démarche de mise en accessibilité et dans une réflexion territoriale visant à favoriser l'intégration et l'inclusion d'un panel de la population plus vaste que le seul groupe des personnes handicapées, en tenant compte de l'ensemble de la population, dont les personnes âgées.

Si les recherches anglo-saxonnes abordent la question de l'accessibilité *via* un champ de recherche spécifique au handicap celui des *Disability studies* (Imrie, 2000),les travaux relatifs à l'accessibilité ont émergé en France au cours des années 1970-1980 avec les travaux de J. Sanchez présentant l'accessibilité comme concept d'intégration (Sanchez, 1989), aujourd'hui, les travaux français adoptent les concepts de V*ille accessible à tous* (CERTU, 2007 ; Heyrman, 2005) ou encore de *conception universelle* (Goldsmith, 2000 ; Hall, 2001) incluant. Ce courant de pensée concerne alors des champs disciplinaires complémentaires à ceux de la santé et du social tels que l'architecture, l'urbanisme, l'aménagement du territoire. Cette complémentarité

nous conduit à lire la notion d'accessibilité dans une perspective systémique, où le concept d'accessibilité prend tout son sens, dès lors qu'il est envisagé comme un processus d'évolution favorisant l'inclusion sociale des populations.

La structure de la thèse

La problématique de notre recherche sur les situations de handicap, le vieillissement et l'accessibilité est celle des modalités d'articulation entre les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et les actions menées par les politiques publiques sur le territoire décidées à l'échelle nationale et mises en œuvre à l'échelle locale. Il s'agit donc ici d'identifier les enjeux sociaux et spatiaux induits par le vieillissement de la population et de comprendre comment le concept d'accessibilité, introduit dans les politiques d'aménagement du territoire et les politiques sanitaires et sociales, conduit à répondre aux besoins d'une population vulnérable et croissante en nombre en France comme au Québec.

Cette étude s'articule en trois temps qui reflètent l'évolution de notre réflexion (Fig. 1). La première partie vise à éclairer les concepts utilisés et les bases théoriques sur lesquelles repose notre réflexion (Chapitre 1). Les enquêtes mises en œuvre en France et au Québec en direction des personnes handicapées mettent en évidence la convergence des besoins et des attentes des populations vieillissantes et des personnes handicapées sur le territoire (Chapitre 2). Force est de constater que dans ce contexte, la place des politiques publiques et les processus de mise en accessibilité sont questionnés. Le chapitre 3 révèle les enjeux sociaux et spatiaux induits par ce phénomène démographique. Il explique la transversalité du concept d'accessibilité, la variété des approches utilisées et les outils méthodologiques choisis. (Première Partie : Situation de handicap, vieillissement et accessibilité : une approche géographique).

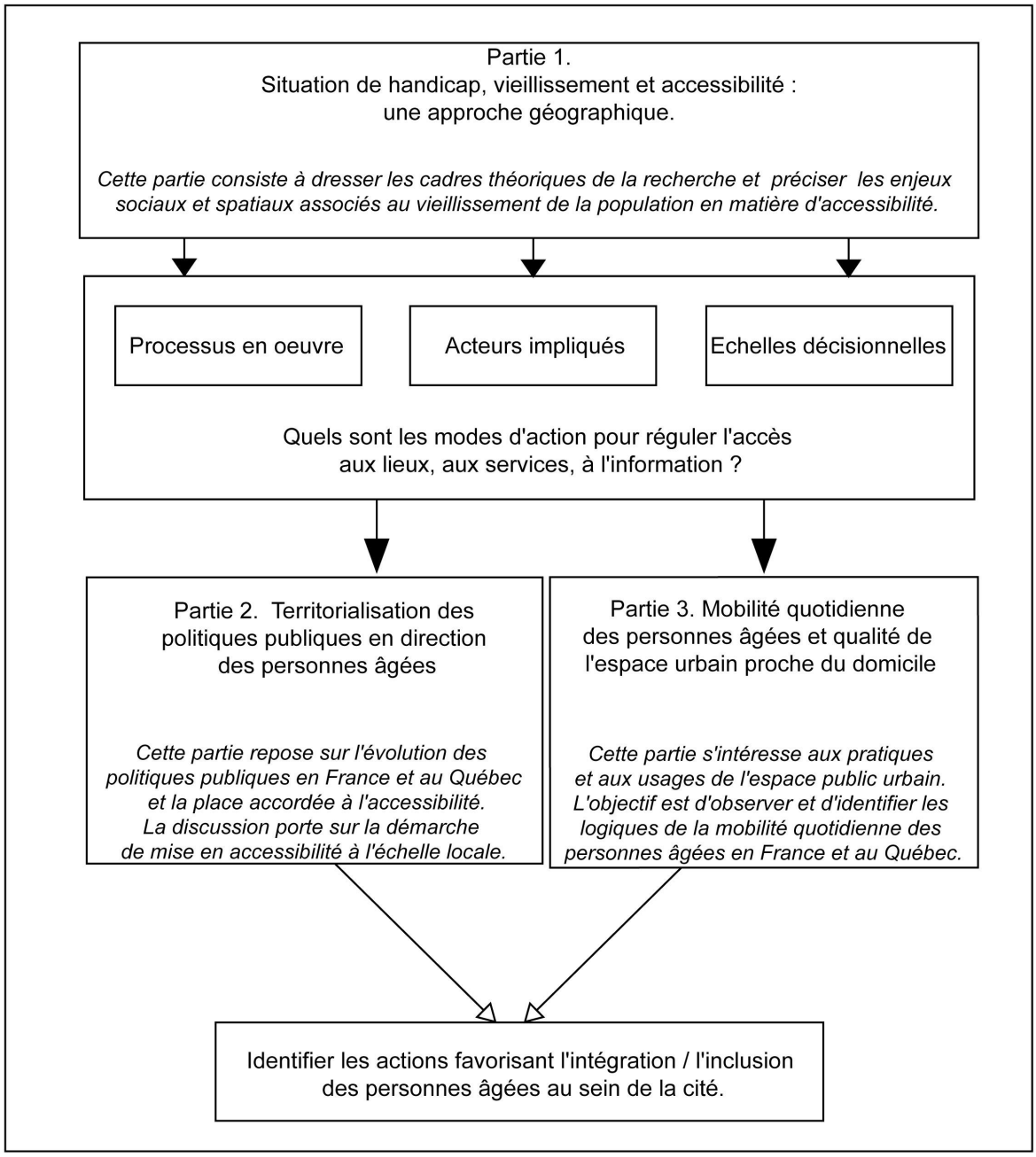
L'analyse de l'accessibilité serait très largement inachevée si elle se contentait d'identifier les enjeux sociaux et spatiaux associés à l'accessibilité dans les politiques menées en direction des populations fragiles. L'appréhension du concept d'accessibilité invite à s'interroger sur les processus mis en œuvre, les acteurs impliqués et les échelles décisionnelles. L'adoption de cette problématique de recherche a deux versants : celui de l'action dans le domaine de l'aménagement du territoire et celui de l'action dans le champ du sanitaire et social mais aussi le jeu des acteurs dans ces champs respectifs. S'attacher au point de vue des acteurs institutionnels, associatifs et de la société civile : (en particulier les personnes âgées) nous a conduit à organiser la réflexion autour de deux autres parties.

L'une s'attache à identifier les processus qui ont conduit à mettre en place le territoire au

centre des démarches de mise en accessibilité. A l'échelle de la ville, nous questionnons ici l'importance et le poids des acteurs dans la gestion des politiques liées à l'accessibilité et au maintien de l'autonomie des personnes âgées. En effet, les effets des lois en direction des personnes handicapées renouvellent les démarches de mise en accessibilité. Alors que ces dernières s'institutionnalisent en France, elles renforcent le rôle des organismes régionaux au Québec (Chapitre5). De plus, les politiques publiques françaises et québécoises ont réorganisé leurs services de santé et leurs services sociaux afin d'accroître le maintien à domicile des personnes âgées. Dès lors, les actions menées en direction des personnes âgées sont réactualisées et se fondent sur la territorialisation, la coordination et la continuité des services offerts (Chapitre4). De cette manière nous sommes amenés à discuter les notions de coordination et de concertation dans la production d'espaces de qualité et de bien-être. (Deuxième partie : Territorialisation des politiques publiques en direction des personnes âgées).

L'autre axée sur une problématique de géographie appliquée, porte sur la rencontre entre la qualité de l'espace urbain, l'aménagement du territoire et la mobilité quotidienne des personnes vieillissantes autour de leur domicile. Autrement dit, cette seconde partie interroge l'espace vécu par les personnes âgées en situation de handicap. Comment pratiquent-elles l'espace public urbain proche de leur domicile ? Quels lieux fréquentent-elles ? (Chapitre 6) Quelles logiques de déplacements développent-elles ? (Chapitre 7) Quels sont les modes d'évaluation de l'accessibilité mis en œuvre ? Comment les pratiques spatiales des personnes âgées en perte d'autonomie sont-elles prises en compte par les acteurs locaux ? (Chapitre 8) Il s'agit donc d'étudier le rapport des personnes âgées à l'espace, entendu comme le support de leur mobilité quotidienne et facteur du maintien de leur autonomie. (Troisième partie : Mobilité quotidienne des personnes âgées et qualité de l'espace urbain proche du domicile).

Figure 1. Itinéraire de recherche



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Mars 2005

PREMIERE PARTIE.

SITUATION DE HANDICAP, VIEILLISSEMENT ET ACCESSIBILITE :

UNE APPROCHE GEOGRAPHIQUE

INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE

L'objectif de cette première partie est de poser les cadres théoriques et exploratoires sur lesquels se fonde notre recherche. Le chapitre 1 présente tout d'abord l'évolution du concept de handicap vers celui de situation de handicap. En posant d'emblée la définition de l'expression situation de handicap, fondée sur les travaux de P. Fougeyrollas, c'est le support de notre étude qui est alors défini. En effet, nous concentrons notre étude sur l'interaction entre la personne âgée au seuil de la dépendance et son environnement. Lorsque l'un et l'autre sont en adéquation, le maintien de l'autonomie et la participation aux activités sociales sont conservées. En revanche, lorsque l'état de santé de la personne âgée et son environnement ne concordent pas nous évoquons les situations de handicap générées par le vieillissement de la population.

Ainsi, l'étude des situations de handicaps est abordée sous l'angle de l'accessibilité. Celle-ci est un facteur déterminant des situations de handicap : est-elle aussi un moteur d'inclusion sociale ? Un levier d'action pour l'aménagement du territoire ? Un facteur déterminant la production d'espaces de qualité et de bien être ? Ce premier chapitre explicite ensuite la transversalité du concept d'accessibilité, les différents courants disciplinaires de notre recherche et présente les différents travaux sur la question.

Le chapitre 2 justifie le choix d'une approche comparative entre les collectivités territoriales françaises et celles de la province canadienne du Québec. Il permet également de comparer l'organisation territoriale administrative, sanitaire et sociale de deux territoires aux caractéristiques physiques et humaines distinctes mais marquée par le même phénomène celui du vieillissement de la population et les enjeux sociaux, sanitaires et spatiaux qu'ils induisent.

Le chapitre 3 s'attarde sur la méthodologie de recherche sur laquelle nous nous appuyons. Au regard de notre problématique, nous justifions le choix d'une approche qualitative fondée sur des études de cas en France et au Québec.

CHAPITRE 1.

L'ACCESSIBILITE : UNE APPROCHE TRANSVERSALE DETERMINANTE

Introduction

Ce premier chapitre présente l'évolution terminologique du mot handicap vers l'expression situation de handicap. Cette progression fait référence à une succession de classification initiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) que nous présentons ici afin de montrer que le concept de handicap, initialement centrer sur l'état de santé de l'individu, prend aujourd'hui en compte le contexte environnemental dans lequel la personne évolue. Les situations de handicap étant caractérisées par l'interaction entre la personne et son environnement, nous avons choisi d'éclairer cette notion en l'abordant sous l'angle de l'accessibilité.

Fréquemment associée à l'image de la personne en fauteuil roulant et aux normes architecturales et urbanistiques, l'accessibilité évoque non seulement les barrières architecturales liées à l'aménagement de l'espace public urbain tel qu'il est pensé et conçu, mais aussi les barrières culturelles entendues comme des obstacles à l'intégration et à la pleine participation des personnes handicapées dans tous les aspects de la vie sociale (Despouy, 1993). Pour ces raisons, nous interrogeons le concept de l'accessibilité selon deux axes à la fois, comme moteur d'inclusion sociale, et comme levier d'aménagement du territoire. L'espace accessible serait alors défini par l'absence d'exclusion et par l'aménagement de l'espace public en direction de tous.

Les recherches menées par les géographes anglo-saxons sont précurseurs dans ce domaine et se caractérise par un volet spécifiquement attaché à l'étude des minorités, aux phénomènes d'exclusion et aux relations entre espaces, sociétés et handicap. Dès lors, l'accessibilité apparaît comme un domaine transversal déterminant faisant référence à de multiples disciplines, à de multiples acteurs, à de multiples échelles d'action du national au local. Peut-on alors considérer l'accessibilité comme un facteur déterminant la production d'espaces de qualité et de bien-être ?

1. Du handicap aux situations de handicap : une question d'accessibilité

Au regard de l'évolution terminologique du handicap, il semble essentiel de revenir sur l'origine du terme afin de saisir le sens de l'expression « en situation de handicap ». Le passage du mot handicap à l'expression situation de handicap fait suite aux initiatives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et à sa volonté de clarifier le sens du mot « handicap ». Les classifications du handicap se sont succédées : depuis la Classification Internationale des Maladies (CIM) jusqu'à la Classification internationale de fonctionnement, du handicap et de la santé. La première est caractérisée par une vision biomédicale du handicap, la seconde par une évolution vers un modèle plus social. Ces dix dernières années sont marquées par la volonté de faire apparaître, au sein de ces classifications, l'impact des divers facteurs environnementaux qui interagissent avec l'état de santé de la personne afin de favoriser la participation sociale des individus quel que soit leur état de santé (Fougeyrollas, 2005).

1.1. Une question de sens

1.1.1. L'origine du mot

Le terme handicap est issu de l'expression anglaise *hand in cap* qui signifie *main dans le chapeau*. Il s'agissait d'un jeu d'échange d'objets personnels, où un arbitre surveille l'équivalence des lots déposés dans un chapeau. Plus tard, il est définit, selon les dictionnaires classiques comme « *une épreuve sportive où l'inégalité des chances des concurrents est compensée au départ : et par extension c'est un désavantage imposé à un concurrent pour que les chances se trouvent également* » (1930). Le mot handicap est ensuite utilisé à l'occasion des courses hippiques où les chances de vaincre sont égalisées par l'obligation de porter un poids plus grand ou de parcourir une distance plus longue pour les meilleurs chevaux. Le handicap est, dans ce cas, une contrainte physique pour égaliser les chances de gagner une course.

1.1.2. Une forme d'infériorité …

Une part importante du vocabulaire utilisé pour définit le handicap tend à décrire la personne handicapée par son apparence : infirme, boiteux ; ou par le caractère permanent de ses atteintes : chronique ou incurable. Les mots impotent, incapable ou personne à mobilité réduite ne désignent pas la personne mais ces (im)possibilités, tandis que les termes mutilé ou paralysé

déterminent l'origine médicale du handicap ; enfin l'usage du mot inadapté, quant à lui, caractérise la place de la personne dans la société… (Blanc A., 2006) Tous ces termes tendent à désigner les personnes handicapées en fonction de leurs carences. La personne est souvent qualifiée par son handicap physique, mental, sensoriel … au gré de la prise en charge spécifique ou de l'avancée des connaissances médicales (Delcey, 2002) Le handicap désigne alors une forme de déficience également définie comme une forme d'infériorité.

1.1.3. … Qu'il est possible de compenser

L'approche du handicap évolue. Auparavant, l'état de santé personnel de l'individu était la caractéristique majeure de la personne handicapée suivant une approche médicale. Aujourd'hui les dimensions environnementales, sociales et architecturales sont progressivement prises en compte. Le handicap n'est plus seulement considéré comme la résultante d'une déficience caractérisée par une forme d'infériorité mais comme un désavantage qu'il est possible de compenser. Cette approche fait du handicap un désavantage contextuel lié à l'environnement et à la société dans laquelle évolue l'individu. (Barral, Michaudon, Gilbert, 2004) ; où l'usage de l'expression « personne en situation de handicap » confirme l'acceptation de cette approche environnementaliste (Kristeva, Gardou 2006).

1.2. De la Classification internationale des maladies à celles des déficiences, incapacités et handicaps

L'évolution des classifications internationales dans le domaine du handicap se caractérise par le passage d'un modèle biomédical à un modèle social. Le concept du handicap, initialement centré sur l'état de santé et les capacités de l'individu prend progressivement en compte le contexte social dans lequel l'individu évolue.

1.2.1. A l'origine : la Classification Internationale des Maladies (CIM)

A la fin du XIXème siècle apparaît la première référence terminologique internationale du handicap : la Classification Internationale des Maladies (CIM). Elle relève de l'OMS depuis 1948 et répond aux besoins d'une approche curative s'appuyant sur le modèle biomédical. Ce dernier se caractérise par l'identification d'une maladie et son traitement pour la résorber mais

ne tient pas compte des conséquences des maladies. C'est la raison pour laquelle, en 1974, l'OMS a demandé au Dr. Philip Wood de revoir la CIM et d'introduire une distinction entre les déficiences et leurs conséquences fonctionnelles et sociales. Cette révision de la CIM abouti au schéma conceptuel des conséquences des maladies, dit « séquence de Wood ». A sa suite, en 1980, l'OMS publie la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (CIDIH).

1.2.2. Classification Internationale des Déficiences, des Incapacités et des Handicaps (CIDIH)

La transition entre la CIM et la CIDIH se caractérise par l'évolution sémantique du handicap et marque l'avènement d'une nouvelle définition : « *Dans le domaine de la santé, le handicap ou désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels* » (Triomphe, 1988).

La CIDIH considère l'enchaînement des conséquences des maladies de façon linéaire. La maladie, qui relève du traitement médical, est à l'origine de la chaîne. Elle mène à une déficience fonctionnelle, qui fait appel aux atteintes corporelles, qui à leur tout entraînent des incapacités en référence aux difficultés à accomplir les tâches de la vie quotidienne. Ces incapacités engendrent un ou des désavantages (handicaps) entendus comme résultats de problèmes sociaux (Fig. 2).

Figure 2. Classification Internationale des Déficiences, Incapacités, Handicaps (CIDIH)

Une déficience est une perte de substance ou altération d'une structure ou fonction (psychologique, physiologique ou anatomique) ; la déficience correspond donc à la lésion (exemple : amputation, lésion de la moëlle, dégénerescence d'un nerf ...) et/ou déficit en résultant (exemple : paraplégie, ankylose, aphasie, surdité, incontinence urinaire ...)

L'incapacité correspond à toute réduction (partielle ou totale) de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales. Par exemple : incapacités à marcher, à s'accroupir, à fermer le poing ..., mais aussi (en "situation") à se lever, à se laver, utiliser les W-C, s'habiller, communiquer, mémoriser, réflechir ...

Le désavantage (conséquence des déficiences ou des incapacités) représente une limitation ou une interdiction d'accomplissement d'un rôle social normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) gagner sa vie, faire des études, avoir un emploi, s'occuper ....

D'après la Classification des conséquences des maladies - Paris - CTNERHI & INSERM

Dès 1981, ce modèle est contesté par le *Disabled People International (DPI)*, mouvement associatif fondé par Henry Enns. Les critiques portent sur le caractère individuel du modèle et sur les relations de causes à effets qu'il induit. La définition du handicap adoptée par la CIM ne prend pas en compte la réalité sociale des personnes ayant des incapacités, ni leur environnement. Selon la DPI, les situations handicapantes sont dues « *aux barrières environnementales, économiques et sociales qu'une personne, en raison de ses déficiences, ne peut surmonter de la même façon que les autres citoyens* ».

Succédant au modèle biomédical, le modèle social explique le handicap comme conséquence d'un problème généré par l'organisation de la société. Il distingue les causes de ses effets : c'est là l'objet de la CIDIH. L'effort de clarification conceptuelle est reconnu et marque le passage d'une vision médicale à une dimension plus anthropologique du handicap.

Parallèlement l'Organisation des Nations Unies (ONU) déclare 1981 comme l'*Année des personnes handicapées* et la décennie 1983-1992 comme *Décennie des personnes handicapées*. A cette occasion elle fait apparaître pour la première fois les relations entre la personne et son environnement : *« le handicap surgit quand ces personnes rencontrent des obstacles culturels, matériels ou sociaux, qui les empêchent d'accéder aux divers systèmes de la société qui sont à la portée de leurs concitoyens. Le handicap réside donc dans la perte ou la limitation de participer sur un pied d'égalité, avec les autres individus à la vie de la communauté »*. Un plan d'actions mondial est développé. Il met l'accent sur l'égalisation des chances et introduit clairement l'idée d'interaction entre la situation individuelle, l'environnement et la société.

1.2.3. L'émergence du Comité Québécois de la CIDIH (CQCIDIH)

Depuis la CIDIH, il n'existait pas de réseau de mise en commun des réflexions pour réviser et améliorer cette classification. C'est l'objet d'une rencontre internationale organisée à Québec. Elle réunit les décideurs et acteurs clés du champ conceptuel du handicap : Wood auteur du modèle de classification, Enns dissident de la CIDIH, représentant de la décennie des personnes handicapées de l'ONU, représentant du Conseil de l'Europe et de la Communauté Économique Européenne (CEE) et les fondateurs du Comité Québécois sur la CIDIH (CQCIDIH). A l'issue de cette rencontre trois centres collaborateurs de l'OMS sur la CIDIH voient le jour : l'un au pays bas, le second en France et le troisième au Québec. Cette réunion a permis d'engager une réflexion autour de l'élargissement conceptuel de la CIDIH. Wood, affirmait lui-même que la « partie sociale » de son modèle était la moins achevée : sa révision est confiée au CQCIDIH.

Or ces travaux concluent à une demande de révision conceptuelle plus vaste que la dimension sociale et proposent, en 1991, une classification québécoise complète : le Processus de Production du Handicap (PPH)" (Fougeyrollas, 1991).

Cette demande de révision complète fait l'objet de réticences de la part des centres hollandais et français. Le centre hollandais s'intéresse aux applications statistiques et aux enquêtes de populations initiées en 1986 par Statistiques Canada. Ces Enquêtes sur la Santé et les Limitations d'Activités (ESLA), s'appuient sur le concept d'incapacité tel qu'il est défini par la CIDIH. Elles sont un enjeu majeur pour les politiques hollandaises de la planification des systèmes de santé et de compensation des incapacités. De ce fait, la révision complète de la CIDIH proposée par le centre québécois fait l'objet de résistances aux Pays-Bas. Dans le cas français, l'introduction par le ministre de la santé des définitions de déficiences et d'incapacités fonctionnelles, telles que définies par la CIDIH dans le barème d'indemnisation du handicap, freine dans un premier temps tout soutien à la révision de la CIDIH. Les centres français et hollandais poursuivent leurs travaux fondés sur une vision biomédicale, appartenant au champ de la santé tandis que le centre québécois propose de passer à un modèle plus social caractérisé par l'interaction entre les personnes et leur environnement.

1.3. Vers une introduction des facteurs environnementaux dans la classification des handicaps

L'expression « handicap de situation » proposée par P. Minaire ou l'expression « situation de handicap » proposée par le CQCIDIH ont pour principes communs de valoriser l'interrelation entre la personne et son environnement afin de favoriser sa participation sociale, son autonomie et l'accessibilité aux lieux et aux services. Deux modèles conceptuels se développent parallèlement au Québec et en France, le premier intitulé Processus de production du handicap et le second Système d'identification et de mesure du handicap.

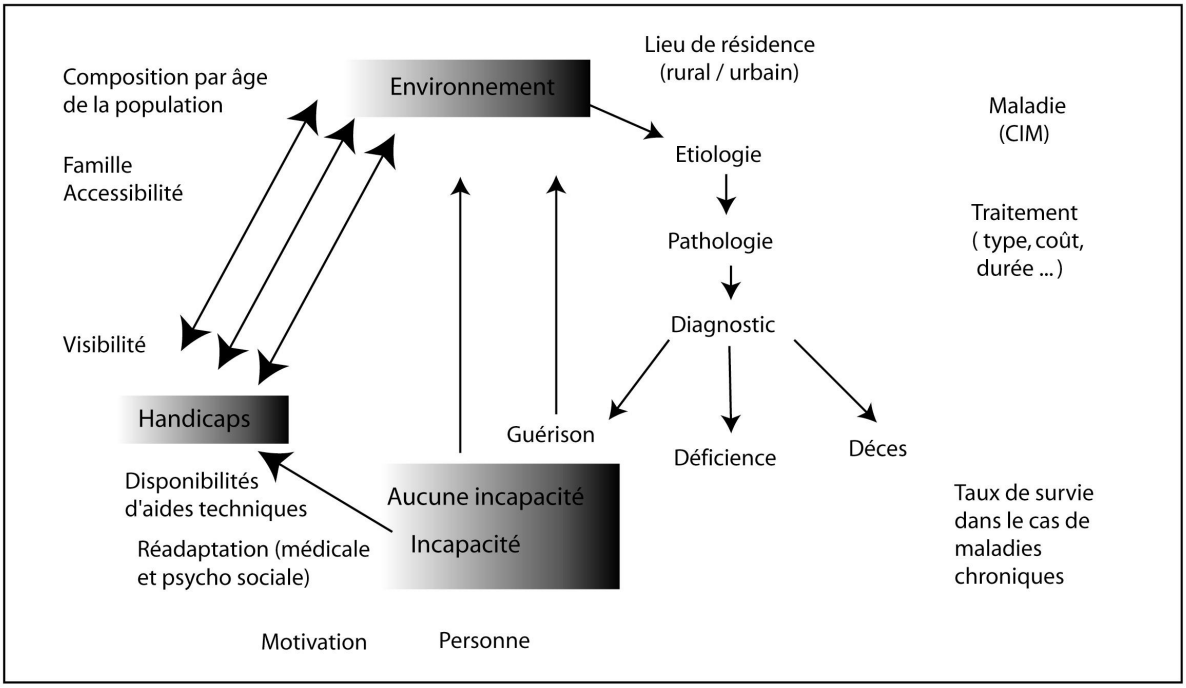
1.3.1. Du « handicap de situation »

Pierre Minaire, médecin rééducateur français, introduit la notion de handicap de situation. Cette approche écologique désigne par situation *« toutes les relations concrètes qui, à un instant donné, unissent un sujet ou un groupe au contexte dans lequel il doit vivre et réagir »* (Minaire,

1991). Le handicap de situation désigne les trois dimensions du modèle linéaire de l'OMS, en situant la personne dans son environnement.

Cette approche ne considère plus les personnes handicapées mais les situations handicapantes. Selon lui, il importe de mettre l'accent sur la généralisation de l'accès aux logements, aux transports *etc*. et non plus seulement sur la réparation du corps (réadaptation) ou sur les mesures de compensation. Pierre Minaire propose en 1991 un modèle conceptuel situationnel qui illustre à la fois le modèle de la CIM et de la CIDIH (Fig. 3).

Figure 3. Schéma unificateur du processus du handicap.



Source : P. Minaire, 1992, "Disease, Illness and Health : The critical Models of the Disablement Prsoccess", Bulletin of The World health organiszation, 70 (3), pp.373-379

Les travaux de P. Minaire, pionniers dans le domaine, ont permis de développer l'approche complémentaire santé environnement. Des auteurs tels que Claude Hamonet (1996), Jean-François Ravaud (2005), Jean-Marie Robine (1994) ont suivi cette orientation et précisent que les personnes en situation de handicap concernent une part croissante de la population. En effet ils créent un parallèle entre le handicap de situation et les difficultés rencontrées par les personnes vieillissantes : « *la montée du phénomène handicap dans nos sociétés est liée sans conteste au vieillissement de la population et avec une longévité jamais atteinte dans nos sociétés* » (Hamonet, 1996).

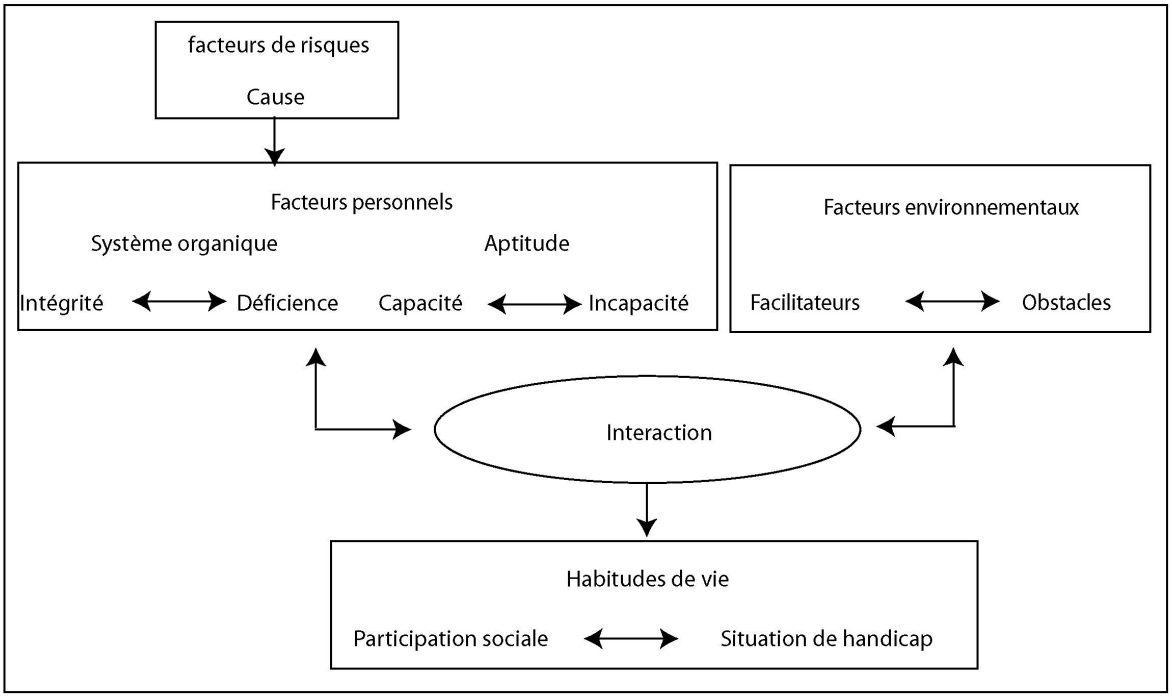
1.3.2. Aux « situations de handicap »

Les démarches menées en France comme au Québec tendent à reconnaître les facteurs environnementaux comme des générateurs de « situation de handicap ». Deux modèles se construisent parallèlement en France et au Québec respectivement nommés Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH) et Processus de Production du Handicap (PPH).

Le Processus de Production du Handicap (PPH)

Le CQCIDIH propose l'expression personnes en situation de handicap pour désigner la réduction de la réalisation des habitudes de vie, qui résulte de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) (Fougeyrollas, 1998) (Fig. 4).

Figure 4. Processus de production du handicap (PPH).



Source : P. Fougeyrollas, 1998, Changements sociaux et leurs impacts sur la conceptualisation du processus de handicap, réseau international CIDIH et facteurs environnementaux, 9(2-3) pp. 7-13

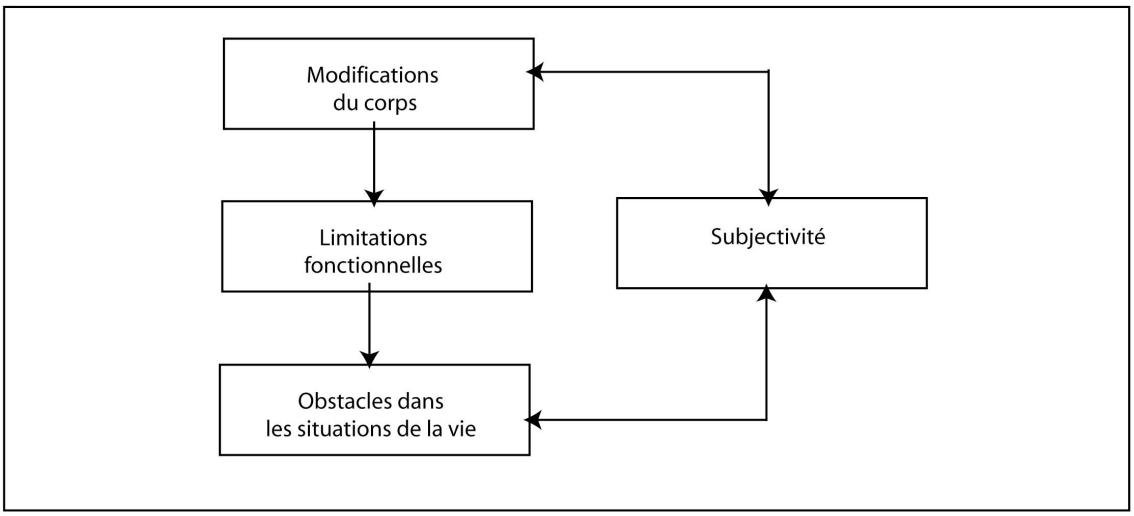
L'évolution conceptuelle du handicap vers la situation de handicap consiste à replacer l'homme dans la société et s'est concrétisée par la présentation du modèle du PPH. En aval du

diagnostic médical, le facteur de risque permet de considérer le handicap indépendamment de sa cause. Le facteur de risque, appartient à l'individu et fait référence aux facteurs personnels. Ces derniers sont désignés par le sexe, l'âge, les problèmes de santé, la condition physique, les modes de vies, le système organique et ses aptitudes (au sens de capacité à accomplir une activité …). Les facteurs environnementaux, quant eux, désignent l'environnement physique et social dans lequel les gens vivent. Ces facteurs interagissent sur les habitudes de vie ou sur les activités quotidiennes et le rôle social des individus. De cette façon, soit les habitudes de vie sont maintenues et implicitement les pratiques quotidiennes qui y sont associées : dans ce cas, elles favorisent la participation sociale, soit à l'inverse l'interaction entre ces facteurs limite les activités de l'individu et crée une situation de handicap (Fougeyrollas, 1998).

Le Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH)

Parallèlement des équipes de Créteil et de Porto proposent une autre présentation du handicap (Hamonet, Magalhaes, 2000) : le Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH). Ce système propose de prendre en compte, d'une part les situations qui créent le handicap et d'autre part, la perception subjective des personnes handicapées. Cette approche ne fait plus référence à la classification de l'OMS mais à une identification du handicap par la personne produisant ainsi une vision plus positive et moins stigmatisant du handicap (Fig. 5).

Figure 5. Schéma intéractif du handicap (Système d'Identification et de Mesure du Handicap SIMH)



Source : Claude Hamonet (Créteil) et Thérésa Magalhaes (Porto), 2000, "Système d'Identification de mesure du handicap (SIMH)", Paris, Ed. Eska

Le SIMH se compose de quatre niveaux : le premier est celui où le corps, qui comprend les aspects biologiques du corps humain avec ses particularités morphologiques, anatomiques, physiologiques et génétiques peut entraîner des limitations d'activités. Le second niveau porte sur les capacités physiques et mentales (actuelles et potentielles) de l'individu compte tenu de son âge et/ou de son sexe, indépendamment de l'environnement où il se trouve. Le troisième niveau comporte la confrontation concrète entre une personne et son environnement physique, social et culturel. Enfin, le quatrième niveau correspond au point de vue de la personne, incluant son histoire personnelle, son état de santé et son statut social.

Ces deux démarches PPH et SIMH, sont essentielles pour poser les bases scientifiques du handicap. Complémentaires l'une de l'autre et révélatrices de la place croissante accordée la qualité de l'environnement, elles ne sont pourtant pas totalement prise en compte par l'OMS et la Classification Internationale des Fonctionnements et de la santé (CIF).

1.3.3. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

Au milieu des années 1990, la révision de la CIDIH est officiellement engagée : le centre français est en charge de travailler sur les déficiences, le centre hollandais sur les incapacités et le centre nord américain (qui regroupe les États-Unis et le Canada) sur la dimension du handicap. Alors que le centre américain remet un rapport très proche du PPH, le centre français abandonne la vision médicale du handicap au profit d'une approche socio-environnementale proposée par le PPH.

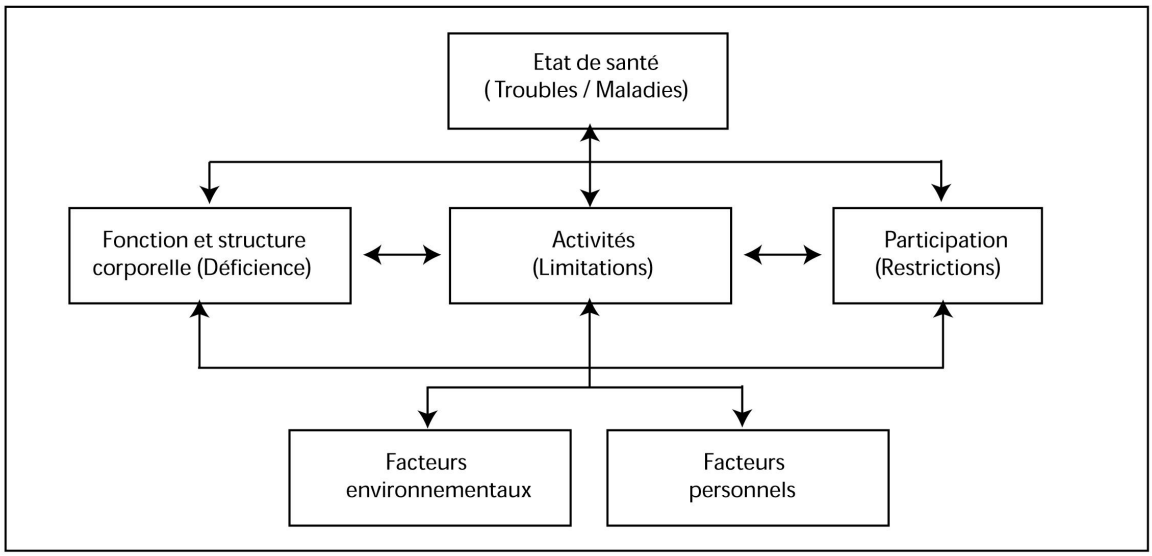
A la fin des années 1990, le CQCIDIH devient le Réseau International du Processus de Production du Handicap (RIPPH). Cette période est marquée par l'élargissement des acteurs internationaux : le Japon, les pays scandinaves, l'Angleterre et l'Australie participent aux réflexions autour de la révision de la CIDIH. La position de l'OMS est la suivante : *« Pas d'inclusion de facteurs environnementaux dans la future classification »*, alors que le CQCIDIH avait pour objectif de valoriser la prise en compte des facteurs environnementaux comme producteur d'exclusion sociale (RIPPH, 2006).

Les débats conceptuels de ces quinze dernières années reposent essentiellement sur la reconnaissance des facteurs environnementaux (Barreyre, 2002). La réflexion d'un groupe de travail sur les facteurs environnementaux, demandé par l'Office Mondial des Personnes Handicapées (OMPH), influence les premières versions de la classification, relativement

proches du PPH et considère les facteurs environnementaux comme une quatrième dimension du handicap. Les trois premières étant les déficiences, les incapacités et les désavantages.

Les choix opérés par l'OMS créent de nouvelles confusions conceptuelles. Les facteurs environnementaux et personnels sont attribués aux trois dimensions préexistantes (Déficiences, incapacités et désavantages). L'OMS a maintenu le chevauchement conceptuel entre incapacité et handicap, déjà présent dans la CIDIH. Ce croisement entre les notions d'incapacités et de handicap apparaît dans l'approche des niveaux d'activités et de participation de la nouvelle classification internationale du fonctionnement et de la santé (Fig. 6).

Figure 6. La Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) : un modèle interactif.



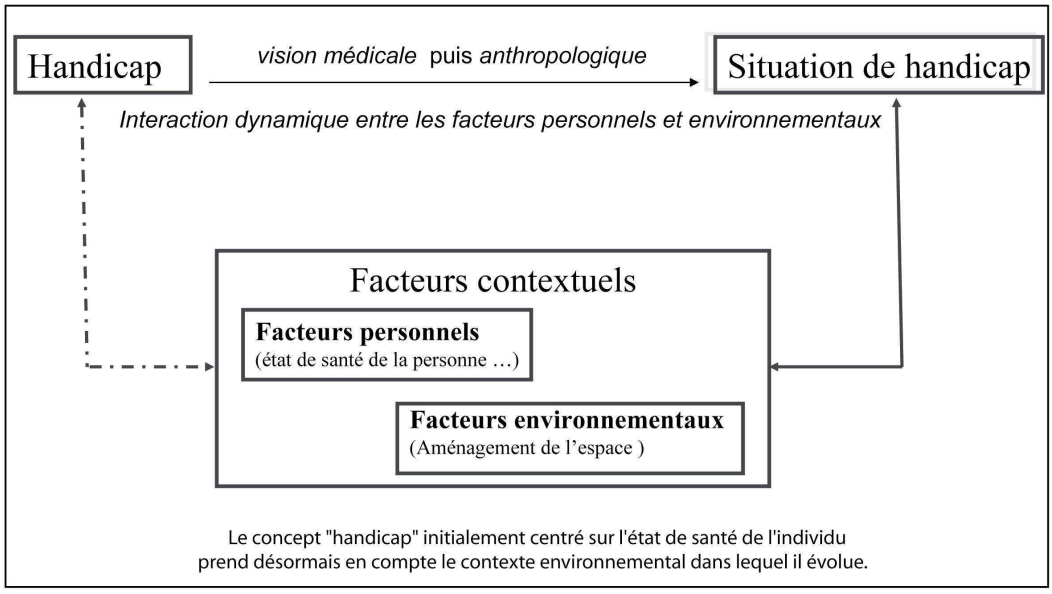
Source : OMS, 2001

Ainsi, la Classification adoptée en 2001 par l'OMS fait porter le poids du handicap sur l'individu plus que sur les facteurs environnementaux : selon l'OMS le handicap est définit comme suit : *« L'état de fonctionnement ou de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique entre son problème de santé et les facteurs contextuels »*. Pour le CQCIDIH, l'interprétation de cette nouvelle classification est plus complexe que la précédente puisqu'elle ne distingue pas les facteurs contextuels (à la fois personnels et environnementaux) qui relèvent à la fois des activités, de la déficience et de la participation. Le modèle du PPH, quant à lui, précise que les activités quotidiennes et domestiques sont influencées par l'environnement physique et socioculturel dans lequel elles sont réalisées.

En 2004, la législation québécoise confirme l'approche du PPH dans le domaine du handicap qu'elle définit comme *« Toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité*

significative et persistante qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement des activités courantes[9] *»*. Selon le PPH, ces difficultés à accomplir les activités quotidiennes sont susceptibles d'entraîner une modification des habitudes de vie menant à une situation de handicap. En revanche, la loi en direction des personnes handicapées adoptée en 2005 maintien une vision médicale du handicap même si elle reconnaît l'impact du milieu de vie sur la personne et défini le handicap comme une :*« limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un trouble de la santé invalidant*[10] *»*. Dès lors, le handicap est aujourd'hui considéré, en France comme au Québec, comme le résultat d'une interaction entre une déficience et l'environnement de la personne, où les facteurs sociaux et environnementaux sont reconnus comme des obstacles ou des facilitateurs du bien-être et de la participation sociale des personnes déficientes physiques, sensorielles, mentales, *etc*. Dans ce contexte le handicap n'est plus inhérent à la personne, mais est provoqué par l'environnement[11] (Fig. 7).

Figure 7. Du handicap aux situations de handicap



Réalisé d'après P. Fougeyrollas, 1998 Mars 2005

[9] Définition québécoise de la Loi N°56 *assurant l'exercice des droits des personnes handicapées, leur intégration scolaire, professionnelle et sociale.*

[10] Définition française de l'accessibilité issue de la Loi 2005-102 pour *L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.*

[11] Nous privilégierons l'expression personnes en situation de handicap en référence au milieu dans lequel elles évoluent dans les études de cas en France et au Québec.

Ainsi, le débat autour de la nécessité de définir et de reconnaître les facteurs environnementaux comme une quatrième dimension du handicap ne fait pas l'objet d'un consensus international. La création du réseau francophone de recherche et de formation sur la CIF et le PPH vise à poursuivre la réflexion critique sur les différents concepts et leurs articulations en vue d'une future révision de la CIF (Fig. 8).

Figure 8. Evolution des classifications internationales du handicap.

1948 1ère Classification Internationale des Maladies (CIM)

Ne tient pas compte des conséquences des maladies
Révision de la CIM initiée en 1974 par Phillip Wood

1980 Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (CIDIH)
"Séquence de Wood"

Classification contestée par la DPI (*Disabled People International*)
Mouvement associatif fondé par Henry Enns.
Le modèle ne tient pas suffisamment compte de l'environnement des personnes handicapées.

Réflexion autour de la CIDIH en France, au Pays-Bas et au Québec
Emergence du Comité Québécois sur la CIDIH nommé (CQCIDIH)

1982 Programme mondial d'action pour les personnes handicapées
1983-1992 : décennie des personnes handicapées

1991 Proposition d'une classification québécoise : *Processus de Production du Handicap (PPH)*

1992 Proposition d'un schéma unificateur du processus du handicap : *"Handicap de situation"*

1997 Le comité québécois de la CIDIH renommé Réseau International sur le PPH (RIPPH)

1998 1ère version de la révision de la CIDIH

Le handicap n'est plus seulement inhérent à la personne mais peut aussi être provoqué par l'environnement
Le groupe de réflexion s'élargit au Japon, aux pays scandinaves, à l'Angleterre et l'Australie

2001 Classification Internationale de Fonctionnement et de la santé (CIF)

Création du réesau francophone de recherche sur la CIF et le PPH
Réflexion critique sur les concepts en vue de la prochaine révision

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, juin 2006

L'objet de cette recherche est d'éclairer et d'enrichir la notion de facteurs environnementaux en accordant une place particulière à la nature de l'environnement immédiat du domicile des personnes âgées et son impact sur leurs mobilités quotidiennes. En mettant l'accent sur la corrélation entre la personne et son milieu de vie : c'est une autre manière de concevoir l'espace ; c'est aussi un autre regard sur la personne en situation de handicap que nous posons ici à travers la question de l'accessibilité. En effet, l'accessibilité est comprise comme un facteur

déterminant de l'interaction entre la personne et son environnement. L'accessibilité par définition vise à rendre possible le déplacement des personnes au sein de l'espace public, et de ce fait favorise le maintien des activités quotidiennes et les habitudes de vie des personnes dans leur milieu de vie. Dès lors, se pose la question de la place qu'occupe l'accessibilité : est-elle un levier d'aménagement du territoire, un vecteur d'inclusion sociale ?

2. Accessibilité, moteur d'inclusion sociale et levier d'aménagement du territoire ?

L'accessibilité, définie selon le dictionnaire critique de géographie, comme la possibilité d'accéder à un lieu, à un service, à une information, elle permet à l'usager de se déplacer librement dans l'espace et d'atteindre sans obstacle les services dont elle a besoin (Brunet, Ferras, Theras, 2005). Le sens initialement accordé à l'accessibilité est limité aux possibilités techniques de la circulation en fauteuil roulant. Dans ce cas, l'accessibilité est celle qui vise à faire tomber les barrières architecturales et à améliorer la conception des aménagements urbains pour favoriser l'accès aux espaces publics. Dès lors, se développent des normes architecturales ciblant principalement les personnes en fauteuil roulant. Or, considérer l'accessibilité sur le plan du déplacement est réducteur d'autres formes d'accessibilité toutes aussi essentielles que l'accès à l'information, à la citoyenneté, aux services sanitaires et sociaux, *etc.* Chacun de ces domaines (aménagement du territoire, communication, santé, social, *etc.)* confirme la transversalité du concept d'accessibilité que nous interrogeons selon une double dimension, à la fois sociale et spatiale.

2.1. Accessibilité, vecteur d'autonomisation et d'inclusion sociale ?

L'accessibilité, en tant que facteur d'inclusion sociale permet aux citoyens d'interagir et de développer des rapports avec d'autres membres de la société. Jusqu'aux années 1990, les normes en direction des personnes handicapées ciblaient essentiellement le handicap moteur et s'attachaient à promouvoir l'accessibilité des personnes en fauteuil roulant. Ce n'est qu'au cours des années 1990-2000 que les besoins des personnes déficientes intellectuelles[12] et sensorielles

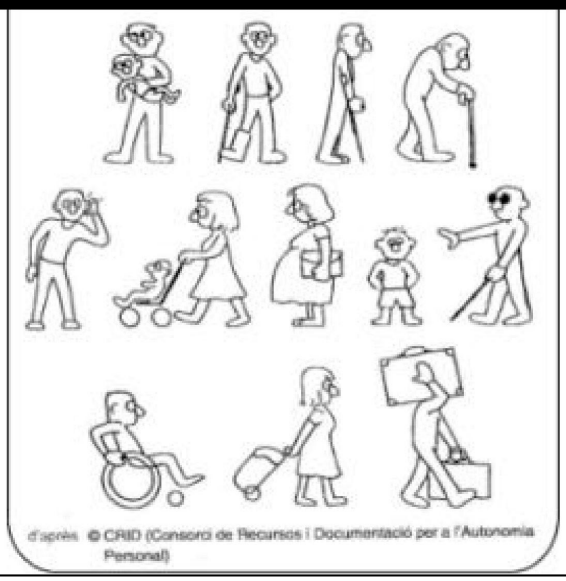
[12] Rappelons qu'au cours de cette étude, nous nous concentrons uniquement sur les personnes âgées ayant des déficiences physiques et sensorielles.

ont été pris en compte et ont fait l'objet de recommandations favorisant ainsi l'intégration des personnes handicapées. Le concept d'intégration est celui promu par les lois en direction des personnes handicapées (en France avec la loi de 2005 et au Québec avec celle de 2004). Le concept d'inclusion, plus encore que celui d'intégration, s'oppose à celui d'exclusion ou de ségrégation par le fait de conditions qui ne favoriseraient pas une égalité des chances.

2.1.1. Prendre en compte la diversité des individus

En France comme au Québec, les normes en vigueur prennent progressivement en compte la diversité des individus. En effet, la notion d'accessibilité initialement centrée sur le handicap moteur se généralise progressivement pour s'appliquer à un public plus large les Personnes à Mobilité Réduite (PMR). Le terme générique PMR est issu de la proposition du parlement européen en Février 2001 et adoptée au niveau international correspond aux personnes confrontées aux difficultés de déplacements (Fig. 9).

Figure 9. Qui sont les Personnes à Mobilité Réduites (PMR) ?



Les difficultés de mobilité sont visibles pour les personnes qui se déplacent en chaise roulante électrique ou manuelle, avec un déambulateur, des béquilles … tandis que chez d'autres, elles le sont moins, parfois invisible (rhumatisme ou arthrite qui rendent les articulations plus rigides et la préhension plus difficile ; affections cardiaques ou respiratoires qui empêchent les efforts prolongés). Les difficultés de mobilité peuvent également être

provoquées par la maladie, par une malformation de naissance ou être consécutive à un accident et entraîner un handicap temporaire ou permanent contraignant la personne à adapter sa mobilité quotidienne. Les personnes atteintes ne sont plus même de marcher sur de longues distances leur sens de l'équilibre peut être diminué et leurs capacités à emprunter des surfaces irrégulières réduites.

Au-delà de la circulation des personnes handicapées motrices c'est la mobilité du plus grand nombre qui est revendiquée. En effet, avec l'avancée en âge, les limites fonctionnelles apparaissent. La présence d'un environnement comprenant des espaces ouverts à tous, des services de transports adaptés et des services sanitaires et sociaux suffisants permet de compenser les incapacités apparaissant du fait de l'avancée en âge et participe au soutien à domicile des plus âgés. Dans le cas contraire ces éléments mettent en évidence l'inadéquation entre les ressources humaines et/ou techniques du milieu de vie et les incapacités de l'individu. Dès lors, la qualité de l'environnement peut faciliter ou limiter les activités sociales de la personne âgée. L'accessibilité repose alors sur l'interaction entre l'état de santé de la personne et son environnement. L'accessibilité est en relation directe avec son âge. A différents moments de sa vie, enfants très jeunes ou personnes âgées, l'homme est un individu à mobilité réduite nécessitant l'apprentissage ou l'adaptation de techniques de déplacements, réclamant des systèmes de signalisations appropriés afin d'assurer un mode de vie autonome dans une société accessible. La normalisation est elle dans ce cas un outil contribuant à développer l'accessibilité ?

2.1.2. Normalisation, contribution à l'accessibilité pour tous ?

Historiquement, le concept d'accessibilité apparaît en France, après la seconde guerre mondiale, au moment où la société doit faire face à l'accroissement en nombre des mutilés de guerre. Des dizaines de centres de réadaptations sont créés. Cette action, qui contribue à l'insertion des personnes handicapées, se heurte dès les années 1950 au problème du relogement des personnes qui sortent des hôpitaux, des centres de réadaptations, etc. les pouvoirs publics créent en 1959, l'Association pour le Logement des Grands Infirmes (ALGI). Celle-ci fédère les associations de personnes handicapées motrices qui sont relogées au coup par coup. Au cours des années 1960, les revendications des personnes handicapées en fauteuil roulant portent sur la circulation en milieu urbain générant un ensemble de normes pour développer l'accessibilité et favoriser le déplacement des personnes en fauteuil roulant. Pour preuve, En France comme au Canada, les revendications associatives sur les barrières architecturales ont conduit à proposer

des normes d'accessibilité. Dirigée, au cours des années 1970 vers les personnes déficientes motrices, elles s'élargissent vers une normalisation en direction des personnes déficientes sensorielles à la fin des années 1990, début des années 2000.

Dans les années 1970, dans le domaine de la construction, par convention, il n'y a qu'un type de personne handicapée : la personne qui circule en fauteuil roulant. Par exemple, les dimensions de circulation d'un fauteuil roulant et le diamètre de rotation qui doit être appliquée à tout aménagement public sont définis par de l'Association Française de NORmalisation (AFNOR).

> *« Les spécifications données sont relatives, par convention, au cas des personnes handicapées physiques se déplaçant en fauteuil roulant. Elles pourraient a fortiori être étendues au cas des handicapés semi ambulants et à celui des personnes âgées ayant des difficultés d'atteinte et de préhension. »* Extrait des Normes AFNOR 91201

Les Normes d'accessibilité s'appliquent principalement à l'architecture et à l'urbanisme. Avec la loi du 30 juin 1975[13] en direction des personnes handicapées, la France a mis en place une abondante législation avec la parution de normes très détaillées. Le chapitre V de la Loi 75-534 propose des dispositions tendant à favoriser leur vie sociale, en permettant l'accès aux établissements recevant du public (article 49) et aux infrastructures de transports (article 52). Avec la révision de la loi de 1975, la législation française et les organismes de normalisation développent depuis le début des années 2000 des normes d'accessibilité en direction des personnes déficientes sensorielles.

C'est aussi au cours des années 1970 que les normes d'accessibilité se sont développées au Canada, tant au niveau fédéral que provincial et municipal. En 1976, la province du Québec met en place un nouveau code du bâtiment concernant exclusivement les personnes handicapées motrices (Code du bâtiment du Québec, 1976). Ces normes minimales répondent à la gamme des limitations fonctionnelles et beaucoup moins aux limitations visuelles et auditives.

En 1978, la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées est adoptée et crée l'Office des Personnes Handicapées du Québec (OPHQ), dont les missions concernent le respect des normes de construction du cadre bâti et du transport et permettent la consultation des

[13] LOI n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, (JO 1er juillet 1975).

besoins des personnes handicapées. Ainsi, le Conseil National du Bâtiment canadien (CNB) intègre en 1985 une nouvelle section intitulée C*onception sans obstacle*. A ce moment la province du Québec renie son code du bâtiment pour adopter celui du CNB.

> *Accès sans obstacle : « parcours qui peut être emprunté facilement par une personne ayant une incapacité résultant d'une déficience physique ou sensorielle, y compris une personne utilisant un fauteuil roulant, grâce notamment à l'emploi de rampes,d'ascenseurs ou autres appareils de levage lorsqu'il existe une dénivellation entre les planchers le long du parcours. »*
>
> Section du 3.8 du CNB du Québec

En 1990 l'Association Canadienne de NORmalisation (ACNOR) publie les normes *Accessibilité des bâtiments et autres installations* sur le modèle de l'*American national standard*. Les modifications apportées ciblent l'accès aux personnes ayant des incapacités motrices et sensorielles en particulier les personnes sourdes et malentendantes.

Ainsi, l'évolution des normes d'accessibilité s'engage en direction d'un public plus vaste. Alors que les normes d'aménagement et de construction produisent des espaces spécifiques favorisant l'accessibilité, selon Stiker *« Il faut déspécialiser les espaces spécialisés et re-spécialiser les espaces communs. Autrement dit, transférer dans l'espace commun la connaissance acquise dans l'espace spécialisé »* (Stiker, 2003) afin d'inclure les cheminements de tous, de permettre la mobilité du plus grand nombre générant ainsi un « espace équitable » facilitant le processus d'intégration des personnes en situation de handicap dans la ville.

2.1.3. D'une législation en direction des personnes handicapées à l'égalité des chances

Au niveau international, c'est la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 qui inscrit le principe de non discrimination et de l'autonomie des personnes en situation de handicap. En affirmant dans son article premier *« Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raisons et de consciences et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité » (Demangeon, 1997).* La dignité devient le socle des droits de l'homme. Confirmé par l'article 25 qui précise que *« toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires, elle a le droit en cas de chômage, de maladie, de veuvage, d'invalidité, de vieillesse*

ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ». Avec ce texte la notion de dignité revêt un caractère particulier, définit selon le vocabulaire des droits de l'homme comme un *« être capable de faire ses propres choix et, ce faisant, être reconnu comme sujet libre. La dignité est dite inhérente au sens où elle est le fondement même de l'intégrité de la personne et la source d'où découlent tous les droits de l'homme ».* Sur cette base philosophique et juridique se succède une série de déclaration en direction des personnes handicapées.

A l'échelle internationale, un programme mondial d'action indique les règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées. Or en 1987, pendant la décennie des personnes handicapées (1983-1993), la commission d'experts réunis à Stockholm constate la réalité des faits discriminatoires. La loi de 1990 : American Disability of Act (ADA) adoptée aux États- Unis consiste à assimiler l'exclusion de la vie sociale des personnes handicapées à la discrimination des minorités ; elle interdit qu'une personne fasse l'objet de ségrégation ou qu'elle soit traitée de façon différente des autres individus. En France comme au Québec les lois en direction des personnes handicapées, respectivement celles de 1975 et 1978, sont révisées au début des années 2000. Ces lois voient le jour en 2005 en France sous le nom de Loi pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées[14] et en 2004 au Québec sous l'intitulé de Loi pour l'intégration scolaire professionnelle et sociale des personnes handicapées[15]. Pour exemple, le droit français du handicap fait de l'intégration des personnes handicapées une obligation nationale : Selon Michèle Tilmont (2008), Déléguée Ministérielle à l'Accessibilité, « *l'accessibilité doit sortir du strict cadre du handicap pour devenir un critère d'équité sociale, de citoyenneté, de qualité de vie et de confort d'usage reconnu et exigé par tous*». Parallèlement, la charte québécoise des droits et des libertés des personnes s'inscrit dans ce mouvement international : selon l'article 15 *« nul ne peut, par discrimination, empêcher autrui d'avoir accès aux moyens de transports ou aux lieux publics, tels les établissements commerciaux, hôtels, restaurants, théâtres, cinémas, parcs, terrains de camping et caravaning et d'y obtenir des biens et des services qui y sont disponibles ».*

[14] Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

[15] Loi n°56 adoptée par le sénat le 15 décembre 2004 : Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale.

Processus d'autonomisation en France

L'apparition de la notion d'accessibilité dans la Loi 75-534 préfigure l'évolution de la notion de handicap. Dès la fin des années 1980, l'accent est mis sur la facilitation apportée par l'accessibilité en terme d'autonomisation sociale. La loi française de 1975 pose les prémices du processus de mise en accessibilité en intervenant sur le cadre bâti ce qui est nouveau puisque avant cette date rien n'était apparu dans ce domaine. Depuis la loi 75-534, Loi d'orientation en direction des personnes handicapées la mise en accessibilité est toujours d'actualité ! Les décrets d'application de la loi ont été longtemps attendus. Il en suit un retard considérable de la France en matière d'accessibilité contrairement à d'autres pays européens. C'est donc pour mieux encadrer la démarche de mise en accessibilité qu'une nouvelle définition de l'accessibilité est adoptée en France en 2000 par les ministères français[16].

> *« L'accessibilité du cadre bâti à l'environnement, à la voirie, aux transports publics ou privés, permet leur usage sans dépendance par toute personne qui, à un moment ou à un autre éprouve une gêne du fait d'une incapacité permanente (handicap sensoriel, moteur ou cognitif, vieillissement) ou temporaire (grossesse, accident, …) ou bien encore de circonstances extérieures (accompagnement d'enfants en bas âge, poussette) »*
>
> Définition française de l'accessibilité issue de la loi du 11 février 2005 pour *L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.*

Si la loi du 30 juin 1975 se focalisait sur le handicap moteur, celle de 2005 a le mérite d'élargir le public auquel elle s'adresse. L'article 2 de la loi stipule que *« constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé handicapant ».* Cette nouvelle définition marque l'effort qui doit être fait pour favoriser la participation sociale de l'ensemble des individus. Elle propose également une réflexion sur la création d'une branche dépendance.

Contrairement à la loi de 1975 qui répondait à un besoin de reconnaissance du handicap celle de 2005 répond à une double problématique celle de la compensation individuelle du handicap pour pouvoir *« Vivre avec, vivre parmi »* et celle de l'accessibilité comme réponse collective. La loi du 11 février 2005 s'applique à toutes les activités de la cité : l'intitulé même de la loi vise à

[16] Les ministères français impliqués dans cette nouvelle définition sont ceux de l'emploi solidarités, Équipements jeunesses et sports, fonction publique, réforme de l'État et décentralisation, Culture.

promouvoir la participation des personnes handicapées aux activités citoyennes : c'est en cela une loi de société.

Processus d'intégration au Québec

La loi québécoise adoptée en 1978 à l'unanimité par l'Assemblée nationale était une réponse à la mobilisation sociale de l'époque autour de la reconnaissance des droits des personnes handicapées et de leur famille. A l'origine de cette prise de conscience, au début des années 1970, la Commission Castonguay-Nepveu sur la santé et le bien-être a mené à l'élaboration du premier projet de loi relatif à la protection des personnes handicapées. Des progrès significatifs en matière d'intégration sociale ont été enregistrés. De nombreux programmes et services ont été développés, mais l'objectif d'une pleine participation sociale est loin d'être réalisé.

« Vingt cinq ans plus tard, il devenait impératif, […] que la loi subisse une cure de rajeunissement afin qu'elle fournisse des outils mieux adaptés au contexte social actuel » (OPHQ, 2000). En 2004, l'Assemblée nationale adopte le projet de Loi N°56 qui assure l'exercice des droits des personnes handicapées et d'autres dispositions législatives. Cette loi québécoise modifie substantiellement la loi en direction des droits des personnes handicapées, et la renomme en y attachant sa finalité propre *« en vue de l'intégration scolaire, professionnelle et sociale »*. L'article premier reconnaît aux personnes handicapées un statut de citoyen à part entière *« la présente loi vise à assurer l'exercice des droits des personnes handicapées et à favoriser leur intégration à la société au même titre que tous les citoyens en prévoyant diverses mesures visant les personnes handicapées et leurs familles, leur milieu de vie ainsi que le développement et l'organisation de ressources à leur égard »*. Au Québec cette loi devrait être révisée tous les cinq ans de manière à ajuster les actions menées.

Les politiques menées en directions des personnes handicapées au Québec se caractérisent par leur transversalité. Les orientations gouvernementales de la politique *À part égale,* synthétisées par l'Office des Personnes Handicapées du Québec (OPHQ), confirment la volonté d'initier une politique d'accessibilité universelle. Cette dernière est suivie par quelques municipalités telles que Victoriaville, Montréal, Laval ou Sherbrooke…. Cette politique d'ensemble vise à coordonner les actions menées en direction des personnes ayant des incapacités et définit l'accessibilité universelle comme suit :

> *« Élimination de toutes barrières (physique, sociale et de communication) pouvant limiter une personne dans l'accomplissement de ces activités de tous les jours. Dès lors, une série de normes et mesures tenant compte des besoins et des activités de toute la population sont établies en remplacement de celles généralisant les besoins selon les personnes d'âge et de poids moyens de grandeur et de force moyennes. »*

Depuis la loi de 2004, l'OPHQ réactualise cette politique d'ensemble en vue de sa révision sous l'intitulé *À part … entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*. Ainsi, les réflexions menées de part et d'autre de l'Atlantique, en 2004 et 2005, au cours de la révision des lois en direction des personnes handicapées, visent à renforcer leur intégration sociale et à améliorer les conditions de leur autonomie. Précisons que le terme intégration ne fait pas consensus auprès de la population québécoise, certaines associations revendiquent le terme inclusion. En effet, le concept d'inclusion reflète le fait que chaque individu doit être inclus dans la vie sociale. Le terme intégration est abandonné puisqu'il implique que le but est de réinsérer l'individu dans la société et dans la vie communautaire, après qu'il en ait déjà été exclu; l'inclusion, elle, vise dès le départ à ne laisser personne à l'extérieur de la cité. L'accessibilité met l'accent sur la façon de construire un espace qui tienne compte des besoins de chacun et qui soit structuré en conséquence. En passant du concept d'intégration à celui d'inclusion, c'est un changement de perspective qui s'opère, car on ne cherche plus à aider seulement les personnes handicapées ; il s'agit plutôt de tenir compte des besoins de soutien de chacun afin que tous puissent participer aux activités sociales.

2.1.4. Design for All, une philosophie vers laquelle tendre ?

L'emploi du terme *conception universelle* ou *conception pour tous* traduction approximative de *Design for all* ou *Universal design*, est entendue comme un état d'esprit, une stratégie qui vise à concevoir et à composer différents produits et environnements de la manière la plus indépendante et naturelle possible, accessible, compréhensible et utilisable par tous sans devoir recourir à des solutions nécessitant une adaptation ou une conception spéciale[17] (Mace, 1998). La *conception universelle* s'adresse à un maximum d'utilisateurs, d'usagers et applicable à un maximum de contexte, certains préféreront utiliser la notion de *conception inclusive*, pour

[17] *« Universal design is the design of products and environments to be usable by all people, to the greatest extent possible, without the need for adaptation or specialized design »* Ron Mace, « la conception universelle est la conception de produits et d'environnements qui soient utilisable par tous, le plus largement possible, sans avoir besoin d'adaptation ou d'une conception spécialisée. »

désigner le fait que des minorités sont prise en compte. Par conséquent, la notion de *conception universelle* va au-delà des questions d'accès aux lieux. Il s'agit d'une approche pour le plus grand nombre intégrant une conception pour une minorité (Grobois, 2005). Cette approche trouve son expression dans la formule :

Conception pour tous = conception pour la majorité + conception pour la minorité

C'est donc bien une approche générale, une philosophie vers laquelle tendre. Le concept de *Design for all* aussi appelé *Universal design* au sens d'accessibilité universelle ou encore *barrier free environment*, désigne un environnement sans barrière et sans obstacle, et recouvre la même idée : celle de prendre en compte les usagers leurs caractéristiques de l'aménagement de l'espace dès la conception du projet et l'inclusion de tous. Les principes de *Design for all* sont considérés comme les lignes directrices à suivre pour guider la conception de projets urbains et architecturaux (cf. encadré ci-après).

Les 7 principes de la conception universelle

L'objectif de la conception universelle est de proposer des règles qui servent de guide pour la conception de produits et d'environnement :

1. Utilisation équitable - Être utile et vendable à des personnes aux capacités diverses
2. Flexibilité d'utilisation - convenir à un large éventail de choix et de capacités individuelles
3. Utilisation simple et intuitive - Être d'un usage aisé, quels que soient l'expérience, les connaissances et le niveau de concentration
4. Information perceptible - Transmettre effectivement à l'utilisateur les informations nécessaires quelles que soient ces capacités sensorielles et les conditions ambiantes
5. Tolérance aux erreurs - Minimiser le hasard et les conséquences d'actes involontaires ou accidentels
6. Faible effort physique - Pouvoir être utilisé efficacement, confortablement et avec un minimum de fatigue
7. Taille et espace adaptés - Disposer d'une taille et d'espace suffisant pour l'approche, la préhension et la manipulation quelle que soit la taille ; la posture ou la mobilité de l'utilisateur.

Chacun de ses principes est complété par des recommandations plus spécifiques.

Source: Centre pour la conception Universelle de l'Université de Caroline du Nord[18]

[18] Connell B.R., Jones M., Mace R., Mueller J., Mullick J.,1997, The principles of universal design, NC state university, The center for Universal Design – Disponible sur : http://www.design.ncsu.edu/cud/index.html

Le D*esign for all* ou la *conception pour tous* vise à réunir deux démarches : la conception de produits et d'environnements destinés à l'individu moyen, ordinaire, bien portant et la conception de produits et d'environnements destinés aux personnes souffrant d'un déficit moteur, sensoriel, social ou cognitif. Dans ce cas, les principes de la conception pour tous font référence à l'interaction entre la personne et son environnement. Les facteurs contextuels, dont l'état de santé de la personne, ont fait l'objet des premières classifications et les facteurs environnementaux intégrés dans la classification adoptée en 2001 sont implicitement reconnus dans cette démarche. En intégrant ces deux démarches, la conception universelle soutient l'idée de concevoir et de produire des produits et des environnements accessibles aux personnes en situation de handicap dont le résultat est aussi accessible aux personnes bien portantes.

Face aux inégalités environnementales observées, l'idéologie associée au *Design for all* est alors désignée comme une approche macro environnementale permettant d'éliminer toute ségrégation de l'utilisation de l'espace par les personnes handicapées (Goldsmith, 2000). De la même manière, l'accessibilité vise *« toutes les installations existantes, qu'elle soit intérieure ou extérieure, souterraines ou à ciel ouvert, profite également à un grand nombre d'autres usagers, notamment les personnes âgées, les femmes enceintes, les personnes avec poussettes ou autres chariots, les personnes ayant des incapacités temporaires etc. »* (Falta, 1994). De ce fait, elle introduit l'idée que les personnes âgées font émerger un besoin qui d'emblée concerne l'ensemble de la population. L'objectif est donc de réduire l'exclusion de certaines catégories de la population, de favoriser l'accessibilité au plus grand nombre. C'est donc la volonté d'assurer une continuité entre les personnes en situation de handicap et les personnes bien portantes. Dans ce cas, l'accessibilité peut être entendue comme un vecteur d'inclusion sociale.

2.2. Accessibilité, mode d'action pour l'aménagement du territoire ?

L'accessibilité, témoin de la mobilité des populations, est indissociable de l'espace géographique. Cette dernière se traduit spatialement par un équilibre entre les potentiels individuels et la conception urbaine dont la prise en compte du handicap dans l'aménagement du territoire. L'accessibilité est-elle un moyen de répondre aux enjeux de développement de l'aménagement du territoire et du développement des espaces publics urbains pour tous ?

2.2.1. Équilibre entre les potentiels individuels et la conception urbaine

Au cours des années 1970, le confort urbain et la fonctionnalité de l'espace urbain prédominent. L'architecture et l'urbanisme ne semblent pas avoir suffisamment tenu compte de la diversité des individus. Le concept d'accessibilité a longtemps été abordé en référence à un modèle validocentrique, développé par R. Murphy, anthropologue américain, dont le principe repose sur l'image d'un idéal type : l'homme valide dont les fonctionnalités humaines et l'autonomie individuelle sont les supports. L'interaction entre les individus et leur environnement urbain repose sur la conception de l'homme debout, individu de taille moyenne, en mesure de marcher et de s'adapter à son environnement. La société est alors conçue par des personnes valides pour des valides par opposition à l'homme invalide ou infirme considéré comme un individu de comme un individu de moindre valeur pour la société (Stiker, 1982). Dans ce cas, les potentiels de tous les individus pour être mobile dans l'espace ne sont pas ou peu reconnus : *« le pire (selon Lynch) est que nous oublions complètement les jeunes, les vieux, les handicapés … tous ceux qui ne nous ressemblent pas »* (Vellas et al., 1997).

En effet, les personnes déficientes motrices et/ou sensorielles sont confrontées à l'expérience de leur corps, réceptacle de leur environnement. Le corps habite l'espace au moyen de ces sens : visuels, sonores, olfactifs et tactiles (Augoyard, 1989). L'apparition de déficiences motrices et/ou sensorielles modifie le rapport à l'espace : le corps est une *« composante matérielle de la dimension biologique de l'être humain, ensemble de dispositifs (sens, motricité, …) rendant possible l'interface avec le monde extérieur, par l'intermédiaire duquel l'individu appréhende l'espace et construit sa spatialité »* (Hancock, 2003). L'habitant âgé est aujourd'hui confronté à un paysage urbain qui ne répond pas ou peu à ses besoins et où les distances à parcourir peuvent être longue, peu sûre, *etc.* Face à cette situation conjoncturelle, le poids des exigences des populations à mobilité réduite impose des compromis : un équilibre entre les besoins de chacun et la conception environnementale urbaine. Le vieillissement démographique modifie le rapport des urbanistes, des architectes et des aménageurs à la conception des villes.

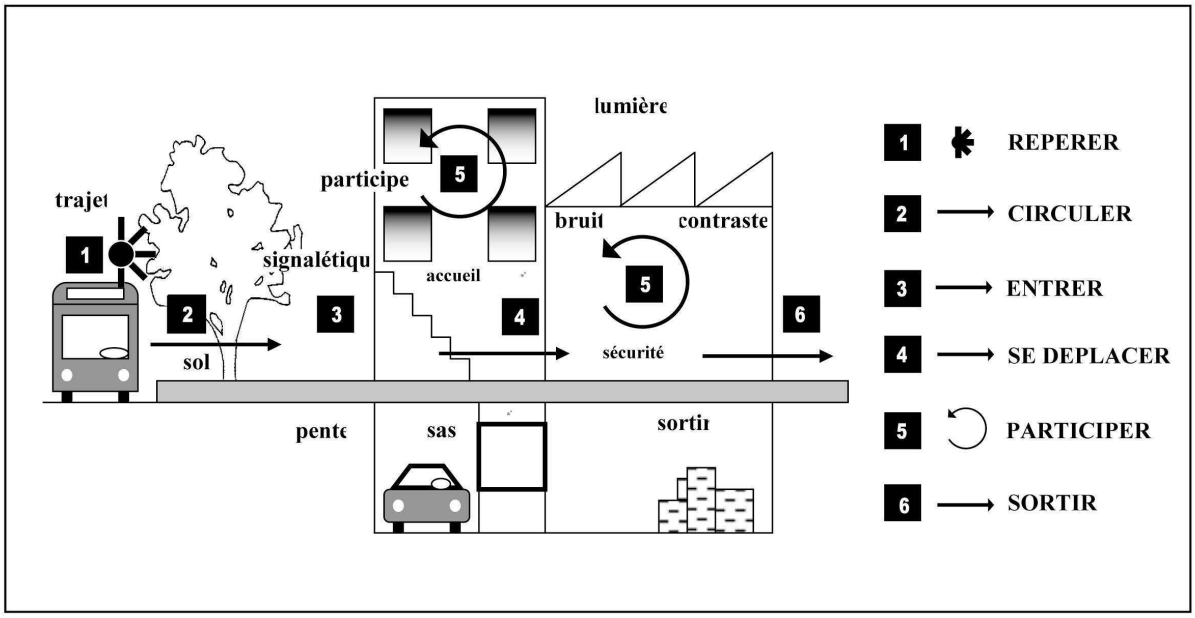
En réaction à ce modèle validocentrique, le mouvement en faveur de l'accessibilité modifie les représentations du handicap et vise les acteurs institutionnels afin d'améliorer la qualité de vie, soutenir l'autonomie et favoriser la participation des personnes handicapées à l'intérieur comme à l'extérieur du domicile. L'espace public urbain devient alors une structure d'intégration ou d'exclusion des personnes en situation de handicap et conduit à interroger les politiques menées en direction de ces populations.

2.2.2. Prendre en compte la dimension du handicap dans l'aménagement

Lors de son doctorat, Franck Bodin met en avant l'aménagement comme support concret de l'intégration des personnes en fauteuil roulant dans la ville de Caen. Il développe le concept d'*handimension :* dimension du handicap dans l'aménagement. Cette étude révèle que l'accessibilité est à la fois issue de la qualité de l'espace urbain et des compétences des individus en fauteuil roulant dans la ville de Caen. Nous nous inscrivons dans la continuité de ses travaux en abordant les déplacements des personnes âgées ayant une déficience sensorielle et/ou motrice autour de leur domicile. L'accessibilité est alors comprise comme un espace caractérisé par un environnement accueillant pour l'homme.

Ce n'est qu'à partir des années 1990 que la conception architecturale s'attache à la diversité des habitants avant l'esthétique urbaine et la demande massive de logement. Pour cela, les acteurs de l'aménagement du territoire pensent fréquemment l'accessibilité sous l'angle des barrières architecturales (marche d'escalier, ascenseurs, *etc.*) Or l'information et l'orientation font aussi partie de l'accessibilité et ne concerne pas seulement les personnes déficientes visuelles et/ou auditives. L'un des documents accepté au niveau européen, élaboré en 2001 et réactualisé en 2003 est le « *European concept accessibility* » fondé sur le principe de *Design for all*. La chaîne de déplacement réel met en évidence la continuité nécessaire d'un cheminement et révèle les difficultés rencontrées pour accéder et se déplacer à l'extérieur et à l'intérieur des bâtiments. La chaîne de déplacement indique les attentions spécifiques à porter lors du cheminement des individus. Parmi les éléments à prendre en compte six sont indispensables : le repérage, la circulation, la participation, les déplacements, l'entrée et la sortie (Fig. 10).

Figure 10. Chaîne de déplacement réel.



Adapté de SAHMI Nadia.“ Chaîne de déplacement réel”, in Le Moniteur, mars 2000, n°5027,

Ce schéma met en évidence la continuité nécessaire du cheminement, l'homogénéité et la cohérence du cadre bâti, ainsi que les éléments clés de l'accessibilité des Établissements Recevant du Public (ERP). L'espace public, compris comme le prolongement de l'intérieur du domicile vers l'extérieur, pose la question de l'aménagement de la voirie, des transports et des ERP. Les équipements et les infrastructures permettant la mobilité et l'accessibilité doivent être conçus et réalisés de telle façon qu'ils ne rompent pas la chaîne de déplacement. Les aménagements ponctuels et isolés n'ont ni sens ni intérêt, un seul défaut peut rendre le déplacement impossible : la continuité de l'espace parcouru par les piétons est primordiale. Toute rupture du cheminement aussi infime soit-elle place la personne en situation de handicap. Pour une personne âgée cette rupture matérialise sa perte d'autonomie.

Ainsi, toute opération d'aménagement qui tient compte de la chaîne de déplacement favorise la mobilité au cœur des espaces publics, permet l'accès aux services et maintient la participation à la vie sociale des usagers du quartier. De la conception à la réalisation les acteurs impliqués doivent répondre à l'ensemble de ces critères. C'est la vision d'ensemble, l'approche globale, qui importe. Dans le cas contraire la population doit de nouveau s'adapter et réajuster son cheminement face aux contraintes en présence.

« Même si les plans inclinés se sont multipliés, les trottoirs abaissés, la ville plane des aménageurs est loin d'être une réalité » (Thomas, 2005). Suivant ce principe les transports en communs pourraient faciliter la mobilité de chacun, or ils s'avèrent le plus souvent dissuasifs à l'image du métro, ou des transports de bus régulier. Les exemples pourraient se multiplier : la durée de la traversée des rues, peu ou pas adaptée à la mobilité des personnes âgées du fait de l'impératif accordé à la fluidité du trafic automobile au cœur des espaces urbains. Ainsi, les citoyens, les usagers de l'espace urbain, se manifestent et tentent de faire reconnaître les incohérences de l'espace urbain.

2.2.3. Une ville pour tous …

En France en 2001, le Centre d'Études sur les Réseaux, les Transports, l'Urbanisme et les constructions publiques (CERTU) initie le projet « *ville accessible à tous* ». Les trois dimensions fondatrices de cette réflexion sont l'accessibilité géographique, physique et sociale (CERTU, 2007). Chacune de ces dimensions n'est pas étanche, indiquant bien une vision globale intégrant l'accès aux services sur le territoire afin d'atteindre un confort et une qualité d'usage de l'espace urbain. Le but est de favoriser l'accès à la ville à l'ensemble des usagers

citoyens.

Depuis mai 2007, la collaboration du CERTU, en France, avec la *Commission for Architecture and the Built Environment (CABE),* organisme similaire au CERTU au Royaume-Uni, renforce l'action menée dans le champ de la non discrimination *via* les projets d'*inclusive design* et de *ville accessible à tous.* Ces projets ont pour objectifs communs d'inclure l'ensemble de la population urbaine, de favoriser sa participation sociale et de prendre en compte la longévité de la vie.

Parallèlement en 2007, le projet européen intitulé : *Vers une société pour tous* voit le jour. La non discrimination est l'un des principes fondateurs de ce projet et de la politique d'intégration en direction des personnes handicapées. Elle est entendue comme *« l'élimination de tout traitement défavorable ou inégalitaire d'une personne en raison de son handicap »* (Fardeau, 2004). L'accent est mis sur un processus suivant lequel les divers systèmes de la société le cadre matériel, les services, les activités et l'information sont rendus accessibles à tous. L'accessibilité s'adresse à tous les usagers au sens de consommateur de services, d'utilisateurs de l'espace public, ou en référence à l'idée d'un rapport client/prestataire parce qu'elle garanti aux citoyens leur autonomie et leur participation à la vie de la cité.

L'accessibilité est indissociable d'une intégration sociale réussie et rend compte des éléments de droit fondamental de l'individu parce qu'elle impose de prendre en compte le caractère social, économique et environnemental d'un aménagement, de même que son adéquation avec les besoins à long terme des usagers. En ce sens l'accessibilité s'inscrit pleinement dan une politique d'aménagement et de développement durable.

La convention adoptée par l'assemblée générale de l'ONU le 13 décembre 2006, confirme ce mouvement de protection et de promotion des droits de l'homme. L'un des principes généraux adoptés est celui de l'accessibilité.

> *« Afin de permettre aux personnes handicapées de vivre de façon indépendante et de participer pleinement à tous les aspects de la vie, les États Parties prennent des mesures appropriées pour leur assurer, sur la base de l'égalité avec les autres, l'accès à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication et aux autres équipements et services ouverts ou fournis au public, tant dans les zones urbaines que rurales. Ces mesures parmi lesquelles figurent l'identification et l'élimination des obstacles et barrières à l'accessibilité s'appliquent entre autres : aux bâtiments, à la voirie, aux transports et autres équipements intérieurs ou extérieurs, y compris les logements, les installations médicales … »*
>
> Bilan de l'accessibilité 2007, Ministère de l'équipement, France

Cette convention entrée en vigueur en 2007, intègre également la définition de « l'aménagement raisonnable » entendue comme *« les modifications ou ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou indues apportées, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes handicapées la jouissance ou l'exercice sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales ».* Dès lors, l'accessibilité est comprise comme un levier d'action de l'aménagement du territoire.

En considérant l'accessibilité comme moteur d'inclusion sociale et levier d'aménagement du territoire, nous confirmons que l'accessibilité prise en compte selon une approche globale et systémique est un facteur déterminant dans l'analyse de l'interaction entre la personne et son environnement, permettant d'envisager le fait que l'accessibilité puisse être un indicateur clé pour qualifier et identifier des espaces de qualité et de bien-être.

3. … Vers des espaces de qualité et de bien-être ?

Les travaux des géographes dans le domaine du handicap participent à la prise en compte de l'ensemble des populations en vue d'accroître l'accessibilité pour développer des espaces de qualité et de bien-être. Ici, se sont les différentes approches Espace/handicap qui nous intéressent. Les approches anglo-saxonnes et françaises sont différentes. La première est divisée en deux mouvements : l'un centré sur la réadaptation et ses outils techniques et l'autre fondé sur les relations entre espace handicap et société. L'approche française quant à elle combine le volet opérationnel et le volet recherche.

3.1. Espace et handicap : une approche anglo-saxonne précurseur

Dans le courant anglo-saxon, des *Disability studies*, l'intérêt des géographes pour le handicap est apparu dans les années 1960, et s'intéressait aux conséquences du handicap suivant une vision médicale ou le volet réadaptation était prédominant. D'autres attiraient l'attention sur l'architecture face à l'accessibilité ou encore sur la mobilité et les transports et s'intéressait aux revendications de ces groupes discriminés. Les recherches anglo-saxonnes considèrent alors les personnes handicapées comme une minorité (Albrecht, Ravaud, Stiker, 2001). Dans les années

1990, le concept du handicap a attiré l'attention des géographes qui l'ont abordé comme un processus qui stigmatise les personnes handicapées et tend à les exclure de l'espace social. Dès lors, les recherches anglo-saxonnes se scindent en deux groupes l'un fondé sur les recherches en sciences de réadaptation qui visent à rechercher les solutions techniques afin d'améliorer les conditions de vie ; l'autre centré sur les recherches en sciences sociales focalisées sur les phénomènes d'exclusion, les minorités mettent en avant les rapports entre espace et handicap et société.

En France cette double approche n'apparaît pas et permet d'allier une recherche opérationnelle en y incluant les recherches centrées sur le handicap. Les recherches françaises sur le handicap ont débuté au cours des années 1990 avec les approches cognitives *« « pour permettre d'entrer dans la « boîte noire » du cerveau, de comprendre comment fonctionnent les procédures d'orientation, les cartes mentales, la locomotion…etc. Beaucoup de recherches portent désormais sur des populations particulières : jeunes enfants, handicapés moteurs ou visuels, personnes âgées… »* (Levy, Lussault, 2003). Le Centre Technique National des Études et Recherches sur le Handicap et l'Incapacité (CTNERHI) se consacre exclusivement aux questions liées au Handicap, tandis que d'autres Universités françaises abordent cette thématique suivant l'angle sociologique (Paris VII, Grenoble, Strasbourg par exemple), économique (Paris), technologique (CNAM, Nancy, Paris V, Montpellier), psychologique et psychopathologique (Strasbourg, Bordeaux II, Rennes II), neurobiologique (Paris VII), ou de réadaptation fonctionnelle (en particulier Paris V, Paris VI, Dijon, Lyon-Nord, St Étienne, Nancy, Bordeaux). En définitive, le handicap est au cœur de multiples disciplines comme la géographie, la sociologie, l'anthropologie la santé ou la psychologie environnementale ; chacune apporte une perspective différente mais complémentaire ;

S'il est admis, au sein de la géographie sociale, que les processus sociaux participent à la construction des lieux et des territoires, les préoccupations relatives à l'interrelation entre la santé et l'environnement en géographie de la santé confirment le partage de fondements théoriques communs (Curtis, 2007). En prenant en compte les caractéristiques des lieux et leurs perceptions par les groupes d'individus, ce sont les interprétations et les représentations de l'espace par la population permettent de comprendre les espaces qui réunissent l'ensemble des conditions bénéfiques pour la santé : *« De plus, en plus le géographe est associé à l'analyse portée sur la compréhension de l'évolution des espaces construits en milieu urbain et rural ainsi que sur les perspectives qui orientent les relations entre les hommes et l'aménagement de l'espace»*(Bodin, 2006) les informations alors recueillies sont *« utiles pour les urbanistes, les architectes, les fournisseurs de soins en leur indiquant les traits du design qui sont « durable »*

en terme de santé et de bien-être .» (Curtis, 2007).

3.2. Dimension transversale, interministérielle et locale de l'accessibilité

Le concept d'accessibilité relève de ministères publics différents (l'aménagement du territoire, les services de santé et services sociaux, les services de transports, *etc.*) et de la concertation avec les associations citoyennes et confirme la vision transversale promue par cette notion. *« En contribuant à faire sortir les personnes handicapées des lieux, où elles avaient tendance à être recluses ou ségrégées, l'accessibilité favorise les contacts, les rencontres, les relations sociales entre elles et les biens portants. Prenant forme et force dans le domaine de l'environnement bâti, l'accessibilisation, c'est-à-dire ce mouvement par lequel une population tend à faire reconnaître sa culture propre, va concerner en fait tous les domaines de la vie sociale. »* (Sanchez, 1989)

Suivant l'angle d'approche choisi, les disciplines qui emploient ce terme lui attribuent un sens différents. Pour exemple l'accessibilité est comprise, dans le domaine des transports (Bussière, Thouez, Rice, Bernard, 1996), de l'architecture ou de la construction (Grosbois, 2005), comme une évaluation de la performance spatiale et territoriale des réseaux de transports, de la répartition des services et des équipements et la circulation à l'intérieur comme à l'extérieur des bâtiments. Dans le domaine de la santé et de la réadaptation l'accessibilité est définie comme la disponibilité maximale des moyens adaptés ou non, permettant d'obtenir un service pour une personne ayant une incapacité. Chacun de ces domaines de compétences s'emploie à améliorer les conditions d'accès sur le territoire, pour autant, l'action menée pour améliorer l'accessibilité est trop souvent caractérisée par le cloisonnement des domaines de compétences impliqués. Ainsi, cette étude, à travers la notion d'accessibilité, vise à comprendre les interactions possibles entre le champ de l'aménagement du territoire, la santé, le social en France et au Québec.

Pour exemple le colloque *« Mieux vivre la cité : accessibilité pour tous »* en 2002, initié par le ministère de l'emploi et de la solidarité et le ministère de l'équipement, des transports et du logement a montré la nécessité de renforcer et de développer la coopération interministérielle en terme d'accessibilité. Les groupes de travail thématique tel que circuler, se déplacer, voyager ont permis de mettre en place des synergies intégrant les actions menées dans les domaines de la voirie, de la construction, du transport, de la santé, *etc.* et de ce fait appuient l'émergence d'une

réflexion transversale et renforce la place de l'accessibilité dans la réflexion territoriale pour développer des espaces de qualité et de bien-être.

« L'accessibilité constitue un confort et une amélioration de la qualité de vie pour tous les citoyens, handicapés ou non. Chacun doit se mobiliser : État collectivités locales, professionnels, usagers pour que la cité et son environnement soit accessible à tous » (Bachelier, 2005). Parce qu'elle contribue au confort d'usage de l'ensemble des citoyens, l'accessibilité est l'élément constitutif d'une vraie qualité de vie et de service, mais aussi de qualité d'usage de l'espace public pour tous.

Au-delà du concept d'accessibilité il est intéressant de voir comment il est mis en œuvre et appliqué au plan local. L'accessibilité telle qu'elle est appliquée localement, sa forme et son contenu dépendent des initiatives locales elles même fonction des moyens disponibles mais aussi et surtout de la volonté des décideurs politiques locaux (Chapitre 5).

3.3. … Prendre en compte la mobilité des plus âgés pour le plus grand nombre

Outre Atlantique, l'étude des déplacements des personnes âgées au Québec a fait l'objet de travaux pluridisciplinaires (Gauvin, Spivock, 2007). Ces études ont permis d'élaborer une typologie de la mobilité des personnes âgées suivant les motifs ou la fréquence de leur déplacement. Ces études permettent d'appréhender le vécu des aînés, le choix résidentiel, la place accordée à la qualité de vie, à la marche, *etc.* Dans un contexte gouvernemental où les politiques publiques favorisent le maintien à domicile, c'est la question du bien-être de ces populations dans leur milieu de vie qui est soulevée.

Plus récemment, le projet québécois *Marche chez les Aînés et ses Relations avec les caractéristiques de l'Habitat et de l'Environnement* (MARCHE) développe un modèle conceptuel qui décrit l'association entre l'environnement physique et la marche au cœur des quartiers résidentiels. Ce projet permet une meilleure compréhension de l'association entre le potentiel piétonnier individuel et les déterminants environnementaux du quartier de résidence (Gauvin et al. 2007). Ces travaux font appel à la notion de marchabilité, traduit de l'anglais *walkability,* qui est apparue dans la littérature des transports et celle de l'urbanisme et de la médecine comportementale et progressivement empruntée par le domaine de la santé publique (Leslie, Coffee, Franck, Owen, Bauman, Hugo, 2007). La marchabilité correspond à la capacité d'un environnement à favoriser la marche. Dans ce cas, la marche ne dépend pas seulement des

capacités de la personne mais aussi de la qualité de l'environnement favorisant ainsi le cheminement de tous au sein de l'espace public.

Les travaux menés en France dans ce domaine abordent entre autre « la construction sensible de l'espace public » ou « le cheminement et l'accessibilité dans l'espace urbain » à l'image des publications de Rachel Thomas (2005) au sein du Centre d'Études Méthodologiques en Architecture (CERMA) à Nantes. Le CERMA est associé au Centre de Recherche sur l'Espace SONnore et l'environnement urbain (CRESSON) de Grenoble dont les travaux sont centrés sur les ambiances architecturales urbaines. Quant aux travaux menés par le LAboratoire Techniques, Territoires et Sociétés (LATTS) ou encore l'Institut National de REcherches sur les Transports et leur Sécurité (INRETS) sont plus proches des mobilités liées aux transports et leur sécurité (Carré, Julien, 2000). L'INRETS est néanmoins à l'initiative du premier colloque consacré au piéton laissant ainsi entrevoir une thématique plus large que la sécurité et les transports en posant la question suivante : *le piéton et son environnement : Quelles interactions ? Quelles adaptations ?*[19] *»*. Les travaux présentés portent sur les déplacements, la qualité de l'aménagement urbain, les compétences en jeu, le facteur risque pour le piéton et les stratégies mises en œuvre par le piéton pour assurer sa sécurité. On le constate, les études menées en France autour de la mobilité quotidienne, du déplacement et plus particulièrement de la marche du piéton et de l'interaction avec son environnement se développent (Miaux, 2005).

L'aménagement physique du lieu est indissociable des pratiques spatiales des individus. Or c'est la fonctionnalité de l'espace urbain qui a longtemps primé sur la place du piéton au sein de l'espace public. L'expression retenue par le Dictionnaire de géographie de l'espace et des sociétés pour définir l'accessibilité est la suivante ; *« l'offre de mobilité, ce qui ne dépend pas des décisions de celui qui est mobile ou qui décide de la mobilité mais des autres composantes du système de déplacement qu'il utilise »* (Levy, Lussault, 2003). Dans ce cas, la participation sociale des individus et leur mobilité serait la résultante de des autres composantes du système et non de l'individu décideur de sa mobilité. Parmi les facteurs susceptibles de limiter la mobilité, on compterait par exemple l'inexistence ou l'insuffisance des infrastructures de transports. Dans ces conditions, l'environnement seul permet ou non la mobilité des individus. La mobilité est alors « imposée à » ou « subie par » l'individu, elle reflète une contrainte environnementale prégnante sur l'état de santé des individus. Paradoxalement, l'espace public est entendu comme un espace ouvert à tous, libre d'accès. Ainsi, nous ne dissocions pas la

[19] 1er Colloque francophone sur le Comportement du piéton dans son environnement (COPIE), 8 novembre 2007, Paris, organisé par l'INRETS.

mobilité de l'individu de l'accessibilité du lieu.

Par ailleurs, l'accessibilité et la mobilité sont deux concepts fondamentaux pour interpréter les pratiques spatiales des personnes âgées en perte d'autonomie. L'espace de vie des personnes âgées en perte d'autonomie se traduit par l'étude des rapports à l'espace de cette population et son appropriation des lieux ; les travaux réalisés à Toulouse par Alice Rouyer, Tristan Salord (2007) s'inscrivent dans l'interprétation des déplacements des personnes âgées en perte d'autonomie en milieu urbain et les réajustements qu'ils mettent en place pour conserver leur autonomie de déplacement dans leurs milieux de vie. La mobilité et l'accessibilité aux espaces publics peuvent alors être abordé comme la possibilité d'atteindre ses lieux au sens de la définition de R. Brunet, en fonction de l'offre de mobilité et des espaces accessibles comme l'entend J. Levy auquel il est indispensable d'associer les capacités et les compétences de l'individu.

Quel que soit l'age, l'état de santé de la personne, l'usage des espaces public concerne toute la population. Les espaces de vie initialement conçus selon un modèle standard optimal possédant toutes les capacités physiques, sensorielles et mentales prennent aujourd'hui en comptes les plus vulnérables pour permettre à chaque usager d'exercer son droit de citoyenneté à part entière. Il s'agit alors de promouvoir des espaces de qualité et de bien-être à l'ensemble des usagers.

Conclusion

Ce chapitre pose à la fois l'évolution du concept de situation de handicap et l'adoption d'un modèle socio-environnemental caractérisé par l'interaction entre la personne et son environnement. Nous avons également choisi d'aborder l'évolution du concept d'accessibilité vers celui d'accessibilité universelle ou *Universal design* compris ici comme un concept d'aménagement qui prône la réalisation d'environnements sans obstacles et permet de prendre en compte toute les personnes quel que soit leur âge, leur taille et leurs capacités.

La notion d'accessibilité ne peut se limiter aux seules problématiques de l'aménagement urbain et aux possibilités de circuler dans un environnement adapté. L'accessibilité est aussi relative à l'information fournie, à la qualité d'accueil, à l'hospitalité et à la compréhension de l'autre, il s'agit donc de prendre en compte l'accessibilité suivant une approche globale : à la fois comprise comme un levier d'action pour l'aménagement du territoire et un vecteur

d'inclusion sociale.

Des transports en communs aux services sanitaires et sociaux, tous les secteurs de compétences des politiques publiques sont investis de la question de l'accessibilité et relève de leurs mises en œuvre au niveau national, régional et local. Ce défi est celui des institutions publiques en France comme au Québec afin de développer des espaces de qualité et de bien-être.

CHAPITRE 2.

DIMENSION SPATIALE DES HANDICAPS LIES AU VIEILLISSEMENT

Introduction

Dans le cadre de la réflexion que nous proposons de mener, nous parlerons de handicaps liés au vieillissement pour désigner l'inadéquation entre l'environnement et l'état de santé des personnes âgées en perte d'autonomie. Le vieillissement de la population concerne les pays industrialisés et particulièrement les pays occidentaux, au rang desquels se trouvent les deux terrains retenus pour cette étude : la France et la province canadienne du Québec. Dans ce chapitre, nous justifions le choix de ces terrains et de la démarche comparative. Dans le cadre d'une recherche comparative, le choix du ou des terrains de recherche de thèse constitue une étape délicate qui pose plusieurs questions : celle de l'échelle de comparaison, du nombre et de la nature des unités à comparer mais aussi celle des comparaisons possibles entre des espaces aussi éloignés et dissemblables (Detienne, 2000).

Le processus du vieillissement de la population nous permet de saisir les phénomènes à l'œuvre d'un point de vue socio-spatial. La seconde section de ce chapitre consiste à présenter l'organisation administrative des territoires français et québécois. Tous deux se caractérisent par l'emboîtement de territoires régionaux et locaux. Nous présentons, au cours de cette section, la situation du vieillissement de la population des municipalités composant la région Abitibi-Témiscamingue, celles de la région Estrie et celles de l'agglomération Montréalaise au Québec. Ces portraits de la situation du vieillissement sont aussi présentés à l'échelle des régions et des départements français et plus particulièrement à l'échelle du département du Maine et Loire.

Parallèlement à l'organisation des territoires administratifs, c'est aussi l'organisation des territoires sanitaires et sociaux que nous présentons ici. Nous observons la cohérence entre ces découpages qui sont l'assises des actions menées par les pouvoirs publics dans le champ du handicap et celui du vieillissement de la population.

1. Une étude à dimension internationale

La comparaison est entendue au sens général comme l'étude des différences et des ressemblances de l'objet de recherche. Historiquement, la démarche comparative en sciences sociales est utilisée pour marquer la spécificité d'un espace ou souligner la singularité d'un phénomène sur un territoire donné, ce n'est que plus tard que les éléments communs aux espaces comparés sont repérés. Si les sciences humaines et sociales utilisent de plus en plus la comparaison, notamment les études en géographie, il importe de définir la nature des objets ou des phénomènes comparés et la finalité de la démarche de comparaison (Jucquois, Vielle, 2000).

1.1 Une démarche comparative

La comparaison des espaces français et québécois, aussi dissemblables soient-ils, se justifie par trois éléments principaux : le premier, celui d'un renouvellement législatif simultané de part et d'autre de l'Atlantique lié à la participation sociale et à l'intégration des personnes handicapées en 2004 au Québec et 2005 en France; le second relatif aux enquêtes menées parallèlement en France et au Québec en 1998 et le troisième correspondant au vieillissement avéré de la population en France et au Québec.

1.1.1 Prendre en compte des espaces dissemblables …

La méthode comparative varie suivant le but et le rapport à l'espace qui est privilégié. Il ne s'agit pas ici d'étudier des espaces géographiques aux caractéristiques physiques et humaines communes. De fait, l'immensité de la province québécoise, dont la superficie est près de trois fois supérieure à celle de la France, les conditions climatiques, la répartition hétérogène des habitants ou l'organisation spatiale urbaine sont quelques exemples qui distinguent le territoire français du territoire québécois. L'éloignement géographique entre nos deux espaces d'étude et l'appartenance à des aires géographiques distinctes rendent à la fois difficile cette démarche de comparaison et l'enrichissent. Nous avons choisi de baser cette comparaison sur la méthode de l'étude de cas. Elle exemplifie le phénomène étudié et permet de s'adapter aux particularités et aux opportunités de terrain français et québécois (Carte 2 et 3 : 19). Elle semble appropriée à la compréhension d'un phénomène dans toute sa complexité, celui de l'étude des processus du vieillissement de la population et des situations de handicaps qu'il génère. Par conséquent, plus

que la recherche des similitudes ou au contraire des singularités, la comparaison, à pour nous, vocation à comprendre et à expliquer les choix des politiques publiques et les actions mises en œuvre aux différents échelons territoriaux pour faire face à un phénomène commun en France et au Québec : le vieillissement de la population et les enjeux sociaux spatiaux qu'il génère en terme d'accessibilité. La comparaison porte alors sur des processus localisés et non sur les lieux (Gervais Lombony, 2000).

La reconstitution des processus liés à une thématique illustre aussi la diversité des réponses possibles à un phénomène similaire (Détienne, 2000). La comparaison nécessite alors un angle d'approche, identique pour chaque élément comparé afin d'assurer la comparabilité (Jacquot, 2007). Elle repose sur la construction de l'objet de sa problématique. *« Comparer ne relève pas de l'évidence mais doit faire l'objet d'une construction »* (Vigour, 2005). L'objet de cette comparaison est de confronter deux démarches politiques distinctes dans la réponse aux phénomènes du vieillissement de la population : l'une plutôt descendante (le cas français) et l'autre plutôt ascendante (le cas québécois). Aujourd'hui ces deux démarches tendent à se rejoindre autour des processus participatifs, en particulier dans le domaine de l'accessibilité en associant la population aux débats politiques et institutionnels.

1.1.2 Une législation du handicap renouvelée en France et au Québec

En France comme au Québec les lois en direction des personnes handicapées ont vu le jour respectivement en 1975 et 1978. Ces lois intitulées *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale* au Québec et *Loi en direction des personnes handicapées* en France sont le résultat de l'action associative ou de l'action communautaire. Elles traduisent une réponse adaptée aux attentes et besoins des populations à l'époque. Aujourd'hui les attentes ne sont plus les mêmes. Depuis les lois d'aides, d'assistance et de compensation du handicap des années 1975-1978, progressivement la révision de ces lois s'est imposée pour être adoptée au début des années 2000 sous l'égide des associations de personnes handicapées et du fait de l'évolution en nombre des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces lois affirment agir pour l'égalité de droit, pour l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière. Elles mettent aussi l'accent sur la multiplicité des situations de handicap dont celles liées à l'apparition de pathologies associée à l'avancée en âge, ou encore celles liées au vieillissement des personnes ayant des limitations fonctionnelles.

Les législations mises en œuvre en 2005 et 2004, respectivement loi pour *L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* en France et *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire,*

professionnelle et sociale au Québec, visent à asseoir le libre choix du mode de vie des personnes handicapées et prennent en considération le projet de vie personnel et individuel et la non-discrimination. Ces lois mettent en exergue les obligations de la société à l'égard des personnes handicapées depuis l'échelon national jusqu'à l'échelle locale[20]. Les acteurs impliqués sont nombreux qu'il s'agisse des ministères, des organismes publics ou privés, des municipalités, des associations ou des organismes communautaires *etc*.

Au Québec la loi impose, par exemple, l'implantation de plan d'action annuel visant à réduire les obstacles à l'intégration, à favoriser l'accès aux services, à l'information, au sein de chaque ministère et de chaque municipalité de plus de 15 000 habitants. Au Québec, la programmation de la mise en accessibilité selon un plan de développement du cadre bâti, de la voirie et des transports varie selon les compétences de l'échelon territorial qui le met en oeuvre. Pour chaque collectivité de plus de 15 000 habitants un correspondant accessibilité est désigné afin d'assurer la coordination avec l'Office des Personnes Handicapées du Québec (OPHQ). A cet effet, l'OPHQ est en charge de présenter au gouvernement québécois un rapport marquant les avancées de la loi tous les cinq ans : le premier apparaîtra en décembre 2009.

Par comparaison, la loi française impose la création d'une commission d'accessibilité des établissements accueillant le public dans toutes les communes de plus de 5 000 habitants, ainsi que la mise en place au 31 décembre 2008 du diagnostic d'accessibilité. Les innovations de la loi du 11 février 2005 portent sur une accessibilité généralisée à l'ensemble de la population et met l'accent sur l'accessibilité de la chaîne de déplacement. Cette dernière consiste à prendre en compte le parcours de la personne depuis la sortie de son domicile, son cheminement sur les voies publiques, l'usage dans les transports en commun jusqu'aux espaces ou établissements ouverts au public. La mise en accessibilité doit être selon la loi effective et efficiente dans un délai de dix ans soit en 2015.

Ainsi, les modalités de mise en accessibilité n'apparaissent pas de la même manière dans les textes réglementaires français et québécois malgré des objectifs communs qui consistent à assurer la continuité du cheminement, à développer les transports en commun réguliers et adaptés, à garantir l'accès aux établissements publics et à développer l'accès à l'information, aux documents officiels, *etc*. Le domaine de l'aménagement du territoire fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la législation française tandis que la question de l'accessibilité apparaît de façon plus transversale dans la législation québécoise.

Précisons aussi que la spécificité de la loi québécoise repose sur le renforcement du rôle joué

[20] Le chapitre 5 présente les effets de ces nouvelles législations en France et au Québec, à savoir une forme d'institutionnalisation de la démarche de mise en accessibilité en France et un renforcement de l'action régionale *via* les Offices de Personnes Handicapées du Québec (OPHQ).

par l'OPHQ. En effet dès 1984, l'OPHQ avait proposé un document d'orientation afin de mener une politique d'ensemble intitulé *À part … égale*. Avec la loi du 17 décembre 2004, l'OPHQ passe d'un rôle de soutien et de services aux personnes handicapées à celui de vigie pour le gouvernement du Québec et de coordinateur de l'ensemble des interventions menées dans les dix-sept régions québécoises. Le rôle exécutif que connaît l'OPHQ ne connaît pas d'équivalent en France.

Comme le souligne Patrick Gohet, délégué interministériel aux personnes handicapées en France, *« L'essentiel de ce qui se fait dans le domaine du handicap a très souvent pour origine des actions associatives »* c'est la raison pour laquelle les associations nationales ont eu un rôle consultatif majeur lors de l'élaboration de la loi. Ce rôle se confirme par leur participation au suivi de la loi. Elle fait l'objet de réserve de la part des associations françaises quant au respect de leurs obligations et le respect de la citoyenneté de chacun « tout accessible pour tous en 2015 » semble difficile à réaliser.

Au-delà des textes législatifs, des textes d'applications, les programmes d'actions doivent être cohérent avec les pratiques de terrains et explique nos interrogations relatives au rôle et à la place accordée aux associations françaises ou aux groupes communautaires au Québec dans le cadre de la démarche de mise en accessibilité (Ces éléments feront l'objet d'une comparaison plus appuyée au cours du chapitre 5).

1.1.3 Deux enquêtes en direction des populations ayant des limitations fonctionnelles : « HID » en France et « EQLA » au Québec

Deux enquêtes de populations en direction des personnes ayant des incapacités ont été réalisées en 1998 en France et au Québec : l'enquête HID en France et EQLA au Québec. Les deux enquêtes reposent sur la classification internationale de l'OMS. Même si les méthodes et les questionnaires pour réaliser ces enquêtes sont différentes, elles permettent d'évaluer la population en incapacité et de dresser un portrait des populations françaises et québécoises concernées afin de définir les orientations des politiques publiques dans ce domaine.

En France, paradoxalement la multiplicité des sources de données et la diversité des résultats ont longtemps rendus difficile la lecture et la connaissance des chiffres du handicap. Les estimations chiffrées concernant les personnes handicapées sont dispersées et hétérogènes suivant les objectifs des administrations. Selon les organismes nationaux comme le Centre Technique National des Études et Recherches sur le Handicap et l'incapacité (CTNERHI) le nombre de personnes handicapées est évaluée en 1994 à 3.4 millions de personnes, d'autres

enquêtes comme l'enquête décennales de santé estime le nombre de personnes déclarant un handicap ou une gêne de la vie quotidienne à 5.5 millions. Par l'intermédiaire de ces organismes la France découvre progressivement que ces informations lui font défaut. Face à ces faiblesses, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) réalise entre 1998 et 2001 l'enquête HID. C'est la première enquête nationale consacrée à la description des personnes déclarant un handicap quelque soit l'âge et leur lieu de résidence (institut ou domicile). Cette enquête adopte une définition très large du handicap, incluant les gênes rencontrées dans la vie quotidienne et abouti au chiffre de 22.5 millions de personnes handicapées soit près de 40% de la population française (Blanc P., 2006).

La situation statistique au Québec est très différente. Les estimations du handicap reposent sur les Enquêtes Sociales sur les Limitations d'Activités (ESLA), menées en 1986 et 1991, par Statistique Canada. L'enquête EQLA réalisée par l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) en 1998 fait suite aux enquêtes menées à l'échelle du Canada. Cette enquête s'intéresse aux québécois de tous âges qui présentent une incapacité de longue durée (au moins six mois) et qui vivent à domicile. Les données recueillies par les enquêtes EQLA au Québec et HID en France permettent d'obtenir une vue d'ensemble sur les réalités des personnes ayant des limitations fonctionnelles.

Dans un contexte de décentralisation et d'accroissement du rôle des pouvoirs locaux dans ce domaine. En France les Conseils généraux reconnaissent l'insuffisance de l'enquête nationale HID dans l'aide aux personnes âgées et personnes handicapées. Comme le précise Patrick Ségal, ancien délégué interministériel aux personnes handicapées, lors de son audition dans le cadre de l'élaboration du rapport Blanc précisait : *« Nous aurions souhaité connaître d'une manière générale la répartition du handicap dans les départements. Puisqu'on a parlé de décentralisation, c'est vrai que, pour l'État, pour les collectivités, il eût été intéressant de connaître la répartition, la spécificité des handicaps, de façon à ce que nous ayons des réponses plus fines, plus adaptées aux besoins. »* Ainsi, les besoins des acteurs locaux n'ont été que partiellement pris en compte, néanmoins les organismes locaux, les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) ont mis en place des extensions de l'enquête nationale HID afin d'évaluer le nombre de personnes handicapées à l'échelle locale.

L'ensemble des acteurs impliqués s'accorde à dire que l'objectif de la prochaine édition de l'enquête HID consiste à produire des résultats à l'échelle des collectivités (Conseils généraux et régionaux, voire des municipalités) afin d'assister les acteurs dans l'attribution de l'aide technique et humaine aux personnes en incapacité. Si la production des données issues de l'enquête HID ne permet pas de rendre compte de la répartition des populations ayant des incapacités à l'échelle locale. Les estimations proposées à partir de la méthode des petits

domaines ont été expérimentées dans sept départements français. A partir des données nationales, l'objectif de cette méthode est de produire des estimations au niveau local (Couet, 2002). Cette méthode d'estimation indirecte est basée sur les données de l'enquête nationale et sur les données locales telles le recensement les enquêtes de santé locale, *etc.* Pour autant, cette méthode connaît des limites notamment la taille de l'échantillon national qui réduit les possibilités de croisement avec les données locales et la difficulté à prendre en compte les spécificités locales[21].

A l'inverse, au Québec, l'enquête EQLA permet d'effectuer des analyses selon les régions socio-sanitaires – échelle d'action de la politique du handicap. Le rapport de l'enquête présente donc une estimation directe des variations régionales de l'incapacité au Québec (Camirand et al. 2001). Elles permettent d'estimer l'ampleur de la population touchée par une incapacité totale ou partielle par région socio-sanitaire. (Tableau 1).

Tableau 1. Taux d'incapacité par région socio-sanitaire selon la gravité de l'incapacité. (Québec, 1998)

Type d'incapacité	Incapacité légère	Incapacité modérée à grave
Bas Saint Laurent	10,7	6,2
Saguenay Lac Saint Jean	7,2	2,9
Capitale Nationale	8,5	4,2
Mauricie et Centre du Québec	10,2	5,5
Estrie	6,2	4,5
Montréal Centre	10,7	6,6
Outaouais	10,8	6,9
Abitibi Témiscamingue	8,8	5,1
Côte Nord	9,2	5,1
Nord du Québec	8,7	4,0
Gaspésie Îles de la Madeleine	7,2	4,0
Chaudière Appalaches	8,4	4,6
Laval	6,4	5,7
Lanaudière	11,9	5,8
Laurentides	9,1	4,6
Montérégie	10,8	5,5

Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA -1998)

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov. 2007

[21] L'une des limites de l'enquête HID est qu'elle ne compte pas de réel volet santé, il n'est pas possible d'estimer l'espérance de vie des personnes handicapées, la mortalité *etc.*

Les taux bruts présentent de façon générale une forte proportion de personnes en incapacité dans une région socio-sanitaire où la proportion de personnes âgées est plus forte. Ces données sont essentielles à l'orientation des politiques sanitaires et sociales. Le taux d'incapacité varie de 10% à 17.7% selon les régions socio-sanitaires. Les régions où l'on trouve les taux d'incapacité les plus élevés sont l'Ouatais (17.7%), Lanaudière (17.7%), Montréal centre (17.2%) et Bas Saint Laurent (16.9%). Les taux d'incapacité les plus bas sont observés dans les régions du Saguenay Lac Saint Jean (10%), de l'Estrie (10.7%) et dans la région de la Gaspésie et les îles de la Madeleine (11,2%)

Ces deux enquêtes (HID et EQLA) ont permis de dresser un premier portrait de la population ayant des limitations fonctionnelles à l'échelle nationale pour la France, à l'échelle provinciale au Québec. L'étude québécoise permet d'affiner ces résultats à l'échelle régionale tandis que l'étude française propose une estimation à l'échelle régionale. L'absence de données spatialisées localement, issues de l'enquête HID, à l'exception des estimations proposées par Couet interpelle les pouvoirs publics dans la mesure où l'échelle d'action gérontologique et du handicap est celle des départements.

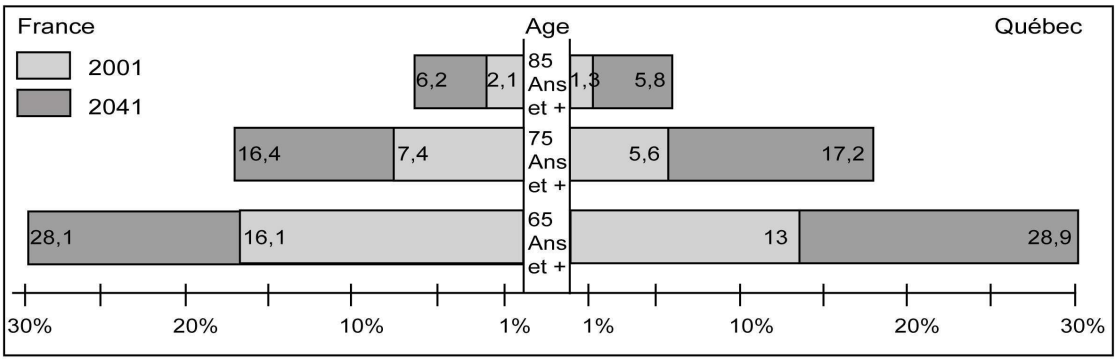
1.1.4 Évolution avérée du vieillissement de la population

Le vieillissement démographique concerne l'ensemble des pays industrialisés dont la France et la province de Québec au Canada. Le vieillissement démographique est la conséquence de la baisse de la fécondité d'une part et de la mortalité d'autre part. Ces deux indicateurs n'ont pas suivi la même progression en France et au Québec. Le vieillissement de la population française s'est produit en deux temps : il a d'abord été la conséquence d'une baisse de la fécondité, vécue plusieurs années avant les autres pays industrialisés. (Henrard, 2002) Selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), en 2001, 16.1% des français avaient plus de 65 ans, 7.4% plus de 75 ans et 2.1% plus de 85 ans alors que dans les années 1960 les proportions étaient respectivement de l'ordre de 12%, 4% et 1% (Gaymu, Gauthier 2002).

Comparativement, au Québec, ces deux causes du vieillissement se sont produites simultanément : la fécondité s'est effondrée en même temps que la mortalité des personnes âgées. Selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), entre 1960 et 2041 la population québécoise aura connu une véritable révolution démographique en passant sans transition d'une structure de la population relativement jeune à une structure par âge vieillie. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus en 2001 est estimé à 13% de la population totale, selon l'ISQ, soit l'équivalent de la situation française en 1960. Selon les projections de l'INSEE (Brutel,

2001) et de l'ISQ l'accroissement en nombre de la population âgée atteindrait en France comme au Québec près de 28% de la population totale en 2041 (Fig. 11).

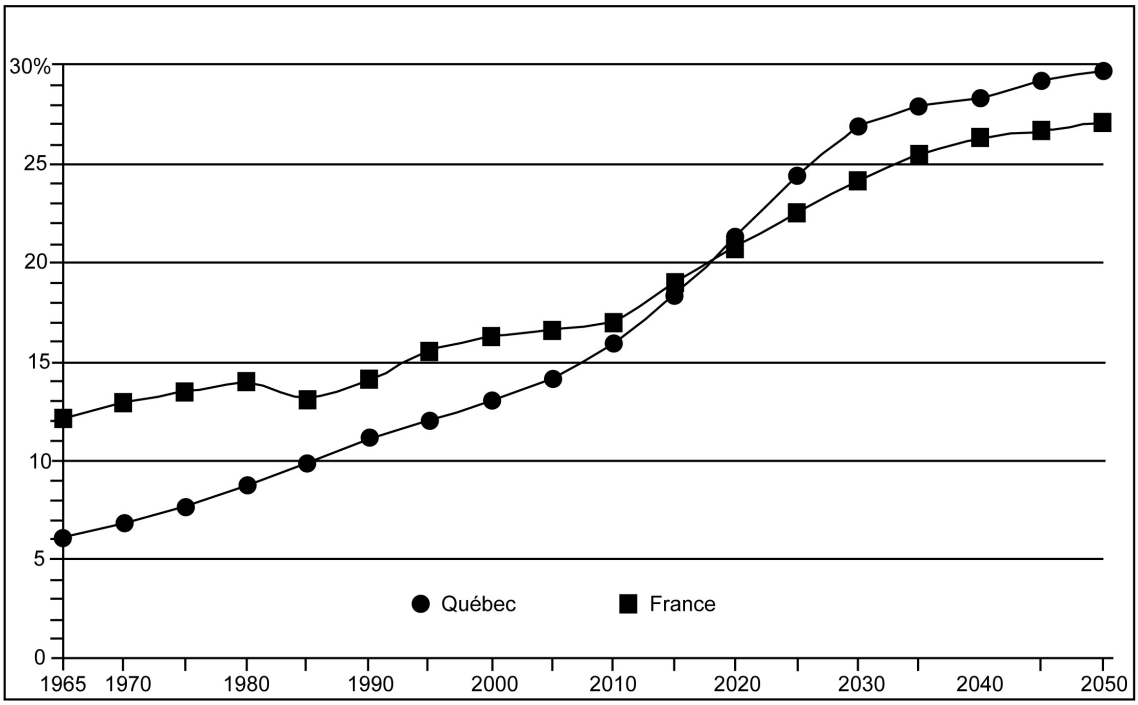
Figure 11. Evolution de la population âgée de 65 ans et plus en 2001 et 2041 (France-Québec)



Sources : Projections de l'INSEE pour la France et de l'ISQ pour le Québec
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Sept. 2007

En France comme au Québec, ces deux phénomènes conjugués ont contribué au vieillissement de la population (Gaymu, Gauthier, 2002). Si la France connaît un vieillissement régulier et croissant de sa population, celui de la province du Québec est plus récent et connaît aujourd'hui une accélération en nombre de cette frange croissante de la population. La différence réside dans le temps écoulé pour atteindre ce vieillissement démographique. Le Québec atteindra le niveau de la France en 2010 selon les projections des Nations Unies (Fig. 12).

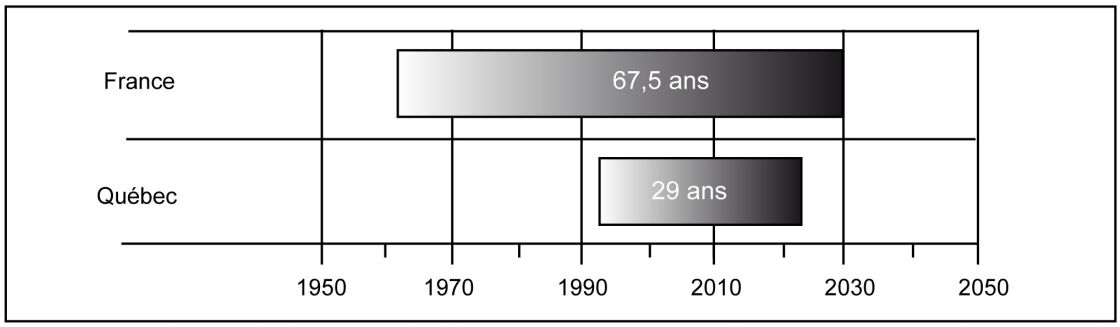
Figure 12. Evolution de la population âgée de 65 ans et plus (France - Québec)



Source : Nations Unies (2003), World Prospect The 2002 Revision, Vol.1., Statistique Canada, Recensement 1951-1966 - Estimations de la population 1971-2001, Institut statistique du Québec (ISQ 2001).

Le temps nécessaire pour que sa population âgée de 65 ans et plus passe de 12 à 24% serait de l'ordre de 30 ans contre 64 ans pour la France (Thibault, Letourneaux et Gauthier, 2000). Cet indicateur précise également que ce processus débute au cours des années 1960 pour s'achever vers 2030 en France, tandis que le Québec débute cette transformation au cours des années 1990 pour l'achever vers 2020 (Fig. 13).

Figure 13. Nombre d'années pour que la population âgée de 65 ans et plus passe de 12% à 24% en France et au Québec.



Source : Nations Unies (2003), World Prospect The 2002 Revision, Vol.1., Statistique Canada, Recensement 1951-1966 - Estimations de la population 1971-2001, Institut Statistique du Québec (ISQ 2001).

Si l'accroissement en nombre des personnes âgées atteint la France comme le Québec, la différence de rythme montre que le Québec ne dispose pas d'autant de temps que la France pour s'adapter au changement démographique. Il s'agit d'un défi de taille pour le Québec qui requiert une prise de conscience accrue des acteurs publics et privés et une adaptation importante de l'organisation des services de santé et des services sociaux. L'arrivée d'une « cohorte de baby boomers » est souvent présentée comme la menace d'une « catastrophe » démographique qui soulève de nombreuses interrogations qui relèvent du secteur public, du secteur privé et de la société civile. En effet le rythme du vieillissement est tel que les services publics ne peuvent pas supporter seuls les besoins en terme de services aux aînés. Devant l'accroissement du nombre de personnes âgées, c'est le maintien de leur autonomie à l'échelle locale au sein des territoires français et québécois qui devient un enjeu essentiel.

2. Quelques éléments comparés de l'organisation territoriale en France et au Québec

La multiplicité des échelles territoriales françaises et québécoises recouvre une réalité complexe issue des fonctions et des compétences attribuées à chaque territoire. Certains d'entre eux sont intégrés à un territoire plus vaste, l'objet est donc ici d'éclairer ces aspects de l'organisation territoriale française et québécoise au regard du vieillissement de la population.

2.1. L'organisation territoriale infra régionale québécoise

Le Québec compte dix-sept régions administratives en 2006. Les régions québécoises qui connaissent les plus fort taux de vieillissement sont essentiellement situées dans l'axe de Saint Laurent. En 2007, le pourcentage des aînés des 75 ans et plus par région varie de 2.3% pour la Côte Nord et 15.7% pour Gaspésie et les îles de la Madeleine. L'hétérogénéité des situations observée à l'échelle régionale, varie également à l'intérieur même d'une région. Nous observons trois régions : Abitibi-Témiscamingue, Estrie et Montréal (Carte 2 : 19).

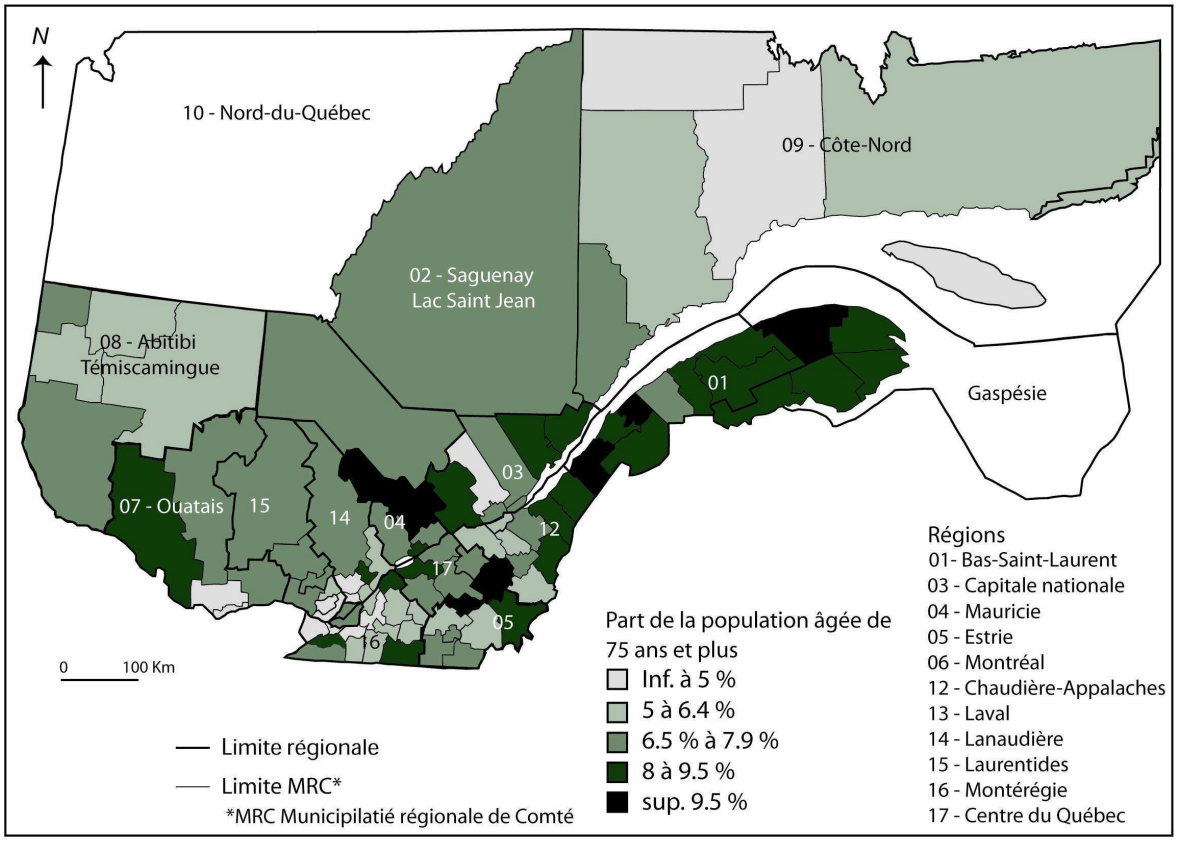
Chaque région se décompose en Municipalités Régionales de Comté (MRC). Ces dernières sont créées par la loi d'aménagement et d'urbanisme de 1979 : elles sont issues de la volonté du gouvernement du Québec d'agir en matière de planification et d'aménagement du territoire ; elles jouent aussi le rôle de coopérative de services auprès des municipalités de leur territoire. Chaque MRC est administrée par un conseil composé des maires de chacune des municipalités de la MRC. En septembre 2006, 86 MRC et 17 Territoires Équivalents (TE) à des MRC sont crées dont Montréal, Sherbrooke et Rouyn-Noranda. Cette section tend à éclairer la situation du vieillissement à l'échelle de ces trois MRC.

2.1.1 Situation du vieillissement à l'échelle des MRC

A l'échelle des MRC du Québec, on observe une diversité des situations de vieillissement de la population. Les personnes âgées de 75 ans et plus au Québec représentent près de 6,7% de la population (ISQ, 2007), toutes les MRC voient le nombre et la part de personnes âgées s'accroître dans leur population. La transformation de la structure par âge de la population du Québec préoccupe également les institutions municipales, pour lesquelles les situations varient d'une MRC à l'autre. Les MRC qui comptent le plus fort pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus se situe le long du fleuve Saint Laurent et en Gaspésie. C'est la MRC Les Basques

(11,1%) qui détient, en 2006, le plus fort pourcentage de personnes âgées de 75 ans et plus suivie de la MRC Shawinigan (11,7 %), Les Sources (10,5%) et Mékinac (10,3%) (ISQ, 2006). Les MRC les moins avancées dans leur vieillissement se situent surtout au Nord du Québec ainsi que dans la banlieue de Montréal (Carte 4).

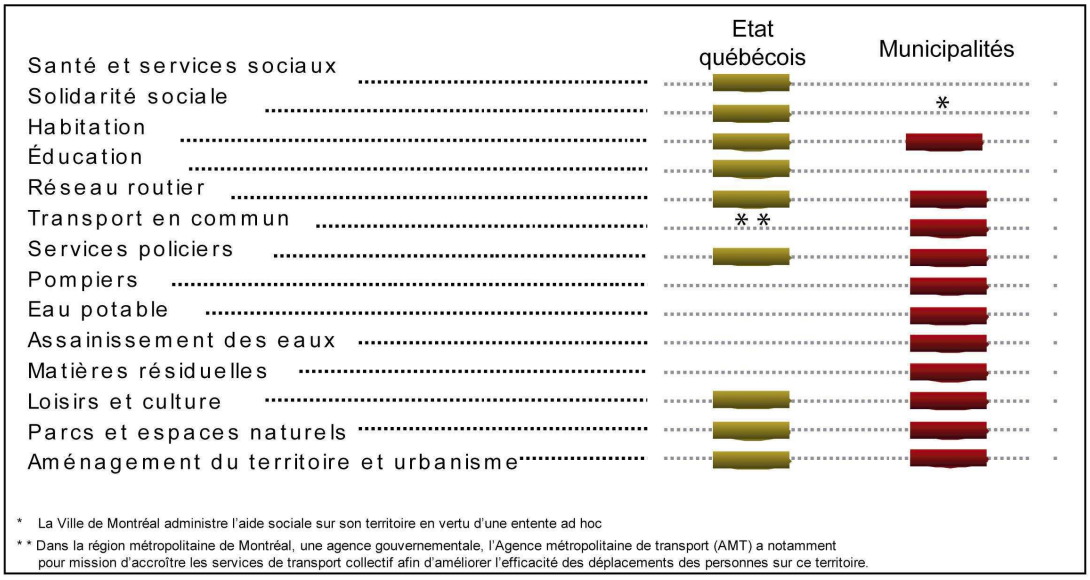
Carte 4 Population âgée de 75 ans et plus par MRC (%), Québec, 2004



Source : Ministère des Affaires Municipales et Régions (MAMR), Statistique Canada, octobre 2004
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov. 2007

Les relations entre l'état, les régions et les municipalités sont caractérisées par la présence de table de consultation et d'échanges. Deux instances formelles de consultations et d'échanges sont prévues dans la loi sur le ministère des affaires municipales et des régions : la Table Québec municipalité (TQM) avec le milieu municipal et la Table Québec Régions (TQR) avec les régions en matière de développement régional. Le partage des compétences entre l'état et les collectivités révèlent que le domaine de la santé et des services sociaux, la solidarité sociale et l'éducation relèvent exclusivement de l'État. En revanche, l'aménagement du territoire, l'urbanisme, les parcs et les espaces naturels, la culture et les loisirs sont des compétences conjointes de l'État et des municipalités (Fig. 14).

Figure 14. Le partage des compétences entre l'Etat québécois et les municipalités (Québec)



Source : Ministère des Affaires Municipales et Régions (MAMR), 2008

Une MRC regroupe toutes les municipalités d'un même territoire formant une entité administrative au sens que l'entend la loi sur l'organisation territoriale municipale. Le conseil d'une MRC se compose du maire de chaque municipalité locale comprise dans le territoire de la MRC ainsi que des représentants de ces municipalités. Les MRC sont en charge de l'élaboration des schémas d'aménagement et de développement (incluant, sauf pour les MRC situées sur le territoire des communautés métropolitaines, l'élaboration d'une vision stratégique du développement économique, social, culturel et environnemental), elles sont également en charge de la planification de la gestion des matière résiduelles, de la planification en matière de protection contre les incendies et de sécurité civile, de l'administration des territoires non organisés, constituer, centre local de développement (chargé de favoriser le développement local et le soutien à l'entrepreneuriat sur son territoire et d'élaborer un plan d'action local pour l'économie et l'emploi), l'évaluation foncière, la gestion des cours d'eau (MAMR, 2008). Au cours de cette étude nous nous concentrerons plus particulièrement sur l'évolution des MRC de Sherbrooke, de Rouyn-Noranda et de Montréal. La présentation de la situation démographique des terrains d'études a pour objectif d'être confronté à la mutation des territoires sanitaires et sociaux.

Pour Rouyn-Noranda, MRC éloignée des grands centres urbains, l'accroissement du poids des aînés dans la population est associé au déclin démographique et la faible fraction de jeunes. Pour d'autres MRC, le pourcentage de personnes âgées est en constante évolution et associé à un maintien en nombre de la population, c'est le cas de la MRC de Sherbrooke. Enfin, dans le cas de la Montréal, le vieillissement de la population se caractérise par une augmentation du nombre

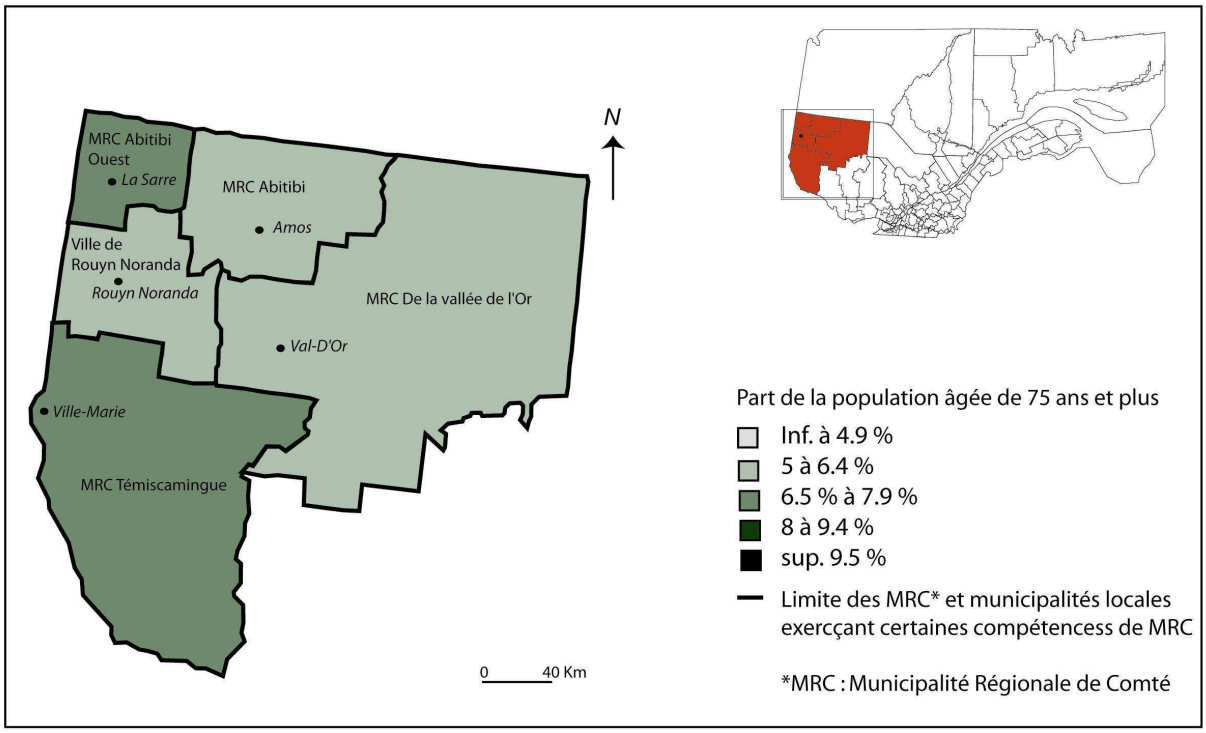
de personnes âgées dans la population accompagnée d'un accroissement de la population générale. Si le vieillissement de la population est un phénomène aux multiples facettes à l'échelle des MRC, qu'en est-il à l'intérieur des MRC ? Suivons ici trois exemples celui de Rouyn-Noranda en Abitibi-Témiscamingue, suivi de Sherbrooke en Estrie et enfin le cas montréalais.

2.1.2 Quand le vieillissement de la population s'amorce : le cas de la MRC de Rouyn-Noranda (Abitibi-Témiscamingue)

La région Abitibi-Témiscamingue est un vaste territoire (65 143 km²) peu peuplé (144 821 habitants en 2006) et isolé au sud de la province du Québec. Elle regroupe cinq MRC : Abitibi, Abitibi Ouest, Rouyn-Noranda, Vallée de l'or et Témiscamingue. Une centaine de municipalités est répartie dans cette région dont treize seulement dépassent le seuil de 2000 habitants et regroupent 60% de la population dont les centres urbains les plus importants sont : Rouyn-Noranda (39 308 habitants en 2006), puis de Val-d'or (31 860 habitants en 2006) suivi d'Amos (12 587 habitants en 2006) et de La Sarre (7 410 habitants en 2006).

Depuis les années 1980, la ville de Rouyn-Noranda, capitale régionale de l'Abitibi-Témiscamingue a connu plusieurs changements. Initialement deux villes distinctes les municipalités de Rouyn (ville dortoir) et de Noranda (ville de services) sont fondées en 1926. En 1981, la municipalité de Rouyn-Noranda est devenue une MRC composée de 17 municipalités localisées au centre ouest de la région Abitibi-Témiscamingue. L'organisation municipale a ensuite évoluée au gré des fusions municipales initiées par Rouyn-Noranda (Granada en 1995, Lac Dufault en 1997, Beaudry en 2000). La politique de consolidation des pôles urbains ou fusion municipale (Loi N°124 – MAMR, 2000) n'est pas sans conséquence sur les villes rurales situées à proximité des centres urbains. Dans le cas de la ville de Rouyn-Noranda, les élus locaux ont choisi de créer une seule ville regroupant toutes les municipalités localisées au sein de la MRC de Rouyn-Noranda. La nouvelle ville de Rouyn-Noranda est la quatrième par sa superficie au Québec avec ses 5 922 km², dont la densité de l'ordre de 6.6 habitant/km² est la plus élevée des MRC de la région Abitibi-Témiscamingue. Selon les estimations Statistiques Canada, la population de la MRC Rouyn-Noranda s'élève à 39 308 personnes en 2006, soit 27 % de la population de la région Abitibi-Témiscamingue. La ville de Rouyn-Noranda est composée de 13 quartiers dont le poids démographique oscille entre 71,4% pour la ville centre de Rouyn-Noranda et 1.8% pour le quartier de Monbeillard. La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus dans la MRC de Rouyn-Noranda correspond à celle de la région Abitibi-Témiscamingue (6,1%) et celle de la province (6,6%). (Carte 5)

Carte 5. Situation du vieillissement de la population par MRC* en Abitibi-Témiscamingue, 2005



Sources : Institut Statistique du Québec, Statistique Canada, 2005
Réalisation : B. Chaudet, université d'Angers, Nov 2007

De 1996 à 2004, la population de la MRC a diminué de 7 %, soit une décroissance démographique un peu plus prononcée que dans la région (5 %). L'étude de la MRC de Rouyn-Noranda repose sur son déclin démographique et le caractère rural de la MRC où le vieillissement de la population présente plusieurs défis ; notamment celui de l'action menée en direction des personnes âgées sur un territoire extrêmement vaste où la population est inégalement répartie entre la ville centre de Rouyn-Noranda et les villages ruraux. Ces derniers supposent l'existence de services sanitaires et sociaux dont la population à besoin, le départ des plus jeunes et les efforts pour dynamiser le territoire, les élus et les acteurs impliqués doivent concilier plusieurs réalités.

2.1.3 Un vieillissement plus rapide que celui de la province : le cas de la MRC de Sherbrooke (Estrie)

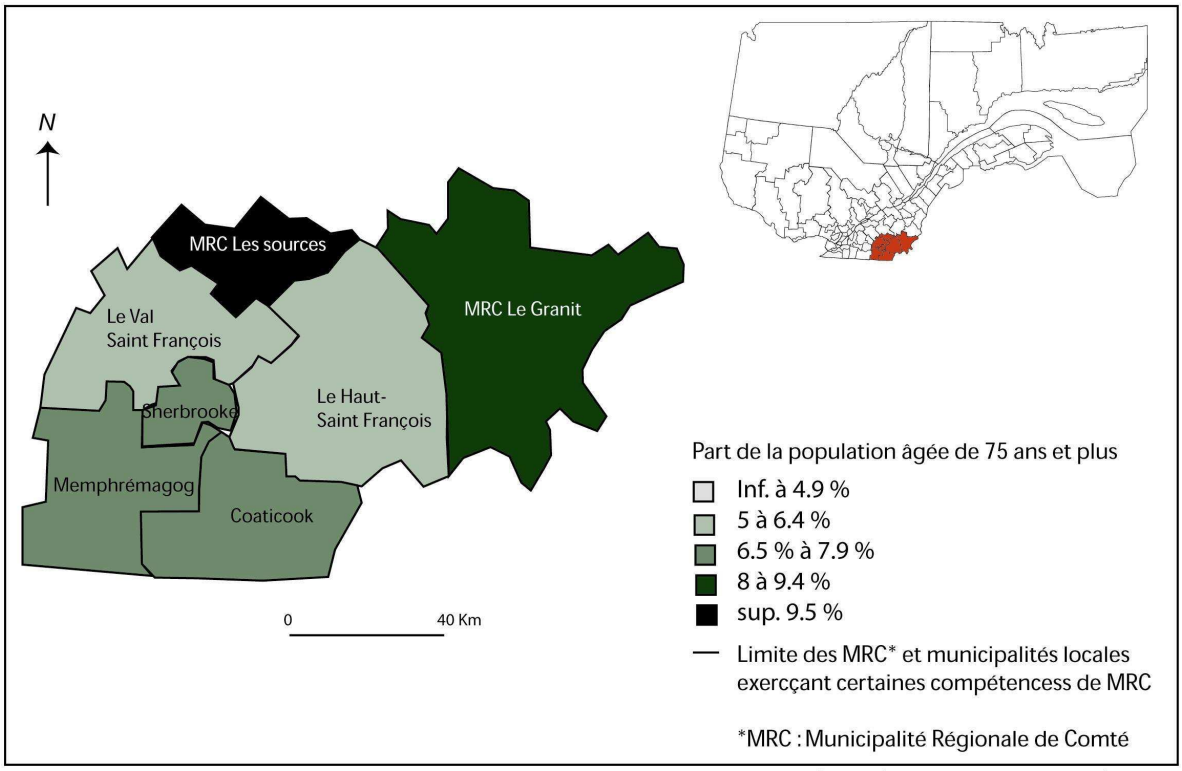
La région de l'Estrie qui s'étend sur 10 188 km² compte 88 municipalités et une population de 303 730 personnes en 2007 réparties entre sept territoires : six MRC et la ville de Sherbrooke (territoire équivalent à une MRC). La population de la région augmente plus vite que celle de

l'ensemble du Québec, elle se concentre essentiellement à l'ouest (70%), où sont situées les principales agglomérations, Sherbrooke, Magog et Windsor. A elle seule la ville de Sherbrooke réunit près de la moitié de la population totale.

Avant la fusion, la ville de Sherbrooke comptait huit municipalités. Dès les années 1960, la ville de Sherbrooke est considérée comme chef de file au Québec pour ses nombreuses ententes inter municipales et pour l'étendue de ces services au-delà de ses limites communales. L'accroissement des municipalités périphériques de Sherbrooke augmente la complexité de ce mode de gestion, en particulier l'inéquité entre les citoyens des banlieues et ceux du centre. La fusion municipale a permis de mettre un terme à ce mode d'organisation et permet à la nouvelle ville de Sherbrooke de disposer de tous les attributs d'une MRC et devient la septième ville du Québec avec ses 143 960 habitants.

Comme pour l'ensemble des régions du Québec, l'Estrie et la MRC de Sherbrooke voient sa population vieillir. La MRC les Sources située au Nord de la région Estrie connaît l'un des plus fort taux de vieillissement du Québec (10,5%). La population âgée de 75 ans et plus de l'Estrie évaluée par l'ISQ à 7,2°% en 2006est supérieure à la moyenne québécoise (6,6 %) (Carte 6).

Carte 6. Situation du vieillissement de la population par MRC* en Estrie , 2005



Sources : Institut statistique du Québec, Statistiques Canada, 2005
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov 2007

Le choix de l'étude de la ville de Sherbrooke repose sur ces initiatives menées dans le champ sanitaire en direction des populations vieillissantes, notamment l'expérimentation des réseaux intégrés de services, l'émergence du statut de gestionnaire de cas, *etc*. Ces dernières dont l'efficacité est avérée sont ensuite diffusées et légitimées à l'ensemble de la province de Québec. (Ces derniers sont présentés plus en détails au chapitre 4)

2.1.4 Réorganisation territoriale et vieillissement de la population montréalaise

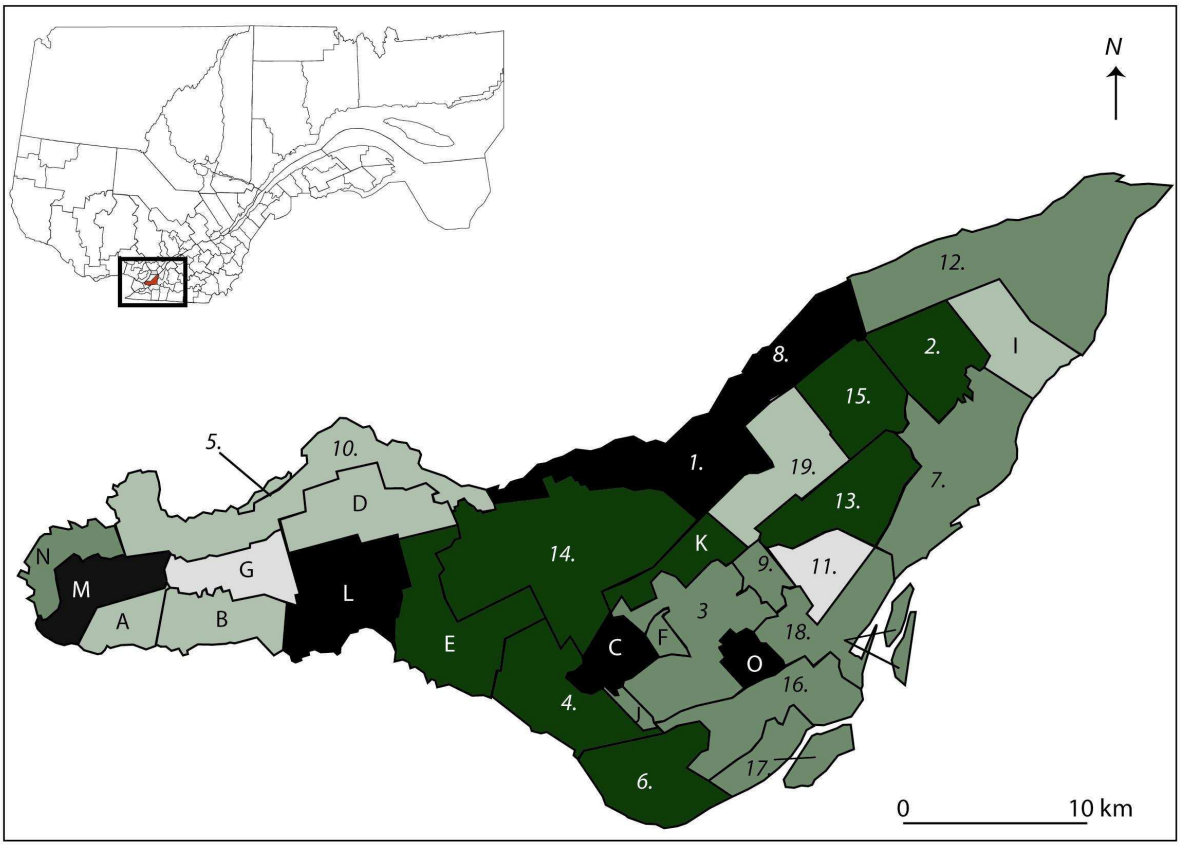
Deux ans après la réorganisation municipale, certaines municipalités réapparaissent dans le cadre de la défusion proposée à la population par référendum (2004) suit au changement électoral de 2003. Elles font réapparaître les enclaves qui avaient disparues avec les fusions. La municipalité de Montréal composée de 27 arrondissements au moment de la fusion est passée à 19 arrondissements au moment de la défusion. Cette recomposition territoriale a des conséquences multiples notamment la restructuration des services, la révision des schémas d'aménagement et des plans d'urbanisme (Hulbert, 2006).

Les arrondissements de l'île de Montréal se caractérisent par une diversité des situations démographiques. En 2001, la population était plus jeune dans Montréal et la région avoisinante que dans le reste du Québec. La région administrative de Montréal est particulière puisqu'à elle seule, elle accueille un quart des citoyens québécois. La proportion de personnes âgées y est supérieure à la moyenne québécoise avec un taux de 15%.

L'agglomération Montréalaise, quant à elle se compose de la ville de Montréal (subdivisée en 19 arrondissements) et de 15 municipalités (villes reconstituées). En 2006, l'agglomération montréalaise concentre près de 7,7 % des personnes âgées de 75 ans et plus soit une proportion supérieure à la moyenne québécoise (6,6%). Ce sont les arrondissements d'Ahunstic-Cartierville (9,7%) et de Montréal-nord (9,8%) qui comptent les plus forts taux de personnes âgées de 75 ans et plus ; à l'inverse l'arrondissement du Plateau Mont-Royal (4,7 %) regroupe le moins de personnes vieillissantes. La présence de résidences pour personnes âgées au sein de ces arrondissements expliquent cette sur représentation.

Parmi les villes reconstituées, celles qui rassemble les plus fortes proportions de personnes âgées de 75 ans et plus sont celles de Côte Saint Luc (19,6 %), Sainte Anne de Bellevue (12,6%), Westmount (11,8 %) et Pointe Claire (10,4 %) contrairement à la municipalité de Kirkland (3,9 %). (Carte 7).

Carte 7. Situation du vieillissement de la population de l'agglomération montréalaise, 2006



Part de la population âgée de 75 ans et plus

- Inf. à 5 %
- 5 à 6.4 %
- 6.5 % à 7.9 %
- 8 à 9.5 %
- sup. 9.5 %

Municipalités

A. Baie D'urfé
B. Beaconsfield
C. Cote Saint Luc
D. Dollar Des Ormeaux
E. Dorval
F. Hampstead
G. Kirkland
I. Montréal Est
J. Montreal Ouest
K. Mont Royal
L. Pointe Claire
M. Sainte Anne de bellevue
N. Senneville
O. Westmount

— Limite des Villes reconstituées

Montréal

1. Ahunstic Cartierville
2. Anjou
3. Cote-des-neiges-Notre-Dame-De-Grâce
4. Lachine
5. L'île-Bizard-Sainte-Genevieve
6. Lasalle
7. Mercier Hochelaga-Maisonneuve
8. Montreal Nord
9. Outremont
10. Pierrefonds Roxboro
11. Plateau -Mont Royal
12. Rivière des Prairies-Pointe aux trembles
13. Rosemont-La petite prairie
14. Saint Laurent
15. Saint Léonard
16. Sud Ouest
17. Verdun
18. Ville Marie
19. Villeray - St Michel - Parc extension

— Limite des arrondissements de Montréal

Source : Institut Statistique du Québec 2006, Municipalité de Montréal , 2006
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov 2007

Au-delà des fusions municipales qui ont modifiées l'organisation municipale, le remaniement du découpage territorial sanitaire (passage des territoires de Centre Local de Services Communautaires (CLSC) à celui des Centres de Soins et de Services Sociaux (CSSS) a modifié les orientations des actions menées en directions des aînés. Dès lors, le choix d'explorer un arrondissement de Montréal s'est avéré intéressant. Comme pour le choix de la ville de Sherbrooke au-delà des effets de la fusion municipale, c'est le contexte de remaniement des territoires de services et de santé qui a influencé nos choix d'étude de cas. (L'organisation territoriale des services de santé et des services sociaux est précisée au cours du chapitre 4).

A l'échelle des municipalités, la France compte plus de 571 000 communes, soit cinquante fois plus de municipalité que la province du Québec. Sur la base du ratio de 1 100 communes pour 7.4 millions d'habitants au Québec, la France et ses plus de 60 millions d'habitants ne recenseraient que 9 000 communes environ. Il ne s'agit donc pas ici de considérer les municipalités françaises et québécoises sur un pied d'égalité mais d'identifier les diverses échelles municipales existantes en France comme au Québec et de comparer les collectivités locales choisies.

2.2 L'organisation territoriale infra régionale en France

La France s'organise en trois paliers administratifs : régional, départemental et communal. On compte 26 régions dont 22 en métropole, et dont les compétences portent essentiellement sur la planification, l'aménagement du territoire et le développement économique. Chaque région est composée de plusieurs départements. Ces derniers, crées en 1790, sont au nombre de 100 aujourd'hui dont quatre départements d'outre-mer. Les départements ont vu leurs compétences s'accroître en 1982 lors de la décentralisation, en particulier en direction des personnes âgées. Leurs compétences relèvent des domaines de l'action sanitaire et sociale, l'aménagement de l'espace, *etc.* Nous étudierons les situations du vieillissement de la population de la région des Pays de la Loire et plus particulièrement le cas du Maine et Loire.

2.2.1 Multiplication des territoires administratifs français

Les pouvoirs publics incitent les communes – structures de base de l'organisation administrative française – à se regrouper sous forme de syndicat mixte ou de communautés urbaines. Les compétences des communes concernent les actions de proximité dans les domaines suivants : urbanisme, action sociale, voirie, *etc.* Les communes complètent l'action

sociale des départements avec les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) qui analysent les besoins de la population et interviennent dans les demandes d'aides sociales. A ces trois niveaux s'ajoutent les structures intercommunales.

L'intercommunalité est issue d'une volonté gouvernementale de lutter contre l'émiettement communal et de permettre aux communes de se regrouper au sein d'Établissements Publics de Coopérations Intercommunales (EPCI) pour élaborer des projets d'aménagements, d'urbanisme, *etc.* L'intercommunalité rassemble les moyens dispersés des communes et structure les initiatives locales. L'intercommunalité est aussi un outil pour la mise en place d'un maillage territorial qui répond aux défis liés au développement des espaces urbains et à la dévitalisation des campagnes. Parmi les EPCI, on distingue les Syndicats Intercommunaux sans fiscalité propre à Vocation Unique (SIVU) ceux à VOcation Multiple (SIVOM) et enfin les syndicats intercommunaux mixtes. D'autres EPCI, cette fois a fiscalité propre, sont composées de communautés urbaines[22], de communautés de communes[23] ou encore de communautés d'agglomération[24].

La région des Pays de la Loire est proche d'une couverture totale en matière d'intercommunalité à fiscalité propre. Les départements de la Loire Atlantique et celui du Maine et Loire sont totalement couvert par cette forme d'intercommunalité. Le Maine et Loire comptabilise 3 communautés d'agglomération : celles d'Angers, de Cholet et de Saumur regroupant 74 communes. Le département dénombre également 31 communautés de communes (regroupant 189 communes) et enfin 34 EPCI à fiscalité propre réunissant près de360 communes. Un double mouvement s'opère avec d'un côté la poursuite du maillage territorial par les EPCI et de l'autre la fusion de certains EPCI sous l'intitulé de « Pays ».

Les territoires de Pays, caractérisés par une cohésion géographique économique, culturelle ou sociale, selon la loi promulguant leur création, en 1995, dite Loi Pasqua ou Loi d'Orientation et d'Aménagement et de Développement du Territoire (LOADT). Cette loi sera complétée en 1999 par la Loi Voynet. Le Pays, entendu comme un territoire de projet, permet d'étendre les compétences et les coopérations sur un territoire homogène et auprès d'une population plus nombreuses qu'à l'échelle intercommunale. Ces territoires visent par ailleurs à couvrir

---

[22] Les communautés de communes urbaines, crées par la loi du 31 décembre 1966, regroupe plusieurs communes formant un ensemble de plus de 500 000 habitants sur un espace d'un seul tenant et sans enclave.

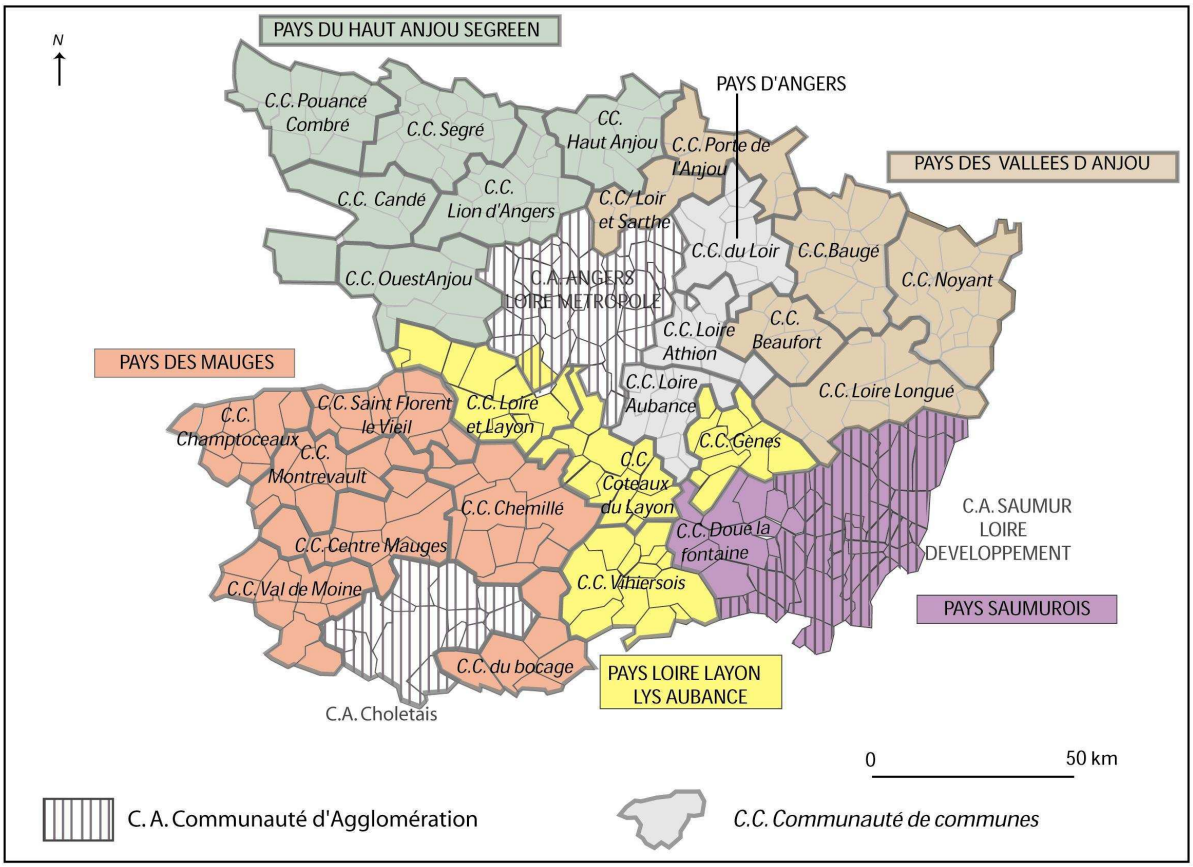
[23] Les communautés de communes crées par la loi du 5 février 1992 étaient destinées à l'origine au milieu rural, puis se sont développées en milieu urbain. Depuis la loi de 1999, elles doivent être d'un seul tenant.

[24] Les communautés d'agglomération apparaissent en 1999 ; elles regroupent plusieurs communes urbaines regroupant plus de 50 000 habitants autour d'une ou plusieurs communes de plus de 15 000 habitants.

l'ensemble du territoire et les communes qui ne sont pas intégrées dans les communautés de communes, urbaines ou d'agglomération. Le Pays, entendu comme structure support de projet, est un outil de gestion et de coordination des territoires dans les champs de la santé, du social mais aussi de l'aménagement du territoire sur lesquels certains départements s'appuient pour mettre en œuvre l'action locale dans les domaines du handicap et du vieillissement.

Si l'intercommunalité s'est limitée dans un premier temps à la création de syndicat, ils se sont multipliés sous l'effet de la décentralisation au cours des années 1980. Se superposent ensuite les communautés de communes au cours des années 1990 que les Lois Voynet, Chevènement et Solidarité et Renouvellement Urbain (SRU) vont promouvoir en offrant un nouveau cadre multipliant ainsi les unités territoriales avec l'apparition des Pays, des Communautés d'agglomération instituant également la notion de territoire de projet. Dans ce contexte la situation sur le territoire national est contrastée et l'empilement des territoires administratifs français renforce le flou des responsabilités relevant tantôt de la commune, tantôt de l'intercommunalité. (Carte 8).

Carte 8. Découpage intercommunal du département du Maine et Loire, France , 2009.



Source : INSEE, 2009 Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov. 2007

Nous verrons comment les élus locaux mettent en place leur commission communale d'accessibilité (imposée par la loi de 2005 aux communes de plus de 5000 habitants et aux groupements de communes) : Une commune de plus de 5000 habitants et membre d'une Communauté d'Agglomération doit elle participer à la mise en place d'une ou deux commissions communales d'accessibilité ? (Chapitre 5)

2.2.2 Vieillissement de la population à l'échelle départementale

Le vieillissement de la population française est marquée par l'accroissement en nombre des personnes âgées de 75 ans et plus. D'une région à l'autre mais aussi à une échelle plus fine : celle du département où les écarts de répartition de la population âgée ne font que s'accentuer et touche inégalement le territoire (Carte 9[25]).

La répartition des personnes âgées de 75 ans et plus au niveau régional distingue une France du Centre et du Sud-Ouest vieillissante, et une France du Nord et du Nord-Est qui l'est moins (Carte 9a). Ainsi, la région Ile de France reste la région au plus faible taux de personnes âgées de 75 ans et plus (5.9% en 2005 selon l'INSEE). Selon l'INSEE, le nombre des personnes âgées de 75 ans et plus oscille entre 4,8 % pour les départements des Yvelines et de la Seine-Maritime et 8.16% pour Paris.

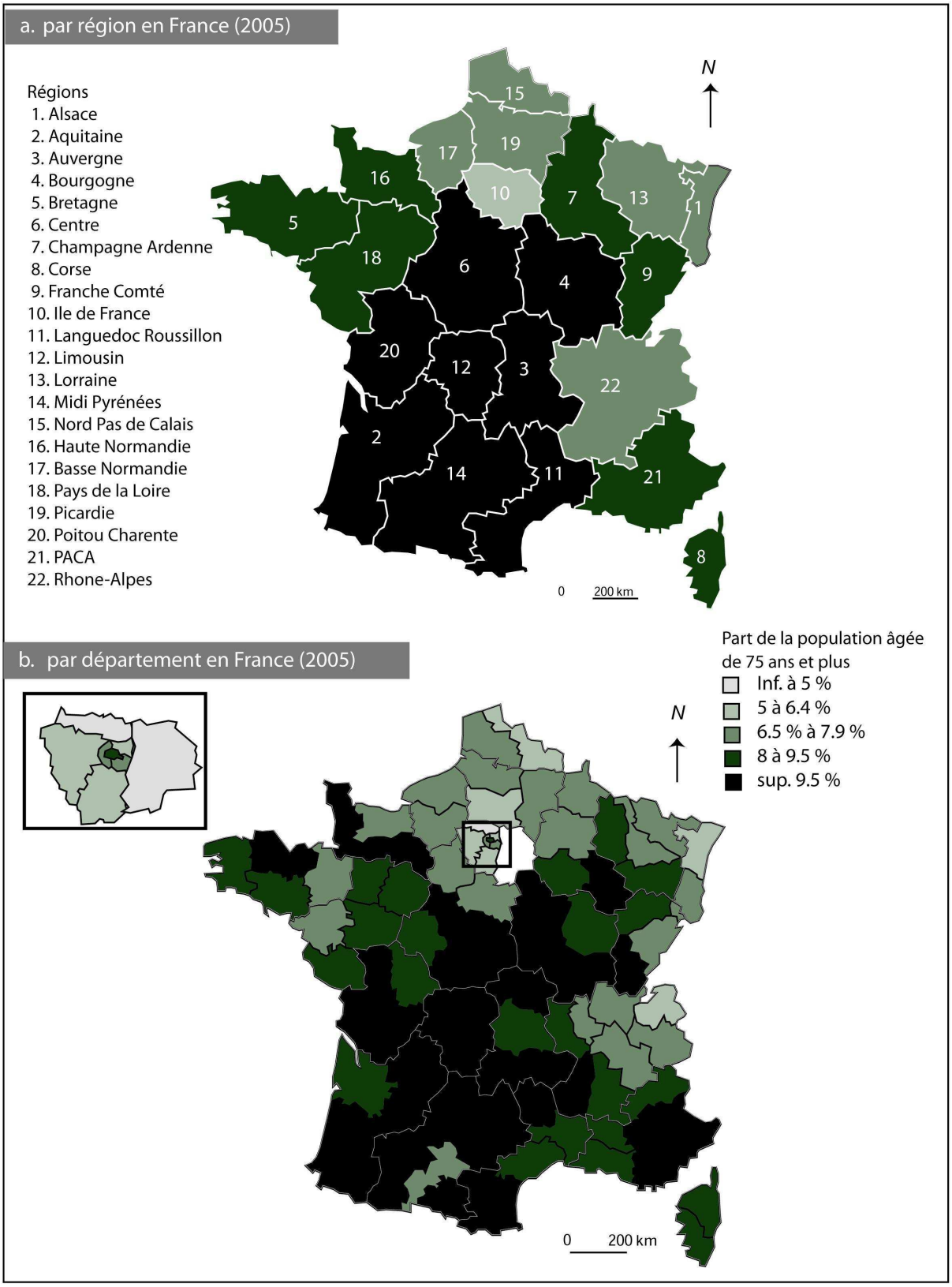
Les régions Alsace et Nord Pas de Calais comptent moins de 7% de personnes âgées de 75 ans et plus tandis que les régions Limousin et Midi Pyrénées dépassent le seuil des 11% de personnes âgées de 75 ans et plus, respectivement 12.68% et 11.54%. Les régions Bretagne, Pays de la Loire et Haute Normandie, quant à elles, sont les régions charnières qui recouvrent une proportion de personnes âgées de 75 ans et plus de l'ordre de 9% et supérieure à la moyenne nationale (8%).

Ainsi, la répartition des personnes âgées de plus de 75 ans en France est hétérogène, leurs disparités apparaissent d'autant plus au niveau départemental (Carte 9b). Les départements les moins vieillissants, aux proportions inférieures à 5.5% de personnes âgées de 75 ans plus, sont ceux situés autour de Paris (Val d'Oise (4.84%), Seine Maritime (4.84), l'Essonne (5.21%), Yvelines (5,47%) et l'Oise (5.74%)). A l'inverse, la Creuse est le département qui a la plus forte proportion de personnes âgées de 75 ans et plus (14,5 %). Suivent la Corrèze (12.66%), l'Aveyron (12.47%), le Cantal (11.96%), l'Allier (11.95%) et la Nièvre (11.85%). Ainsi, les

[25] Le choix des classes repose sur la volonté de comparer la situation du vieillissement en France et au Québec, nous remarquerons à ce moment que le vieillissement est plus accentué en France qu'au Québec en 2006, il n'en demeure pas moins que la comparaison dans els années à venir devrait marqué un rapprochement des situations françaises et québécoises.

départements ruraux du centre de la France sont parmi ceux qui concentrent les plus fortes proportions de personnes âgées de 75 ans et plus. Parmi les départements du Sud, dont les proportions de personnes âgées 75 ans et plus sont aussi élevées, s'expliquent pour partie par l'installation de jeunes retraités au cours des années 1990.

Carte 9. Situation du vieillissement de la population en France (2005)



Source : INSEE, Recensement Général de la Population 2005
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov. 2007

La région des Pays de la Loire est proche de la moyenne nationale (8.60% de personnes âgées de 75 ans et plus contre 8.05% pour la moyenne nationale). Les départements de la région des Pays de la Loire, se situent entre 8 et 9.5% de personnes âgées de 75 ans et plus à l'exception du département de la Loire Atlantique (7.3%). Alors que les départements de la Mayenne, de la Vendée et de la Sarthe dépassent le seuil des 9%%. Si on compare la population du Maine et Loire avec celle des autres départements de la Région, on constate que la répartition par tranche d'âge dans le département se caractérise par la plus faible proportion de personnes âgées de 75 ans et plus (8.1%) légèrement inférieure à la moyenne régionale (8.6%).Au cours de cette étude nous nous concentrerons plus particulièrement sur la région des Pays de la Loire et le département du Maine et Loire.

2.2.3 Le Maine et Loire, un département relativement jeune

Dans le contexte national du vieillissement de la population, le département du Maine et Loire est un département jeune. La population du département du Maine et Loire est estimée à 735 465 personnes en 2004, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 7.2 % de la population (Tableau 2).

Tableau 2. Estimations de la population du Maine et Loire, 2004.

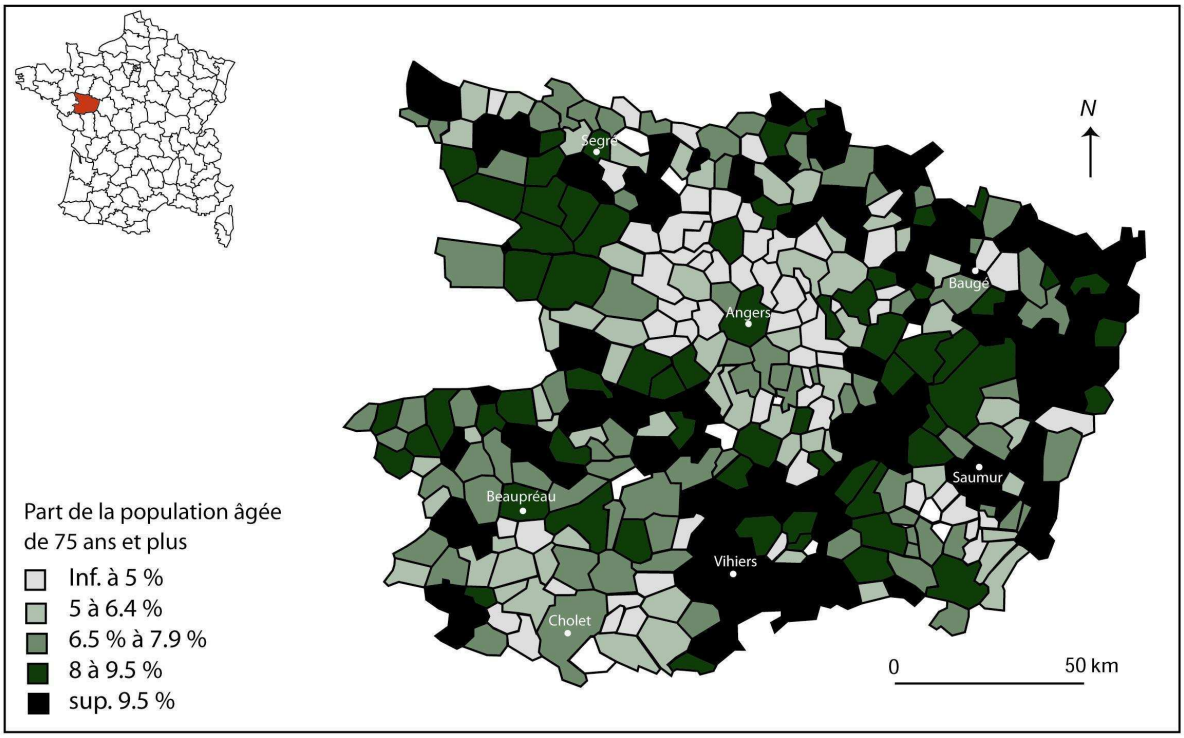
Tranches d'âge (2004)	0-19 ans	20-59 ans	60-74 ans	75 ans et plus	Total
Population départementale	201 108	386 589	94 124	53 644	735 465
Part de la pop. départementale	27.34 %	52.56 %	12.79 %	7.2 %	100 %
Référence régionale	26.31 %	5.25 %	13.69 %	7.44 %	100 %
Référence nationale	25.02 %	27.15 %	12.81 %	7.87 %	100 %

Source : INSEE, Recensement général de la population 1999, estimation 2004

Selon les estimations de l'INSEE pour 2004, la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus au sein du département est légèrement inférieure à la moyenne régionale (7.44%) et la moyenne nationale (7.87%). Au sein du département le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a progressé de 34% entre les deux derniers recensements : le département est ainsi confronté au vieillissement de sa population du département depuis 1990.

Le département du Maine et Loire est caractérisé par la présence d'une population relativement jeune, notamment autour d'Angers ainsi qu'au Sud Ouest du département (Pays des Mauges) où les proportions de personnes âgées de 75 ans et plus sont les plus faibles (inférieure à 5%). Le département est malgré tout concerné par le vieillissement de la population, plus accentué dans les communes rurales du Nord et de l'Est du département. (Cartes 10,11 et12).

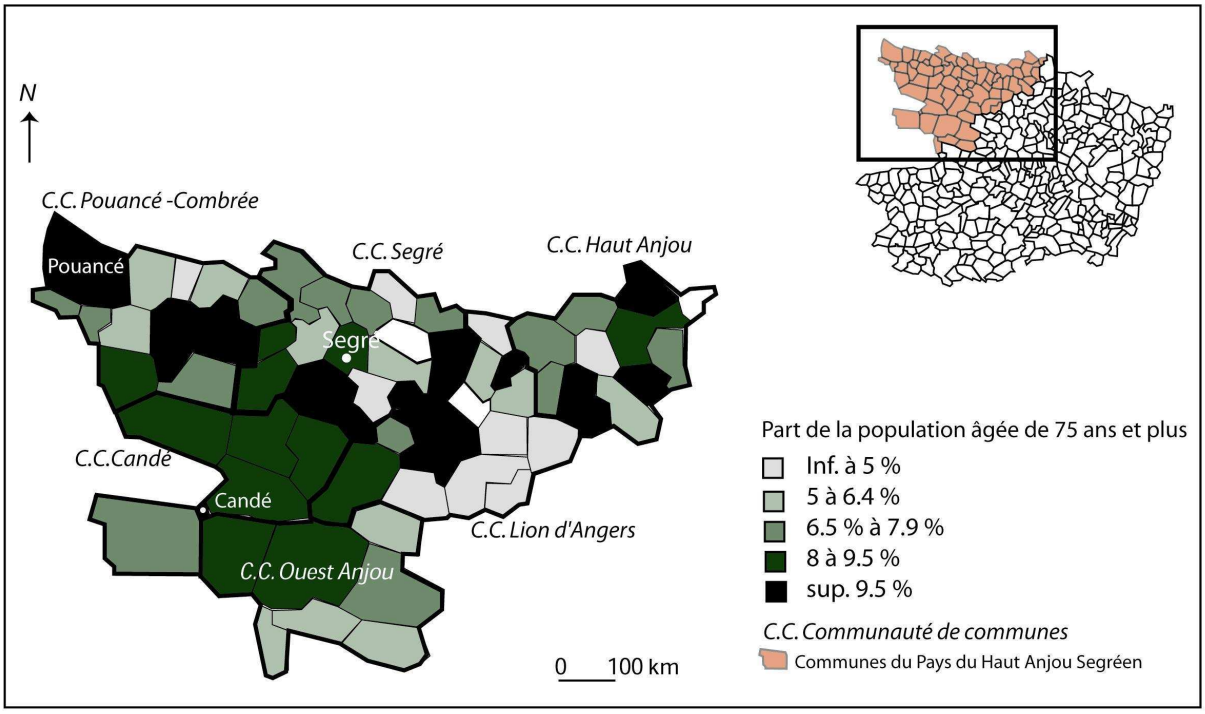
Carte 10. Population âgée de 75 ans et plus (%) par commune du Maine et Loire, France (2005).



Source : INSEE Recensement général de la population 1999, actualisation 2005
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov 2007

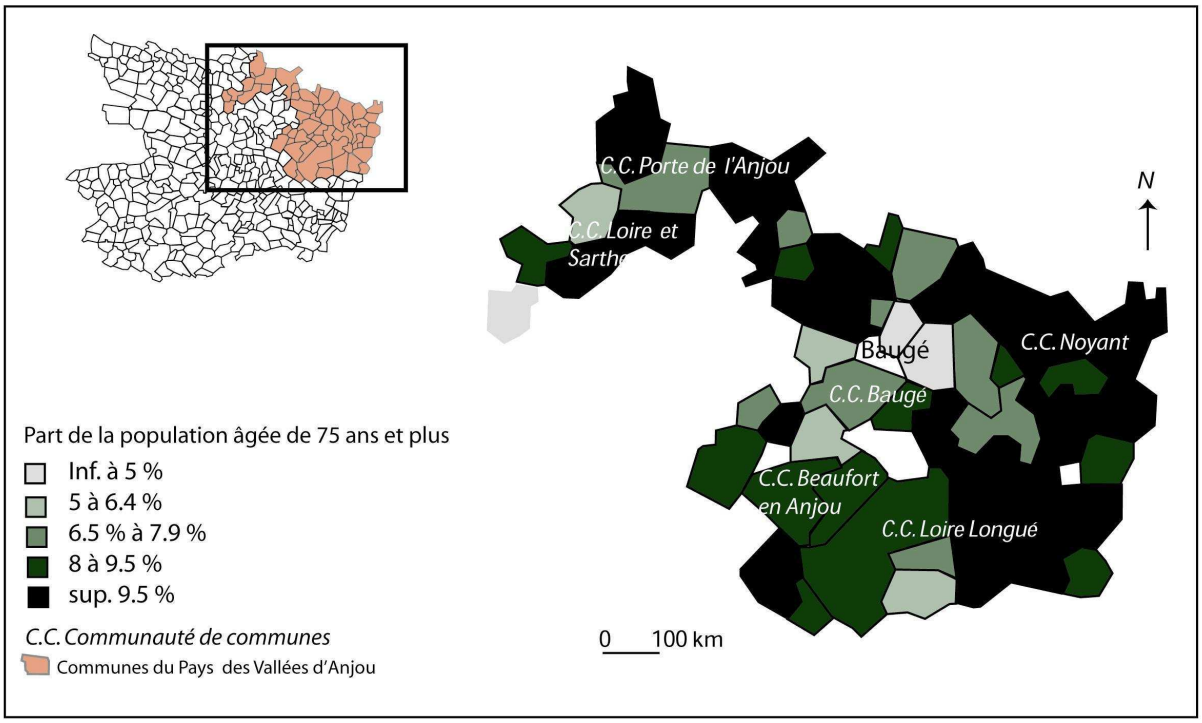
Selon le recensement de 2005, le Maine et Loire compte 755 000 habitants dont 56 510 personnes âgées de 75 ans et plus, soit 8.8%. Les trois communautés d'agglomération d'Angers, Cholet et Saumur regroupent plus de la moitié de la population du département. La communauté la plus dense étant celle d'Angers Loire Métropole au centre du Département. A l'inverse, les municipalités rurales situées aux limites du département et plus éloignés des centres comme Vihiers, Baugé, Beaupréau ou Segré sont les espaces caractérisés par une plus forte proportion des personnes âgées de 75 ans et plus. En définitive le vieillissement touche plus particulièrement l'Est du département notamment le Beaugeois et le Saumurois ainsi que Nord ouest autour de Candé et Pouancé. Nous accordons ici une attention particulière aux pays du Haut Anjou Segréen (Carte 11) et au Pays des Vallées d'Anjou situé au Nord Est du département Carte 12).

Carte 11. Répartition de la population âgée de 75 ans et plus du Pays du Haut Anjou Segréen (France).



Source : INSEE, 2005 Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov. 2007

Carte 12. Répartition de la population âgée de 75 ans et plus du Pays des Vallées d'Anjou (France).



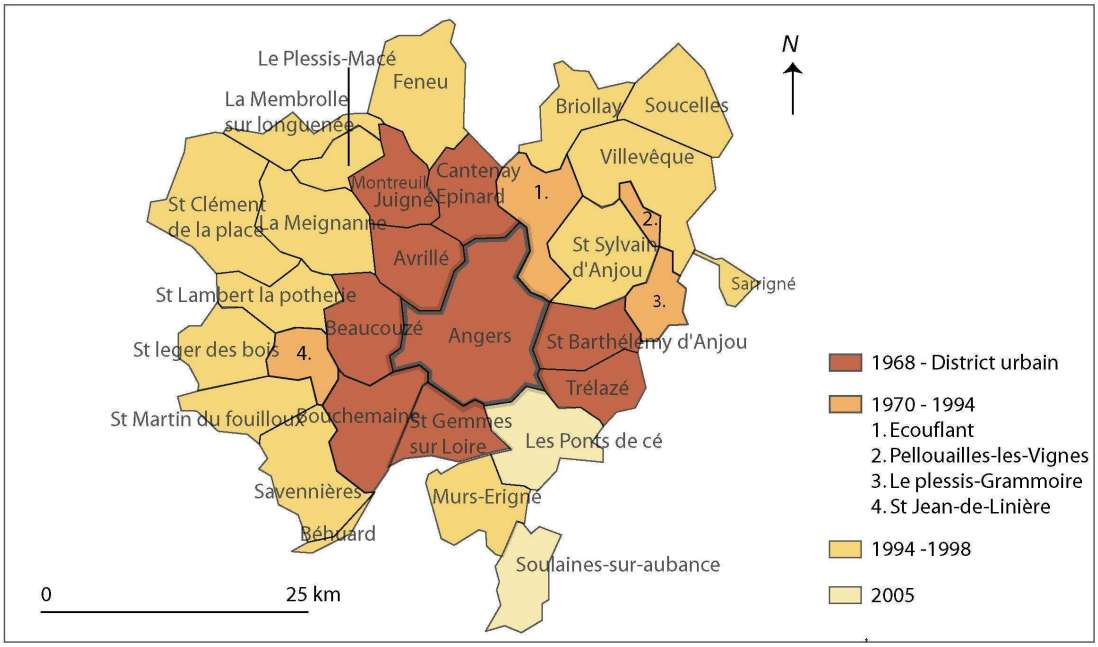
Source : INSEE, 2005 Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov. 2007

Ces deux Pays étant parmi les territoires les plus vieillissants du département du Maine et Loire. Ce sont aussi des secteurs où les personnes âgées sont souvent isolées en milieu rural, même si un grand nombre d'entre elles aspirent à rester dans leur domicile le plus longtemps possible. Par comparaison nous nous sommes intéressé au cas de l'agglomération angevine et aux caractéristiques du vieillissement de la population âgée de 75 ans et plus qui y réside.

Le cas de l'agglomération urbaine d'Angers

L'agglomération angevine est l'un des premiers EPCI du département, créé en 1968, sous le nom de District Urbain d'Angers ; il compte alors dix communes. Depuis sa création, le nombre de communes adhérentes n'a cessé de croître, en 1994, il passe de 13 à 27 communes et devient le District de l'agglomération angevine. En 2001, Angers Agglomération lui succède en adoptant le statut de Communauté d'agglomération (Carte 13).

Carte 13. Construction de l'agglomération angevine 1968-2005



Source : INSEE, Estimations localisées de pop.
d'après RGP 1999 Angers Loire Métropole au 1er janv. 2005, IGN, INSEE 2005

En adoptant le statut de communauté d'agglomération créé par la Loi Chevènement et de nouvelles compétences qui s'élargissent aux domaines du développement économique, de l'aménagement de l'espace, de l'équilibre de l'habitat, des transports urbains, *etc.* Chacune de ces compétences participent à l'amélioration des conditions de vie en direction des citoyens dont les personnes âgées. Au moment ou la loi du 11 février 2005 impose aux autorités organisatrices de transports, compétence de l'agglomération de préparer un schéma directeur d'accessibilité

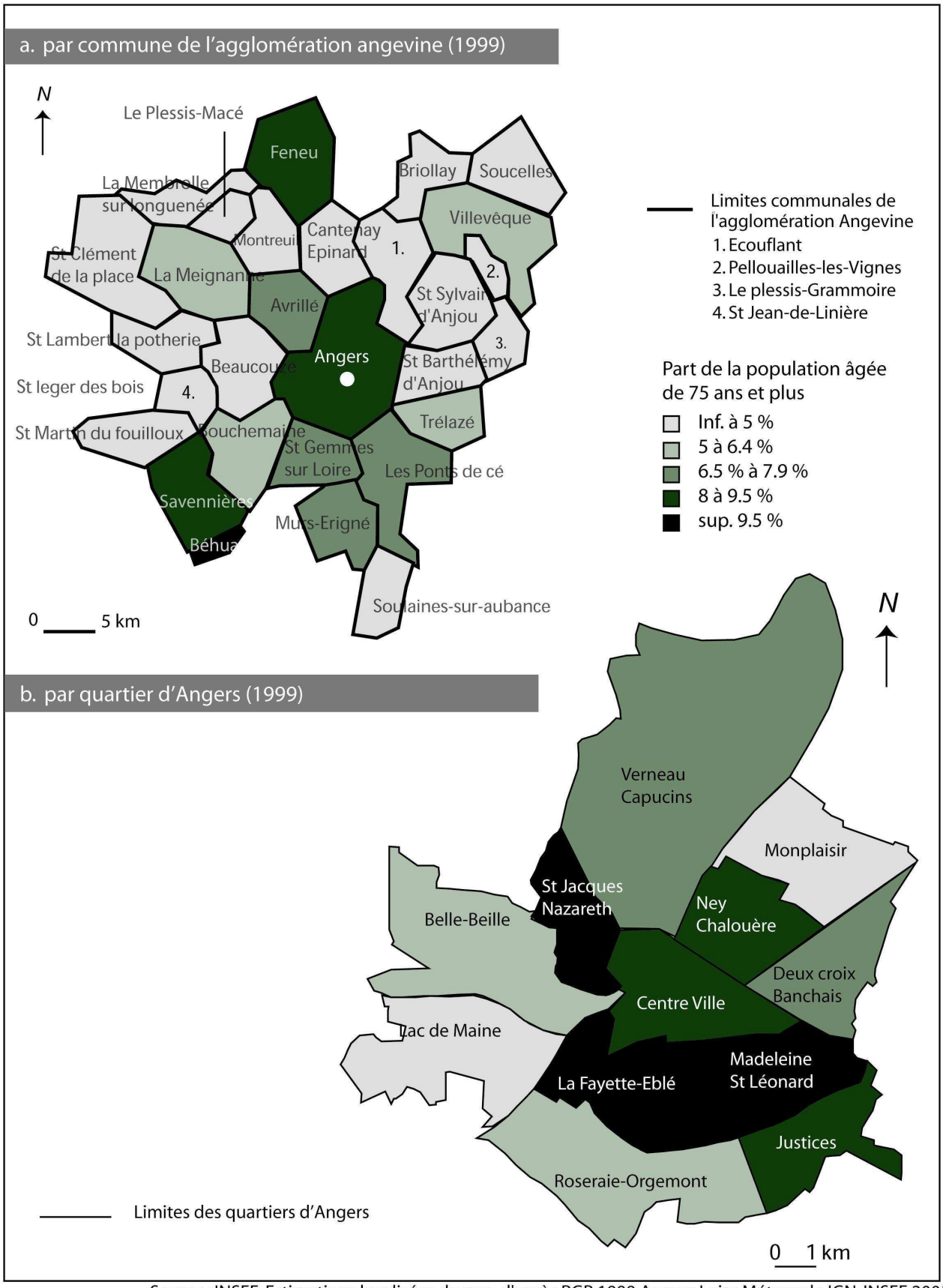
des services de transports, nous avons choisi de suivre l'élaboration de ce projet, les interrogations soulevées et les choix opérés pour répondre aux mieux aux attentes des usagers dès que les modes de transports proposés ne sont pas en adéquation avec l'environnement ou les compétences des citoyens angevins. Au 1er janvier 2005, les communes des Ponts-de-Cé et de Soulaines-sur-Aubance rejoignent la Communauté d'agglomération qui prend le nom d'Angers Loire Métropole et regroupe 31 communes.

Dans un contexte démographique marqué par le vieillissement de la population, l'agglomération angevine dans son ensemble n'est pas épargnée. Parmi les municipalités de l'agglomération, celles de Béhuard est celle qui compte le plus fort taux de personnes âgées de 75 ans et plus (15 %) suivi des communes de Feneu (9 %) au Nord de l'agglomération et des communes de première couronne situées au Sud-Est de la ville d'Angers dont la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus est de l'ordre de 7% : Saint Gemmes-sur-Loire, Trélazé, Les Ponts-de-Cé et Murs-Erigné (Carte 14a).

A une échelle plus fine, les quartiers de la ville d'Angers comptent une proportion de personnes âgées de 75 ans et plus hétérogène (Carte 14b.). En effet, le quartier du Lac de Maine, quartier périphérique et résidentiel de la ville d'Angers compte les plus faibles proportions de personnes âgées (3.4% de personnes âgées de 60 à 74 ans et seulement 1% de personnes âgées de 75 ans et plus). A l'inverse, les quartiers de la ville d'Angers qui comptent les plus fortes proportions de personnes âgées de 75 ans et plus sont les quartiers Saint Jacques Nazareth (11,2%) suivi des quartiers Madeleine Saint-Léonard (10.6%) et Lafayette Eblé (10.1%). La surreprésentation de cette frange de la population au sein de ces quartiers s'explique par la présence de maison de retraite et de logement foyers, par exemple la maison de retraite Saint Nicolas située dans le quartier Saint Jacques Nazareth est l'établissement pour personnes âgées le plus important de la ville. Les quartiers du centre ville, Ney-Chalouere et Justices quant à eux ont une proportion de personnes âgées de 75 et plus proche de la moyenne de la ville (8.1%)

Parmi les contrastes observés au sein de la ville nous pouvons noter que les quartiers du Lac de Maine et de Monplaisir ont une proportion de personnes âgées de 75 ans et plus inférieure a 5%, or leurs valeurs sont extrême (1% pour le quartier Lac de Maine et 4.8% pour le quartier Monplaisir). Il convient dans ce cas d'associer les quartiers de Monplaisir à ceux de Belle-beille et de la Roseraie dont la population âgée de 75 ans et plus est très proche de 5% - respectivement 5.2% et 5.4%. Précisons également qu'il s'agit des quartiers où les constructions de grands ensembles ont vu le jour au cours des années 1960. De ce fait, parmi les générations de population qui y résident, bon nombre d'entre elles sont âgées de 60 à 74 ans (11.7% pour Monplaisir, 11 ,5% pour la Roseraie et dans une moindre mesure 8.5% pour Belle-beille) ces quartiers sont donc des espaces vieillissants en devenir.

Carte 14. Répartition des personnes âgées de 75 ans et plus



Source : INSEE, Estimations localisées de pop. d'après RGP 1999 Angers Loire Métropole IGN, INSEE 2005
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov. 2007

Les territoires français et québécois sont marqués par une multitude de découpages territoriaux du national au local. La convergence, entre l'aménagement du territoire et les politiques sanitaires et sociales est une réalité, notamment au regard des disparités géographiques auxquelles elles doivent faire face. Quelles sont les attributions et les compétences de chaque unité spatiale en terme d'action sanitaire et sociale en direction des personnes âgées de 75 ans et plus ? En particulier, c'est le dispositif en place autour de la personne âgée qui lui permet de se maintenir dans son environnement grâce aux services à domicile, aux services de soins infirmiers et aux équipements et aux infrastructures socio-sanitaires en présence au sein des collectivités locales. Pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, les gouvernements français et québécois ont modifié l'organisation spatiale des territoires de santé et de services sociaux.

3. Des territoires sanitaires et sociaux en mutation

Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) au Québec et le Ministère de la santé et des affaires sociales en France ont pour rôle premier la régulation du système et des réseaux de santé, l'orientation générale des politiques et la répartition équitable des ressources entre les régions. Dès lors, la régulation et le rééquilibrage de ces structures, dans les territoires français ou québécois, sont essentiels. Cette prise de conscience est le résultat de changement politique, notamment le soutien à domicile préconisée par mesure d'économie, pour réduire le nombre de personnes en milieu institutionnel dont les coûts s'élèvent avec l'amélioration des conditions de soins et d'hébergements. Quelles sont, dans ce cas, les actions menées de part et d'autre de l'Atlantique pour répondre au mieux aux besoins croissants de la population vieillissante ?

3.1 Au Québec : du territoire de CLSC au territoire de CSSS

L'adoption de la Loi N°25 en 2003 au Québec conduit à créer un établissement territorial polyvalent unique : le centre de santé et de services sociaux (CSSS). Il regroupe l'ensemble des structures et des équipements de santé par territoire à savoir les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les hôpitaux. La mise en œuvre de ces CSSS vise à répondre aux besoins d'une population croissante au Québec dont les personnes âgées, et vise à participer au soutien à domicile.

3.1.1 Du soutien à domicile à la fusion des établissements de santé

Jusqu'aux années 1970, le Québec n'a pas véritablement de politique de maintien à domicile, c'est au début des années 1980 qu'elle apparaît en mettant l'accent sur la contribution des organismes du secteur public notamment les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) qui gèrent les enveloppes budgétaires du soutien à domicile au niveau régional. Ce sont les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) qui sont en charge de l'application des politiques de soutien à domicile. En 1985, l'adoption d'une politique à l'égard des personnes âgées intitulée *Un nouvel âge à partager* par le Ministère des Affaires Sociales (MAS) reconnaît l'importance croissante des besoins des personnes âgées, le rôle assumé par les CLSC, celui des proches aidants[26] (famille, voisins, *etc.*) et des entreprises privées (Attias Donfut, 2007). Depuis les années 1990, le gouvernement québécois a pris l'engagement de soutenir les personnes âgées à leur domicile, parallèlement se développe les initiatives d'économie sociale dans le domaine de l'aide domestique (Vaillancourt, 2003). Les services à domicile deviennent la pierre angulaire du maintien de la personne âgée dans son milieu de vie. Les travaux menés dans ce domaine confirment que les difficultés rencontrées par le réseau sanitaire et social, notamment les CLSC, pour répondre aux demandes croissantes d'aide à domicile les conduit à faire appel à des ressources extérieures (Trahan et al, 1999 et 1994). Le recours aux services privés ne s'engage pas de la même manière suivant les populations. En effet, ce sont les personnes handicapées qui dans un premier temps ont fait appel aux services privés sous l'impulsion des associations de défense des personnes handicapées qui bénéficient d'une allocation directe (Fougeyrollas, Majeau, Gaucher, 2000).

Au cours des années 1990, une série d'action menant à désengorger les hôpitaux et offrir une médecine ambulatoire est promue par le gouvernement québécois transférant ainsi les ressources humaines et financière aux CLSC, aux communautés et aux entreprises d'économie sociale. Si le désengorgement des urgences et la diminution de la durée des hospitalisations sont effectives, les actions de soutien à domicile augmentent considérablement, de nouvelles demandes apparaissent en amont et en aval de l'hospitalisation. Ainsi, les populations préalablement ciblées par les services de soutien à domicile se multiplient et les ressources utilisées initialement en direction des personnes handicapées et des personnes âgées en perte d'autonomie sont désormais partagées.

En juin 2000, le gouvernement du Québec fait appel à une étude sur les services sanitaires et

[26] L'expression proches aidants est utilisée au Québec pour désigner la famille, les voisins, les amis présents aux cotés de la personne âgée afin de faciliter la réalisation de ses activités quotidiennes.

sociaux : la commission Clair qui propose *« d'accroître globalement l'offre et l'intensité des services à domicile et d'hébergement »* dans le cadre des *« réseaux de services intégrés »*. (Clair, 2000). Les propositions retenues par le gouvernement conduisent à une restructuration des services de première ligne (service de proximité), favorisent les réseaux intégrés, visent à offrir une gamme de services plus complète et tend à uniformiser l'accès aux services d'un territoire à un autre. Ainsi, les orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, adoptées en 2001 par le MSSS, tentent de répondre aux difficultés d'accès aux services de soins et aux services sociaux et de fragmentation des réponses données. En décembre 2003, l'adoption de la Loi N°25 lance la réorganisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux sur une base territoriale locale. Cette loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux mène à la création en 2004 de 95 Réseaux Locaux de Services (RLS) à l'échelle du Québec. Chacun de ces réseaux s'appuie sur les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) (Fig. 15).

Figure 15a. Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux (Québec)

L'apparition des CSSS, reflète donc une nouvelle réalité territoriale. Leurs mandats consistent à organiser les services de santé et services sociaux sur leurs territoires respectifs. Ils ont pour mission d'assurer l'accessibilité et la continuité des services (continuum de soin). C'est à ce moment que le Centre Local de Service Communautaire (CLSC), établissement local de

son territoire, reçoit la responsabilité de coordonner l'ensemble du programme *Personnes âgées en perte d'autonomie*. Les CLSC ont la charge des services à domicile, l'hébergement est confié au réseau public des centres d'accueil et des Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée (CHSLD) tandis que les services de gériatrie sont sous la responsabilité des Centres Hospitaliers (CH). Ce sont les CLSC, qui offrent des programmes de proximité aux aînés (Thouez, 2005). La contribution du milieu médical (cabinet de médecins, groupe de médecine de famille, *etc.*), des organismes communautaires, des entreprises d'économie mixte, des municipalités, des associations et des personnes âgées est indispensable pour répondre aux besoins multiples de la population (aide au repas, transports, écoute, information, défense des droits, …) d'autant que les spécificités territoriales supposent l'implication des personnes ressources et des organismes en présence. Leur connaissance du milieu et des mécanismes de concertation permet d'envisager une réponse adaptée au contexte local.

Les CSSS jouent un rôle majeur dans la réorganisation des services aux personnes âgées et la création des RLS. Ces derniers sont développés à l'échelle régionale par le biais des Agences Régionales de Santé et des Services Sociaux (ASSS) et reposent sur l'existence d'une gamme de services de première ligne (services médicaux et sociaux généraux) et sur la mise en place de mécanisme de liaison et de suivi de l'accès aux services de seconde et troisième ligne (services généraux, spécifiques et spécialisés) (MSSS, 2004). Selon Mme. Dumont Lemasson « *Il y a une sorte de décentralisation de la planification socio-sanitaire à l'échelle locale […] le niveau local doit répondre aux services de première ligne dans sa plus grande extension possible mais doit aussi conjuguer ses efforts avec les établissements de deuxième ligne sans duplication* ».

Figure 15b. Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux (Québec)

Le découpage territorial des RLS tient théoriquement compte des habitudes de la population et des dynamiques locales. Néanmoins, il importe de préciser que la notion de territoire local est une notion floue, puisque les effets de la Loi n°25 et ses regroupements ont en réalité regroupés des territoires sous régionaux tels que définis par les CSSS alors que les territoires de CLSC étaient des territoires définis localement. Or les distinctions entre les espaces ruraux au Québec et les espaces fortement urbanisés la fusion des services de santé a eu des conséquences très variable d'un territoire à l'autre. Nous analysons ci-après les transformations territoriales opérées à Rouyn-Noranda en Abitibi-Témiscamingue, à Sherbrooke en Estrie et à Montréal.

3.1.2 Des transformations territoriales différenciées

Le passage de CLS à celui de CSSS laisse supposer que les territoires de références des CLSC et ceux de CSSS ont évolué. Nous interrogeons ici les modifications territoriales qui se sont opérées au sein de trois CSSS : l'un situé en région Abitibi-Témiscamingue, un second situé en Estrie et le troisième dans l'agglomération montréalaise.

Le cas du CSSS de Rouyn-Noranda (Abitibi-Témiscamingue)

En juillet 2004, la fusion du CLSC *Le partage des eaux*, du Centre hospitalier Rouyn-Noranda et du Centre d'hébergement Maison Pie XII a créé le CSSS de Rouyn-Noranda (CSSSRN).

Dans le cadre de la réforme (Loi N°25), l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des services de santé et des services sociaux au Québec est assurée par la création des RLS. Le RLS au cœur duquel se trouve le CSSSRN, vise à faciliter la coopération de l'ensemble des partenaires et de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Le RLS comprend une instance locale regroupant des établissements qui offrent des services d'un CLSC, d'un CHSLD et, sauf exception, d'un CH. Le CSSSRN dessert la population qui réside sur le territoire de la ville de Rouyn-Noranda soit près de 39 500 personnes dispersées sur 5 992 km².le CSSSRN à aussi une vocation régionale et dispose d'un plateau technique qui permet de répondre à des soins spécialisés tels que l'ophtalmologie, la neurologie, *etc.*

En région Abitibi-Témiscamingue, la fusion des établissements de santé et des services sociaux n'ont pas ou peu modifier les découpages territoriaux précédents des CLSC qui correspondent à ceux définis par les CSSS et ceux des MRC dans la mesure où le territoire est si vaste, les distances si grandes et les densités de populations relativement faibles. Ainsi, le territoire de la MRC de Rouyn-Noranda correspond également au territoire de CSSS.

Ainsi, le passage de territoire de CLSC à celui des CSSS d'un point de vue territorial en milieu rural se maintien. Pour autant au regard des distances et pour répondre au besoin de la population, les villages autour de la ville centre de Rouyn-Noranda renforce les points de services de CLSC c'est le cas des quartiers de Destor, Clericy, Cadillac, Beaudry et Montbeillard. Malgré l'absence de modification territoriale majeure, la mutualisation des moyens financiers induit par la fusion affecte les acteurs locaux, en particulier les travailleurs sociaux des CLSC qui appréhendent les restructurations voire les restrictions de certains budgets au détriment d'autres comme l'affaiblissement des budgets de prévention en faveur de ceux dédiés aux urgences. Les orientations des CSSS varient suivant les partenaires et les acteurs impliqués dans le réseau mais également suivant leur superficie. En effet, les CSSS sont à géométrie variable, certains d'entre eux sont extrêmement vastes comme le CSSS de Rouyn-Noranda, d'autres sont de petites dimensions comme le CSSS de Sherbrooke.

Le cas du CSSS-IUGS Sherbrooke (Estrie)

Le Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS IUGS) est issu de l'intégration, en 2005 du CLSC de Sherbrooke et de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Cette fusion de l'ensemble de services de santé et des services sociaux de la ville de Sherbrooke s'effectue d'autant plus facilement qu'une longue tradition de concertation préexistait. En effet le CLSC de Sherbrooke avait déjà une désignation de Centre Affilié Universitaire (CAU). Ce dernier inclut quatre centres d'hébergements et des programmes de soins spécialisés en gériatrie. Ainsi, le mandat du centre hospitalier de soins généraux, normalement attribué au CSSS est assumé par le Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS), c'est la raison pour laquelle le CSSS de Sherbrooke porte officiellement le nom de CSSS-IUGS.

La région de l'Estrie a fait preuve d'innovation en matière de mise en place de Réseaux Locaux de Services (RLS) accessibles et près de la population de chaque MRC de la région. L'expérimentation menée en Estrie à participer à l'élaboration du projet de la Loi N°25 a eu pour effet la fusion des établissements de la ville : CLSC, CH, CHSLD et l'intégration de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (IUGS) sans modifier le territoire de soins et de services.

Finalement, dans le cas de Sherbrooke, la mise en place du CSSS ne modifie pas les territoires d'actions des établissements en revanche, elle crée des ententes de services menant au renouvellement d'une coordination des actions menées en direction de personnes âgées et placée sous la direction d'un gestionnaire de cas. Le cas particulier de Sherbrooke tient à la

coordination des services déjà en place. La complémentarité et la concertation entre ces services sont des enjeux important menant à la mise en place de réseau intégré de services.

Le CSSS Lucille Teasdale (Montréal)

Au printemps 2004, l'Agence de Montréal tient une vaste consultation publique auprès de la population et des différents acteurs partenaires du réseau. L'ASSS propose un modèle d'organisation qui prévoit douze CSSS sur l'île de Montréal dont cinq qui incluent des hôpitaux. Alors que tous les résidents de l'île de Montréal doivent avoir accès au même niveau de service, quelque soit leur lieu de résidence, l'ASSS procède à l'élaboration de contrat entre chaque CSSS sans hôpital avec l'hôpital de première ligne qui lui est désigné. Par exemple le CSSS Hochelaga-Maisonneuve, Olivier Guimont et Rosemont aussi appelé CSSS Lucille Teasdale est associé à l'hôpital Maisonneuve Rosemont.

En juin 2004, la proposition de l'Agence est acceptée, 54 établissements sont regroupés pour former les 12 CSSS de Montréal. Avant la fusion des établissements de santé et de services sociaux le nombre de CLSC était de l'ordre de 29. Moins d'un an après l'adoption de la Loi N°25, le réseau montréalais est complètement redessiné. Ce qui caractérise le cas de Montréal est le nombre extrêmement important d'établissements indépendants, certains destinés aux populations juives, d'autres aux indiens *etc.* le multiculturalisme de l'île de Montréal transparaît dans l'organisation des services de santé et des services sociaux et la rend d'autant plus complexe. Ainsi, le territoire de CSSS Lucille Teasdale regroupe trois CLSC dont l'installation est maintenue : celui d'Hochelaga-Maisonneuve, celui de Rosemont et celui d'Olivier Gaumont/Mercier Ouest.

Dans ce contexte de transformation des territoires sanitaires et sociaux, comment les personnes âgées en perte d'autonomie s'orientent-elles entre les différents services ? Quels sont les partenaires des CSSS et les possibles recours des personnes âgées sur le territoire ?

3.1.3 Evolution des partenaires des Réseaux Locaux de Santé (RLS)

Les CSSS offrent les services de première ligne à la population du territoire qu'ils desservent. Ce sont des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. A cette fin, chaque CSSS s'assure que les personnes puissent accéder aux services dont elles ont besoins. Selon l'évaluation[27] de l'état de santé de la

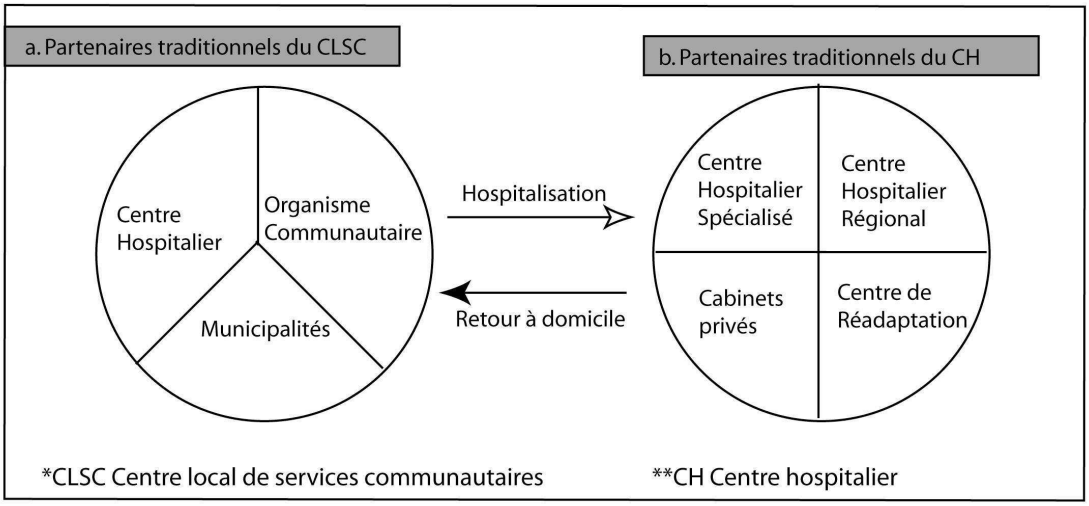
[27] L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées au Québec s'effectue suivant un Système de Mesure de l'autonomie Fonctionnelle intitulé SMAF.

personne, les acteurs locaux organisent l'offre de service autour de la personne en fonction des équipements en présence autour du domicile. Au besoin, ils dirigent les personnes vers les centres, les organismes ou les intervenants les plus aptes à leur venir en aide.

Avec la Loi N°25, le passage des CLSC au CSSS se caractérise par la volonté du gouvernement de mutualiser les moyens financiers et les structures sanitaires et sociales afin de lever les dysfonctionnements observés au sein des CLSC. Les partenaires des CLSC ne changent pas mais l'organisation et la coordination entre ces différents partenaires qui évoluent (Fig. 16-17).

Initialement le CLSC avait l'habitude de travailler avec les organismes communautaires locaux, les municipalités, les centres hospitaliers généraux (Fig. 16.a.). L'interaction entre les CLSC et les centres hospitaliers consiste en une forme d'aller/retour : l'hospitalisation fait suite au diagnostic posé par les médecins du CLSC et lors du retour à domicile le CLSC assure les services de maintien à domicile après un séjour hospitalier. Les CH sont en relation avec les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS), les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), les Centres de Réadaptation (CR) et les cabinets de médecine privés (Fig. 16.b.).

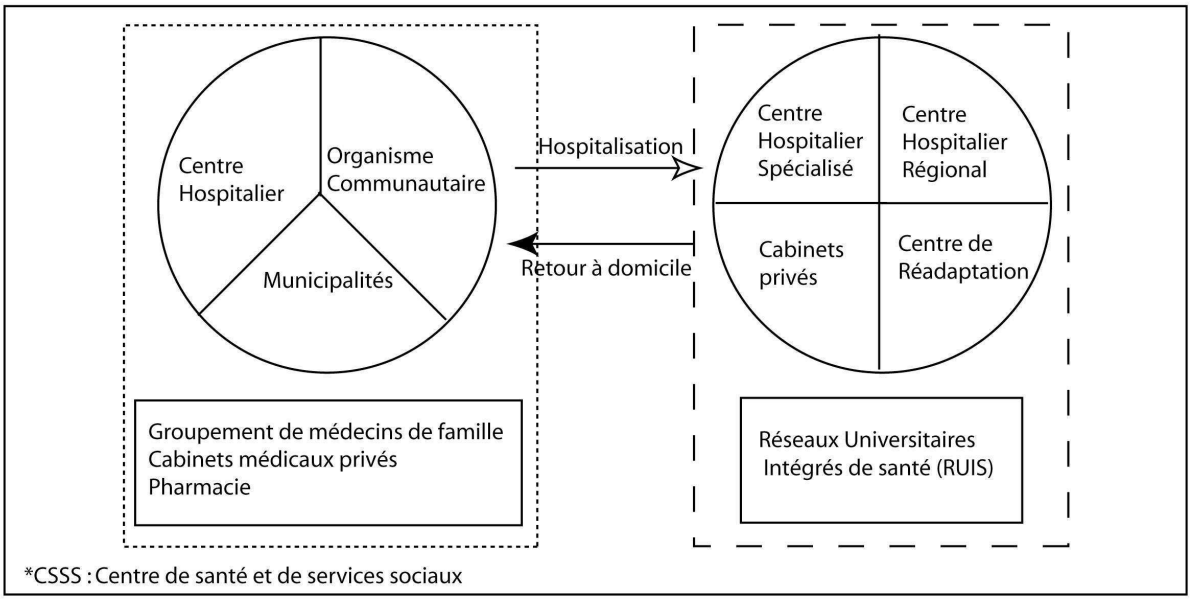
Figure 16. Les partenaires traditionels des CLSC* et CH** (Québec)



Réalisé d'après l'entretien auprès de Mireille Dumont Lemason, Association des CLSC et CHSLD, Montréal, 2004

Chacun des organismes de santé et de services sociaux avait ses habitudes et ses partenaires, avec l'apparition des CSSS, les partenaires présents se multiplient, se superposent afin de planifier les services adaptés à la personne. Pour améliorer le continuum de services de soins les groupements de médecins, les cabinets privés et les pharmacies et les réseaux de services intégrés universitaires s'associent pour créer de nouvelles passerelles et coordonner les services sanitaires et sociaux auprès de la population (Fig. 17).

Figure 17. Les partenaires des CSSS* (Québec)



Réalisé d'après l'entretien auprès de Mireille Dumont Lemason, Association des CLSC et CHSLD, Montréal, 2004

La fusion des établissements de santé modifie les pratiques des acteurs impliqués, et le cheminement des personnes âgées au sein des services de santé et des services sociaux du Québec. A travers les entretiens auprès des personnes âgées et des acteurs partenaires des CSSS de Sherbrooke, de Rouyn-Noranda et de Lucille Teasdale de Montréal, nous interrogerons la perception des personnes âgées sur leur parcours de soin. Et les professionnels qu'elles côtoient.

3.2 Territorialisation de l'action sanitaire et sociale en France

Depuis la loi hospitalière de 1971, le système d'aide et de soin français aux personnes âgées est caractérisé par la séparation entre le sanitaire, le social et le médico-social. Les prestataires de santé exercent en ambulatoire ou en établissements de santé : les hôpitaux ou les services de soins de longue durée destinés aux personnes âgées ayant perdu leur autonomie sont gérés au niveau régional. Le secteur du médico-social comprend les services d'aide à domicile, de soins à domicile et les établissements d'hébergements collectifs dont la répartition et l'organisation sur le territoire s'effectue au niveau départemental.

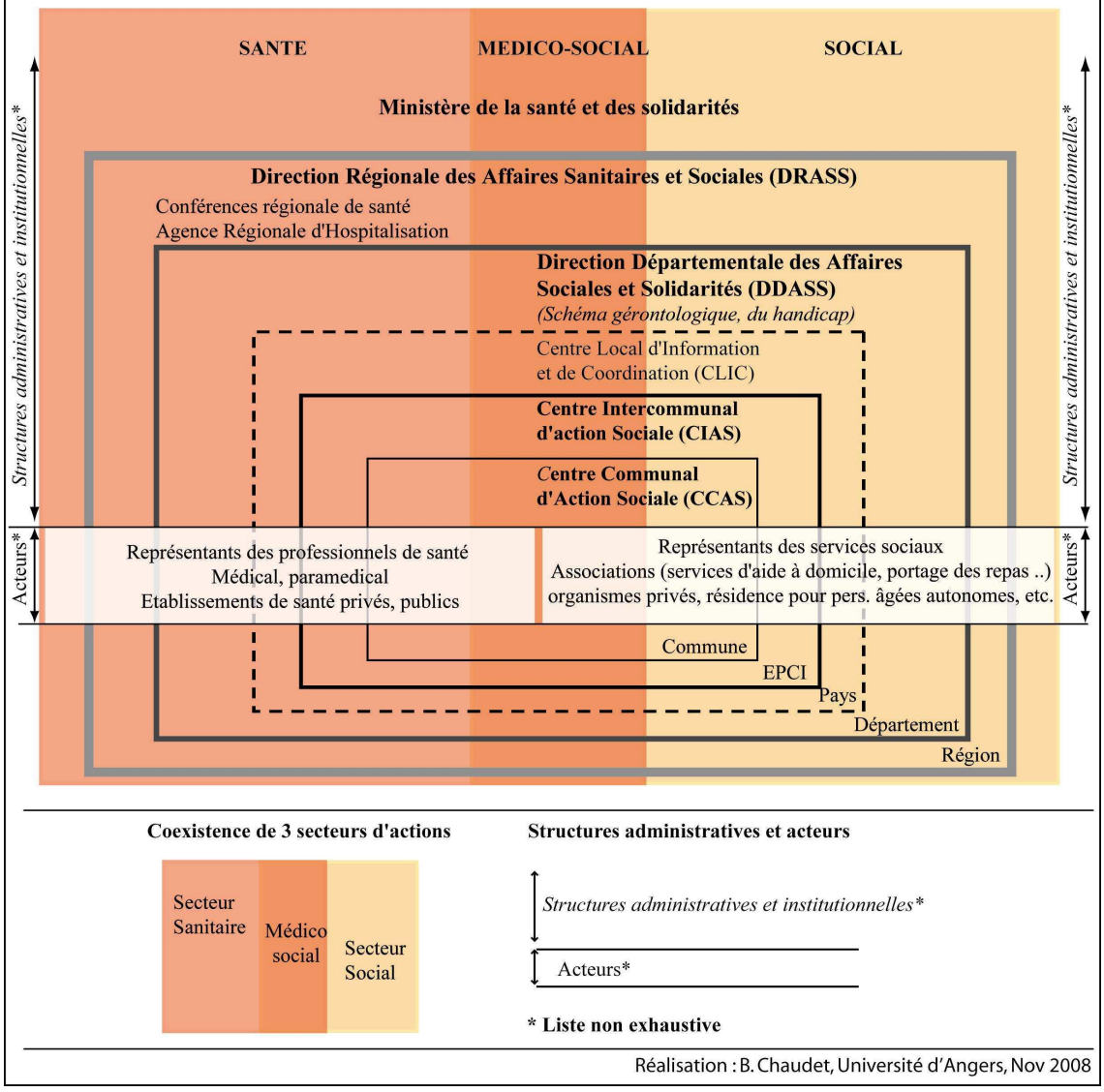
Entre les interventions qui relèvent des soins et de l'action sociale et médico-sociale, les professionnels partagent des situations communes. La qualité du parcours de soins de la personne âgée dépend de la qualité de cette articulation entre ces différentes interventions. Cette

coopération est complexe à organiser et fait l'objet de questionnements très anciens qui se renouvellent depuis le depuis le développement des réseaux de coordination gérontologique. Le transfert de nouvelles compétences (2004) aux conseils généraux et aux conseils régionaux dans le domaine des politiques sociales (CLIC, compensation du handicap) et des formations sanitaires et sociales a élargi le champ d'intervention des collectivités territoriales dans ces différents secteurs.

3.2.1 Système de santé français caractérisé par la coexistence de trois secteurs : sanitaire, social et médico-social

Le système de santé français est caractérisé par la coexistence de trois secteurs le sanitaire, le social et le médico-social (Fig. 18).

Figure 18. L'articulation entre le sanitaire, le social et le médico social : un système de santé complexe (France)



L'état intervient dans le cadre réglementaire et législatif, il intervient également par ses décisions concernant les enveloppes de soins dont les dispensateurs sont les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (au niveau régional) et les Directions Départementales des Actions Sociales et Solidarités (au niveau départemental).

La coordination entre la santé et le social est supposée se faire au niveau régional par le biais des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), seuls organismes en France à accoler les deux termes « santé et social » (Fleuret, 2006). Le niveau régional assure le rôle de régulation du système en observant et en analysant les besoins de la population en concertation avec les Conférences régionales de santé et les Agences régionales d'hospitalisation. La planification, la programmation et la répartition des structures et des équipements de santé et de services sociaux sont discutées au niveau régional à l'image de la mise en place des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Le niveau régional est aussi celui qui assure la coordination des actions entre les programmes d'actions, par exemple les schémas gérontologiques, des départements qui composent le territoire régional.

Depuis la décentralisation, les départements se sont vus conférer de véritables compétences dans le champ de l'action sociale avec les Directions Départementales des Actions Sociales et Solidarités (DDASS). Les schémas gérontologiques et les schémas du handicap sont élaborés à l'échelle départementale. Ils précisent la nature des besoins sociaux et notamment ceux nécessitant une intervention sous forme de création d'établissements ou de services médico-sociaux et justifie l'action de coordination et de mise en cohérence des schémas au niveau régional. Si les collectivités locales ne sont pas directement parties prenantes dans les schémas départementaux médico-sociaux. De fait, de nombreux élus locaux sont impliqués à l'échelle locale dans la mise en œuvre ou la gestion d'établissement en direction des personnes âgées et mènent une politique locale d'action en direction des personnes âgées (aide à domicile, portage des repas…) Ainsi, leur participation à l'élaboration des schémas départementaux est légitime et confirment que le département est l'acteur pivot de l'action gérontologique de proximité.

Le rôle du département s'accentue avec la volonté affichée du gouvernement de favoriser le maintien à domicile des populations vieillissantes. Dans ce contexte, le dispositif de coordination gérontologique au niveau départemental se confirme avec la mise en place des Centres locaux d'Information et de Coordination (CLIC). Ces derniers sont associés à l'élaboration d'un maillage territorial infra départemental. Les CLIC se répartissent selon les bassins de vie de la population départementale et le périmètre d'action de ces instances d'information et de coordination tend à se superposer au découpage infra-départemental des territoires de pays.

La mise en réseau des actions sanitaires et sociales est issue d'une volonté politique nationale et de l'initiative locale. La coordination du système de soin vise à associer les actions de chaque professionnel et favoriser les interactions entre le médical et le social qui sont au centre de l'action visant à réduire la perte d'autonomie des personnes âgées. Or la superposition de ces échelles administratives pose la question de la cohérence des actions des politiques publiques mises en œuvre dans le champ du vieillissement. Les récentes lois d'aménagement du territoire favorisent le développement de coopération entre les différentes unités administratives françaises notamment les territoires de pays ou les EPCI.

Parallèlement, au niveau régional, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération ont pour mission, selon la circulaire de 2001 *« une plus grande prise en compte de la dimension territoriale »*. Il s'agit de passer d'une planification hospitalière régionale à une réflexion centrée sur l'organisation et l'articulation des services de soins au plus près de la population. Se pose alors la question de l'articulation entre les territoires de santé (secteurs sanitaires) et les territoires administratifs définis précédemment. En effet les territoires de pays et d'agglomération sont une réalité de l'organisation territoriale locale et modifient l'offre de services que la préparation des SROS de troisième génération n'a pu ignorer. L'articulation entre ces territoires suppose de prendre en compte les équipements présents sur les territoires de santé définis par les Agences Régionales de Santé (ARH) pour les activités et les équipements relevant du SROS.

3.2.2 Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) IIIème génération : un renouveau territorial ?

Le SROS est l'outil principal de la planification sanitaire dans un contexte de simplification administrative (suppression carte sanitaire …) Les SROS de troisième génération intègrent à la fois les politiques gérontologiques et la territorialisation. En effet, les SROS prennent en considération l'hébergement des personnes en perte d'autonomie, les services de soins infirmiers à domicile, localisé sur les territoires de santé. La planification sanitaire comprend l'organisation des services de soins et la prise en compte des besoins de santé sur un territoire donné.

Le SROS des Pays de la Loire distingue cinq niveaux de territoire : les territoires d'immédiate proximité (au nombre de 46), suivi des territoires de santé (15), des territoires de recours (7), du territoire départemental et du territoire régional. Ces deux derniers s'inscrivent dans les limites administratives de la région des Pays de la Loire. A chaque territoire défini correspond un niveau hiérarchique d'action sanitaire et sociale : le niveau régional étant celui

qui propose des services de santé spécifiques, tandis que les territoires de recours sont les territoires des soins spécialisés. Ils correspondent au besoin de desserte actuel de l'hôpital pivot de secteur. Les territoires de santé de proximité sont un niveau intermédiaire composé d'un plateau technique complémentaire à l'offre de proximité offerte au sein des territoires d'immédiate proximité (composé de médecin généraliste, spécialiste, d'infirmier, de pharmacien, d'un centre hospitalier). Si les frontières administratives de la région sont globalement respectées (à l'exception des territoires d'immédiate proximité) respectent-ils les limites administratives départementales ?

Cohérence territoriale à l'échelle infra régionale ?

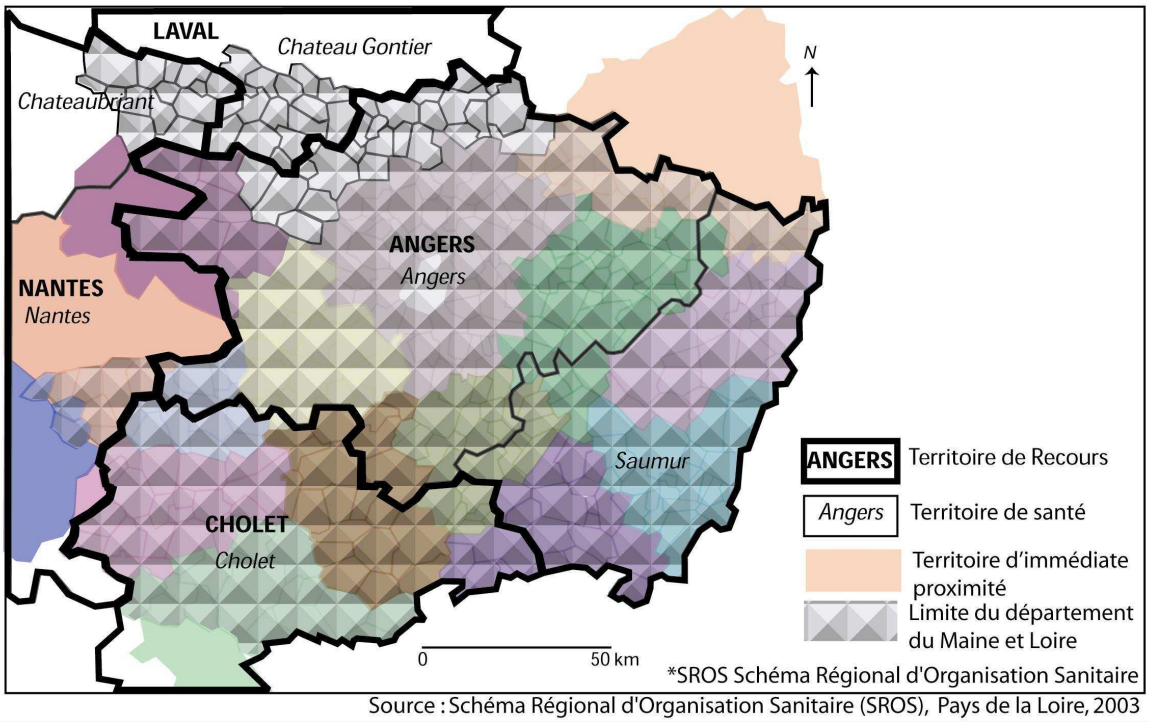
La région des Pays de Loire compte 46 territoires de proximité immédiate dont 15 sont composés de communes du département du Maine et Loire. L'objectif de ce territoire est d'assurer la continuité de la prise en charge et de réponde aux besoins de la population tant sur le plan des soins que sur celui de la prévention ou de la réadaptation. Ces territoires doivent s'articuler avec les principales orientations définies au niveau départemental par les schémas sociaux et médico-sociaux (schémas gérontologiques et du handicap).

Les territoires de santé de la région des Pays de la Loire sont fixés par l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH). Ainsi, « *la région des Pays de la Loire comporte, pour les activités de soins et les équipements matériels lourds relevant du Schéma d'organisation sanitaire des territoires de santé suivants : les territoires de santé de proximité, les territoires de recours, les départements et les régions* » (Arrêté de l'ARH n°528/2005/44)

La région des Pays de la Loire se divisent en cinq départements (Mayenne, Vendée, Loire-Atlantique, la Sarthe et le Maine et Loire). Chaque commune de la région est reconnue par un département. Parallèlement les territoires de recours sont composés de plusieurs territoires de santé de proximité. Les communes du département du Maine et Loire appartiennent toutes à un territoire de recours et un territoire de santé de proximité. Or les limites du territoire départemental ne fixent pas les limites des territoires de recours ni des territoires de santé de proximité qui parfois se chevauchent deux départements.

En ciblant les territoires de santé des communes du département du Maine et Loire, force est de constater que les communes sont réparties en quatre territoires de recours et six territoires de santé de proximité (Carte 15).

Carte 15. Territoires définis par le SROS* III pour le département du Maine et Loire



Source : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), Pays de la Loire, 2003

Les communes du département du Maine et Loire sont réparties en quatre territoires de recours (Angers, Cholet, Nantes et Laval). Notons que seul le territoire de recours d'Angers est intégralement inclus dans les limites du département du Maine et Loire. Les trois autres territoires de Recours associent des communes du département du Maine et Loire et des départements limitrophes ; celui de la Loire Atlantique pour le territoire de recours de Nantes, le département de la Vendée pour le territoire de recours de Cholet et enfin le département Mayenne pour le territoire de recours de Laval.

Parmi les six territoires de santé de proximité, seuls les territoires d'Angers et de Saumur sont compris intégralement dans les limites du département du Maine et Loire. Les cinq autres chevauchent deux départements de la région. En effet le territoire de santé de proximité de Cholet comprend un nombre quasi équivalent de communes du département du Maine et Loire et de la Vendée. Les territoires de santé de proximité de Nantes, de Châteaubriant sont composés d'une majorité de communes de Loire Atlantique auxquelles sont associées, pour chacun, une dizaine de communes du département du Maine et Loire. Enfin le territoire de santé de proximité de Château-Gontier, en Mayenne, comprend une quinzaine de communes du Maine et Loire.

Les territoires de recours correspondent aux espaces de soins spécialisés, alors que les territoires de santé de proximité sont des territoires de niveau intermédiaire composés d'un

plateau technique complémentaire de l'offre de proximité. Ce dernier échelon territorial se veut celui de la concertation et de la coopération entre les multiples acteurs : les usagers, les responsables d'établissements de personnes âgées et de personnes handicapées, les élus des municipalités. Se pose alors la question des possibles articulations entre ces territoires de proximité et les schémas médico-sociaux proposés à l'échelle du département, dont le mandat consiste à réguler l'offre de services comme la programmation des établissements pour personnes âgées ou handicapées.

Conclusion

Au cours de ce chapitre, nous avons mis l'accent sur la comparaison d'un processus commun : le vieillissement démographique et les situations de handicap qu'il génère auquel les gouvernements français et québécois doivent faire face. La comparaison se justifie non pas par les caractéristiques physiques et humaines de ces territoires, mais par la convergence des actions menées par les pouvoirs publics dans le domaine de l'accessibilité. La première est celle de la mise en œuvre en France comme au Québec des enquêtes permettant de dresser un portrait des populations ayant des incapacités, la seconde est la révision de la loi en direction des personnes handicapées et la troisième fait état d'un vieillissement certain des populations françaises et québécoises.

Nous avons donc dressé un rapide portrait de la situation du vieillissement de la population en France et au Québec à l'échelle nationale pour la France et provinciale pour le Québec. Au-delà du constat d'un vieillissement hétérogène à l'échelle de ces territoires, ce sont les situations du vieillissement à l'échelle locales que nous avons souhaité mettre en évidence : l'échelle des Municipalités Régionales de Comté au Québec et celle des départements en France. Le choix de ces échelles d'observation fait référence à la volonté des gouvernements français et québécois de territorialiser les actions en faveur du maintien de l'autonomie des plus âgés.

Sous l'effet du vieillissement de la population, l'approche des politiques sanitaires et sociales, en France comme au Québec, s'inscrit dans une double direction marquée par la volonté d'assurer un continuum de services et de soins et la volonté de maintenir l'autonomie des personnes âgées dans leur milieu de vie afin de réduire le nombre d'hospitalisation d'urgence, de soins de longue durée, et à réduire les coûts dans le domaine sanitaire et social. Pour ces raisons, la fusion des établissements de santé et des services sociaux au Québec ou la territorialisation de l'action sanitaire et sociale en France insiste sur la coordination et la concertation des acteurs pour répondre localement aux besoins des plus vulnérables.

CHAPITRE 3.

ENJEUX SOCIAUX ET SPATIAUX DES HANDICAPS LIES AU VIEILLISSEMENT

Introduction

Au cours de ce chapitre, nous définissons l'expression choisie : handicaps liés au vieillissement de la population. L'association des notions du handicap et de vieillissement met en exergue l'état de santé des individus à un moment donné de la vie, notamment à travers l'expression de la perte d'autonomie, de la dépendance et de l'incapacité. Ces concepts, tels qu'ils sont exploités en France et au Québec, posent les critères permettant de définir les populations françaises et québécoises retenues pour cette étude.

Notre travail de recherche s'inscrit dans une démarche qualitative et vise à mieux comprendre les mobilités quotidiennes des personnes âgées au seuil de la dépendance ainsi que les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics en France et au Québec pour maintenir leur autonomie dans leur milieu de vie. Notre recherche repose sur des études de cas en France et au Québec, plus précisément sur l'étude de quelques collectivités locales en France et au Québec. Ce sont les résidences pour personnes âgées autonomes au Québec, et les logements foyers en France, qui ont fait l'objet de notre attention pour observer et analyser les pratiques spatiales des personnes âgées autour de leur domicile. Le choix des résidences étudiées est présenté au cours de ce chapitre.

Notre approche est inductive et exploratoire dans la mesure où peu d'études en géographie sociale ont vu le jour dans ce domaine. Il nous semble indispensable d'observer les réalités de terrain pour en extraire les enseignements susceptibles de caractériser les phénomènes et processus observés. Pour cela, nous nous sommes intéressés aux discours des acteurs locaux afin de comprendre les processus mis en place pour développer l'accessibilité du territoire.

1. Enjeux associés aux handicaps liés au vieillissement

Il convient, dans un premier temps, de dresser un tableau de la situation du vieillissement de la population et des situations de handicap qu'il génère pour en situer les enjeux principaux. De fait, l'évaluation de l'incapacité en France comme au Québec confirme le poids des personnes vieillissantes parmi celles qui rencontrent des limitations fonctionnelles. De plus, l'apparition de ces incapacités interroge les modes d'évaluation de l'autonomie des personnes âgées mis en place en France et au Québec pour identifier les ressources et les services dont elles peuvent bénéficier afin de faciliter leur participation sociale. De ce fait, le maintien de l'autonomie relève, en partie, de la compréhension des obstacles à la mobilité quotidienne des personnes âgées favorisant ainsi la poursuite de leurs activités en dehors de leur domicile.

1.1 L'évaluation des handicaps liés au vieillissement : un enjeu socio-spatial

Comme nous l'avons vu au cours du chapitre précédent, les enquêtes menées en France et au Québec en direction des populations ayant des incapacités ou des limitations fonctionnelles ont permis de dresser un premier portrait de la population à l'échelle nationale. En interrogeant ici les modes d'évaluation de l'incapacité, ce sont les défis sociaux et spatiaux auxquels sont confrontés les politiques publiques qui sont présentés.

1.1.1 Mode d'évaluation de l'incapacité

Associé à l'allongement de la durée de la vie, l'évolution du nombre de personnes vieillissantes ne cesse de s'accroître et entraîne un étirement de la durée de la vieillesse. La notion de troisième âge évolue et conduit à la création d'un quatrième âge. Cette subdivision des temps de la vieillesse est liée aux capacités de l'individu, repoussant ainsi le seuil de la vieillesse vers les problèmes de santé chronique et l'apparition des incapacités associées à l'avancée en âge.

L'évaluation de l'incapacité pour décrire les limitations fonctionnelles de la population dans ses activités quotidiennes ont débuté au cours des années 1970-1980 parallèlement aux classifications internationales relatives au handicap – précisée au cours du précédent chapitre L'appareil statistique définissant l'incapacité ou les limitations fonctionnelles de la population en France et au Québec repose sur deux enquêtes menées en 1998, respectivement l'enquête

HID et l'enquête EQLA. Chacune prend s'appuie sur la notion d'incapacité telle qu'elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) entendue comme *« toute restriction dans les capacités à réaliser une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain »*.

Ainsi, l'incapacité est placée au centre des deux études EQLA et HID et prend appui sur une série de critères permettant d'évaluer le degré d'incapacité de la population interrogée. Les critères communs relevés sont au nombre de cinq : la vision l'audition, la parole, l'agilité et la mobilité (Tableau 3).

Tableau 3. Critères d'évaluation de l'incapacité suivant les enquêtes HID* et EQLA**

HID	EQLA
Une personne est considérée comme ayant une incapacité si elle rempli un des critères suivant :	
Une limitation dans la capacité à exécuter certaines tâches spécifiques reliées à la vision, l'audition, la parole, la mobilité ou l'agilité ;	Besoin d'aide pour faire sa toilette, s'habiller et se déshabiller couper sa nourriture, se servir à boire, manger et boire seul.
Une limitation dans ses activités à cause d'un problème de santé physique ou psychologique qui dure au moins six mois	Besoin d'aide pour aller au toilette contrôler ses selles ou ses urines seul.
Une difficulté à apprendre ou des problèmes de mémoire permanent	Mobilité/déplacement : besoin d'aide pour se coucher, se lever, s'asseoir, se déplacer d'un étage, monter ou descendre un escalier utiliser l'ascenseur, sortir du domicile, faire ses achats,
Un diagnostic par un professionnel de santé, de troubles d'apprentissage, de troubles de la perception, de troubles de l'attention ou d'hyperactivité	Communication à distance / cohérence / orientation : besoin d'aide pour communiquer avec son entourage, se souvenir du moment de la journée, trouver ou retrouver son chemin
Une déficience intellectuelle.	Vue/ouïe/parole, : besoin d'aide pour voir de près, reconnaître le visage d'une personne à 4m, entendre ce qui se dit dans une conversation, pour parler
	Souplesse/manipulation : se couper les ongles des orteils se servir de ses mains et de ses doigts avec difficulté, debout, se pencher et ramasser un objet par terre.
	Tâches ménagères et gestion

*HID : Enquête "Handicap Incapacité Dépendance", 1998, France
** EQLA : "Enquête Québécoise sur les Limitations d'Activités", 1998

Sources : ISQ, EQLA 1998 et INSEE, HID 1998-2001
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, janv. 2008

En France, les scores cumulés pour chacun de ces critères font varier le score entre 0 et 7 points. Plus le score est élevé plus le niveau d'incapacité est important. Les indicateurs de l'incapacité mesurent essentiellement les composantes liées aux activités quotidiennes de la

personne. Suivant le degré d'incapacité on distingue : l'incapacité sévère (restriction des activités essentielles à la vie quotidienne) ; l'incapacité modérée (une ou plusieurs limitations au niveau des activités de la vie quotidienne et fait appel a une aide formelle ou informelle) enfin l'incapacité légère ou l'absence d'incapacité. Ainsi, la prévalence des difficultés ou incapacités à réaliser les actes de la vie quotidienne est définie par le degré d'incapacité.

Au Québec, les incapacités dites « graves » selon l'enquête EQLA sont proches de celles qualifiées de sévères par l'enquête HID. Les effectifs enregistrés par ces deux études sont relativement proches l'une de l'autre. La majoration observée auprès de l'enquête HID s'explique par le choix de la population cible : une population ayant des incapacités passagères ou depuis plus de six mois. Selon l'enquête EQLA, il s'agit uniquement des personnes ayant une incapacité de plus de six mois.

Les questions posées dans chacune de ces deux enquêtes expliquent les différences observées entre les résultats. L'enquête EQLA pose la question suivante : *« Éprouvez vous des difficultés à »* la réponse a chaque item est *Oui* ou *Non ;* alors que dans le cas de l'enquête HID, la réponse à cette même question est graduée 1.*Oui ;* 2.*Oui mais avec quelques difficultés,* 3.*oui avec beaucoup de difficultés* et 4.*Non.* Dès lors, la prévalence des incapacités, quel que soit l'âge, par ordre décroissant, concerne tout d'abord les difficultés à parler ou à se faire comprendre (2.5%) puis les incapacités sensorielles (visuelles : 7.5% ; auditives : 15%). Les incapacités les plus fréquentes sont liées à la mobilité (35%), puis à l'agilité (33%) (Tableau 4).

Tableau 4. Prévalence des incapacités suivant les enquêtes HID* et EQLA**

Type d'incapacité	HID*	EQLA**
Visuelle : difficulté à voir de près ou de loin	8,0 %	7,1 %
Auditives : difficulté à entendre une conversation avec une autre personne ou un groupe d'au moins trois personnes	13,5 %	16,8 %
Parole : Difficulté à parler ou à se faire comprendre	2,1 %	2,8 %
Mobilité : difficulté à marcher sur une distance de 400 m sans se reposer, à monter ou àdescendre un escalier, à transporter un objet lourd sur une distance de 10 m, se tenir debout plus de 20 min. ou se déplacer d'une pièce à l'autre	37,2 %	34,5 %
Agilité : Difficulté à se mettre au lit ou à en sortir, à s'habiller ou se déshabiller, à se pencher et ramasser les objets au sol, à saisir ou manier les objets avec les doigts, tendre les bras dans toutes les directions ou couper ses aliments.	35.4 %	30.2 %

*HID : Enquête "Handicap Incapacité Dépendance", 1998, France
** EQLA : "Enquête Québécoise sur les Limitations d'Activités", 1998

Sources : ISQ, EQLA 1998 et INSEE, HID 1998-2001
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, janv. 2008

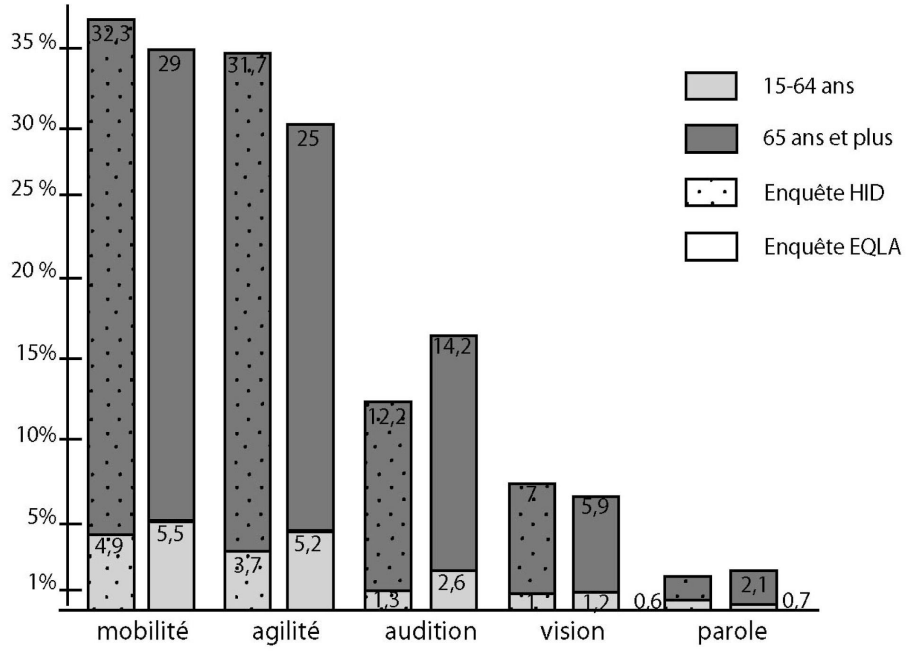
Cette première approche de la prévalence des incapacités selon les enquêtes HID et EQLA, conduit à analyse la corrélation entre la prévalence des incapacités citées ci-dessus et l'avancée en âge des populations interrogées. L'évaluation du nombre de personne en incapacité couvre des réalités diverses suivant l'origine, la nature et la gravité des déficiences.

1.1.2 La prévalence des incapacités suivant l'âge

En France comme au Québec, la prévalence des incapacités s'accroît avec l'avancée en âge. Les enquêtes HID et EQLA, menées en 1998, prouvent que les principales limitations d'activités concernent la mobilité et l'agilité (Fig. 19).

Figure 19. Prévalence des incapacités suivant l'âge et selon leur nature (France- Québec)

*HID : Enquête "Handicap Incapacité Dépendance", 1998, France
** EQLA : "Enquête Québécoise sur les Limitations d'Activités", 1998



Source : ISQ, EQLA 1998 et INSEE, Enquête HID 1998-2001
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, janv. 2008

En France on compte 13.4% de la population souffrant de déficiences motrices, 11.4% sont déficientes sensorielles ou encore 6.6% sont déficientes intellectuelles ou mentales. L'origine de ces incapacités peut être multiple : de naissance, liées à un accident, ou encore à l'avancée en âge. Selon l'enquête HID, le vieillissement est évoqué dans 26% des cas où les incapacités se traduisent par des limitations d'activités (Mormiche, 2000).

En 1998, 42% des aînés québécois déclarent une incapacité. Pour la moitié d'entre elles cette incapacité est considérée comme légère pour l'autre moitié elle est considérée comme grave

(ISQ, 2001). Les incapacités les plus fréquentes sont celles associées à la mobilité pour 29% des personnes âgées de 65 ans et plus, puis celles associées à l'agilité (24%) suivi des déficiences auditives pour 14% d'entre elles et enfin 8% connaissent une déficience intellectuelle ou mentale (ISQ, 2001). Selon cette enquête 20% des 65-74 ans et 27% des personnes âgées de 75 ans et plus déclarent être limitée dans leurs activités quotidiennes. Ainsi, les données recueillies par ces deux enquêtes EQLA et HID confirment combien l'avancée en âge est associée à l'apparition d'incapacités motrices et sensorielles.

Les politiques publiques françaises et québécoises s'appuient sur ces deux enquêtes pour définir les orientations à suivre en faveur des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles. En effet, les situations de handicaps, apparaissant avec l'avancée en âge de la population, pose le défi pour les acteurs territoriaux nationaux et locaux de favoriser le maintien de l'autonomie dans leur milieu de vie quelque soit le lieu de résidence sur le territoire français ou québécois. Pour cela, il importe de développer les sources de données du handicap, de l'incapacité et de la dépendance à l'échelle locale comparable avec les données nationales en France et de renforcer l'étude québécoise par une approche spécifique du vieillissement au regard de l'évolution rapide avec laquelle le phénomène apparaît au Québec.

1.2 L'évaluation de l'autonomie : un enjeu sanitaire et social

La prévalence des incapacités associées à l'âge, pose la question du maintien de l'autonomie et de la dépendance des personnes connaissant des limitations fonctionnelles. Là aussi, les politiques publiques doivent faire face à un enjeu crucial : celui de la prise en charge sanitaire et sociale de la perte d'autonomie et de la dépendance.

1.2.1 Autonomie et dépendance : source de confusion terminologique

En France deux textes de loi définissent la dépendance, la Loi N°97-60[28] instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes et la Loi N°2001-647[29] relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et l'allocation personnalisée à l'autonomie. La première définit la dépendance comme *« L'état de la personne qui, nonobstant*

[28] Loi N°97-60 du 24 janvier 1997 *tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance. JO, 25 janvier 1997.*

[29] Loi N°2001-647 du 20 juillet 2001 *relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. JO, 21 juillet 2001.*

les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière » (Loi N°97-60). La seconde, selon l'article premier, précise que *« toute personne qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liée à son état physique ou mental à droit à une allocation personnalisée à l'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins »* (Loi N°2001-647).Ainsi, les définitions adoptées en France reposent sur les besoins d'aides pour l'accomplissement d'actes essentiels.

Une confusion terminologique apparaît fréquemment entre les termes dépendance et perte d'autonomie. Alors que l'autonomie consiste à établir ses propres règles de conduite et la capacité à se gouverner, la dépendance est entendue comme une impossibilité partielle ou totale d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales ; et de s'adapter à son environnement. En effet, la dépendance revêt un caractère d'irréversibilité, ce qui n'est pas le cas de la perte d'autonomie (Ennuyer, 2002).

La question de l'autonomie, par opposition à la dépendance, est aussi celle des référentiels et des outils d'évaluation. En effet les besoins et les attentes des personnes âgées pour maintenir leur autonomie sont très différents et variable d'un individu vieillissant à l'autre. Pour exemple, une personne âgée relativement autonome et intégrée socialement connaît une qualité de vie et un bien-être optimal contrairement à une personne âgée dépendante relativement isolée. Entre ces deux extrêmes, se situe la personne âgée fragile au seuil de la dépendance ou en perte d'autonomie : population ciblée au cours de cette étude.

1.2.2 Les outils de mesure de l'autonomie en France et au Québec

Parmi les outils utilisés pour évaluer la perte d'autonomie notre attention se porte sur la grille d'Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources (AGGIR) en France et le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) au Québec. Ces deux grilles d'évaluation prennent en considération les désavantages physiques, les obstacles à la mobilité, la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne. Elles sont aussi utilisées pour déterminer l'attribution d'aides sanitaires et sociales tels que l'allocation pour l'hébergement, le plan d'intervention quotidien des soignants, la gestion des services à domicile.

La grille AGGIR, un outil de mesure privilégié en France

En France, la loi impose l'utilisation d'une grille nationale pour évaluer le niveau d'autonomie des personnes âgées : la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso

ressources). Elle permet de décrire avec un même langage chaque personne âgée suivant un profil type : le Groupe Iso Ressource (GIR). Six profils sont déterminés suivant les activités ou les gestes de la vie quotidienne que la personne âgée est en mesure d'effectuer afin d'évaluer les ressources à mobiliser pour compenser la perte d'autonomie. Nous avons ciblé les populations âgées de 75 ans et plus dont l'évaluation de la perte d'autonomie est située au niveau 4 soit au seuil de la dépendance et en légère perte d'autonomie. Parmi les personnes âgées appartenant à ce profil (GIR 4) nous avons ciblé les personnes âgées ayant de légères difficultés motrices et/ou sensorielles. Ce sont des personnes qui doivent être aidées pour réaliser leurs activités quotidiennes (repas, ménage, *etc.*) ou se déplacer hors de leur domicile.

La grille AGGIR n'est pas un outil multidimensionnel de mesure de l'autonomie. Si elle permet d'évaluer les activités quotidiennes qu'une personne est en mesure de réaliser seule, elle ne permet pas de décrire la complexité de la situation de la personne dans son environnement. Selon l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), la grille AGGIR est un *« indicateur commode pour résumer simplement une situation complexe par l'attribution d'une enveloppe d'aide »*. De fait, l'évaluation des besoins, selon la grille AGGIR, de la personne est également celle qui détermine les plans d'aides aux personnes âgées comme l'offre de services administratifs, sanitaires ou sociaux.

La grille AGGIR constitue également la base légale de l'attribution d'une aide financière attribuée par le département : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Les bénéficiaires de l'APA sont les personnes dont le profil est compris entre les niveaux 1 et 4. L'APA fait suite à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) qui se limitait aux personnes âgées évaluée entre le GIR 1 et le GIR 3 (Tableau 5). La grille AGGIR est actuellement le seul outil qui soit consensuel sur le territoire français

Tableau 5. L'APA réforme la PSD

Prestation Spécifique Dépendance (PSD)	Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)
Personnes âgées de 60 ans et plus dépendantes	Personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie
GIR 1 à 3	GIR 1 à 4
Sans conditions de ressources + 914 euros/mois : rejet d'office	Sans conditions de ressource - 914 euros /mois : exonération systématique du ticket modérateur
Montant qui dépend de la santé financière du département dans lequel elle réside	Repose sur un barème égalitaire

Suite à la PSD, créée en 1997, qui répondait inégalement aux besoins des personnes âgées sur le territoire national, l'APA doit faire face à une demande croissante. L'APA prend en compte les critiques formulées à l'égard de la PSD et a pour vocation d'être universelle, égalitaire et relève de la solidarité nationale[30]. L'élargissement de cette prestation compensatoire fait suite à l'accroissement en nombre des populations au seuil de la dépendance et permet de développer le soutien à domicile. Précisons cependant que le choix de la grille d'évaluation, en l'occurrence la grille AGGIR, permet ou non aux personnes âgées de 60 ans et plus de bénéficier ou non de l'allocation. La barrière administrative de l'âge d'entrée dans la vieillesse à 60 ans complique la lisibilité entre incapacités survenant avec l'âge et handicaps de naissance ou acquis avant 60 ans.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), entrée en vigueur le 1er janvier 2002, vise à une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées pour accomplir des gestes ordinaires de la vie courante. Elle peut être perçue par toute personne de plus de 60 ans dont la dépendance est évaluée par une équipe médico-sociale dans les niveaux 1 à 4 de la grille AGGIR qui en comporte 6.

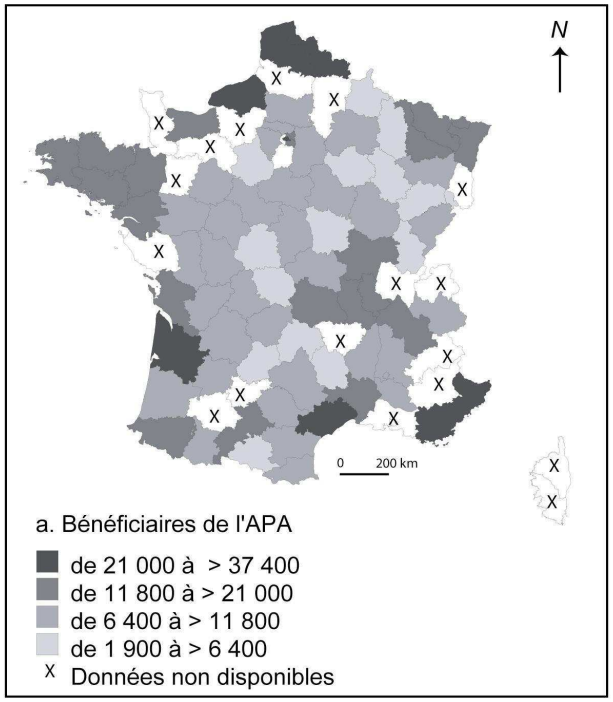
La dépendance est la plus élevée dans le groupe GIR 1 qui comprend les personnes nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants. Les groupes GIR 2 et GIR 3 comprennent des personnes qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Le GIR 4 comprend les personnes qui n'assument pas leurs transferts mais qui une fois levées peuvent se déplacer à l'intérieur du logement.

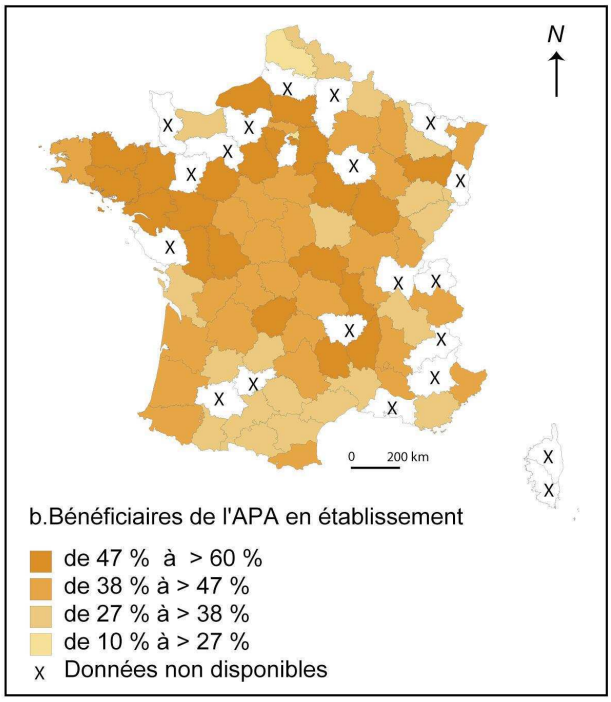
Jeger F. Janvier 2005, APA une analyse des disparités en 2003, n°372

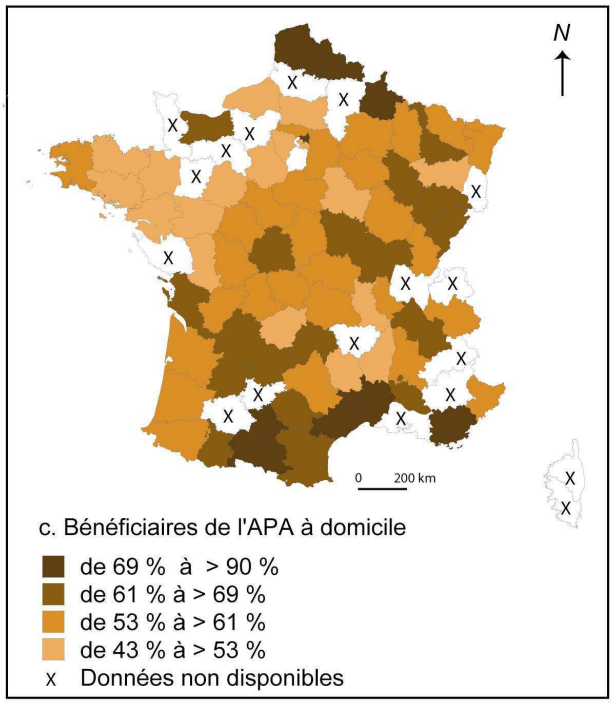
La proximité est un impératif pour réussir la mise en œuvre d'allocation, du fait de son caractère personnalisé. Dans le domaine de l'APA, le projet de loi confirme la compétence des départements dans la mise en œuvre de cette allocation. Depuis le 1er janvier 2002, les départements assurent la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans ou plus pour accomplir les actes de la vie quotidienne (Carte 16). Depuis sa création, le nombre de bénéficiaires ne cesse d'augmenter.

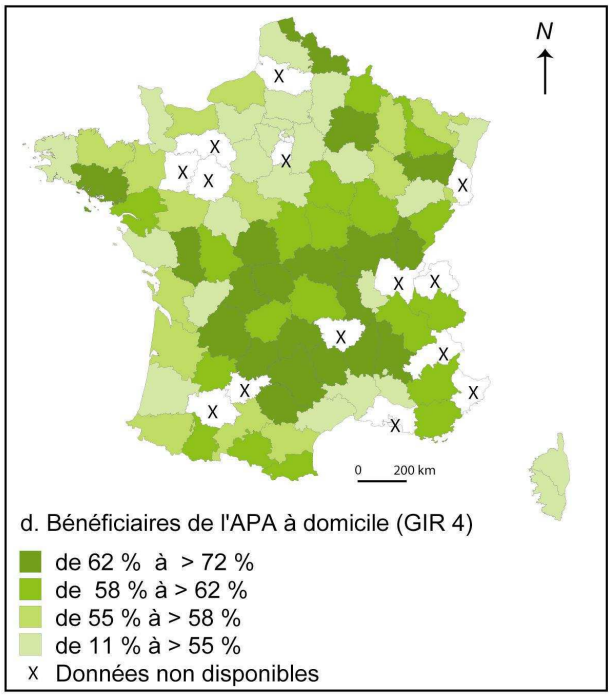
[30] Pour aider les départements à faire face au coût de l'APA, la loi du 13 juin 2004 institue la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Carte 16. Répartition des bénéficiaires de l'APA par département français en 2007









Note : L'APA (Allocation personnalisée à l'autonomie) est une aide financière attribuée aux personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Ces dernières peuvent en bénéfivier à domicile et en établissement. Le montant des ressources varient suivant l'évaluation de la perte d'autonommie effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Seuls les Groupes Iso Ressources (GIR) compris entre 1 et 4 bénéficient de cette allocation (GIR 1caractérise la plus grande dépendance).

L'APA, entrée en vigueur au 1er janvier 2002, fait suite à la Prestation spécifique dépendance (PSD) qui prenait en compte les personnes de GIR 1 à 3. L'APA élargit le panel des bénéficaires du GIR 1à 4)

source DREES indicateurs départementaux de l'APA

La répartition des bénéficiaires de l'APA est hétérogène sur le territoire français (Carte 16a). Les départements qui comptent le plus grand nombre de bénéficiaires en 2007 (près de 30 000) se situent dans les départements du Nord (37 374) et du Pas-de-Calais (31 395) suivi des départements de Seine-Maritime, Paris, l'Hérault, de la Gironde et les Alpes-Maritimes. A l'inverse le département dont le nombre de bénéficiaires est le plus faible est celui de la Lozère avec 1 183 bénéficiaires, suivi des départements de la Saône, de la Meuse, de la Haute-Marne (entre 3 000 et 3 500 bénéficiaires). Ainsi, la part des bénéficiaires de l'APA varie d'un département à l'autre. Selon l'étude menée par la DREES, ces écarts s'expliquent à plus de 60% par la structure sociodémographique des départements.

Parmi les bénéficiaires de l'APA résident en établissements ou à domicile, on distingue alors une plus forte proportion de bénéficiaires à domicile (Carte 16 b et 16c). En effet les proportions des personnes âgées bénéficiaires de l'APA en établissement n'excèdent pas 60% tandis que celles les résidents à domicile sont supérieures à 43%. Seuls six départements français comptent près de 60% de bénéficiaires de l'APA en établissement : dont les départements de la Loire Atlantique (60%) et du Maine et Loire (58%).

A l'inverse, les départements dont les bénéficiaires de cette allocation à domicile sont les plus nombreux sont ceux du Pas-de-Calais (77%), et Seine-Saint-Denis (77%) puis les départements de l'Hérault (72%), du Var (72%) et des Ardennes (70%). Les départements où le nombre de bénéficiaires en établissement et à domicile est équilibré (soit un taux de l'ordre de 50%) correspond aux départements des Deux-Sèvres, le Morbihan, L'Yonne et l'Oise. Ces écarts sont associés au nombre d'établissements de santé en présence sur le territoire départemental, mais aussi fonction de la connaissance de l'élargissement du panel de personnes concernées par l'APA mais aussi fonction des aides et du soutien disponible pour maintenir l'autonomie des plus âgés.

Au regard de la diversité des situations observées en France, le département du Maine et Loire comme choix d'étude semble pertinent dans la mesure ou le nombre de bénéficiaires de l'APA ne cesse d'augmenter : il comptait en 2004 9386 bénéficiaires, il en compte plus de 10 754 au 30 juin 2007 (ORS, 2007). Le département du Maine et Loire compte parmi le plus grand nombre d'allocataires vivant au sein d'établissements avec près de 58 % en 2007. Il convient de nuancer ce dernier chiffre au regard du nombre de structures présentes au sein du département (département qui compte le grand nombre de structure départementale – Tableau 8 : 162) et qui laisse malgré cela près de 42 % de bénéficiaires à domicile. Enfin, le nombre de personnes âgées de GIR 4 bénéficiaires de l'allocation représente plus de la moitié de l'ensemble des allocataires au cours de l'année 2007 avec 56%. De plus, le poids de ce groupe est celui qui tend à s'accroître le plus rapidement. Nous avons donc ciblé les personnes affiliées

au GIR 4, celles qui se situent au seuil de la dépendance et qui représentent la plus forte proportion de personnes bénéficiant de l'APA parmi celles qui résident à domicile (Carte 16d.).

Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle au Québec

Au Québec, le Ministère des Services de Sociaux et de Santé (MSSS) a favorisé l'implantation de l'outil multiclientèle et multidimensionnel dans toutes les composantes des réseaux de services intégrés, en contribuant à uniformiser l'appréciation du degré de perte d'autonomie des personnes âgées et à mieux orienter les personnes en perte d'autonomie vers les ressources appropriées. Le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) a la particularité de constituer au niveau de l'équipe multidisciplinaire un vocabulaire commun aux différents intervenants puisqu'il est composé de 14 Profils permettant d'effectuer le plan d'intervention quotidien des soignants, de suivre l'usager dans le système et d'assurer la coordination des soins et services (Hébert, 1988).

La grille d'évaluation du SMAF couvre cinq dimensions : les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), la mobilité, la communication, les fonctions mentales et les Activités de la Vie Domestique (AVD) (Hébert et al. 2003). L'autonomie fonctionnelle est valorisée selon une échelle calibrée entre 0 et 19 points où la valeur 5 indique une détérioration significative de l'autonomie des personnes. Ainsi, quatre groupes se distinguent : le premier constitué des personnes autonomes (SMAF inférieur à 5), le second comprend les personnes en légère perte d'autonomie (SMAF compris entre 5 et 9) ; le troisième groupe composé des personnes en perte d'autonomie moyenne (SMAF entre 10 et 19) et enfin les personnes dépendantes dont l'évaluation du SMAF est supérieure à 19.

Pour référence la première catégorie regroupe les sujets qui ne présentent qu'une atteinte aux tâches domestiques, la perte d'autonomie se manifeste par des difficultés à accomplir certaines activités comme faire l'épicerie et utiliser les moyens de transport entretenir la maison, préparer les repas et faire la lessive. A l'inverse, la troisième catégorie comprend les personnes les moins autonomes, généralement alités et dépendants pour les activités de la vie quotidienne (AVQ).Pour référence, les personnes dont le profil SMAF est supérieur à 19 sont les personnes qui résident en Centre d'Hébergement de Soins de Longue Durée (CHSLD). Entre ces extrêmes, on observe une progression des incapacités dans les activités domestiques et dans les activités quotidiennes accompagnée, la plupart du temps, d'une perte d'autonomie plus considérable soit dans les fonctions de mobilité ou soit dans les fonctions mentales.

Chaque personne âgée suivant son profil est identifiée par l'intervenant comme possédant des caractéristiques similaires et requérant approximativement le même type de soins et de

ressources qu'un autre individu présentant le même profil. La population que nous avons ciblée au cours de cette étude est celle qui est évaluée selon le SMAF au niveau 4, il s'agit d'une population au seuil de la perte d'autonomie. Elles se caractérisent, selon les cinq dimension du profil ISO-SMAF par une relative autonomie pour les activités quotidiennes et le besoin d'aide pour les activités domestiques, un besoin d'aide pour la mobilité, des difficultés de communication et l'absence d'altération mentale.

1.2.3 Des outils en faveur de la continuité des services sanitaires et sociaux

Les termes autonomie, dépendance et handicap véhiculent des représentations différentes pourtant ils déterminent l'action politique, les pratiques professionnelles et les modes de prises en charge sanitaire et sociale. A la question : comment appréhender les besoins des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles ? Les grilles d'évaluation AGGIR et SMAF sont les réponses adoptées par les ministères de la santé respectivement en France et au Québec.

Ces deux outils ont pour point commun la volonté de créer des référentiels communs aux professionnels de la santé et des services sociaux. Les termes d'autonomie et de dépendance étant source de confusion, c'est l'identification de profil de personnes âgées qui permet aux équipes multidisciplinaires de parler un langage commun et d'identifier les ressources à mobiliser pour répondre aux besoins de la personne. Ces outils contribuent également à favoriser la prise en charge coordonnée et continue des personnes âgées. En effet, la coordination et la continuité des services de santé et des services sociaux sont les enjeux auxquels les politiques publiques, les professionnels et les associations tentent de répondre. Pour cela, des dispositifs de prise en charge coordonnés et continus dans le domaine sanitaire et social sont expérimentés. Ils permettent d'éviter les doublons, les réévaluations inutiles, d'assurer une planification individualisée des services. Même si l'organisation des services de soins et des services sociaux diffère de part et d'autre de l'Atlantique, leur objectif commun est d'assurer la continuité de ces services.

1.3 L'accessibilité : un enjeu transversal des politiques publiques

En abordant ici la question de l'accessibilité, nous nous situons à la charnière entre la déficience associée à l'âge, la mobilité et l'autonomie *versus* dépendance des personnes âgées. En effet, l'accessibilité aux lieux est conditionnée par la qualité de l'environnement, par la praticabilité des équipements et des services sur le territoire, et enfin par le choix et les capacités de l'individu.

1.3.1 Mobilité, déficiences sensorielles et/ou motrice et autonomie

La mobilité d'un individu est en relation directe avec son âge. A différents moments de la vie l'individu est une personne à mobilité réduite (Fig. 9 : 43). Les difficultés de mobilité peuvent être visibles : notamment lorsque la personne utilise un fauteuil roulant, un déambulateur, des béquilles, une cane, *etc.* Pour d'autres, elles sont moins visibles et associées aux pathologies telles que les rhumatismes, l'arthrite, les affections respiratoires ou cardiaques qui limitent les déplacements piétons prolongés.

Parmi les personnes déficientes sensorielles – auditives ou visuelles – partielles ou totales, on distingue les personnes qui ont une déficience ancienne et celle apparaissant progressivement avec l'avancée en âge puisque de fait les problématiques sont différentes selon l'âge auxquelles elles surviennent.

Les personnes déficientes visuelles représentent près de 70% de la population âgée de 75 ans ou plus en France (HSCP, 2002). Selon l'enquête Santé social au Québec, 76% des personnes âgées de 75 ans et plus éprouvent des difficultés à voir de loin et 41 % d'entre elles des difficultés à voir de près[31]. La déficience visuelle affecte le fonctionnement des individus et introduit une perte d'autonomie. Les principales pathologies affectant la vue et associées à l'âge sont la cataracte, la Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age (DMLA) ou les glaucomes entraînent des difficultés à se déplacer à l'extérieur du domicile (Robine, Mormiche, Sermet, 1996).

La perte auditive associée à l'âge nommée presbyacousie touche une frange croissante de la population. L'enquête santé social menée en 1998 au Québec montre que 16.5% des 65-74 ans sont atteint de troubles de l'audition et près de 28% des personnes âgées de plus de 75 ans[32]. Les personnes déficientes auditives sont estimées à près de 43% des personnes âgées de 75 ans et plus, selon l'enquête HID, sont atteintes de malentendance ou de surdité. L'apparition des déficiences auditives associées à l'avancée en âge sont mal identifiées par les personnes âgées elles même. Elles se traduisent par une perte d'intelligibilité du langage et un isolement relationnel progressif du fait des difficultés de compréhension. Les personnes âgées sont les plus exposées aux déficiences auditives, elles gênent l'accès à l'information, à la communication et

---

[31] L'enquête québécoise santé social distingue les déficiences visuelles selon les capacités des personnes à voir de près ou de loin. La vision de près implique une vision nette à distance normale de lecture (lire les caractères d'un journal par exemple) ; les trouble de vision de loin consiste à reconnaître une personne de l'autre côté de la rue.

[32] L'enquête ESS exclut les populations à risque élevées de perte auditive – les populations résidant en institution ce qui explique la différence observée entre ces deux études (HID : 43% et ESS : 28%).

augmentent l'isolement social, elles entraînent une diminution de l'autonomie, et de la qualité de vie.

Les déficiences motrices peuvent être évolutives et apparaissent avec que l'avancée en âge dont les chutes sont symptomatiques. Associé à ce risque de chutes, un sentiment d'insécurité et de peur se développe, ces dernières affectent leurs capacités à réaliser leurs activités quotidiennes accélérant ainsi leur déclin fonctionnel. Les déficiences motrices apparaissant suite à un accident ou une chute concernent près de la moitié des personnes âgées de 75 ans et plus, selon l'enquête HID, les programmes de prévention des chutes prennent alors tout leur sens.

Les déficiences surviennent dans un contexte de polypathologies liées au vieillissement; elles modifient la perception de l'espace, du relief, des couleurs, des distances, des mouvements et particulièrement les déplacements et la communication. Selon l'enquête EQLA la prévalence des déficiences physiques et sensorielles augmentent avec l'âge : les incapacités liées à la perte auditive sont elles aussi remarquables et touchent près de 15% le la population québécoise âgée de 75 ans et plus, 6% d'incapacité visuelle. Selon l'enquête HID 80% des personnes déficientes visuelles déclarent une autre déficience : 66% d'entre elles déclarent une déficience motrice et 63% une déficience auditive. Chez les personnes âgées, les effets d'une déficience, qu'elle soit visuelle, auditive ou motrice sont souvent associées les unes aux autres, lesquelles réduisent la mobilité des personnes vieillissantes.

Or les politiques de santé, des services sociaux ou de l'aménagement du territoire tendent à promouvoir le maintien à domicile, la pratique de la marche et le soutien de l'autonomie. Pour autant toutes les conditions sont-elles réunies pour maintenir la mobilité quotidienne des personnes ayant une limitation fonctionnelle (motrice et/ou sensorielle) ?

1.3.2 Mobilité quotidienne des personnes ayant une limitation fonctionnelle et accessibilité

Les difficultés rencontrées par les personnes âgées sont-elles différentes suivant l'âge auquel les déficiences sensorielles ou motrices apparaissent ? Selon les enquêtes menées par les instituts nationaux et provinciaux en France (Enquête HID) et au Québec (Enquête EQLA), les difficultés rencontrées par les personnes âgées sont similaires à celles des personnes déficientes sensorielles ou motrices de naissance ou de longue date. La pratique et l'interprétation de l'espace varient en fonction des facteurs personnels (état de santé de la personne, son expérience) et des facteurs environnementaux (éclairage, bruit…). L'environnement est compris comme ce qui entoure l'individu, ce qui est susceptible d'agir sur lui et sur ses pratiques

spatiales. Le tableau ci-après permet de rendre compte des freins aux déplacements quotidiens (Tableau 6).

Tableau 6. Principaux obstacles à la mobilité quotidienne par type de déficiences.

Déficiences	Gênes	Obstacles
Visuelles	Cheminer, s'orienter Distinguer les écrits (gros/petits caractères) Percevoir et comprendre la signalisation	Absence d'information sonore Absence d'indication écrit gros caractère Absence d'orientation tactile
Auditives	Communication lire, écrire, parler Bruit ambiant, Distinction des messages sonores,	Absence de procédure d'alarme visuelle, information fixe ou permanente par le son
Motrices	Cheminement sur des sols non uniformes ou glissant Franchissement des marches, Peu d'espace ou de temps pour entrer sortir s'orienter. Difficulté à saisir, atteindre, les guichets automatiques distributeurs de tickets Actionner les commandes d'appel, d'arrêt ou d'urgence.	Trous sur la chaussée, dévers important, dénivelés entre chaussée et bus… Portes automatiques qui se referment trop vite...
Psychiques et cognitives	Compréhension d'un plan, des informations données pour un itinéraire, de repère dans l'espace.	Absence de pictogramme et d'information simplifiée

NB cette liste non exhaustive, se veut représentative des difficultés les plus courantes énoncées

Réalisation : B. Chaudet, UMR ESO 6590, Octobre 2006

La mobilité quotidienne soit l'ensemble des déplacements de la vie quotidienne correspond à un déplacement avec une intention de retour à court terme. Le déplacement piéton effectué sous forme d'aller retour est, dans ce cas, limité aux lieux accessibles par la marche. L'espace urbain accessible compris comme le résultat favorable de l'interaction entre l'individu et son environnement, correspond contribue au maintien de la mobilité quotidienne et de la participation sociale des individus âgés. Au-delà de l'aménagement de l'espace public urbain ce sont aussi les solidarités qui sont remises en question. En effet, l'adaptation de la personne vieillissante à son environnement, le maintien de son autonomie et sa participation à la vie de la cité sont dans le cas des déficiences sensorielles ou motrices évolue en fonction de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées mais aussi suivant les solidarités qui s'exercent autour d'elles[33] (voisinage, amis, famille, *etc.*). Par ailleurs le contexte spatial dans lequel

[33] Même si nous n'abordons pas cet aspect de façon approfondie au cours de cette recherche nous reconnaissons la place et le rôle des proches aidants dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

évolue la personne : son milieu de vie et l'organisation spatiale urbaine est susceptible de modifier ses pratiques spatiales.

1.3.3 Organisation urbaine différente en France et en Amérique du Nord

La dimension comparative présentée au chapitre précédent permet de mettre en vis-à-vis deux modèles d'organisations spatiales urbaines. Les villes nord américaines sont caractérisées par leur horizontalité et de leur étendue, seul le Central Business District (CBD) est marqueur de la verticalité. Les banlieues résidentielles pavillonnaires s'étendent sur des kilomètres à perte de vue, elles sont ponctuées de centres urbains secondaires. La différence morphologique entre les villes nord américaines et les villes européennes s'explique par l'histoire de leur construction. Les plans de rues en damier, géométriques avec des axes se croisant à angles droits et de larges trottoirs, s'expliquent par la place accordée à l'automobile. De façon générale, les stratégies d'aménagement du territoire mises en œuvre par les politiques publiques entraînent une dépendance de plus en plus grande à l'automobile limitant le choix de la marche ou de l'usage des transports en communs pour parcourir de longues distances.

Les villes européennes sont en moyenne beaucoup plus denses. Peu étendues jusqu'aux années 1950, elles ont progressivement été gagnées par une urbanisation périphérique de lotissements et d'immeubles construits pour de jeunes couples. Les rues étroites et sinueuses des centres historiques destinées à une circulation piétonne ont peu à peu laissé place, avec l'essor des transports collectifs urbains (métro, tramway et bus), à une ville plus étendue dont les rues et les trottoirs se sont élargis. Ascher (2004) montre que la ville de la proximité piétonnière laisse place à la ville de la vitesse : celle qui allie distance et temps parcourus par les modes transports.

Nous comparons ici la place accordée aux piétons âgés en milieu urbain, en France et au Québec, dont la morphologie est marquée par le poids des transports motorisés alors que les personnes âgées en perte d'autonomie favorisent les déplacements piétons à proximité de leur domicile. Dès lors, l'aménagement d'espaces de qualité et de bien-être devient primordial afin de soutenir l'autonomie des personnes vieillissantes dans leur milieu de vie ordinaire. L'organisation spatiale urbaine en France et au Québec est-elle en mesure d'atténuer les effets du vieillissement en nombre de la population en favorisant leur mobilité quotidienne, la pratique de la marche et le soutien de leur autonomie. Ce défi est celui de l'ensemble des politiques publiques à la fois celle impliquées dans le champ de l'aménagement du territoire mais aussi celle relative à la santé et aux services sociaux.

Les déplacements des personnes âgées correspondent-ils ou contrastent-ils avec le potentiel

des individus à suivre un cheminement au gré de son autonomie ? Nous cherchons à comprendre les pratiques spatiales des populations vieillissantes et les actions menées par les politiques publiques pour maintenir leur participation sociale en milieu urbain. Pour cela, nous avons opté pour l'analyse de plusieurs études de cas en France et au Québec

2. L'étude de cas ou comment cette méthode éclaire le phénomène étudié

L'étude de cas se penche sur une unité particulière, en l'occurrence les personnes âgées de 75 ans et plus[34]. Ce groupe n'est pas représentatif de l'ensemble des personnes âgées mais leurs poids relatif dans un contexte marqué par le vieillissement de la population et l'apparition des incapacités à cet âge fait qu'il constitue un groupe d'intérêt. L'étude de cas ne se limite pas à une analyse mais à plusieurs, qui sont comparées pour mieux distinguer les particularités de chaque cas en France et au Québec.

2.1 Objectif de l'étude de cas

Mener des études de cas en France et au Québec permet d'observer et d'analyser un processus commun : le vieillissement de la population et la diversité des politiques publiques mises en œuvre depuis l'échelle nationale jusqu'à l'échelle locale pour répondre aux enjeux préalablement cités.

2.1.1 Les sources de données et leurs traitements

L'étude effectuée repose sur le croisement de diverses sources de données. La principale source d'information utilisée en France est institutionnelle et issue de Conseil général du Maine et Loire. Elle se compose à la fois de statistiques de rapports et de participation aux groupes de travail crée lors de la préparation de l'actualisation du schéma gérontologique (2002-2007) et sa révision (2008-2010). De cette manière l'accès aux sources de données aux discours des acteurs en présence est facilitée et permet de rendre compte de la complexité des actions à menée dans le champ du vieillissement et du handicap. Parallèlement au Québec, les principales sources

[34] Rappelons que nous ciblons les personnes âgées de 75 as et plus au seuil de la dépendance et appartenant selon les grilles d'évaluation de l'autonomie au profil 4 de la grille AGGIR en France et du SMAF au Québec.

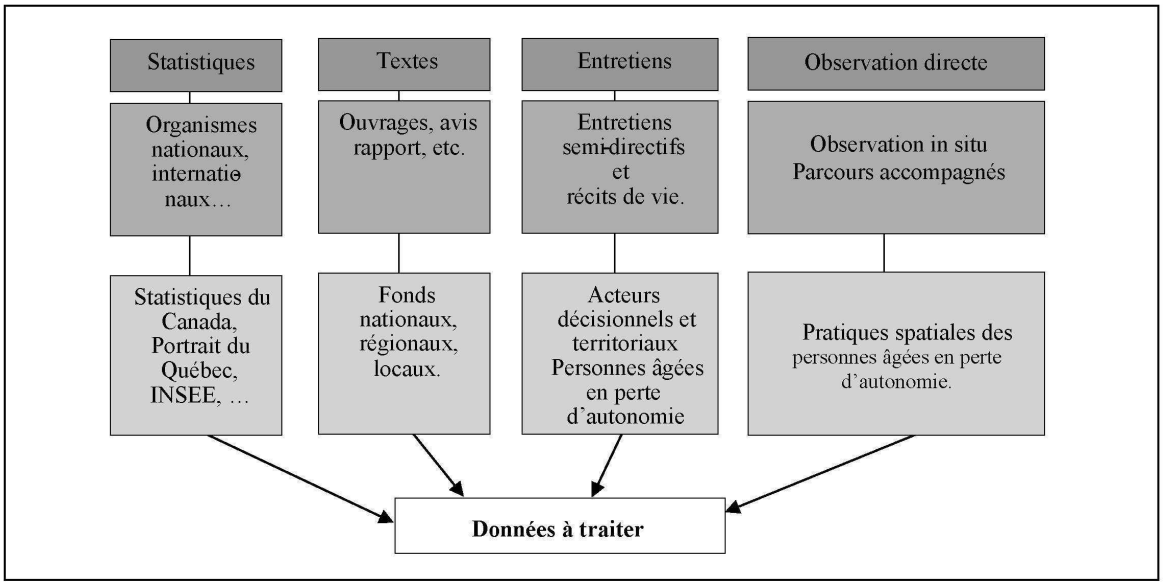
utilisées sont en premier lieu les rapports, les avis, les bulletins d'informations, les données statistiques disponibles et mises à disposition.

De plus, la revue bibliographique, les rencontres internationales et nationales menées autour des thématiques du vieillissement, du handicap ou de l'accessibilité ont permis de rendre compte de l'actualité du sujet traité. Les enjeux soulevés lors de ces rencontres ont mis en exergue les enjeux sociaux, sanitaires et spatiaux soulevés par le processus du vieillissement de la population. Ces rencontres sont aussi un espace privilégié pour identifier les travaux internationaux et les expérimentations menées (Projet MARCHE au Québec par exemple).

En second lieu, des entretiens semi directifs auprès des acteurs locaux en France et au Québec ont permis d'affiner notre réflexion. La diversité des statuts des personnes interrogées (acteurs institutionnels du champ de la santé, des services sociaux, de l'aménagement du territoire), qu'ils soient élus, membres d'organismes communautaires, d'associations ont permis de confronter les discours des acteurs aux écrits et aux discours préalablement recueillis.

Au-delà du regard des acteurs locaux institutionnels, associatifs ou communautaires, l'expérimentation de l'espace public urbain auprès des personnes âgées permet de rendre compte des attentes et besoins des populations afin de conserver, ou d'accroître leur autonomie de déplacement et de saisir les enjeux associés à la mobilité quotidienne et à l'accessibilité des espaces publics (Fig. 20).

Figure 20. Sources des données utilisées : du bureau au terrain.



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Janv. 2008

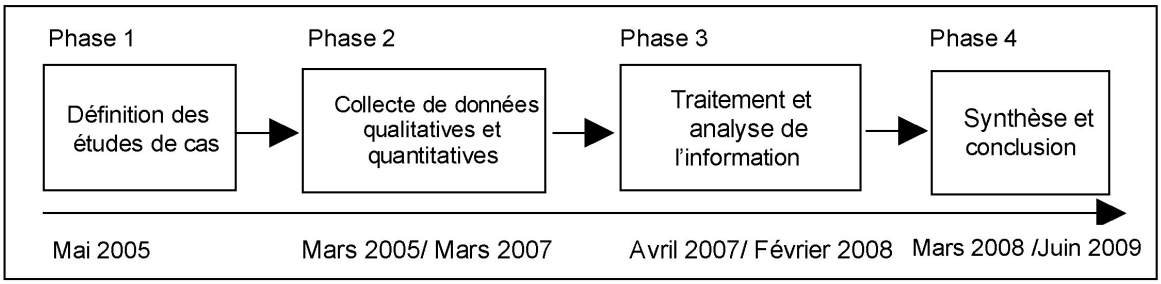
Comme le précise J. Hamel (1997), une étude de cas correspond à un observatoire qui présente certaine qualité et illustre les pratiques spatiales des personnes âgées et les processus

de mise en accessibilité et nécessite de faire appel à de multiples ressources. A partir de ces sources d'informations diverses et variées, nous avons mis en place une base de données pour chaque étude de cas dans laquelle ont été stockées et analysées l'ensemble des données collectées.

2.1.2 Les études de cas menées en France et au Québec

Les études de cas menées en France et au Québec de mars 2004 à juillet 2009 sont le centre de nos explorations. Leur mise en œuvre a nécessité le souci d'une procédure structurée autour de quatre phases distinctes. La première consiste à construire un cadre théorique comprenant le choix des cas et leur cadre opératoire. La seconde est une phase de collecte de données qualitatives (recueil des entretiens et des observations) et quantitatives (ressources statistiques disponibles). La troisième étape consiste à analyser les données pour chaque étude de cas menant à l'élaboration d'un rapport spécifique à chaque étude de cas. Enfin la quatrième phase vise à dégager une analyse croisée des cas permettant de synthétiser l'ensemble des données recueillies et analysées (Fig. 21).

Figure 21. Synthèse méthodologique des études de cas



Réalisatiion : B. Chaudet, Université d'Angers, Janv 2008

Nous nous situons dans une double comparaison : à la fois celles des politiques publiques mises en œuvre à l'échelle locale en France et au Québec et celles des collectivités entre elles en France d'une part et au Québec d'autre part. Les études de cas choisies en France et au Québec aborde trois thématiques : la première consiste à lire et comprendre les processus de mise en accessibilité à l'échelle locale, la seconde vise à comprendre les modes d'actions des politiques publiques sanitaires et locales pour favoriser l'accessibilité et la continuité des services de santé et des services sociaux auprès des personnes âgées à domicile et la troisième met en avant les pratiques spatiales des personnes âgées autour de leur domicile. Pour répondre à chacune de ces thématiques nous sommes appuyés sur les collectivités locales françaises et québécoises significatives.

Les municipalités françaises étudiées sont situées dans le département du Maine et Loire : Angers, Baugé. Le choix du département repose sur les missions qui lui sont confiées en terme d'action gérontologique et dans le domaine du handicap. Le Conseil général a pour mission de réfléchir à l'inscription de son action dans le champ territorial. L'intérêt de la monographie départementale française n'est pas de mettre l'accent sur les particularités du département du Maine et Loire mais de lire et d'analyser les relations entre la politique nationale en direction des personnes vulnérables et celle menée à l'échelle locale.

Les études de cas menées au Québec sont celles de Rouyn-Noranda (Abitibi-Témiscamingue), celle de Sherbrooke (Estrie), celle de Montréal et celle de Victoriaville. Le choix d'étudier des municipalités localisées dans des régions distinctes du Québec repose sur les particularités du territoire québécois. La région Abitibi-Témiscamingue est caractérisée par l'éloignement au sud de la province du Québec où les distances qui séparent les villes les unes des autres interrogent les modes d'actions des politiques publiques provinciales appliquées à l'échelle locale. Le second choix : celui de la municipalité de Sherbrooke au cœur de la région de l'Estrie est associé à la prise d'initiative de cette région dans la mise en place d'un réseau de services sanitaire et social intégré. La coordination des actions sanitaires et sociales en direction des personnes âgées initiée en Estrie se répand progressivement à l'ensemble de la province. Le cas de Montréal permet d'explorer le cas d'un espace métropolitain densément peuplé qui concentre les services et les équipements sanitaires et sociaux.

L'objectif de cette démarche est d'insérer chacune de nos études de cas dans leur contexte respectif afin de répondre à une approche globale à la fois sanitaire, sociale et spatiale *via* la notion d'accessibilité. En définitive, il s'agit d'expliciter la transversalité de la notion d'accessibilité selon les domaines de santé, des services sociaux, de l'aménagement du territoire et des politiques publiques mises en place en direction des populations vulnérables. Rappelons ici que les études de cas choisies ne se limitent pas à des lieux mais s'intéressent aux politiques publiques mises en œuvre dans le champ du vieillissement et du handicap par l'analyse des jeux d'acteurs d'une part et des pratiques socio-spatiales des personnes âgées en perte d'autonomie autour de leur domicile d'autre part.

Après avoir succinctement présenté au cours des chapitres précédents les collectivités locales que nous avons ciblées pour cette étude au sein d'espaces français et québécois physiquement, démographiquement et socialement distincts, nous exposons ci-après le choix des résidences pour personnes âgées autonomes sur lesquelles nous nous sommes centrés.

2.2 Le choix des résidences pour personnes âgées en France et au Québec

Nous exposons ici le choix des résidences étudiées en France et au Québec au sein de cinq collectivités locales (3 au Québec et 2 en France). En effet, comme nous l'avons déjà précisé, nous questionnons la relation entre la perte d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées et leur environnement. C'est la raison pour laquelle nous avons centré une partie de notre recherche sur la comparaison de la mobilité piétonne des personnes âgées ayant une déficience visuelle, auditive et/ou motrice autour de leur domicile. Nous avons sélectionné deux types d'hébergements : les résidences pour personnes âgées autonomes au Québec et les logements foyers en France. Ces choix font suite à l'évolution du contexte dans lequel se développe l'hébergement en France et au Québec.

2.2.1 Privatisation de l'hébergement au Québec …

Au début des années 1970, l'État québécois prend en charge l'hébergement des personnes âgées en construisant des centres d'accueil (Vaillancourt et Bourque, 1989). Il s'opère également un mouvement d'institutionnalisation des soins au sein du réseau de santé et des services sociaux. A partir des années 1980, il est de plus en plus question de qualité de vie et d'autonomie des personnes âgées pouvant demeurer le plus longtemps possible à domicile, ce qui s'avère moins coûteux pour l'État. S'amorce alors un mouvement de désinstitutionalisation de l'hébergement et en parallèle un accroissement en nombre de résidences privées (Vaillancourt et Bourque, 1989). Au cours des années 1990, l'État réaménage les services aux aînés en mettant à contribution l'ensemble des ressources en présence afin d'assurer leur maintien dans leur milieu de vie et se désengage d'une partie de l'hébergement des aînés.

Dans ce contexte, alors que la demande en hébergement ne cesse de croître en raison du vieillissement de la population, l'offre d'hébergement dans le réseau public diminue, le secteur privé se développe, et présente une nouvelle alternative au côté des entreprises d'économie mixte, des groupes communautaires. (Bravo et al. 1997 ; Pelletier, 2000) Le développement du secteur privé est lié à l'attente imposée aux populations vieillissantes dans le réseau d'hébergement public.

Dans le réseau public d'hébergement pour les aînés québécois, les CHSLD sont gérés par le MSSS et les agences régionales de santé. Les CHSLD s'adressent aux personnes âgées qui ne peuvent demeurer seules chez elles ou qui ne peuvent recevoir l'aide et les soins de leur entourage en raison de leur état de santé. Ces centres d'accueil s'adressent donc aux personnes âgées dont l'état de santé est plus précaire. L'attente est longue, il faut prendre la place

disponible là où elle est, peu importe l'établissement ou la municipalité, même si cela ne convient pas au résident ou à sa famille.

A l'inverse, le secteur privé offre davantage d'options et semble plus rapide. Cependant, le secteur privé pose un problème de choix et d'accessibilité pour celles qui ont peu de ressources : *« pour qu'une personne âgée en perte d'autonomie vivant en résidence privée puisse accéder aux soins requis par sa condition, elle doit : résider dans un territoire où le CLSC a la volonté et les effectifs nécessaires pour lui offrir des services, être assez lourdement handicapée pour être admissible à l'hébergement public ou bien avoir des ressources financières suffisantes pour se payer une résidence avec un bon environnement de soins et de services »* (Charpentier, 1999). La gamme de services offerte dans ses résidences est plus ou moins étendue. Nous avons choisi de nous intéresser aux personnes âgées hébergées dans les résidences privées pour personnes autonomes et semi autonomes.

De leur côté les CLSC développent des services afin de soutenir le maintien à domicile des aînés (Brissette, 1992). Malgré le soutien à domicile repose en grande partie sur les aidants familiaux et sur les organisations communautaires (Skinner, 2008). Or les tâches à accomplir sont épuisantes et les enfants sont souvent dispersés géographiquement (Charpentier, 1999). La dispersion géographique affecte particulièrement les régions isolées comme la région Abitibi-Témiscamingue où bon nombre de jeunes s'installent dans les centres urbains notamment Montréal. Dès lors, le maintien à domicile des aînés québécois dépend des services d'aides et de soins autour de leur domicile, de leur capacité à y accéder et de leur possibilité à maintenir leur mobilité. Nous avons alors choisi d'étudier le cas de six résidences au Québec (2 à Rouyn Noranda en Abitibi-Témiscamingue, 2 à Sherbrooke en Estrie et 2 dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve à Montréal).

L'hébergement des personnes interrogées au Québec

Dans le cadre de cette recherche, les résidences privées ont été identifiées à partir de listes fournies par les CLSC. Pour chacune de nos études de cas, nous avons considéré deux résidences : l'une localisée en périphérie de la ville, l'autre au cœur de la ville. Nous postulons que l'implantation de la résidence influence les pratiques spatiales des personnes âgées. Entre centre urbain et péricentre, nous émettons l'hypothèse suivante : les pratiques spatiales des personnes âgées varient en fonction des équipements et des services de proximité, mais aussi et surtout selon la qualité de l'environnement et des cheminements. Nous avons donc créé une grille d'observation unique à l'observation de l'environnement des douze résidences pour personnes âgées observées afin de mettre en évidence les marqueurs de la mobilité quotidienne

des personnes âgées.

Parmi les résidences pour personnes âgées autonomes et semi autonomes présentes à Rouyn-Noranda, nous avons privilégié la résidence *Le Bel-Age* localisée en périphérie qui accueille une quarantaine de personnes âgées autonomes et semi autonome et la résidence *Saint Pierre*, à proximité du centre, qui peut accueillir près de 125 personnes âgées. Toutes deux dépendent du CLSC *Partage des eaux* (Fig. 22). Comparativement les résidences de Sherbrooke dépendent du CLSC *de la région sherbrookoise*. La résidence *Villa des sages* accueille plus de 30 personnes autonomes et semi autonomes tandis que la résidence *Brooks* est en mesure d'héberger une centaine de personnes âgées autonomes et semi autonomes (Fig. 23). Enfin, les résidences de Montréal sont localisées dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve ; les deux résidences sont proches du CLSC Rosemont et proches d'espaces piétonniers et espaces verts. Les résidences *Aylwin* et *Pie IX* ont des capacités d'accueil très différentes : la première accueille des personnes autonomes et semi autonomes dans une petite résidence familiale, la seconde plus vaste est en mesure d'accueillir une quarantaine de personnes (Fig. 24).

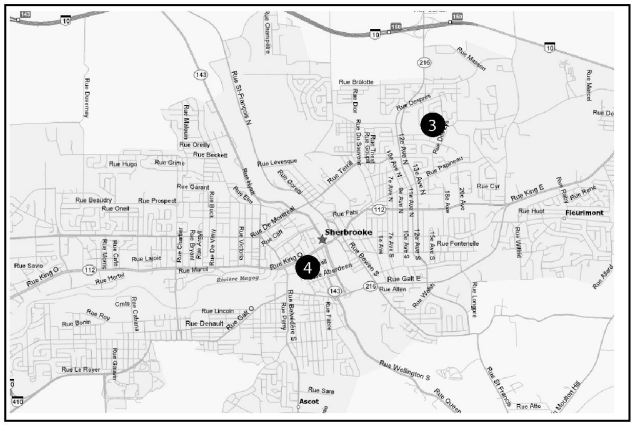
Figure 22. Localisation des résidences étudiées à Rouyn-Noranda (Abitibi Témiscamingue - Qc.)

❶ Résidence "*Le Bel-Age*"

❷ Résidence *"Saint Pierre"*

Sources : municipalité de Rouyn Noranda, bottin des Ainés Hébergement

Figure 23 Localisation des résidences étudiées à Sherbrooke (Estrie - Qc)

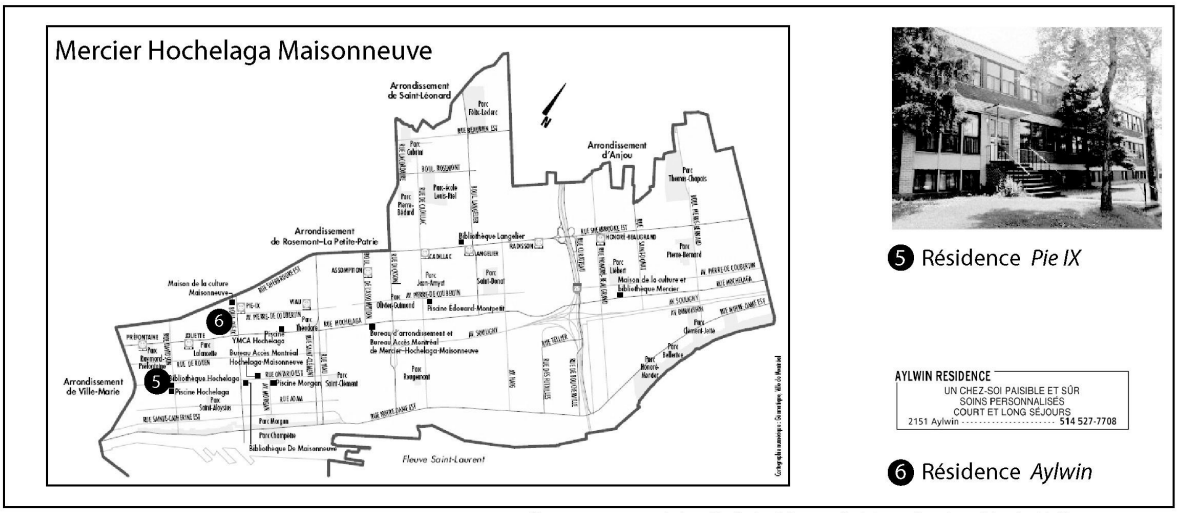


❸ Résidence *Villa des Sages*

❹ Résidence *Brooks*

Sources : municipalité de Sherbrooke, bottin des Ainés Hébergement

Figure 24. Localisation des résidences étudiées à Montréal (Qc.)



Sources : municipalité de Montréal, bottin des Ainés Hébergement

2.2.2 Hébergement des personnes âgées en France : Logement foyer

La population âgée est une clientèle particulière dans le domaine de l'hébergement, les services de long séjour sont les établissements sanitaires les plus spécifiquement destinés aux personnes âgées dépendantes. Ils relèvent de la gestion contrôlée par l'État et ses services déconcentrés ; la région pour les soins et de département pour l'action sociale et médico-sociale. Par ailleurs, les logement foyers, gérés par les municipalités locales, les Centres communaux d'action sociale (CCAS) ou des associations de logements locatifs sont apparus au cours des années 1970 pour offrir un logement aux personnes âgées autonomes. Selon la Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation Statistiques (DREES), les logements foyers ont principalement été implantés en région île de France, Rhône alpes, Bretagne, Pays de la Loire et Nord-pas-de-Calais. Ce sont des personnes âgées en légère perte d'autonomie ou même ayant des difficultés, mais qui ont conservé leur capacité à décider et à choisir menant peu à peu certains logements foyer à assurer un service de restauration et de télé alarme à ceux qui en ont besoin. Ces établissements accueillent essentiellement des personnes au seuil de la dépendance (GIR 4) qui demeurent dans ces logements malgré la perte d'autonomie progressive (atteignant les niveaux de GIR 5 ou 6).

Ces établissements pour personnes âgées sont de petites unités de vie essentiellement composés de petits logements où résident des personnes seules, le plus souvent des femmes (Dormogen, Grunspan, 2002). Ils sont implantés à proximité des centres urbains, ou des pôles d'attraction composés de commerces et de services (banque, pharmacie, centre d'achat de

proximité, *etc.)* favorisant ainsi le maintien à domicile. D'autre part la possibilité de faire appel aux services sociaux et de soins à domicile permet aux personnes vieillissantes en perte d'autonomie de répondre à leurs besoins notamment lorsqu'elles sont dans l'attente d'un hébergement de soins de longue durée ou de place d'hébergement dans un établissement pour personnes âgées dépendantes.

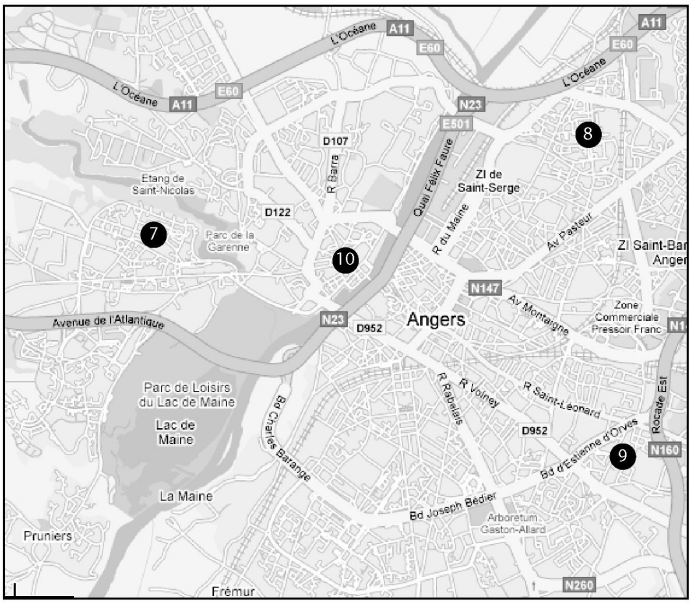
Les ressources privées pour personnes âgées, à but lucratif ou non, s'implantent de façon indépendante aux besoins de la population ce qui n'est pas sans poser problème aux départements qui gèrent la diffusion des équipements sur leur territoire. La principale caractéristique de ces services est la fragmentation liée à l'éclatement des organismes et la multiplicité des professions.

L'hébergement des personnes interrogées en France

La ville d'Angers compte huit résidences[35] accueillant près de 738 personnes âgées essentiellement autonomes. Parmi ces résidences deux sont médicalisées et en mesure d'accueillir les personnes âgées dépendantes (les résidences *César Geoffray* et *Gaston Birgé*). La résidence est une formule intermédiaire entre le domicile personnel et la maison de retraite, Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) : elle porte le nom de Logement foyer ou Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Autonomes (EHPAA). Dans la plupart des cas, il s'agit de logement indépendant bénéficiant des services proposés par la structure : restauration, animation, sécurité... les personnes sont en mesure de bénéficier des soins médicaux et paramédicaux dans les mêmes conditions que dans leur logement. L'offre d'hébergement angevine est supérieure à la moyenne avec 181 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus, contre 130 au niveau national. Le Centre communal d'action sociale (CCAS) gère 80% des logements pour personnes âgées autonomes dont les quatre résidences étudiées au cœur de la ville (Fig. 25).

[35] Une neuvième résidence : Robert Robin ouvrira en octobre 2008 avenue jean XXIII face au centre commercial. Construite par Angers habitat et géré par le CCAS. L'équipement accueillera des personnes âgées autonomes et des services gérontologiques. Cent deux logements individuels et indépendants ; Ils seront répartis dans quatre petites résidences de cinq étages accessibles par ascenseur. Au rez-de-chaussée une plate-forme de services : le CLIC (Agence conseil pour les personnes âgées), une salle de restauration, deux salles d'activités et une salle polyvalente dédiées aux animations ouvertes aux retraités du quartier. Ce chantier sera complété par l'aménagement d'espaces verts pour tout le quartier.

Figure 25. Localisation des résidences étudiées à Angers (Fr.)



7 Résidence *La Rose de Noël*

8 Résidence *La Corbeille d'argent*

9 Résidence *Les Justices*

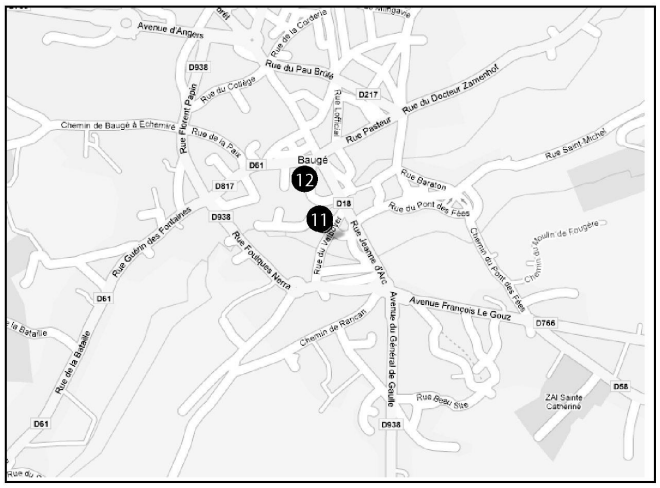
10 Résidence *Grégoire Bordillon*

Sources : municipalité d'Angers

La commune de Baugé, située au nord-est du Maine et Loire, compte un logement foyer : la résidence *Valboyer*, située dans le centre à proximité des services commerciaux et administratifs proposés. D'une capacité d'accueil de 73 logements permettent aux populations âgées de 60 ans ou plus de résider seul ou en couple au sein de cette structure. Nous avons également interrogé des personnes qui résident au sein de la maison de retraite *Anne de la Girouardière*.

Si le logement foyer est géré par la municipalité la maison de retraite, quant à elle, est gérée par une association. L'Association Anne de la Girouardière gère deux activités : la maison de retraite et une section pour handicapée mentale. La maison de Retraite prochainement EHPAD comprendra 60 lits pour personnes âgées et 30 lits pour personnes handicapées âgées. La section pour handicapés doit devenir Foyer Occupationnel de 30 lits et Foyer Accueil Médicalisé de 25 lits (Fig. 26).

Figure 26. Localisation des résidences étudiées à Baugé (Fr.)



11 Résidence *Valboyer*

12 Résidence *Anne de la Girouardière*

Sources : municipalité de Baugé,

2.2.3 Le domicile de la personne âgée : point d'ancrage de l'étude de leur mobilité quotidienne.

Dans chacun des cas, les personnes âgées résidant au sein de ces structures : résidences privées pour personnes âgées autonomes au Québec ou logement foyer en France, nous avons dans un premier temps contacté les responsables de ces structures. Ces derniers nous ont permis de vérifier que la résidence ou le logement foyer accueillait des personnes âgées de 75 ans et plus au seuil de la dépendance. Notons que les résidences et les logements foyers supposent que les personnes âgées soient autonomes. Cette notion est floue et n'est pas perçue de la même manière par tous les responsables, pour certains l'autonomie ou la légère perte d'autonomie signifie que les personnes âgées qui y résident n'ont pas besoin d'aide. Or pour d'autre l'autonomie est toute relative et les personnes ont fréquemment besoin d'aide et de soins. En se rendant sur place nous avons très vite compris que la situation des personnes âgées est hétérogène et que bon nombre d'entre elles ont des limitations fonctionnelles de modérées à graves. Dès lors, nous avons choisi d'être guidés dans le choix des personnes âgées à interviewer en demandant aux responsables de ces structures d'identifier les personnes âgées dont l'autonomie correspond au GIR 4 ou au SMAF 4.

En interrogeant les personnes âgées et les acteurs autour d'elles, il est devenu possible de comparer les pratiques sociales et spatiales des individus vieillissants en France et au Québec en milieu urbain, que les résidences soient localisées en centre ville ou en périphérie. C'est en questionnant les responsables de ces structures sur les espaces que les personnes âgées

fréquentent régulièrement, que nous avons observé l'environnement immédiat du domicile des personnes âgées et identifié les cheminements piétons et les destinations privilégiées. L'étude de cas nous a conduit à mettre en place des méthodes qualitatives dont l'observation, l'entrevue, le parcours accompagné.

3. Une approche qualitative qui s'impose au regard du sujet

Cette recherche s'appuie sur une approche qualitative qui consiste à saisir le point de vue des acteurs impliqués dans le champ du vieillissement du handicap dans le but de saisir la complexité des enjeux sociaux et spatiaux générés par le phénomène du vieillissement de la population. L'approche qualitative permet donc d'établir un portrait des différentes perceptions d'une même réalité dans un milieu particulier.

La combinaison des sources de données est liée au choix de confronter la diversité des discours tenus qu'ils soient écrits (institutionnels, presse, *etc.*) ou oraux (institutionnels, usagers et associations) afin de comprendre l'interaction entre les pratiques spatiales des individus en perte d'autonomie et les actions des politiques publiques. L'analyse permet ensuite de construire une démarche d'ensemble composée de l'observation, des discours et des parcours des personnes âgées d'une part, et les entretiens semi directifs auprès des élus, des associations, des acteurs privés et publics d'autre part.

L'observation par le chercheur confrontée aux discours des acteurs et usagers mais aussi aux pratiques des individus, fait donc figure de stratégie d'analyse et ne se résume par à une simple collection de données. Notre posture se situe donc à deux niveaux : le premier, celui de la compréhension des acteurs et des usagers, de l'interprétation des actions et des revendications des populations vieillissantes et/ou handicapées et des acteurs territoriaux dans le champ de l'accessibilité. Le second niveau est celui de la restitution des données collectées qui consiste à « faire dire » et « dire » la place accordée aux populations fragiles dans le cadre des démarches de mise en accessibilité, mais aussi les réalités perçues et interprétées par les acteurs institutionnels privés et publics.

3.1 Appréhender les déplacements quotidiens des personnes âgées

La méthode utilisée ici pour appréhender les déplacements quotidiens des personnes âgées autour de leur domicile se déroule en trois temps : l'observation de l'environnement du domicile, puis l'interview des personnes âgées quant aux motivations de leurs déplacements, et enfin le parcours accompagné. Ces étapes successives, appliquées à chaque personne rencontrée, nous ont permis d'identifier, de comprendre et de cerner les tactiques et les stratégies mises en œuvre par les personnes vieillissantes pour maintenir leur autonomie et leur participation sociale dans leur milieu de vie.

3.1.1 L'observation in situ

La recherche engagée repose en partie sur l'observation d'une « réalité urbaine du quotidien », elle permet une lecture de la ville telle qu'elle est pratiquée par les citadins. Les rues, les quartiers, les places se sont développées, leur morphologie a évoluée au fil du temps et modifiée l'usage et de ces espaces du quotidien. Aborder les pratiques urbaines des personnes âgées en perte d'autonomie par le biais de l'observation permet d'appréhender, d'approcher une autre réalité de l'espace urbain public : une approche sensible.

L'observation de l'environnement quotidien du domicile des personnes âgées est effectuée autour des résidences pour personnes âgées en France et au Québec (Logement foyers en France et résidences pour personnes autonomes et semi autonomes au Québec). Nous avons rencontré les responsables de ces structures, les commerçants situés à proximité de ces résidences afin de cerner les horaires et les parcours des personnes âgées qui y ont élu domicile. Nous leur avons posé la question suivante : *« Pourriez-vous m'indiquer les lieux fréquentés par les personnes âgées dans ce quartier, […], leur itinéraire, […] le moment de la journée où elles s'y rendent ? »*. Nous avons, à ce moment, pris connaissances de quelques lieux ou places de références.

En faisant le choix de l'observation comme méthode de recherche c'est le rôle et le statut du chercheur qui est interrogé à travers le regard qu'il porte sur l'environnement du domicile de la personne âgée et la manière dont sa présence est gérée sur le lieu d'observation. Au cours de la phase d'observation, le statut du chercheur est assimilé à celui d'observateur complet (Grawitz, 1990). Le chercheur est dans une situation où il observe sans avoir de contact direct avec les sujets de sa recherche. L'observation consiste à devenir le témoin des comportements des individus en milieu urbain sans en modifier le déroulement ordinaire. L'observation permet de saisir l'expérience des individus au quotidien, de repérer l'itinéraire emprunté par les personnes

âgées (Fig. 27).

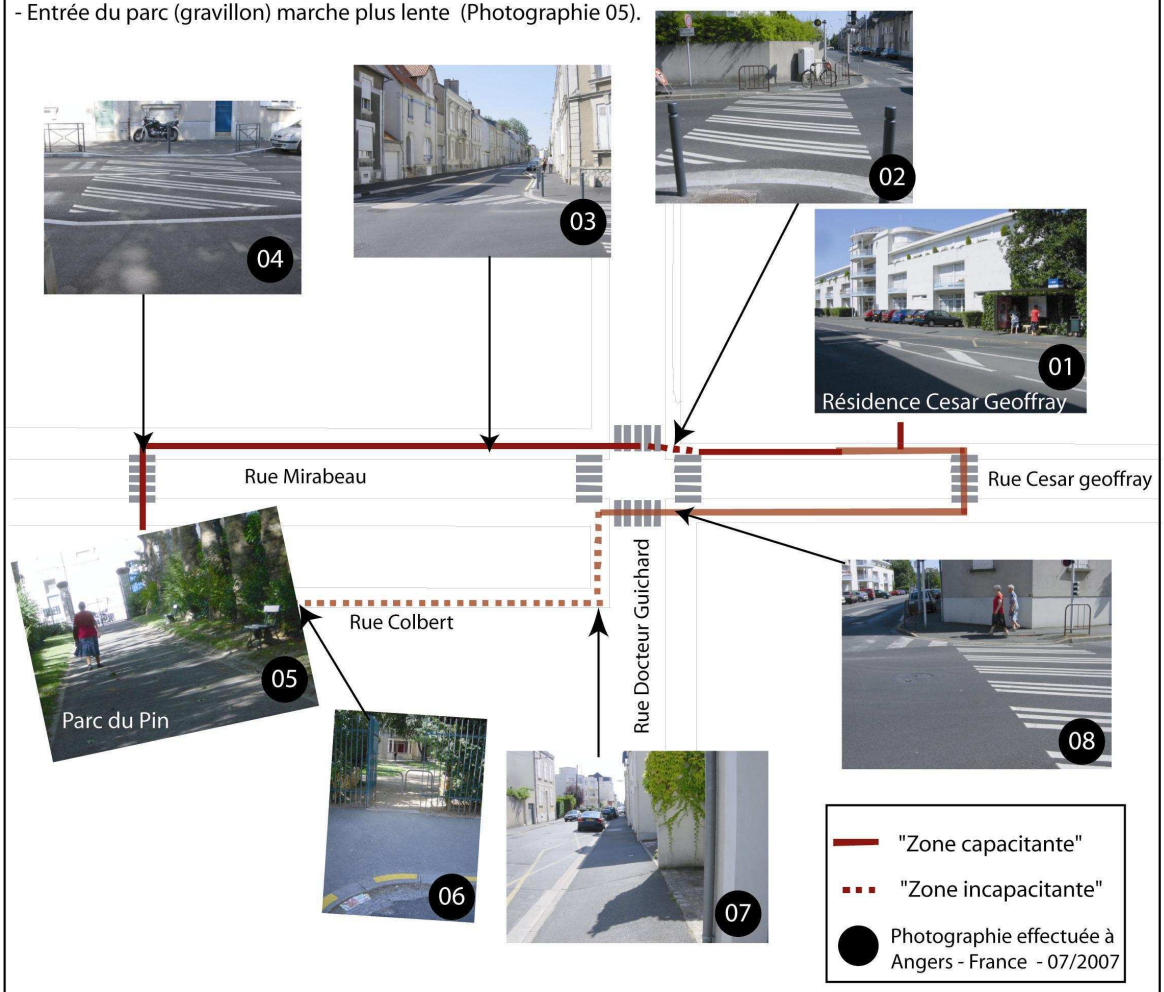
Figure 27. Extrait de l'observation in situ des cheminements des piétons âgés (Angers)

Extrait de l'observation autour de la résidence César Geoffray à Angers (retranscription du carnet de note)

Point de départ : Résidence César Geoffray
Distance approximative : 1 km (A/R)
horaire de sortie : 14h30- 17h (beau temps/T°moy)

Destination Parc du Pin
Itinéraire : Deux parcours possibles

- Sortie de la résidence est de plain pied, un arret de bus à proximité (150m) (Photographie 01)
- Cheminement facilité rue César geoffray : trottoir est large et plan, rythme lent et régulier.
- Ralentissement avant l'intersection, trottoir qui se rétrécit, présence de barrieres de sécurité (Velo attaché aux barrières réduit le passage)la personne à visiblement l'habitude de s'appuyer sur les barrières avant de traverser, elle marque un temps d'arret tres court ... Elle hesite et elle se déplace plus loin pour prendre appui sur la barrière libre (Photographie 02).
- Elle patiente plusieurs minutes même si la traversée est possible eslle attends... (reprend son souffle?)
- Cheminement rue Mirabeau très facile sol récent plan et large / rythme de marche régulier (Photographie 03)
- Traversée piétonne de plain pied, elle prend appui sur "plot" avant de traverser (Photographie 04)
- Entrée du parc (gravillon) marche plus lente (Photographie 05).



- Retour, rue Colbert :sortie du parc difficile voire dangereuse (nature du sol sable / gravier) inclinaison tres forte elle prend appui sur le portail qu'elle longe tout doucement (Photographie 06)
- rejoint une partie plane du trottoir, plus large, s'éloigne de la grille et marche au milieu de la rue Colbert (impasse)
- Cheminement rue Dr difficile, trottoirs inclinés, etroits marche lente , elle longe les murs (Photographie 07)
- Croisement avec rue Cesar geoffray , temps d'arret en appui sur la barrière de sécurité (Photographie 08)
- Un second temps d'arret plus long au niveau du feu tricolore (l'autorisation de traverser par l'indication du feu piéton vert apparait 2 fois) avant que la personne traverse et rejoignent la résidence.

Crédit Photos. B. Chaudet- Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2008

Dans le cadre de ce travail de terrain, l'observateur devient le témoin des gestes et des comportements des personnes âgées dans leur environnement quotidien. L'observation permet de suivre la progression du déplacement des personnes âgées depuis leur domicile. Au cours de ce déplacement, l'observateur note le trajet choisi par la personne, son rythme, ses pauses, les lieux fréquentés *etc.* Il repère et photographie les aménagements qui semblent facilitant ou invalidant lors du cheminement de la personne âgée. Les pratiques spatiales des personnes âgées sont alors définies comme une chaîne de déplacement où l'attention est portée sur la voirie, le mobilier urbain, la signalétique mais aussi sur son comportement au cours de ses déplacements. Avec l'appui du carnet de route et des photographies, des hypothèses sont formulées sur la manière dont l'aménagement intervient sur les cheminements quotidiens des personnes âgées.

Depuis la résidence choisie : point d'ancrage initial des observations où nous nous sommes rendus aux horaires conseillés, nous avons très souvent eu l'occasion de suivre une personne âgée depuis son domicile jusqu'aux lieux et places indiqués préalablement. Dans les cas où nous n'avons pas eu la chance de voir une personne âgée, nous avons suivi l'itinéraire décrit par les responsables de structure et les commerçants où nous avons aperçus et suivis des personnes âgées sans avoir une connaissance certaine de leur point de départ ni de leur destination. Néanmoins, ces observations alimentent notre corpus d'observations concernant les pratiques spatiales et le comportement des personnes âgées au sein de l'espace public urbain autour de son domicile. Précisons, s'il en est besoin, que l'observation est omniprésente au cours de la recherche. Associée à l'usage de la photographie, elle permet d'appréhender les comportements spatialisés des individus.

Le deuxième temps de notre démarche méthodologique consiste à compléter l'observation par le discours des personnes âgées de façon à confirmer ou non les situations quotidiennes de handicaps que les personnes âgées rencontrent.

3.1.2 Le discours des personnes âgées

Les données recueillies par l'expression orale des personnes âgées sur leurs pratiques spatiales quotidiennes permettent de mesurer les effets du milieu de vie sur les déplacements piétons des plus âgés et d'identifier les ajustements mis en œuvre. Pour cela, les personnes âgées sont invitées à raconter leur dernier déplacement, leur dernière sortie puis, à décrire l'itinéraire du parcours qu'elles effectuent régulièrement.

Les entretiens auprès des personnes âgées se sont déroulés entre mai 2005 et août 2007. Notre panel se compose de 33 personnes âgées de 75 ans et plus 18 personnes au Québec et 15 personnes en France. Elles sont toutes âgées de 75 ans et plus du fait de la prévalence des

incapacités qui apparaissent à cet âge. Elles connaissent toutes une déficience physique et/ou sensorielle et continuent à se déplacer hors de leur domicile régulièrement. Chaque personne interrogée a répondu aux trois thèmes proposés : perception de leur état de santé, choix du parcours, et leur parcours dans le système de soin suivant la grille établie durant 1h45 en moyenne (Fig. 28).

Figure 28. Grille d'entretien auprès des personnes âgées.

Identification		
N° d'entretien	N° de retranscription	Nom de l'interviewé
Date:	Lieu d'hébergement	Lieu d'interview
Données biographiques		
Age:	Sexe:	Autonome :
Résumé de l'entretien		
Thème 1: Perception de leur état de santé, de leurs situations de handicap → profil		
Thème 2: Choix du parcours		
Thème 3: Parcours dans le systeme de soin		
Commentaires		
Accueil	Réaction à l'introduction (avant l'enregistrement)	Réaction à la sortie (après l'enregistrement)
Description du climat général de la rencontre		
Description des émotions de la personne		
Les principaux éléments à retenir		
Questions et éléments à vérifier		

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, Janv. 2008

Les entrevues auprès des personnes âgées montrent que bon nombre d'entre elles répondent de façon indirecte aux questions posées. Elles font le plus souvent un détour par les évènements qui ont marqué leur vie personnelle, celles de leurs proches, *etc.* Parmi les entretiens réalisés, certains d'entre eux font plus référence à l'histoire personnelle de la personne qu'à sa mobilité quotidienne et n'ont donc pas été retenus. Pour d'autres entretiens, c'est la compréhension du discours ou sa cohérence qui est remise en question et qui ne permet pas de les conserver. Pour ces raisons, 23 récits de pratiques sont retenus pour notre étude (11 au Québec et 12 en France).

On peut également ajouter les difficultés de compréhension liées aux capacités verbales de la personne interrogée. Les récits recueillis en tant en France qu'au Québec suppose *« des processus d'intercompréhension et de la compétence communicationnelle de l'interrogé et des normes interactionnelles de sa culture »* (Mondada, 2000). Néanmoins, pour faciliter le discours et l'expression des personnes interrogées, les personnes ont choisi le lieu de rendez vous : pour la majorité d'entre elles il s'agit de leur domicile (10 cas au Québec, 8 en France) pour d'autres le choix s'est porté sur la salle commune de la résidence (4 cas au Québec, 2 en France) et plus

rarement dans les lieux publics où elles se rendent (2 cas l'un en France l'autre au Québec). Le corpus d'entretiens ainsi recueillis prend la forme d'entretiens semi directifs qui se déroulent au rythme d'une conversation. Cette démarche vient compléter la collecte de données photographique issue de l'observation, auxquels nous associons l'entretien semi directif et le parcours accompagné et commenté par les personnes âgées.

3.1.3 Le parcours accompagné

Terme polysémique, le parcours est défini tantôt comme un chemin, un circuit, un itinéraire, un trajet. La distinction entre ces termes pourrait être la suivante : le chemin consiste en un déplacement où le point de départ et le point d'arrivée ne sont pas connu, suivant l'ambiance du milieu dans lequel l'individu chemine, la marche du piéton est qualifiée de déambulation (Thomas, 2005). Le circuit quant à lui fait référence à un déplacement « boucler » où le point d'ancrage initial et final du déplacement est le même alors que l'itinéraire est entendu comme un chemin à suivre d'un lieu à un autre (Brunet, 2005). Enfin, un trajet définit un espace à traverser, il induit un de déplacement et une description du chemin parcouru selon les conditions. Le parcours est donc compris comme un déplacement dans l'espace et dans le temps, il a de multiples facettes entre son point de départ et son point d'arrivée.

Aussi prendre en compte la mobilité quotidienne des personnes âgées au seuil de la dépendance consiste à tenir compte de la relation entre l'homme âgé et son espace de vie au quotidien afin de saisir le sens accordé à l'espace qui les entoure, ce qui favorise leur mobilité et inversement ce qui la freine. Le discours au fil du parcours permet à la personne âgée d'exprimer sa perception des lieux, ce qu'il voit, ce qu'il entend, ce qu'il ressent. L'approche que nous avons choisi de mettre en place se veut systémique et donc aspire à laisser autant de place aux mouvements et aux itinéraires choisis par les personnes âgées qu'aux discours des personnes âgées concernant les obstacles et les facilités du déplacement.

L'objectif du parcours accompagné est de comprendre l'itinéraire choisi par les personnes âgées. Dans ce cas, le statut du chercheur est celui de l'observateur qui participe. A ce titre l'observateur rend public son rôle de chercheur, il est identifié comme tel et propose aux personnes âgées, qu'il a préalablement interviewées, de les accompagner sur un trajet qu'elles effectuent régulièrement. Onze personnes ont accepté d'être accompagnées (6 personnes aux Québec et 5 en France). Les données recueillies sont comparées aux observations préalables et aux discours tenus par la personne âgée.

La confrontation des observations, du discours et des pratiques des personnes âgées en perte d'autonomie a conduit à évaluer l'accessibilité des parcours effectués régulièrement et à les

modéliser. Le modèle permet de lire et comprendre la qualité de l'espace urbain telle qu'elle est observée, perçue et vécue par les personnes âgées. Ce modèle participe également à la comparaison des espaces publics urbains environnant le domicile des personnes âgées en France et au Québec. Enfin, ce modèle vise à prendre en compte le discours, l'expression et la pratique des personnes âgées en perte d'autonomie dans une démarche de mise en accessibilité du territoire afin de construire un outil de décision pour les acteurs de l'aménagement du territoire.

Ce modèle et les résultats de nos investigations auprès des personnes âgées en perte d'autonomie apparaissent dans la troisième partie. En effet cette partie se concentre sur le regard des personnes âgées sur l'accessibilité et plus particulièrement sur leur mobilité quotidienne autour de leur domicile. Nous y appréhendons leurs représentations et leurs perceptions de l'espace urbain proche de leur domicile *via* les outils présentés ci-dessus

3.2 Regards d'acteurs sur l'accessibilité : une approche transversale

L'étude menée auprès des personnes âgées est complétée par une enquête par entretiens auprès des acteurs locaux institutionnels, associatifs et spécialistes reconnus du handicap et du vieillissement dans le domaine de la santé et des services sociaux et de l'aménagement du territoire. Ces entretiens permettent de dresser un portrait de l'évolution des politiques publiques d'accessibilité en direction des personnes âgées sur les territoires français et québécois et leur application à l'échelle locale à travers l'exemple de quelques collectivités locales en France et au Québec.

3.2.1 Des entretiens exploratoires pour cibler les enjeux socio-spatiaux

Dans un premier temps, le regard porté par les acteurs sur le vieillissement de la population et les situations de handicap qu'elles rencontrent est mis en lumière par le biais des entretiens exploratoires. Ils permettent d'appréhender et de saisir les enjeux générés par ces phénomènes sociaux sur les territoires français et québécois. Le choix de la population à interroger est issue de leur position institutionnelle et donc leur capacité à analyser les enjeux associés au vieillissement de la population et les handicaps qu'il génère (Tableau 7).

Tableau 7. Entretiens exploratoires menés en France et au Québec

En France		Au Québec	
Secrétariat aux personnes âgées	E.E.F.1.	Secrétariat des âinés	E.E.Q.1.
Association des paralysés de France (APF)	E.E.F.2.	Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)	E.E.Q.2.
Centre locaux d'informations et de coordination (CLIC)	E.E.F.3.	Centre locaux de services communautaires (CLSC)	E.E.Q.3.
Association d'aide à domicile	E.E.F.4	Organisme communautaire	E.E.Q.4.
Résidences pour personnes âgées	E.E.F.5.	Résidences pour personnes âgées	E.E.Q.5.
Délégation ministérielle à l'accessibilité	E.E.F.6	Société logique	E.E.Q.6.
Centre d'etude et de recherche des transports urbains	E.E.F.7	Institut national recherche et société (INRS)	E.E.Q.7.
Architecte - spécialisé Accessibilité	E.E.F.8	Laboratoire de recherches sur les pratiques et les politiques sociale economie sociale, santé et bien être	E.E.Q.8.

NB : E.E.F.1. Entretien Exploratoire en France n°1 E.E.Q.1 Entretien exploratoire Qubec n°1
Liste principale (liste exhaustive des entretiens réalisés en annexe)

Le mode d'accès aux interviewés s'est effectué de façon directe en France et de façon indirecte au Québec. En effet, si les acteurs locaux et nationaux en France ont été rapidement identifiés et ciblés par leur fonction et leur position institutionnelle, l'approche des contacts spécifiques au Québec a été possible par l'intermédiaire d'une tierce personne impliquée dans le champ de la santé et du handicap[36]. De cette façon les chances d'acceptation de rencontre ont été facilitées et ont permis de saisir les enjeux sociaux et spatiaux associés au vieillissement de la population et aux situations de handicap soulevée par les acteurs nationaux, régionaux et locaux en charge de ce sujet.

La conduite de l'entretien auprès des acteurs institutionnels connaît ses propres limites en particulier celle de l'interlocuteur, professionnels de la communication, qui masque ou ne révèle qu'une partie des informations reflétant une certaine réalité à son interlocuteur. Dans ce cas, c'est à la fois la contextualisation de l'entretien (conditions de l'entretien, destinataires, situation du discours) et sa confrontation aux discours d'autres acteurs qui permettent d'éclairer les thèmes abordés.

[36] Lors du séjour exploratoire au Québec en mars 2004, Mathieu Philibert chargé de recherche à l'INSPQ a largement contribué et facilité les contacts et l'identification des acteurs les plus pertinents au regard du sujet en cours.

La réalisation de ces entretiens exploratoires nous a permis de recentrer un certain nombre de questions et de cibler le contenu attendu des futurs entretiens. Quatre questions d'ordre général ont permis de laisser libre cours au discours de la personne interrogée. A la première question *« Quels liens faites vous entre handicap et vieillissement ? »*, les réponses apportées ont été les suivantes :

> *« Alors que les handicaps augmentent exponentiellement avec l'âge, les besoins en transports adaptés sont loin d'être satisfaits : le métro de Montréal est 100% inaccessible en fauteuil roulant […] il s'agit d'un des derniers métros au monde qui ne possède aucun ascenseur »*
>
> *Yves Bussière, INRS, Québec, mars 2004*

> *« Les politiques publiques et les pratiques sociales actuelles étant fondées sur la disponibilité des aidants et de leur intention de prendre soin des membres âgés de leur famille, […] le principal modèle […] est celui d'une responsabilité partagée entre la famille et les services à domicile. […] ».* *Nancy Guberman, UQAM, mars 2004*

> *« Dans un contexte où l'espérance de vie est élevée et où le nombre de personnes âgées s'accroît rapidement, l'articulation entre les services d'aides formelle et informelle représente un nouvel enjeu social. »* *Danielle Maltais, UQAC, mars 2004*

> *« Devant cet accroissement du nombre d'années à vivre, c'est le maintien de la qualité de vie qui devient l'enjeu. Les inquiétudes tant pour les sociétés que pour les individus, tournent autour des problèmes de santé et surtout d'incapacités et de dépendance encore souvent associées au vieillissement. Les débats sur les impacts du vieillissement de la population prennent fréquemment une allure alarmiste, voire catastrophiste. Depuis quelques années toutefois, une compréhension plus nuancée des enjeux liés au vieillissement émerge. »*
>
> *J-C. Henrard, INSERM, mars 2004*

Si la convergence des besoins entre les personnes âgées et les personnes handicapées est reconnue par les acteurs interrogés. Ils reconnaissent le cloisonnement entre les secteurs sanitaires, sociaux etc., entraîne des difficultés pour répondre aux attentes de cette frange croissante de la population. Les enjeux associés au vieillissement de la population et les situations de handicap qu'il génère sont confirmés lors des rencontres suivantes.

Parmi les multiples enjeux évoqués, le premier relève **du principe d'égalité des citoyens** qui laisse supposer que les lieux et services soient accessibles à tous. D'autres évoqueront **l'intégration sociale et la lutte contre l'exclusion**. D'autres encore insisteront sur **le confort et la qualité d'usage, la sécurité** de tous au sein des espaces publics *via* la question de l'aménagement du territoire.

« En tant qu'élue [de la ville de Montréal], responsable de cette démarche [de mise en accessibilité], je veux qu'on sache qu'on tient compte de l'ensemble de la population, que ce soit les personnes âgées ou les personnes qui ont une déficience physique intellectuelle ou autre, alors je pousse le dossier et je veux voir des résultats. » EEQ.2

« […] La qualité d'usage est un enjeu important parce que nous entrons dans une nouvelle génération d'aménagement. En reconnaissant la situation de handicap (par la loi du 11 février 2005) c'est déjà une avancée mais de là à les intégrer c'est autre chose. […] le cadre bâti actuel doit tenir compte de la législation mais ça ne suffit pas, il faut s'engager dans une démarche qui prend en compte les potentialités de chacun, on est à l'aube d'une révolution culturelle nécessaire ». EEF 8

L'enjeu le plus fréquemment cité, est celui qui fait références aux **enjeux économiques** du fait de l'accroissement en nombre des personnes âgées, des services de santé qu'elles requiert, du poids qu'elle suppose en terme de financement des retraites, mais aussi en matière de services à adapté comme les services de transports. (Rappelons que le volet économique s'il n'est pas traité au cours de cette étude est inévitablement présent dans les processus de mise en accessibilité, de maintien de l'autonomie des personnes âgées)

« Les politiques favorisant l'autonomie et la mobilité devront toucher non seulement le transport régulier et adapté, mais aussi l'aménagement des logements et des lieux publics. Il est vraiment urgent de rendre les villes plus accessibles. Devant l'ampleur des changements démographiques et les besoins de soutien aux personnes âgées, le Québec doit favoriser le maintien à domicile et l'accessibilité universelle aux services. ». EEQ 4

« Dans cette ère des contraintes budgétaires et de vieillissement de la population, la société québécoise, comme la majorité des sociétés occidentales industrialisées est confrontée à revoir sa vision du rôle de l'État. […] Depuis une quinzaine d'année, le système de santé et de services sociaux s'est donné pour objectif le maintien à domicile des personnes âgées. […] Il y a de la place pour que coexiste un éventail de possibilités entre OSBL, le privé à but lucratif et le public. La société doit éviter de définir des parcours linéaires pour les personnes âgées en perte d'autonomie […] pour favoriser la diversité des formules d'hébergement ». EEQ 8

«Il est impossible d'évoquer les handicaps du vieillissement de la population sans tenir compte des enjeux financiers qui y sont associés. Les transformations sanitaires et sociales que subissent la France et le Québec pour faire face aux besoins croissants de la population sont initiées pour limiter les coûts d'hospitalisation, limités les frais engendrés par les soins de longues durée. (…)Aussi lorsqu'on évoque la question de l'accessibilité et de l'aménagement du territoire, la première question des élus est de savoir quelles enveloppes budgétaires leurs seront attribuées - » EEF 8

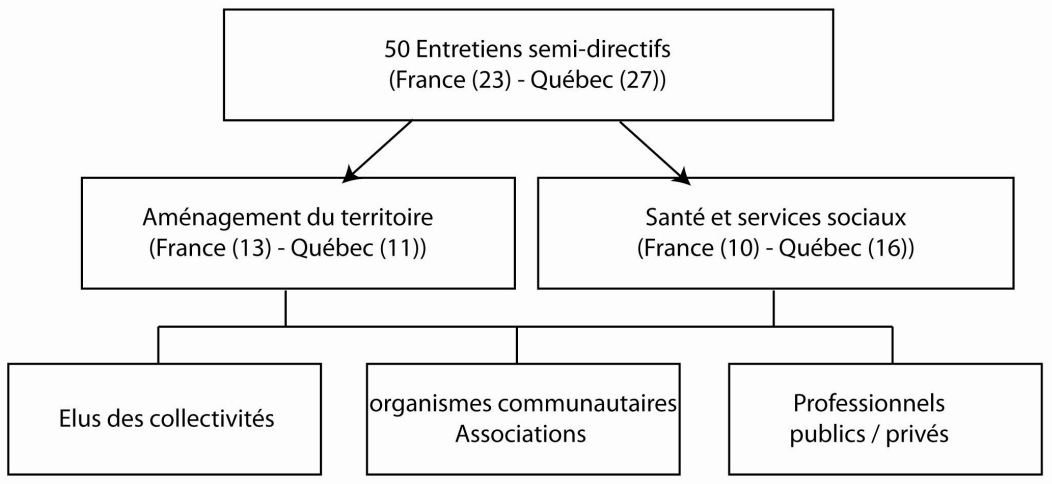
Tous les entretiens exploratoires menés, mettent en évidence le **besoin de coordination et de cohérence des différents domaines impliqués** dans le champ de l'accessibilité. Cette prise de conscience collective met en exergue le poids du vieillissement de la population à l'échelle des collectivités ciblées en France et au Québec et la volonté des politiques de se réunir autour de ces questions.

Notre objectif est d'expliquer la cohérence de deux systèmes organisationnels distincts l'un en France, l'autre au Québec et sa capacité à se maintenir et à s'adapter aux défis que pose le vieillissement de la population et les situations de handicap qu'il génère. Pour cela, nous avons interviewé les acteurs locaux de trois champs d'actions ceux de la santé, du social, de l'aménagement du territoire.

3.2.2 Des entretiens semi directifs pluridisciplinaires

Les entretiens semi directifs consistent à interroger des acteurs du champ sanitaire et social, les élus locaux en charge de l'aménagement du territoire et les représentants d'associations ou d'organismes communautaires en France et au Québec. Le premier groupe d'acteurs interrogés couvre le champ de l'aménagement du territoire et celui de l'accessibilité et le second groupe couvre le champ de la santé et des services sociaux afin de cerner le point de vue des élus des professionnels, des associations. En ciblant ces deux groupes d'acteurs, nous interrogeons les effets des découpages territoriaux : sont-ils communs, sont-ils distincts, se rejoignent-ils ? Aussi, nous aspirons à mettre en perspective les passerelles indispensables à la coordination et la continuité des actions menées dans les domaines de l'aménagement du territoire, de la santé et du social. La figure ci-dessous présente une synthèse des entretiens réalisés au cours de cette étude (Fig. 29).

Figure 29. Discours d'acteurs recueillis en France et au Québec.



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, Janv. 2008

La collecte de données issue des entretiens semi directif s'est déroulée entre mai 2004 et juillet 2007 en France et au Québec auprès d'une cinquantaine de personnes aux statuts divers : responsables institutionnels, associatifs … (Fig. 30).

Figure 30. Grille d'entretien des acteurs interrogés en France et au Québec.

Nom -Prénom ..... **N° interview** .....

Fonction ..... **Date** .....

Lieu du RDV ..... **H début/ fin** .....

Parcours professionnel .....

.....

.....

Thème 1. Pouvez-vous me parler du vieillissement de la ppopulation, de ses enjeux ?

Comment interprétez-vous ce changement démographique ?
Quelles sont les conséquences du vieillissement de la population sur le territoire ?
Quels sont les acteurs concernés et leurs activités respectives ?
Quelles sont les actions ménées dans ce contexte démographique et qui ne l'auraient vraisemblablement pas été dans un autre contexte ?

Thème 2. Quelles sont les actions menées sur le territoire dans les champs du vieillissement et du handicap ?

Quels liens faites vous entre les notions de vieillissement et de handicap ?
Quelles sont, selon vous, les situations du handicap pour les personnes âgées ?
Quelles sont les priorités de l'action publique, les objectifs poursuivis ?
Quelles sont les innovations locales mises en oeuvre ?

Thème 3. Comment décririez-vous l'organisation des services sanitaires et sociaux sur le territoire pour les personnes âgées en perte d'autonomie ?

Comment sont répartis les services sanitaires et sociaux sur le territoire ?
Quels sont les effets de la réorganisation des services sanitaires et sociaux ?
Pensez-vous que la continuité et l'accès aux services de soins et sociaux soit modifiée ?
Comment s'effectue la mise en réseau des acteurs ?
Quel est selon vous le parcours de soins des personnes âgées ?

Thème 4. Quelle est le poids de l'accessibilité dans la réflexion territoriale ?

Selon vous, en quoi consiste l'accessibilité?
Quelles sont les attentes et les besoins des personnes à mobilité réduite ?
Quels sont les acteurs concernés par cette question ?
Quels sont les projets récemments menés, en cours et à venir dans ce domaine ?

Comment envisagez-vous l'intégration des cette frange croissante de la population ?

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, oct. 2005

Afin de favoriser l'expression du point de vue de l'interlocuteur et de faciliter son expression : les premières questions visent à mieux connaître l'interviewé, sa formation, son

expérience, son cheminement professionnel *etc.* Ces questions favorisent le discours, elles sont essentielles pour recueillir les données contextuelles.

Les questions de niveau 1 (en gras) sont des questions très larges et descriptives, de telle sorte que la personne interrogée puisse répondre de façon générale et évoque la thématique abordée selon ses propres termes. Ainsi, la réponse à une question générale couvre plusieurs questions spécifiques de rang 2 qui sont soumises à l'interlocuteur pour préciser son propos ou l'inviter à répondre aux questions qui n'ont pas été abordées.

L'objectif de ces entretiens semi directifs est d'identifier les processus de mises de mises en accessibilité dans le champ de l'aménagement du territoire : Quels sont les acteurs impliqués ? Quel est leur rôle ? Quelles sont les échelles d'actions privilégiées ? Les réponses à ces questions apparaissent au cours du chapitre 5. Il semble que les politiques publiques menées en France et au Québec soient mobilisées pour améliorer l'accessibilité physique des lieux et donc de l'espace public. Au-delà de l'accessibilité des lieux favorisant la mobilité du plus grand nombre dont les personnes âgées en perte d'autonomie, c'est aussi l'accès aux services de soins qui interpelle les politiques publiques notamment dans un contexte démographique marqué par le vieillissement de la population. Le chapitre 4 à travers les études de cas et les entretiens réalisés présente les résultats des entretiens. Quel que soit le domaine – santé services sociaux ou aménagement du territoire, l'accessibilité est un défi majeur à relever pour les politiques publiques. Les conclusions et les analyses d'entretiens apparaissent au cours de la seconde partie.

Conclusion

Tout d'abord, l'analyse des données recueillies par les enquêtes HID et EQLA confirme que la prévalence des incapacités est associée à l'avancée en âge, notamment pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Afin de préciser le panel de la population étudiée, nous nous sommes appuyés sur les grilles d'évaluation de l'autonomie des personnes âgées : la grille AGGIR en France et le SMAF au Québec. Les personnes âgées au seuil de la dépendance sont associées au niveau 4 de ces deux grilles d'évaluation. Dès lors, la population ciblée est une population composée des personnes âgées de 75 ans et plus, dont le niveau d'autonomie est évalué à 4 (GIR 4 et SMAF 4)

Ensuite, ce chapitre présente la démarche suivie au cours de cette étude. La compréhension des situations de handicaps liées au vieillissement s'engage par le biais d'une étude qualitative

fondée sur cinq études de cas (Angers et Baugé en France et Rouyn-Noranda, Sherbrooke et Montréal au Québec). Le recours à l'étude de cas nous permet de conduire une étude à l'échelle micro locale, nous avons alors choisi d'étudier la mobilité quotidienne des personnes âgées autour de leur domicile. La méthode utilisée repose sur l'observation de l'environnement du domicile des personnes âgées, le discours présentant leurs déplacements réguliers et le parcours accompagné des aînés autour de leur domicile. Nous avons choisi de prendre en compte les regards des personnes âgées d'une part et des acteurs locaux d'autre part afin de confronter leurs représentations et leurs perceptions des conditions du maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Enfin, l'objet de ce chapitre consistait à définir les enjeux sociaux et spatiaux. Parmi les enjeux que nous avons retenus, citons par exemple ceux associés au principe d'égalité des citoyens, à l'intégration sociale et la lutte contre l'exclusion, au confort et à la qualité d'usage, à la continuité des services, à la territorialisation des actions gérontologique et du handicap, ou encore le besoin de coordination et de cohérence entre les domaines du handicap et du vieillissement.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE.

En abordant les concepts de handicap, du vieillissement, et celui de l'accessibilité, nous avons mis en place, au cours de cette première partie les cadres conceptuels sur lesquels nous nous appuyons pour réaliser notre recherche.

Retenons que les situations de handicaps ou à l'inverse la participation sociale sont le résultat d'une interaction entre les facteurs contextuels et les facteurs environnementaux (Fougeyrollas, 1998). L'interaction de ces facteurs est susceptible de créer un espace de vie facilitant dans la mesure où les aides matérielles ou humaines permettent aux individus de participer à la vie sociale. Inversement, ces espaces de vie deviennent invalidants dès qu'ils sont dépourvus de compensations humaines et/ou physiques, et placent les individus en situation de handicap. Ce sont les situations de handicaps rencontrées par les personnes vieillissantes que nous traitons au cours de cette étude à travers l'expression de l'accessibilité.

Le concept d'accessibilité, terme polysémique, est introduit dans les politiques d'aménagement du territoire et les politiques sanitaires et sociales. Il s'avère déterminant pour l'analyse des pratiques spatiales des personnes âgées en perte d'autonomie. Pour cela, nous avons mis en place une approche à la fois qualitative et exploratoire s'appuyant sur des études de cas localisées dans l'ouest français et au Québec.

Plus qu'une approche monographique, c'est ici une approche plurielle que nous avons préconisée en comparant les actions menées par les pouvoirs publics de part et d'autre de l'Atlantique pour faire face un phénomène commun : le vieillissement de la population. La combinaison des thématiques, handicap et vieillissement de la population, vise à une meilleure compréhension des actions menées par les pouvoirs publics en direction des populations vulnérables et du maintien de l'autonomie des personnes âgées. La deuxième partie est justement consacrée à la territorialisation des actions menées par les pouvoirs publics et aux processus de mises en accessibilité en œuvre en France et au Québec.

DEUXIEME PARTIE.

PROCESSUS DE MISE EN ACCESSIBILITE

ET TERRITORIALISATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

INTRODUCTION DE LA DEUXIEME PARTIE

L'objet de cette seconde partie est de mettre en exergue l'évolution des politiques publiques impliquées dans le domaine de l'accessibilité et plus particulièrement les champs du handicap et du vieillissement en France et au Québec. Comme cités préalablement, les enjeux associés au vieillissement de la population consistent à proposer une réponse la plus ajustée aux besoins des personnes âgées en quête d'autonomie et leurs proches. Dans un contexte de soutien à domicile et de maintien de l'autonomie fonctionnelle, les difficultés rencontrées par les personnes âgées renouvellent la question de l'accessibilité aux services, aux lieux et aux informations. Implicitement, c'est la question de la qualité de vie qui est posée à travers l'aménagement de l'espace public ou la restructuration des systèmes de santé. Qu'il s'agissent de l'aménagement du territoire ou des services de santé et des services sociaux, les maîtres mots des politiques gouvernementales en France comme au Québec sont : territorialisation, coordination et continuité.

Le maintien à domicile des populations fragiles suppose d'assurer la cohérence des actions dans le domaine sanitaire et social, mais aussi des secteurs tels que les transports, l'urbanisme, *etc*. Pour cela, il faut aussi favoriser l'intervention et la parole des acteurs publics (municipalité, gestionnaire des organismes publics), privés (résidences) ou bénévoles (associations, organismes communautaires) et de la société civile impliqués dans le soin ou le service aux personnes âgées. Cette seconde partie consiste donc à explorer les modalités de la territorialisation, de la coordination et de la continuité des services pour réduire les fragmentations entre les services de santé et des services sociaux d'une part, et de l'aménagement du territoire d'autre part.

Nous nous intéressons aux modes de construction d'une démarche globale de mise en accessibilité par les collectivités territoriales. Ce sont les rôles des acteurs qu'il nous importe ici de décrypter et d'analyser depuis l'échelon national jusqu'au niveau local. Des démarches innovantes ont vu le jour à l'échelle locale portant sur l'accessibilité à la fois dans les domaines de l'aménagement du territoire et des services de soins et services sociaux sur le territoire afin d'assurer une meilleure prise en charge globale des personnes âgées et/ou des personnes handicapées. L'émergence de ces initiatives locales interroge leur adaptabilité à l'ensemble du

territoire : Comment mutualiser et capitaliser les connaissances du terrain et les expériences menées de façon à les ajuster aux spécificités des populations résidant sur des territoires aux caractéristiques socio spatiales différentes ?

CHAPITRE 4.

COORDINATION DE L'ACTION GERONTOLOGIQUE ET CULTURE DE RESEAU : SUPPORT D'UNE REPONSE DE PROXIMITE ?

Introduction

L'organisation des services de santé et des services sociaux en France et au Québec fait état d'une hiérarchisation des services sur le territoire : les services courants (médecins, pharmacie, etc.) étant localisés au plus près de la population, et les services spécialisés situés au niveau régional voire national. Le parcours des personnes âgées dans le système de santé et des services sociaux relève de l'offre existante en terme de structures et d'équipements, et ne peut être structurés (au sens institutionnel du terme) que s'il y a présence d'un réseau identifié de professionnels reposant sur l'organisation de la prise en charge de la personne.

Nous interrogeons ici les expérimentations françaises dans le domaine de la coordination gérontologique et de la mise en réseau des acteurs dans le champ de la santé et des services sociaux. Depuis les lois de décentralisation française de 1982 et 1983, la loi du 13 juillet 2004 confirme la place des départements au cœur des politiques vieillesse et du handicap. Celles-ci ont entraîné la construction de multiples dispositifs locaux tels que les Centres Locaux d'Informations et de Coordination (CLIC), afin de prendre en compte l'ensemble des demandes de la population vieillissante.

Par effet de miroir, l'expérimentation locale, au Québec notamment, met en lumière l'émergence de Réseaux Locaux de Services (RLS) et l'apparition des gestionnaires de cas. Ce sont des initiatives aujourd'hui transmises et appliquées à l'ensemble de la province du Québec. Leur mise en place répond aux besoins de coordination de l'action des services de santé et des services sociaux auprès des personnes fragiles dont les personnes âgées et les personnes handicapées.

1. La territorialisation pour une meilleure coordination de l'action en direction des personnes en perte d'autonomie en France

En France, avec le rapport Laroque (1962), la notion de coordination apparaît en gérontologie. Elle vise à mettre en place les moyens et les services qui répondent aux besoins de la population âgée sur le territoire. L'action gérontologique est confiée aux institutions départementales en charge de l'action sanitaire et sociale, depuis la loi de décentralisation. Le Conseil général est le garant de la politique gérontologique et du handicap. Il est en charge de programmer l'action en direction des personnes âgées et des personnes handicapées par le biais des schémas départementaux d'actions sociales. Établis pour une durée de cinq ans, ils évaluent la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population d'une part ; et d'autre part ils dressent un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante sur le territoire, et permettent de fixer les objectifs de création, de transformation et de suppression d'établissements et de services. Le département se présente alors comme *« l'échelon territorial au plus près des besoins de la population âgée»* (Briet Jamet, 2004). Il s'agit alors d'articuler les actions menées dans les champs du vieillissement et du handicap, ce qui suppose la coordination et la mise en réseau de l'ensemble des acteurs présents sur le territoire. Or, entre la volonté politique et les actions menées sur le terrain, la marche à franchir est grande : nous porterons notre attention sur l'élaboration du diagnostic au niveau du département et sur la mise en place d'un maillage territorial infra départemental.

1.1. Le département, une réponse territorialisée de proximité ?

Dans le cas du département du Maine et Loire, le schéma départemental du handicap initialement pensé pour les enfants, s'est élargi en 2004 aux adultes handicapés. Avec l'accroissement en nombre des personnes handicapées vieillissantes et de leurs besoins en terme de services sanitaires et sociaux, la question relative aux handicaps liés au vieillissement est posée lors de l'élaboration du schéma du handicap et lors du renouvellement du schéma gérontologique. C'est l'une des raisons qui a conduit le département à s'engager vers la production d'un schéma départemental commun aux populations vulnérables (personnes âgées et personnes handicapées).

1.1.1 Le diagnostic du handicap : un exercice délicat

En 1994, le Conseil général du Maine et Loire validait le premier schéma départemental en direction des enfants handicapés. En septembre 2003, une nouvelle réflexion est engagée pour inclure les adultes handicapés dans ce schéma. A l'issue de rencontres regroupant les partenaires œuvrant dans le champ du handicap, le schéma départemental en faveur des enfants et des adultes en situation de handicap est adoptée en 2004 par le Conseil général pour la période 2005-2009. Se pose alors la question des personnes handicapées qui débutent un processus de vieillissement sont-elles intégrées au schéma du handicap, au schéma gérontologique ou les deux ?

Le régime démographique des personnes handicapées tend à se rapprocher de celui de la population générale mais l'apparition de maladies chroniques associées à l'âge et au handicap[37] augmente la vulnérabilité de cette population. Rappelons qu' « *Une personne handicapée vieillissante est une personne qui a entamé ou connu sa situation de handicap (quelle qu'en soit la nature ou la cause) avant de connaître les effets d'un vieillissement. La situation de handicap a donc précédé le vieillissement.»* (Azema, Martinez, 2003).

Précisons que les données statistiques dans ce domaine sont mal connues, en particulier la question des personnes handicapées vieillissantes à domicile. Au niveau national, seule l'enquête HID permet d'éclairer ce phénomène en France et estime le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus déclarant au moins une incapacité à 812 600 personnes à domicile[38] et 483 800 en institution[39] (dont 551 700 personnes âgées de 75 ans et plus à domicile et 398 400 en institution). Ainsi, les personnes handicapées vieillissantes résident plus fréquemment en milieu de vie ordinaire qu'en institution malgré l'accroissement des incapacités et des maladies chroniques auxquelles elles doivent faire face. L'enquête HID, menée auprès des personnes ayant des incapacités à domicile et en institution met en évidence l'ambiguïté entre l'incapacité reconnue par la personne et la reconnaissance administrative du handicap (par l'attribution d'une pension spécifique, d'une allocation, d'une carte d'invalidité…). Parmi les personnes ayant des incapacités à réaliser seules les activités de la vie quotidienne, certaines ne sont pas

---

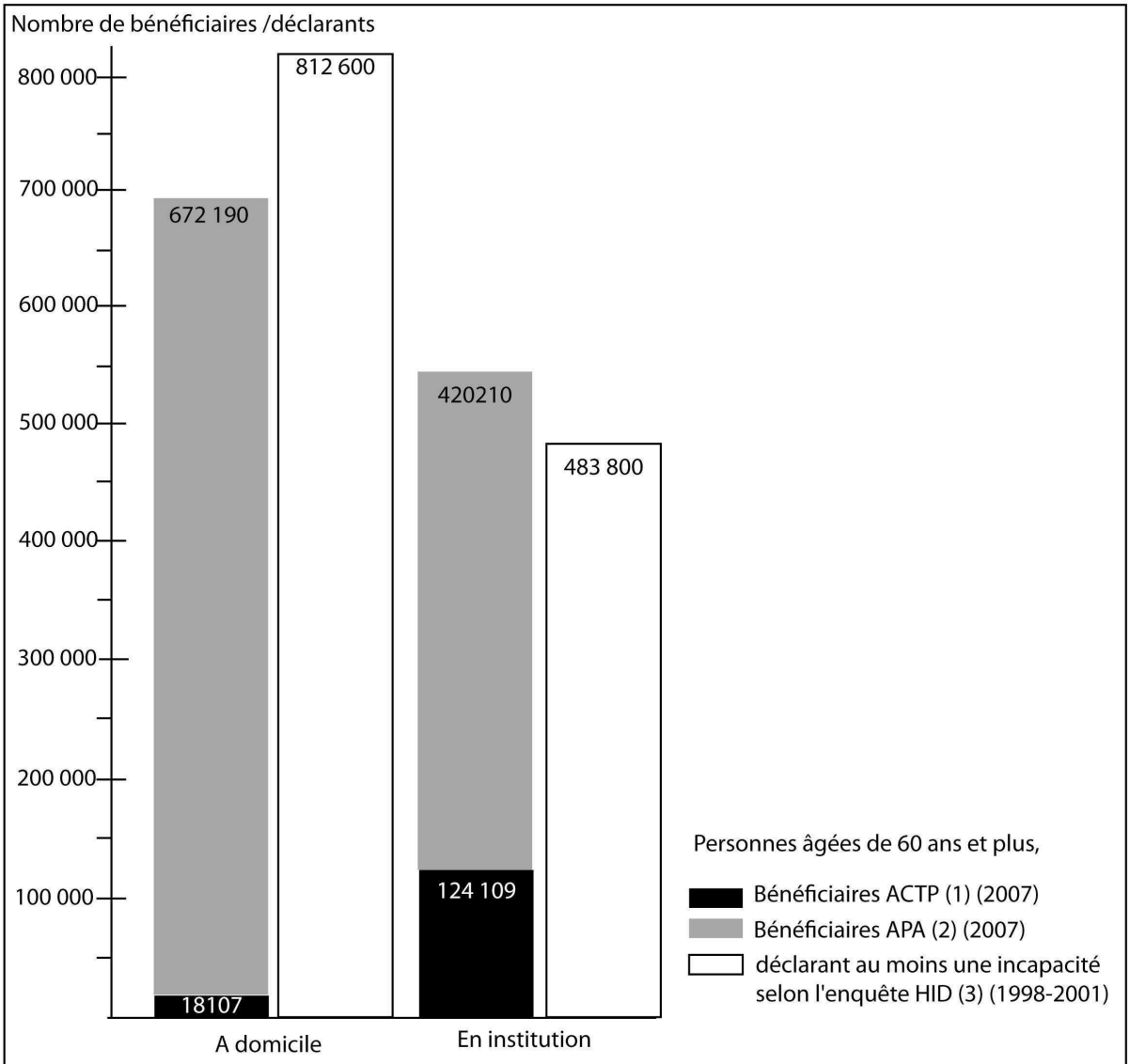
[37] Rappelons que nous abordons ici la question du vieillissement des personnes handicapées uniquement dans le but de vérifier si le handicap survenant avec l'âge requiert les mêmes interventions de la part des pouvoirs publics.

[38] Enquête HID. (Données fournies par Ph. Raynaud - DREES). Personnes vivant en domicile ordinaire qui ne peuvent réaliser sans aide au moins un des neuf actes essentiels repérés dans six domaines de la vie quotidienne.

[39] Enquête HID en institutions. Adultes en foyers ou centres de rééducation et MAS, en EHPA (maisons de retraite publiques ou privées, unités de long séjour, foyers logements), et en institutions psychiatriques.

reconnues comme personnes handicapées administrativement. De fait, une ambiguïté numérique entre les personnes âgées déclarant au moins une incapacité et leur reconnaissance administrative apparaît (Fig. 31).

Figure 31. Incapacité et reconnaissance du handicap chez les personnes âgées de 60 ans et plus (France)



(1) L'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), créée par la loi du 30 juin 1975, permet aux adultes de moins de 60 ans , de faire face aux frais engendrés par l'obligation d'avoir, à domicile ou en établissement, recours à l'aide d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Elle a été jusqu'à l'instauration de la prestation spécifique dépendance (PSD) par la loi du 24 janvier 1997, l'instrument majeur de l'aide aux personnes âgées dépendantes.
La Prestation de compensation du handicap (PCH) : Depuis 2006, elle finance des besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Cette prestation remplace l'ACTP. Toutefois, les anciens titulaires de l'ACTP peuvent choisir de la garder plutôt que de recevoir la PCH (les données de la PCH ne sont pas disponibles)

(2) L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), mise en place le 1er janvier 2002, elle vise à une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées pour accomplir les gestes ordinaires de la vie courante.

(3) Exploitation DRESS de l'enquête HID, Personnes vivant en domicile ordinaire qui ne peuvent réaliser sans aide l'un des neuf actes essentiels repérés dans six domaines de la vie quotidienne : la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination (2 questions), les transferts (2 questions) et les déplacements dans leurs logement.
et exploitation de l'enquête HID, personnes résidant en institution. Adultes en foyers ou centre de rééducation, maison de retraite publiques ou privées, unité de long séjour, foyer logement) et en institution psychiatrique.

Source, DREES, 2007 & HID 1998-2001
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, Nov 2008

Au regard de l'administration et des services sociaux, la vie des personnes handicapées est faite d'étapes : à 20 ans, c'est le passage à l'âge adulte handicapé ; à 60 ans, ce sont des personnes vieillissantes. Le statut d'adulte handicapé vieillissant n'est pas reconnu lors du passage à l'âge de 60 ans d'une situation à l'autre. Il est néanmoins toléré pour les personnes qui bénéficiaient de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) et qui aspirent à la conserver en lieu et place de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) destinées à l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus.

Ces éléments de cadrage posés, se pose la question de la prise en charge sociale et médico-sociale de cette population dans un système français marqué par la dualité. En effet deux systèmes sont offerts : l'un s'adresse aux personnes handicapées avant 60 ans (bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH)), l'autre aux personnes âgées après 60 ans (bénéficiaires de l'APA). Les deux systèmes assurent-ils une continuité de la prise en charge des personnes ? En élargissant le schéma du handicap aux adultes handicapés et aux personnes vieillissantes, c'est la convergence des besoins en terme d'équipements et de structures médico-sociales et sociales en direction des personnes handicapées et des personnes âgées qui devient le défi des départements. En effet, la mutualisation des actions dans le domaine du handicap et du vieillissement conduit les politiques publiques à réguler l'offre de soins et de services sociaux en direction d'une frange croissante de la population, dont les personnes handicapées font partie intégrante.

1.1.2 Vers un Schéma médico-social unique

Les premiers schémas (au cours des années 1980-1990) portaient essentiellement sur les moyens existants et les établissements existants sur le territoire départemental sans lien véritable avec la prise en charge des personnes âgées, ces schémas n'apparaissent pas à ce moment comme des outils d'aide à la décision mais plus comme des catalogues de moyens existants. Leur actualisation témoigne d'une évolution dans la mesure où la planification des équipements et des structures apparaît. Les schémas permettent alors d'orienter les actions des pouvoirs publics et de planifier l'offre des établissements. Depuis le début des années 2000, ce sont les conditions relatives au maintien de l'autonomie de la personne vieillissante qui sont désormais interrogées. Elles sont associées à la nécessité de mener une approche globale des besoins des personnes.

Bien qu'une convergence se dessine entre les deux secteurs, le contexte est différent dans le domaine gérontologique et dans celui du handicap. Le schéma « personnes âgées » a pour

principal objectif de répondre aux besoins liés à l'évolution de la dépendance, par une meilleure coordination, une meilleure territorialisation et une diversification de l'action des services et des établissements. Dans le prolongement de la Loi N°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le schéma « personnes handicapées » a vocation à conduire les politiques de l'État et du Département tant en ce qui concerne les enfants handicapés que les adultes ; il permet d'amplifier notamment l'action de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Les MDPH sont des guichets d'information, d'accompagnement, de conseils et d'accès aux droits et aux prestations afin de simplifier les parcours et les différentes démarches des personnes en situation de handicap. Le rapprochement entre le handicap et la gérontologie interroge la réussite de cette « convergence », dans son premier rapport la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pose la question de la *« reconnaissance de mêmes dispositions d'aide pour toutes les personnes en perte d'autonomie quelle qu'en soit la cause, quel que soit leur âge »*. Certains départements agissent également en ce sens en attribuant un rôle de services d'accueil et de proximité commun aux personnes âgées et personnes handicapées au sein des MDPH, renommées « maison pour l'autonomie ». Le département du Maine et Loire s'oriente lui aussi vers la prise en compte de l'autonomie en prévoyant de rapprocher le champ gérontologique et du handicap par la réalisation, en 2011, d'un schéma médico-social unique dont la méthodologie reste à définir.

Notons déjà que l'élaboration des deux schémas, gérontologique et du handicap s'est faite à partir d'un cadre commun. Lors de l'élaboration de ces schémas départementaux médico-sociaux, le département a organisé des réunions de concertation avec les responsables d'établissements, les représentants d'associations, les prestataires de services et les élus. La concertation est une forme d'aide à décision des pouvoirs publics menée sous forme de réflexion commune à tous les partenaires. Ces réunions de concertation, organisées à l'initiative du Conseil général, on pour but de comprendre l'évolution de ces besoins par le biais des récits des responsables des structures accueillant des personnes âgées et des organismes d'aide et de soins à domicile afin d'adapter les équipements existants au vieillissement de la population ou de définir ceux à faire exister. Il ressort du discours des personnes issues des secteurs professionnels et associatifs que la personne vieillissante est dans l'attente d'une réponse de proximité lui permettant de conserver son ancrage affectif et relationnel, et qu'elle souhaite rester dans un environnement connu. Par ailleurs, la participation des élus n'est pas imposée, mais montre la volonté du département de prendre en compte les politiques locales.

L'objectif d'intégration des personnes vieillissantes en milieu ordinaire pose la question des équipements et des services de soins et des services sociaux présents sur le territoire. Favoriser le maintien de l'autonomie du plus grand nombre nécessite de connaître et d'identifier les populations en présence sur le territoire. Pour cela, des réunions d'information et de consultation sont organisées dans un double objectif : informer et consulter la population dans le but d'obtenir l'adhésion du plus grand nombre et de définir les groupes de travail thématiques menant à l'élaboration du schéma et ses préconisations. Parmi les thèmes soulevés : les questions relatives au vieillissement des personnes handicapées sont apparues et ont confirmé les échanges et les débats menés simultanément dans le cadre du schéma gérontologique et celui du handicap. Dès lors, le risque d'une double réflexion sans concertation entre les acteurs participant à l'élaboration d'un des deux schémas, la duplication des problématiques soulevées et des réponses apportées se pose et interrogent les modalités de coordination de l'action et des services. La réalisation d'un schéma unique d'organisation sociale et médico-sociale, est projetée pour 2011. Ce dernier vise les différentes populations relevant de la compétence du département, ainsi la convergence des besoins des populations âgées et handicapées et les réponses proposées distinctement lors des schémas gérontologique et du handicap seront conjointes et permettront d'apporter une réponse globale aux attentes et aux besoins de ces populations. Le département, échelon territorial de proximité, permet d'acquérir des données relatives à l'offre de services aux populations sur le territoire et permet de mener une réflexion globale associant les représentants et les professionnels des institutions impliqués dans la prise en charge des personnes handicapées et des personnes vieillissantes.

L'approche multidimensionnelle du vieillissement et du handicap rend essentielle la question de la coordination. Les systèmes de prises en charges sont complexes du fait de la multiplicité des acteurs en jeu. Cette approche permet de cerner les réalités locales auxquelles sont confrontées les personnes vieillissantes, dont les personnes handicapées et leurs proches.

1.1.3 Territorialisation de l'offre et de l'action gérontologique

Le schéma gérontologique 2003-2007 s'est appuyé sur les travaux menés en 2002 par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) des Pays de la Loire. Depuis l'élaboration du schéma gérontologique 2003-2007, un bilan a été réalisé au cours du premier semestre 2007. La démarche de réflexion autour du schéma gérontologique pilotée par le département, associe l'Instance départementale de coordination gérontologique (IDCG), le comité départemental des personnes âgées (CODERPA) et quatre groupes de travail, qui ont mobilisé globalement une quarantaine de personnes autour de quatre thèmes décidés par les membres de l'IDCG à l'issue

de la validation l'état des lieux 2007. Les thèmes sont la territorialisation, l'observation gérontologique, les modalités de réponses aux besoins et un quatrième intitulé de la maltraitance vers la bientraitance.

Le département associe l'ensemble des acteurs locaux à sa politique afin de prendre en compte les réalités locales. Ainsi, les réflexions engagées ont permis de mettre en place un document d'orientation global pour la période 2003-2007. Ce dernier, fondé sur la territorialisation des actions de proximité, vise à renforcer, organiser et améliorer le soutien à domicile. Ainsi, la prise en compte des besoins des personnes âgées laisse présager une bonne connaissance de l'offre gérontologique des services et n'en pose pas moins la question de l'offre adéquate de proximité. L'offre gérontologique s'articule autour de deux axes, le maintien à domicile et l'hébergement en structure d'accueil. Pour cela, le département s'appuie sur le ratio relevant du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus sur le territoire départemental et le nombre d'équipements existant par département : le taux d'équipement (Tableau 8).

Tableau 8. Taux d'équipements par départements en France (2007).

Accueil des personnes âgées

Taux d'équipement au 1.01.2007
pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Equipement	FRANCE	PAYS DE LA LOIRE	Loire-Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements-foyers, et lits hébergement temporaire)	120,91	161,79	143,45	201,94	160,21	139,26	168,28
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile	16,98	17,35	17,88	15,43	18,27	17,39	18,13
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits de section de cure médicale en maison de retraite et logements-foyers, lits d'EHPAD, lits de soins de longue durée)	96,11	132,29	113,77	142,62	152,72	121,21	150,76

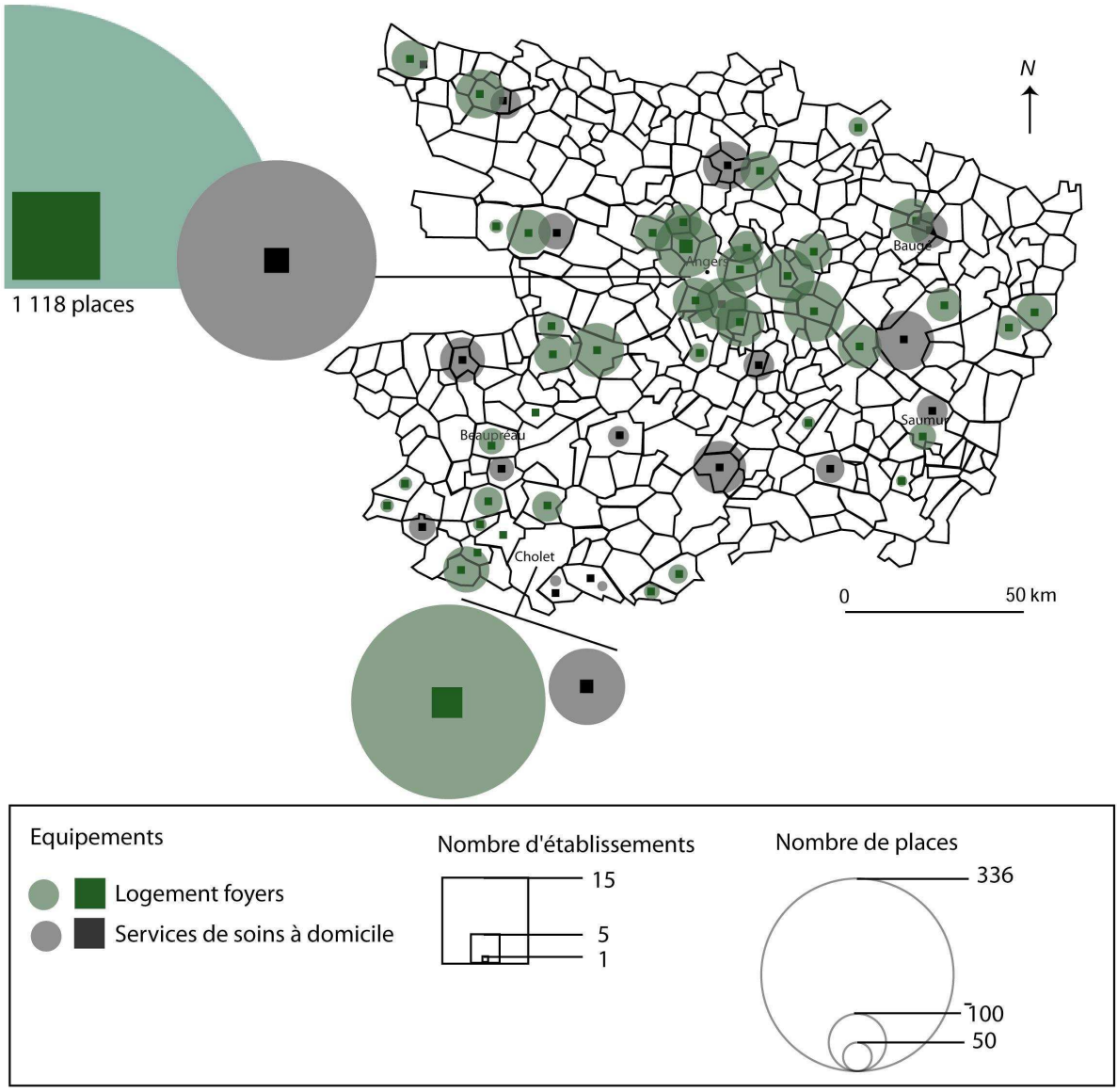
Source : DRASS FINESS 1/01/2007 -

La région des Pays de la Loire semble globalement bien doté en terme d'équipements d'hébergement complet pour personnes âgées (161.79 contre 120.91 en France). Au regard de ces taux, le département du Maine et Loire est un département particulièrement bien doté, voire suréquipé, avec un taux estimé à 201.94. En revanche, la situation s'inverse lorsqu'on prend en considération les taux d'équipement en place de services de soins à domicile, le Maine et Loire se situe légèrement en dessous de la moyenne nationale (15.43 c.16.98) et de la moyenne régionale (15.43 c.17.35). Dans ce dernier cas, les quatre départements de la région des Pays de la Loire ont un taux d'équipements en place de soutien à domicile estimé à 18.27 en Mayenne,

18.13 en Vendée, 17,88 en Loire Atlantique et 17.39 en Sarthe supérieur à la moyenne nationale (16.98). Ce mode d'évaluation (taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus), s'il révèle que le département du Maine et Loire est bien doté au regard d'autres départements français, ne prend alors pas en compte la répartition des personnes âgées sur le territoire départemental, ni même la répartition des équipements sur le territoire et interroge la répartition des équipements à l'échelle infra-départementale.

Concernant l'hébergement en structure d'accueil, *« En termes de répartition territoriale, l'état des lieux 2002 avait révélé de nettes disparités au sein du département. La situation du département, encore aujourd'hui au dessus de la moyenne nationale et des moyennes départementales en matière d'équipement pour personnes âgées dépendantes, mais conforme aux besoins estimés globalement au niveau national dès 2010, ne permettra pas la création dans les années à venir d'un grand nombre de places »* (ORS, 2007). Nous présenterons ici la répartition des Logements foyers – point d'ancrage de nos études de cas (Carte 17).

Carte 17. Répartition des équipements et du nombre de place par commune, Maine et Loire (2007)



Source : DREES FINESS 01/01/2007,
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov 2007

Les logements foyers se distinguent par leur position intermédiaire entre le domicile et l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ou les Unités de Soins de Longue Durée (USLD). En effet, construits majoritairement au cours des années 1970, ils répondaient à une forte demande de logement des personnes âgées. Le plus souvent intégrés au programme de rénovation urbaine, ils sont gérés par les collectivités locales et sont un moindre coût que les maisons de retraite pour les personnes âgées. La spécificité de ce type d'hébergement est qu'ils bénéficient de services collectifs implantés au sein de la résidence ou à proximité immédiate. Selon le Fichier FINESS, 57 logements foyers sont implantés dans le département du Maine et Loire au 1er janvier 2007. Leur répartition sur le territoire départemental est inégale. D'emblée, il ressort que les pôles urbains d'Angers et Cholet ont favorisé le développement de ces structures alors que les espaces où ils sont moins nombreux sont les espaces vieillissants et ruraux comme le Baugeois, le Vihiersois ou le Segréen (Carte 10 : 89). Les Services de soins infirmiers à domicile ne se répartissent pas de façon homogène sur le territoire le Nord Est et les Nord Ouest du département - le Baugeois et le Segréen notamment semblent les plus dépourvus de ces services à l'exception des collectivités locales de Baugé, Combrée et Pouancé. Depuis la prise d'initiative des collectivités pour développer les Logement foyers, les années 1980 ont vu le déploiement des services à domicile, les logements foyers ont alors perdu leur fonction intermédiaire. L'intervention au domicile des personnes âgées s'inscrit dans une logique d'assistance, elle se caractérise principalement par les services d'aide à domicile, le portage des repas et les services de soins infirmier à domicile. Précisons que l'analyse géographique des services à domicile est d'autant plus restreinte que les données disponibles sont peu nombreuses et recense l'ensemble des services à toutes les échelles (Fichier FINESS) mais ne définissent pas leurs aires d'actions et rend impossible la cartographie de leur couverture géographique. Dans un contexte marqué par la volonté d'optimiser et de rationaliser les services aux personnes âgées en rééquilibrant les services sur l'ensemble du territoire, l'absence de ces données ne facilite pas l'action des départements en vue d'une territorialisation de l'offre gérontologique.

Au moment du renouvellement du schéma gérontologique pour la période 2008-2010, au delà des difficultés associées à la territorialisation de l'offre gérontologique, c'est l'absence de territorialisation effective du territoire départemental qui est mise en avant par les acteurs locaux. En effet, alors que l'action gérontologique infra départementale avait préconisé un découpage basé sur les limites des Pays ou d'autres structures intercommunales du département (Carte 8 : 85), les Pays ont tardé à se constituer retardant d'autant la mise en place de l'action gérontologique locale. Or comme le précise le rapport de l'INSERM (2002) « *la recherche de cohérence entre les divers dispositifs de l'action médico-sociale de la vieillesse passe par une*

articulation des territoires d'intervention. Si l'homogénéisation des territoires ne constituent pas en soit une condition exclusive du travail de coordination, il constitue un facteur facilitant ». Les réflexions collectives ont permis de mettre en relief l'importance du niveau local pour renforcer l'accès aux services de proximité, ainsi que la nécessité d'intégrer dans un projet global cohérent et lisible les actions des structures de coordination existantes (CLIC et Réseaux de santé). Tous les acteurs impliqués s'accordent sur l'intérêt d'avoir une telle démarche (territorialisation) pour assurer la cohérence des actions en direction des personnes vieillissantes sur l'ensemble du territoire départemental. Dès lors, plutôt que l'élaboration d'un nouveau schéma gérontologique validé pour les cinq années à venir, le choix opéré est celui de mettre en place un Schéma gérontologique de transition, pour la période 2008-2010, afin d'entériner la territorialisation et le maillage du département, pour cela il s'appuie sur les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) en place sur le territoire (Carte 18).

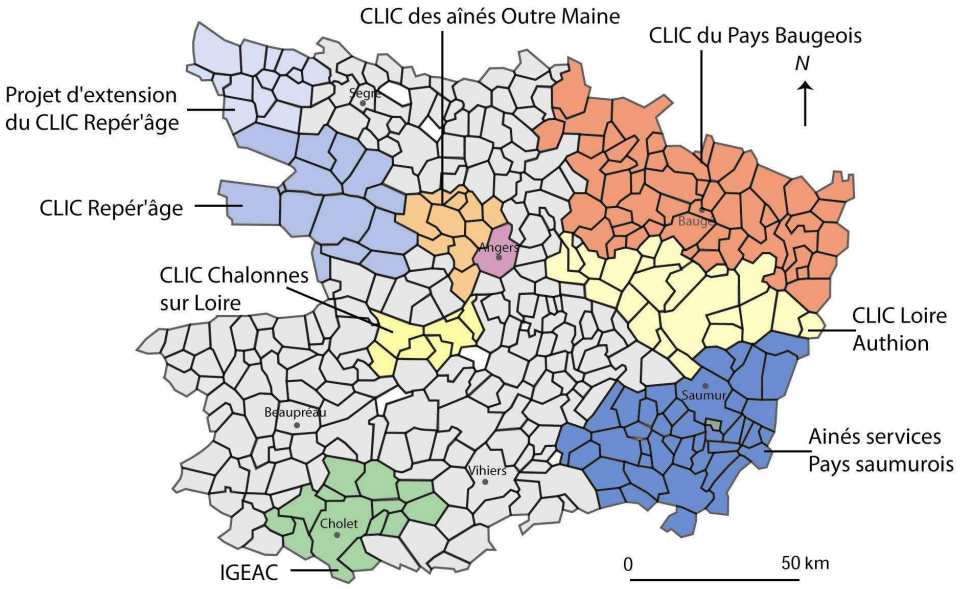
Les territoires de CLIC ne sont pas de simples découpages administratifs, ils sont les supports des missions de coordination et de concertation locale. En effet, selon les acteurs ayant participés au bilan du schéma gérontologique de 2007, les CLIC ont été, dans le département du Maine et Loire, les moteurs de la réflexion gérontologique locale. Or, leur installation s'est engagée sans réflexion territoriale (les territoires de Pays n'étant pas tous institués) et menant à de grandes disparités entre les structures de coordination du département.

L'évolution des CLIC entre 2004 et 2008 montre cette volonté de coordonner l'action des CLIC à l'échelle départementale. En 2004, huit CLIC étaient implantés, dont trois associent les pôles urbains du département aux collectivités qui les entoure. C'est le cas de Cholet, d'Angers et de Saumur. Les territoires de CLIC du Baugeois et Segréen essaie de se calquer sur les territoires de Pays, ils sont donc plus vastes. Les CLIC aînés d'Outre-Maine, de Chalonnes-sur-Loire et celui de Loire-Authion sont des CLIC aux dimensions intermédiaires situés à la charnière entre les pôles urbains et ruraux.

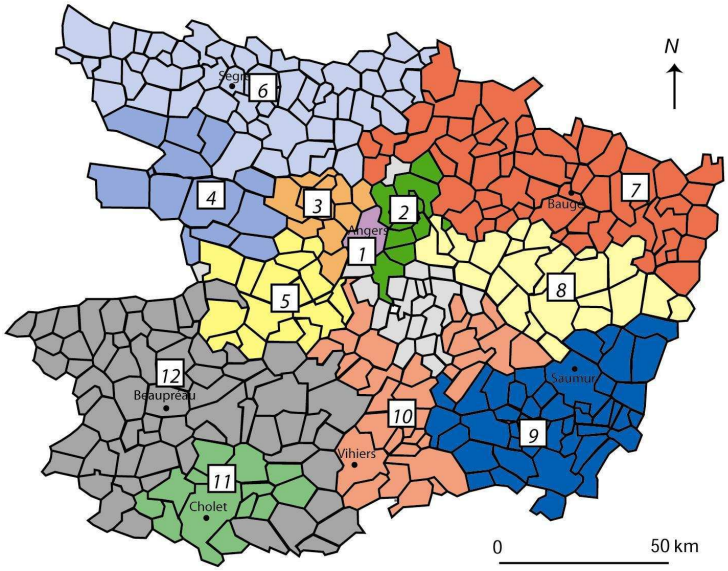
On peut distinguer les CLIC urbains, couvrant une plus petite superficie comprenant une population vieillissante relativement dense (c'est le cas des pôles urbains d'Angers, de Cholet et de Saumur) des CLIC ruraux, dont la superficie est beaucoup plus vaste et regroupent un plus grand nombre de collectivités où les densités de personnes âgées sont beaucoup plus faibles (CLIC Nord-Est Anjou, CLIC des Mauges, ou le futur CLIC du Segréen). Les écarts entre CLIC ruraux et urbains, en matière de territoire et de densité de population, font du CLIC Nord Est Anjou le territoire le plus vaste et celui d'Angers le territoire le plus restreint.

Carte 18. Le département du Maine et Loire, d'une coordination localisée (2004) à une coordination territorialisée (2008) ?

a. Coordination localisée en 2004



b. Maillage en cours de territorialisation en 2008



* CLIC Centre local d'information et de coordination

1 *CLIC Angers*
2 *CLIC de Loir à Loire*
3 *CLIC Outre Maine*
4 *CLIC Reper'âge*
5 *CLIC Equip'âge*
6 *CLIC du Segréen (en projet)*
7 *CLIC du Baugeois (Nord Est Anjou)*
8 *CLIC Loire Authion*
9 *CLIC Saumurois*
10 *CLIC Loire Layon*
11 *CLIC Choletais*
12 *CLIC des Mauges (en construction)*

Source : Direction départementale des interventions sociales et de solidarité (DISS)
Conseil général 49 - Pôle action gérontologique, 2004 -2008
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov 2008

Depuis 2004, les CLIC se sont déployés sur le territoire départemental du Maine et Loire, (8 CLIC en 2004 ; 12 en 2008). Ils ne couvrent cependant pas l'intégralité des communes du territoire départemental même si certains CLIC sont extrêmement vaste comme, les territoires

de CLIC du Pays Baugeois, du Segréen et des Mauges (rappelons que le CLIC du Segréen est en projet et celui des mauges en construction, leurs limites peuvent donc évoluer). Avec l'apparition du CLIC des Mauges, mais aussi du CLIC Loire Layon, le Sud du département initialement dépourvu de structure de coordination à l'exception des pôles Choletais et Saumurois, se voit désormais totalement couvert. A l'Est de la ville d'Angers apparaît le CLIC de Loir à Loire, l'extension du CLIC Equip'âge au Sud et le maintien du CLIC Outre-Maine à l'Est. En définitive les CLIC des trois pôles urbains du département n'ont pas ou peu évolué (Cholet et Angers sont identique à 2004, la commune de Brigné-sur-Layon à quitté de le CLIC Saumurois). Les CLIC Loire-Authion, Outre-Maine et Repér'âge n'ont pas été modifié.

Ainsi, le Conseil général s'engage, par le schéma gérontologique 2008-2010 dans un processus de territorialisation, processus au cours duquel le département passe d'une coordination localisée à une coordination territorialisée.

1.2. Maillage territorial infra départemental et coordination gérontologique

La volonté du département du Maine et Loire de territorialiser l'action des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) au cours de l'élaboration du schéma gérontologique de transition nous invite à observer l'émergence des CLIC, leurs missions et leur mise en application sur le territoire national et régional.

1.2.1 L'émergence des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

C'est au cours des années 1990 que l'expérimentation de Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) est lancée puis officialisée en 2001. Ce sont les Conseils généraux qui définissent les territoires des CLIC, sur la base des territoires infra départementaux, Pays, Communauté d'Agglomération (CA), Communauté de Communes (CC). Sous le label CLIC, ce sont des guichets qui répondent à une triple logique : un accès facilité aux droits auxquels les personnes âgées peuvent prétendre, une coordination des acteurs et une information au public. Le CLIC n'est pas une nouvelle institution ni un nouvel échelon territorial, mais un lieu d'accueil de la population et un outil de coordination. En effet, le CLIC doit assurer un accueil personnalisé et gratuit quelque soit l'origine de la demande, qu'elle émane de la personne âgée, de sa famille, des services sociaux, des médecins traitants, ou encore d'une structure médico-sociale ou hospitalière. Le CLIC est donc un espace ressource concernant les services et les

équipements en présence sur le territoire qu'il dessert tant en milieu urbain qu'en milieu rural.

La diffusion progressive des CLIC sur le territoire permet d'établir un maillage du territoire, offrant une porte d'entrée vers le dispositif de prise en charge. Néanmoins, les disparités observées entre les CLIC sont associées à leur niveau de labellisation et leur degré de territorialisation (Cartes 19-20).

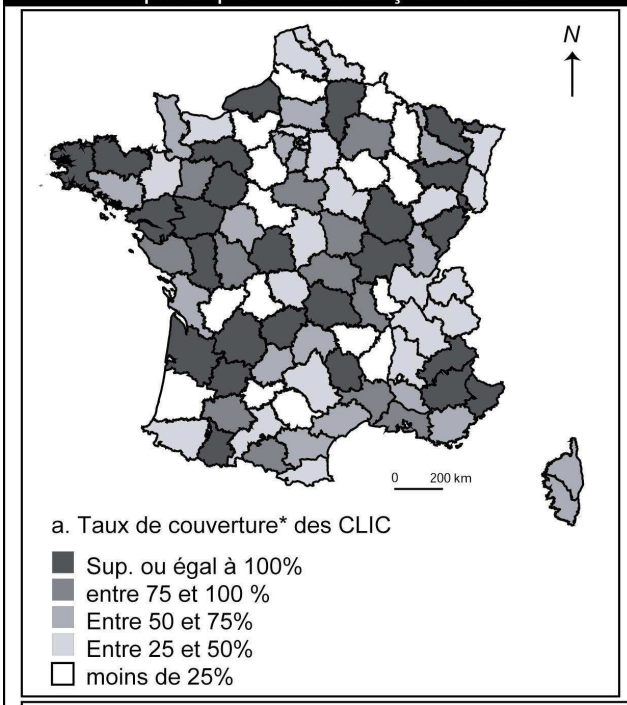
Territorialisation des CLIC

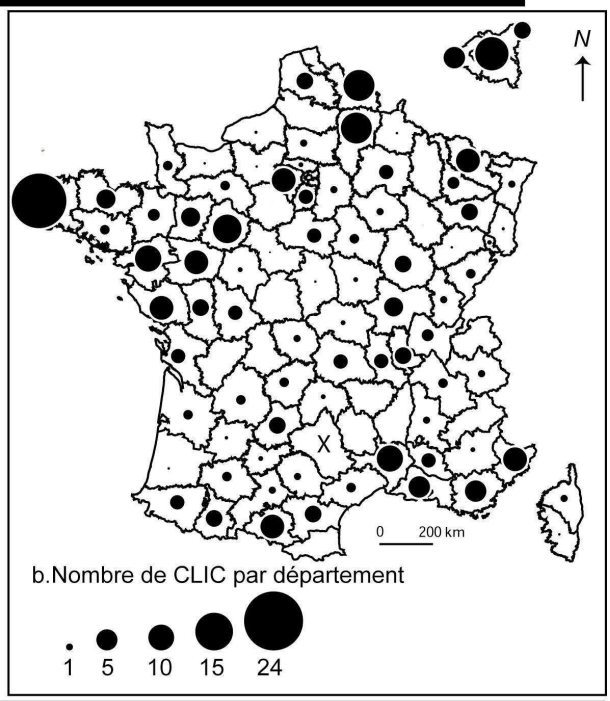
Selon les départements, le taux de couverture du territoire par les CLIC[40] varie les plus largement couverts étant situés dans le grand ouest (Carte 19a.). Le nombre de CLIC par département varie aussi de façon considérable, les départements du grand Ouest ont développé des espaces de coordination et d'information à l'échelle locale de façon plus importante, (le département qui compte le plus grand nombre de CLIC (24) est celui du Finistère). Ailleurs, ils sont moins nombreux, plus particulièrement dans les départements situés dans le Centre ou l'Est de la France (Carte 19b.)

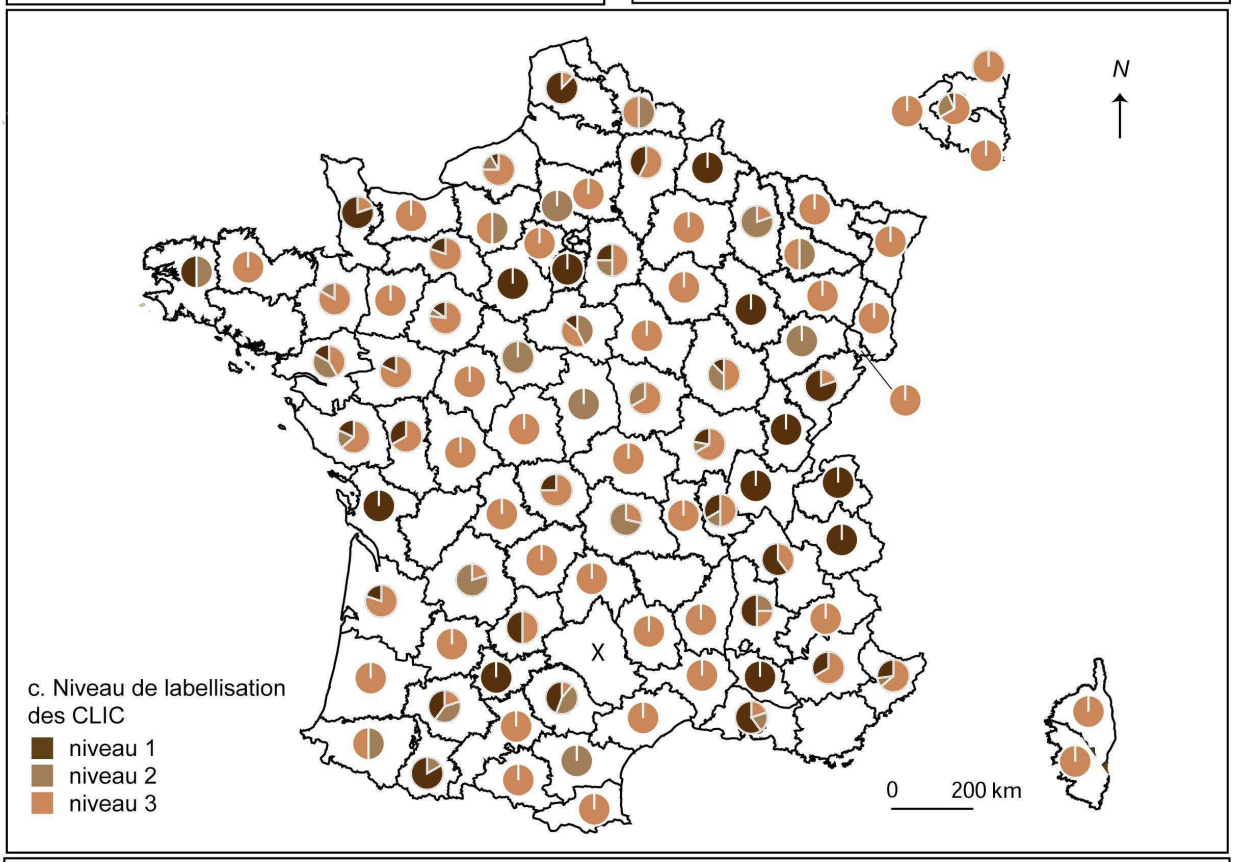
A l'échelle de la région des Pays de la Loire, le taux de couverture des départements est nettement supérieur à la moyenne régionale (de l'ordre de 97% contre 67,48% pour la région des Pays de la Loire). En effet, le taux est évalué à 100% pour les départements du Maine et Loire, de la Sarthe et de Loire Atlantique, ce qui signifient que ces départements correspondent à la part des habitants âgés de 60 ans et plus disposant d'un CLIC (Carte 20a.). Pourtant le taux de couverture ne signifie pas que toutes les communes du département soient intégrées au sein de territoires des CLIC (Carte 20c.). Les départements de la région ont mis en place une dizaine de CLIC chacun, le Maine et Loire comptant onze CLIC (un douzième CLIC est en projet, celui du Haut-Segréen) (Carte 20c.).

[40] Le taux de couverture du territoire départemental par les CLIC correspond à la part des habitants de 60 ans et plus disposant d'un CLIC, le taux de couverture moyen pour la France est évalué à 61,48%.

Carte 19. Répartition et labellisation des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) par département français en 2009



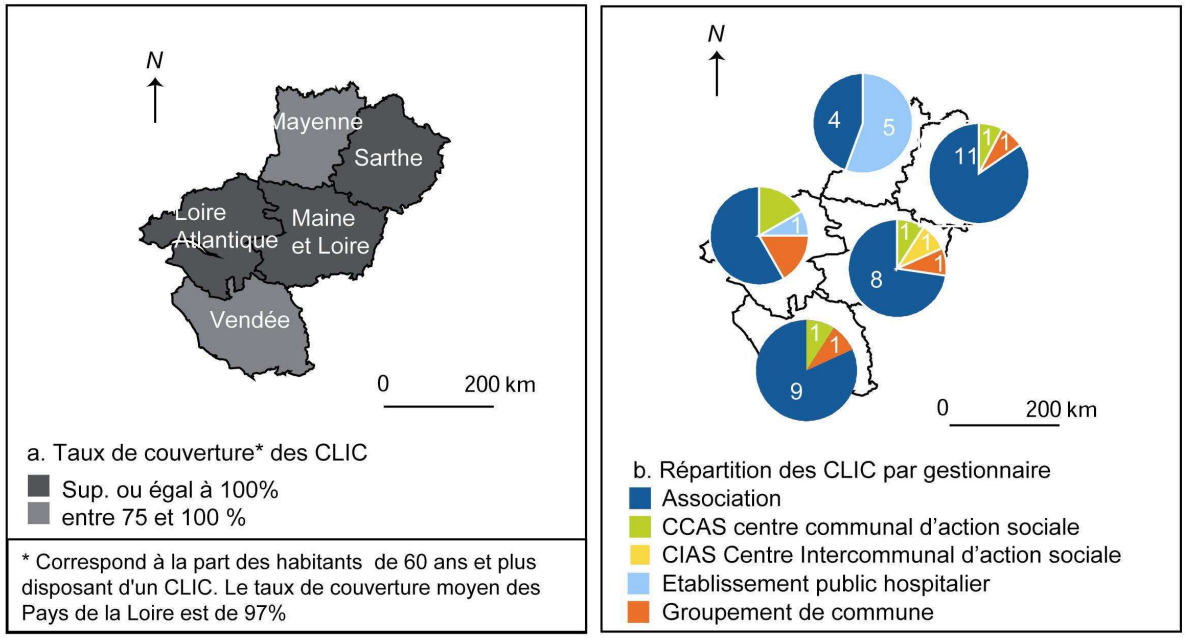


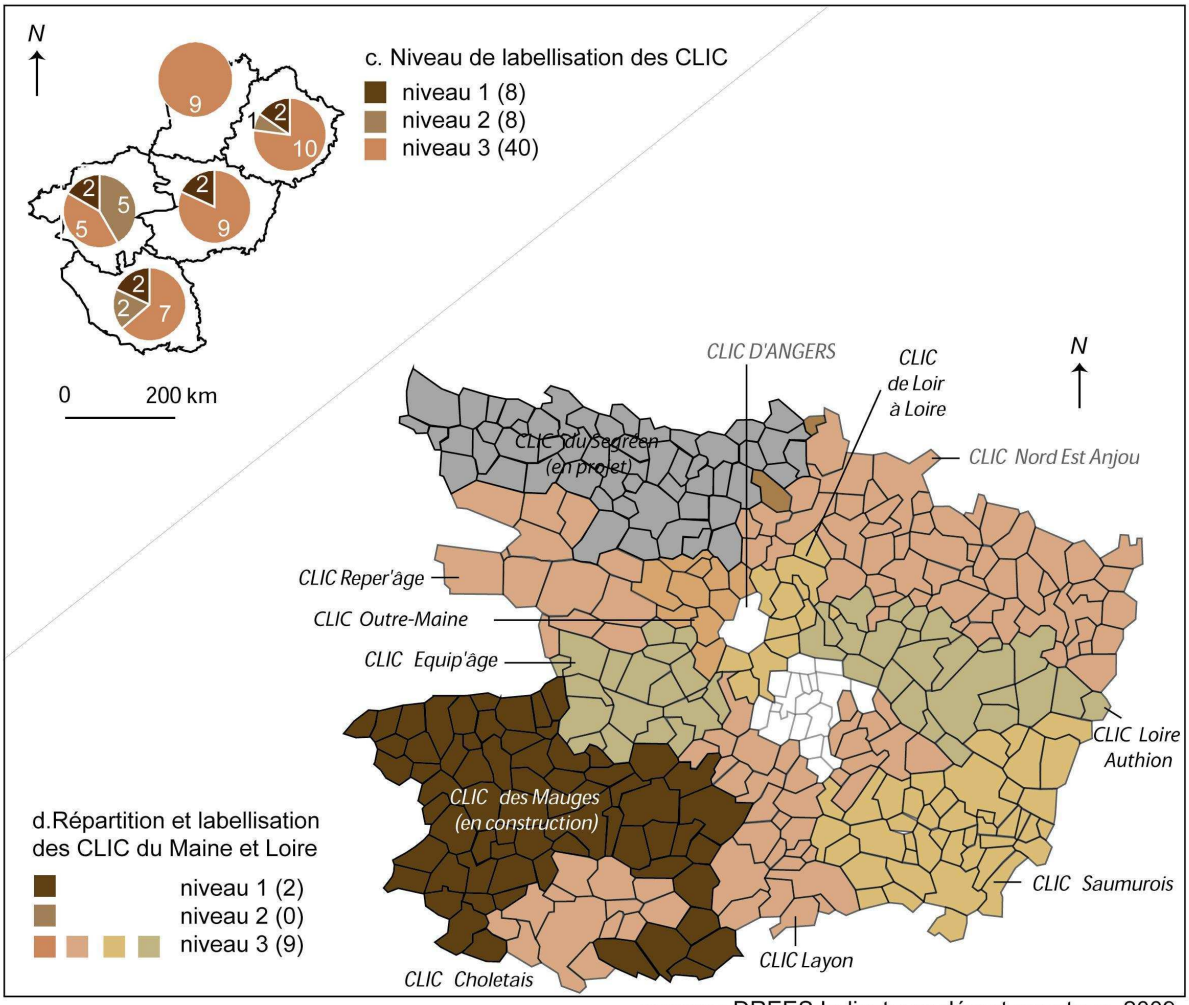


Note : CLIC : Centre local d'information et de coordination
* Le taux de couverture des CLIC correspond à la part des habitants de 60 ans et plus disposant d'un CLIC
Le taux de couverture moyen pour la France est évalué à 61,48%

source : DREES Indicateurs départementaux, 2009
Réalisation : B. Chaudet, université d'Angers, Mars 2009

Carte 20. Portrait des Centres locaux d'information et de coordination de la région des Pays de la Loire.





source : DREES Indicateurs départementaux, 2009
Réalisation : B. Chaudet, université d'Angers, Mars 2009

Labellisation des CLIC

En fonction de l'étendue des missions et des services offerts par les CLIC, trois niveaux de labellisation sont possibles : le label de niveau 1 concerne les CLIC assurant des missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles ; le label niveau 2 prolonge le niveau 1 par des missions d'évaluation des besoins et l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé ; et enfin le label niveau 3 poursuit le niveau 2 par des missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide. Au niveau national, les CLIC de premier niveau sont les moins nombreux tandis que les CLIC de troisième niveau dominent (Carte 19c.). Notons que les CLIC du département du Finistère sont répartis à égale proportion entre les niveaux 1 et 2. (Le Finistère étant le département qui compte le plus grand nombre de CLIC en France en 2006 (24))

Dans le cas des départements de la région des Pays de la Loire, il apparaît clairement que les CLIC de niveau 3 prédominent, mettant ainsi en avant les équipements et les structures sanitaires et sociales présentes sur le territoire régional. Dans le cas particulier du département du Maine et Loire, parmi les onze CLIC créés, le niveau 2 est absent ; les deux CLIC de niveau 1 sont les plus récents. Neuf autres sont de niveau 3 et assurent un relais sanitaire et social à l'égard des populations âgées sur leur territoire (Carte 20c. - Tableau 9). Dans la dynamique de développement des CLIC, l'histoire locale joue un rôle très important et rend compte des gestionnaires de CLIC qu'il s'agisse des associations ou des collectivités locales par le biais des centres communaux/intercommunaux d'action sociale qui marquent la volonté et le soutien des acteurs locaux (Carte 20b).

Tableau 9. Statut et gestion des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) du Maine et Loire (2009)

CLIC	Statut	Gestionnaire	Labellisation
CLIC d'Angers	CCAS*	CCAS*	3
CLIC de Loir à Loire	Association	Association de Loir à Loire	3
CLIC Nord Est Anjou	groupement	Coordination géronto. du Beaugeois	3
CLIC Aînés d'Outre Maine	Association	Association Ainés d'Outre-Maine	3
CLIC Loire Authion	Association	CLIC Loire Authion	3
CLIC Equip'äge	Association	Association Equip'âge	3
CLIC IGEAC Saumurois	Association	Association IGEAC	3
CLIC Layon	Association	Pays de Loire en Layon	1
CLIC des Mauges	Association	en construction	1
CLIC Reper'âge	Association	Association repér'âge	3
CLIC du Choletais	CIAS**	CIAS**	3

*Centre communal d'action sociale **Centre intercommunal d'action sociale

Source : Ministère de la santé et des solidarités,2009

1.2.2 Le CLIC, support de territorialisation du département du Maine et Loire ?

La spécificité des CLIC tient essentiellement à leur ancrage territorial, qui permet de faire converger les aspirations du public (personnes âgées et leur entourage), les interventions des professionnels et les politiques des institutions. Le CLIC, par définition, identifie les équipements et les acteurs agissant dans le champ du vieillissement sur un territoire restreint. La superposition des EPCI et des territoires de CLIC est-elle un moyen d'homogénéiser et de réguler les actions locales sanitaires, sociales et médico-sociales en direction des populations vieillissantes ?

CLIC et Territoires de Pays : quelles convergences pour le département du Maine et Loire ?

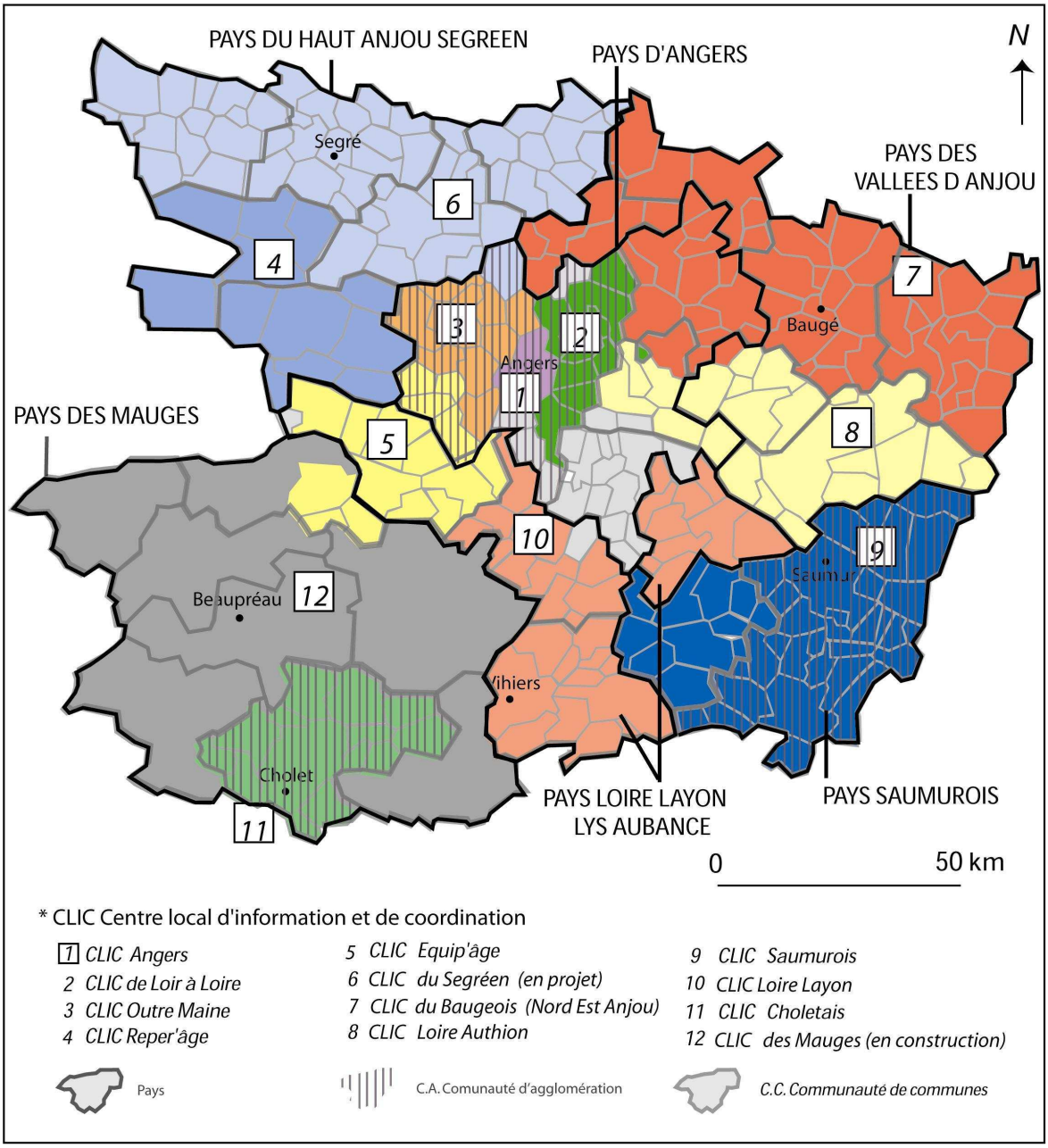
Le maillage des CLIC est très disparate dans le département du Maine et Loire (Carte 18 : 168). Dans certains cas il s'appuie sur les découpages administratifs préexistants tels que les territoires de Pays, les Communautés d'agglomération et les Communautés de communes (Carte 21).

Un seul CLIC se superpose exactement au territoire défini par le Pays : le CLIC du Saumurois (9) réunit la Communauté d'agglomération de Saumur et la communauté de commune de Douée la Fontaine. Le CLIC Choletais (11) quant à lui se superpose exactement à la Communauté d'agglomération de Cholet. A l'exception des cas précités on assiste à un chevauchement des territoires administratifs et des territoires de CLIC. Il semble qu'il n'existe pas de règles pré établi pour assurer la cohérence d'action sur le territoire infra départemental.

L'agglomération angevine, compte trois CLIC totalement intégrés dans son périmètre (le CLIC Angers (1), le CLIC de Loir à Loire (2) et le CLIC Outre Maine (3)). Toutes les communes de la communauté d'agglomération ne sont pas inclues dans ces trois CLIC. D'autres collectivités situées aux limites de l'agglomération sont associées aux territoires de CLIC limitrophes c'est le cas notamment des communes de Savennières, Saint-Martin-du-Fouilloux, *etc.* Concernant les territoires de Pays, la majorité des Pays du Maine et Loire compte deux CLIC (Haut Anjou Segréen (6), Baugeois (7), Loire-Layon (10). Ces derniers sont composés de collectivités situées aussi hors des limites des Pays (CLIC du Baugeois (7), CLIC Loire-Authion (8), CLIC Equip'âge (5), etc.). Seuls les CLIC des Mauges et du Segréen semblent compris à l'intérieur des territoires de Pays – rappelons cependant que ce sont des

territoires en cours de construction et que leurs limites peuvent évoluer. On assiste ainsi à un enchevêtrement de territoires d'action en direction de la population, dont les convergences territoriales sont loin d'être apparentes. Pourtant les onze CLIC du département du Maine et Loire sont issus de différentes vagues de territorialisation et de labellisation ; tous bénéficient d'une antériorité dans le champ de la coordination ce qui a contribué à définir ces territoires et engagées une action de coordination et de concertation.

Carte 21. Maillages territorial administratif et maillage des CLIC* du Maine et Loire : convergences ?



source : DREES Indicateurs départementaux, 2009
Réalisation : B. Chaudet, université d'Angers, Mars 2009

Missions des CLIC

Alors que la territorialisation des CLIC suppose une forte implication des différents acteurs et le partage collectif du projet, l'association d'acteurs élus et non élus issus des secteurs sanitaires, sociales et associatifs n'est pas uniforme sur chaque territoire couvert par les CLIC. On atteint alors les limites de l'organisation du territoire, des services de santé et des services sociaux français, où chacun revendique des prérogatives dans son domaine suivant ces compétences et ses aspirations politiques du moment. Ainsi, suivant la présence des acteurs et les missions des services sanitaires et sociaux sur le territoire couvert par le CLIC, la coordination gérontologique bénéficie de supports hétérogènes au sein d'un même département (Carte 19b). D'une part, les ressources des uns sont complémentaires à celles des autres ; d'autre part leurs incohérences territoriales ne font que renforcer le flottement décisionnel auxquels les populations en perte d'autonomie sont confrontées. En effet, afin de faciliter le décloisonnement entre les acteurs locaux, la coopération entre les CLIC et les réseaux de santé est indispensable. La complémentarité des CLIC et des réseaux de santé gérontologique s'effectue suivant le niveau de labellisation des CLIC : seuls les CLIC de niveau 2 et 3 sont concernés. La complémentarité repose aussi sur le rôle du coordinateur du CLIC et les supports sanitaires et sociaux auxquels le référent a accès. L'enquête menée par le gouvernement auprès des CLIC en France montre que les supports et les missions des CLIC varient considérablement (Tableau 10).

Tableau 10. Rôle et mission des CLIC* (France - Pays de la Loire - Maine et Loire)

	Missions spécifiques confiées au CLIC*		Activités spécifiques des CLIC*		Présence de	
Départements de la région Pays de la Loire (PDL)	APA**	Obs.***	Alerte Veille	Coor. d'un reseau de santé	Travail-leur social	Pro. de santé
Loire Atlantique	non	1	-	-	-	-
Maine et Loire	non	1	6	3	5	2
Mayenne	-	-	-	-	-	-
Sarthe	non	1	-	-	-	-
Vendée	non	0	2	1	4	9
Total départements PDL	0/4	3/3	4/9	4/9	9/19	11/20
Répartition des réponses (PDL)	0 %	100 %	44.44 %	44.44 %	47.36 %	55 %
Total départements France	8/36	24/33	82/124	38/89	69/174	137/187
Répartition des réponses (France)	22.22%	72.73%	66.13%	57.3%	39.66%	73.26%

Source : Ministère de la santé et des solidarités,2009

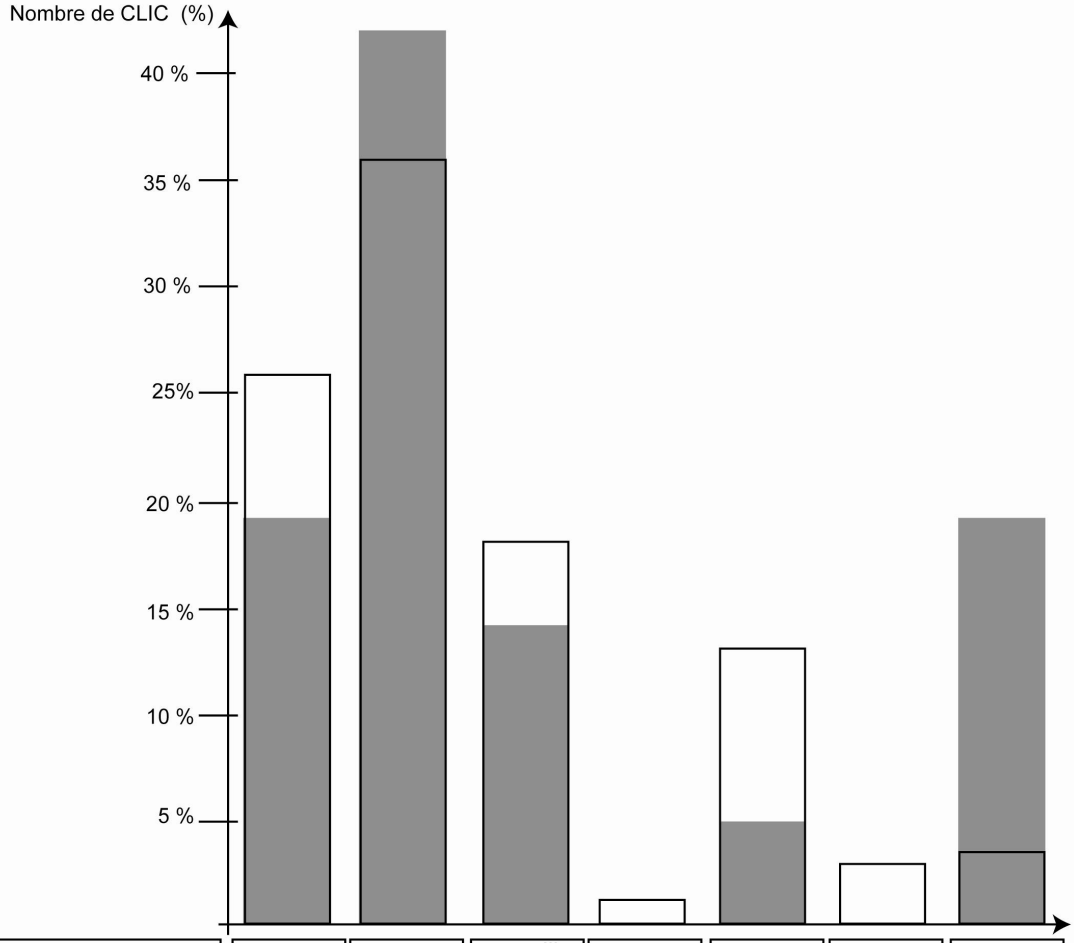
* CLIC : Centre local d'information et de coordination
** APA : Allocation personalisée pour l'autonomie
***Obs. Observatoire

Certains départements ont confié des missions spécifiques aux CLIC, telles que la gestion de l'Allocation Pour l'Autonomie (APA) ou la participation à l'Observatoire vieillesse. Une trentaine de départements a répondu à ce sujet. Seuls huit départements, parmi les 36 répondants, ont confié la gestion de l'APA à un CLIC du département (Ariège, Eure et Loire, Franche-Comté, Gard, Hautes-Alpes, Ille et Vilaine, Vienne, Yvelines). Concernant la région des Pays de la Loire, les départements de Loire-Atlantique, Maine et Loire, Sarthe et Vendée n'ont pas transféré cette compétence (le département de la Mayenne n'ayant pas répondu). En revanche, un plus grand nombre de départements a affirmé que les CLIC participaient à la mission d'observatoire (environ 1 CLIC par département). Ainsi, 24 départements parmi les 33 répondants ont répondu favorablement. Dans le cas de la région des Pays de la Loire, trois départements ont confié le rôle d'observatoire à un CLIC (Loire Atlantique, du Maine et Loire et de la Sarthe).

Certains départements ont aussi attribué aux CLIC des activités spécifiques telles que les activités de veille sanitaire ou de coordination d'un réseau de santé. Ces activités, au sein des CLIC de la région des Pays de la Loire, sont présentes dans les départements du Maine et Loire et de la Vendée. En effet, le département du Maine et Loire compte trois CLIC ayant pour mission la coordination d'un réseau de santé (ce sont les CLIC du Saumurois, du Nord Est Anjou et d'Angers) et la moitié des CLIC assurent une veille sanitaire. Si tous les CLIC du département ne sont pas pourvu d'un coordinateur de réseau de santé, sept d'entre eux bénéficient de la présence de travailleurs sociaux ou de professionnels de santé. Ce sont fréquemment ces professionnels qui assurent le rôle de coordinateur du CLIC. Néanmoins, le profil des coordinateurs reste difficile à identifier (Fig. 32).

En effet, la part la plus importante des coordinateurs de CLIC se situe selon l'enquête menée par le gouvernement dans la catégorie « autres ». Qui sont-ils ? Des professionnels du secteur social ? Des professionnels du secteur de la santé ? Les profils proposés distinguent parmi les professionnels du secteur social les assistants de services sociaux, représentant près de 25% des coordinateurs de CLIC à l'échelle nationale et près de 20% des coordinateurs de la région des Pays de la Loire et les conseillers en économie sociale et familiale qui représentent respectivement près de 20% et 15% des coordinateurs de CLIC à l'échelle nationale et régionale pour les Pays de Loire. Parmi les professionnels du secteur sanitaire apparaissent les ergothérapeutes dont le rôle de coordinateur de CLIC reste marginal (1,12% à l'échelle nationale), suivis des médecins (inférieur à 5%), des infirmiers et enfin des psychologues.

Figure 32. Profil des coordinateurs de Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) (France - Pays de la Loire - Maine et Loire)



Départements	Assistant service social	Autres	conseiller économie social familial	ergothérapeute	Infirmier	medecin	psychologue
Loire Atlantique	0	0	0	0	0	0	0
Maine et Loire	2	6	0	0	0	0	0
Mayenne	0	0	0	0	0	0	0
Sarthe	0	0	0	0	0	0	0
Vendée	2	3	3	0	1	0	2
Total départements PDL	4/21	9/21	3/21	0/21	1/21	0/21	2/21
Répartition des réponses PDL	19.05%	42%	14%	0%	4.76%	0%	19.05%
Total départements France	46/178	64/178	32/178	2/178	23/178	5	6
Répartition des réponses France	25.84%	35.96%	17.98%	1.12%	12.95%	2.81%	3.37%

Source : Ministère de la santé et des solidarités, 2009
réalisation : B. Chaudet, université d'Angers, Mars 2009

La répartition des profils des coordinateurs de CLIC tend à montrer que la coordination et l'information sont assurées à la fois par des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-sociales. Cette complémentarité tend à décloisonner les actions menées dans le champ de la vieillesse et du handicap. Si la concertation entre les CLIC et les réseaux de santé est engagée à deux niveaux de pilotage différents (celui du département dans le cas des CLIC et celui de la région dans le cas des réseaux de santé gérontologique), l'articulation entre les CLIC et les réseaux favorise le décloisonnement entre le domaine sanitaire, social et médico-social. Le CLIC contribue à l'émergence de réseaux gérontologiques et inversement le réseau gérontologique offre aux CLIC une expertise médicale qui permet aux personnes âgées de bénéficier d'une prise en charge globale et continue.

Comme nous l'avons souligné ici, la formalisation et la territorialisation est complexe à l'échelle du département. Le fait que les territoires de CLIC se superposent mais surtout chevauchent les territoires administratifs, rend d'autant plus difficile la coordination des acteurs. Si le CLIC se pose en territoire de coordination institutionnel, il est aussi le niveau privilégié pour développer une coordination autour de la personne âgée. Cette prise en charge ne peut s'effectuer que pour les CLIC de niveau 3. Se pose alors la question de l'articulation des CLIC avec les réseaux de santé et de services sur le territoire.

1.2.3 L'articulation des CLIC, avec les réseaux de santé et les réseaux de services sociaux

Les réseaux de santé en France correspondent à la prise en charge coordonnée d'un patient par plusieurs professionnels de santé. Les réseaux de proximité visent à prendre en compte les personnes âgées suivant les spécificités locales. Face à la diversité des acteurs en présence sur le territoire (services de soins à domicile, centre hospitalier, institutions publiques et privées) la logique de réseau et la coordination permettent de créer de nouvelles passerelles entre les services et les acteurs impliqués.

CLIC à la convergence des secteurs sanitaire, social et médico-social ?

Le réseau de santé se situe dans le cadre de l'organisation des services de santé telle que défini par les Schémas Régionaux d'Organisation des Services de santé (SROS). Alors que les CLIC s'inscrivent dans une politique départementale en faveur des personnes âgées et qui est défini par le cadre du schéma départemental d'action social et médico-social.

Les territoires de santé sont définis au niveau infra régional (Carte 15 : 107) tandis que les territoires de CLIC sont définis au niveau infra départemental. Une coopération entre les CLIC et les réseaux de santé semble pourtant incontournable. En effet, les missions des CLIC labellisés 2 et 3 *(Labellisation des CLIC: 173)* consistent à évaluer les besoins et élaborer un plan d'aide personnalisé. Rappelons que le CLIC n'est pas un prestataire de santé mais il participe à l'élaboration de la prise en charge sanitaire sociale et médico-sociale de la personne âgée. En effet, le CLIC est l'un des acteurs de la prévention, de l'accompagnement social et médical de la personne en perte d'autonomie. Comment les compétences des CLIC, à l'échelle infra départementale, peuvent elles s'articuler avec les réseaux de santé infra régionaux ? (Carte 22)

En posant la question des possibles articulations entre le CLIC et les réseaux de santé, implicite se pose aussi la question des territoires définis au niveau régional lors de l'élaboration des SROS. En centrant la carte ci-après sur le département du Maine et Loire et l'appartenance des collectivités aux territoires de santé, nous avons pu constater que les territoires des CLIC et les territoires de santé ne se superposent pas. En revanche, nous pouvons constater que huit territoires de coordination sont intégralement compris dans le Territoire de Recours d'Angers – ce sont les CLIC d'Angers (1), De Loir à Loire (2), d'Outre-Maine (3), Repér'âge (4), Equip'âge (5) du Baugeois (7), de Loire Authion (8), du Saumurois (9).

Concernant le territoire de recours de Cholet, excepté le CLIC de Cholet s'inscrit totalement sur ce territoire. Seuls quatre CLIC chevauchent les territoires de recours : certaines collectivités du Baugeois recoupent les territoires de recours de Cholet, d'Angers et de Nantes, celles inscrites dans le CLIC Loire-Layon chevauchent les territoires de recours de d'Angers et Cholet enfin celles du Segréen se partagent entre les territoires de recours d'Angers, Laval et Nantes.

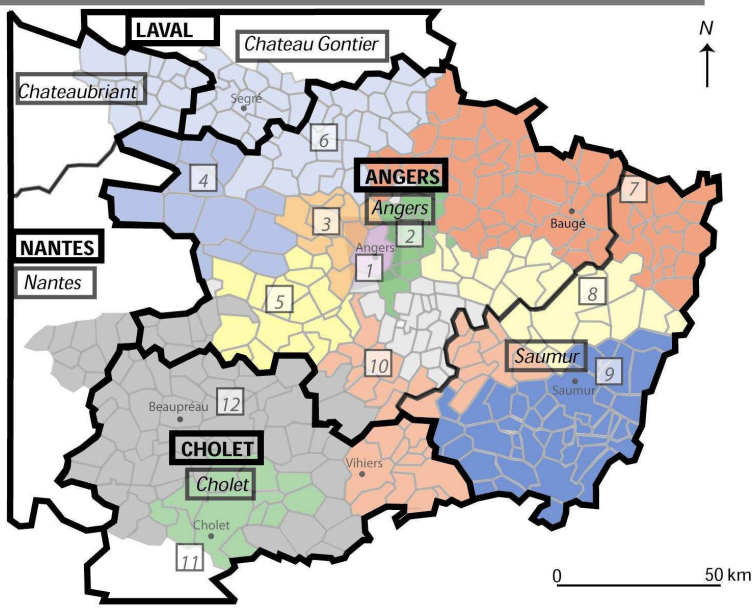
Enfin le Territoire du CLIC de Segré en construction recoupent les territoires de recours d'Angers, de Nantes et de Laval. Vue l'étendue du territoire du CLIC du Segréen et le fait que ce territoire soit en projet pose la question de la subdivision de ce CLIC en trois zones – dont le nombre de collectivités inscrites dans les territoires de recours d'Angers (26 collectivités dont la principale est le Lion d'Angers), de Laval (14 communes dont Segré) et de Nantes (14 municipalités dont la principale est Pouancé) est relativement homogène. Les limites sanitaires et sociales seraient cohérentes et favoriseraient peut être le développement d'un ensemble d'action et d'acteurs coordonnés sur un même territoire pour répondre aux besoins des populations en perte d'autonomie.

A l'échelle des territoires de proximité, les chevauchements concernent cinq CLIC (Clic du Baugeois, du Segréen, Loire-Layon, Mauges et Loir-Authion). Les sept autres s'inscrivent

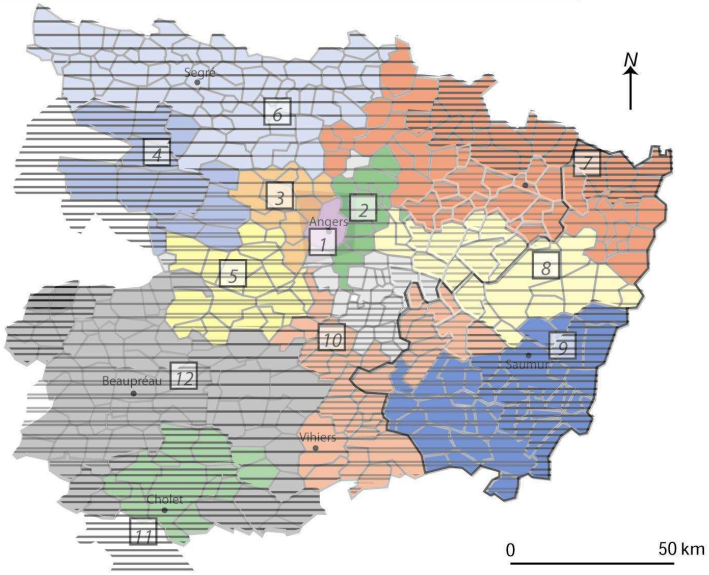
totalement dans le périmètre des territoires de recours, ce sont les CLIC de Cholet pour le secteur de Cholet, CLIC du Saumurois pour le secteur du Saumurois. Les cinq autres s'inscrivent dans le périmètre du territoire de santé d'Angers. Cette répartition et ce découpage laissent entrevoir de possibles actions concertées. La localisation des plateaux techniques explique en partie cette cohérence territoriale en milieu urbain.

Carte 22. CLIC* et territoires définis par le SROS III du département du Maine et Loire : convergences ?**

a. CLIC* et territoires de recours et de santé définis par le SROS** III (Maine et Loire)



b. CLIC* et territoires d'immédiate proximité définis par le SROS** III (Maine et Loire)



* CLIC Centre local d'information et de coordination

1 CLIC Angers
2 CLIC de Loir à Loire
3 CLIC Outre Maine
4 CLIC Reper'âge
5 CLIC Equip'âge
6 CLIC du Segréen (en projet)
7 CLIC du Baugeois (Nord Est Anjou)
8 CLIC Loire Authion
9 CLIC Saumurois
10 CLIC Loire Layon
11 CLIC Choletais
12 CLIC des Mauges (en construction)

Territoires de santé définis par le **Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) IIIème génération

ANGERS Territoire de Recours — Angers Territoire de santé — Territoire deproximité

Source : Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 2003
Réalisation : B. Chaudet, université d'Angers, Mars 2009

Enfin concernant les territoires d'immédiate proximité (Carte 21b.), ils constituent le niveau de soins de premier secours ; ils impliquent, outre l'hôpital, le généraliste, le spécialiste, l'infirmière et le pharmacien. Ils comportent, en général, une première offre d'hospitalisation en médecine, en soins de suite et en soins de longue durée. Ils constituent le niveau privilégié de l'articulation avec l'offre de services médico-sociaux, notamment pour la prise en charge des personnes âgées. Or c'est le niveau où les territoires sont les moins similaires. En effet, seuls les CLIC du Segréen (6), de Loir à Loire (2) et Outre-Maine (3) sont totalement inclus dans un territoire de santé de proximité. A l'inverse, trois territoires de santé sont intégralement compris dans les territoires de CLIC. C'est le cas notamment dans le Baugeois, le Saumurois et les Mauges. La cohérence entre ces territoires et les CLIC devrait favoriser la mise en œuvre d'une coordination sanitaire et sociale de proximité garantissant la prise en charge globale des personnes âgées. En définitive lorsque les territoires de proximité, définis par le SROS s'articulent avec les territoires de coordination gérontologique, les capacités à mobiliser les acteurs locaux et les équipements autour d'un objectif commun : la prise en charge continue des personnes en perte d'autonomie semblent plus aisée.

Des articulations à construire en faveur de la prise en charge de l'autonomie

Comme nous l'avons précisé précédemment, les CLIC s'organisent à l'intérieur des limites administratives du département. Les Pays s'inscrivent eux aussi à l'intérieur des frontières administratives du département. Selon l'histoire locale et l'ancrage du CLIC aux territoires de Pays, des projets de services et santé peuvent être envisagés au plus près de la population. (Ces expériences ont été menées par exemple dans le Pays du Centre Ouest Bretagne). Il s'agit alors de prendre en compte les enjeux de la construction de la coordination et des CLIC. Au regard de la cohérence entre les découpages territoriaux des CLIC et des Pays dans le département du Maine et Loire, il semble plus judicieux de fonder notre réflexion sur les EPCI. La combinaison de plusieurs EPCI formant un territoire de Pays pouvant être le support de l'action de coordination gérontologique locale mais ne limite pas sa territorialisation à cette seule alternative. La cohérence avec les territoires de proximité tels que définis par le SROS est un exemple. Dès lors, le CLIC serait-il la tête de pont assurant la coordination de l'action sanitaire sociale et médico-sociale en direction des populations en perte d'autonomie (handicap et vieillissement confondu) ?

Depuis la création des CLIC en 2001, deux autres structures administratives françaises ont vu le jour au niveau départemental : les Sites pour la Vie Autonome (SVA) et les Maisons Départementales du Handicap (MDPH). L'articulation entre les CLIC, le SVA et la MDPH fait

appel à une approche à la fois transversale et territoriale. En effet, il s'agit de favoriser l'intervention à domicile sur le territoire.

Les Sites pour la Vie autonome (SVA), parfois nommé DIspositif pour la Vie Autonome (DIVA) sont créés à titre expérimental en 1997 à l'échelle départementale vise à faciliter les procédures administratives, à réaliser une évaluation individualisée des besoins humains techniques et financiers par une équipe pluridisciplinaire, à réduire les délais et à assurer le financement des moyens de compensation des incapacités. Présents dans chaque département français depuis 2004, les SVA visent à réguler l'accès aux ressources pour tous les départements sur le territoire national. Alors que ce procédé fait l'objet d'un large consensus, il n'en montre pas moins d'importantes limites sur le terrain, comme la couverture de la demande par les équipes techniques labellisées pour tous les types de handicaps. Pour cela, le CLIC est une ressource essentielle, non seulement pour leur connaissance du territoire, des structures et des équipements présents mais aussi pour identifier les réseaux de santé et de services existants. L'articulation entre les CLIC et les SVA tendent à favoriser la mise en réseau des diverses instances sanitaires et sociales départementales dans le champ du vieillissement.

Le pont entre le sanitaire et le social semble se confirmer avec l'apparition des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) en 2006. Ces structures permettent de considérer l'ensemble des populations en situation de handicap et de participer au maintien d'une vie la plus autonome possible. La création des MDPH permet aussi et surtout de proposer une réponse de proximité aux besoins des personnes handicapées de façon équitable sur le territoire national. Elles sont instaurées par la loi du 11 février 2005. Selon la secrétaire d'état aux personnes handicapées, *« l'esprit de la maison du handicap est de coordonner les fonctions d'informations dans un lieu unique et d'évaluation et d'orientation médico-sociale et professionnelle »* (Letard V., 2007).

Il s'agit là d'un guichet unique visant à simplifier les démarches administratives par le regroupement des structures (COmmission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) et les Commissions Départementales d'Éducation Spécialisée (CDES)[41]) et à recueillir les informations sur l'aménagement des logements, les aides financières, les placements des personnes handicapées.

Or, en simplifiant les procédures départementales dans le domaine de la prise en charge de

[41] CDES, COTOREP qui ont compétence pour l'orientation des personnes vers le milieu ordinaire ou les établissements spécialisés, la reconnaissance de leur caractère « handicapé » avec affectation à une catégorie A, B, C en fonction de la gravité et du caractère temporaire, durable ou définitif du handicap, et l'attribution de différentes aides financières (AES et compléments, AAH et allocations complémentaires, Allocation Compensatrices, etc….).

l'autonomie par l'accueil, l'écoute, l'information et une aide à l'élaboration des projets de vie, la multiplication des entités administratives complexifie plus qu'elle ne simplifie les démarches des populations en perte d'autonomie.

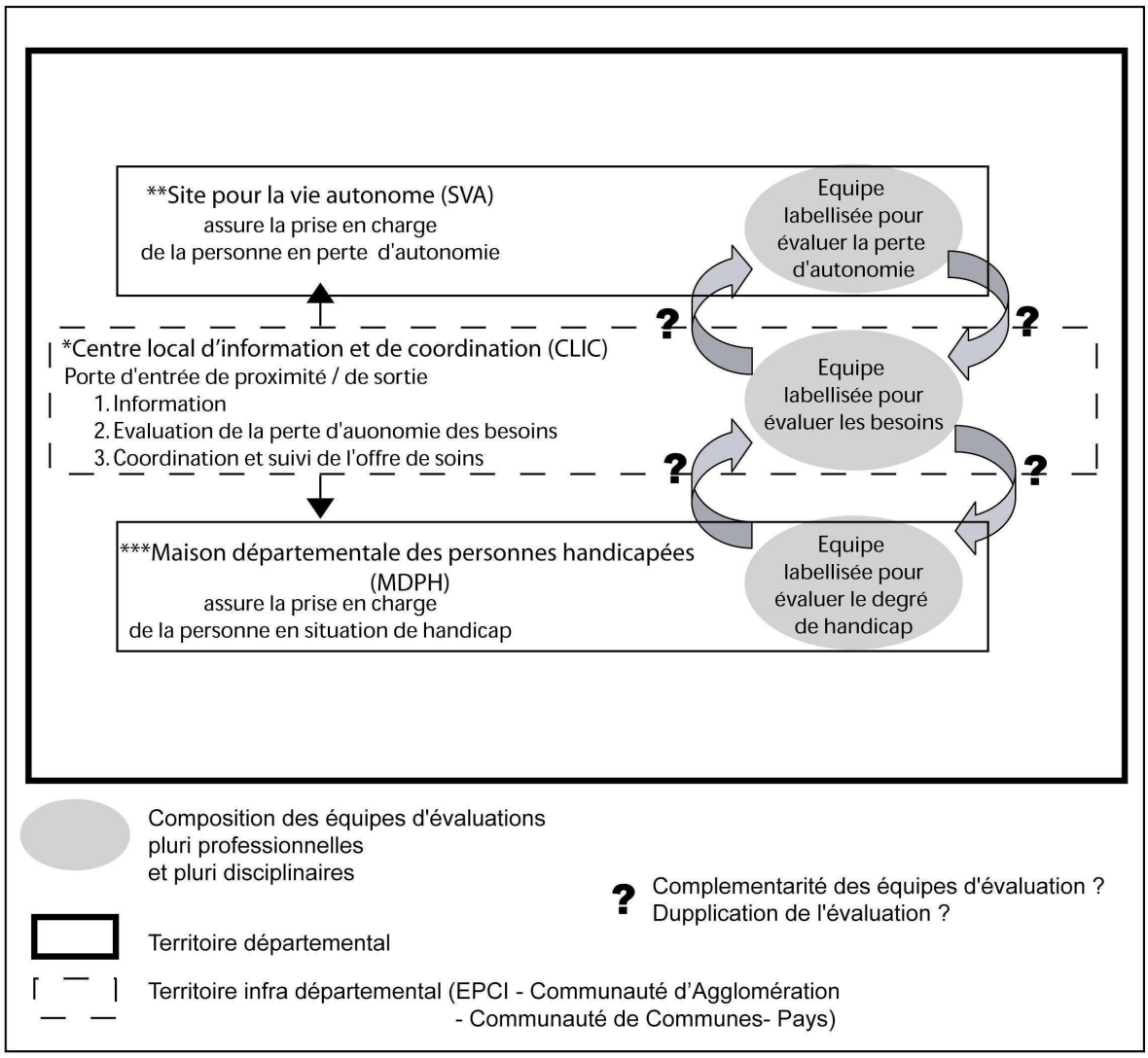
Se pose alors la question de la connexion entre les MDPH, les SVA avec les CLIC d'autant que les évaluations relatives à l'autonomie de l'individu sont communes à ces structures : sommes-nous face au maintien d'une frontière institutionnelle entre handicap et gérontologie qui se concrétisent par la distinction entre MDPH et SVA ? Le paradoxe dans ce domaine est que les professionnels n'ont pas attendu que les structures CLIC, SVA, MDPH apparaissent pour agir ensemble. Les acteurs locaux reconnaissent que ces espaces dédiés aux handicaps et au vieillissement sont des lieux privilégiés de l'observation et de l'évaluation des actions menées à l'échelle locale. Ces espaces devraient permettre d'effectuer des bilans réguliers et d'assurer une coordination prospective dans ces domaines, qu'il s'agisse des avancées, des blocages ou des difficultés rencontrées.

La diversité des pratiques à l'échelle des départements induit des disparités locales importantes : par exemple, certains SVA appliquent une restriction des attributions de l'aide octroyée en fonction de l'âge (limitée à 60 ans), afin de limiter les engagements financiers et de tenir les enveloppes budgétaires qui leurs sont allouées. Seule une circulaire de juin 2001 régit le fonctionnement des sites ou des dispositifs pour la vie autonome. Ce texte n'ayant pas force de loi, il n'oblige pas les financeurs à prendre en charge l'intégralité des besoins de compensation préconisés par les équipes d'évaluation labellisées. Par ailleurs, les temps d'attente des dossiers administratifs instruits au sein des MDPH sont longs.

Le décloisonnement des secteurs du handicap et de l'avancée en âge n'est pas admis dans tous les départements. La régulation des aides attribuées par la mutualisation des outils mobilisés contraint les personnes handicapées vieillissantes a passé du statut de personne handicapée à celui de personne vieillissante. Selon les départements, le statut de « personne handicapée vieillissante » est ou n'est pas reconnu. Ainsi, entre la volonté de créer des structures administratives départementales pour assurer l'équité des droits des populations fragiles et la réalité territoriale ; force est de constater que des disparités demeurent et que l'homogénéisation des aides sociales en direction des personnes handicapées et/ou âgées n'est pas de mise sur le territoire national. Alors que les CLIC, les SVA et les MDPH sont initiés pour développer une vision globale du domaine médico-social, donner des repères et faciliter le déplacement des personnes vulnérables et leurs proches dans l'organisation des services sociaux et de santé, il demeure complexe et irrégulier à l'échelle nationale. Les débats portent d'une part sur la complémentarité et/ou la duplication des équipes d'évaluation pluridisciplinaires et pluri-

professionnelles des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux des personnes en perte d'autonomie (Fig. 33).

Figure 33. CLIC*, SVA**, MDPH*** : Quelles articulations ?



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Mars 2005

L'évaluation de la perte d'autonomie : une étape cruciale de la coordination

L'étape cruciale de l'évaluation de la perte d'autonomie consiste à orienter la personne âgée vers les services de soutien à domicile existants sur les territoires ou vers des centres spécialisés en gérontologie qui offrent une série de tests et d'examens adaptés permettant d'adapter la prise en charge gérontologique. Le bilan gérontologique s'avère nécessaire au regard de l'apparition d'une maladie grave, d'une affection bénigne qui se répète ou d'un mode de vie qui ne tient pas

suffisamment compte des déficiences associées à l'âge. Assurée par les services gériatriques ou des équipes d'évaluations labellisées des CLIC, ces consultations permettent de repérer les incapacités potentielles, de proposer un ajustement des traitements en cours, d'anticiper les limites du soutien à domicile et de programmer si nécessaire une hospitalisation, ou encore de mettre en place le réseau de services et de soins permettant son retour à domicile. Parce que la perte d'autonomie est par définition évolutive : c'est souvent un évènement majeur (Chute, accident domestique, …) qui conduit à organiser un suivi personnalisé gérer par un réseau de professionnels afin d'éviter les doublons de services de santé et de services sociaux auprès des personnes âgées.

Entre l'évaluation de la perte d'autonomie et le maintien de leur autonomie au quotidien, les intervenants auprès de la personne vieillissante sont d'autant plus nombreux que la perte d'autonomie est lourde. Dans la journée peuvent se succéder au domicile de la personne âgée des infirmiers, aide soignants, aide ménagère, kinésithérapeute, *etc.* Face à la diversité des intervenants, l'organisation verticale des services de santé et des ressources sociales impose aux usagers de se déplacer entre ces différents niveaux, et interroge la place et le rôle des coordinateurs des services autour de la personne en perte d'autonomie.

1.3. L'accès aux services de soins en France, un itinéraire coordonné ?

L'accès aux services de soins, depuis la rencontre du médecin généraliste jusqu'à l'entrée à l'hôpital pour une durée courte ou longue, est un moment clé de la prise en charge des individus âgés, en particulier lorsqu'il s'agit d'une chute ou d'un problème de santé qui nécessite le passage par les services d'urgence. Le souci majeur rencontré dans le cadre du système de santé français demeure son cloisonnement, créant une prise en charge très spécialisée avec un découpage par problématique entraînant des actions parfois redondantes et provoquant un surcoût à la fois humain et financier. Dans ces conditions, l'objet de la prise en charge des personnes âgées repose sur l'orientation de la personne âgée dans le système de soins depuis son entrée jusqu'à sa sortie, et sur la coordination des professionnels de santé, médico-social et social.

1.3.1 Les parcours de soins en France

Les besoins des personnes en perte d'autonomie et de leur famille commencent dès la présomption d'une déficience et s'échelonnent tout au long de leur vie. Ces besoins sont souvent concomitants, de telle sorte que la personne et ses proches nécessitent des services issus de plusieurs intervenants de disciplines diverses et offerts par différents partenaires du réseau. C'est le passage d'une logique de réseau à une logique de filière passage d'un dispositif qui entoure la personne âgée à une logique d'acteur ou la personne âgée devient l'acteur de son programme de santé et des services sociaux.

Globalement, la porte d'entrée pour les personnes âgées varie suivant leur degré d'autonomie, leur entourage et leur contact avec les professionnels de santé et des services sociaux. Pour les personnes âgées les plus autonomes, elles sont suivies par leur médecin généraliste ou leur médecin de famille qui les guide au gré de leur perte d'autonomie vers les services de santé et les services sociaux au moment où elles en éprouvent le besoin et qui leur permet de se maintenir à domicile.

Pour d'autres, la perte d'autonomie progressive suite à une chute les conduit à faire appel à leur médecin qui mène à une évaluation de la perte d'autonomie et permet d'orienter la personne vers les services qui lui correspondent. Lorsque l'épisode de l'hospitalisation est convenu avec le médecin de famille, il est préparé et anticipé par les personnes âgées qui semblent déambuler entre les divers services et acteurs sanitaires et sociaux de façon plus aisée.

Pour d'autres encore, la perte d'autonomie brutale, suite à une chute ou un accident, conduit les personnes vers les services d'urgences. Dès lors, elles accèdent, s'il en est besoin, à une hospitalisation générant un parcours plus sinueux. La conjugaison d'épisode d'hospitalisation et l'imprévu d'une chute et le passage au service d'urgence sans référence au médecin de famille, entraîne une série d'examen et une évaluation gérontologique qui sont opérées dans l'urgence et croisent parfois des données préalablement recueillies par les acteurs déjà présents autour de la personne.

La difficulté pour les personnes âgées n'est pas tant l'entrée dans le système de santé, où l'entourage, les médecins généralistes assurent leur prise en charge. En revanche, à la suite d'un épisode d'hospitalisation, c'est la reconnaissance de la perte d'autonomie, le suivi et la continuité de services deviennent le défi majeur pour assurer le bien-être de la personne.

Se pose alors la question du référent, du coordinateur des services de soins et des services sociaux, entendu comme une personne extérieure à tous les services qui est amenée à connaître les véritables besoins de l'usager. Ce référent dans ce cas peut-il être un proche, un membre des

services de santé ? Qui assure le rôle de coordinateur des services autour de la personne âgée ? La présence de multiples intervenants autour de la personne âgée renforce la question de la place que la personne âgée occupe : est-elle bénéficiaire des services et des prestations offertes ou bien est-elle un partenaire à part entière des services qu'elle reçoit ?

A travers trois exemples de coordination gérontologique au plus près de la personne âgée dans le département du Maine et Loire, nous relevons ici la complexité de la coordination des actions relevant de la santé, des services sociaux en direction des personnes âgées.

1.3.2 La place du coordinateur gérontologique

La coordination recouvre des démarches variées suivant le lieu de domiciliation des personnes âgées. En milieu rural, s'il est admis que l'information, le soutien à domicile et la prise en charge institutionnelle relèvent d'une réponse de proximité, la présence d'un plateau technique minimal[42], en l'occurrence l'hôpital local, d'une équipe mobile facilite la communication, l'évaluation et la prise en charge par la mutualisation des compétences et favorise le soutien à domicile des personnes vieillissantes.

L'Hôpital Local (HL) coordinateur des territoires ruraux : l'exemple de l'HL de Baugé

La présence de l'Hôpital Local (HL) accroît le soutien apporté aux personnes âgées en terme d'accès aux services de soins, et représente aussi un support non négligeable aux collectivités rurales alentours. L'HL de Baugé est un hôpital intercommunal assurant une filière gérontologique complète comprenant des lits de courts séjours, d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et de lits en Établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et la capacité de réaliser des évaluations de proximité destinées à faciliter le maintien à domicile ou la sortie d'hôpital par l'intervention d'une équipe mobile et des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Dès lors, l'HL agit comme support d'une réponse de proximité pour une population âgée de plus en plus importante et de plus en plus en demande. Les SSIAD constituent une alternative à l'hospitalisation et au placement en hébergement de soins de longue durée.

L'HL est, dans ce secteur, considéré comme tête de pont des réseaux entre le CLIC du Baugeois et gérontologiques. L'engagement du CLIC du Pays Baugeois dans la démarche de

[42] CH avec ou non un service gériatrique, SSIAD, SAD, Foyer Logement, Maison de retraite.

coordination des services sanitaires et sociaux n'est pas nouveau. A l'origine, le comité d'expansion du Pays Baugeois a engagé, par le biais de sa commission santé/social, une réflexion portant sur la mise en place d'une coordination gérontologique au sein du territoire de Pays. Dès 1984, une instance de coordination gérontologique est créée pour promouvoir l'aide à domicile (portage de repas, télésécurité, *etc.*) et se poursuit avec la création du CLIC du Pays Baugeois. Néanmoins, les prises en charge des personnes âgées ne relèvent pas seulement du CLIC et du seul HL. Le réseau d'HL participe à l'organisation de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie sur un territoire plus vaste. Le Nord Est du département, composé de collectivités à dominantes rurales et comptant parmi les plus vieillissantes du département du Maine et Loire est couvert par trois Hôpitaux Locaux (HL de Beaufort en Vallée (10km), Longué-Jumelles (13km)).

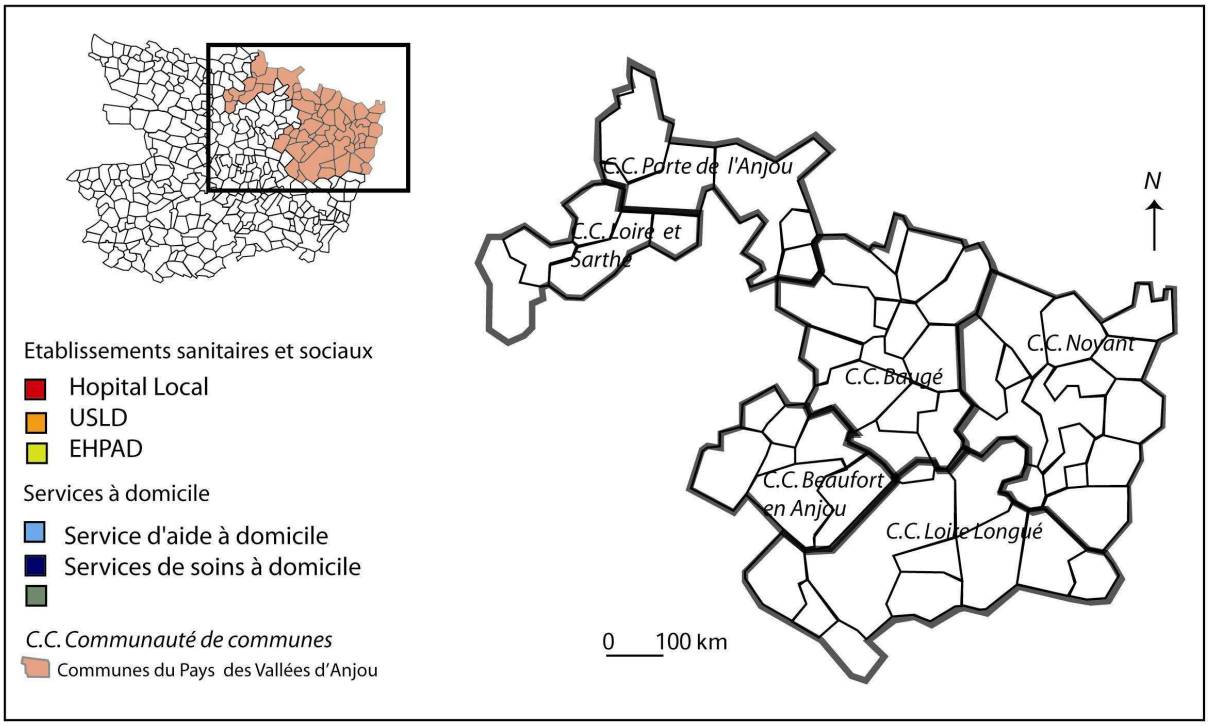
> Leurs actions sont renforcées par l'accès à un plateau technique plus important, le plus proche étant celui du département voisin (la Sarthe) le Centre Hospitalier de la Flèche (18 km) suivi du Centre hospitalier régional d'Angers (26km). L'HL de Baugé est aussi en lien avec l'établissement de soins de suite et de réadaptation situé au Lude (16km) dans le département de la Sarthe. La prise en charge des personnes âgées ne tient pas nécessairement compte des limites administratives du département du Maine et Loire, bon nombre de personnes interrogées à Baugé nous ont fait part de leurs déplacements vers les établissements localisés à la Flèche et au Lude pour des épisodes de soins temporaires avant un passage de convalescence à l'HL et le retour à domicile où le suivi est effectué par l'équipe mobile de l'HL afin d'assurer la transition vers le domicile. Ainsi, la coordination des actions sanitaires et sociales sur ce territoire de CLIC situé à l'Est du département du Maine et Loire doit gérer à la fois des problématiques locales et prendre en compte les services de santé et les services sociaux situés dans les départements limitrophes tout en préservant une action de proximité qui réponde aux besoins et aux attentes du plus grand nombre.

Le CLIC du Baugeois, composé des cinq communautés de communes (Noyant, Baugé, Loir et Maine, Porte de l'Anjou, Loir), a pour mission de recenser les réseaux existants et l'organisation de l'offre de services et de soins sur son territoire. La spécificité de ce CLIC est sa fonction de guichet unique à double entrée : « vieillissement et handicap ». Elle s'explique pour partie par la présence des établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées (Carte 23). C'est la raison pour laquelle cinq antennes du CLIC ont été réparties sur le territoire en réponse aux demandes des personnes âgées et des professionnels de santé de

façon à informer et diriger les personnes en perte d'autonomie vers les services sanitaires et sociaux adaptés à leurs besoins.

> *« Il faut entamer une réflexion sur les personnes qui veulent rester à domicile. De moins en moins de contact avec le voisinage, la famille où une certaine solitude dans le monde rural comblée partiellement par les intervenants telles que les aides ménagères, les aides soignantes. Pourtant bien souvent la personne âgée n'a pas l'information sur les prestations dont elle peut bénéficier dans son secteur. L'information ne circule pas tant auprès de la personne âgée que de la famille, les acteurs ne se connaissent pas. »* *. 04 – Professionnel de santé - Baugé -*

Carte 23. Répartition des équipements en direction des personnes âgées du CLIC du Pays Baugeois.



Source : INSEE, 2005 Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov. 2008

Associé à ces établissements sanitaires et aux Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de l'HL, le CLIC et les services à domicile dispensés par le biais d'associations telle que l'Aide à Domicile en Milieu rural (ADMR) favorisent la prise en charge des personnes en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap en milieu rural. Cette double entrée « handicap et vieillissement » est confortée par la présence d'un ensemble de services et d'équipements sanitaires et sociaux dont la mise en place d'une équipe mobile au sein de l'HL, en charge de l'évaluation gérontologique, au sein de l'hôpital local identifié comme pivot de l'action de coordination gérontologique. De fait, l'équipe mobile a pour mission l'évaluation de la perte d'autonomie, propose des recommandations relatives aux services nécessaires au maintien de la personne dans son milieu de vie et anticipe son orientation dans le parcours de soins. L'équipe

mobile de l'HL de Baugé, se présente alors comme un pivot et un atout indispensable de l'organisation des services de santé sur le territoire rural. Or d'après le projet de Loi « Hôpital, santé, patients et Territoire » l'HL serait « en voie de disparition » au profit des « Communautés Hospitalière de territoires », même si le rôle des établissements de proximité dans la prise en charge de premier recours est confirmé.

Le médecin coordinateur : L'exemple des communes périurbaines situées au Nord d'Angers

Lorsque les personnes âgées résident à proximité des CHR et des plateaux techniques les plus avancés, ce sont les médecins coordinateurs qui assurent le lien entre les personnes et les infrastructures sanitaires et sociales. Avec l'avancée en âge les polypathologies sont de plus en plus fréquentes. Le médecin de famille est le plus souvent l'intermédiaire essentiel entre la personne âgée, son entourage et les acteurs du champ de la santé et du social. Le médecin généraliste demeure le premier interlocuteur et constitue le premier niveau de recours aux soins. Sa proximité, sa connaissance du milieu de vie et sa capacité de suivi font de lui un acteur privilégié de la prise en charge gérontologique selon les personnes âgées.

Lorsque le médecin généraliste n'est pas le coordinateur du réseau, il reste malgré tout, en milieu rural comme en milieu urbain, le premier interlocuteur des personnes âgées et de leurs proches. En effet, le médecin de famille connaît souvent les antécédents familiaux de toute la famille. Ce qui est vrai aujourd'hui pour les personnes âgées, le sera vraisemblablement beaucoup moins pour les générations futures dont le référent varie au fil du temps et de la mobilité croissante des populations.

Les médecins généralistes insistent alors sur la nécessité d'identifier l'offre gérontologique locale et les réseaux professionnels locaux de l'action sanitaire et sociale pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

> *« Le médecin coordinateur a des liens étroits avec les CCAS, les CLIC, les prestataires de services en général qui constituent les ressources permettant d'obtenir les informations concernant les services les plus adaptés à la personne. Ils ont généralement une connaissance des services à domicile existant sur leur territoire, des structures d'hébergements non hospitalière et hospitalière, des aides sociales et des services sociaux susceptibles de répondre aux besoins spécifiques de leurs patients, face à la complexité des circuits de soins et de services d'aides que la personne âgée et sa famille redoute. »*

EF. 07 – Professionnel de santé/ Coordinateur – Angers

Ainsi, soit le médecin généraliste est en mesure de répondre aux questions des personnes âgées et de ses proches dans le cas contraire, il crée le lien vers le médecin coordinateur ou le CLIC permettant ainsi à la famille d'accéder à un ensemble d'information et de ressources qui permettront à la personne de mieux se repérer au sein des services sanitaires et sociaux. De ce fait le médecin coordinateur est aussi l'animateur d'un réseau d'intervenants pour répondre comme les CLIC aux questions posées par les personnes en perte d'autonomie. Les questions les plus fréquemment posées sont

> *« Les solutions d'hébergement pour les personnes âgées et leur maintien à domicile : comment prendre en charge le quotidien (ménage, courses, repas, sorties…) ? Comment bénéficier d'un portage de repas ? Qu'est-ce que l'hébergement temporaire ? À quelles aides financières puis-je prétendre ? Où, quand comment accéder aux offres de loisirs ? Autant de sujets auxquels le CLIC répond en guidant la personne âgée et son entourage vers les services compétents »*
>
> *EF 02 – CLIC Angers – Angers*

Le médecin coordinateur doit faire face à une multitude de situations, il est en contact au quotidien avec les difficultés rencontrées par les personnes âgées. Si la présence des aidants informels pallie, dans un premier temps, les besoins des personnes proches, avec l'avancée en âge des aidants ou l'évolution de la perte d'autonomie, la complémentarité des services d'aides à domicile et des services associatifs d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie est essentielle.

> *« Ce qui pose problème c'est au niveau des aidants avec les difficultés des proches vieillissants ou des parents âgés. Pour les personnes handicapées et leurs rôles qui s'inversent. Quand on est jeune le handicap fait partie de la vie … à un âge plus avancé, la personne rencontre des difficultés d'adaptation. Alors que la personne jeune et handicapée trouve des prises en charge adaptée médicale et financière, en revanche une personne vieillissante est âgée avant d'être handicapée et les ressources sont plus difficiles à identifier pour la maintenir dans son milieu de vie ».*
>
> *EF. 07 – Professionnel de santé/ Coordinateur – Angers*

Le médecin coordinateur, confronté au bien-être des personnes âgées a pour mission de s'assurer des bonnes conditions du maintien à domicile. Pour cela, il s'appuie d'une part sur les services ou les structures médico-sociales présentes autour du domicile de la personne âgée tels que les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) qui assurent des prestations de soins

infirmiers techniques et qui interviennent sur prescription du médecin traitant. Il tient compte également de la présence des Auxiliaires de Vie Sociale (AVS) qui interviennent à la demande de la personne âgée ou sur recommandation du médecin généraliste de façon à épauler et assister les personnes dans la réalisation des tâches et activités de la vie quotidienne. En définitive, l'enjeu pour les médecins coordinateurs est double : celui d'un partage d'une culture gérontologique essentiel à la prise en charge globale et coordonnée des patients et celui de la pénurie des médecins coordinateurs car ces tâches de coordination ne pas ou peu rémunérées.

Le réseau gérontologique du Saumurois

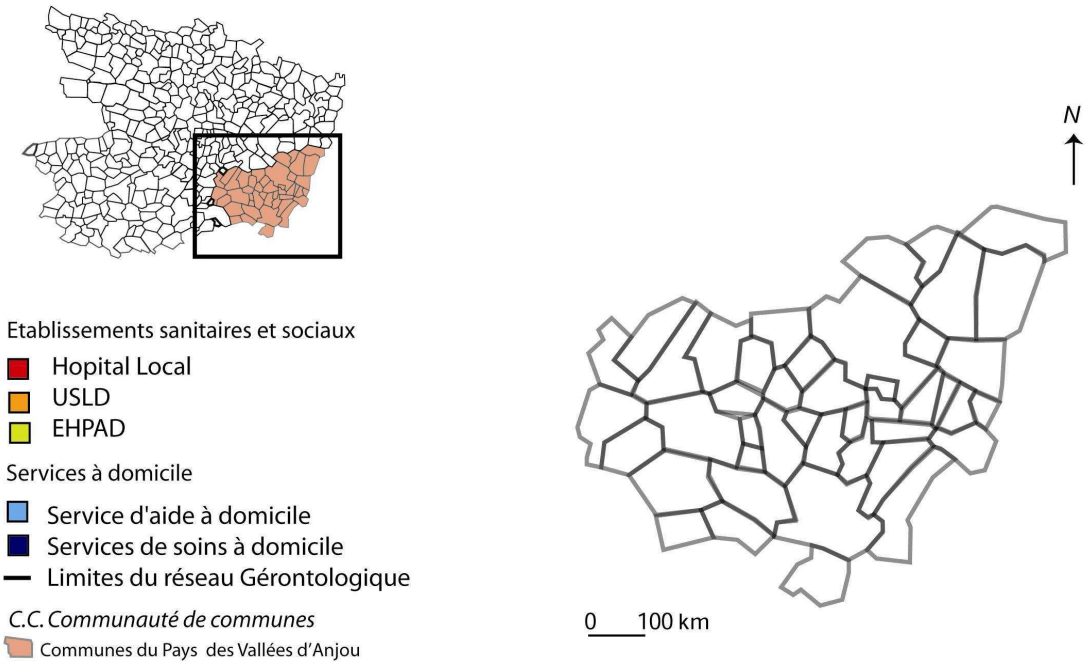
Le réseau gérontologique du Saumurois a été mis en place en 2005 à l'initiative de la MSA[43]. Unique dispositif de cette dimension dans le département du Maine et Loire dans le domaine de la prise en charge à domicile des personnes âgées, le réseau gérontologique est destiné à maintenir les personnes âgées à leur domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales en assurant une prise en charge médico-sociale globale et de qualité. Il s'appuie sur le rôle pivot du médecin généraliste, coordinateur des acteurs de santé autour du patient. Les acteurs impliqués sont les professionnels médicaux et para médicaux du secteur libéral, les établissements de santé publics et privés (HL Doué la fontaine, HL de Martigné-Briand, CH de Saumur et HL de Longué-Jumelles), les établissements et les services médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, CLIC...) et les collectivités locales (Carte 24).

Le patient est guidé par le médecin généraliste ou le CLIC vers le réseau gérontologique du Saumurois auquel il demande sa prise en charge. Une évaluation sociale, médicale et fonctionnelle est réalisée. Les étapes de la prise en charge globale du patient reposent sur ce bilan gériatrique à l'issue duquel une réunion de coordination est proposée afin de définir le plan d'intervention (soin aide humaine, technique aide aux aidants). Cette réunion de coordination permet de réorienter la personne vers les services compétents. Enfin, un suivi régulier est mis en place grâce au rôle pivot du médecin généraliste traitant, coordinateur des soins pour ses patients avec l'appui d'une cellule de coordination du réseau. La cellule de coordination assure l'articulation entre le sanitaire et le social pour une prise en charge globale de la personne âgée, au delà de l'équipe médicale, un travailleur social assure pour chaque patient la coordination des prestations sociales. Ce suivi comprend un suivi du plan d'intervention et une réévaluation

[43] La MSA en partenariat avec la fédération nationale des réseaux gérontologiques, accompagne les réseaux gérontologiques existants mais elle est aussi porteuse de projets de réseaux gérontologiques. La MSA ne reproduit pas à l'identique un modèle, elle s'appuie sur les ressources locales pour promouvoir un décloisonnement ville/hôpital, sanitaire/médico-social/social.

annuelle de son autonomie ou plus tôt si nécessaire. Ainsi, le réseau de santé gérontologique consiste à mobiliser les compétences de différents professionnels autour de la personne âgée de façon formelle, le constat des réseaux non formalisés mettant en évidence la variabilité du suivi en fonction des rencontres et des affinités entre professionnels du territoire.

Carte 24. Répartition des équipements en direction des personnes âgées du CLIC du Pays Saumurois.



Source : INSEE, 2005 Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov. 2008

En résumé, les situations varient suivant la présence ou non d'un réseau gérontologique local qui assure la prise en charge des personnes âgées comme décrit précédemment à Saumur. La présence d'un réseau gérontologique permet de fluidifier le parcours des personnes âgées dans le système de soins dans la mesure ou il combine à la fois le référent : médecin coordinateur et les liens avec l'ensemble des partenaires du réseau. Néanmoins, sa superposition avec les CLIC du Saumurois n'est pas sans poser de problème notamment en terme de duplication de services rendus à la population. L'enjeu pour ce réseau est d'articuler son action avec celle des CLIC qu'il recoupe.

La diversité des situations françaises ne facilite pas la compréhension des filières de soins en direction des personnes âgées. Le statut et le rôle du coordinateur varie au sein d'un même département, renforçant la nécessité de rendre efficace l'action de chaque partenaire et la

présence d'un guichet unique d'information répondant aux interrogations des personnes âgées et de leurs proches sur le territoire. Si la présentation du contexte français et de la prise en charge des personnes âgées est relativement complexe du fait de l'emboîtement d'échelle qu'il impose de prendre en compte depuis l'échelle régionale jusqu'à l'échelle locale. Le parcours de soins des personnes âgées est d'autant plus sinueux qu'il varie en fonction des particularités locales, des acteurs en présence, de leur implication au sein d'un réseau coordonné et des équipements disponibles. Au Québec, la formalisation des Réseaux Locaux de Santé et des Centres de Services et de Santé simplifient-ils le parcours de soin des personnes âgées en perte d'autonomie ?

2. Regroupement local au Québec : une coordination territoriale optimale ?

La Loi N°25 a transformé l'organisation des services de santé et des services sociaux en fusionnant les établissements de santé entre eux. Les établissements publics CLSC, CHSLD publics et CH de soins généraux sont réunis pour constituer un seul établissement nommé le Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS). Ce nouveau CSSS est responsable de l'organisation, de la coordination et de la prestation des services d'un territoire. Au-delà des établissements compris au sein du CSSS, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) soutien une logique de réseau, visant à soutenir l'intégration et la participation sociale en favorisant la mise en place de Réseaux Locaux de Services (RLS) où la fonction d'intervenant pivot et de gestionnaire de cas est la clé pour assurer la coordination des services.

2.1 Réorganisation des services de santé au Québec

Suites aux orientations ministérielles sur les services aux personnes âgées en perte d'autonomie adoptées en 2001, des changements sont amorcés pour améliorer la continuité des services. Ces orientations associées à la politique de maintien à domicile *chez soi : le premier choix* adopté en 2003 sont les assises de l'intégration des services de soins et des services sociaux.

> *" Nous savons que les personnes qui vieillissent et qui voient leur autonomie diminuer préfèrent demeurer à leur domicile ou dans leur communauté. […] présente de grands principes directeurs prévoyant le respect de la liberté de choisir de la personne, la volonté de permettre le*

maintien dans la communauté, la solidarité à l'égard de la personne proche aidante, la disponibilité de l'information et une prestation de services fondée sur les besoins réels des personnes". Philippe Couillard – Ministre de la santé et des services sociaux

Ainsi, depuis dix ans, en accord avec les orientations ministérielles, la volonté du MSSS et du réseau est bien de soutenir l'intégration et la participation sociale des personnes présentant une incapacité fonctionnelle dans leur milieu de vie[44].

Ce qui apparaît franchement avec la mise en place des CSSS et des RLS, ce sont les approches populationnelle et par programmes assurés par l'ensemble du réseau, mais aussi la hiérarchisation des services. Ainsi, les réseaux prennent en compte les besoins réels de la population en fonction des ressources disponibles sur le territoire.

2.1.1 Prendre en compte l'approche par programme et populationnelle

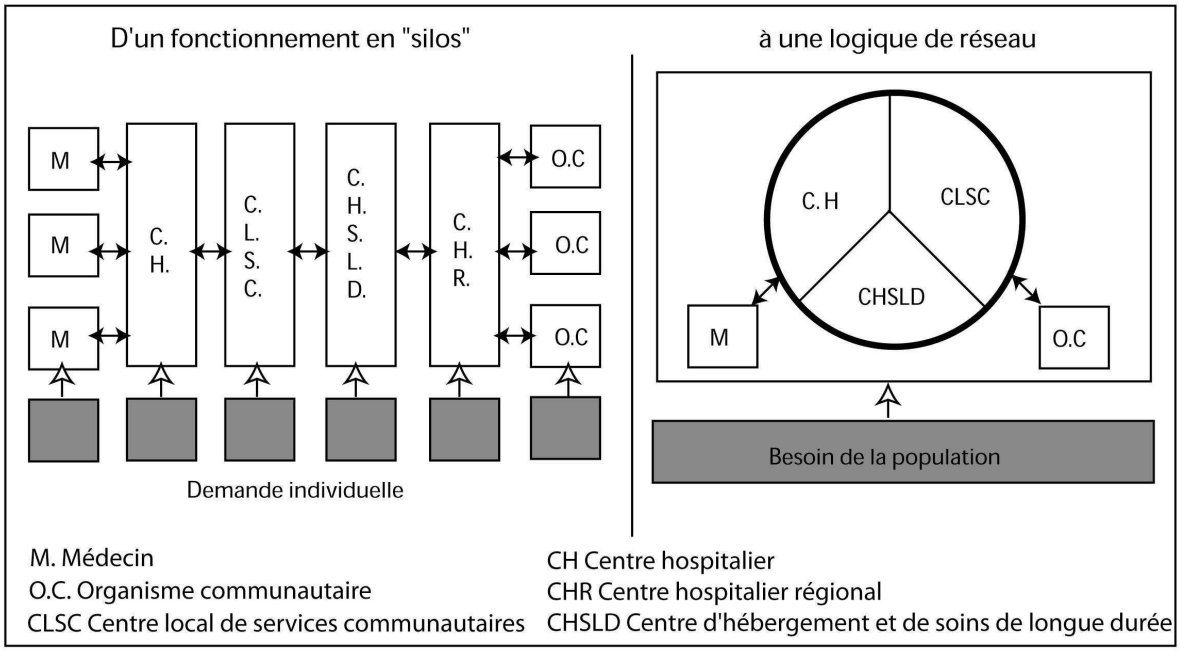
Les besoins de la population sont établis au niveau régional par les Agences de Santé et des Services Sociaux (ASSS), réparties sur l'ensemble du territoire provincial. Leur mission est de mettre en place sur le territoire un Réseau Local de Services[45] (RLS), permettant d'identifier les besoins et de définir l'offre de services sur le territoire de santé défini par les CSSS. L'objectif est d'initier et de guider les efforts de prévention, d'assurer l'intégration et la cohérence des services et des soins sur son territoire et de faciliter l'accès aux services et la continuité des soins. Il s'agit alors de promouvoir le passage d'un système de santé, marqué par le cloisonnement entre les différentes structures sanitaires et sociales qui répondent aux demandes individuelles, à une logique de réseau centrée sur les CSSS et les besoins de l'ensemble de la population (Fig. 34).

---

[44] Pour une véritable participation à la vie de la communauté : Orientations ministérielles en déficience physique : Objectifs 2004-2009, Québec, MSSS, 2003. Chez soi, le premier choix : Politique de soutien à domicile, Québec, MSSS, 2003.

[45] Article 24 de la loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Figure 34. Aligner les ressources sanitaires et sociales sur les besoins de la population locale (Québec)



Source Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 2006
- Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Mars 2008

Or entre les volontés institutionnelles imposées par la Loi N°25 et la réalité de terrain, il semble que la prise en compte des besoins de la population et la territorialisation des services sanitaires et sociaux ne soit pas toujours de mise. De fait, le système de santé pré existant à la Loi N°25 n'était pas cloisonné, les partenariats entre les acteurs locaux engagés sur de nombreux territoires. La Loi N°25 modifie l'échelle d'action des CSSS en réunissant physiquement et institutionnellement les structures qui le composent – à savoir les CH, CHSLD, CLSC. Il s'agit d'une opération visant à créer une institution gestionnaire unique dans le but de mutualiser les ressources et de limiter les coûts en s'éloignant des besoins locaux. L'Association Québécoise d'Etablissements de Santé et de Services Sociaux (AQESS), qui regroupe l'ensemble des CSSS existants au Québec, confirme cette hypothèse.

> *« On n'a même pas tenu compte de ça (Profil populationnel), même pire parfois. On est allé à l'encontre de ses corridors de déplacements de santé […] la preuve à Montréal, on jumelait des centres hospitaliers avec des centres de santé alors que les populations de ce territoire consommait des services de santé ailleurs que dans le centre hospitalier du CSSS »*
>
> *EEQ 4- AQESS -Montréal*

En effet, la mise en place des CSSS laisse supposer que l'offre de service sur le territoire de CSSS soit revue plus en fonction de la proximité des établissements du réseau que de l'éventail des besoins de la population identifiée. Ce constat se vérifie particulièrement en milieu urbain, au sein des espaces densément peuplés. A l'inverse, en milieu rural, les distances sont tellement grandes entre les établissements de santé que les territoires de MRC et les territoires de CSSS se superposent et correspondent aussi aux densités minimales de population. En définitive, la volonté de créer les CSSS répond à la volonté de coordonner les services répartis sur le territoire et de supprimer le cloisonnement entre les services sanitaires et sociaux. Le regroupement de ces établissements au sein des CSSS vise à assurer l'accessibilité, la continuité et qualité des services. Avec l'apparition des CSSS c'est une planification socio-sanitaire à l'échelle locale qui s'opère dont le CSSS est le porteur. Il a donc obligation d'organiser l'ensemble des services sur le territoire qu'il dessert, en partenariat avec l'ensemble des ressources privées et publiques existantes.

Le niveau local doit répondre aux services de première ligne au sens large et conjuguer ses actions avec les établissements de deuxième ligne sans duplication, avant de passer au troisième niveau qui est plus spécialisé. Ainsi, l'enjeu majeur de cette organisation des services sanitaires et sociaux repose sur « l'accessibilité, la continuité et la qualité des services ». Pour cela, des ententes stratégiques entre les CSSS et leurs partenaires sont initiées pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services locaux menant à la réalisation d'un projet commun prenant appui sur les programmes services définis par le MSSS.

Le MSSS a créé neuf programmes services dont deux généraux, destinés à l'ensemble de la population et sept programmes spécifiques[46] destinés aux populations vulnérables. Les programmes services sont adressés aux établissements (CLSC, CH, etc.) et définissent des clientèles types. Le ministère distingue huit clientèles majeures dont les Personnes Âgées en Perte d'Autonomie (PAPA) et les personnes déficientes physiques. L'organisation par clientèle type basée sur la structure par âge (jeunesse, adultes, PAPA) risque de remplacer le cloisonnement des actions par les établissements par un cloisonnement des clientèles visées même si l'objectif de ces programmes n'est pas de classer les personnes dans les programmes mais de rassembler un ensemble de service pour répondre aux besoins (Fig. 35.).

[46] Les programmes généraux sont les programmes santé publique et services généraux. Les programmes services spécifiques:concerne les groupes de personnes suivantes : le programme santé Physique, le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement, le programme Déficience intellectuelle et TED (troubles envahissants du développement), le programme Déficience physique, le programme Jeunes en difficulté, le programme Dépendances, le programme Santé mentale.

Figure 35. Les programmes services du Ministère de la Santé, et des Services Sociaux (MSSS)

LES PROGRAMMES SERVICES		
Programme **Santé mentale**	Programme **Santé physique**	Programme **Perte d'autonomie liée au vieillissement**
Programme **Déficience intellectuelle et TED**	Programme **Santé publique**	Programme **Déficience physique**
Programme **Dépendances**	Programme **Services généraux** - Activités cliniques et aide	Programme **Jeunes en difficulté**

Source : MSSS, 2004, Architecture des services de santé et des services sociaux

En janvier 2004, le MSSS diffuse le découpage en programmes services de l'activité du système de santé et des services sociaux. Avec cette nouvelle configuration, les programmes services ne sont plus offerts par un établissement en particulier mais font appel à l'ensemble des intervenants du réseau local. Ainsi, en déterminant l'ensemble des différents services dont la population a besoin, c'est l'approche populationnelle qui est confiée au RLS qui agit de façon concertée pour le maintien et l'amélioration de la santé de la population sur le territoire. L'ensemble des programmes et des services est décidé par le MSSS, qui sont ensuite appliqués localement par les CSSS. Nous abordons ci-après les programmes destinés à la perte d'autonomie liée au vieillissement et celui visant les déficiences physiques.

Programme service Perte d'Autonomie Liée au Vieillissement[47] *(PPALV)*

Le Programme Perte d'Autonomie Liée au Vieillissement[48] (PPALV) remplace le programme personnes âgées en perte d'autonomie. Il regroupe tous les services dispensés dans un établissement ou à domicile. Il s'adresse à toutes les personnes en perte d'autonomie quelles que soient l'origine (l'avancée en âge, la maladie *etc.)* et inclut les personnes de moins de 65 ans qui auraient les mêmes besoins que celles de 65 ans et plus. L'âge seul ne constitue pas un critère pour recevoir ou non les services de ce programme.

---

[47] Référence au document *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des services sociaux*, janvier 2004.

[48] Référence au document *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des services sociaux*, janvier 2004.

Le programme PPALV est en interface avec les priorités nationales et régionales. Au niveau national, le plan d'action 2005-2010 intitulé *« un défi de solidarité »* précise les grands objectifs et les orientations à suivre pour accroître les services aux aînés en perte d'autonomie dont la politique de maintien à domicile, l'amélioration de la qualité de vie sont deux enjeux majeurs. Au niveau régional, le programme suit les orientations fixées par la région notamment le soutien à domicile de façon à réduire les taux d'hébergement, de développer les places en institut d'hébergement non institutionnel et accroître les services de soutien à domicile.

Il s'agit de développer les services autour de la personne afin de lui permettre de conserver son autonomie le plus longtemps possible. Ce programme vise aussi les aidants et les proches. Selon le MSSS, le proche aidant est une personne de l'entourage de la personne en perte d'autonomie qui lui apporte un soutien continu ou occasionnel, à titre non professionnel (ami ou famille). Dans le cadre de ce programme, les défis pour les CSSS reposent sur l'accès aux services de prévention visant l'amélioration et le maintien de la santé et de l'autonomie. Le programme PPALV est en interface avec d'autres programmes, soit principalement les programmes de santé publique, de santé physique, de services généraux, de déficience physique et de santé mentale.

Plan d'accès aux services de santé des personnes ayant une déficience physique

Le programme-service Déficience physique regroupe les services visant à répondre aux besoins des personnes qui, peu importe leur âge, ont une incapacité significative et persistante ainsi que leur entourage. Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique visent à maintenir leur autonomie fonctionnelle, à compenser leurs incapacités et à soutenir leur participation sociale. Ainsi, afin que les services soient continus et accessibles à travers l'ensemble du territoire québécois, un plan d'accès aux services de soins en direction des personnes ayant une déficience physique et sensorielle a vu le jour au Québec. Ce plan d'action pour la période 2005/2010 vise principalement à retarder l'institutionnalisation et à maintenir les personnes ayant une déficience physique dans leur milieu de vie. Ainsi, le regroupement de services au sein de programme permet de répondre aux besoins d'un groupe de personne. Ces besoins priment sur les frontières entre établissements, entre professionnels. Tout programme est composé d'une série de services qui sont présents dans d'autres programmes. Par exemple, dans le programme PALV, les services gériatriques sont spécifiques à ce programme alors que les soins infirmiers appartiennent communément au programme PALV, Déficience physique *etc.*

Les différents paliers du gouvernement, dans les multiples secteurs d'intervention auprès des

personnes âgées en perte d'autonomie procèdent à des adaptations de services menant à leur intégration et leur régulation pour prendre en compte le vieillissement de la population et les besoins spécifiques qu'il comporte. La mise en œuvre de ces programmes services définis par le gouvernement, mis en œuvre au niveau local par les CSSS a donc permis de faire évoluer les démarches de concertation. Ces dernières reposaient initialement sur la concertation inter établissements où tous les acteurs n'étaient pas représentés. En effet, les médecins ou les organismes communautaires ne sont pas en établissement. Ainsi, le réseau s'est élargi s'appuie sur une concertation inter-organisation afin d'intégrer l'ensemble des services de santé et des services sociaux à la population. Pour chaque niveau d'intégration de services – du régional au local – des réunions de concertation sont mises en place. Le premier niveau est le comité de gestion des programmes services, formé des directeurs généraux des différents établissements, des représentants des médecins du territoire et des représentants des organismes communautaires. Ces dirigeants sont donc amenés à se parler, à s'entendre de façon à assurer le suivi et la continuité des services. Au niveau local, des mécanismes de concertation sont aussi mis en place. Ces comités sont spécifiques à chaque territoire de santé. Nous prendrons ci après l'exemple du territoire de Sherbrooke qui a une longue tradition de concertation. Se pose alors la question de l'articulation de ces différentes organisations et le partage des responsabilités entre les niveaux de services.

2.1.2 Le partage des responsabilités

L'agence, au niveau régional, a pour mission d'organiser les services, d'allouer et de gérer les ressources financières, de planifier les ressources humaines, d'organiser les services médicaux, d'assurer la coordination de l'ensemble des RLS d'une région et de favoriser les relations entre les régions. A tous les niveaux, les partenaires des RLS définissent une entente stratégique permettant de définir des lignes directrices communes à tenir au regard des besoins de la population. Cette entente s'appuie sur un engagement formel des partenaires à suivre les principes communs afin de clarifier le recours aux services pour la population. En effet, au niveau local, les services sont dispensés à la fois par les établissements publics et privés, les groupes de médecine de famille, les organismes communautaires et les CSSS ; ces derniers étant des interlocuteurs privilégiés du RLS. Les changements dans l'organisation des services de soins et des services sociaux sont un défi majeur, notamment sur le plan du partage des responsabilités.

Les communautés s'impliquent dans ce domaine par l'action de nombreux organismes communautaires qui mobilisent des bénévoles pour soutenir les plus fragiles en mettant en place des Organismes Sans But Lucratif (OSBL). Ces organismes se multiplient sur l'ensemble du territoire provincial et au sein de chaque région. Ainsi, les OSBL (Intrépides à Rouyn-Noranda, Alliance Sherbrookoise) ont pour mandat le soutien des personnes âgées à leur domicile par le développement de services d'aides et de soutien (popotte roulante –repas à domicile-, aide ménagère, accompagnement).

Les gestionnaires et prestataires de services publics et privés aux personnes âgées sont les premiers sollicités. Les établissements publics doivent tenir compte de l'évolution des besoins d'une partie importante de la population qu'il dessert et assurer la cohérence et la coordination des équipes multidisciplinaires qui les composent (dirigeants, médecins, travailleurs sociaux, etc.). Les établissements privés sont aussi interpellés dans la mesure où leur capacité à s'adapter rapidement. Ces derniers voient dans l'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie un marché lucratif à prendre.

Aux différents organismes du système de santé et de services sociaux, les personnes âgées en perte d'autonomie sont considérées des membres actifs. La personne âgée en perte d'autonomie peut agir de manière préventive en améliorant ses conditions de vie. Les familles et les proches aidant participent également à l'amélioration de la qualité des services et au bien-être des personnes âgées en perte d'autonomie qui les entoure. En effet, lorsqu'une personne âgée a recours aux services de santé et/ou des services sociaux, ce sont les proches qui sont amenés à les découvrir et parfois à les coordonner.

> *« Que l'accent soit mis, dans tout le système de santé et de services sociaux, sur la participation de l'individu dans ses démarches de santé et dans sa réaction avec la collectivité, plutôt que l'individu à titre de patient ou de consommateur passif de services »*
>
> Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations p.62

L'objet de la réorganisation des services de santé et des services sociaux consiste à intégrer ces services et ses acteurs pour faciliter le déplacement des personnes âgées en perte d'autonomie et de leur proche entre ces services, à identifier les personnes ressources au sein des organisations qu'ils sollicitent, et à assurer la continuité des services depuis la prévention jusqu'à la réadaptation et les soins palliatifs.

Malgré les améliorations de ces dernières années, et le fait que les personnes âgées recourent

moins fréquemment à l'hébergement contribue à accroître les services de soutien à domicile. Les services requis pour faire à la perte d'autonomie sont nombreux et diversifiés et la population à besoin de savoir clairement ce à quoi elle peut prétendre quelque soit son territoire de résidence. La multiplication de ces services et l'implication du secteur communautaire (économie sociale) et privé (résidences) viennent complexifier l'organisation des services au risque de se traduire par une juxtaposition de services plutôt qu'une intégration des services.

Selon l'agence régionale des services de santé de l'Estrie, l'intégration des services est un choix d'intervention approprié pour répondre à des problèmes complexes comprenant de multiples facettes, c'est une démarche centrée sur les personnes. L'intégration des services est aussi entendue comme un moyen de mettre en place une série d'actions reliées entre elles. Le concept de réseaux intégrés de services est présent dans plusieurs programmes du MSSS comme ceux portant sur la perte d'autonomie liée au vieillissement, la déficience physique ou la santé mentale (MSSS, 2001). Pour cela, l'expérience des réseaux de services intégrés a introduit de nouvelle façon de travailler ensemble pour agir sur la fragmentation et le cloisonnement des services où des mécanismes de coordination se renouvellent.

2.2 L'indispensable coordination au sein des RLS

L'objectif des réseaux locaux de services est d'assurer la complémentarité des services et de faciliter le cheminement de l'usager entre les différents niveaux de services. La mutualisation des services sur le territoire a conduit à la mise en place d'un réseau transversal aux institutions aux services existants favorisant la continuité des services et l'élargissement de la gamme de services offerts aux personnes âgées qu'il est indispensable de coordonner.

> *« La hiérarchisation des services doit être accompagnée de mécanismes de coordination qui permettent un passage aisé d'un échelon à l'autre. Voilà pourquoi il faut organiser des « réseaux intégrés de services », en mettant notamment à contribution les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale pour les clientèles de longue durée et des « corridors » de services pour les clientèles de courte durée. Toutes ces filières sont essentielles pour offrir des services sans rupture »*

Direction de la santé publique de Montréal, Rapport annuel 1999 sur la santé de la population : les défis d'une société vieillissante, Agence de Montréal, p3.

2.2.1 Le CSSS, pivot du RLS

Les RLS permettent de réunir les intervenants d'un même territoire autour d'un objectif commun : l'accessibilité et la continuité des services offerts. Le RLS correspond à un ensemble d'organisations complémentaires qui fourni et assure la prestation d'un continuum de services par le biais d'une coordination des actions et des compétences multi-profressionnelles. *« Le modèle des réseaux locaux de services repose sur la disponibilité, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes (spécialisés et sur spécialisés)*[49] *»* (MSSS, 2004)

La composition des RLS repose sur les ressources du territoire géographique : les Groupes de Médecine de Famille (GMF), les cliniques médicales, les pharmacies communautaires, les ressources privées d'hébergement, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les organismes régionaux. En matière d'organisation, le CSSS est désigné comme le pivot du Réseau Local de Service (RLS), du fait de sa proximité avec le milieu de vie et de sa capacité à offrir une large gamme de services de première ligne. Son rôle de pivot repose sur sa capacité à assurer le suivi des patients et assurer l'accès vers les services plus spécialisés de deuxième et troisième ligne. L'enjeu pour les CSSS est de favoriser l'action collective et coordonnée des acteurs du réseau.

L'Association des CLSC et CHSLD, devenue l'AQESS, distingue trois niveaux de coordination des services autour de la personne : la coordination séquentielle, réciproque et collective (Association CLSC et CHSLD, 2004). La coordination séquentielle correspond à la consultation d'un membre de services de santé et des services sociaux par la personne âgée et/ou ses proches. Les coordinations de types réciproques et collectives correspondent aux coordinations de deuxième et troisième niveau. La coordination réciproque fait référence aux personnes qui font appels à plusieurs intervenants et établissements du réseau nécessitant un partage d'information clinique et le suivi de la personne. Dans ce cas, la personne âgée et/ou son entourage sont les coordinateurs, les professionnels sont en charge des échanges d'informations cliniques et les liens entre les professionnels et les organisations nécessitent d'être formalisés.

Enfin la coordination collective repose sur les réseaux de services intégrés dans le cas où la personne a des problèmes multiples et/ou complexe nécessitant l'intervention de plusieurs

[49] L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, MSSS, 3 février 2004, pp. 2.

professionnels issus de plusieurs établissements/organismes. Dans ce cas, l'équipe de professionnels est responsable de la prise en charge de la personne en perte d'autonomie et du suivi et nécessite de formaliser des liens entre les professionnels des différents établissements/ organismes. Ce sont, par exemple, les gestionnaires de cas dans les réseaux de services intégrés. (Nous définirons leur rôle plus loin)

En définitive, l'objet des RLS consiste à favoriser l'identification des services de santé par la population sur leur territoire de résidence (les groupes de médecins de famille, les organisations communautaires). Pour cela, les médecins et les CSSS échangent les informations relatives à l'état de santé des patients et leurs transmettent les informations nécessaires à leur bien-être. Le CSSS en lien avec les organismes communautaires et l'ensemble des partenaires du réseau est en mesure d'orienter les personnes vers les services compétents. Il devient le guichet unique, le lieu où les personnes ayant des besoins multiples et complexe sont identifiés et où elles sont orientées vers les services de santé et les services sociaux adaptés De la théorie à la pratique : un écart est il perçu ? Prenons l'exemple du RLS de Sherbrooke.

2.2.2 L'émergence du réseau intégré de Sherbrooke (Estrie-Québec)

Le réseau intégré de services de Sherbrooke s'applique au territoire de la ville de Sherbrooke. Ce territoire urbain compte plus de 14% de personnes âgées de 65 ans et plus, où l'intégration de services correspond à l'offre d'une plus grande gamme de services, d'une meilleure qualité des soins et des services et à l'attention portée à l'évolution de ces services. Ces trois grandes orientations du réseau intégré de service en Estrie ont été reprises dans les orientations ministérielles identifiées en 2001 par le ministère de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, ce sont ces mêmes orientations qui nous ont guidés dans le choix de nos études de cas.

> *« Dans l'expression réseau intégré de services ce n'est pas tant le terme réseau qui est important c'est plus le terme intégration : le réseau est un moyen qui permet d'activer l'intégration »*
>
> *EQ. 06 – CSSS Sherbrooke -Sherbrooke*

Ainsi, la composition du RLS de Sherbrooke regroupe l'ensemble des partenaires présents sur le territoire de la ville de Sherbrooke dont le pivot est le CSSS-IUGS[50]. Cet établissement

[50] A l'échelle de la Province du Québec, deux instituts Universitaires de gériatrie de Sherbrooke et de Montréal sont associés au CSSS.

est apparu suite à la fusion du CLSC de Sherbrooke Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke à l'instar des six autres CSSS de l'Estrie. La coordination du RLS de Sherbrooke par le CSSS-IUGS prend appui sur les démarches de concertation entre les partenaires des services de santé initiée dès 2000, par les CLSC et CHSLD de l'Estrie. En 2005, le CSSS IUGS adopte un plan d'action en développement des communautés[51] (INSPQ, 2002) dont l'objet est de mettre en place un comité intersectoriel formé des représentants des CSSS-IUGS, du milieu municipal, communautaire et économique. Le rôle du CSSS-IUGS consiste à coordonner le réseau local, mobiliser les partenaires, offrir des services, assurer leur accès et leur continuité par des mécanismes d'entente des membres du réseau (Fig. 36).

Pour cela, le CSSS IUGS prend appui sur le conseil des partenaires du RLS de Sherbrooke. Ce dernier regroupe les présidents de conseil d'administration d'organisation du système de santé et des services sociaux, tels que les présidents du CSSS-IUGS, du CHUS, des centres de réadaptation centre jeunesse, etc. Le maire de la ville de Sherbrooke et les directeurs généraux de la chambre de commerce, des entreprises d'économie sociale et solidaire sont eux aussi sollicités. Enfin les directeurs généraux de services complémentaires sont interpellés. Tous les membres du comité des partenaires se réunissent 2 à 4 fois par an pour créer les passerelles entre les différentes organisations et passer *« d'un système de santé et de services sociaux basé sur les besoins des utilisateurs de services à un système de santé et des services sociaux basé sur une responsabilité populationnelle partagée »* (MSSS, 2004).

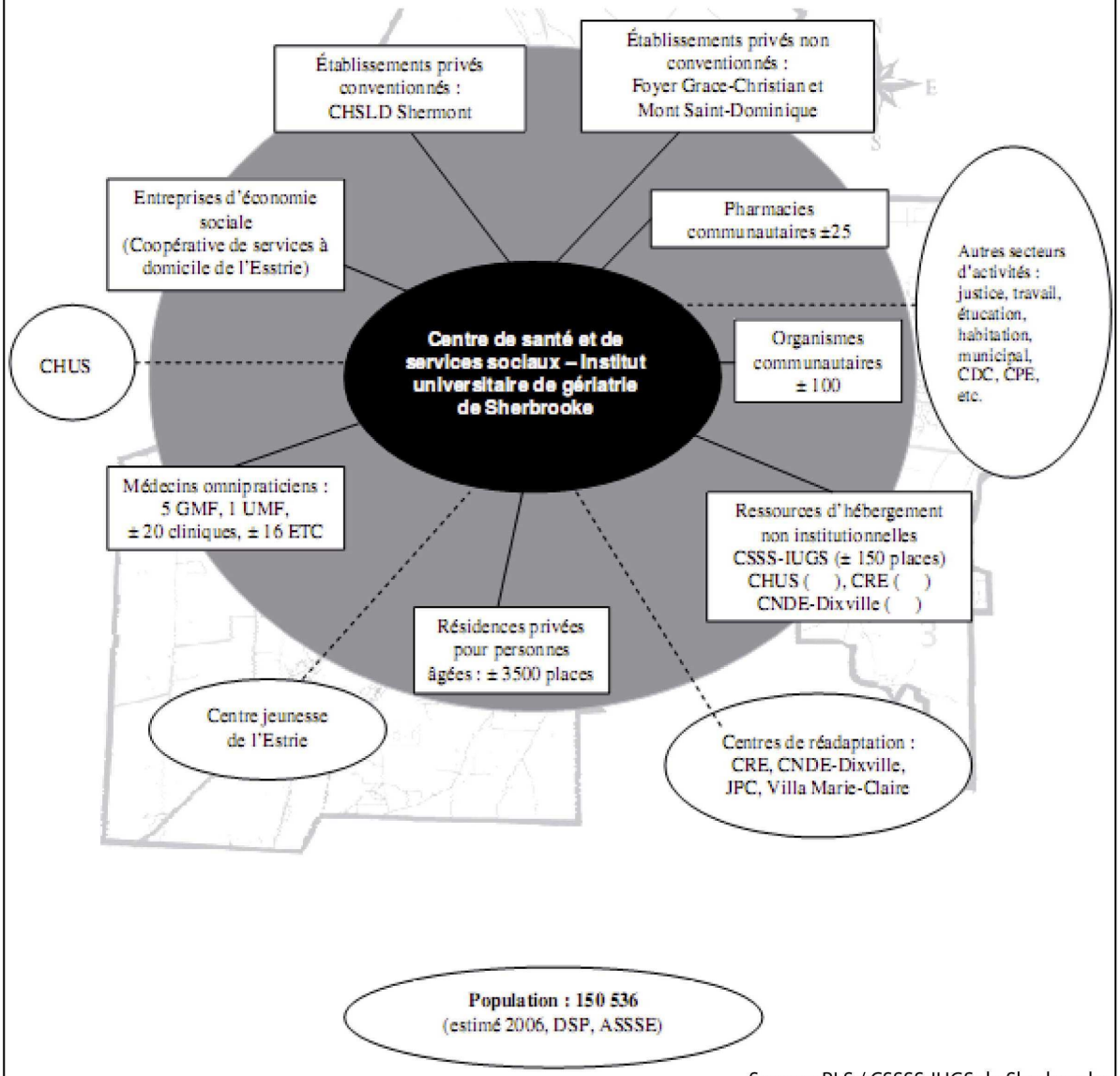
La coordination des actions au sein du RLS s'appuie aussi sur la concertation de multiples comités thématiques. Dans le cas de Sherbrooke, un comité de services médicaux est crée afin de réunir les médecins de familles, ceux issus des GMF, ceux présents dans les cliniques médicales, à l'urgence, les spécialistes gériatrie dans le but d'orienter aux mieux les personnes âgées en perte d'autonomie et de fluidifier leur circulation au sein des services de santé. D'autres comités voient le jour, l'un spécifiquement dédié à l'accès à l'hébergement dans le but d'intégrer les personnes en perte d'autonomie au sein des structures d'hébergements correspondant à leurs besoins. De fait, l'entrée en résidence pour personnes âgées, en centre de jour ou en CHSLD varie suivant leurs incapacités. De façon complémentaire un comité de soutien dans le milieu de vie est créé afin d'identifier les axes d'orientation à suivre et faciliter

---

[51] *« Le développement des communautés est un processus volontaire d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions du milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur les plans physique, social et économique. Cela signifie également que des membres de la communauté se réunissent pour agir, trouver des solutions à des problèmes communs, pour renforcer ses capitaux économique, social, environnemental, culturel ou humain »*. INSPQ, 2002, La santé des communautés ; perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés, Québec.

la coordination des services autour de la personne. D'autres comités spécifiques à la formation, aux programmes de prévention des chutes sont instaurés afin de définir les orientations communes aux acteurs du territoire de santé de Sherbrooke. Ce sont globalement les mêmes acteurs qui sont présents au sein des comités, pour certains comités, les membres sont les dirigeants, pour d'autres ce sont les intervenants et pour d'autres encore ce sont les professionnels d'un même organisme.

Figure 36. Le réseau local de services de santé et de services sociaux de Sherbrooke (Estrie -Québec)



Source : RLS / CSSSS-IUGS de Sherbrooke

Même si les RLS sont déterminés pour l'ensemble du territoire québécois par le MSSS, leurs mises en place sont d'abord et avant tout issues d'une démarche locale. Ainsi, chaque réseau

s'appuie sur les ressources de son territoire et les spécificités des besoins de sa population. Alors que le CSSS-IUGS assure ce rôle nouveau, la tradition de concertation entre les partenaires du réseau Sherbrookois est un atout certain facilitant sa mise en œuvre. Les changements portent à la fois sur l'élargissement des comités aux membres des organisations du territoire (au-delà des établissements de santé et de services sociaux) et sur l'ajustement des ententes préalablement définies pour s'orienter vers des objectifs communs et cohérents.

En définitive, les CSSS ont pour mandat de susciter la collaboration de tous les partenaires du réseau. Pour cela, ils mobilisent les établissements offrant des services spécialisés et s'appuient sur les besoins de l'ensemble de la population. Les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activités ont tous une incidence certaine sur les services de santé et les services sociaux. Leurs missions reposent sur l'apport d'une réponse globale adaptée et coordonnée des besoins de la personne en perte d'autonomie et de ses proches aidants : autrement dit, utiliser les ressources sur le territoire pour répondre efficacement aux besoins de la personne par les bons services, au bon moment et au bon endroit.

2.3 Le parcours de soin au Québec

L'une des portes d'entrée principale du système de santé et des services sociaux est le l'hôpital, le CSSS ou les GMF: c'est le point de contact de la population avec le RLS. En effet, le diagnostic en santé des personnes âgées est essentiellement effectué par le médecin. Pour d'autres, l'entrée s'effectue par l'urgence, suite à une chute ou à un accident, ce qui signifie pour le patient un épisode d'hospitalisation au cours duquel son état de santé est évalué. Entre l'entrée et la sortie de l'hôpital, l'autonomie peut varier considérablement et de ce fait peut imposer de faire appel aux services de santé et aux services sociaux dont il a besoin.

La porte d'entrée du CSSS et des médecins de famille est mieux connue des proches que des personnes âgées elles-mêmes. C'est là un phénomène générationnel : les personnes âgées se dirigent vers les services d'urgence ou rejoignent le médecin, tandis que leurs enfants font plus facilement appel au CSSS afin de connaître les services les plus adaptés (Fig. 37).

> « *Les CLSC, c'est vrai, les générations plus jeunes connaissent, je dirais ils connaissent surtout que le service de CLSC n'offre pas toujours de services de maintien à domicile Ce qui fait que dans le fond *les gens n'ont pas fréquentés les CLSC puisque les premiers services ça va plus vers l'urgence ou les cliniques privées qui ici au Québec qui sont connues* »

EQ. 03 – Organisme Communautaire – Montréal

« Si j'ai besoin d'un médecin ou d'une infirmière je demande au CLSC pour avoir des services a domicile si elle est malade je fais appel a l'hôpital et à l'urgence ou alors je vais en clinique »

Res. Aylwin Montréal

Lorsque la personne bénéfice de services de soins réguliers ou de services à domicile, elle fait aussi appel à leur connaissance des milieux pour identifier ses ressources. La demande de services est impérativement réalisée auprès du CSSS de résidence de la personne qui fait la demande de services à domicile. Or, cette porte d'entrée n'est pas toujours celle connue et reconnue par les citoyens.

« Très souvent aussi, nous (Organismes communautaires) on sert de référence quand une personne qui perd son autonomie c'est les familles qui vont nous téléphoner parce que effectivement les familles sont également démunies par rapport à ça parce que y a pas de connaissance véritablement tant que vous avez pas eu à faire à la machine administrative quels sont les créneaux que vous pouvez emprunter y pas véritablement de culture de savoir. »

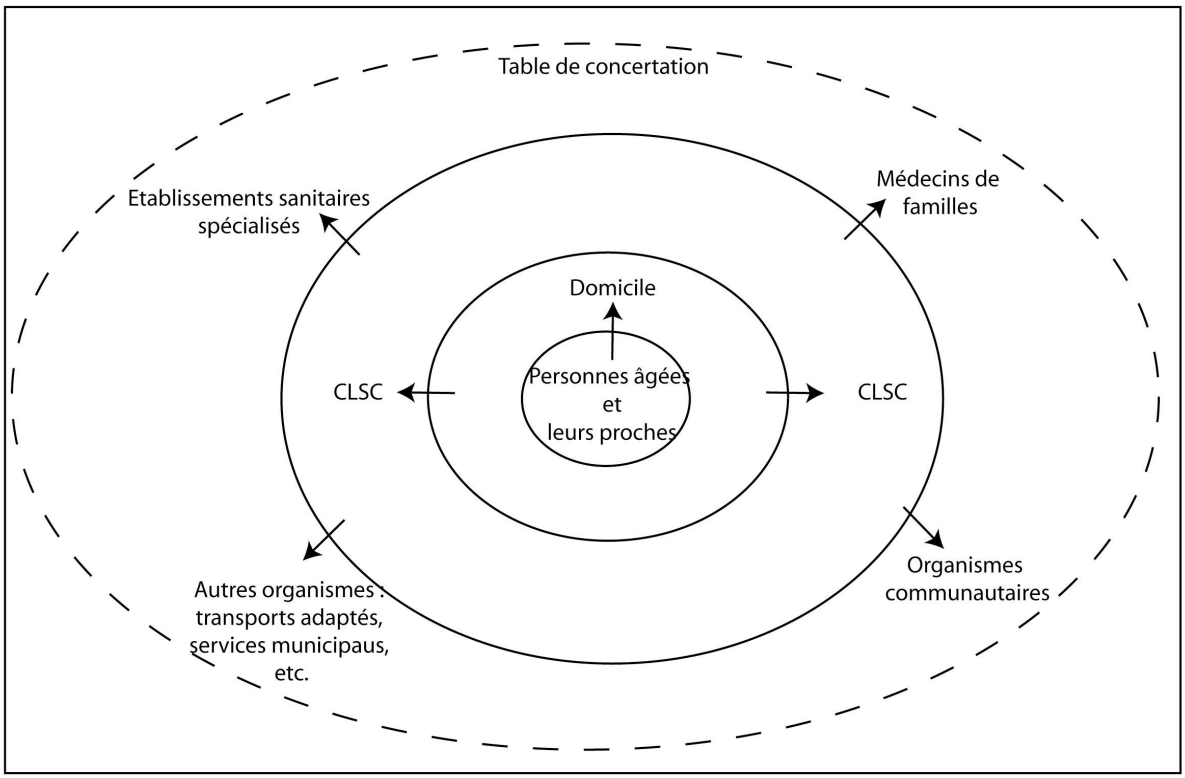
EQ. 03 – Organisme Communautaire – Montréal

A Sherbrooke, comme dans l'ensemble du Québec, les personnes en perte d'autonomie se dirigent vers les services de première ligne (services de soins et services sociaux de proximité). Suivant les capacités et les besoins de la personne, des services sont mis à disposition des personnes âgées (coopérative de services à domicile, transport adapté, etc.) Ce sont tous ces services que le réseau a intégrés. Or, la première difficulté a été celle du repérage des personnes âgées en perte d'autonomie. Dans le cas de Sherbrooke, un outil d'évaluation de l'incapacité est utilisé le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle. Cet outil réparti les personnes en ayant des incapacités en 14 groupes *(SMAF : 120)*. Pour le territoire de Sherbrooke, la limite à été fixée à 4 et plus : ce sont les personnes âgées en incapacité modérée à grave. Ainsi, cet outil facilite les échanges entre les acteurs des services de santé et des services sociaux, et permet d'avoir un discours commun qui recouvre les mêmes réalités et par conséquent améliore la cohérence des réponses aux besoins des personnes âgées.

« Les usagers des services de santé sont alors placés au centre d'un système de santé et de services sociaux : pourtant il importe de veiller à ne pas cerner les personnes âgées par une multitude d'acteurs mais de les placer à l'égal des autres acteurs en présence autour des tables de concertation : autrement dit l'objectif est de placer l'usager au cœur de l'action. »

EQ. 06 – CSSS Sherbrooke –Sherbrooke

Figure 37. Schéma simplifié des services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie.



Réalisé d'apres l'entretien auprès de Celine bureau CSSS Sherbrokke , 2004

Selon les membres du CSSS de Sherbrooke, le plus important consiste à faire en sorte que *« ce n'est pas à la personne de savoir à quel service elle doit s'adresser pour avoir une réponse à ses besoins elle cogne a un endroit et c'est le réseau qui fait en sorte que les bonnes portes vont s'ouvrir pour elle c'est pour ça que nous avons mis en place ici à Sherbrooke la gestion de cas : la personne âgée et ses proches sont au centre de ce réseau quelque soit son milieu de vie ».*

EQ. 06/07 – CSSS Sherbrooke -Sherbrooke

La présence de multiples intervenants autour de la personne âgée renforce la question de la place que la personne âgée occupe : est-elle bénéficiaire des services et des prestations offertes ou bien est-elle un partenaire à part entière de l'action de l'action qu'elle reçoit ?

2.3.1 L'intervenant pivot et la gestion de cas

Plusieurs termes sont utilisés dans le réseau de la santé et des services sociaux pour désigner les personnes qui coordonnent les services : coordonnateur du plan de services, gestionnaire de

cas, intervenant de référence, chargé de cas, coordonnateur clinique, intervenant pivot. Le MSSS retient le terme *intervenant pivot* pour désigner l'intervenant qui est responsable de coordonner les services pour une personne et sa famille.

L'intervenant pivot est alors l'interlocuteur principal pour la personne et sa famille. Il accompagne la personne âgée et sa famille dans le processus d'obtention des services de santé et des services sociaux. L'intervenant pivot ou le gestionnaire de cas, est le plus souvent un membre des services de santé en mesure d'évaluer les besoins de la personne âgée et/ou handicapée, de planifier et de coordonner l'ensemble des interventions facilitant l'accès aux services dont le patient a besoin. L'intervenant pivot évite aux personnes âgées de se retrouver seules dans les nombreuses démarches à mettre en œuvre pour répondre à ses besoins. L'intervenant pivot du réseau est souvent désigné par le CSSS et au sein du CSSS où il assure la coordination, l'évaluation et le suivi des personnes dans le RLS sur le territoire de CSSS.

Nous prendrons appui sur les rencontres au CSSS de Sherbrooke pour expliciter le rôle et le statut de l'intervenant pivot appelé gestionnaire de cas dont le but est d'assurer la continuité, la coordination des services au sein d'un RLS. Le statut et le rôle de gestionnaires de cas, ont été initiés à Sherbrooke, leur réussite et leur déploiement dans les CSSS de la région de l'Estrie mais aussi à Montréal et de plus en plus largement de la province nous a conduit à étudier cet exemple (Fig. 38).

Le gestionnaire de cas a pour mission d'établir systématiquement un Plan de Services Individualisé (PSI) pour la personne dont il a la charge en coordination avec les proches et les principaux intervenants impliqués dans les soins et les services de la personne. Par conséquent, cet intervenant ne doit pas être vu comme exerçant un rôle rattaché à un seul établissement, mais plutôt comme une ressource commune à tous les partenaires impliqués. Il assure la communication de l'information entre la personne en perte d'autonomie, sa famille et les prestataires de services. À cet effet, il maintien des liens étroits avec les intervenants désignés par les différents établissements pour coordonner les interventions sous leur responsabilité. Les gestionnaires de cas sont mandatés et donc légitimés pour s'impliquer dans le domaine des prestations de services de santé et des services sociaux et intervenir dans tous les milieux au domicile comme à l'hôpital, en hébergement temporaire etc. Ils sont membres d'une équipe pluridisciplinaire des services de première ligne, le CSSS et coordonnent les services dispensés à la fois par les organismes publics, privés et communautaires. Ses partenaires sont extrêmement nombreux : les services de soutien à domicile, les services gériatriques spécialisés, les organismes communautaires, les établissement d'hébergement, les pharmacies communautaires les organismes municipaux (Transport adapté par exemple). Le gestionnaire de

cas est le garant de la continuité des services destinés à la personne.

Figure 38. gestionnaire de cas intervenant pivot du réseau local de service. l'exemple de Sherbrooke

Le gestionnaire de cas a pour rôle de s'assurer d'une évaluation fonctionnelle, d'un plan de service qu'il négocie avec la personne âgée et qu'il coordonne. La gestion de cas à domicile peut jouer un rôle de transition entre l'hôpital, le centre de réadaptation ou le centre de jour et le retour à domicile en contrôlant l'utilisation des ressources et l'organisation de ces ressources. Le gestionnaire de cas aide les équipes à définir les services les plus appropriés à toutes les étapes du continuum de soin tout en respectant les choix du patient, leur culture et leur valeur. Le gestionnaire de cas est aussi celui qui représente et défend les intérêts de la personne et de son entourage.

2.3.2 La gestion de cas hors du Québec

La gestion de cas est un concept associé à celui de guichet unique. Selon la *Case Management Society of America* (2002), la gestion de cas est pratiquée depuis le début du 20ème siècle par des travailleurs sociaux ou des infirmières. Les projets menés aux Etats-Unis au cours des années 1970, dans le cadre des programmes *Médicare* prévoyaient d'attribuer aux travailleurs sociaux le rôle de planificateur et de coordinateurs des services aux populations vulnérables (personnes à faible revenu, personnes âgées, etc.) L'objectif de ces programmes est de coordonner et d'assurer le suivi des services offert à la personne. Au fil du temps, plusieurs modèles de gestion de cas ont vu le jour selon la nature des organismes, la population ciblée et la discipline du gestionnaire. De façon générale, ces modèles se regroupent autour de deux pôles : la gestion administrative et la gestion clinique dans le but de limiter les coûts et les financements engendré par le vieillissement de la population.

La gestion de cas à vocation administrative est assimilée à celle d'un coordinateur des prestataires de service qui oriente les personnes vers les services dont elle à besoin, défend ses intérêts. Le statut de gestionnaire de cas tel qu'il est initié en Estrie, et repris par le MSSS du Québec, est celui de gestionnaire de cas clinique ; du fait de sa fonction et de son statut de professionnels de la santé et des services sociaux.

L'expérimentation de la gestion de cas en France débute en 2006. Ce projet mené par l'équipe PRISMA[52] France se propose d'adapter au contexte particulier des soins et services français un modèle d'intégration né au Québec, qui a montré son efficacité sur de nombreux paramètres de santé publique et notamment la prévention de la perte d'autonomie. L'expérimentation de la gestion de cas s'effectue, entre 2006 et 2008, sur trois sites pilotes dans

[52] PRISMA : Projet de recherche sur l'intégration des soins et des services pour le maintien de l'autonomie en France.

trois départements français distincts : l'Essonne (Zone d'Etampois au Sud du département), le Haut Rhin (Mulhouse et la zone d'Illzach) et Paris (20ème arrondissement). Depuis le 1er janvier 2009, chaque site est devenu autonome et poursuit le projet d'implantation des gestionnaires de cas. Ce projet vise à implanter de façon expérimentale en France un modèle d'intégration des soins et des services pour les personnes en perte d'autonomie, basé sur la gestion de cas. Le projet est soutenu par la direction générale de la santé (DGS) le Ministère de la Santé, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et le régime social des indépendants (RSI). Le projet est aussi approuvé par les instances nationales telles que le CNAMTS, CCMSA, DHOS, DGAS, CNAV, IGAS, HAS**. L'expérimentation vise à évaluer l'implantation du modèle d'intégration des soins et des services, en identifiant les facteurs de succès et d'échec de cette mise en place. Les résultats sont en cours de diffusion. Ce que nous pouvons d'emblée retenir, c'est que le point commun de la coordination en France et au Québec est l'idée de guichet unique, de la nécessaire évaluation et de l'interdisciplinarité. En effet, tous les acteurs conviennent que, dans le champ de la perte d'autonomie liée au vieillissement, l'approche par une équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire est indispensable pour une approche adaptative continue et globale des services à la personne.

Conclusion

La paroi entre l'action sociale et sanitaire n'est pas étanche ; même si le contexte français est plus marqué par un cloisonnement entre le secteur sanitaire, social et médico-social, que les actions menées au sein des services de santé et des services sociaux au Québec. La coordination gérontologique a pour finalité de faciliter l'émergence sur le terrain des réseaux formels et informels présents autour de la personne âgée et de son entourage.

Pour cela, on peut distinguer les démarches d'intégration des services de santé au sein d'un réseau qui émerge des expériences locales, et celles initiées par les gouvernements. Dans le premier cas, la coordination mise en œuvre est la résultante d'initiatives locales menées en réponse à un besoin spécifique reconnue par des acteurs locaux à l'image du réseau local de service intégré en Estrie. Le réseau local d'acteurs a la volonté d'agir et de répondre rapidement aux besoins de la population mais interroge la pérennité de cette initiative. Dans le second cas il s'agit d'une coordination formelle est issue d'une volonté gouvernementale, le plus souvent pour rationaliser et réduire les coûts. Associé à la répartition des équipements et des services, elle modifie le rôle des acteurs, en place et est imposée par une législation ou des décrets qui

questionnent l'application de cette coordination sur l'ensemble du territoire et l'implication des acteurs locaux.

Il apparaît clairement que deux niveaux de coordination coexiste : celui de la proximité autour de la personne en perte d'autonomie par les professionnels issus des multiples secteurs (santé social transport etc.), et celui opéré au niveau territorial qui vise à mettre en cohérence à un échelon territorial donné les actions menées. Le premier niveau de coordination fait référence à l'évolution des pratiques professionnelles vers une approche globale qui appelle la coordination de tous les acteurs présents autour du patient. Ce qui laisse supposer une cohérence des actions à toutes les étapes, de la prise en charge depuis son évaluation jusqu'au suivi, afin de garantir la continuité des services de soins. Pour assurer une coordination de proximité, les pratiques s'inscrivent nécessairement dans un territoire donné. Le second niveau de coordination consiste à intégrer l'ensemble des acteurs et des moyens autour d'un projet. Cette intégration est devenue nécessaire a la fois dans le domaine de l'aménagement du territoire et celui de la santé et des services sociaux du fait de la multiplication des professionnels, des organismes *etc*.

Nous aborderons au cours du prochain chapitre les expérimentations locales dans le champ de l'aménagement du territoire en présentant les processus de mise en accessibilité émergents en France et au Québec, ainsi que l'implication des acteurs dans la démarche d'institutionnalisation de l'accessibilité en France et le renforcement de l'action régionale au Québec.

CHAPITRE 5.

INSTITUTIONNALISER OU RENFORCER LES POLITIQUES D'ACCESSIBILITE

Introduction

Malgré les politiques d'accessibilité menée depuis les lois de 1975 en France et de 1978 au Québec, la question de l'accessibilité et de sa mise en œuvre est renouvelée par les lois de 2005 et de 2004. La démarche mise en accessibilité est le plus souvent issue de demandes sociales locales qui sont ensuite relayées par les élus locaux. Qu'il s'agisse des élus personnellement touchés par la question du handicap, ou des personnes investies dans le domaine du handicap ou de la déficience ou du *lobby* des associations, chacun a posé la question de l'accessibilité dans les politiques publiques mises en œuvre. Réactualisées en 2004 au Québec et en 2005 en France, les lois en direction des personnes handicapées soulignent les questions relatives à l'accessibilité. Elles sont caractérisées par l'institutionnalisation et la territorialisation de la démarche visant à légitimer l'action et les acteurs impliqués en France, par le renforcement des positions des acteurs régionaux dans le champ du handicap au Québec.

Les principes fondamentaux qui ont guidé la mise en place d'une réflexion dans le domaine de l'accessibilité en France et au Québec sont ceux de la consultation et de la concertation. De part et d'autre de l'Atlantique, les associations de personnes handicapées ont sensibilisé les élus afin d'être consultées et de prendre part à l'action politique locale. Ainsi, les usagers interpellent de plus en plus leurs municipalités afin d'améliorer et d'optimiser leur mobilité quotidienne. La concertation repose sur le partenariat entre les associations, les usagers, les organismes communautaires et les élus. Certains acteurs ont un poids plus important que d'autres : dans ce cas, l'absence d'union d'intérêt tend à desservir la mise en œuvre d'une démarche de mise en accessibilité pour tous, défavorisant ainsi certaines populations au profit d'autres.

Ces disparités apparaissent à tous les niveaux de prises de décision. Nous accordons ici une place prépondérante aux regards portés par les acteurs locaux, régionaux et nationaux. Comment le concept d'accessibilité est-il pris en considération ? Comment appliquer une démarche de mise en accessibilité sur leur territoire ? Comment prendre en compte les échelles infra et supra ?

1. Initier une démarche de mise en accessibilité de l'espace urbain

En France comme au Québec, les actions mises en œuvre dans le domaine de l'accessibilité n'ont pas attendu la réactualisation des lois en direction des personnes handicapées. Bon nombre d'usagers, d'associations et de professionnels se sont investis dans la prise en charge de la question de l'accessibilité à l'échelle locale : celle-ci émerge d'abord de la société civile locale avant d'être relayée par les élus.

1.1 Des initiatives locales menées en France

A travers l'exemple de deux collectivités territoriales du département du Maine et Loire, Angers et Bouchemaine, nous abordons ici les expérimentations mises en œuvre dans le champ de l'accessibilité. Ces dernières précèdent la révision de la loi du 11 février 2005 en France et correspondent aux prémices des politiques locales d'accessibilité.

1.1.1 La sensibilisation des acteurs locaux à Angers

Depuis 1979, la ville d'Angers a pour objectif de favoriser la vie des personnes handicapées dans toutes ses composantes sociales, culturelles et professionnelles, par l'aménagement des Établissements Recevant du public (ERP) mais également par un partenariat actif auprès des associations de personnes handicapées. Les rencontres entre les élus et les usagers s'effectuent suivant différentes modalités. Le plus souvent, les représentants d'un collectif d'associations représentant les personnes handicapées sont conviés aux réunions publiques afin d'être consultés sur un projet d'aménagement en cours ou à venir.

> *« La municipalité développe le partenariat avec les associations de personnes handicapées par des rencontres régulières pour <u>déterminer les besoins spécifiques</u> et pour <u>lever les freins de la ville</u> et apporter <u>l'éclairage sur ce qui est à modifier</u> dans tous les dossiers sur l'aménagement de la ville ».* *EF. 1 – Élu Angers (France)*

Afin d'identifier les besoins et les obstacles de l'espace public urbain, le partenariat entre les associations et les élus par le biais de « parcours urbains » organisés chaque année lors de la semaine de la mobilité. (Fig. 39)

Figure 39. Action de sensibilisation aux obstacles rencontrés en milieu urbain par des personnes ayant une limitation fonctionnelle et/ou sensorielle : espace piéton du centre ville d'Angers

" une personne handicapée dans un aménagement accessible est une personne valide par contre, une personne valide dans un environnement non accessible est une personne handicapée."

Louis Pierre Grosbois

Un trottoir, où l'ensemble du mobilier urbain est regroupé suivant un axe, permet aux piétons de se déplacer aisément. L'alignement des arbres, des bancs, des poteaux électriques laisse une large place au cheminement piéton (Photographie 03). Par ailleurs, la nature du sol, plane, son revêtement, ses couleurs, permettent un cheminement continu.

A l'inverse, le cheminement du piéton (une personne avec une poussette, une personne en fauteuil roulant, etc.) est interrompu par la présence sur le trottoir de panneaux publicitaires qui réduisent la largeur du trottoir (Photographie 01).

La traversée de la chaussée équipée d'une signalétique sonore et visuelle sécurise le déplacement des personnes. Neanmoins le temps du déplacement d'un côté à l'autre de la rue doit être pris en compte pour permettre à chacun de traverser la rue (Photographie 02).

Un aménagement spécifique pour une population cible, par exemple l'aménagement d'un trottoir est voué à l'échec s'il ne profite pas au reste de la population (Photographie 05). L'abaissement des trottoirs qui favorise la traversée d'une personne en fauteuil roulant, est associé à l'implantation d'une bande d'éveil permet aux personnes déficientes visuelles de distinguer la chaussée du trottoir (Photographie 04).

L'aménagement d'un espace de mobilité piétonne est complexe.
L'aménagement pour les uns doit également permettre le cheminement des autres sans conflit d'usage.

Crédit photos : B. Chaudet, Angers, France , 2003 - Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2008

Ces parcours urbains se déroulent au cours d'une demi journée, au cours de laquelle un premier temps est consacré à une reconnaissance de terrain suivie d'un temps d'échanges et de débats entre les professionnels, les élus et les usagers de la ville. Cette démarche de sensibilisation a permis de lire les obstacles concrets de la ville, de prendre connaissance des atouts et des freins à la mobilité des personnes déficientes sensorielles et/ou motrices. Ces rencontres ont débuté dès 2002, avec comme lieu de rendez-vous la Place du Ralliement située au cœur de la ville :

> *« Mercredi 2 octobre 2002, Angers, centre ville ! Une trentaine de personnes déambulent dans quelques rues de l'hypercentre d'Angers, l'œil attentif à tout ce qui peut faire obstacle (ou faciliter) le cheminement des participants. Des représentants de quelques associations de personnes handicapées motrices et visuelles, accompagnées des délégués du CLH, responsables de l'Observatoire de l'accessibilité, […] ont, ce jour là, fait une reconnaissance sur le terrain »*
>
> *EF. 02 – CLH Angers – Angers*

L'expérience est renouvelée chaque année dans un quartier différent. En 2004, la rencontre intitulée *Le Handicap : Parlons-en ! s*'est faite à l'initiative de la ville, des associations et des habitants du quartier. Celle-ci s'est déroulée dans le quartier Monplaisir, construit au cours des années 1962-1976, au Nord d'Angers et réhabilité au cours de la dernière décennie(Carte 14b : 93). La place de l'Europe, où se côtoie l'ensemble des habitants du quartier et qui regroupe les services administratifs et les commerces de proximité, a fait l'objet d'une réflexion d'aménagement où la question de l'accessibilité de cet espace est posée. La résidence pour personnes âgées *Monplaisir,* située non loin de la place centrale, leur permet d'entretenir des relations sociales avec les commerçants, de maintenir leur déplacement en toute autonomie et de se rendre aisément à la *Maison pour tous*, espace culturel municipal où se déroulent des activités en direction des habitants du quartier (jeunes et moins jeunes).

En 2005, une action similaire est menée par la municipalité autour du musée des Beaux-arts d'Angers afin de rendre compte du projet d'aménagement du musée et de ses abords. Dès lors, les aménagements effectués et les modes d'actions mis en œuvre par les politiques publiques pour créer un espace piéton accessible ont montré que la sensibilisation de tous les acteurs de ce projet était indispensable. En effet, la mise en accessibilité de la place Saint Eloi face à l'entrée du musée et l'aménagement d'un espace ancien a suscité de nombreux débats menant à des modifications réalisées *a posteriori.* Alors que le revêtement du sol pavé était inadapté au cheminement des personnes à mobilité réduite, des allées planes et régulières sont aménagées de façon à faciliter la circulation du plus grand nombre. L'enjeu de cette rencontre est de présenter

au public les contraintes et les obstacles rencontrés pour aménager l'espace et l'importance de sensibiliser tous les acteurs (les élus, les citoyens, les maîtres d'œuvre et les maîtres d'ouvrage).

Forte de son expérience dans le contexte de l'aménagement urbain et de l'intérêt des partenariats mis en place, la municipalité s'engage progressivement vers une démarche de mise en accessibilité prenant en compte la diversité des situations de handicap. En 2006, le parcours choisi faisait état des aménagements engagés autour d'un espace intermodal, la gare SNCF. Les rencontres, pour sensibiliser les multiples acteurs impliqués dans ce projet d'aménagement ont révélé l'importance d'engager une réflexion globale au delà de l'aménagement de l'ERP. Ce sont, par exemple, les aménagements des arrêts de bus et des transports réguliers de la ville aux abords de la gare qui sont envisagés. Ainsi, en 2007, la mise en place d'une ligne de transport accessible (La ligne 5A-B) ceinturant la ville fait l'objet d'une réflexion plus large sur la mise en accessibilité des services de transport.

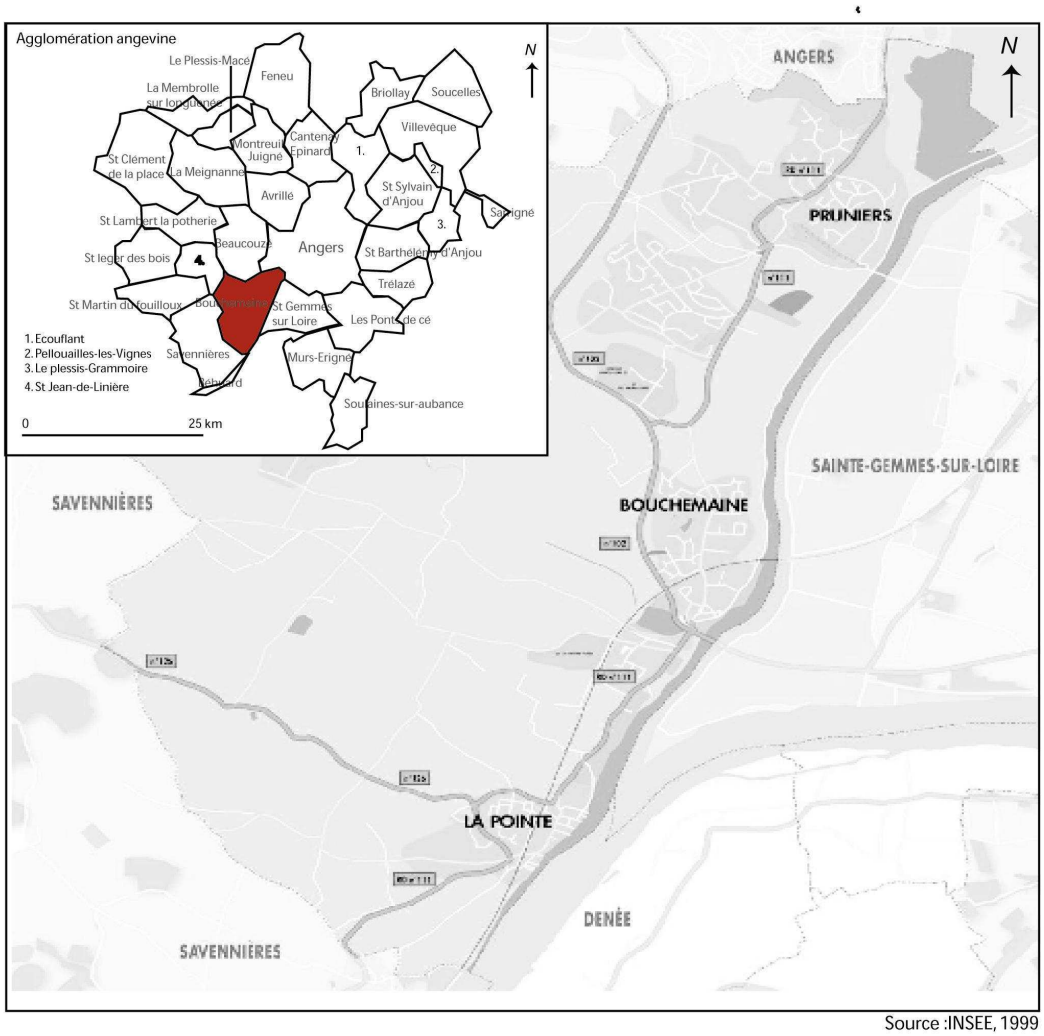
Ces rencontres initiées avant l'adoption de la loi du 11 février 2005 sont reprises et formalisées par la loi afin d'accroître les échanges entres les usagers, les élus et les professionnels. Ces réunions d'information, de consultation ou de concertation permettent d'expliquer et d'éclairer davantage les difficultés rencontrées, permettant aux élus, aux professionnels et aux maîtres d'œuvre de créer un aménagement qui prend en compte le vécu des citoyens et respecte la chaîne de déplacement réelle. Cette dernière doit être globale, intégrant à la fois les transports, le cheminement, les bâtiments accueillant du public, *etc*. A travers les manifestations annuelles proposées, c'est la transversalité des projets menés dans le champ de l'accessibilité qui apparaît (espace piéton, espace intermodal, espaces historique *etc*.). Les débats organisés à l'issue de ces rencontres synthétisent l'expérience menée et permettent d'enrichir la démarche de mise en accessibilité initiée par la collectivité avec les citoyens usagers.

Cette démarche de sensibilisation est une étape clé pour l'ensemble des acteurs, car elle permet à chacun de saisir davantage le sens de l'accessibilité et de rendre compte des difficultés quotidiennes auxquelles sont confrontées les personnes déficientes motrices et sensorielles. C'est un outil incontournable permettant également de prendre en compte efficacement les demandes concrètes des associations ou des organismes. Ces rencontres entre professionnels, élus, et citoyens permettent d'envisager la réalisation d'un aménagement accessible de qualité menant progressivement à l'élaboration d'une politique locale globale d'accessibilité fondée sur la concertation.

1.1.2 Initier une démarche globale locale de mise en accessibilité, l'exemple de Bouchemaine

Bouchemaine est une commune résidentielle de la première couronne de l'agglomération d'Angers (Carte 13 : 91). Elle compte 6300 habitants. La commune est divisée en trois villages (La pointe, Bouchemaine et Prunier) et localisée à la confluence de La Maine et de la Loire (Carte 25).

Carte 25. Localisation de Bouchemaine (Maine et Loire - France)



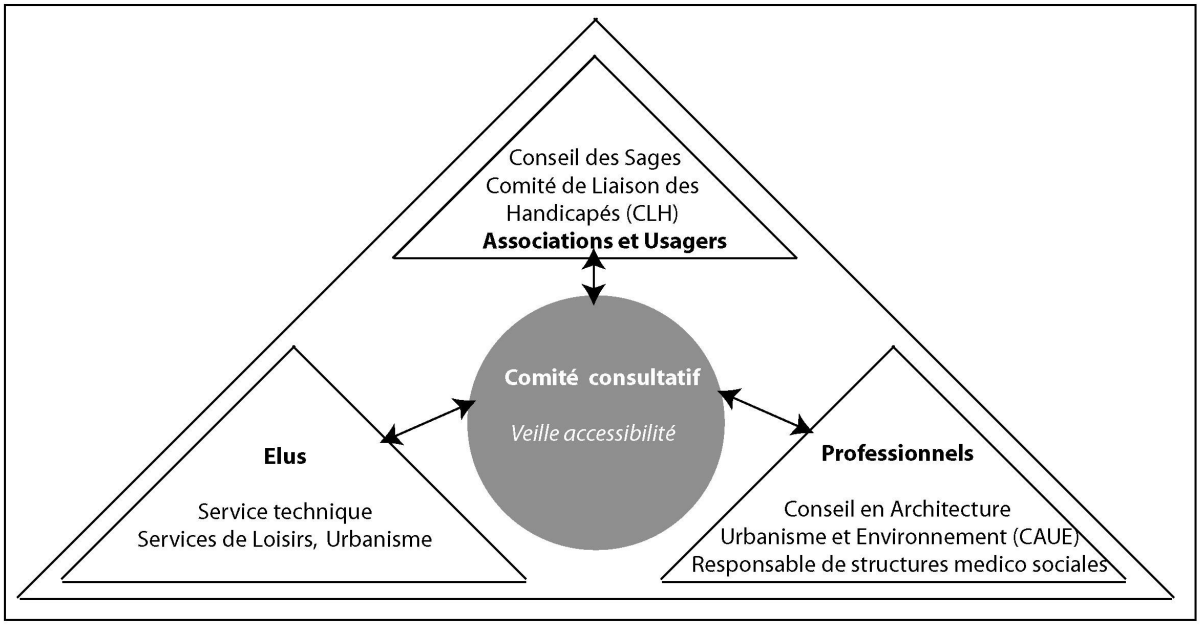
Source :INSEE, 1999

Suite à une demande sociale locale, l'intégration d'une jeune fille handicapée dans un établissement scolaire de la commune, les élus locaux prennent conscience de la nécessité de mettre en œuvre une politique cohérente en matière d'accessibilité sur le territoire. La création

d'une commission de concertation en vue d'améliorer l'accessibilité à l'échelle de la commune en est le signe fort et concret. L'objectif de la commission est, selon Catherine Deroche, maire de Bouchemaine, d'identifier *« les handicaps de la ville en terme d'accessibilité de l'espace public, des Établissements recevant du public (ERP) et d'intégration du handicap dans la vie collective »*[53]. La démarche de mise en accessibilité de la commune de Bouchemaine est initiée.

La commission a débutée en 2001 sous le nom de commission *Veille accessibilité*. La réflexion menée par les élus locaux s'effectue d'emblée de manière transversale entre les divers services de la municipalité (urbanisme, voirie, transport, services sociaux, *etc.*). Le groupe *Veille accessibilité* se compose des adjoints en charge de l'aménagement du territoire, des affaires sociales, de l'urbanisme, des services techniques, *etc*. Très rapidement la commission associe le Comité de Liaison des Handicapés (CLH), des associations comme le *Conseil des Sages*, la correspondante accessibilité de la Direction Départementale de l'Équipement (DDE) et le Conseil en Architecture, Urbanisme et Environnement (CAUE) (Fig. 40).

Figure 40 . Composition du comité de consultation accessibilité de Bouchemaine (France)



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2008

[53] Propos recueillis par Nathalie Vernhes, chargée de mission à la Délégation Ministérielle à l'Accessibilité (DMA), auprès de madame Deroche, maire de Bouchemaine, dans la lettre de la DMA, n°17, mai 2005, pp.4.

Les réflexions[54] engagées par la commission considèrent chaque projet d'aménagement en cours sous l'angle de l'accessibilité. Les différents membres du groupe *Veille accessibilité* aspirent d'emblée à prendre en compte le plus grand nombre de personnes et s'engagent à réaliser des aménagements au-delà des normes en vigueur pour un meilleur confort des usagers.

L'année suivante, en 2002, six groupes de travail sont mis en place pour réaliser l'état des lieux de la commune. L'un avec le CLH, le second avec le Conseil des sages, un troisième avec l'Institut médico-éducatif *Le Graçalou,* un quatrième avec le Centre d'Aide au Travail (CAT) *La Gibaudière*, un cinquième comprenant les deux maisons de retraites d'Empiré et de Prunier et enfin un sixième avec l'association des traumatisés crâniens. La composition de ces six groupes de travail au sein de la commission *Veille accessibilité* permet de prendre en compte les attentes et les besoins d'un large panel de la population et de dresser un diagnostic des attentes de chacun. Ainsi, la commission *Veille accessibilité* est un organe de consultation qui écoute et retient les observations des différents partenaires, à la fois des experts et des usagers, de façon à les prendre en compte en amont des projets et à améliorer l'existant.

Les spécificités de la démarche reposent à la fois sur la mise en place d'un groupe *Veille accessibilité* et la création d'un comité de concertation pluridisciplinaire. La concertation entre ces différents domaines de compétences permet d'enrichir la réflexion et de faire des préconisations relatives aux aménagements et aux actions à mener pour améliorer la qualité de vie de ces citoyens. Ces propositions sont ensuite relayées et discutées par les élus et les professionnels afin de concrétiser un projet où l'accessibilité est intégrée. La commission privilégie ainsi les projets d'aménagement des Établissements Recevant du Public (ERP) et des espaces publics. Les échanges et les débats portent dans un premier temps sur l'aménagement du centre bourg ancien. La rue principale y est problématique parce qu'elle a une fonction de commerce, qu'elle permet d'accéder au centre bourg, mais elle est très fréquentée par les automobilistes et caractérisée par son profil topographique : une pente de l'ordre de 7%. Dans ce contexte, les questions relatives à l'accessibilité sont d'autant plus délicates et nécessitent le soutien d'organismes spécialisés, d'architectes, d'urbanistes, d'aménageurs experts et de tous les usagers de l'espace public urbain.

L'expérience et la démarche mise en œuvre suscitent la curiosité. Elles sont relayées auprès des élus de l'agglomération permettant d'impulser une démarche similaire à une plus grande

[54] L'objet de la rencontre (le 7 novembre 2003 à Bouchemaine) entre ces différents partenaires et élus locaux de l'agglomération a permis de sensibiliser élus et professionnels sur les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap mais aussi leur donner les moyens de réussir un aménagement accessible de qualité.

échelle. La rencontre[55], organisée en 2002 auprès des élus, marque l'intérêt porté au projet de mise en accessibilité de l'espace public avant que la loi du 11 février 2005 ne soit adoptée. Cette manifestation met en exergue l'intérêt de créer des aménagements pour le plus grand nombre en rappelant qu' « *un aménagement public réussi est celui qui ne met pas en évidence le handicap* » (Bachelier, 2005). De cette manière, les modes d'actions engagés sont valorisés et permettent de relativiser la question des coûts et des investissements nécessaires à condition de penser l'accessibilité dès l'avant projet. Ainsi, l'expérience de Bouchemaine avec l'aménagement du centre bourg dans sa globalité a permis de développer des démarches similaires dans les communes de l'agglomération ; comme à Trélazé et plus largement encore dans des communes du département du Maine et Loire avec l'expérience récente de la commune de Beaupréau en 2007 (que nous détaillerons plus loin) et celle à venir de la municipalité de Segré.

Ainsi, la démarche de sensibilisation initiée par la municipalité d'Angers et celle de la commune de Bouchemaine ont permis d'enrichir la démarche de mise en accessibilité fondée sur la constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire et sur la concertation. La multiplication des initiatives dans le domaine de l'accessibilité au sein de l'agglomération a conduit à la mise en place d'un Observatoire de l'accessibilité à l'échelle de quelques communes de l'agglomération angevine, sous l'égide du CLH puis celle de l'Agence d'Urbanisme de la Région Angevine (AURA).

1.1.3 L'Observatoire de l'accessibilité : un outil pour une vision globale des actions menées localement

L'Observatoire de l'accessibilité vise dans un premier temps l'inclusion des personnes en fauteuil roulant et envisage aussi à terme de répondre aux besoins des personnes déficientes sensorielles. Jean Rossignol, urbaniste, initiateur du projet, associé au CLH, aux acteurs institutionnels, associatifs publics et privés affirme l'intérêt de penser l'accessibilité des divers projets d'aménagement depuis leur conception jusqu'à leur réalisation en partenariat.

> *« Nous voulons plutôt sensibiliser et encourager les décideurs, les élus des municipalités de l'agglomération angevine, les services déconcentrés de l'État, les maîtres d'ouvrage et les aider à*

[55] L'objet de la rencontre (le 7 novembre 2003 à Bouchemaine) entre ces différents partenaires et élus locaux de l'agglomération a permis de sensibiliser élus et professionnels sur les difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap mais aussi leur donner les moyens de réussir un aménagement accessible de qualité.

intégrer le plus en amont possible les questions d'accessibilité ».

EF. 03 – CLH Angers - Angers

L'Observatoire de l'accessibilité consiste à mettre en œuvre une cartographie interactive des espaces publics accessibles en fonction des déficiences tout en prenant en compte l'accessibilité globale. L'objet est de réaliser un diagnostic actualisable au gré des aménagements réalisés (Fig. 41).

Figure 41. Créer une observatoire dynamique de l'accessibilité (Agglomération angevine - France)

➢ Réalisation d'une maquette

Fictis a réalisé une maquette graphique afin de visualiser concrètement ce que pourrait être l'application finale. Elle présente un lieu précis (la place Louis Imbach à Angers) et permet de visualiser de façon dynamique l'accessibilité des indicateurs relevés par type de handicap. Elle permet l'affichage ou non des couches, le choix du handicap et du niveau de zoom.

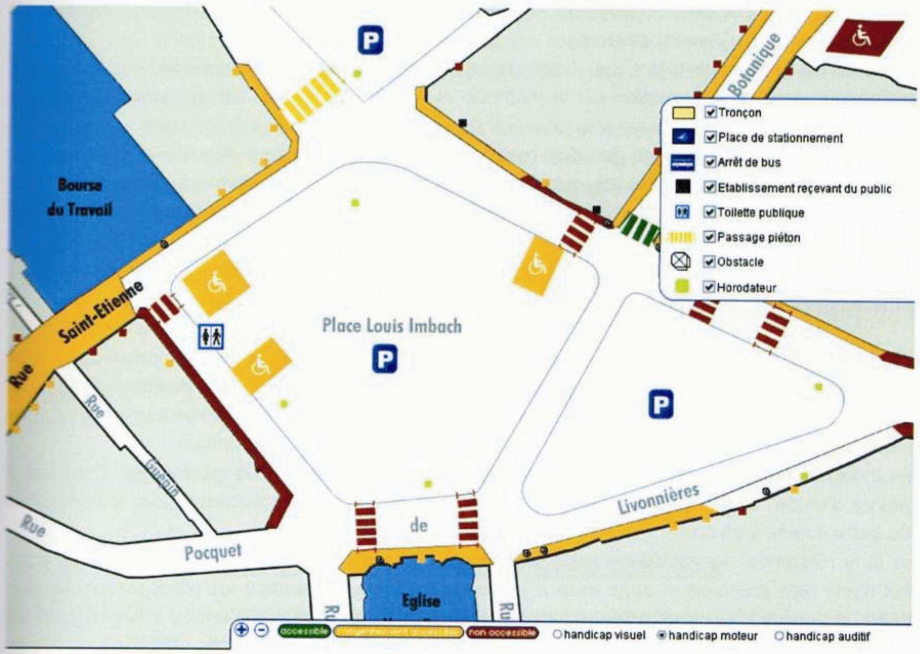


Tableau des indicateurs visualisés en fonction du type de handicap

	Handicap moteur	Handicap visuel	Handicap auditif
Trottoirs	x	x	
Passages piétons	x	x	
Bateaux	x	x	
Bandes podo-tactiles		x	
Feux	X	x	x
Obstacles	X	x	
Arrêts de bus	X		
Places de stationnement	X		
Horodateurs	X		
Plaques de rues			x
Toilettes publiques	X	x	x
Etablissements recevant du public (E.R.P.)	X	x	

Source : Agence d'urbanisme de la région angevine (AURA) étude de faisabilité Observatoire de l'accessibilité, déc. 2005

L'Observatoire de l'accessibilité est conçu suivant une méthodologie à la fois qualitative et quantitative. L'approche qualitative de l'accessibilité est caractérisée par la prise en compte des besoins des populations déficientes motrices et sensorielles. Elle est complétée par une approche quantitative et technique reposant sur des recommandations et des préconisations en accord avec les normes en vigueur. Or ces partenariats nécessitent un investissement commun de tous les acteurs pour répondre au mieux aux besoins de la population mais aussi pour développer une vision globale de l'accessibilité.

> *«L'intérêt d'un Observatoire de l'accessibilité, c'est d'essayer à chaque instant de regarder la ville, ce qui va bien, ce qui va moins bien ou pas du tout. […] L'objectif est de chercher à savoir ce qui se passe autour de nous : relier les démarches d'aménagements, de recherche et de monter de larges partenariat publics, privés et associatifs. C'est au sein de l'AURA que la démarche aura lieu. […] Il s'agit de passer d'une logique d'artisanat à une logique de partenariat ».*
>
> *EF. 03 – CLH Angers – Angers*

En janvier 2002, en partenariat avec la société *Urban It*[56], le CLH a répondu à un appel à projet lancé par l'association France Qualité Publique (FQP) sur la création d'Observatoires territoriaux de la qualité des services publics et d'intérêt général. En mai 2002, le projet MOBICAP aussi appelé Observatoire de l'accessibilité est labellisé par FQP. Ce projet vise à mettre en place un service d'information géographique interactif en ligne qui permet de connaître l'état de l'accessibilité en temps réel à Angers et dans cinq communes périphériques, avant d'étendre le projet à l'ensemble de l'agglomération angevine. Depuis 2004, l'Observatoire de l'accessibilité est confié à l'AURA pour sa mise en place et sa gestion.

La sensibilisation des élus, des professionnels et des citoyens depuis 2002, la création de l'Observatoire de l'accessibilité en 2004 et l'adoption de la Loi N°2005-102 confirment l'implication des acteurs publics et privés en matière d'aménagement de l'espace et renforcent la prise de conscience des enjeux associés à l'amélioration de l'accessibilité des espaces et des services ouverts aux publics.

Au delà de la sensibilisation c'est aussi l'information et la formation de l'ensemble des acteurs publics et privés mais également de la société civile qu'il importe de développer. C'est

---

[56] *Urban It* est une *start up* créée par des informaticiens et urbanistes, spécialisés dans la cartographie dynamique de l'information urbaine.

là, une étape importante qui permet de construire une politique d'accessibilité globale. C'est aussi l'étape la plus délicate à réaliser puisqu'elle concerne l'ensemble des partenaires et qu'elle consiste à mettre en place une véritable culture de l'accessibilité issue des expériences menées localement. Cette étape essentielle est le plus souvent celle qui limite et freine la mise en œuvre de démarche de mise en accessibilité cohérente.

1.1.4 De la sensibilisation à l'accessibilisation, un processus complexe

Alors que la rue, les moyens de transports et l'espace public favorisent la mobilité quotidienne de tous les citoyens, les populations vieillissantes ou encore les personnes déficientes motrices et sensorielles n'y sont pas ou peu visibles. Les revendications des associations mettent en lumière la nécessité d'aménager et d'ouvrir ces espaces au plus grand nombre.

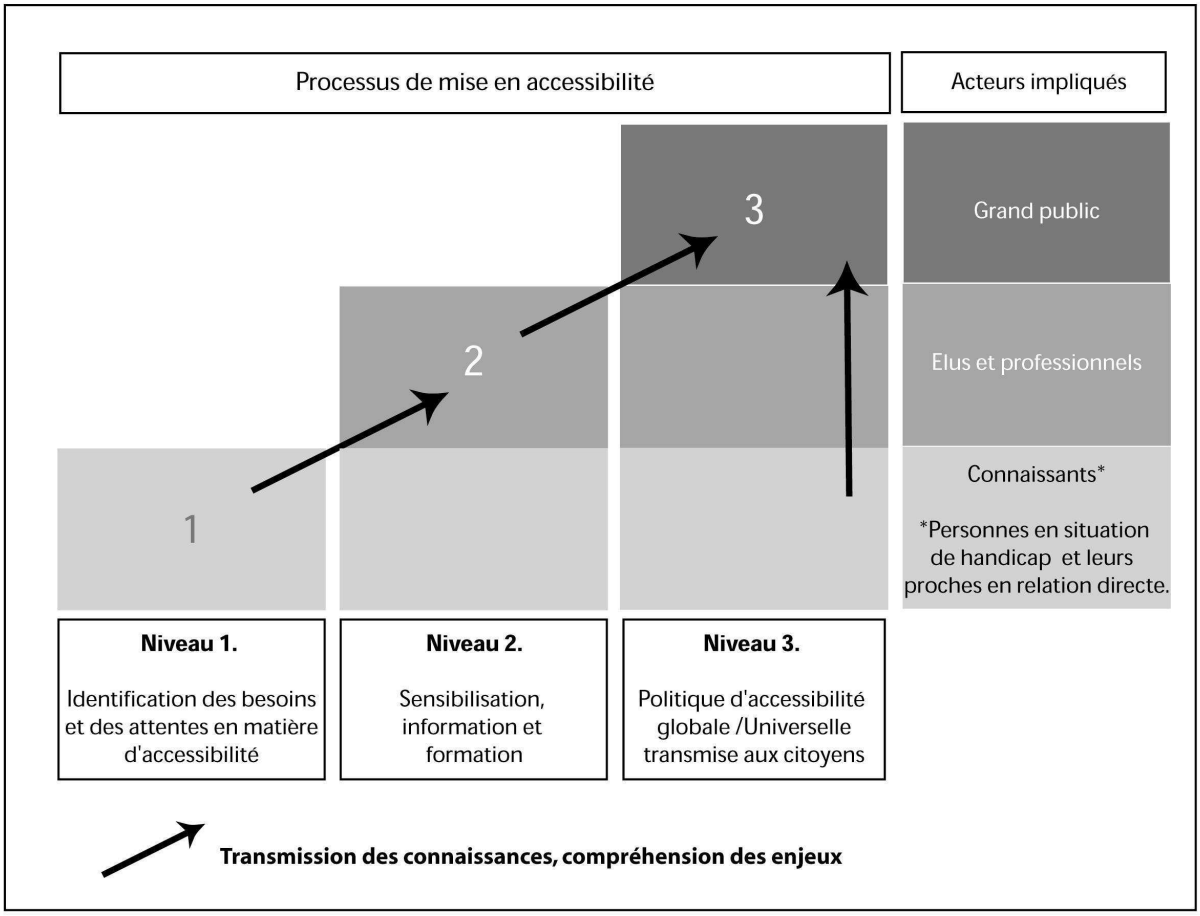
Pour rendre compte des difficultés auxquelles la population est confrontée au quotidien, de multiples actions émergent : le parcours de sensibilisation, les échanges et les débats entre les élus, les professionnels et les citoyens ou l'élaboration d'outils favorisant la cohérence et la mise à jour des espaces accessibles, tel que l'Observatoire de l'accessibilité, sont autant d'exemples qui reflètent la diversité des expérimentations menées en France.

Néanmoins, il est possible de définir un processus commun de mise en accessibilité des espaces publics français (Fig. 42).

Les démarches initiées ont comme point de départ des besoins revendiqués par des individus ou des groupes de personnes handicapées ayant une connaissance précise des obstacles à la mobilité et à l'accès aux espaces publics leur donnant ainsi un statut d'expert (Niveau 1). Au-delà des demandes sociales locales, leurs efforts consistent à sensibiliser les élus afin de concrétiser leurs attentes et obtenir des réponses concrètes à leurs besoins. Ce premier niveau du processus est indispensable à l'élaboration d'un diagnostic de l'accessibilité.

Au-delà de ce diagnostic, il est essentiel d'informer et de former les acteurs publics. L'initiative des parcours urbains à Angers, par exemple, donne l'occasion aux élus et aux professionnels de prendre connaissance des obstacles et des difficultés rencontrés par les personnes handicapées et leurs proches. Ces démarches de sensibilisation, transmises aux élus et aux professionnels, correspondent au second niveau du processus de mise en accessibilité.

Figure 42 . Processus de mise en accessibilité



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, Janv. 2006

L'accès au troisième niveau du processus repose tout d'abord sur la diffusion des connaissances des usagers de l'espace public sur les situations de handicap existantes et les solutions concrètes qui peuvent être apportées. Le partage d'expériences entre les collectivités ou encore le développement d'outils, tel que l'Observatoire de l'accessibilité, participent à l'élaboration d'une véritable culture de l'accessibilité. A ce niveau (3), la mise en œuvre d'une politique d'accessibilité globale et cohérente est en mesure de se concrétiser.

Les expériences menées au cours de cette dernière décennie, notamment dans le département du Maine et Loire, ont permis de construire progressivement une démarche de mise en accessibilité, fondée sur la concertation et la consultation, impliquant l'ensemble des acteurs des collectivités territoriales. Le but est de dépasser le stade de l'expérimentation et de la sensibilisation, initiées par les usagers ou les groupes d'usagers, afin de penser et concevoir l'espace au-delà de l'aménagement physique en y associant le soutien social dont les

populations les plus vulnérables ont besoin. Ainsi, pour développer une démarche de mise en accessibilité en France, c'est la convergence des besoins de chacun et de tous ces acteurs qui est à construire, pour tendre vers un aménagement urbain durable et produire des espaces de qualité dont les politiques d'accessibilité universelles font partie.

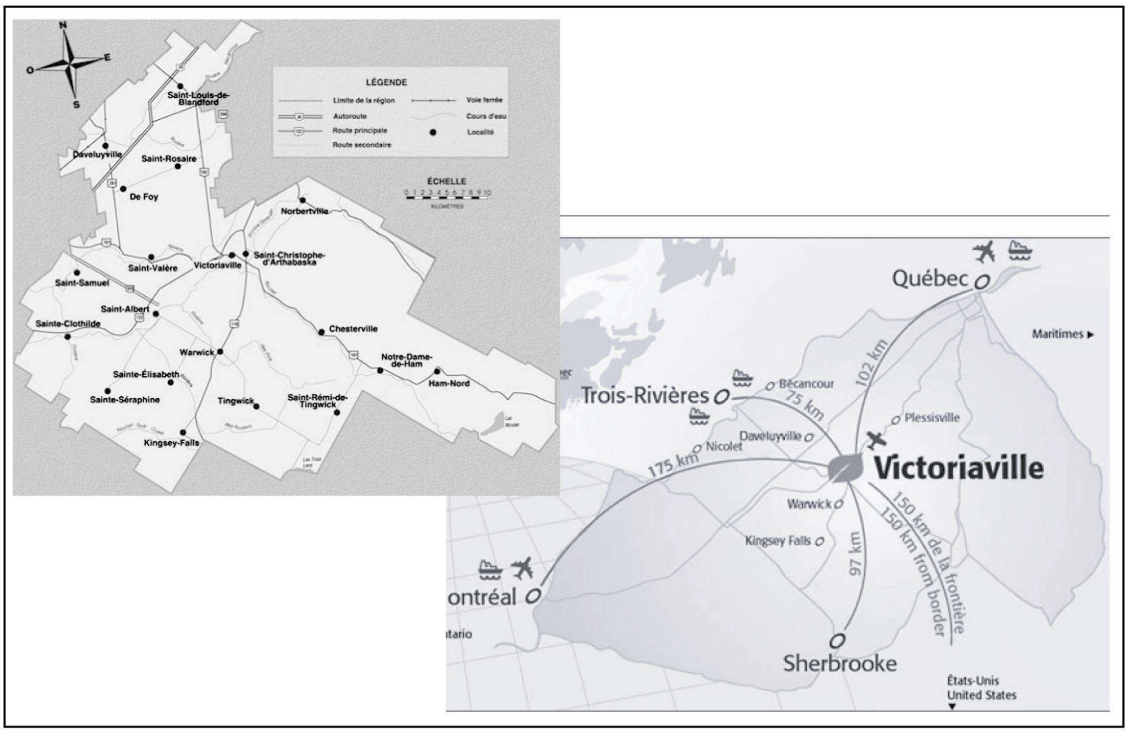
1.2 Des initiatives locales menées au Québec

Au Québec, les initiatives menées dans le champ de l'accessibilité font suite aux orientations du gouvernement intitulé *À part égale* proposées dès les années 1980. A travers l'exemple de la municipalité de Victoriaville et celle de la nouvelle ville de Montréal, nous abordons ici l'évolution des politiques d'accessibilité et leurs applications.

1.2.1 Suivre les orientations gouvernementales : le cas de Victoriaville

Victoriaville est située au Québec dans la Municipalité Régionale de Comté (MRC) d'Arthabraska et dans la région administrative du Centre du Québec (Carte 26). Elle regroupe 41 385 habitants (2009) sur un territoire de 82 km².

Carte 26. Localisation de Victoriaville (Québec)

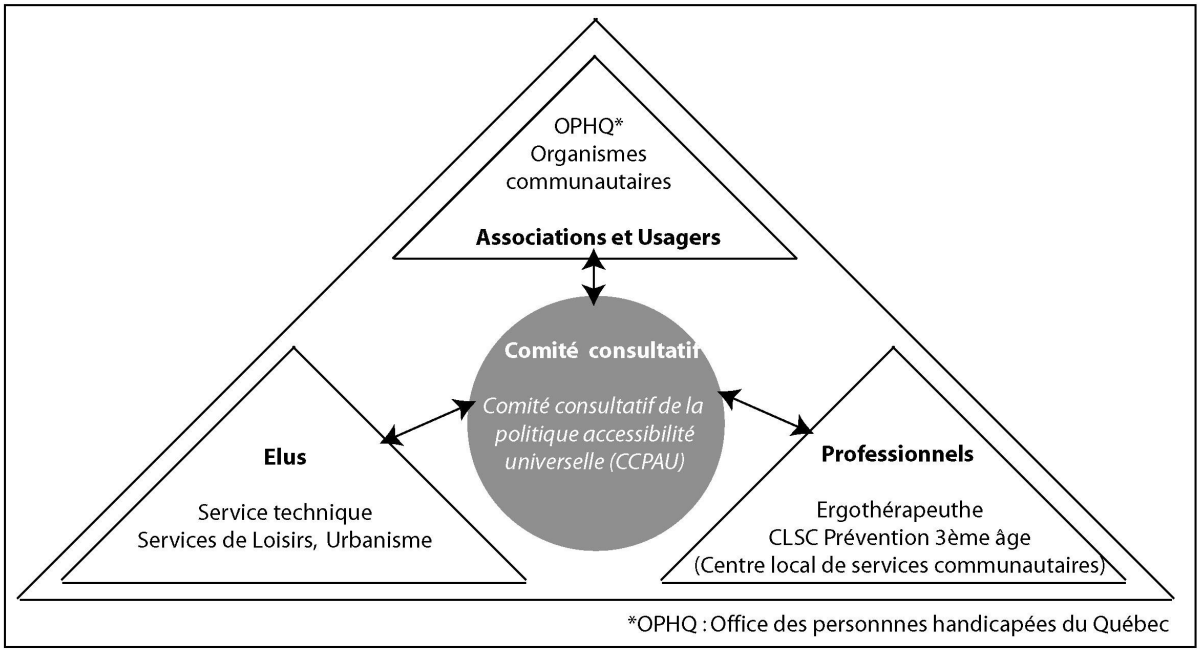


Dès 1988, Victoriaville initie une démarche de mise en accessibilité sous l'impulsion des associations locales qui saisissent d'emblée l'importance de mettre en œuvre la politique d'intégration des personnes handicapées *À part égale* soutenue par l'Office des Personnes Handicapées du Québec (OPHQ). Cette politique a comme objectif d'éliminer les barrières physiques et sociales susceptibles de limiter une personne dans ses activités quotidiennes et participe à la mise en œuvre d'une démarche de mise en accessibilité universelle.

> *« Dans le prolongement des actions entreprises depuis plusieurs années par l'Office des personnes handicapées du Québec, par souci du bien-être de ses citoyens aux prises avec des limitations et conscient du vieillissement de sa population, le conseil municipal de Victoriaville a manifesté sa volonté d'offrir une même qualité de vie à l'ensemble de sa population. En effet, il a mis sur pied, en février 1999, un comité chargé d'élaborer une politique d'accessibilité universelle »* *EQ. 01- CCPAU Victoriaville, Québec*

Ainsi, la municipalité crée dès 1999 un Comité Consultatif chargé d'élaborer une Politique d'Accessibilité Universelle (CCPAU). Ce comité consultatif est composé d'intervenants communautaires (représentants des déficiences motrices, sensorielles, intellectuelles et psychiques), d'élus municipaux (des services techniques, loisirs, urbanisme), d'un ergothérapeute et de membres du Centre Local de Services Communautaires (CLSC) en charge de la prévention pour le 3ème âge. Cette consultation a permis d'élaborer une politique d'accessibilité universelle, adoptée par le conseil municipal en 1999 (Fig. 43).

Figure 43 . Composition du comité de consultation accessibilité de Victoriaville (Québec)



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2008

Cette politique s'organise selon quatre axes et vise l'ensemble des secteurs et des domaines d'interventions de l'aménagement physique et social. Ainsi, d'emblée la qualité et le bien-être des usagers de l'espaces publics urbains de Victoriaville sont intégrés.

> *« Pour Victoriaville, il y a d'abord la concertation : il s'agit de s'assurer que tout est réalisé avec les partenaires du milieu associatif, les personnes handicapées elles- mêmes. Deuxième axe : l'accessibilité architecturale, les classiques questions d'accès aux bâtiments, à la voirie... Les programmes et activités représentent le troisième champ d'intervention : de la sécurité publique aux transports, en passant par l'emploi, le tourisme ou la culture..., rien ne doit être oublié. Enfin, il s'agit pour nous de communiquer et d'informer. » EQ.01- CCPAU Victoriaville, Québec*

La mise en œuvre de cette politique a nécessité l'élection d'un élu, membre du conseil municipal, en charge des questions d'accessibilité, du suivi et de la mise en œuvre de ces actions en direction de l'ensemble de la population. Dans le cas de Victoriaville la consultation est coordonnée par Mme Monfette, responsable des activités communautaires et à la famille. Ce projet novateur intitulé *« À Victoriaville, l'accessibilité, ça me concerne !*[57] *»* permet de définir les priorités en termes d'actions à mettre en œuvre, en concertation avec les membres du comité, selon un plan triennal. De cette manière, le processus de mise en accessibilité de Victoriaville est caractérisé par une approche globale et cohérente initiée préalablement à la révision de la loi québécoise de 1978.

> *« Notre ville n'a pas attendu la loi de 2004 pour se lancer dans une politique volontaire d'accessibilité. Nous l'avons initiée dès 1999. Cette politique relève d'un vrai choix de la municipalité. » EQ. 01- CCPAU Victoriaville, Québec*

Le processus adopté s'inscrit donc dans la continuité d'une démarche inclusive misant sur la pleine participation sociale des citoyens et ayant une vision élargie de l'accessibilité. Marquée par la mise en œuvre d'une démarche de concertation et de consultation, l'expérience est renouvelée dans d'autres municipalités québécoises : c'est le cas de la nouvelle ville de Montréal. Si les politiques locales de mise en accessibilité s'inspirent et s'enrichissent mutuellement, ces deux collectivités sont pourtant très différentes. Victoriaville par exemple est dans un milieu mi rural – mi urbain alors que Montréal est totalement urbaine et de taille très différente. Comme le précise Nathalie Roussel, chargée de mission de la politique d'accessibilité universelle :

---

[57] Politique d'accessibilité universelle. À Victoriaville l'accessibilité ça me concerne, 1999, 90 pages.

> « *Il est donc difficile de dire si on fait mieux, ou moins bien, que les autres. Ça dépend des domaines. Nous n'avons, par exemple, pas de transports en commun, à la différence de notre capitale. Nous avons quelque chose d'adapté à notre plus petite échelle : des taxis-bus. Mais comme à Montréal, nous avons développé un système de transports adaptés. Pour ce qui est des trottoirs, c'est probablement plus facile d'y circuler chez nous qu'à Montréal... Logique : on en a moins ! Si, en revanche, on se compare avec des municipalités de même taille, là, oui, on peut dire qu'on est privilégié, moins pour l'aspect purement technique que pour la façon dont on aborde les problèmes et pour la valorisation du tissu associatif. Nous avons une approche vraiment communautaire ».* *EQ. 01- CCPAU Victoriaville, Québec*

Le point commun des actions menées dans le domaine de l'accessibilité repose alors sur les partenariats engagés, la concertation entre l'ensemble des acteurs et la prise en compte de la parole des citoyens, permettant de construire une politique locale cohérente qui s'inscrit dans le temps.

1.2.2 L'expérience de la nouvelle ville de Montréal (Québec)

La démarche de mise en accessibilité de la nouvelle ville de Montréal s'est inspirée de la politique mise en œuvre à Victoriaville. C'est aussi l'implication personnelle des élus de la ville qui a permis de faire progresser les aménagements de la ville :

> « Au *cours des années 70, le président du comité exécutif de la ville de Montréal, Yvon Lemaire, qui avait deux enfants handicapés et qui était bien placé pour exercé des pressions dans ce domaine. Cette personne était très sensibilisée, et a fait en sorte que toutes les intersections soient abaissées. »* *EQ. 02 - OPHQ Drummondville-Québec*

Cette première action significative dans le domaine de l'accessibilité est révélatrice de l'intérêt de la sensibilisation des élus face aux difficultés de mobilité des personnes handicapées et montre l'importance de modifier l'environnement urbain et d'intégrer la population. L'implication de la municipalité dans cette démarche permet le soutien à la fois humain et financier. Si la volonté des élus est primordiale, elle repose aussi sur le partenariat entre les différentes institutions municipales, les organisations communautaires de personnes handicapées telles que *Altergo, Ex aequo, Kéroul etc.*

> *« Le cheminement est facile à Montréal, oui c'est facile, les rues sont pas mal emmanchées. Depuis près de 25 ans y a des abaissements de trottoirs. »*
>
> *EQ 09 - Kéroul – Montréal – Québec*

C'est aussi l'implication des organismes experts du bâti, de l'architecture telles que *Société Logique* ou *Archiconcept* qui permettent d'améliorer les conditions de vie et la mobilité des citoyens. En effet ces organismes participent activement aux démarches de mise en accessibilité en intégrant dans leur projet une réflexion sur l'accessibilité universelle avec les partenaires locaux. Pour exemple, l'étude de l'aménagement du réseau sous terrain de Montréal est en cours et fait l'objet d'une réflexion menée conjointement par la collectivité, l'association *Kéroul* avec le support d'organisme tel que *Archiconcept*. D'autres exemples comme la construction d'un ensemble de logements collectifs dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve intègrent l'accessibilité universelle *via* les professionnels et les maîtres d'œuvre de l'organisme *Société Logique* et des organismes associatifs. Ainsi, la consultation réunit également des associations, ce qui permet de transmettre une plus grande expertise quand à l'amélioration de l'environnement des personnes ayant une déficience :

> *« Le partenariat qu'on a développé avec le milieu associatif est vraiment la pierre d'assise de nos actions. […] ce sont des gens qui non seulement sont compétents, ont un savoir et un savoir-faire, mais aussi une attitude de collaboration. »*
>
> *EQ 10 OPHQ Montréal -Québec*

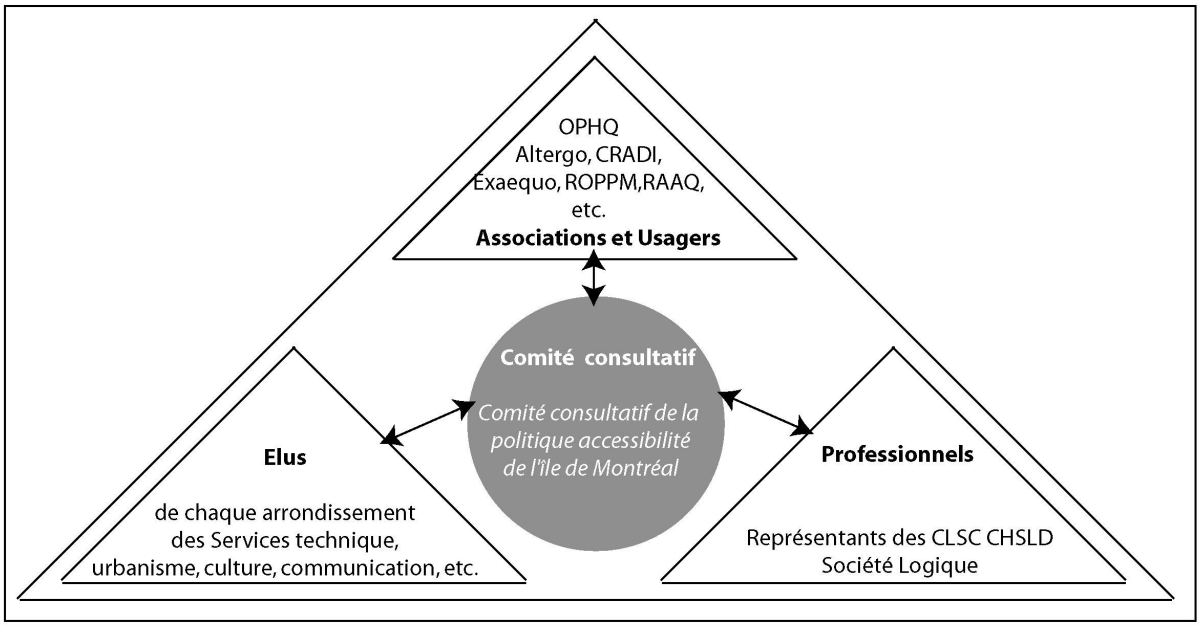
Les orientations politiques qui ont suivie la loi de 1978 au Québec *À part égale* ont conduit les municipalités qui le souhaitaient à s'engager vers une démarche de mise en accessibilité dont les villes de Victoriaville, de Montréal, Québec, *etc.* En s'inspirant de la politique mise en œuvre à Victoriaville, la ville de Montréal ajuste sa politique d'accessibilité universelle. Elle se caractérise par l'implication des élus de chaque service et de chaque arrondissement de la ville. En effet, la création d'un comité au sein de l'unité du développement social et communautaire, composée d'un représentant par arrondissement de la ville de Montréal, permet de relayer la politique mise en place dans chaque arrondissement suivant un plan de priorités axé sur la mise en accessibilité des édifices municipaux, l'aménagement des espaces publics, l'adaptation des services de transports mais aussi les mesures spécifiques liées à la communication des personnes déficientes sensorielles et intellectuelles (Fig. 44). Le comité a pour mission d'assurer la cohérence et le suivi des actions :

> *« La main droite, dans une grande entreprise comme la notre, ne sait pas trop ce que fait la main gauche et on essaie d'éviter ça. »* *EQ 10 - OPHQ Montréal –Québec*

Ainsi, l'effort de coordination mis en place est le révélateur de la transversalité du problème de l'accessibilité. En effet, les services d'urbanisme, de santé, d'aménagement et de voirie sont le plus souvent cloisonnés et le territoire sectorisé : il s'agit par le biais de cette commission de mettre en cohérence tous ces acteurs et de favoriser leur rencontre. Au sein d'une municipalité comme Montréal, si tous ces services sont impliqués, d'autres sont encore à convaincre. Pour cela, il faut non seulement les sensibiliser mais aussi et surtout les former aux questions posées par l'accessibilité universelle et sa philosophie.

> *« On parle de qualité de vie au quotidien de nos citoyens. On ne peut se permettre le luxe de laisser une partie de la population prisonnière ou coincée parce qu'on n'a pas réfléchi sur le comment mieux faire et comment avoir une approche inclusive. »*
>
> *EQ 10 - OPHQ Montréal -Québec*

Figure 44. Composition du comité de consultation accessibilité de Montréal (Québec)



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2008

La commission du conseil municipal, sur le développement culturel et la qualité du milieu de vie, a adopté une trentaine de recommandations en matière d'accessibilité universelle pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles sur le territoire. De ces recommandations, il ressort une prise de conscience des problèmes d'accès aux édifices publics, aux moyens de communication et aux services de la ville. Réunies dans un rapport visant à améliorer la qualité d'usage de l'espace public urbain, les préconisations ne constituent néanmoins qu'une première

étape pour l'administration municipale qui souhaite « *faire de Montréal, une ville modèle en Amérique du Nord concernant l'accessibilité universelle* ». Cet objectif ambitieux concerne l'ensemble des projets municipaux menés à l'échelle de la collectivité.

Pour exemple, Montréal a mis en place une *Charte du piéton*, qui a fait l'objet d'une importante consultation publique en 2006, et qui fait partie du Plan de transport de Montréal. Celui-ci reconnaît la *« primauté du piéton dans le système de transport montréalais et en même temps affirmer la nécessité pour le piéton d'adopter des comportements sécuritaires »*. La Charte du piéton contribue à orienter des actions municipales en vue de l'amélioration des conditions de déplacements, notamment le maintien de l'interdiction du virage à droite aux feux rouges sur l'ensemble du territoire, l'installation de feux piétons à décompte numérique, l'augmentation du budget consacré au marquage des intersections en début d'année et l'augmentation du nombre de policiers affectés à la sécurité et à la circulation. Dès 2008, Montréal élabore un guide d'aménagement des voies publiques et des parcs au regard des besoins des piétons, incluant les critères d'accessibilité universelle. Ainsi, la ville intègre l'accessibilité universelle à l'ensemble de ses projets municipaux quel que soit le domaine concerné : urbanisme, construction, voirie, culture, communication *etc.* C'est par le biais d'une approche globale et transversale que les actions menées dans le champ de l'accessibilité se multiplient et portent leurs fruits. L'association *Kéroul* par exemple, reconnue par 14 ministères québécois, a adopté ce mode de fonctionnement depuis environ dix ans.

1.2.3 Kéroul, une démarche de mise en accessibilité fondée sur des ententes interministérielles

La démarche de l'entreprise d'économie sociale sans but lucratif *Kéroul* montre tout l'intérêt de mener des actions transversales pour développer l'accessibilité. Présidée depuis 25 ans par André Leclerc, *Kéroul* est reconnue par les pouvoirs publics et bénéficie d'entente avec le gouvernement lui permettant de guider un ensemble d'actions dans le domaine de l'accessibilité à l'échelle locale, régionale et provinciale.

L'association travaille en complémentarité avec quatorze ministères du gouvernement québécois pour coordonner des actions dans le domaine de l'intégration des personnes handicapées et de l'accessibilité aux services de transports. Un conseil exécutif est organisé tous les deux ans, afin de faire le point sur les avancées des projets programmés dans le domaine de l'accessibilité et projeter les actions à réaliser.

« Chaque ministère peut travailler sur l'accessibilité c'est un vrai besoin pour l'intégration. C'est toute la chaîne de l'accessibilité qui doit être assurée. On rencontre (les ministères) un par un pour savoir ce qu'il pourrait faire pour améliorer l'accessibilité. On dit ce qu'on veut et puis après on les rencontre tous ensemble : ils sont convoqués par le premier ministre et c'est vrai Kéroul est très très privilégié. Ces rencontres se sont mises en place depuis 10 ans et on se rencontre tous les deux ans pour avoir une forme de suivi. Au fur et à mesure des résultats apparaissent. »

EQ 09 - Kéroul – Montréal – Québec

Kéroul participe activement au développement de l'accessibilité en direction des personnes à mobilité réduite à la fois à l'échelon provincial auprès des ministères et à l'échelle locale comme membre actif des comités accessibilité de la ville de Montréal. L'un des projets majeurs actuellement est celui de la mise en accessibilité du métro. C'est un des projets qui est le plus difficile à mettre en place dans la mesure où le métro est ancien et qu'il n'est pas accessible. Pourtant, c'est bien le mode de transport le plus adapté aux personnes handicapées selon les membres de l'association. Ce projet est colossal et l'adaptation du réseau se fera progressivement, à commencer par les stations jugées prioritaires (Berri UQAM ; Henri Bourassa, Bonaventure, Côte Vertu, Longueuil et Lionel Groulx) et le prolongement de Laval à Montréal, supposé être accessible. Pour autant, dans le domaine des transports, l'évolution depuis 25 ans est remarquable, notamment pour le réseau interurbain.

«C'est le système de transport par autobus qui a le plus changer surtout le transport interurbain .On a un réseau ou presque toutes les lignes sont adaptées. Il reste a élevé les terminus mais la plupart des autobus sont adaptés. C'est là qu'on à le plus de progrès (…)

« Il existe le transport adapté qui n'est pas si pire mais qui reste difficile, il faut réserver 48 heures à l'avance. Tu peux aussi commander le taxi adapté. Ça commence à évoluer beaucoup parce que le ministère des transport développe des aides pour aider les chauffeurs d'autobus et le développement des taxi adaptés ».

EQ 09 - Kéroul – Montréal – Québec

De fait, le réseau du métro de Montréal comprenant le réseau souterrain, est un projet de grande ampleur qui tient à cœur à de nombreux organismes, malgré des pressions grandissantes. Les actions menées par l'association sont basées sur un discours économique plus que revendicatif. Pour défendre leur projet et inciter à l'action, l'association appuie son propos sur les effets du vieillissement et la perte de mobilité de la population. Avec l'accroissement en nombre des personnes âgées, c'est aussi une augmentation des personnes à mobilité réduite qui est à prévoir et donc des besoins plus prégnants à venir. Dès lors, l'association *Kéroul* agit pour

la défense et la mise en accessibilité en menant des études de marché. Ces dernières tendent à démontrer que l'absence d'accessibilité en direction de la population, « *entraîne une perte de marché pour bon nombre d'entreprise qu'il s'agisse du tourisme, des transports etc. (..) » le rôle de l'association consiste à développer l'accessibilité mais on est là pour montrer qu'on a un apport économique. La plupart des démarches sont en lien avec la monnaie. On va étudier en fonction des économies ou des avantages des populations. On fait des études de marché pour montrer la réalité. »*

Pour exemple, l'un des projets phares de l'association est un projet touristique : celui d'une « route touristique accessible entre Montréal et Québec » (Kéroul, 2005).

> *« Qu'est ce qu'une route accessible ? C'est une route avec des restaurants, (…) des toilettes accessibles, un hébergement adapté, ça permettrait de rentabiliser des commerces et les restaurants et aussi de gagner plus de temps. La route entre Québec et Montréal en passant par Sherbrooke et Drummondville serait une première. Après on va l'élargir dans d'autres régions accessibles. (…) Nous avons créé un guide Québec accessible associé à Ulysse éditeur pour une diffusion internationale pour le tourisme ».*
>
> *EQ 09 - Kéroul – Montréal – Québec*

Kéroul s'est fixée deux priorités pour aider chaque région. L'objectif premier est de faire connaître l'association comme un relais en dehors de Montréal pour promouvoir l'accessibilité, condition indispensable pour développer le tourisme. Le second objectif consiste à assurer un suivi auprès des ministres et de développer à l'échelle provinciale les actions déjà engagées localement, qui ont porté leurs fruits.

1.3 Convergence et divergence des initiatives françaises et québécoises

Les deux expériences, celle de Bouchemaine en France et de Victoriaville au Québec, montrent la volonté des élus locaux de répondre à une demande sociale forte. Celle-ci est relayée par les associations de personnes handicapées locales, le CLH en France ou l'OPHQ au Québec, et donnent lieu à la création de groupes de consultation par les élus. Ces groupes - le groupe français de Bouchemaine *Vieille accessibilité* et le Comité consultatif de la politique d'accessibilité universelle de Victoriaville au Québec - se positionnent comme interlocuteur unique de la municipalité.

Le slogan *«S'entendre pour agir de concert » à* Victoriaville, et la volonté des élus de Bouchemaine de transmettre *« sa »* démarche de consultation, montre combien la consultation est un outil indispensable à la mise en œuvre d'une ville accessible, en cernant les véritables besoins de la population locale et en mettant en place des actions qui correspondent à leurs attentes.

La composition des comités consultatifs est très proche. Les élus des divers services municipaux (services techniques, d'urbanisme, des loisirs, *etc*.) sont impliqués dans ce processus. Ces organes de consultation font aussi appel aux représentants des populations vulnérables et d'associations comme le *Conseil des Sages*, le CLH en France ou les intervenants communautaires au Québec. En France comme au Québec, les citoyens connaissant des situations de handicap sont considérés comme une ressource essentielle pour la validation des actions et d'aménagement concernant l'accessibilité. Ils sont reconnus ainsi par les élus comme de véritables experts, au même titre que les professionnels.

Pourtant, selon les responsables de ces comités, en France comme au Québec, il est *a priori* difficile de mettre autour de la même table les personnes handicapées et les personnes âgées parce que les uns ne veulent pas être assimilés aux autres et *vice versa*. Ce cloisonnement émane des populations elles-mêmes, même si les besoins exprimés par l'une et l'autre population sont très proches. Les comités de consultation éprouvent dans ce cas des difficultés à se former. L'alternative choisie pour prendre en compte ces deux groupes est de faire appel aux représentants associatifs ou encore aux professionnels issus du champ de la santé – responsable de structures pour personnes âgées et handicapées en France, intervenants au sein des services de santé et services sociaux au Québec -.

Face à ces difficultés, l'alternative des collectivités locales consiste en France à faire appel aux responsables de structures de personnes âgées et aux représentants d'association de personnes handicapées (France), qui ont une connaissance des besoins de ces deux populations. Au Québec la combinaison des attentes et des besoins des personnes âgées et handicapées est engagée par la participation des membres du CLSC de Victoriaville (Québec) qui s'intéresse à la prévention en termes de santé et d'aménagement des espaces privés et public en direction de l'ensemble des populations vulnérables.

La différence majeure dans la composition des comités consultatifs concerne l'implication des services de santé. Le comité québécois se compose des membres du CLSC et d'un ergothérapeute dont l'action repose sur la prévention et l'aménagement de l'espace en direction des personnes fragiles. En revanche, le comité français est caractérisé par la présence de responsables de structures d'accueil médico-sociales pour personnes handicapées : d'où des

attentes et des besoins en terme d'intégration des populations fragiles très différentes.

Les acteurs québécois impliqués participent au débat dans le but d'inclure conjointement les personnes âgées et handicapées à la vie de la cité, tandis que les acteurs français, issues de structures médico-sociales spécialisées accueillant des personnes déficientes physiques sensorielles répondent aux attentes et aux besoins des personnes vulnérables au regard des difficultés à les accueillir (du fait du nombre limité de places disponibles).

La mise en place du comité consultatif, dans le cas français, consiste à surveiller, à contrôler le projet annoncé depuis sa conception jusqu'à sa réalisation dans le domaine de l'aménagement du territoire. L'action du comité québécois, quant à lui, vise un objectif plus large : celui de participer à la mise en œuvre d'une politique d'accessibilité universelle intégrant tous les domaines des politiques publiques sans exception. Dès lors, l'approche sectorielle entre l'aménagement du territoire, le sanitaire et le social qui s'opère en France transparaît au niveau local dans les démarches de mise en accessibilité ; tandis que les cas québécois combinent à la fois les acteurs de l'aménagement et de la santé et des services sociaux.

Au regard de ces exemples, la démarche de mise en accessibilité de l'espace public urbain repose sur la consultation et la coordination de l'ensemble des services. Elle se traduit également par un effort de suivi des actions menées depuis leur diagnostic jusqu'à leur concrétisation. Pour cela, le mode d'organisation et le suivi des actions mis en place par l'association *Kéroul* et par la municipalité de Montréal ont prouvé leur efficacité. En effet, la dispersion des correspondants accessibilité au sein de chaque service et de chaque domaine de compétence municipale et gouvernementale permet d'insérer la question de l'accessibilité au sein de chaque projet. La présence d'un coordinateur de ces correspondants (Régisseur au sein de la municipalité de Montréal ou Association *Kéroul*) permet d'assurer le suivi planifié sur trois ans et d'accroître les actions dans ce domaine.

Ces collectivités sont à l'origine de démarche de mise en accessibilité visant à améliorer la qualité d'usage de l'espace public local, le bien-être des populations et leur qualité de vie. Les choix opérés par les collectivités territoriales de Bouchemaine ou de Victoriaville soulignent des spécificités locales, qui reposent essentiellement sur la présence de groupes de citoyens revendiquant une meilleure qualité de vie. Leurs besoins et leurs attentes sont ainsi relayés et soutenus par les élus locaux. Ces initiatives participent à l'élaboration et la construction d'une politique locale d'accessibilité qui tend à se diffuser sur les territoires français et québécois et qui sont confirmées par les lois en direction des personnes handicapées.

2. Institutionnalisation des politiques d'accessibilité

La démarche d'institutionnalisation de l'accessibilité est renouvelée en France avec la révision la loi du 30 juin 1975 en direction des personnes handicapées. Les politiques publiques à l'œuvre affichent leur volonté de répondre à une attente sociale forte : celle de l'accessibilité et de l'intégration de tous à la vie de la cité. Parallèlement au Québec, la démarche de mise en accessibilité débute avec la loi québécoise *À part égale* de 1985 qui permet aux municipalités de lancer une politique d'accessibilité universelle. A la suite de la loi adoptée en 2004, l'Office des Personnes Handicapées du Québec (OPHQ) est légitimé pour déposer de nouvelles orientations politiques afin d'identifier les obstacles existants.

2.1 Institutionnalisation « à la française »

En France, la démarche proposée dans le cadre de la loi du 11 février 2005 est caractérisée par l'institutionnalisation et la hiérarchisation des acteurs de l'accessibilité à chaque échelon territorial et par les obligations de chacun dans ce domaine. De cette façon c'est la question de l'interaction entre les acteurs nationaux et les acteurs locaux qui est posée : Comment réguler, coordonner et assurer la cohérence de la démarche de mise en accessibilité ?

2.1.1 Hiérarchisation des acteurs : de la délégation ministérielle de l'accessibilité aux correspondants locaux

Nommée en 1999, la Délégation Ministérielle à l'Accessibilité (DMA) est instituée pour veiller au respect des règles d'accessibilité ; mais aussi pour impulser, coordonner et assurer la cohérence des actions dans le domaine de l'accessibilité. Cette délégation, sous la direction du Ministère de l'équipement, se veut transversale et vise à assurer la coordination interministérielle des actions engagées dans le champ de l'accessibilité par les services des transports, de l'urbanisme, du cadre bâti, de la voirie, des espaces publics, du tourisme, de l'éducation et des ministères qui en ont la charge.

Placée en 2004, sous la direction du Ministère de l'emploi de la solidarité et de la cohésion sociale, puis en 2007, sous la direction du Ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement Durable et de l'Aménagement du Territoire (MEEDDAT), la Délégation Ministérielle à l'Accessibilité (DMA) a pour objectif d'assurer la coordination entre les administrations, les organismes publics, dans le domaine des transports et du cadre bâti,

(transports terrestres, maritimes et aériens, voirie, espaces publics, bâtiments ou ERP, lieux de travail, hébergement et logements). Ainsi, la DMA confirme son rôle et son application *« à toutes les activités de la cité : les transports, le cadre bâti, la scolarisation, l'emploi, le logement, la culture, le sport...Une accessibilité généralisée implique en effet d'appréhender globalement les préoccupations de tous et la prise en compte de tous les handicaps aussi bien moteurs que sensoriels »* (Bachelier, 2005). Sa place au sein du gouvernement tantôt associée à la solidarité et la cohésion sociale, tantôt à l'environnement montre aussi la transversalité de cette initiative qui nécessite de mettre en place un réseau d'acteurs sensibilisés, impliqués et formés à l'accessibilité à ses enjeux et ses effets. Cette coordination par la DMA s'exerce de manière centralisée, dans l'élaboration, la mise en cohérence et l'application des différents textes relatifs à l'accessibilité, mais aussi dans les services déconcentrés extérieurs du ministère, avec son réseau scientifique et technique (CERTU, GART, COLIAC, *etc.*) Par ailleurs, la DMA, recense un grand nombre d'initiatives locales favorisant ainsi la diffusion de bonnes pratiques expérimentées en faveur de l'intégration de la population et permettant d'orienter et de guider les acteurs locaux dans la mise en place d'une démarche de mise en accessibilité. Par exemple, la présence d'un interlocuteur unique lui-même impliqué dans la transversalité des actions à mettre en œuvre est un atout certain de la coordination locale.

La loi du 11 février 2005 a produit un arsenal juridique comprenant près de 150 textes d'application, qui ont pour ambition d'engager et de structurer l'action locale et nationale. Si l'État est chargé de veiller à l'application de la loi, l'accessibilité relève davantage des services déconcentrés de l'État (régions, départements et collectivités). La distinction entre le niveau national et départemental est une contrainte pour bon nombre d'acteurs locaux qui sont impliqués. S'il est reconnu que la loi du 11 février 2005 œuvre pour L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et qu'elle apporte des avancées notables telle que l'action des acteurs territoriaux à chaque échelle administrative dans le domaine de l'accessibilité : son application est en cours.

2.1.2 Au niveau local : une implication imposée aux collectivités

Partant du principe du tout pour tous, la Loi Handicap du 11 février 2005 insiste sur la prise en compte globale de l'accessibilité. Elle introduit la notion de chaîne de déplacement qui comprend : la voirie, le cadre bâti, l'aménagement de l'espace public, le transport ainsi que l'accès à l'information. Cette loi prévoit aussi la création, dans toutes les communes de plus de 5 000 habitants, d'une commission communale d'accessibilité chargée d'établir un bilan de

l'état d'accessibilité du territoire (cadre bâti existant, voirie, espaces publics et transports). Par ailleurs, la création d'une commission intercommunale d'accessibilité est obligatoire pour les Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) compétents en matière de transports ou d'aménagement du territoire, dès lors qu'ils regroupent 5 000 habitants ou plus. Enfin un Schéma Directeur des services de Transports (SDT) est imposé à toutes les Autorités Organisatrices de Transports (AOT) d'ici 2015.

Les commissions communales et intercommunales d'accessibilité

La mise en place de commissions communales consultatives d'accessibilité au sein des collectivités locales fait suite aux obligations de la Loi N°2005-102. L'accessibilité telle qu'elle est entendue par cette nouvelle loi regroupe l'ensemble des handicaps qu'ils soient visibles ou invisibles. Au-delà du cadre bâti, l'objectif est de s'intéresser à la signalétique, au repérage, à l'information des espaces et équipements publics présents dans l'environnement urbain de proximité. Il ne s'agit pas seulement d'avoir la possibilité d'entrer dans un lieu mais d'entrer en communication avec autrui (participer à des réunions, demander et recevoir une information, *etc.*)

L'apparition de cette commission modifie aussi la politique de la ville et constitue un maillon essentiel du développement de la participation sociale des citoyens. Avec cette loi, la question de l'accessibilité est renouvelée : elle est structurante et fixe les délais, les contrôles et le suivi des actions et des initiatives locales par le biais d'un réseau d'acteurs sur le territoire national. L'échéance de 2015 pour rendre les villes accessibles tant pour le bâti neuf qu'ancien nécessite des ressources humaines et financières importantes ; ainsi que la cohérence de la chaîne de déplacement. Les initiatives locales recensées permettent de faire émerger les bonnes pratiques.

La loi du 11 février 2005 crée un véritable bouleversement en terme de pratiques et de prise en compte de l'accessibilité à l'échelle locale. Elle impose pour l'ensemble des acteurs locaux sur le territoire français une connaissance des impératifs réglementaires, une mise en accessibilité qui repose sur la transversalité, l'harmonisation et l'articulation entre les différents services. Pour cela, les acteurs locaux doivent être capable d'installer la commission dans les délais impartis et de l'animer sur le territoire. Les associations sont d'ores et déjà à l'affût des décrets susceptibles de servir ce domaine d'action et imposer l'engagement des municipalités et de ses élus. Ainsi, la mobilisation des associations et des professionnels privés et publics est essentielle à une approche globale.

La démarche de mise en accessibilité telle qu'elle est impulsée par la loi, impose la rédaction de diagnostic du territoire pour 2008 et nécessite l'implication des acteurs locaux pour concrétiser la mise en accessibilité. Parmi les municipalités, nous pouvons distinguer celles qui ont une initié une démarche de mise en accessibilité et qui ont une connaissance de l'ampleur de la démarche et de la nécessité de s'approprier le projet pour une réalisation cohérente sur le terrain. Elles s'adaptent plus facilement et complètent leur approche souvent sectorielle. Or dans bon nombre de cas où la démarche ne s'est pas opérée en amont de la loi, on assiste plus à un découragement des communes et non à une incitation à la mise en accessibilité. Ces municipalités subissent cette obligation et reconnaissent que leur méconnaissance du handicap et de l'accessibilité freine leur implication face à l'ampleur des moyens financiers et humains à déployer. Dans ce dernier cas, n'ayant ni les savoirs ni les compétences pour réaliser le diagnostic, les collectivités ont choisi de déléguer la réalisation du diagnostic et de se limiter à son financement en faisant appel à des organismes privés.

Ainsi, la majorité des municipalités françaises ont répondu favorablement en réalisant ou commandant auprès d'organismes privés un diagnostic de l'accessibilité. La production de ces documents interroge la standardisation des diagnostics, quelque soit la municipalité et la prise en compte des spécificités locales. Au-delà de ce document dressant un constat de l'accessibilité sur le territoire communal, peu de rapports précisent les modalités et les délais de ces réalisations de mises en conformité. Plus rares encore sont les rapports qui proposent des préconisations adaptées aux besoins locaux. Le risque encouru par ces municipalités est celui de voir les diagnostics rester sans suite. Ce risque est d'autant plus grand que les élus ne se sont pas ou très rarement appropriés les documents produits, ont rarement pris conscience de la globalité de la démarche à mettre en œuvre ou encore de la nécessité d'assurer la continuité des projets engagés entre différents services menant à la durabilité des aménagements réalisés. L'approche de l'accessibilité ne s'improvise pas, elle impose d'articuler les services municipaux et les programmes engagés dans chaque service de façon cohérente. Dès lors, l'étape suivante qui consiste à programmer les actions à mener sur le territoire communal est délicate à initier. C'est là, le chaînon manquant de bon nombre de collectivités où un changement de pratique s'impose.

Parallèlement, la mise en accessibilité des communes de plus de 5 000 habitants interpelle les groupements de communes. En effet, l’intercommunalité modifie l’obligation de mise en accessibilité. Les élus locaux s’interrogent sur leurs responsabilités dans la mesure où ils font partie d’un regroupement de communes de plus de 5 000 habitants. Une communauté urbaine composée de commune de plus de 5000 habitants doit-elle mettre en place autant de commissions communales ? Auquel cas le risque d'avoir des doublons sur l'état des lieux le

diagnostic, la planification et le suivi des actions à mettre en œuvre est fort et mènent les élus locaux à la plus grande confusion. A la question *« est-il possible de conjuguer commission communale et intercommunale ? »* Les réponses proposées sont confuses; selon la lettre du cadre territorial par exemple :

> *« Pour les plus gros EPCI, elle (la commission d'accessibilité des personnes handicapées) doit être intercommunale. Aucune disposition n'interdit la coexistence de commissions communales et intercommunales d'accessibilité pour une meilleure mise en œuvre des dispositions concernant le bâti et les transports »* *Joël Munsch*

Le ministère se positionne différemment. Il annonce que la communauté de communes est responsable de la mise en accessibilité de l'ensemble des communes qui la composent.

> *« Rien n'interdit aux communes, afin de favoriser les initiatives locales fondées sur la connaissance de terrain, d'améliorer les travaux de la commission intercommunale en créant une structure informelle de réflexion et de conseil »*
>
> *QE n°2 522, JO 27 mars 2008*

L'enjeu dans ce cas est de mettre en commun l'ensemble des connaissances du terrain, d'identifier les modes d'action mis en œuvre afin d'homogénéiser les actions sur le territoire. Dès lors, la consultation des communes membres d'une EPCI ayant mis en place des diagnostics ou des groupes de réflexion est essentielle. La concertation permet d'homogénéiser les pratiques, de définir de nouveaux modes d'action et de rendre cohérent l'aménagement de l'espace à une échelle plus vaste favorisant aussi les déplacements des populations en situation de handicap d'une commune à l'autre sans rompre la chaîne de déplacement. Or, l'urgence de la loi entraîne malheureusement des diagnostics indépendants sans avoir eu le temps préalable de la mise en commun des actions déjà menées et à venir. Elle entraîne également un diagnostic commun à l'ensemble des EPCI sans prendre en compte les pratiques locales émergentes ni les besoins spécifiques de la population locale. C'est bien la question de la cohérence et l'articulation entre les différentes échelles d'actions territoriales qui sont posées.

Les groupes de réflexion constitués par les communes, préalablement à la loi du 11 février 2005, ne sont pas remis en cause. Ces derniers initiés par les élus ou par des associations ou encore des usagers ne doivent pas être supprimés. Ils sont le socle de la construction de la commission intercommunale d'accessibilité. Leur connaissance du terrain et leurs modes d'actions sont un atout pour améliorer l'accessibilité d'une commune permettant à la fois

d'identifier les bonnes pratiques et le processus de mise en accessibilité qui a fait ses preuves.

Par exemple, la ville d'Angers a mis en place en 2006 un conseil local pour les personnes handicapées, afin de favoriser les échanges entres les élus, les associations et les institutions. Cette instance de dialogue, de consultation et de participation démocratique sur les projets de la ville modifie les pratiques qui précédaient. Auparavant Jean-Michel Brault, conseiller municipal à l'aménagement de la ville, était en charge de l'aménagement de l'espace en direction des personnes handicapées, il assurait la prise en compte des attentes des citoyens dans le domaine de l'accessibilité. Puis Martine Richard, membre du conseil municipal, chargée de l'accessibilité et de la santé publique à pris le relais et dirige la commission communale d'accessibilité de la municipalité d'Angers nommé Conseil local pour les personnes en situation de handicap.

> *« Le Conseil Local pour les personnes en situations de handicap est un espace de dialogue et d'échange entre les associations, les élus et des représentants de la vie civile pour permettre au delà de la réglementation, et de la mise en place de la loi du 11 février 2005, aux personnes en situation de handicap d'exercer leurs choix de vie »*
>
> *EF. 01 – Élu Angers (France)*

Dans le cadre de sa politique de développement durable, la ville d'Angers réaffirme sa volonté de permettre à chacun, quelques soient ses difficultés (physiques sensorielles, psychiques, intellectuelle), de vivre la ville, de se déplacer, de vivre sa citoyenneté, de participer à la vie culturelle et aux loisirs (…) Avec la loi du 11 février 2005, la présence de ce conseil local ou la commission d'accessibilité formalise l'interaction entre les acteurs locaux et les usagers de l'espace urbain et prouve, s'il en est besoin, la transversalité de la question entre les services municipaux en charge de l'aménagement du territoire et ceux en charge des services sanitaires et sociaux.

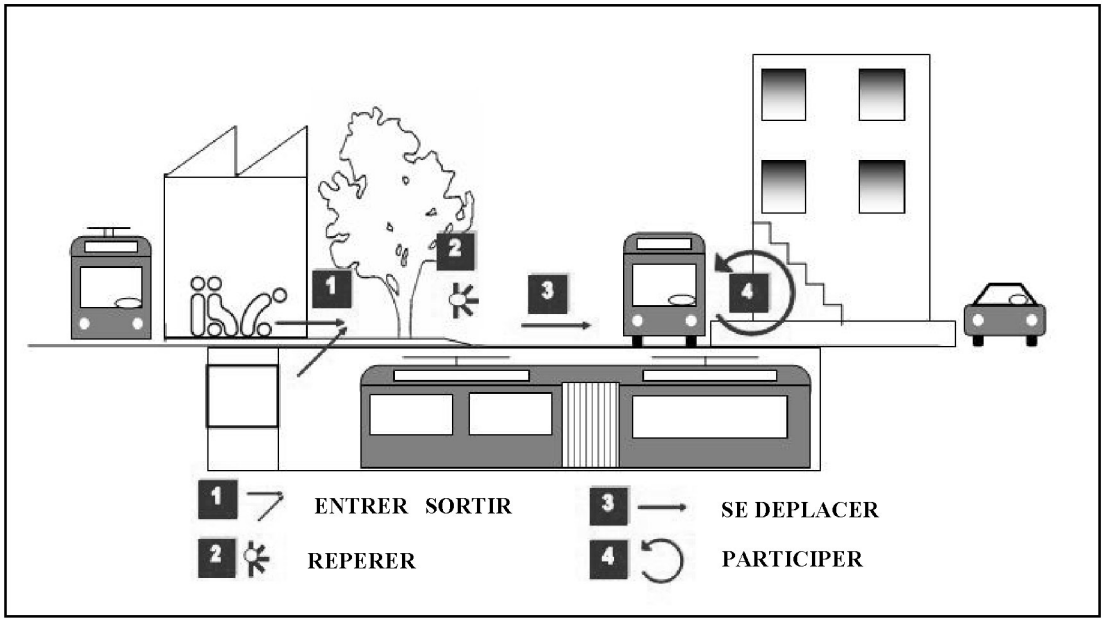
Les schémas directeurs d'accessibilité de services de transports

Pour mieux encadrer la démarche de mise en accessibilité, la loi du 11 février 2005 renouvelle l'ambition de la loi de 1975 et impose des délais de réalisation précis. L'article 45 de la Loi N°2005-102 stipule que *« Les transports collectifs devront être accessibles aux personnes handicapées ou à mobilité réduite dans un délai de 10 ans à compter de la publication de la loi »* (J.O. du 12 février 2005), soit au plus tard le 12 février 2015. Pour atteindre cet objectif, un schéma directeur des services d'accessibilité est élaboré dans un délai de 3 ans, soit d'ici le 12 février 2008.

L'accessibilité des services de transport est un maillon de la chaîne de déplacement entre les cheminements piétonniers et les espaces publics. La chaîne de déplacement, consiste à assurer la continuité du déplacement des usagers citoyens depuis son domicile jusqu'à sa destination quelque soit l'itinéraire choisi et les modes de transports utilisés : elle *« comprend le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transport et leurs inter modalités, est organisée pour permettre son accessibilité dans sa totalité »*. (Article 45 de la Loi N°2005-102).

Assurer le cheminement des citoyens à prendre en compte les éléments clefs de la chaîne de déplacement afin d'améliorer le confort d'usage des services de transports. Pour cela, il faut assurer une entrée et une sortie sécurisée et autonome par un sol de plain pied, une large de portes suffisantes… s'assurer que les usagers soient prévenus des arrêts de transports de façon visuelle et sonore. Il est également indispensable d'accueillir et d'informer les usagers par une signalétique lisible, simple cohérente, claire, visuelle et sonore afin de lire entendre, suivre et comprendre les itinéraires proposés et les circuits accessibles afin d'être en meure d'utiliser successivement plusieurs modes de transports (Bus/Train/ Métro par exemple). La coordination et la cohérence des actions menées par les services de transports et les collectivités locales concernées sont primordiales. Ce sont aussi les connexions avec les services de la voirie, de l'aménagement du territoire et de l'urbanisme qui permettent d'assurer la continuité des déplacements de l'ensemble des usagers des services de transports (Fig. 45).

Figure 45 .Transport : maillon de la chaîne de déplacement réel .



Réalisation B. Chaudet d'après SAHMI Nadia.“ Chaîne de déplacement réel”

Pour cela, la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués est nécessaire. Les arrêts de bus et de tramway lorsqu'ils sont communs, par exemple, supposent une réflexion concertée quant aux choix techniques opérés pour les véhicules mais aussi leur adaptation au quai et à la voirie. Il s'agit alors de faire en sorte que les services de transports et ceux de la voirie s'accordent sur les éléments concrets d'aménagements de l'espace.

En posant ces questions en amont, c'est assurer un aménagement de qualité pour le plus grand nombre, le SDT devient alors un outil du développement durable de la ville et de ces infrastructures. Le SDT vise donc à répondre de façon prospective, aux spécificités de la demande et de l'offre dans des configurations territoriales différentes. Le respect de la continuité de la chaîne de déplacement pose également celle de la coordination des services et des compétences de services répartis entre la commune, les regroupements de communes, le département, la région et la voirie.

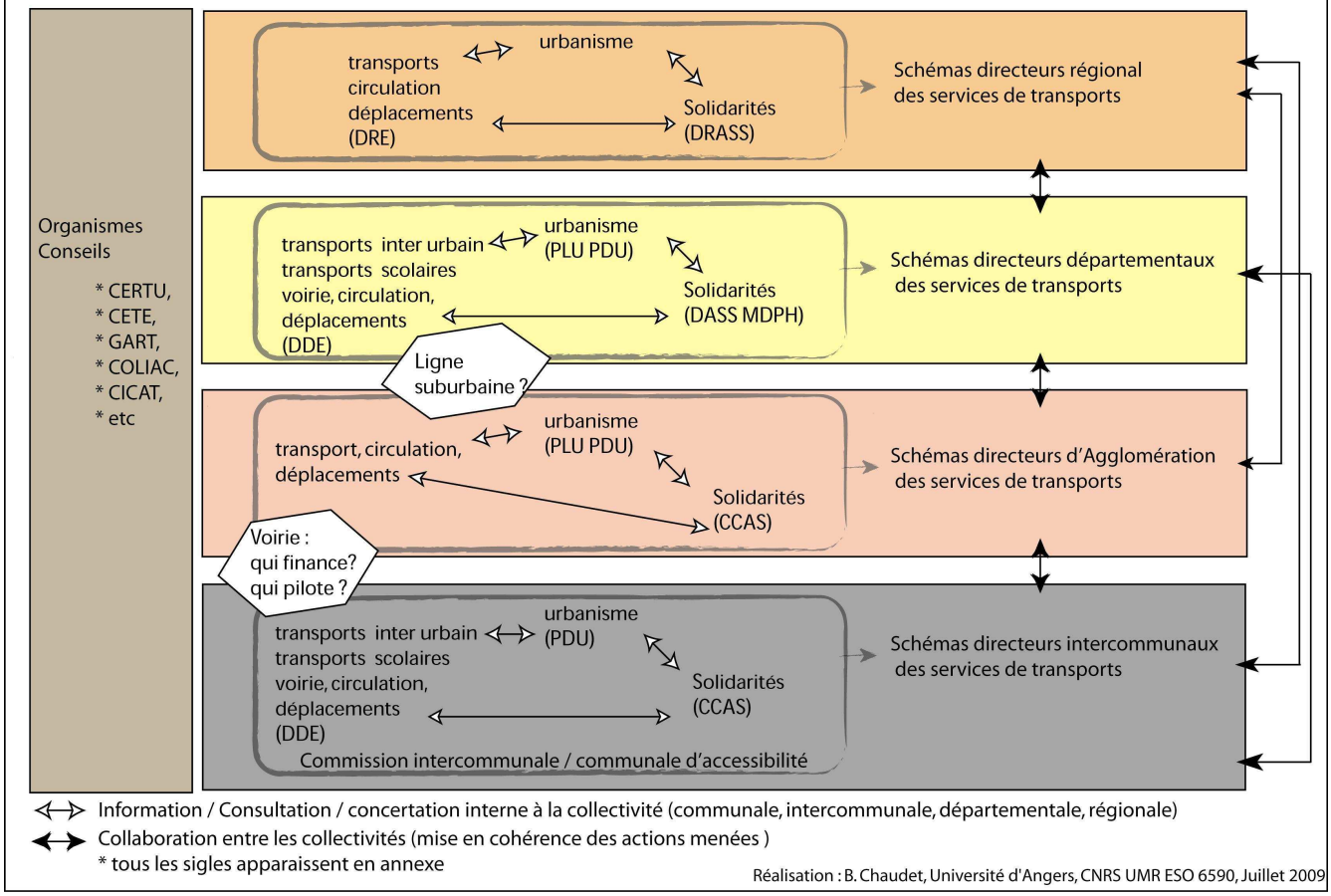
Chaque niveau de collectivité territoriale doit être en mesure de coordonner leurs actions pour assurer la mise en réseau des divers modes de transports au niveau communal ou intercommunal, départemental et régional. Néanmoins, les obstacles à la coordination demeurent du fait de l'éclatement des actions à mener, du fait de l'absence directive quant au niveau privilégié pour piloter ces modes de transports. L'élaboration du SDT est une démarche d'autant plus complexe qu'elle suppose la concertation et la coordination d'un grand nombre d'acteurs qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler ensemble. La concertation semble alors incontournable pour la mise en œuvre de services de transports continus entre les collectivités territoriales et afin d'atteindre l'objectif d'une accessibilité efficace au moindre coût pour l'ensemble des partenaires.

En effet, les réseaux de transports concernent rarement une seule collectivité territoriale, commune, département ou région (pour le transport ferroviaire notamment) en particulier pour toutes les zones frontières intercommunales, interdépartementales et/ou interrégionales. Afin de respecter la continuité et l'accessibilité de la chaîne de déplacement, la prise en compte des projets des uns et des autres, voire l'élaboration en commun rend obligatoire la démarche de concertation. Cette mise en réseau des compétences complémentaires se joue d'abord à l'intérieur d'un même niveau territorial, où il s'agit de faire communiquer les services techniques spécialistes des transports, de la voirie, d'urbanisme ce qui représente un premier niveau de concertation quel que soit le service charger de piloter la démarche.

Ainsi, l'accessibilité nécessite de réunir de manière transversale des compétences diverses :

celle des services sociaux, des services de transports, de la voirie, de l'urbanisme … (commission intercommunale d'accessibilité, correspondant accessibilité des départements, …) mais aussi les compétences d'organisation et de technologie des partenaires publics ou privés (constructeur de véhicules, de boîtiers télécommandés, …) Il s'agit de partager les représentations des contraintes et des possibilités portées par chaque type d'acteur. Les SDT visent à déterminer de façon prospective les spécificités de la demande et de l'offre des services de transports aux personnes à mobilité réduite dans des configurations territoriales différentes. En évoquant les SDT, le lien avec la ville prédomine et on évacue la question de la ruralité. Or cette dernière est d'autant plus complexe à mettre en œuvre que les ressources et les acteurs sont peu nombreux. Ainsi, agir de façon conjointe et coordonner sur un même territoire urbain et ruraux, et penser l'action avec les territoires voisins : entre deux régions, les départements d'une même région, les départements de deux régions distinctes, des communes afin de limiter les effets frontières sont autant de connections à mettre en place (Fig. 46).

Figure 46. Indispensable mise en cohérence des Schémas directeurs de transports et ses acteurs



Dès lors, les services de transport compris comme le maillon transversal et essentiel de la chaîne de déplacement assure-t-il le rôle de coordinateur ? Il est encore trop tôt pour l'affirmer même si en théorie, la transversalité de son action et les multiples partenaires impliqués laisse présager ce rôle de coordinateur de la chaîne d'accessibilité. Chaque niveau de collectivité doit se mettre en relation avec le niveau supérieur : département pour les communes, régions pour les départements afin d'intégrer les SDT de chaque niveau. Le SDT doit assurer sa cohérence avec les différents échelons territoriaux mais également en interne notamment en faisant le lien avec les autres modes de transports : le transport adapté. Les services de transports adaptés sont destinés aux personnes qui ne peuvent utiliser les services de transports réguliers, ils sont considérés comme une composante des services publics dont les tarifs sont similaires à celui opéré par les modes de transports réguliers. Les services de transports adaptés complètent l'offre de transport régulière, ces services sont déployés pour pallier les incapacités techniques avérées selon la loi.

Le transport adapté une initiative associative relayée par les pouvoirs publics

Les services de transports adaptés ont été crée au cours des années 1980 soit peu de temps après la première loi en direction des personnes handicapées. Le plus souvent initiée par les organismes communautaires ou les associations, ces services proposent une prise en charge personnalisée à laquelle les services de transports réguliers ne peuvent répondre du fait de l'accroissement des demandes associées au vieillissement de la population. En France comme au Québec, l'émergence de ce mode de transport est issue de la volonté des organismes communautaires ou des associations afin de favoriser la participation sociale des citoyens en l'absence de mode de transport correspondant à leurs besoins.

Par exemple, le service de transport adapté angevin : le *CLH transport* existe depuis près de 30 ans. Il a été créé par des parents de jeunes personnes handicapées et relayer par le milieu associatif. Le *CLH transport* a pour mission *« de permettre aux personnes à mobilité réduite de se déplacer grâce à un mode de transport adapté »*. Ce service de transport est mis en place très rapidement pour répondre aux demandes des associations. Initialement composé d'un bus unique qui fait le lien entre les différentes structures de la ville, les associations et les établissements recevant du public, il est composé d'une dizaine de bus en 2005. Le périmètre d'action du *CLH transport* est l'agglomération angevine (Carte 13 : 91) et concerne un large panel de la population :

> *« Nos parcours concernent surtout les collégiens, les étudiants, les facs, les structures spécialisées. Pour 80% nos trajets concernent les résidences pour personnes handicapées, elles se déplacent vers les parcs (le jardin des plantes, le lac de Maine) et les résidences pour les plus de 60 ans dans la première couronne d'Angers pour les activités, les rendez vous médicaux, les courses (les grands centre commerciaux) et la place du Ralliement pour les plus autonomes »* *EF 14*

Face à l'accroissement des demandes, le *CLH transport* décide de limiter l'accès aux transports adaptés *via* l'adhésion à l'association CLH et la titularisation de la carte d'invalidité avec un taux au moins égal à 80% et portant la mention « station debout pénible » et/ou être physiquement dans l'impossibilité d'emprunter les transports en commun. En conséquence une frange croissante de la population, dont les personnes âgées en perte d'autonomie, éprouvent des difficultés pour emprunter les transports réguliers et ne sont pas autorisés à utiliser les services de transports adaptés du fait des conditions d'acceptation, de réservation (les trajets s'effectuent suivant une réservation effectuée 24h voire 48h auparavant) au prix de neuf euros : prix intermédiaire entre le bus et le taxi. Dans ces conditions, les déplacements spontanés sont impossibles et freinent la mobilité d'une part non négligeable de la population. Néanmoins, depuis 2005, une convention entre le CCAS d'Angers et le *CLH transport* permet de véhiculer les personnes âgées en perte d'autonomie.

> *« Ce service n'est pas très répandu parce qu'il ne fait pas l'objet d'information auprès de la population. En effet, nous devons déjà faire face à un nombre croissant de demande et cette convention nous permet de répondre aux besoins des personnes qui résident dans un hébergement subventionné par le CCAS. Actuellement nous ne pouvons pas répondre aux besoins de toute la population vieillissante de l'agglomération.»* *EF 14*

Face à l'ampleur des besoins exprimés qui ne cesse de croître et la complexité administrative a incitée l'association CLH à déléguer ce service à la collectivité. Suite à un appel d'offre émis par Angers Loire Métropole (AOT), le groupe *Kéolis* gérant des infrastructures de transports en communs de l'agglomération a été choisie. Au 1er juillet 2006, la compétence transport du CLH est reprise par l'agglomération Angers Loire Métropole sous l'intitulé Angers Loire Handicap (ALH).

« Avec le passage en délégation de service public, nous n'aurons plus ces critères qui limitent l'accès aux personnes âgées par exemple. Il est vrai qu'avec le vieillissement de la population on a un accroissement de la demande d'autant que notre service est du porte à porte avec une sécurité maximale..» *EF 14*

Ce changement laisse supposer plusieurs modifications de gestion et d'organisation de ce réseau de transport et invite à la réflexion autour de l'accessibilité des services de transports. L'accès aux services de transports adaptés et services de transports en commun régulier vont ils permettre d'élargir le nombre de bénéficiaires de ces services ? A plus long terme la gestion d'un seul et unique réseau de transport en commun pour l'agglomération permettant le déplacement des personnes à mobilité réduite avec les personnes autonomes bénéficiant ainsi d'une plus grande amplitude horaire et de services qui ne nécessiterait pas de réservation préalable et favoriserait la participation aux activités sociales ?

Ces interrogations font également partie de la mise en œuvre des schéma directeur de services de transports publics qui apparaît dans le cadre de la loi du 11 février 2005 et qui doit être planifiée d'ici 2008 de façon à répondre aux besoins de mobilité de l'ensemble de la population. Se pose alors la question de la continuité des usages et de la cohérence des services et des équipements proposés dans le domaine des transports mais aussi selon les démarches d'aménagement des collectivités, en particulier les Plans de Déplacements Urbains (PDU). Ce chantier est aujourd'hui ouvert dans la plupart des collectivités compétentes. Au niveau régional et départemental, les Autorités Organisatrice des Transports (AOT) doivent élaborer leurs schémas directeurs régionaux et départementaux d'accessibilité des services de transports ; c'est aussi le cas des collectivités territoriales ayant la compétence transport. Ce sont donc une multitude de schémas directeurs d'accessibilité des services de transports qui sont programmés en 2008, chacun ayant ses spécificités en fonction des réseaux existant, du renouvellement des équipements de transports. Les différents échelons territoriaux impliqués dans l'élaboration de schémas directeurs des services de transports sont-ils près et prêts à coordonner leurs actions à l'échelle infra départementale, entre départements d'une même région et entre régions ? Les professionnels en charge de ces dossiers soulèvent de nombreuses interrogations concernant la méthode, les articulations entre les différents acteurs de la mise en œuvre de cette accessibilité et les moyens à mobiliser pour rendre opérationnels ces schémas. Le défi du projet de mise en accessibilité se situe moins dans la mise en œuvre de compétences techniques que dans la capacité à construire des réseaux de collaborations efficaces entre différentes compétences,

différents types d'acteurs et différents niveaux territoriaux.

2.1.3 Associations et organismes impliqués en France

Afin de faciliter la mise en place des commissions accessibilité, les collectivités territoriales font appel aux organismes nationaux (CERTU, COLIAC, GART, *etc.*) mais aussi aux correspondants « accessibilité » des DDE, ou encore aux organismes locaux tels que les Centres d'Information, de Conseil et d'Aide Technique (CICAT) ou le CAUE, Organismes ressources en matière de conseil et d'assistance technique. Ils sont aussi les garants de la réglementation en vigueur.

Le cas de Beaupréau (Maine et Loire)

Pour exemple, la commune de Beaupréau, située au Sud Ouest du département du Maine et Loire, et dont la population est supérieure à 5 000 habitants (6217 habitants), doit selon la loi du 11 février 2005 mettre en place une commission communale d'accessibilité et réaliser son diagnostic de l'accessibilité. Pour cela, la commune choisit de mettre en place un partenariat avec le CAUE, *Accès cité*[58] et le CLH.

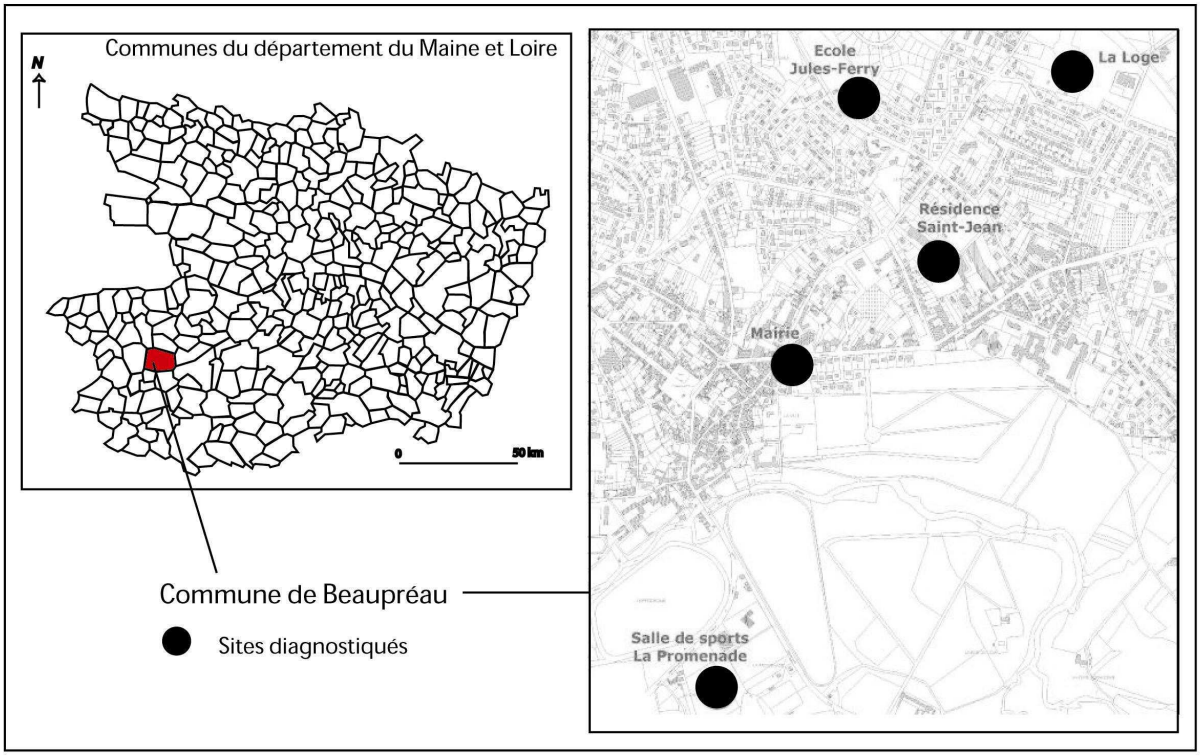
L'intervention de ces organismes sur la commune de Beaupréau fait suite à la mise en place de la commission communale d'accessibilité composée d'élus locaux, de techniciens et d'usagers. Au-delà de sa création, ce sont les modes d'actions de cette commission qu'il importe de définir. Une réunion d'information générale est organisée au sein de la commune, afin de présenter aux membres de la commission le sens de la loi, les différents handicaps, les enjeux de l'accessibilité, mais aussi la démarche d'accessibilité et la dimension éthique et politique. Cette première étape consiste à sensibiliser les membres de la commission aux différents types de handicap (niveau 1), permettant une appropriation de la démarche de diagnostic et un transfert de connaissance (Niveau 2) (Fig. 42 : 229).

Une approche normative en fonction des critères techniques fixés par la loi et ses décrets d'application étant nécessaire, la municipalité confie l'élaboration du constat de l'accessibilité à *Accès cité*. Ce dernier élabore un outil d'aide à la décision en vue de la réalisation d'un plan de mise en accessibilité. Pour compléter cette approche normative, une approche plus pragmatique

[58] *Accès Cité* est un service du pôle déficience sensorielle situé à Angers et gérer par la Mutualité française Anjou Mayenne. Ce service développe assure la sensibilisation, la formation des personnels à la déficience sensorielle; incluant une méthodologie visant le confort d'usage *via* une démarche participative.

est définie en concertation avec les élus, les techniciens de la commune et les représentants des usagers et les organismes locaux (CLH et CAUE). La première étape de la réalisation du constat d'accessibilité de la commune se limite ainsi à cinq ERP, à leurs abords extérieurs (espaces publics et voirie) et à l'avenue principale de la commune (Carte 27).

Carte 27. Evaluation de l'accessibilité de 5 sites de la commune de Beaupréau (Maine et Loire)



Source : Accès Cité 2008

C'est à partir de parcours-types de l'usager que les espaces sont testés, y compris par les personnes en situation de handicap lors de rencontre convenue avec le CLH. Les cheminements extérieurs et intérieurs, les abords des locaux ou encore les fonctionnalités de l'espace urbain, la signalétique, les sanitaires, l'accueil *etc*. sont autant d'éléments analysés et évalués. Avec le soutien technique du CAUE, une cartographie des lieux est élaborée, mettant en évidence les points critiques d'inaccessibilité.

Par ailleurs, une grille réglementaire adaptée aux établissements est renseignée et illustrée de photographies afin de vérifier l'accessibilité des lieux testés (Fig. 47).

Figure 47. Extrait de la grille d'évaluation de l'accessibilité utilisée à Beaupréau (Maine et Loire)

2 – CHEMINEMENTS EXTÉRIEURS					
Généralités					
• Cheminement usuel ou un des cheminements usuels accessible de l'accès au terrain jusqu'à l'entrée principale du bâtiment	R	NR	SO	Bordures de trottoir, ressaut en travers de la chaussée ou poteaux (bleus) empêchent le cheminement en fauteuil.	2,1

Source Acces Cité, 2008

L'objectif à long terme de cet outil est bien d'être réutilisable par les différents acteurs locaux, intervenant dans les décisions et les applications de mise en accessibilité. Ainsi, au-delà du simple constat de l'accessibilité, la commission d'accessibilité a pour mission de compléter ce travail de diagnostic en proposant des solutions concrètes et les coûts occasionnés. La commission doit également planifier les travaux à mener en priorité, en fonction des obligations réglementaires d'usage. Or, depuis le constat réalisé par *Accès Cité*, le dossier de mise en accessibilité est resté en suspend, dû à un manque certain d'appropriation du dossier. Ainsi, l'une des limites de la démarche est bien la connaissance des règles d'accessibilité et la formation des membres de la commission au processus d'évaluation des ERP et des espaces publics communaux. L'appropriation de la démarche est longue et nécessite un investissement important des membres de la commission. Or l'originalité de la commune de Beaupréau repose sur la volonté de mettre en place une démarche souple et adaptée au contexte local, de sensibiliser les membres de la commission accessibilité afin de transférer leurs compétences et qu'ils soient partie prenante du projet. Cette démarche participative des organismes locaux avec les membres de la commission se concrétise par la présence à chaque réunion et lors de chaque constat de l'accessibilité des membres du CLH, du CAUE et de la commission.

Le constat effectué à Beaupréau, n'est pas en marge des réalités territoriales des communes françaises de plus de 5 000 habitants. En effet, bon nombre de municipalités, n'ayant pas une connaissance précise des textes de loi et de la réglementation en vigueur ont opté pour le transfert du diagnostic de l'accessibilité aux organismes compétents. Les limites de ce procédé

reposent sur la standardisation des diagnostics pour toutes les communes de plus de 5000 habitants et leur appropriation par les élus en charge du dossier.

La démarche choisie par la commune de Beaupréau en 2007 fait suite à celle mise en place à Bouchemaine en 2002 reposant sur la collaboration d'un ensemble d'acteurs tels que le CAUE, la DDE, les élus locaux ou encore les groupes d'usagers. Néanmoins, la spécificité de la démarche est celle de l'approche sensorielle de l'accessibilité initiée par un organisme compétent à l'échelle locale, *Accès cité*. Ce dernier est composé de professionnels issus d'un pôle de compétences spécialisé dans la déficience sensorielle et participant à la mise en œuvre de moyens concrets pour améliorer le confort des usagers. La possibilité d'intégrer les déficiences sensorielles est également facilitée par la présence d'acteurs ressources sur le territoire local tel que le CICAT Pays de la Loire, spécialisé dans la déficience sensorielle. Le CICAT est un support non négligeable tout comme la présence au sein du département de l'Institut Montéclair en direction des personnes déficientes visuelles et le Centre Charlotte Blouin qui accueille des personnes sourdes et malentendantes.

Ainsi, la démarche initiée à Bouchemaine reprise à Beaupréau s'enrichie d'un volet « préconisations » mais aussi et surtout prend en compte les handicaps à la fois moteurs et sensoriels. L'expérience de Beaupréau sera reprise par la commune de Segré, située au Nord ouest du département du Maine et Loire au cours de l'année 2009. A travers ces expérimentations dans le département du Maine et Loire, il ressort indéniablement que la transmission de bonnes pratiques est essentielle et qu'une culture de l'accessibilité est en cours d'élaboration en France.

2.2 Légitimation des politiques de mise en accessibilité Québécoises

Le projet de Loi N°56 adopté en décembre 2004 au Québec a modifié la *Loi assurant l'exercice des droits et des libertés des personnes handicapées*. Cela se traduit, entre autres, par l'adoption d'un plan d'action annuel destiné à réduire les obstacles à l'intégration des personnes handicapées afin d'assurer le suivi, la continuité et l'évaluation de la participation sociale des personnes handicapées, mettant ainsi en avant non seulement l'obligation de mise en accessibilité mais aussi celle de l'inclusion sociale.

2.2.1 Une politique nationale relayée par l'OPHQ

L'OPHQ est créé en 1978, en parallèle de l'adoption à l'unanimité par l'Assemblée nationale de la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*. Cette loi a permis de modifier l'article 10 de la Charte des droits et des libertés de la personne[59] pour ajouter le « handicap » aux motifs discriminatoires interdits. Cet ajout fondamental pour l'égalité des droits des personnes handicapées est relayé dans de multiples textes relatifs à l'aménagement des villes (trottoirs, stationnements, *etc.*), mais aussi dans ceux relatifs à la construction de logements accessibles dans les programmes de la Société d'Habitation du Québec (SHQ).

D'emblée, l'objectif de l'OPHQ est de favoriser « *L'exercice du droit à l'égalité et l'intégration pleine et entière des personnes handicapées au sein de la société* » (OPHQ, 2008). Au cours des années 1980-1990, il crée et gère des programmes de transports, d'hébergements, de services de maintien à domicile, *etc*. Il se distingue par son action auprès de tous les secteurs de la vie sociale et sur l'ensemble de la population des personnes handicapées. Le Québec, s'engage au même moment dans un vaste mouvement de concertation nationale, régionale et locale. Ce dernier aboutit à l'adoption de la politique d'ensemble *À part égale* en 1984, dont le but est de donner les orientations devant favoriser l'intégration sociale professionnelle, sociale, économique des personnes handicapées. Cette politique permet au Québec d'être reconnu comme un précurseur sur le plan international et participe à l'évolution de concepts liés à l'intégration des personnes handicapées en proposant le processus d'apparition du handicap, qui met l'accent sur l'environnement physique et social de la personne.

Progressivement l'OPHQ s'implante dans les régions de la province québécoise afin de servir l'ensemble de la population. Avec la révision de la loi en direction des personnes handicapées, adoptée en 2004, le rôle de l'OPHQ est progressivement reconnu et centré sur le soutien, le conseil auprès du gouvernement, la concertation et la coordination intersectorielle, l'évaluation de l'intégration des personnes handicapées et les préconisations à mettre en œuvre pour lever ces obstacles. Pour cela, l'OPHQ entreprend, en 2004, une réorganisation administrative de grande ampleur : les services présents en région sont regroupés en trois directions territoriales et le siège social est confirmé à Drummondville. En effet, chaque région administrative au Québec compte des représentants de l'OPHQ. Ils sont habilités à accompagner, à intervenir et à répondre aux municipalités qui auraient besoin de réponses dans ce domaine.

---

[59] Le Québec est la seule province à s'être dotée d'une Charte des droits et libertés, adoptée par l'Assemblée nationale du 27 juin 1975 et entrée en vigueur le 28 juin 1976 qui ne soit pas qu'une simple loi anti discriminatoire mais une véritable loi fondamentale (ayant préséance sur les autres lois et jouissant, selon la Cour suprême, d'un statut quasi constitutionnel) inspirée de documents internationaux Déclaration universelle des droits de l'Homme.

La *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale* accorde une place croissante à l'implication et à la responsabilisation des acteurs publics (ministères, collectivités, organismes *etc.*), en imposant la production de plans d'actions annuels. L'OPHQ, légitimé par la nouvelle loi d'orientation, actualise sa politique *A part ... égale* en concertation avec l'ensemble de ses partenaires, pour proposer en 2007 *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*. Cette nouvelle politique prend appui sur l'approche du processus de production du handicap et la conception de la participation sociale en accord avec l'ensemble des partenaires. Ainsi, la politique *À part entière* conduit le ministre responsable de l'application de la loi à mandater l'OPHQ pour en coordonner le plan de mise en œuvre avec l'ensemble des instances gouvernementales, tout en consultant les organismes communautaires (le milieu associatif, Ex Aequo, ROPPM et l'AQRIPH).

Consulter les organismes régionaux

Déjà en 1990, afin de promouvoir les droits et le respect des acquis des personnes handicapées, les organismes régionaux de personnes handicapées (près de 350) et de leurs familles se réunissent en table de concertation afin d'améliorer leur qualité de vie et leur intégration. L'Alliance Québécoise des Regroupements pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AQRIPH) et la Confédération des Organismes de Personnes HANdicapées du Québec (COPHAN) agissent à plusieurs échelles géographiques (celles de la région, des municipalités, du quartier) où sur la base d'une déficience (Motrice, sensorielle, intellectuelle, *etc.*) soit sur une problématique particulière comme le maintien à domicile, le transport ou l'accessibilité. Ces deux organismes ont fait part de leurs attentes en matière d'accessibilité au gouvernement du Québec. Pour cela, ils ont mené une enquête auprès de leurs membres, reflétant les attentes et les besoins des populations ayant une limitation fonctionnelle[60]. La démarche suivie s'est déroulée en deux temps : la pré consultation et la consultation.

La pré consultation a eu lieu auprès des membres de l'AQRIPH et de la COPHAN au cours de l'automne 2003, afin de recueillir les informations concernant les situations de handicap en matière d'accessibilité dans les différentes régions du Québec. De cette manière, un aperçu des

[60] Cette enquête menée entre 2003 et 2005 par l'AQRIPH et la COPHAN a fait l'objet d'un rapport publié à l'automne 2005 permettant de sensibiliser les acteurs et les citoyens aux demandes du milieu associatif des personnes handicapées du Québec et les améliorations proposées en matière d'accessibilité universelle.

difficultés rencontrées se dessine. Il apparaît alors que les obstacles aux cheminements des personnes s'expliquent principalement par la non-conformité aux règles en vigueur. La consultation est engagée au printemps 2005, auprès des membres de ces deux associations. Ainsi, parmi les suivis et les observations effectués, on peut mentionner une nécessaire sensibilisation au *Design* urbain pour rendre la signalétique lisible, visible et repérable, la nature des revêtements au sol jugée instable et irrégulière, l'éclairage insuffisant, l'absence de contraste, des besoins en communication (notamment les sonnettes et les interphones) ou encore des incohérences et des ruptures de cheminement pour accéder au CLSC, aux pharmacies, aux restaurants, *etc*.

Une sensibilisation des acteurs des services de santé, du MSSS (pour améliorer l'accessibilité de ses installations), des collectivités locales, des propriétaires et des architectes est alors requise pour favoriser l'accès aux services de santé et aux services sociaux, pour assurer la continuité du cheminement par une amélioration de la qualité de la voirie. L'enjeu de cette consultation est de nature globale et vise une utilisation autonome et sécuritaire des lieux par tous les usagers, incluant les personnes ayant tous types de limitation.

Les résultats de cette enquête ont contribué à la rédaction de préconisations dans le domaine de l'accessibilité. Ces dernières sont destinées au gouvernement et aux OPHQ dans les régions et chargées d'impulser une réflexion sur les actions à mener au niveau municipal et d'orienter les plans d'actions gouvernementaux et municipaux imposés par la Loi N°56.

2.2.2 La loi impose un plan d'action municipal annuel

En se dotant d'une loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration sociale, le gouvernement du Québec et les municipalités fixent des objectifs réalistes relatifs à la participation sociale de l'ensemble de ses citoyens. L'article 61.1 précise que « […] *chaque municipalité qui compte au moins 15 000 habitants adopte, au plus tard le 17 décembre 2005, un plan d'action identifiant les obstacles à l'intégration des personnes handicapées dans le secteur d'activité relevant de ses attributions, et décrivant les mesures prises au cours de l'année qui se termine et les mesures envisagées pour l'année qui débute, dans le but de réduire les obstacles à l'intégration des personnes handicapées dans ce secteur d'activité. »*

La Loi N°56 oblige les municipalités de plus de 15 000 habitants, les organismes publics de plus de 50 employés et les ministères provinciaux à se doter de plan d'action annuel, pour identifier les obstacles qui nuisent à l'intégration des personnes handicapées. Selon N.

Rodrigue, Directeur de l'OPHQ, *« Ces plans annuels visent à « souligner ce qu'ils (les élus) ont l'intention de faire pour abolir ces obstacles […] (or) la loi ne prévoit pas de pénalités pour les villes qui ne passeraient outre à cette exigence »*. Il s'agit d'une incitation à agir en faveur du plus grand nombre. Néanmoins, la loi n'impose pas de sanction à l'égard des municipalités qui ne le mettent pas en place. Celle-ci repose sur la seule volonté des élus, dont le degré varie suivant leur sensibilisation à la question du handicap, de l'accessibilité et des obstacles rencontrés au quotidien. Ainsi, l'obstacle majeur à la mise en œuvre des mesures législatives et l'idéal souhaité par l'OPHQ est celui de la sensibilisation.

> *« La sensibilisation est fondamentale dans l'intégration sociale des personnes handicapées. (…) on doit cependant admettre que plusieurs acteurs sont sensibilisés et posent des gestes. Il existe une dizaine de domaines dans lesquels les municipalités peuvent intervenir comme l'accessibilité aux édifices, des trottoirs et des rues où la situation a beaucoup évoluée depuis 25 ans au Québec ; mais aussi l'attention au milieu de vie et l'identification des lieux où résident les populations vulnérables, le domaine des loisirs, le soutien aux organismes communautaires »*
>
> *EQ. 02 - OPHQ Drummondville-Québec*

Parmi les dispositions imposées par la Loi N°56 aux municipalités, le transport adapté doit être pensé pour les communes qui n'offrent pas cette possibilité. Même si certaines d'entre elles n'ont pas de citoyens handicapés à desservir actuellement sur le territoire, elles seront nécessairement confrontées, avec le vieillissement de la population, à prévoir cette offre de service en s'associant aux communes voisines par exemple. Pour les municipalités qui ont dores et déjà avancé sur ces questions, il s'agit de poursuivre la démarche engagée. Dans de nombreux cas, les municipalités n'ont pas attendu la loi pour agir, mais la loi permet de systématiser l'action au sein des collectivités.

Les acteurs rencontrés nous ont tous précisé qu'ils ne pouvaient mener de front des actions dans tous les domaines de la vie sociale de manière simultanée. Pour cela, le plan d'action vise à poursuivre des actions collectivement engagées ou à en réaliser de nouvelles selon un programme réaliste. C'est la continuité et la constance des actions et des attentions portées à la question de l'accessibilité et de la participation sociale qui contribueront au succès de la mise en œuvre de la loi. Aussi, il est essentiel que les objectifs définis soient mesurables. Or, l'absence de données fait émerger l'intérêt d'améliorer les connaissances dans ce domaine. Dans ce contexte, l'OPHQ a pour rôle et mission d'accompagner les municipalités dans leurs démarches de mise en accessibilité et d'amélioration des conditions de participation sociale des personnes handicapées. Ils centralisent les plans annuels et de cette façon sont en mesure de repérer les

municipalités qui agissent en faveur de la participation des personnes handicapées.

2009 Plan annuel à l'égard des personnes handicapées : Le cas de Sherbrooke

La municipalité de Sherbrooke opte pour la complémentarité avec la politique locale du développement social et communautaire. La mise en place du plan d'action de la municipalité de Sherbrooke, à l'égard des personnes handicapées, est programmée pour 2009 (Tableau 11).

Tableau 11. Plan d'action 2009 à l'égard des personnes handicapées de Sherbrooke (Estrie - Québec)

ACTION	INDICATEUR DE REUSSITE	ECHEANCIER
Poursuivre les actions reprises en matière d'intégration des personnes handicapées par les services et les arrondissements concernés telles que présentées dans l'état de situation et diagnostic à l'égard des personnes handicapées (2005)	Les actions ont été poursuivies par les services municipaux et les arrondissements	Au cours de l'année 2009
En collaboration avec le service des communications, faire connaitre le plan d'action 2009 à l'égard des personnes handicapées	Le plan d'action est disponible sur le portail de la ville de Sherbrooke	Fin Février 2009
Mise à jour de l'état de situation (2005) à l'égard des personnes handicapées, particulièrement l'annexe 3 soit l'inventaire des activités réalisées auprès des services municipaux, "obstacles à l'intégration des personnes handicapées"	La mise à jour de l'inventaire des actions se retrouve dans l'état de situation (2005)	Décembre 2009
Développer un plan d'action 2010 favorisant l'intégration des personnes handicapées	Des mesures correctes sont réalisées dans le plan d'action du champ d'activité d'intégration des personnes handicapées de la politique de développement social et communau taire.	Décembre 2009
Adoption par le conseil municipal du plan d'action 2010 à l'égard des personnes handicapées.	Le plan d'action est adopté par le conseil municipal.	Décembre 2009

Source : Municipalité de Sherbrooke

Il est associé à l'élaboration de la politique de développement social et communautaire, qui est adoptée fin 2008. L'intégration des personnes handicapées fait alors partie des neuf champs

d'activités de la politique[61]. Cette dernière prévoit de créer un comité de développement social et communautaire en 2009, auquel participe un représentant d'*Action handicap Estrie*[62] . Depuis 2005, l'état de la situation et le diagnostic à l'égard des personnes handicapées sont deux missions poursuivies par les services et les arrondissements concernés de la municipalité. La planification et la réalisation du plan d'action 2009 ont mis en évidence la nécessité de mettre à jour l'inventaire des actions réalisées auprès des services municipaux et d'y inclure une annexe précisant les obstacles à l'intégration des personnes handicapées.

Rouyn-Noranda opte pour un correspondant local : le protecteur des citoyens[63]

L'action en direction des personnes en situation de handicap, et l'élimination de situation de handicap de la ville sont assurées à Rouyn-Noranda par un élu. Son rôle de « Protecteur des citoyens » consiste à veiller au respect des droits des citoyens en intervenant auprès de la municipalité, en recommandant les mesures nécessaires à la correction des erreurs, des négligences ou des manquements constatés tant sur le plan individuel que collectif. Serge Dion, membre du conseil municipal de Rouyn-Noranda, en charge de la question du handicap, assure le suivi des dossiers traités et propose des réunions à un comité consultatif composé de citoyens impliqués dans la défense des droits des personnes handicapées. Claude Lacasse responsable de l'OPHQ en région et au niveau municipal, assure le rôle de soutien et de conseil lors de ces consultations et participe à l'élaboration du plan d'action municipal. Ainsi, les conseillers municipaux ont été sensibilisés aux obstacles que rencontrent les personnes handicapées. En fonction de leur responsabilité dans la municipalité, ils interviennent localement pour améliorer les déplacements et l'accessibilité aux infrastructures dans les milieux de vie.

Par ailleurs, la ville de Rouyn-Noranda a été la première ville d'Amérique du Nord à s'engager dans une démarche de ville en santé en 1987. Depuis d'autres municipalité du Québec ont rejoint le Réseau québécois des villes et villages en santé (RQVVS).Leurs missions

---

[61] Les principaux enjeux transversaux de la politique du développement social identifiés sont au nombre de neuf : la vie communautaire, la lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté, le logement, la sécurité, la mobilité des personnes, l'intégration des personnes handicapées, l'immigration, le sport, la culture et le loisir et le développement urbain.

[62] Regroupement régional des organismes de revendication des droits des personnes handicapées en Estrie situé à Sherbrooke ayant comme objectif d'améliorer les conditions de vie et la participation sociale des personnes handicapées et des familles sur le plan local et régional.

[63] Le Protecteur du citoyen a pour mandat de veiller au respect des droits des citoyens, en vue de remédier à une situation préjudiciable à un citoyen ou à un groupe de citoyens. Depuis le 1er avril 2006, le Protecteur du citoyen intervient sur les questions concernant le respect des droits des usagers qui ont reçu, reçoivent ou auraient dû recevoir des services de soins de santé ou des services sociaux.

consistent à prendre *« soin de son environnement physique et social et l'améliore continuellement; elle mobilise les ressources de la communauté pour renforcer les capacités de ses citoyens à s'entraider dans les activités courantes de la ville et à réaliser chacun leur plein potentiel »* (Handcock & Duhl, 1986).

Le concept de ville en santé est apparu en 1986, c'est une stratégie de promotion de la santé initiée par l'OMS Europe dans le but est d'intervenir sur le cadre de vie plutôt que sur les personnes. Elle repose sur deux caractéristiques principales, la reconnaissance de l'importance et de la portée des décisions des élus municipaux sur la santé des habitants en améliorant la qualité de vie et la concertation dans le développement des initiatives. La concertation au sein des différents services municipaux ainsi qu'avec les organismes du milieu et les citoyens eux-mêmes se base sur le fait que les municipalités représentent le niveau politique le plus près de la population et sans doute le plus significatif pour sa santé puisque la qualité de vie d'un individu est un facteur prépondérant de son état de santé (Agence de santé et des services sociaux d' Abitibi-Témiscamingue).

Après vingt ans d'existence, le réseau prend un nouveau virage en 2007 en réunissant différentes directions générales : celles du Centre de santé et des services sociaux de Rouyn-Noranda, du Centre local d'emploi de Rouyn-Noranda, de la commission scolaire de Rouyn-Noranda, de la ville de Rouyn-Noranda, du centre ressource jeunesse d' Abitibi-Témiscamingue et des citoyens. Les préoccupations et les actions du réseau évoluent suivant les rencontres. Les projets actuels consistent à faire de Rouyn-Noranda une ville inclusive en participant activement à l'amélioration de l'accessibilité aux espaces publics pour les personnes handicapées, au maintien à domicile des aînés, en luttant contre la pauvreté et en faisant la promotion d'un développement durable.

En définitive, prendre en compte le vieillissement de la population, la parole des personnes âgées et la place qu'elles occupent au sein de la société repose sur un projet global et territorialisé. La notion d'accessibilité est alors considérée comme l'une des conditions d'un développement durable et solidaire. Cette réflexion territorialisée de l'accessibilité suppose de prendre en compte le profil socio-sanitaire de chacun de ses territoires afin de développer et de planifier la création ou l'accroissement des équipements et services sanitaires et sociaux pour la population. Rendre accessible la ville pour tous, c'est développer l'accès aux services sanitaires et sociaux pour tous parallèlement à l'aménagement du territoire.

C'est aussi l'articulation entre les actions menées par les élus municipaux et les demandes issues des organismes communautaires qui permettent d'améliorer la qualité de vie des habitants. Yvon Le Houllier, membre du comité et président de l'organisme à but non lucratif

Les Inrépides participe à cette démarche. Dès lors, la place des organismes communautaires entendus comme des organismes conseil est essentielle.

2.2.3 L'implication des organismes communautaires

Les organismes communautaires ont un rôle de défense des droits des usagers, ils sont aussi consultés pour l'amélioration des conditions de vie des citoyens sur le territoire.

Les Intrépides (Rouyn-Noranda)

Organisme Sans But Lucratif (OSBL) créé à la fin des années 1960 pour développer les loisirs des personnes handicapées motrices, il devient un organisme de défense des droits et de soutien aux personnes handicapées. Entre 1975 et 1980, il participe à la création de l'OPHQ. Ainsi, l'OSBL *les Intrépides* participe activement à la mise en accessibilité de la municipalité de Rouyn-Noranda *via* les transports, mais également en représentant les personnes handicapées au comité de consultation municipal.

> *[…] La défense des droits repose sur l'accessibilité des lieux. C'est une question de plus en plus importante et nous essayons de promouvoir l'accessibilité des édifices. On mène une campagne d'identification. Avec la mairie, on a mis en place un comité d'accessibilité depuis 2002 […] On met autour de la table les bénévoles des différentes associations de handicap physique, mental avec les traumatisés crâniens, les malentendants … » EQ 12 OSBL Les Intrépides – Rouyn-Noranda – Québec*

Ce sont donc les organismes communautaires qui agissent auprès des municipalités afin de faire valoir leurs droits en terme d'accessibilité. Concernant les personnes âgées, les Clubs des aînés au Québec sollicitent également la municipalité afin de déblayer les trottoirs en hiver, d'éclairer les parcs ou les abords des parcs. La mobilité des personnes âgées et des personnes handicapées relève également des revendications d'organismes provinciaux telle que la FADOQ.

La Fédération de l'Age d'Or au Québec (FADOQ)

La FADOQ est un organisme qui à l'origine s'appelait La Fédération de l'âge d'Or du Québec, aujourd'hui sa dénomination est *FADOQ mouvement des aînés du Québec. Ce qui fait appel à la mobilité des aînés au Québec. La* mobilité est de deux ordres, d'une part l'activité

physique, la marche et le maintien de l'autonomie que l'association essaie de promouvoir auprès de tous ces clubs.

> *« C'est pas le fait de dire aux gens si vous voulez rester le plus autonome possible faites en sorte de prendre votre santé en main. Donc prendre sa santé en main, c'est aussi avoir une bonne alimentation faire de l'activité physique entre autre. Ca c'est notre message et c'est un message de responsabilisation beaucoup qu'on lance (…) On dit que avant de passer aux médicaments, faudrait peut être faire quelques efforts en dehors de ça pour faire en sorte d'améliorer votre condition physique et donc de faire en sorte que vous soyez autonomes et pour nous l'autonomie est lié au fait d'avoir une mobilité. » EQ. 03 – Organisme Communautaire FADOQ – Montréal*

En revanche, concernant l'adaptabilité des lieux et l'aménagement de l'espace public pour une meilleure accessibilité ce n'est pas la fédération qui agit mais les clubs au niveau local. La fédération agit au niveau provincial et même au plan régional, l'action est plus ciblée vers des revendications générales auprès du gouvernement provincial ou fédéral. Mais tout ce qui concerne l'accessibilité dans les municipalités ce sont véritablement les clubs qui agissent en défense.

> *« C'est vraiment nos clubs qui agissent dans ce sens la parce que vous savez au Québec y a une histoire qui dit que dans chaque municipalité au Québec vous avez : l'église, la caisse populaire et le club. C'est lui qui va faire des revendications par exemple pour le déblaiement des trottoirs parce que comme il rejoint une population âgée, alors c'est eux qui vont faire des actions auprès de leur propre mairie pour faire en sorte que effectivement pendant l'hiver que ce soit déblayé que ce soit accessible pour l'éclairage dans les parcs ou aux abords des parcs pour rendre ça sécuritaire et c'est vraiment eux qui vont être agissant. » EQ. 03 – Organisme Communautaire FADOQ – Montréal*

Associés aux organismes communautaires, aux clubs, les cabinets d'architectes tendent à promouvoir l'accessibilité universelle à l'image de *Société Logique*, cabinet référent dans le domaine pour la ville de Montréal.

Société Logique : cabinet d'architecte « promoteur » de l'accessibilité universelle

Société Logique est un organisme à but lucratif, fondé en 1981 par des personnes ayant des incapacités dont la mission est de promouvoir et d'intervenir dans le développement et la création d'environnements universellement accessibles. Pour cela, *Société Logique* a proposé au Comité de suivi au Sommet de Montréal une distinction entre les termes adaptation,

accessibilité et accessibilité universelle. Cette proposition est adoptée par le comité composé de la Ville de Montréal, du Comité Régional des Associations pour la Déficience Intellectuelle (CRADI), du Regroupement des Organismes de Promotion du Montréal Métropolitain (ROPMM) et d'*AlterGo*. Ses principales activités sont la promotion du concept d'accessibilité universelle et la consultation en aménagement. Ainsi, les groupements communautaires sont devenus un partenaire privilégié des réflexions menées en terme d'aménagement de la ville de Montréal.

A partir des années 1995, *Société Logique* est reconnue par l'OPHQ à titre d'organisme de promotion provincial pour la thématique de l'accessibilité universelle. *Société Logique*, disposant d'une équipe de professionnels de l'aménagement qui possèdent une expertise technique spécialisée, intervient dans des dossiers d'envergure, à l'échelle provinciale et nationale. Ainsi, *Société Logique* entretient des partenariats privilégiés entre autres avec l'OPHQ, la Régie du bâtiment du Québec, l'AQRIPH, la COPHAN[64], la ville de Montréal ainsi que la SHQ. Elle agit auprès des organismes comme expert de l'accessibilité universelle. Elle vise à promouvoir l'accessibilité par le biais de sensibilisations, de formations et de consultations, comme le précise Sophie Lanctôt :

> *« L'évaluation d'un aménagement existant est un service de consultation qui s'adresse principalement aux propriétaires et aux gestionnaires d'immeubles (…) qui planifient des travaux d'entretien, de réparation, de rénovation, reliés ou non à l'accessibilité. Le processus inclut la visite des lieux, la cueillette d'information, l'analyse des données recueillies et la production d'un rapport avec recommandations. L'évaluation n'est pas une vérification de la conformité à la réglementation de construction, elle tient compte de tous les besoins des personnes ayant des limitations fonctionnelles (motrice, visuelle, auditive, cognitive et intellectuelle). Le rapport d'évaluation constitue un outil d'aide à la décision qui fournit les renseignements nécessaires pour prioriser et choisir les problématiques à solutionner. »*
> *EQ 11 architecte Montréal*

Le rôle de consultant permet d'accroître la conception universellement accessible et de l'intégrer à l'ensemble des projets d'aménagement du territoire. L'expression accessibilité est alors diffusée et reprise par des organismes provinciaux tels que la COPHAN et l'AQRIPH. Tous s'accordent à distinguer l'adaptation entendue comme un bricolage tardif de l'accessibilité telle qu'elle est définie par la législation et l'accessibilité universelle vers laquelle tendre.

---

[64] L'AQRIPH et la COPHAN sont deux regroupements d'associations voués à la promotion des intérêts et de la défense des droits des personnes handicapées et de leurs proches.

L'adaptation *est le fait d'augmenter l'accessibilité dans un environnement existant pour répondre aux besoins spécifiques d'un individu ayant des limitations fonctionnelles, des incapacités ou des pertes de mobilité. Chaque cas fait l'objet d'ajustements particuliers, et ceux-ci varient selon le type, la gravité et la fréquence des limitations fonctionnelles. Le niveau d'adaptation varie selon les caractéristiques d'accessibilité existantes car, plus les environnements sont accessibles, moins les adaptations requises sont nombreuses et moins elles sont coûteuses.*

L'accessibilité *selon le Code correspond à l'ensemble des exigences de conception sans obstacles prescrites par la réglementation de construction (Code de construction du Québec). Un environnement accessible offre généralement un parcours désigné pour les personnes handicapées, mais ce parcours est souvent différent de celui qu'emprunte l'ensemble des usagers. (…) Il s'agit d'exigences minimales, applicables à certains bâtiments, qui visent principalement les personnes se déplaçant en fauteuil roulant. Les besoins des personnes ayant d'autres limitations motrices, une limitation visuelle ou une limitation auditive sont peu abordés.*

L'accessibilité universelle *est un concept d'aménagement qui favorise l'utilisation similaire des possibilités offertes par un environnement pour tous les usagers. Un environnement qui répond à ce concept tient compte de toutes les déficiences (motrice, visuelle, auditive, cognitive, etc.) ainsi que des situations d'incapacité temporaire. L'accessibilité universelle permet à toute la population d'accéder à un bâtiment ou à un lieu public, de s'y orienter, de s'y déplacer, d'en utiliser les services et de participer aux activités proposées en même temps et de la même façon.* *Société Logique, 2006*

Malgré les progrès observés, force est de constater que la conception sans obstacle n'est pas entièrement entrée dans les moeurs des architectes québécois. L'atelier mis en place par *Société Logique*, l'AQRIPH et la COPHAN, visait à permettre aux participants de mieux comprendre l'accessibilité universelle et les besoins des personnes handicapées pour mieux y répondre. Si les architectes ne peuvent solutionner toutes les difficultés d'aménagement, ils sont un maillon important de la chaîne. Certains préciseront que *« l'atelier m'a vraiment sensibilisé. Je ne pourrai plus penser de la même façon »*. En effet, après un exposé précisant les obstacles à l'accessibilité des personnes handicapées, ce sont trois témoignages qui sont proposés : l'un

d'une personne déficiente motrice, l'autre déficiente visuelle et enfin le troisième d'une personne déficiente auditive. Cette rencontre est suivie d'une visite de l'établissement dans lequel se déroule la formation, commentée par les personnes qui ont témoignées. Avec cet atelier de sensibilisation deux choses sont essentielles, d'une part la prise de conscience des besoins des personnes handicapées qui ne sont pas couverts pas la législation et d'autre part qu'il est important de se préoccuper de l'accessibilité pour toute la population, personnes âgées comprises.

Ainsi, la place de la sensibilisation, mais aussi de la formation des acteurs de l'accessibilité est connu et reconnue par les élus, les professionnels et les organismes communautaires. Cette étape bien qu'avancée au Québec demeure un axe essentiel de l'aménagement des espaces publics en direction des personnes handicapées. La mise en œuvre de la loi est un pas de plus franchi pour améliorer les conditions de vie et le confort des usagers. Il reste néanmoins un grand nombre d'acteurs à convaincre et à former pour éviter les doublons, ou pire les contradictions qui sont susceptibles de s'opérer dans ce domaine.

2.3 Limites et contraintes associées à la mise en œuvre des lois en direction des personnes handicapées

En France comme au Québec, les effets de la révision des lois en direction des personnes handicapées sont très attendus. Si les organismes communautaires et les associations y jouent un rôle premier lors des phases de consultation et de concertation, ils sont aussi à l'affût des préconisations inscrites dans les plans d'action et les schémas directeurs et des réalisations concrètes à venir. La vigilance des groupes consultés est d'autant plus accrue qu'elles ont été très largement sollicitées, par le gouvernement pour instruire les nouvelles lois mais aussi par les municipalités afin de participer à l'élaboration de plans d'action ou de schémas directeurs visant à prendre en compte leurs besoins.

Pourtant des réticences tout à fait légitimes apparaissent de la part des élus, quant à l'élaboration de ces plans d'actions municipaux et de ces schémas directeurs d'accessibilité. Si les municipalités s'accordent à reconnaître l'intérêt de la démarche de mise en accessibilité, s'engagent dans un processus d'amélioration de la qualité de vie de ces citoyens et s'investissent dans la mise en place de comités de consultation, elles déclarent unanimement que si on leur transfère les responsabilités et les pouvoirs d'actions dans le domaine de l'accessibilité, les budgets ne sont pas toujours associés. En effet, certaines communes, en France comme au

Québec, avaient investi ce champ d'action préalablement à l'entrée en vigueur des lois françaises et québécoises (Bouchemaine en France, Victoriaville au Québec par exemple). Elles n'avaient donc pas bénéficié de budgets spécifiques mais avaient choisi d'intégrer la question de l'accessibilité au domaine de compétence municipal concerné.

Les associations visent à défendre, promouvoir la légitimité des personnes ayant une incapacité au sein de la cité. Elles favorisent ainsi la reconnaissance sociale d'un public méconnu et peu visible à l'échelle locale et nationale. Les associations investissent donc l'espace local régional et national. Elles forment progressivement des groupes de pression plus ou moins reconnus du fait de leur poids historique, culturel ou médiatique. En France comme au Québec, le rôle et la place des associations au sein des collectivités sont hétérogènes. Par ailleurs, leurs connaissances et leurs expertises du milieu sont indispensables et mises à profit.

Il est aussi vrai qu'en France comme au Québec, les lois imposent des délais de réalisation des schémas directeurs et des plans d'actions relativement courts. S'il n'y a pas de sanction prévue pour les municipalités qui ne les réalisent pas, un dépôt de plaintes des associations ou des citoyens est possible, imposant ainsi aux collectivités de les mettre en œuvre. La sensibilisation des élus québécois semble plus grande. Les constats et les travaux menés au préalable par l'OPHQ n'y sont pas anodins. En effet, en France, ce qui effraie les élus est l'obligation, dans un délai très court, de poser à la fois le diagnostic de l'accessibilité et de programmer les actions à venir. Étant peu investis dans le domaine, l'appel aux organismes privés pour la réalisation des diagnostics réduit d'autant les budgets pour la mise en application des préconisations. Il semble impossible que toutes les collectivités françaises répondent à l'objectif de la loi consistant à rendre tout accessible d'ici 2015. Néanmoins, l'impulsion donnée dans ce domaine et la programmation des actions à engager activent la démarche et obligent les collectivités à s'engager et à combler le retard alors accumulé par les municipalités françaises.

L'intérêt de la mise en œuvre de schémas directeurs et de plans d'actions annuels consiste à mettre en place un suivi et assurer une constance des actions dans ce domaine : il s'agit alors d'initier un processus continu et de suivi des actions engagées. Si cet objectif est clairement annoncé au Québec, il l'est beaucoup moins en France et consiste d'abord et avant tout à initier un premier plan d'action qui identifie leurs priorités en fonction des réalités du territoire, et qui fait suite aux diagnostics posés. Malgré les limites d'actions et les contraintes imposées par la loi, il s'agit d'une intention significative des pouvoirs publics pour initier ou poursuivre les démarches de mise en accessibilité à l'échelle nationale. C'est un moyen de renforcer les actions préexistantes, de diversifier les domaines d'actions ou d'initier une démarche qui visent à répondre au plus grand nombre dans un contexte où le vieillissement de la population s'accélère.

Conclusion

En présentant au cours de ce chapitre l'évolution des politiques publiques dans le champ du handicap à travers le concept d'accessibilité, c'est la décentralisation des actions et les obligations des collectivités que les lois en direction des personnes handicapées mettent en évidence. Les démarches de concertation et de coordination se sont imposées suite à la mobilisation des associations et des organismes communautaires. Ces derniers ont, en France comme au Québec, initiés des démarches de mise en accessibilité en sensibilisant les élus locaux aux besoins des personnes handicapées. Dès lors, la sensibilisation des élus a permis de développer une démarche globale de mise en accessibilité.

Ces démarches sont semblables en France et au Québec, notamment en matière de programmation, de planification et de délais des réalisations. Néanmoins, les effets de la loi semblent beaucoup plus réalistes au Québec qu'en France. En France la loi prône le *tout accessible d'ici 2015,* ce qui ne sera vraisemblablement pas atteint, mais les législateurs tiennent à maintenir ces délais pour impulser une action forte et rattraper un retard certain de la France dans ce domaine. Au Québec, les délais et la programmation tiennent à conserver une démarche réaliste et incitatrice qui n'est pas sanctionnée mais qui invite à la programmation d'actions annuelles, tant de la part des ministères gouvernementaux, que des collectivités de plus de 15 000 habitants. Ainsi, l'institutionnalisation de la démarche mise en œuvre dans le domaine de l'accessibilité à chaque échelle administrative en France, et au niveau régional et local au Québec, permet d'accroître les réalisations concrètes sur l'ensemble du territoire.

Les effets de ces lois sont très attendus par les organismes locaux et associations. Ils confirment leurs rôles au sein de la démarche, tantôt complémentaires lorsqu'ils assurent un rôle de conseil ou lorsqu'ils sont consultés, et tantôt celui de substitution lorsqu'ils initient des démarches qui sont ensuite relayées par le gouvernement et entendues comme des exemples à suivre. Les gouvernements font alors références à ces « bonnes pratiques » et invitent à la reproduction d'outil ou de démarche pour montrer qu'il est possible d'avancer sur la voie de l'accessibilité universelle sans recours à des budgets supplémentaires. Les pouvoirs publics instrumentalisent alors la démarche de mise en accessibilité fondée sur la concertation et la coordination des acteurs. Celle-ci s'opère dans le cadre du développement du territoire dans toutes ses composantes (aménagement du territoire, santé, *etc.*). Le recours aux processus participatif permet de fonder les décisions des acteurs sur une connaissance plus fine des besoins des usagers.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

La transversalité des actions menées dans le champ de l'aménagement et celui de la santé fait aussi appel aux capacités des acteurs impliqués à se concerter et à se coordonner. Cependant, la mobilisation des acteurs et la diversité des territoires impliqués ne sont pas sans poser des difficultés. La proximité entre la personne, son lieu de vie, les lieux de réalisation de ses activités (commerces, loisirs, santé etc.) sont de façon générale souhaitée et appréciée. Dans le cas contraire, la distanciation peut créer une forme d'isolement de la personne âgée limitant sa participation sociale. La question du recours à la proximité, de la mise en cohérence des territoires, nous ont conduit à interroger la place accordée aux personnes âgées, comment leurs demandes sont-elles prises en compte ?

Les regards d'acteurs issus de l'aménagement du territoire, de la santé, du social et du médico-social tendent à démontrer que la personne doit être placée au centre du dispositif afin de faciliter son accès à l'information, aux services dont elle a besoin. Or, le plus souvent, les processus mis en œuvre prennent en compte les personnes âgées et les personnes handicapées par le biais des associations ou des organismes communautaires, plus rarement par la parole directe des usagers. C'est la raison pour laquelle nous avons complété les discours des acteurs institutionnels, publics et privés, des professionnels, *etc.* par les regards des personnes âgées en perte d'autonomie sur la qualité de l'espace urbain proche du domicile.

TROISIEME PARTIE.

QUALITE DE L'ESPACE URBAIN PROCHE DU DOMICILE, FACTEUR DU MAINTIEN DE LA MOBILITE DES PERSONNES AGEES

INTRODUCTION DE LA TROISIEME PARTIE

Cette troisième partie repose sur les pratiques spatiales de l'espace public urbain autour du domicile par les personnes âgées en perte d'autonomie. Avec l'avancée en âge, le périmètre de déplacements des personnes âgées diminue progressivement. Considérant le territoire immédiat du domicile des personnes âgées, tel qu'il est aménagé, vécu et perçu, ce sont les perceptions et les représentations de l'espace public urbain par les personnes âgées au seuil de la dépendance qui nous interpellent ici.

L'observation de l'environnement immédiat du domicile des personnes âgées associée aux récits des déplacements du quotidien et aux parcours accompagnés constituent les trois ressources essentielles pour la compréhension des comportements spatialisés des personnes âgées, et permet de mieux saisir les besoins et les attentes de cette frange croissante de la population. Les pratiques spatiales quotidiennes des personnes âgées sont interrogées de façon à mettre en perspective les logiques de parcours, les tactiques et les stratégies de compensation mises en œuvre face à un environnement qui ne favorise pas systématiquement leur autonomie fonctionnelle. Il s'agit donc de mettre en évidence des logiques spatiales construites par une population vulnérable et d'identifier les relations entre la personne vieillissante et son espace de vie (Chapitre 6 et 7).

Le modèle d'évaluation de l'accessibilité mis en place consiste à proposer un outil d'aide à la décision pour les politiques publiques locales. En effet, ce modèle prend en compte la parole des usagers au sujet de leur mobilité quotidienne et au regard des normes en vigueur dans le but d'orienter les actions des pouvoirs publics et d'accroître la qualité de vie des plus vulnérables (Chapitre 8).

CHAPITRE 6.

ÉTUDE MICRO LOCALE DES DEPLACEMENTS DES PERSONNES AGEES AUTOUR DE LEUR DOMICILE : DE L'OBSERVATION AU DISCOURS

Introduction

Ce chapitre présente un itinéraire méthodologique combinant des informations sur la fréquentation et sur la perception de l'espace public urbain situé à proximité du domicile des personnes âgées. Centré sur l'observation des cheminements de l'individu âgé, ce chapitre illustre l'accès à l'espace public urbain, plus particulièrement l'environnement immédiat du domicile des personnes âgées. L'observation est la première étape d'une étude ciblant les pratiques urbaines des plus âgés en France et au Québec.

Les déplacements dessinent un périmètre de circulation autour de leur domicile qui correspondent aux territoires investis par les personnes âgées en perte d'autonomie. Ce territoire varie selon des logiques d'ordre identitaire où l'histoire personnelle de l'individu semble donner du sens aux choix des lieux, des itinéraires, des horaires des déplacements quotidiens. Les lieux fréquentés par les personnes âgées sont compris comme des points de repères permettant de cibler le périmètre de mobilité des personnes vulnérables et d'identifier les espaces publics appropriés par les individus âgés. Nous analysons ici les différentes composantes physiques et sensorielles du déplacement suivant une approche globale et non sectorielle.

A ces observations, sont associées dans un premier temps les discours des personnes âgées au sujet de leurs mobilités quotidiennes, puis dans un second temps, sont confrontés les parcours commentés par les personnes en quête d'autonomie. Ainsi, appréhender l'usage des espaces publics urbains par les personnes âgées suivant ces trois outils méthodologiques permet d'analyser la mobilité quotidienne des personnes âgées au seuil de la dépendance suivant la nature de l'environnement et leurs compétences.

1. L'observation *in situ* de l'environnement immédiat des résidences étudiées

L'observation nous permet de saisir sur le vif l'expérience des individus au quotidien. Nous mettons ici l'accent sur la compréhension, l'analyse et l'interprétation des pratiques des personnes âgées en perte d'autonomie de leur environnement quotidien et immédiat permettant ainsi une lecture de l'interaction entre l'individu vieillissant et l'environnement immédiat de son domicile.

1.1 « Appréciation » de l'environnement du domicile des personnes âgées

L'appréciation de l'environnement repose sur la mise en place et l'analyse de la grille d'observation de l'environnement immédiat du domicile des personnes âgées (Fig. 29 : 147). Cette dernière est associée à un reportage photographique (Bijoux D., Myers J., 2006) qui met en exergue les situations de handicap rencontrées par les personnes âgées en milieu urbain.

1.1.1 L'observation de l'environnement immédiat en question

Pour qualifier l'environnement immédiat du domicile des personnes âgées dans sa complexité, nous proposons ici une approche fondée sur l'observation de l'environnement, la parole des usagers, et leurs pratiques quotidiennes de cet espace. Nous faisons alors référence aux « territoires urbains de proximité » définis comme l'espace proche que l'individu se construit, en fonction de ses connaissances, des ses perceptions, de ses activités et de ses expériences (Guérin Pace, 2004).

L'environnement immédiat est alors compris comme ce qui entoure l'individu, un espace d'action et de déplacement du quotidien, un espace favorisant la participation sociale des personnes âgées par le déploiement des relations de voisinage, par les déplacements réguliers (boulangerie, dépanneur (épicerie au Québec), *etc.*). Pour cela, nous nous sommes intéressés aux travaux menés par Patrick Fougeyrollas relatifs à la Mesure de la Qualité de l'Environnement (MQE) permettent d'évaluer l'influence de l'environnement sur la participation sociale d'une personne ou d'une population spécifique en fonction de ses capacités et de facteurs personnels (âge, sexe, *etc.*) (Fougeyrollas, 2005). L'apparition de cet outil de mesure fait suite à la reconnaissance des facteurs environnementaux par la Classification Internationale des Incapacités et des Handicaps (CIDIH2). Appliqué dans le domaine de la santé, il permet de rendre compte de la perception des populations ayant des incapacités sur leur

environnement (Fougeyrollas, 2005). Cet outil rend compte du regard qu'elles portent sur leur espace de vie et l'utilisation effective de leur milieu de vie en fonction de leurs limitations fonctionnelles. Cet instrument compte 109 énoncés regroupés en six thèmes[65] parmi lesquels nous avons retenus ceux éclairant l'observation de *l'environnement physique et (de) l'accessibilité ;* ainsi que l'observation des *services publics et gouvernementaux.* La MQE couvre toute les composantes de l'environnement, du micro environnement (personnel et domestique) au méso environnement (ensemble des acteurs qui, par leurs décisions, sont en mesure d'influencer les relations entre la personne et son environnement) jusqu'au macro environnement (orientations des politiques sociales). En nous intéressant au méso environnement, la grille d'évaluation à la mobilité des personnes âgées autour de leur domicile permet d'avoir une lecture globale de l'espace public urbain. Celle–ci ne peut s'effectuer qu'en tenant compte de la chaîne de déplacement réel (Fig. 10 : 54) (Longé C., Sahmi N., Brêtas M., 2002).

En définitive, c'est en prenant appui sur la composition des énoncés des thèmes retenus par la MQE, mais aussi sur la chaîne d'accessibilité globale que nous avons construit notre propre grille d'observation. Loin d'être exhaustive, (comme peut l'être la MQE) la grille d'observation permet d'explorer et d'appréhender l'environnement immédiat du domicile de la personne âgée de façon globale, et de repérer les éléments en présence susceptibles de baliser le parcours du piéton âgé.

Ainsi, l'observation du milieu de vie des personnes âgées s'effectue suivant une grille de lecture composée d'une série d'indications conjoncturelles de façon à préciser le jour, la date, l'heure, les circonstances particulières de l'observation. Quatre thèmes ont été retenus (Fig. 48). Le premier fait référence à la présence ou l'absence d'Établissements Recevant du Public (ERP) (commerces de proximité, centre d'achat, services administratifs…) dont l'existence à proximité du domicile favorise la participation sociale des personnes âgées. Le second cible les modes de transports publics réguliers (Métro, bus, taxi…), susceptibles d'être utilisés par des populations vieillissantes qui ne sont plus en mesure d'utiliser leurs véhicules personnels. Le troisième accorde une place particulière aux activités de services de santé (Pharmacie, médecin…) dont les personnes âgées ont besoin fréquemment du fait des l'apparition progressive de déficiences motrices et/ou sensorielles. Enfin le dernier critère consiste à observer la qualité d'usage de l'espace public (voirie, mobilier urbain,…) facilitant ou non leur mobilité quotidienne et

[65] Les six thèmes retenus par la Mesure de la qualité environnementale sont les suivants : Soutien et attitude de votre entourage; Revenus, emploi et sécurité du revenu; Services publics et gouvernementaux ; Environnement physique et accessibilité; Technologie; Égalité des chances et orientations politiques.

favorisant le maintien de leur autonomie.

Ainsi, pour chaque résidence, le cadre urbain dans lequel se place la résidence est décrit : centre ancien, grands ensembles, quartiers pavillonnaires, *etc*. ; de même que les services en présence (sanitaires, sociaux, administratifs, commerciaux, *etc.)* L'encart *Remarques* permet d'insérer les prises de notes concernant les déplacements des personnes âgées ce qui permet d'apprécier la qualité du milieu de vie dans lequel les personnes âgées évoluent et d'émettre les hypothèses concernant les obstacles et les facilitateurs de la mobilité quotidienne des personnes âgées.

Figure 48 . Grille d'observation du milieu de vie des personnes âgées.

Résidence _____
Date _____ Heure _____ Climat _____
Contexte _____

Les établissements recevant du public (ERP)
- Existant dans un rayon de 300 à 500m
- Centres d'achat s/ petits commerces
- Administration (Mairie, etc.)
- Parcs, squares, jardins

Remarques : _____

Qualité de l'espace public urbain (voirie, mobilier urbain)
- Espaces de repos dans un rayon de 300m
- Qualité de la voirie (trottoirs, nature du sol, etc)
- Mobilier urbain (bancs, arrêts de bus, etc)
- Signalétique (information, direction)

Remarques : _____

Services de santé
- Existant dans un rayon de 300 à 500m
- Médecin
- Pharmacie
- Espaces associatifs, de rencontres

Remarques : _____

Transports en commun
- Arrêts situés dans un rayon de 300 à 500m
- Bus, tramway, Métro
- Station d'arrêt / borne d'arrêt
- Transport adapté

Remarques : _____

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2006

Nous nous sommes concentrés sur l'observation *in situ* des cheminements des piétons âgés autour de leur résidence sans que nous ayons une connaissance certaine de leur point d'ancrage initial ou final. Nous avons donc choisi de construire une grille d'évaluation afin de systématiser le travail de terrain et d'assurer la continuité de l'observation d'un site à un autre en France comme au Québec. Associé à la grille d'observation, nous avons opté pour le reportage photographique comme mode de collecte de données à l'image du carnet de bord, du carnet de route…

1.1.2 Le reportage photographique

L'usage de la photographie permet de collecter des données visuelles et des détails relatifs à l'observation. L'image photographique, entendu comme un support de mémoire et le témoin d'une situation donnée et/ou d'une mise en contexte, est utilisée comme outil d'observation. Or il ne s'agit pas seulement de recenser les éléments observés et de les utiliser à des fins illustratives sans autre interrogation. L'usage de la photographie comme un outil de terrain rend compte d'une situation au même titre que le discours, la carte ou le texte. Elle permet de faire état du contexte d'une situation et elle fait office de récit recueilli pour chacune de nos études de cas.

Le chercheur prenant une photographie opère d'emblée une sélection (Prosser J, Schwartz D, 1998), il est à l'initiative de la prise de vue qui consiste à révéler un contexte particulier, une ambiance, un détail *etc.* La collecte d'images sur le terrain fait l'objet d'un choix parmi les photos accumulées. L'usage de la photographie recouvre ici des limites sociales et scientifiques qu'il faut contourner : Sur quels critères sélectionner les prises de vue ?

Environ 450 clichés ont été effectués, dont une centaine sélectionnée pour être présentée au cours de cette étude. Les photographies retenues sont celles qui donnent sens à l'objet de la recherche. Autrement dit, nous avons choisi les photographies présentant le contexte du déplacement des personnes âgées, les aménagements défavorables mais également les aménagements facilitant la mobilité des personnes en perte d'autonomie en milieu urbain. La photographie est alors utilisée comme un instrument d'investigation sur le terrain. Les photographies ne présentent pas les sujets de la recherche par le biais de portraits mais font état de la relation d'un individu âgé avec son environnement lors de ses déplacements et des situations invalidantes ou facilitantes observées. Les clichés sont aussi le révélateur de l'espace urbain tel qu'il est pensé, conçu et de son influence sur les pratiques quotidiennes de ses habitants. Certaines personnes refusent d'apparaître sur la photographie tandis que d'autres le

réclament. Nous avons donc limité et parfois évité que l'objet ou plutôt le sujet de la photographie se mettent en scène. Certaines personnes en nous voyant ont amplifié leurs difficultés en accentuant le détour de l'obstacle ou en exprimant verbalement leur mécontentement de devoir changer de trottoirs, *etc*. D'autres à l'inverse ont feint la difficulté à se déplacer en faisant semblant d'attendre leur bus à un arrêt alors que quelques instants plus tard, elles reprenaient leur chemin en laissant passer les bus qui s'étaient arrêtés. Ainsi, nous avons opté pour un reportage photographique au cours duquel les personnes âgées apparaissent peu mais où les photos retenues sont celles des obstacles ou des facilités observées par le chercheur et vécues par la personne âgée.

Afin d'appréhender la qualité du milieu de vie des personnes âgées, les quatre thématiques proposées dans la grille d'observation et les photographies les plus probantes sont alors présentées, analysées et comparées.

1.2 Les résultats de l'observation et les apports de la photographie

Nous avons observé l'environnement de douze résidences pour personnes âgées (six en France, six au Québec). Les contacts avec chaque responsable de résidence, préalable à l'observation, nous ont renseigné sur les espaces fréquentés par les résidents, les horaires de sorties, et les multiples cheminements possibles autour du domicile. De cette manière au cours d'une demi-journée nous avons identifié, repéré et suivi les personnes entrant et sortant de la résidence, nous avons ainsi découvert le milieu de vie des personnes âgées dans un périmètre de l'ordre du kilomètre autour du domicile. L'observation *in situ* nous a permis d'explorer leurs pratiques spatiales, par exemple, nous avons parfois été amené à emprunter les transports en commun afin d'identifier les destinations des personnes âgées, d'observer leur comportement.

Selon les responsables de résidences québécoises et françaises, les personnes âgées articulent leur quotidien autour d'un espace restreint, le plus souvent à pied autour de leur domicile. Soit 500 mètres pour les moins mobiles, 750 mètres pour les personnes âgées en légère perte d'autonomie et de l'ordre du kilomètre pour les plus autonomes. En France comme au Québec, la durée des sorties à l'extérieur à la résidence est de l'ordre d'une heure à une heure et demie. Le temps du parcours des personnes âgées étant de l'ordre de trente à quarante minutes laissant approximativement une heure consacrée à leur activité. Les personnes âgées se déplacent en moyenne deux à trois fois par semaine pour la majorité au cours de l'après midi entre 15h et 17h. Les sorties en matinées sont moins fréquentes et lorsqu'elles ont lieues, elles s'effectuent

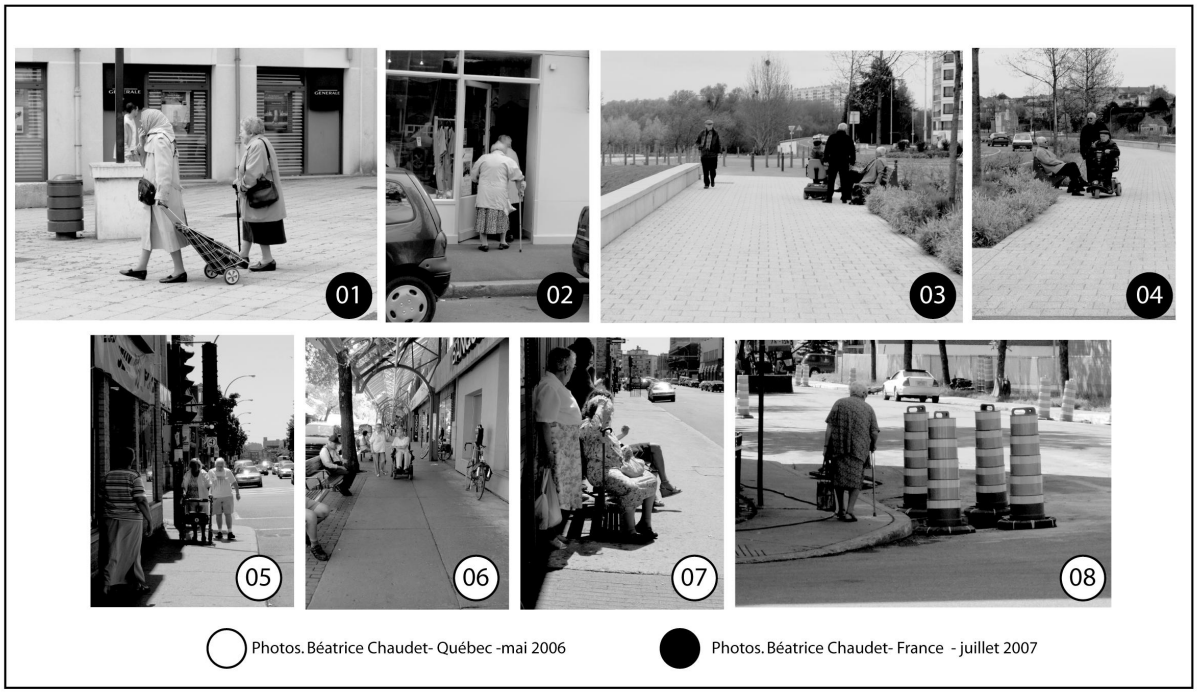
vers 10h30 et semblent concerner les personnes les plus autonomes.

Les responsables de ces résidences en France comme au Québec ont un discours commun. Les informations conjoncturelles recueillies auprès des responsables de ces structures ont été essentielles. Elles nous ont permis de cibler les moments où nous pouvions nous rendre à proximité de la résidence pour y observer (sans être vue) les comportements et pratiques spatiales des résidents permettant ainsi d'identifier et les espaces privilégiés et les lieux délaissés. Les résultats présentés ci-après correspondent aux quatre thèmes de la grille d'observation.

1.2.1 Les espaces privilégiés par les personnes âgées

L'observation a montré que, toutes résidences confondues, les personnes âgées se déplacent plutôt vers les espaces commerciaux de proximité et les espaces verts (Fig. 49). En effet, le choix de la destination privilégiée est fortement déterminé par sa localisation et la proximité avec la résidence.

Figure 49. Participation sociale des aînés en France et au Québec



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2008

Cependant, une différence a été observée entre les deux pays. Au Québec, les résidences pour personnes âgées autonomes peuvent être situées en périphérie et à proximité de grands

centres commerciaux alors qu'en France, les résidences sont rarement localisées en périphérie des villes. En conséquence, les cheminements des personnes âgées, relatifs à la proximité de la résidence, se dirigent vers les grands centres commerciaux au Québec et plutôt vers les petits commerces en France. Or les problématiques d'accessibilité et d'aménagement sont très différentes pour ces deux catégories d'espaces commerciaux.

Parmi les résidences québécoises étudiées, deux sont situées à proximité de grands centres d'achats et sont localisées en périphérie des municipalités québécoises : la résidence *Villa des sages* de Sherbrooke ou la résidence le *Bel âge* de Rouyn-Noranda. Les grands centres d'achats sont des espaces privilégiés des résidents en périphéries des villes québécoises dans la mesure où ils se situent à proximité du domicile (Fig. 50).

Les grands centres d'achats ont été pensés et conçus pour une circulation cohérente, de plain pied et sécuritaire pour les usagers. A ces espaces à vocation commerciale correspondent de nombreux paramètres techniques et topographiques qui optimisent la mobilité des plus âgés tels que l'absence d'emmarchement, la présence de toilettes adaptées, un espace sécurisant où les fonctions de services sont concentrées. Indéniablement ce sont des espaces privilégiés par les personnes vieillissantes qui déambulent entre les commerces et les espaces de restauration. La majorité d'entre elles semblent avoir un parcours bien défini. Ce dernier est visible et perceptible au rythme qu'elles adoptent, le trajet est régulier et sans arrêt jusqu'au banc ou à l'espace de restauration où elles s'installent de façon à observer les passants. Au regard de la surreprésentation des personnes à mobilité réduite en présence au sein de ces espaces à vocation commerciale, nous sommes en mesure de dire que ces lieux sont prisés par les personnes âgées.

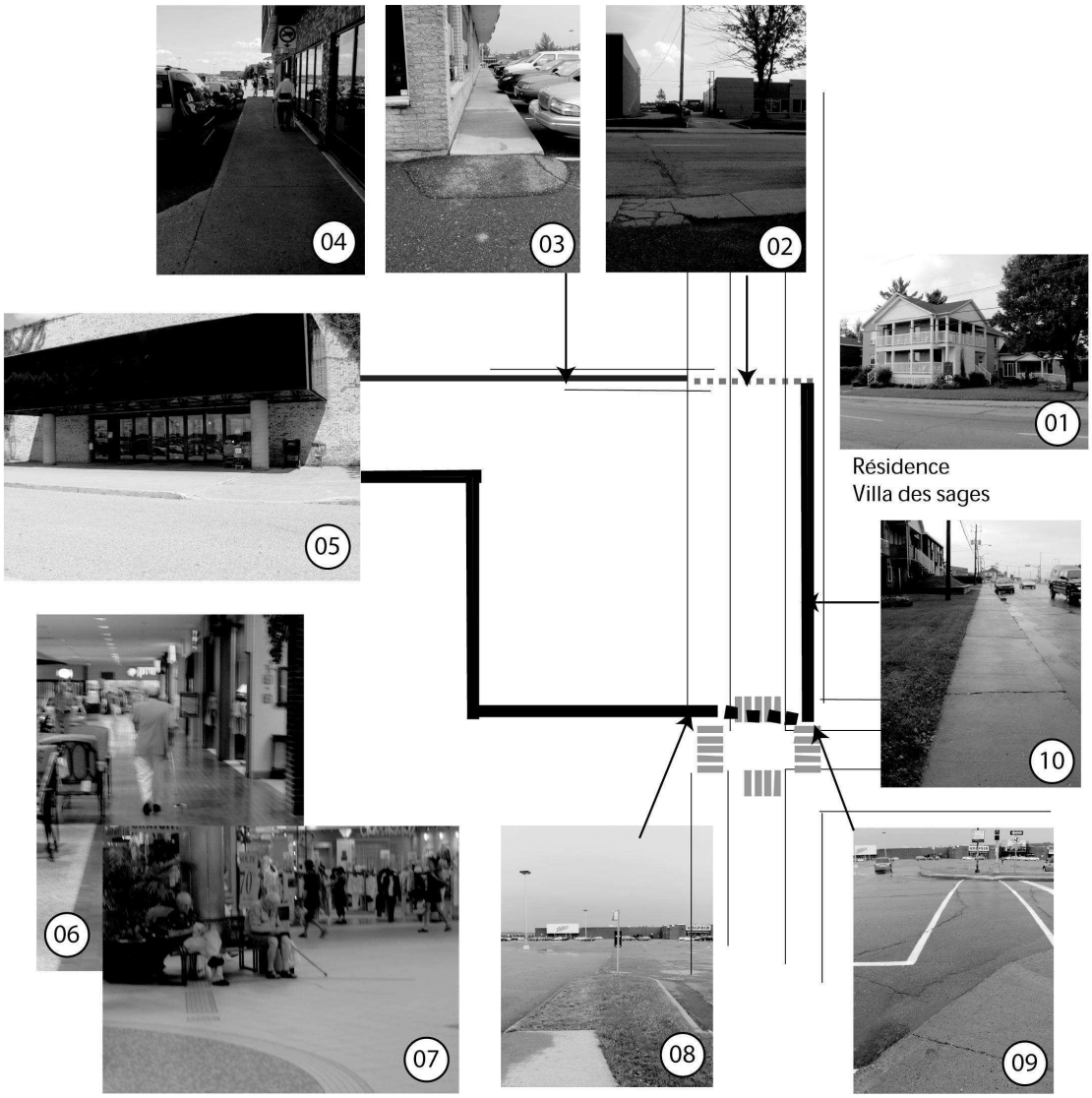
Comparativement, aucune résidence étudiée en France ne se situe à proximité d'un grand centre commercial. Ces derniers sont localisés en périphérie et sont éloignés des structures accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie qui ne s'y rendent que de façon occasionnelle. Vu que l'accès aux grands centres commerciaux nécessite l'usage des transports en commun, les résidents, en France, semblent privilégier les commerces de proximité. Toutes les résidences pour personnes âgées observées à Angers, dans les quartiers périphériques de Belle-beille, de Monplaisir, ou Les Justices sont des quartiers résidentiels où se côtoient des commerçants, administratifs, sanitaires *etc.* favorisent la participation sociale des habitants du quartier et leur permet d'accéder à l'ensemble des services de première nécessité.

Ainsi, les résidences La résidence *Rose de Noël* (Quartier de Belle-beille), *Les justices* (Quartier des Justices) ou encore *La corbeille d'Argent* (Quartier Monplaisir) sont toutes situées à proximité (moins de 500m) d'une place centrale où sont regroupés de petits centres d'achats (épicerie, boulangerie, pharmacie, *etc.*), des espaces de services (guichet de banque, poste, *etc.*),

des services administratifs et culturels (mairie de quartier, services sociaux, association, espaces de rencontres et d'activités comme la Maison de quartier).

Figure 50. Cheminement des personnes âgées vers les grands centres d'achats (Québec)

Les personnes âgées de la résidence *Villa des sages* se dirigent vers les grands centres commerciaux situés de l'autre côté de la rue (2*2 voies) pour rejoindre cet espace commercial, ils empruntent rarement le cheminement piéton qui les conduit jusqu'au passage piéton sécurisé (itinéraire plus épais) ils préfèrent traverser la rue face à la résidence qui est beaucoup plus court (500m) pour rejoindre le centre commercial.



"Zone capacitante" "Zone incapacitante" Photos. Béatrice Chaudet- Québec -mai 2006

Crédits Photo : B. Chaudet Juillet 2005 - Québec
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2005

Dans le cas présenté ci dessus, la place des Justices est située à moins de 500 mètres du logement foyer. Cette place est entourée de petits commerces où les personnes âgées se rendent très régulièrement pour effectuer leurs achats ; à la fois lieu de rencontre et de services, la présence des personnes âgées en perte d'autonomie au sein de cet espace est récurrente (Fig. 51).

Figure 51. Place des Justices, un espace intergénérationnel (Angers - France)

La place des Justices est un espace piétonnier situé à proximité des maisons de retraite et logement-foyers fréquentée par les habitants du quartier. Entourée de commerces, de services (Pharmacie, centre d'achat, guichet de banque, Poste, une boulangerie, *etc.*), elle favorise la participation de tous les habitants. L'esplanade est un lieu de rendez-vous, où se côtoie toutes les générations (Photographie 01).

La place est aménagée de façon à accueillir les personnes à mobilité réduite avec l'aménagement d'un cheminement de plain pied, la présence d''une rampe d'accès (Photographie 02), de commerces de plain pied (Photographie 03), et d'un espace de repos (Photographie 04).

Crédit photos : B. Chaudet, Angers, France , 2006 Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers,,Nov. 2006

Les populations en présence ne sont pas exclusivement des personnes âgées, la présence de générations diverses participent également à l'attractivité de cette place d'autant que l'aménagement d'un îlot central composé de bancs permet aux personnes âgées de se rencontrer

et de se reposer et d'observer les passants, les allers et venues des commerçants, etc. Certains occupent ces places durant quelques minutes et poursuivent leur chemin vers les services commerçants ou vers la pharmacie, d'autres prennent appui sur les murets et patientent quelques instants correspondant au temps nécessaire pour les personnes âgées de reprendre leur souffle, leur respiration. Leurs comportements indiquent qu'ils font une pause pour observer l'activité de la place centrale, tout en ayant un regard circulaire leur permettant de voir s'ils sont où non observer, suivi. Dans les cas où ma présence a été repérée la pause s'interrompait quasi immédiatement : s'agit-il de la poursuite de leur déplacement naturel ou s'agit-il d'un empressement lié au regard d'autrui susceptible de juger leurs compétences ? Dans les autres cas (ceux où je n'étais pas vue) la pause durait plus longtemps (de l'ordre de 4-5 minutes) jusqu'à ce qu'elle soit en mesure de poursuivre son cheminement jusqu'au banc ou jusqu'à la pharmacie.

La proximité de ces espaces permet aux personnes âgées de cheminer depuis leur domicile jusqu'aux places centrales de façon autonome. Dans ces quartiers, les commerces et les services en présence sont de plain-pied et les commerçants et les habitants semblent se connaître et communiquer aisément. A l'exception de la résidence *La Rose de Noël,* localisée dans le quartier de Belle-beille, où les aménagements récents facilitent le cheminement de plain pied depuis la résidence jusqu'à la Poste, la Maison de quartier*;* nous avons observé des obstacles au niveau de la qualité de la voirie et de l'implantation du mobilier urbain.

Pour exemple, le cheminement entre la résidence *La corbeille d'argent* et la place du quartier Monplaisir où se situent les aménités urbaines leur est difficile à cause des emmarchements, des trottoirs surélevés et de leur inclinaison, de l'absence d'aire de repos et de traversées peu sécurisées. En effet, leur hésitation au cours du cheminement, le ralentissement du rythme de la marche ou encore les arrêts improvisés au cours de leur déplacement nous ont permis d'avancer que le cheminement et la mobilité des personnes âgées est plus délicate et moins fréquente.

Les personnes âgées qui résident en milieu rural fréquentent également les rues commerçantes de la commune et plus particulièrement la place du marché. Par exemple, la rue principale de la commune de Baugé est un espace fréquemment parcouru par les personnes âgées, où elles déambulent et se retrouvent, en particulier le jour du marché. Elles arrivent sur la place du marché assez tôt (dès 9h30-10h) et prennent le temps de parler avec chaque commerçant. Elles ont alors un rythme très lent et recherche l'attention des commerçants, certaines personnes âgées semblent bien connues des commerçants qui les appellent nominativement, d'autres auront un parcours précis relativement court où elles ne parlent à aucun commerçant, elles marchent doucement, ne regardent pas les étalages, stationnent à l'écart

du marché pour observer la place et s'engage sur le chemin du retour. L'observation des déplacements le jour du marché semble confirmer le besoin de participation sociale. , de participer à l'ambiance du marché. Selon les personnes suivies, il s'agit d'une participation sociale active dans la mesure ou bon nombre d'entre elles éprouvent le besoin de se mêler et de discuter avec les commerçants, les passants pour d'autres elle est passive et consiste à parcourir les allées, stationner ici ou là et reprendre son chemin sans communiquer avec autrui.

Pour les personnes âgées qui résident dans les centres urbains au Québec, ont l'habitude de se déplacer vers les centres piétons situés à proximité de leur domicile. C'est le cas des résidents de *Saint Pierre* qui fréquentent la rue principale de Rouyn-Noranda, de ceux de la résidence *Brooks* qui pratiquent quotidiennement la rue Wellington à Sherbrooke et de ceux de la résidence *Aylwin* qui cheminent vers la Promenade Ontario dans le quartier Mercier-Hochelaga-Maisonneuve à Montréal (Fig. 52).

Figure 52. "Promenade Ontario ", un espace piéton commercant privilégié ? (Montréal - Québec)

Artère de la ville de Montréal, la rue Ontario traverse l'arrondissement de Mercier-Hochelaga-Maisonneuve. La "Promenade Ontario" est une rue commercante composée de restaurants, de cafés et de boutiques très fréquentés par les piétons dont les personnes à mobilité réduite et les personnes âgées. (Photographies 01 à 07)

Crédit photos : B. Chaudet, Montréal, Québec , 2006 Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov. 2006

Les rues commerçantes sont des espaces particulièrement prisés par les personnes âgées qui déambulent entre les commerces, les espaces de repos et les terrasses l'après midi. Elles s'y déplacent sur une distance de 500 mètres et parfois un peu plus pour rejoindre une terrasse où elles s'installeront durant quelques heures et observeront les passants avant de reprendre le chemin inverse une heure plus tard. Globalement, les personnes que nous avons suivies au départ de leur résidence empruntent le même itinéraire, néanmoins le rythme est différent. Certaines se déplacent depuis leur domicile jusqu'à une terrasse ou une boutique sans interruption à un rythme lent et régulier. D'autres marquent des temps d'arrêt plus ou moins long (de l'ordre de 1 à 3 minutes) vraisemblablement pour reprendre leur souffle de façon plus ou moins discrète. En effet, certaines s'arrêtent devant une vitrine, d'autre s'installe au niveau de l'arrêt de bus sans intention d'utiliser les transports. D'autres encore prendront le temps de flâner devant quelques vitrines avant de s'installer sur un banc observer l'animation de la rue et reprendre le chemin inverse une demi heure à une heure plus tard.

Ainsi, les habitants des résidences situées en périphérie comme le *Bel-âge* à Rouyn-Noranda et la *villa des sages* de Sherbrooke se déplacent vers les grands centres d'achat, tandis que les habitants qui résident en centre urbain à proximité d'un centre piéton se déplacent vers les rues commerçantes telles que la rue principale de Rouyn-Noranda ou la rue Ontario pour Montréal.

Au-delà de la fréquentation des espaces commerciaux, un autre type de lieu est privilégié par les personnes âgées : les espaces verts. Les personnes âgées de la résidence *Grégoire Bordillon,* résidence située au cœur du centre ancien de la ville d'Angers, ont deux destinations principales. Elles se rendent le jour du marché sur la place qui jouxte la résidence pour faire de petits achats ou marcher et discuter avec les commerçants. Les autres jours de la semaine, elles se promènent sur l'esplanade le long de la *Maine* où sont aménagés des espaces de repos composés de bancs et d'espaces verts. Si les jardins publics sont des espaces privilégiés en France, à l'image des parcs autour de la résidence de Baugé ou encore le jardin des plantes à Angers. On retrouve la même tendance au Québec. On observe en particulier la forte fréquentation par les personnes âgées des squares situés non loin de leur domicile en milieu et fin d'après midi ; l'exemple du square situé à l'extrémité de la rue Brooks à Sherbrooke vers le parc *Fleur d'eau* à Rouyn-Noranda. Notons néanmoins que dans le cas *Parc Racine* à proximité de la rue Brooks, les espaces publics situés sur le même plan topographiques sont extrêmement limités.

Les espaces verts, les jardins publics ou les squares sont occupés durant les périodes estivales uniquement puisque les conditions climatiques tels que le froid, la pluie, la neige, le vent, *etc.* limitent les sorties extérieures, dès lors les centres d'achats deviennent une meilleure

alternative. Par ailleurs l'accès au parc est conditionné par la qualité de la voirie, la proximité de la résidence, la présence d'aire de repos et la topographie (Fig. 53)

Figure 53. Les jardins publics, destination des personnes agées en France et au Québec

Les espaces verts, situés à proximité des résidences privées et des logement-foyers, sont particulièrement fréquentés en période estivale et en milieu d'après midi. Pour exemple : le *Parc du Pin* à Angers (Photographie 01) ou le *Parc Racine* à Sherbrooke (Photographies 02-04)

● Crédit Photos. Béatrice Chaudet- France - juillet 2007 ○ Crédit Photos. Béatrice Chaudet- Québec -mai 2006

La majorité des résidences étudiées sont localisées à proximité de squares, d'espaces verts, qui sont des espaces de détente, de loisirs, de rencontres aussi ,ou encore des espaces où les personnes âgées observent les scènes de la vie quotidienne, qui se présentent à elles (les passants, les enfants qui jouent, etc.). Dans la majeure partie des cas, elles se déplacent depuis leurs résidences jusqu'au parc où elles s'installent sur un banc une demi -heure avant de reprendre le chemin du retour .

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, nov. 2007

Les espaces verts et les centres commerciaux sont des lieux prisés par les personnes âgées parce qu'ils offrent un cadre propice à l'observation des autres. Ces lieux offrent l'opportunité aux personnes âgées d'être les spectateurs des scènes de la vie quotidienne. Ainsi, les destinations choisies sont en quelque sorte des espaces de sociabilité visible et invisible. Visible

dans la mesure où les personnes âgées se donnent rendez-vous, échangent quelques mots sur une place, sur un banc … invisible dans le cas où elles sont les spectatrices de scènes de la vie quotidienne. Elles regardent les enfants jouer dans le parc, écouter de la musique, observer le cheminement des passants *etc*. Au-delà de ces espaces commerçants vers lesquels cheminent les piétons âgés depuis leur résidence, d'autres empruntent occasionnellement les transports en commun.

Ainsi, les lieux privilégiés sont ceux de la proximité, ceux que les personnes âgées peuvent atteindre à pied, la marche étant leur mode de déplacement principal. Pour autant certaines personnes choisissent d'utiliser les transports en commun de façon occasionnelle.

1.2.2 L'usage occasionnel des transports en commun

L'accès aux transports est l'un des facteurs permettant aux personnes âgées de mener leurs activités quotidiennes qu'elles soient récréatives, administratives, médicales, *etc*. Or, peu de bus ou de métro sont réellement accessibles. C'est la raison pour laquelle les services de transport public des villes françaises et québécoises distinguent les services de transport en commun régulier des services de transports adaptés. Dans chacune des municipalités étudiées, assurer le déplacement des populations est un véritable défi à relever.

Si la majorité des résidences étudiées sont située à proximité d'un arrêt de transport en commun celles situées à Baugé ou la résidence la V*illa des sages* à Rouyn-Noranda en sont plus éloignées et ceci explique que nous n'ayons pas observés de personnes utilisant ce mode de transports pour se déplacer dans ces lieux. En revanche, dans tous les autres cas nous avons repéré la présence de transports ou d'arrêts de bus empruntés par plusieurs personnes âgées.

Nous avons suivi le déplacement en bus de quelques résidents du *Bel âge* de Rouyn-Noranda et *La rose de Noël* à Angers. Leurs destinations sont le centre ville et le jardin des plantes à Angers tandis qu'au Québec la destination choisie est les grands centres d'achats. Peu d'usagers empruntent deux lignes de bus successives. Le plus fréquemment, la destination choisie est desservie par la ligne de bus située à proximité de leur domicile, seules les plus autonomes semblent en mesure d'emprunter plusieurs lignes et souvent dans un but très précis qui peut être celui d'un déplacement exceptionnel.

Nous avons pu observer que bon nombre de personnes âgées se déplacent à plusieurs pour « *prendre le bus ensemble* ». Dans ce cas, le temps de montée et de descente dans le bus est plus

long. Les chauffeurs semblent alors attentifs à la fois à l'emplacement du bus, à ces arrêts, attendent que les personnes soient installées dans le bus et échangent quelques mots avec les usagers. Les personnes âgées semblent avoir des habitudes au regard de leur aisance et des places qu'elles occupent dans le bus. Ce cas est particulièrement marquant à Rouyn-Noranda où il semble que ce déplacement soit naturel, régulier et habituel (Fig. 54).

Figure 54. "Prendre le bus ensemble" Usage des services de transports collectifs (France - Québec)

Les transports en commun sont peu empruntés par les personnes âgées seules (Photographies 01 et 0 2) ; elles privilégient les transports réguliers à plusieurs (Photographies 03 et 04). A cela plusieurs raisons, le temps d'attente du bus, les facilités d'accès, le temps de montée et de descente plus long auxquels les chauffeurs doivent être attentifs.

● Photos. Béatrice Chaudet- France - juillet 2007 ○ Photos. Béatrice Chaudet- Québec -mai 2006

Lorsque les personnes âgées choisissent d'emprunter les transports réguliers, leurs destinations corrrespondent aux lieux desservis par la ligne de bus la plus proche de leur domicile pour les québécois comme pour les français.

Néanmoins pour les aînés québécois, la destination la plus fréquente est celle des grands centres d'achats, alors que pour les aînés français la destination varie entre les centres d'achats, les espaces verts ou le centre ville.

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, nov. 2007

Pour exemple, les personnes âgées, de la résidence le *Bel âge* à Rouyn-Noranda rejoignent l'arrêt de bus situé à une centaine de mètres à l'arrière de la résidence. Elles sont au nombre de deux ou trois suivant le cas, l'une d'entre elle se déplace avec un déambulateur, l'autre marche lentement jusqu'à l'arrêt. Au moment où le bus stationne, le chauffeur descend pour monter le déambulateur pendant qu'elles montent lentement les marches du bus. Lors des déplacements en bus, à Angers comme à Rouyn-Noranda, très peu de personnes lisent les panneaux de directions, les horaires des bus, le plan ou les directions. L'arrêt auquel elles descendent fait l'objet de commentaires sur la manière de se préparer à la descente… Cette étape aussi délicate soit-elle nécessite l'attention du chauffeur qui doit maintenir les portes ouvertes, attendre que chacun soit descendu, *etc.* Au regard de la scène qui venait de se dérouler, chacun semblait avoir son rôle et son rythme afin de permettre à chacun d'utiliser ce mode de transport dans les meilleures conditions. De fait, la descente du bus n'est pas aléatoire mais s'entoure de précautions : l'attente que le bus soit totalement à l'arrêt, le regard au chauffeur de bus, et les discussions préalables à l'arrêt afin de rappeler qui descend en premier en second et troisième. Le premier à descendre du bus est le plus autonome, le second celui qui a le plus de difficulté et le troisième maintien la porte ouverte avant de descendre à son tour. Au regard de l'aisance avec laquelle la descente s'effectue, il semble que ce trajet ne soit pas le premier effectué dans ces conditions, mais qu'il soit effectué de façon régulière.

S'il est vrai que les modes de transport en commun sont rarement adaptés aux personnes à mobilité réduite, les réseaux de transports spécialisés permettent aux personnes de se déplacer depuis leur domicile jusqu'au lieu choisi sans les contraintes de la ligne de bus prédéfinie par le réseau de transport urbain ; en revanche il est nécessaire de prévoir son déplacement près de 48 heures à l'avance. Nous avons eu l'occasion d'observer l'utilisation de ce mode de transport en centre-ville, aux abords des grands centres d'achats à Rouyn-Noranda, mais aussi à Angers à l'entrée du *Jardin des Plantes*, dans le centre ville ou encore à proximité des grands centres d'achats. Ces services de transport sont limités aux populations à motricité réduite pour pallier les difficultés associées aux transports en communs réguliers. Ainsi, des dispositions, des aménagements doivent être prises afin de favoriser l'usage des transports en commun par cette frange croissante de la population. Outre l'amélioration des dispositifs techniques (rampes, escalators, *etc.*), les réseaux de transports doivent eux aussi être améliorés dans la mesure où bon nombre de communes périphériques et rurales ne sont pas ou peu desservies. La fréquence de ces transports n'est pas toujours en adéquation avec les besoins de mobilité quotidienne des plus fragiles, ce qui explique que cette frange de la population utilise peu les transports en commun comme nous avons pu le remarquer à Rouyn-Noranda au Québec et Baugé en France (Fig. 55).

Figure 55. Usage des services de transports adaptés au Québec.

Les transports adaptés sont empruntés essentiellement par les personnes en fauteuil roulant. L'accès à ce service est conditionné par les limitations fonctionnelles de la personne. Pour les personnes âgées qui utilisent un fauteuil roulant, celles qui ont des difficultés à se maintenir debout. (En France comme au Québec, ce mode de transport est réservé aux moins autonomes (Photographies 01 et 02).

Photo. Béatrice Chaudet-transport adapté Rouyn Noranda Québec-2005

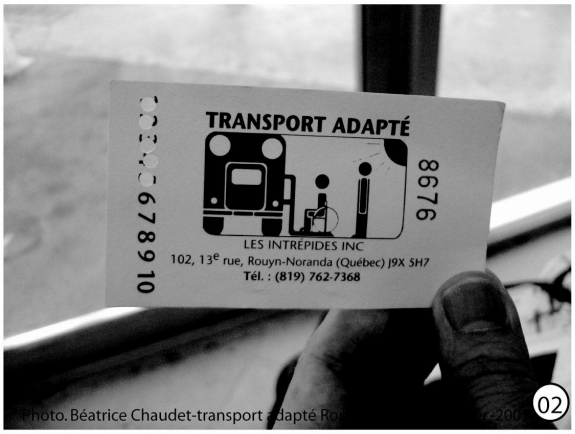


Photo. Béatrice Chaudet-transport adapté Ro

Ce mode de transport s'effectue de porte à porte et permettent aux personnes âgées de rejoindre des lieux très variables qui ne sont pas conditionnés par une ligne de bus préalablement établie. Pour autant les destinations privilégiées demeurent les grands centres d'achats, les espaces de rencontres, salle communautaire , les jardins publics ...

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, Nov. 2007

Dès lors, que les modes de transports collectifs sont imparfaitement adaptés et ne répondent que partiellement aux attentes des usagers, les personnes âgées pratiquent la marche. Cependant, du fait des obstacles imprévus, du mobilier urbain inadapté, de la crainte d'être bousculé *etc.* ; aborder l'espace extérieur devient particulièrement difficile.

1.2.3 La qualité de la voirie et du mobilier urbain

Comparativement en France et au Québec, les obstacles au cheminement des personnes fragiles sont de nature distincte. En effet, la nature même de l'organisation urbaine des villes Nord américaines et celle d'Europe induit un aménagement urbain de l'espace public différencié en France et au Québec (Fig. 56).

Figure 56. Exemples d'aménagement des cheminements piétons en France et au Québec.

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, nov. 2007

Pour exemple, au Québec, la largeur des trottoirs, l'emplacement des mobiliers urbains et le stationnement des véhicules sont facilités par la dimension des rues, des trottoirs et par la place accordée à l'automobile quelle que soit la municipalité étudiée : Rouyn-Noranda, Sherbrooke ou Montréal (Fig. 56 : photographies 02 et 04). A l'inverse, l'espace accordé au cheminement piéton en France est caractérisé par la largeur aléatoire des trottoirs du fait de la densité du cadre bâti et du stationnement automobile (Fig. 56 : photographies 01 et 03).

L'abaissement des trottoirs et la nature du sol (devers en France, plaques de ciment inclinées relevées par l'hiver au Québec) sont des difficultés communes aux municipalités françaises et Québécoises. Pour les résidences québécoises situées en périphéries des villes, le trottoir n'est pas aménagé et ne permet pas le cheminement des piétons (Fig. 56 : Photographie 06). En revanche, les centres urbains, ont abaissé les trottoirs de façon à faciliter le cheminement. La ville de Montréal, par exemple, a connu en 1999 une campagne d'abaissement de l'ensemble des trottoirs pour faciliter le déplacement des personnes en fauteuil roulant, ce qui est bénéfiques aux personnes qui utilisent des déambulateurs ou des poussettes (Fig.56 : Photographie 08). En France, les espaces piétons ne sont pas systématiquement abaissés (Fig. 56 : Photographie 05), néanmoins les espaces aménagés ces dernières années tendent à faciliter et sécuriser la traversée des piétons (Fig. 56 : Photographie 07).

Ainsi, nous avons observé que la qualité des sols varie considérablement d'une rue à l'autre. La présence ou non d'emmarchements, et le positionnement du mobilier urbain sont des éléments clés de la chaîne de déplacement. C'est pourquoi le mobilier urbain peut revêtir un caractère inclusif ou au contraire exclusif. Un aménagement inclusif est par essence celui qui ne se voit pas, qui ne favorise pas une population au détriment d'une autre, d'une majorité au détriment d'une minorité et inversement. L'emplacement du mobilier est couramment vu comme un obstacle au cheminement des piétons, qu'il soit ponctuel (emplacement de poubelles, des étalages de commerces, *etc.*) ou permanent (Arrêts de bus, poteau électrique, végétation, cabine téléphonique, *etc.*) Il est vrai que les besoins et les attentes des personnes observées dans la rue sont de natures diverses et parfois contradictoires suivant le type d'incapacité. Elles laissent donc supposer le besoin de mettre en place une réflexion concertée sur les aménagements à mettre en place pour assurer l'accessibilité de l'espace urbain pour tous.

De plus, l'aménagement de l'espace public, de la voirie notamment, crée des espaces inclusifs ou exclusifs selon les cas. Les matériaux et les aménagements résultent d'un choix raisonné, c'est le cas de la nature des sols et des bandes de guidage. Par exemple, en suivant une personne déficiente visuelle (Fig.64 : 326), nous avons remarqué l'implantation de bandes d'éveil ou bande de vigilance en France permettent de guider les personnes lors de la traversée des rues.

Elles influencent l'autonomie d'action toutefois elles ne sont pas systématiques. Dès lors, une personne déficiente visuelle, en l'absence de bande de guidage et lorsque le trottoir est abaissé, n'est pas en mesure de distinguer la chaussée du trottoir. Dans ce cas, l'abaissement du trottoir, aménagement favorable aux personnes utilisant un fauteuil roulant ou un déambulateur, devient un obstacle voire un danger pour les personnes déficientes visuelles. L'aménagement inclusif pour certain devient alors exclusif pour d'autres (Fig. 57).

Figure 57. Des aménagements inclusifs /exclusifs, l'exemple des trottoirs et des bandes de guidage.

● Photos. Béatrice Chaudet- France - juillet 2007 ○ Photos. Béatrice Chaudet- Québec -mai 2006

L'abaissement des trottoirs n'est pas systématique en France comme en au Québec, qu'il s'agisse de trottoirs surélevés ou avec une inclinaisons importante, le passage du trottoir à la chaussée exclu les personnes qui utilisent un fauteuil roulant manuel ou un déambulateur (Photographies 01 et 02).

En revanche lorsque le trottoir est abaissé et équipé d'une bande d'éveil, la traversée est sécurisée pour le plus grand nombre (personnes à mobilité réduite et déficients visuels) Le marquage au sol en relief en France se distingue de celui utilisé au Québec directement ancrées dans le sol et résistant aux conditions climatiques (Photographies 03 à 06).

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, Nov. 2007

En outre, les conditions climatiques et les contraintes topographiques influencent la fréquence et la distance parcourue par les personnes âgées autour de leur domicile. Le cheminement en hiver est limité, peu de personnes âgées sortent de chez elle, à l'exception de celles qui utilisent un fauteuil roulant électrique. Malgré le déneigement des trottoirs, l'appréhension des chutes et le froid freinent les sorties des personnes âgées. L'observation des déplacements des personnes âgées au cours des mois de mars avril caractérise particulièrement ce phénomène au Québec qu'il s'agisse de l'observation des résidences de Rouyn-Noranda, celles de Sherbrooke ou encore celles de Montréal.

Au-delà de ces aléas climatiques, la topographie du milieu de vie est aussi un frein au déplacement des personnes fragiles. Le cadre naturel de la ville de Sherbrooke est un exemple frappant dans la mesure ou les dénivelés entre deux rues sont particulièrement importants. Dès lors, le cheminement limité par l'environnement naturel est d'autant plus accentué lors de la période hivernale. Ceci est cependant moins vrai pour les des personnes âgées qui résident dans les centres urbains tels que Montréal et le centre de Sherbrooke où le déneigement permet aux personnes âgées les plus autonomes de maintenir une activité piétonne et un accès aux services, commerces, *etc.*(Fig. 58).

Figure 58. L'environnement naturel, frein à la mobilité des personnes âgées (Le cas du Québec)

Photo. Béatrice Chaudet, Sherbrooke, Québec-2005

Photo. Béatrice Chaudet, Montréal Québec-2005

Photo. Béatrice Chaudet, montréal, Québec-2005

Photo. Béatrice Chaudet Rouyn Noranda Québec-2005

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, Nov. 2007

Ainsi, les conditions climatiques et en particulier les périodes hivernales limitent les déplacements des piétons âgés dans l'ensemble des municipalités québécoise étudiées. Parallèlement, la topographie autour des résidences des personnes âgées influence la mobilité quotidienne des personnes âgées, c'est particulièrement le cas de la municipalité de Sherbrooke où les dénivelés particulièrement important sont des obstacles incontournables excepté *via* l'usage des transports motorisés. C'est la raison pour laquelle le cheminement est conditionné par l'environnement naturel et les compétences des résidents.

1.2.4 Une signalétique différenciée

La signalétique à la fois visuelle, sonore et tactile est rarement mise en œuvre. Le piéton âgé est un usager très particulier de l'espace public. Le piéton âgé de 70 ans et plus tend à traverser la rue en confiance, malgré la détection tardive de l'information ou la surestimation de ses capacités qui ne lui permettent pas d'achever sa traversée (INRETS, 2005). Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette prise de risque, une signalétique pas ou peu adaptée, une longue traversée de la rue, à plusieurs voies ou encore des passages pour piétons qui ne sont pas ou peu sécurisés. Ces aménagements inadaptés mettent régulièrement en danger la circulation des piétons.

Le piéton est sensible aux situations gênantes voire dangereuses comme le trafic automobile rapide, les trottoirs étroits voire l'absence de trottoir. Notons le cas particulier au Québec des trottoirs qui soudainement n'existent plus du fait de la proximité d'un grand axe routier par exemple. C'est la raison pour laquelle l'aménagement du cheminement piéton, la signalétique et l'information diffusée aux usagers pour les traversées piétonnes sont essentiels. Pour autant en France comme au Québec l'information diffusée varie selon l'emplacement des résidences, en centre ville ou en périphérie.

Certaines résidences sont situées à proximité des principaux axes automobiles, notamment celles situées en périphéries des localités étudiées. Les résidences québécoises le *Bel Age* à Rouyn-Noranda, ou la *Villa des sages* à Sherbrooke sont localisées à proximité de routes principales, qu'il faut traverser pour atteindre les espaces commerciaux. Or le temps de passage accordé aux piétons pour la traversée est restreint et rend la traversée peu sécuritaire malgré la présence d'indication visuelle (Fig. 59).

Figure 59. Exemples de signalétique pour indiquer la traversée de la chaussée en France et au Québec

Photos. Béatrice Chaudet- France - juillet 2007

Photos. Béatrice Chaudet- Québec -mai 2006

La traversée de la chaussée se caractérise en milieu urbain par une signalétique essentiellement visuelle et occasionellement doublée d'un système sonore (Photographie 04). Les signaux utilisés en France et au Québec sont différents. En effet, la signalétique visuelle en France est caractérisée par la présence de personnages lumineux : rouge pour indiquer l'interdiction de traversée et vert pour autoriser la traversée de la voie (Photographie 02). Au Québec, une double signalétique visuelle est proposée : à la fois une main clignotante indiquant le passage imminent des voitures (Photographie 03). Ce signal est parfois doublé d'un décompte permettant de connaître le temps restant avant le passage des véhicules (Photographie 06).

Les éléments de signalétiques sonores apparaissent plus ponctuellement en direction des personnes déficientes visuelles. Certains avertisseurs sonores indiquent le lieu et la possible traversée de la voie, d'autres annoncent que la traversée est possible par une musique, d'autre systèmes sont positionnés au niveau du croisement, lorsqu'il vibre la traversée n'est pas autorisée. Ces deux systèmes coéxistent en France et au Québec.

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, nov. 2007

La résidence le *Bel Age* à Rouyn-Noranda, par exemple, est un ancien motel réhabilité en résidence pour personnes âgées semi autonomes, situé le long de la route Transcanadienne et à la périphérie ouest de la ville. La transcanadienne n'est pas une simple route, car elle est un système de voies routières que relient les provinces du Canada de l'Atlantique au Pacifique. Elle traverse la province de Québec et particulièrement la municipalité de Rouyn-Noranda. Son tracé

est incompatible avec la présence du trafic lourd en zone commerciale et résidentielle en particulier la traversée de cette voie par les personnes âgées. Dans ces conditions, elle impose aux résidents d'emprunter les transports en communs ou l'automobile afin d'accéder plus facilement au centre d'achat et aux commerces périphériques. A l'inverse d'autres résidences sont particulièrement éloignées de ces axes routiers principaux comme la majorité des résidences étudiées en France, quant à elles semblent faciliter le cheminement piétons ; pour autant suivant la qualité de la voirie, l'emplacement de la signalétique ou des traversées la sécurité du piéton autour de son domicile demeure hétérogène (Fig. 60)

En France, l'information de traversée piétonne est composée de deux signaux lumineux : l'un vert représentant un piéton en marche permettant de traverser, l'autre rouge un piéton à l'arrêt. Au Québec, les systèmes de signalisation sont aussi composés de signaux lumineux l'un blanc représentant un piéton en marche, l'autre rouge représentant une main rouge qui clignote pour informer le piéton que le départ des véhicules est imminent. Parfois les traversées sont aussi équipées de compteurs permettant de mesurer le temps de traversée. De cette manière les personnes âgées ne traversent pas la rue lorsque le compteur indique qu'il reste douze secondes par exemple alors qu'un autre passant traversera la rue sans difficulté.

L'aménagement des feux tricolores sonores a été observé ponctuellement en centre ville dans le cas de Rouyn-Noranda, Sherbrooke, Montréal et Angers. Les villages autour de Rouyn-Noranda ou encore le centre ville de Baugé n'ont pas mis en place ce dispositif. Alors que ce dernier permet de diffuser l'information spécifique à l'autorisation ou non de traverser la rue, le système en place en France et à Angers requiert l'usage d'une télécommande, à Rouyn-Noranda également. Tandis que pour la municipalité de Sherbrooke les boîtiers sont localisés au pied des feux et permettent à tous les piétons de traverser le temps de la musique. Tandis que le message délivré en français à Angers indique oralement la possibilité ou non de traverser.

Le mobilier urbain comme la signalétique sont des moyens de se repérer, de s'orienter et de se déplacer. La signalétique urbaine participe à l'identité et aux caractéristiques de l'espace : elle fait office de repère facilitant l'orientation, l'accès à l'information *etc.* Les informations visuelles et sonores présentes par le biais de la signalétique en milieu urbain sont particulièrement complexes et diverses.

Les besoins en terme de signalisation favorisant l'information varient en fonction de la population (de l'âge, du handicap, *etc.*), de ses capacités à interpréter les informations visuelles sonores ou tactiles disponibles dan son milieu de vie. Or cette lecture de la signalétique varie suivant la qualité des supports et leur complexité qui sont compréhensible par une frange de la population et plus difficile pour les personnes ayant une déficience intellectuelle. L'adaptation

connaissance des lieux mais également suivant la fonction du lieu : espace multimodal (gares, aéroports, ports, *etc.),* culturel (musées, cinémas, *etc.)* ou sanitaires (hôpital, médecins généralistes, spécialistes *etc.)* ou les espaces de consommation (centres d'achats, commerces de proximité *etc.).*

1.2.5 La présence de services de santé et services sociaux

Les services de santé et les services sociaux sont rarement présents autour du domicile de la personne âgée. Ils sont difficilement accessible à pied, et imposent aux personnes âgées de faire appel au réseau formel ou informel pour s'y rendre. Pour pallier les difficultés associées aux déplacements en transports en commun du fait de l'absence ou de l'éloignement de services de santé de proximité telle que la pharmacie ; bon nombre de résidences pour personnes autonomes et semi autonomes tendent à développer une gamme de services de santé et sociaux. Elles offrent généralement les services de base tels que les repas, l'entretien ménager, parfois la médication et la surveillance 24h/24. Elles proposent ou mettent à disposition des services de soins infirmiers, de l'animation et de l'accompagnement. Or la nature des équipements des résidences semble avoir une incidence directe sur les modes de vie et les pratiques spatiales.

La majorité d'entre elles offrent peu de services internes, mais elles permettent que les personnes âgées fassent appel à des professionnels tels que les pharmacies, coiffeurs, banques, services de santé *etc.* Le déploiement de ces services au sein de résidences pour personnes autonomes et semi autonomes nous conduit à interroger la rotation des personnes âgées entre ces résidences et les résidences médicalisées vers lesquels elles s'orientent lorsque apparaît la perte d'autonomie. Or à défaut de prendre en compte la rotation des personnes âgées au sein de logement pour personnes autonomes vers les résidences pour personnes dépendantes, c'est surtout leur non rotation qui apparaît et le prolongement de la durée de résidence des personnes âgées en perte d'autonomie dans les résidences pour personnes autonomes. L'accroissement en nombre des personnes âgées et le nombre insuffisant de place dans les structures accueillant des personnes dépendantes posent des difficultés aux responsables de structures qui doivent s'adapter aux besoins des personnes vieillissantes en perte d'autonomie par la présence de services internes aux résidences. Or leur présence tend à accélérer la perte d'autonomie de ceux qui ont la capacité à se déplacer hors de la résidence. En effet, les personnes autonomes font moins l'effort de se déplacer hors de la résidence dans la mesure ou les services dont ils ont besoins sont disponibles en interne. C'est notamment le cas des résidences privées qui accueillent un grand nombre de personnes âgées et qui disposent au rez-de-chaussée des services de restauration, pharmacie, banque, coiffeur. Ainsi, les équipements présents dans la

sphère du milieu de vie des personnes âgées semblent influencer les déplacements des personnes âgées qui y résident, que les résidences soit sous équipées ou sur équipées.

L'autonomie des personnes âgées est remise en cause dans deux situations extrêmes, l'une marquée par l'absence de services sanitaires et sociaux qui freine le maintien de l'autonomie des plus âgés. A l'autre extrémité la surabondance de services offerts par la résidence qui n'incite plus les personnes âgées à sortir et cheminer hors de leur domicile.

1.3 Les pratiques spatiales des personnes âgées autour de leur domicile

La grille d'observation utilisée nous a permis de dégager de grandes tendances concernant les comportements et les pratiques spatiales des personnes âgées (Tableau 12).

Tableau 12 . Observation de l'environnement immédiat du domicile des personnes âgées en France et au Québec

	Nom de la résidence	Localisation	Destinations	Usage Bus	Voirie	Sign.	SSS.
Québec	*Le Bel Age*	Rouyn-Noranda	Centre d'achat	++	abs. trottoir	-	N
	Saint Pierre	Rouyn-Noranda	Jardin	N	Travaux rue	-	+
	Villa des sages	Sherbrooke	Centre d'achat	N	Tps de traversée	-	N
	Brooks	Sherbrooke	Square	N	Qualité voirie	-	-
	Pie IX	Montréal	Commerces	+/-	RAS	+/-	+
	Aylwyn	Montréal	Commerces	-	RAS	+/-	+
France	*Rose de Noel*	Belle-Beille Angers	Centre d'achat	+/-	Qualité voirie	+/-	+
	Corbeille d'argent	Monplaisir Angers	commerces	+/-	Qualité voirie	-	+
	Les justices	Justices Angers	Commerces	+	RAS	+	+
	Gregoire Bordillon	Centre Angers	Maine	-	Tps de traversée	+/-	+
	Valboyer	Baugé	Place du marché	-	Qualité voirie	-	+
	A. de la Girouardiere	Baugé	Jardin	N	RAS	-	N

Usage : ++ très utilisés + utilisés +/- peu utilisés - pas utilisés N. absents

Il s'agit ici du tableau de synthèse réalisé à l'issue des observation de l'environnement immédiat du domicile des personnes âgées. Cette observation est un préalable au recueil du discours des personnes âgées et du parcours accompagné.

* Sign. Signalétique ** SSS. Services santé sociaux

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2008

L'élément le plus prégnant est la proximité des lieux ouverts aux publics, c'est le critère déterminant la mobilité des personnes vieillissantes. Qu'elles résident en périphérie ou dans les centres urbains, les personnes âgées qui se déplacent en dehors de leur domicile se dirigent vers des espaces de sociabilité proche : le marché, les rues commerçantes, les centres d'achats, les

jardins publics.

Notons également que peu d'entre elles utilisent les transports en commun réguliers. Pour la minorité qui les utilise, il semble que l'usage de ce mode de transport soit occasionnel et effectué dans un but précis. S'il est régulier, il est associé à une pratique collective : « *prendre le bus ensemble* ».

Le paradoxe de la mobilité quotidienne des personnes âgées françaises et québécoises est celui de la présence des services sanitaires et sociaux de proximité. En effet, dans les deux cas extrêmes, que les services de santé soient éloigné de la résidence ou que la résidence offre un nombre important de services de santé, dans les deux cas ils ne favorisent pas le maintien de l'autonomie.

L'observation seule permet de cerner des tendances relatives aux comportements et aux pratiques spatiales des personnes âgées, or pour affiner notre analyse nous avons choisi dans un second temps de recueillir le discours des personnes âgées. Cette seconde étape de notre démarche devrait nous permettre d'affiner et de saisir les motivations et la fréquence de leurs déplacements quotidiens.

2. Le discours des personnes âgées

Les entretiens réalisés auprès d'une trentaine de personnes âgées répartie en France et au Québec au sein des douze résidences ont permis de recueillir le discours des personnes âgées sur leurs pratiques spatiales. Cette seconde étape de la démarche méthodologique vient compléter la précédente et permet de saisir la perception des conséquences de l'état de santé des personnes âgées sur leur mobilité, et de confirmer ou d'infirmer la tendance observée préalablement quant à la prédominance du critère de proximité.

2.1 Exprimer sa mobilité quotidienne

Comment les personnes âgées expriment-elles leurs déplacements, leurs forces, leurs faiblesses, leurs besoins et leurs attentes ? Nous attendons de la personne interrogée qu'elle décrive les déplacements effectués régulièrement, dans ce cas elles construisent le récit de leurs parcours, ce qui suppose qu'elles expriment les différentes étapes du trajet réalisé depuis leur

domicile. De cette façon nous pouvons confronter l'observation au discours, et identifier les éléments clés du discours des personnes âgées et ainsi lire la concordance ou la discordance entre l'observation *in situ* et la parole des usagers.

2.1.1 Une expression aisée de sa destination mais floue de son itinéraire

Pour la personne âgée, la description de ses parcours réguliers, de son itinéraire est complexe ; en revanche elle éprouve plus de facilité à indiquer sa destination. Exprimer son parcours, c'est accorder à son interlocuteur la confiance d'un récit de *« ce que je suis, ce que j'aime faire habituellement seul, à mon rythme et sans subir le regard d'autrui et que je vous expose ici et maintenant »*. Ainsi, lors des interviews, aux trois questions : *Êtes-vous sortis aujourd'hui ? Où êtes-vous allé ? Et quel est votre itinéraire ?* La majorité des personnes âgées ont répondu spontanément et facilement en précisant leur destination, la durée ou la fréquence de leur déplacement.

> *«Oh oui je viens de sortir, tiens là, on a marché jusqu'à pie IX, et puis il y a lui aussi qui vient de sortir. Il fait bon là, on n'arrive à peu près à une demi heure de différence, Quand j'ai ma copine avec moi, je vais* ***jusqu'à pie IX jusqu'à l'autobus****, là <u>on s'en va tout au bout juste là.</u> »*
>
> *EQ. 10.*

> *« <u>Je sors des fois 2, des fois 3, des fois 4</u> (fois par semaine) je vais aller prendre des marches euh* ***je vais aller dans le centre d'achat et je vais aller prendre des cafés,*** *je vais rencontrer des personnes que je connais, […]. Je sors à pied, en autobus et en taxi ça va très bien, j'ai pas de misère avec tout ça. »* *EQ. 02.*

> *« Ben je sors le lundi parce que y'a* ***le marché sur la place*** *juste là, et puis je vois ben du monde. […] quand y fait beau j'vais à pied avec ma canne. Ça m'prend ben du temps mais j'aime ça. <u>C'est là que j'vais toutes les semaines</u> »* *EF. 23*

> *« Là j'étais au parc pour faire ma marche* ***jusqu'à la place*** *et puis j'm'en reviens. Il fait pas beau beau mais ça va c'était sec j'ai pu m'asseoir à ma place et comme ça j'aime bien, je regarde qu'est ce qui se passe, et voilà c'est ça <u>je vais là tous les jours presque</u> sauf quand y pleut mais sinon voilà »* *EF.19*

Au-delà du contexte dans lequel les personnes âgées s'inscrivent, les destinations et la fréquence de leurs déplacements, la description du chemin emprunté demeure très floue : Dans leurs discours l'expression *« par là »* ou *« c'est juste là »* sont apparues dans la totalité des

entretiens. Est-ce la marque d'une difficulté à verbaliser leurs itinéraires, à décrire l'environnement dans lequel elles évoluent ou la marque d'un ancrage dans le quartier de résidence qui laisse supposer que l'espace est connu de tous ?

En leur demandant de préciser *Quel chemin, quelle route, quel itinéraire suivez vous ?* Les réponses ont été les suivantes :

> « *C'est juste là, la rue Ontario tu t'en vas par là et la première rue qui coupe la c'est Ontario, C'est bourré de magasins […] L'hiver on reste là, j'attends qu'on vient me chercher et pi on fait le grand tour à cause de la neige c'est pas bien souvent »* *EQ. 09*

> *« Ben là t'avances tout doit, tu traverses, tu va toujours tout droit, tu vois les arbres ben c'est là, c'est tout près de là j'y vais tout le temps »* *EF.22*

> *« Par où je vais ? Ben c'est par l'arrière là, je sais pas comment te dire mais : c'est par là. »* *EF.18*

> *« Euh je sais pu ben ben ou c'est, si j'avais toujours mon auto je reconnaîtrai ben les rues mais là c'est pas ben loin, c'est dans le quartier là, je vais un p'tit bout et puis je m'arrête et pis je repars […] »* *EQ.01*

La description du parcours, lors du discours, n'est pas de mise alors qu'en France comme au Québec elles sont en mesure de citer les enseignes des lieux où elles se rendent. Elles ne nomment ni l'adresse, ni la rue. En revanche, au Québec, elles précisent l'enseigne du centre d'achat comme le *Walmart* pour les résidents du *Bel Age* ou *Zeller* pour les résidents de la *villa des sages* à Sherbrooke ou encore les pharmacies *Jean Coutu*. En France les personnes âgées procèdent de la même manière et citent le nom d'enseigne pour les centres commerciaux *Géant, et* les services auxquels elles se rendent comme la Poste, la Banque, *etc.* Ainsi, les représentations mentales spatiales d'un trajet effectué fréquemment sont plus exprimées par les enseignes que par les noms de rues ou les lieux dits.

Alors que nous nous attendions à ce que les références à l'environnement *via* ses aspects physiques et sensoriels soient exprimées, ces derniers n'apparaissent pas ou très peu au fil des discours des personnes âgées interrogées. Une distinction majeure entre le discours des aînés français et québécois apparaît avec l'expression des formes géométriques, de spécificités architecturales – par exemple une église, un bâti très ancien, ou inversement très récent – sont exclusivement des repères exprimés par les personnes âgées en France ; à l'inverse les

références architecturales au Québec ne semblent pas significatives.

> *« C'est ben toutes des maisons pareilles, des résidences pareilles c'est tous des restaurants pareils ».* *EQ. 10*

> *« Ben la je vais jusqu'à la place là haut, je passe devant l'église et puis après toujours tout droit c'est juste là »* *EF. 22*

> *« J'aime ben aller jusqu'au bord d' la Maine et puis la je m'assois et puis je regarde le monde qui passe c'est juste là en arrière là ou y'a les travaux et la nouvelle salle de spectacle »* *EF.19*

Finalement, le parcours décrit correspond à une succession de lieux où nous supposions que l'individu avait créé ses repères, ses référentiels physiques (architecturaux ou urbanistiques) mais aussi un ensemble d'indices sensoriels (olfactifs, auditifs, tactiles, *etc.*) ; qu'il serait en mesure d'identifier oralement et de nous les transmettre, or les discours recueillis ne verbalisent que très rarement ces éléments sensoriels caractéristiques de l'espace urbain qu'ils pratiquent quotidiennement.

Afin d'identifier le parcours effectué, le chercheur a présenté des cartes à différentes échelles, celle de la ville, du quartier où le lieu de résidence et les équipements publics étaient indiqués. Très rapidement la lecture de la carte topographique s'est avérée difficile voire impossible pour les personnes âgées. Dans la majorité des cas ils ont refusé de pointer du doigt, ou d'énoncer les espaces fréquentés. La carte ne semble pas correspondre au mode de représentation de leurs parcours. La carte à l'échelle du quartier issue de la municipalité sur laquelle était signalée le lieu de résidence, les centres d'achats, les espaces verts, *etc.*; n'ont pas permis d'accéder au discours du parcours régulier des personnes âgées autour de leur domicile. Là encore la lecture de la carte fait obstacle au discours, il provoque une gêne, une incompréhension, voire un blocage du discours. Pour celles qui se sont penchées sur la carte, nous avons pointé du doigt l'emplacement de la résidence et des espaces publics autour du domicile. Les repères tels que présentés sur la carte ont mis en difficulté les personnes qui avaient accepté de nous répondre et instauré un malaise dans la conversation.

Dans les cas suivants, nous avons alors proposé aux personnes âgées de dessiner leurs trajets quotidiens à l'image de la carte mentale, ou de la carte schématique spontanée correspondant à la réalisation d'un dessin à main levée représentant le parcours effectué par la personne. Ceci s'est avéré extrêmement délicat. L'usage du papier et du crayon est apparu comme un exercice

angoissant et difficile qu'elles ont refusé. Ce mode de représentation du parcours est donc abandonné suite à la proposition spontanée d'un résident de l'accompagner pour *« bien comprendre le parcours » EQ 02*. Cette expérience spontanée a conduit le chercheur à proposer à chaque personne interrogée la réalisation d'un parcours commenté (qui fait l'objet d'une comparaison et d'une analyse au cours du chapitre suivant).

2.1.2 Une mobilité quotidienne associée à l'ancrage au quartier

Alors que les personnes âgées interrogées éprouvent des difficultés à décrire leurs représentations spatiales du chemin parcouru, elles préfèrent marquer leur identité, leur appartenance au quartier, leur connaissance du milieu dans lequel elles évoluent.

L'attachement au quartier et la pratique des espaces urbains proche du domicile sont associés au temps de résidence au sein de cet espace, aux habitudes de vie qui s'y sont développées. A l'inverse le changement de quartier de résidence ou la découverte d'un nouvel environnement suppose son exploration *via* l'expérience des proches et des aidants : ce changement a une incidence sur les espaces fréquentés quotidiennement :

> « Il *connaît pas ça lui, il est pas d'icit y va pas se promener des fois j'y dit de venir et on fait une p'tit marche jusqu'au bout là mais y va pas de trop tout seul parce qu'y s'est pas mal perdu là y'a toute des maisons pareilles et pis y connais pas, en plus y connais pas le monde »* *EQ.11*

> *« moi ça fait un an que je suis ici, on sort pas ben, […] on sort pour prendre des marches icit mais je marche plus en ville comme avant, mais je m'en vais au centre d'achat avec ma marchette ou ben je me fais conduire et ben j'm'en vais comme avec ma marchette quand je suis fatiguée je m'assois sur ma marchette : mais c'est pas ben ben fun, je connais ben tout le monde icit, je m'ennuie pas icit ..»* *EQ. 01*

> *« Je suis né entendant et je suis devenu sourd. Je ne peux plus participer aux activités parce que je rencontre toujours des obstacles. Les salles ne sont pas assez éclairées et je me trompe facilement pour y arriver. Je me sentais perdu au début par rapport à la vie sociale, je ne pouvais pas aller dans les endroits ou il y avait de la foule, je paniquais. Alors que les endroits que je connais bien je me déplaçais sans difficulté. »* *EF. +*

Lors des entrevues avec les résidents, nous avons pu observer que la plupart des personnes âgées qui ont quitté leur domicile pour s'installer en résidence ont essayé de demeurer dans leur quartier au sein de leur communauté afin de maintenir les liens établis avec le voisinage, les commerçants qu'ils connaissent depuis plusieurs années (Andrew, 2005). Lorsqu'ils n'ont pas

choisi la proximité géographique de leur ancien domicile, c'est par rapprochement familial que le choix de la résidence s'est effectué ce qui peut les conduire à changer de MRC et donc de CSSS et de panel d'intervenants autour d'elles. Dès lors, les repères préalablement installés sont modifiés, les contacts et le réseau relationnel tissés préalablement sont plus long à reconstruire, la confiance plus lente à s'instaurer et le discours de la mobilité quotidienne mène au refus de répondre à nos questions ou à une description plus précise des difficultés rencontrées.

« A mon âge, je traverse sur le coin de rue avant je traversais pas au coin, étant jeune à l'école je suis complètement capable pour aller de l'autre coté sauf que c'est plus secure à mon âge au coin »

EQ. 11

« Avec la lumière, c'est un p'tit peu euh (…] la lumière est … elle s'en vient un peu trop vite mais euhm, c'est pour les âgés. Mais pour les personnes comme moi c'est partout en général dans Rouyn-Noranda que ça c'est pas seulement icit la mais c'est partout en général pareil » *EQ. 02*

« Le problème c'est les vélos qu'on n'entend pas et pis y'en a qui roule sur le trottoir desfois y font peur et pi les voitures là ça roule ça roule ça va vite j'aime pas trop ça, et pi les klaxons ça me fait sursauter et pi je m'arrête… c'est pour mon cœur tu vois bien c'est pas si facile » *EF.21*

Dans d'autres cas, la description de l'espace immédiat de leur domicile fait appel à la fois aux souvenirs de l'espace tel qu'il a été découvert, puis pratiqué ainsi qu'aux modifications récentes des lieux. L'expérience des personnes âgées, de leur milieu de vie est caractérisée par leur connaissance passée du quartier, voire de la ville. La perception du cadre de vie de la personne âgée est indéniablement influencée par son expérience.

Pour exemple, le quartier Belle-beille et notamment autour de la résidence *La rose de Noël*, les modifications d'aménagement du quartier et plus particulièrement de la rue de la résidence ont marqué les personnes vieillissantes, elles apprécient l'aménagement urbain proposé les espaces de plain-pied, les trottoirs élargis et l'implantation de bancs pour se reposer. La multiplication des espaces verts et des aménagements de loisirs procure également un bien-être certain aux personnes vieillissantes qui évoquent toutes ce changement de physionomie du quartier. Pour celles qui résident depuis longtemps au sein de ce quartier, elles apprivoisent ces espaces progressivement en s'y rendant accompagnées dans un premier temps puis seules et poursuivant leurs activités et trajets vers les centres d'achats ou le marché est un espace privilégié pour la promenade et la rencontre des habitants du quartier. (*EF12-13)*

Ces discours du parcours montrent combien les référentiels passés sont extrêmement importants et laissent parfois place à un parcours imagé et imaginaire. La connaissance 'quasi parfaite' de ce parcours, des aménagements de l'espace public renforce le sentiment d'appartenance au quartier dans lequel elles évoluent. Les récits montrent la multiplicité des recours utilisés par les plus âgées pour répondre au maintien de leur autonomie fonctionnelle. L'appel aux solidarités familiales, communautaires, associatives est fréquemment exprimé. Implicitement l'éloignement des membres de la famille à des retentissements non négligeables sur les pratiques spatiales des individus âgés et implicitement sur le maintien de leur autonomie fonctionnelle.

> *Fanny, 85 ans, va en ville cinq après midi par semaine, avec Sophie, son auxiliaire de vie, recrutée par l'intermédiaire d'une association mandataire. « Au retour de promenade, nous faisons quelques courses chez les commerçants du quartier »* *EF. 15*
>
> *« Hier j'avais de la visite j'ai vu ma petite sœur qui voulait se promener mais moi là c'était pas trop bon, les autres y travaille à Québec ils ont leur affaires mais ça va ben quand on y va toutes deux, fait que voilà. ».* *EQ .02*
>
> *« Je vais au foyer pie XII une fois par semaine mouai déjà on fait différentes choses, de la couture, des activités comme ça nous on fait des petites conférences des fois »* *EQ. 01*
>
> *« Ben je sors pour acheter des bonbons pour mes p'tits enfants quand y viennent me voir, j'vais jusqu'à la superette sur la place et pi je connais la p'tite dame qui fait la caisse elle est bien gentille, ça fait longtemps qu'elle est là et puis elle nous connaît bien on parle quand y a pas trop de monde elle est bien bien gentille »* *EF.17*

Ainsi, la mobilité de la personne âgée peut être abordée comme une possibilité d'atteindre un lieu en référence à l'offre de mobilité du territoire et les ressources en présence, elle peut être associée à une compétence en référence au potentiel de l'individu pour atteindre un lieu ou enfin comme un capital répondant à l'interaction entre les possibilités et les compétences où chaque individu est en mesure de s'adapter afin de maintenir sa mobilité. La volonté d'une personne âgée est, dans la majorité des cas, de pouvoir conserver sa mobilité, qui sont exprimées par la perception de leurs compétences physiques et sensorielles favorisant ou limitant leur mobilité quotidienne.

2.2 La perception de ses compétences physiques et sensorielles

Alors que le discours visant à décrire son parcours est flou, nous avons remarqué que très rapidement, les personnes interrogées changent de sujet et évoquent leur famille, leur souvenir, leur état de santé, *etc*. Nous les avons alors interroger plus précisément sur leur perception de leur état de santé et ses conséquences sur leur mobilité.

Les résidences pour personnes âgées accueillaient principalement des personnes autonomes. Toutefois, en raison du peu de places disponibles dans le réseau public, elles ont hébergé progressivement des personnes en perte d'autonomie. Il faut néanmoins rappeler que le concept même d'autonomie laisse place à de multiples interprétations qui rendent difficile la constitution d'un portrait précis de cette population.

2.2.1 Des déficiences motrices reconnues

Nous avons interrogé la population résidente afin de cerner leur perception de leur état de santé physique et sensoriel. A la question *Comment évaluez-vous vos capacités auditives, visuelles, motrices et votre état de santé général ?* Les personnes interrogées ont la possibilité de répondre suivant une échelle de valeur de 0 à 3 (la valeur 0 indiquant que la déficience n'a aucune incidence sur leur mobilité, les 3 valeurs suivantes correspondent dans l'ordre croissant une influence faible, modérée ou forte). Plus le quadrilatère est large, plus les déficiences sensorielles (auditives et visuelles) limitent le cheminement des personnes interrogées. Plus la forme est allongée, plus la déficience motrice est désignée comme ayant une forte influence sur leurs déplacements.

Les profils des 23 personnes interrogées ont été répartis suivant leur lieu de résidence en France et au Québec (Fig. 60 et 61 ci-après). Les profils obtenus sont très proches. Dans les deux cas, les personnes âgées interrogées expriment plus facilement leur déficience motrice (pointe vers le haut), que leur déficience visuelle (pointe à droite) ou auditive (point vers la gauche). Le panel des personnes interrogées au Québec présente des profils variés. Toutefois il ne se dégage pas de profil particulier en fonction du lieu de résidence (centre ville ou périphérie ; France *versus* Québec).

Quelque soit le lieu de résidence des personnes âgées interrogées, toutes ont conscience de leur difficulté motrice et des limitations fonctionnelles auxquelles elles doivent faire face.

> *« J'aimerai bien aller en ville je vais pas en ville parce que <u>je peux pas marcher ben longtemps</u> et pi je me repose sur ma chaise là et pi je rencontre quelqu'un et pis je m'assoies »* …..*EQ 01*

« J'ai jamais pris de canne, de marchette, j'ai faite deux paralysies, j'ai fais une phlébite, j'ai été opéré à cœur ouvert et pi je me suis venue icit parce que le médecin y voudrait que je retourne à Montréal pour le cœur mais je suis trop vieille là j'en veux plus .c'est pour ça que …Je suis rendue icit » *EQ 03*

2.2.2 Des déficiences sensorielles sous-estimées

Les déficiences auditives et sensorielles, quant à elles, apparaissent peu et semblent sous estimées.

« L'automne passé j'ai perdu un peu toute l'ouïe, j'vais avoir 85 ans c'est tout simplement normal que j'entends un peu plus dur » *EQ.08*

Ces dernières sont naturellement compensées par le corps et par l'apparition progressive des ressources techniques qui compensent ces déficiences sensorielles. L'usage de « prothèses techniques » (lunette, déambulateur, boucle auditive …) sont majoritairement utilisées par les personnes vieillissantes qui, de ce fait, ne reconnaissent pas ou peu les incapacités apparaissant progressivement. La perte d'acuité auditive ou visuelle nécessite l'apprentissage de techniques spécifiques à l'usage d'une cane, la lecture labiale, l'apprentissage du braille, de la langue des signes. Toutes ces techniques d'apprentissage sont peu fréquentes, voire absentes excepté pour les personnes âgées qui sont déficientes sensorielles de longues dates et qui ont eu l'occasion d'acquérir ces techniques plus jeunes.

Nathalie, *mon mari voyait parfaitement en 1976 et puis après sa vision a diminué progressivement, ses yeux lui piquaient. Il a voulu apprendre le braille mais on savait pas comment faire on n'avait pas d'information, mon mari était très colérique. On a été plusieurs fois chez le médecin mais c'était complètement bloqué. Ça a été des moments difficiles pour nous. On ne savait pas quoi faire et on ne savait pas à qui on pouvait s'adresser. Et puis on se demandait comment la situation allait évoluer. Je l'accompagnais à chaque fois que c'était possible. […]Plusieurs fois il a raté des RDV parce qu'il n'a pas réussi à rejoindre le lieu de RDV, c'était une douleur pour lui.* *Témoignage Poitiers journées du CRESAM, Sept 2001*

L'ensemble de ces profils indique que les personnes âgées admettent leur perte d'autonomie, ont conscience de leurs problèmes de santé et reconnaissent que ces polyhandicaps sont susceptibles d'interférer sur leur mobilité quotidienne : Quelles sont les perceptions de l'espace de proximité du domicile ? Est-il perçu comme un frein ou un moteur de la mobilité ? Comment définissent-ils la qualité de l'espace public environnant leur domicile ? Quel est le mode d'expression de l'accessibilité ou de la non accessibilité des espaces ouverts aux publics autour de leur domicile ?

Figure 60. Profil des personnes interrogées, perception de l'interaction santé / déplacement au Québec.

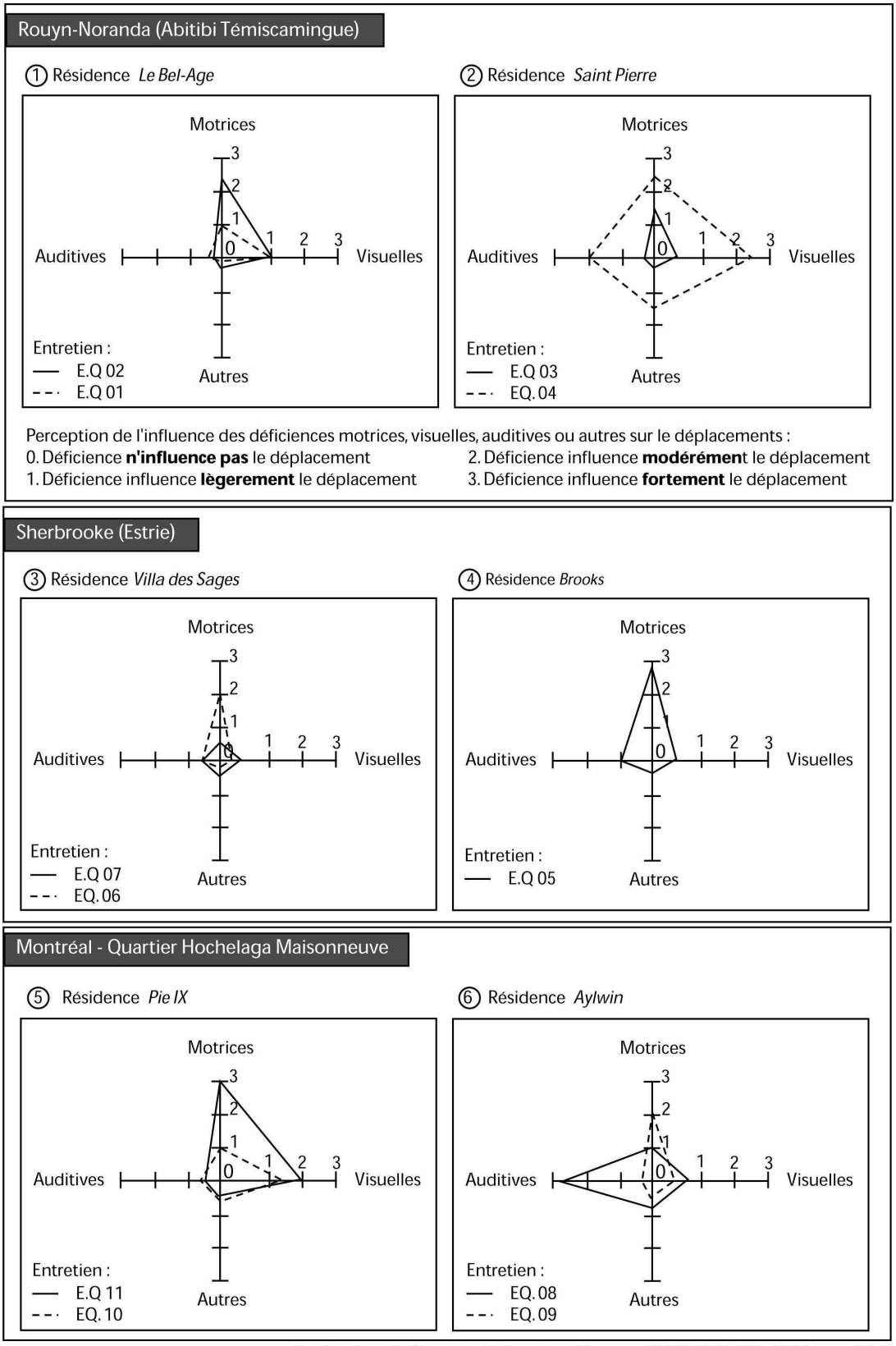
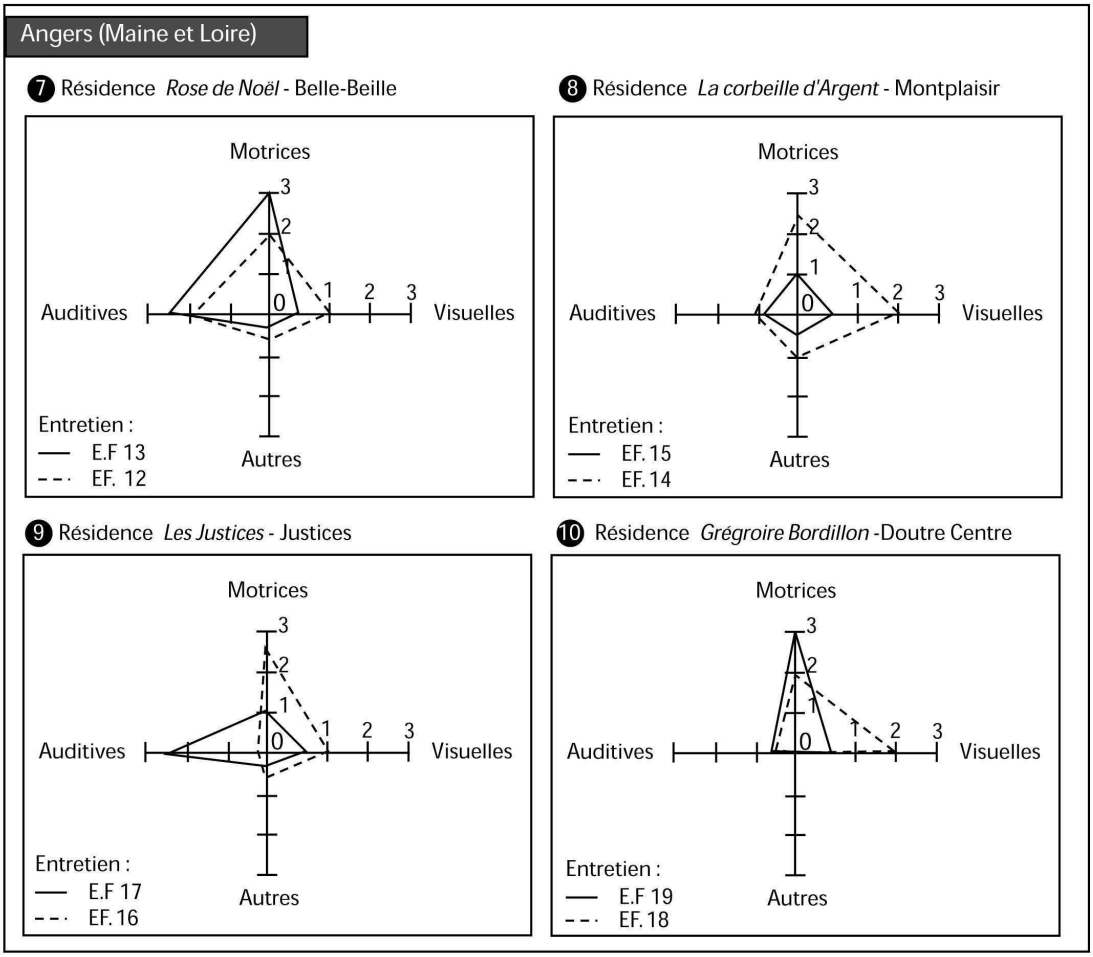
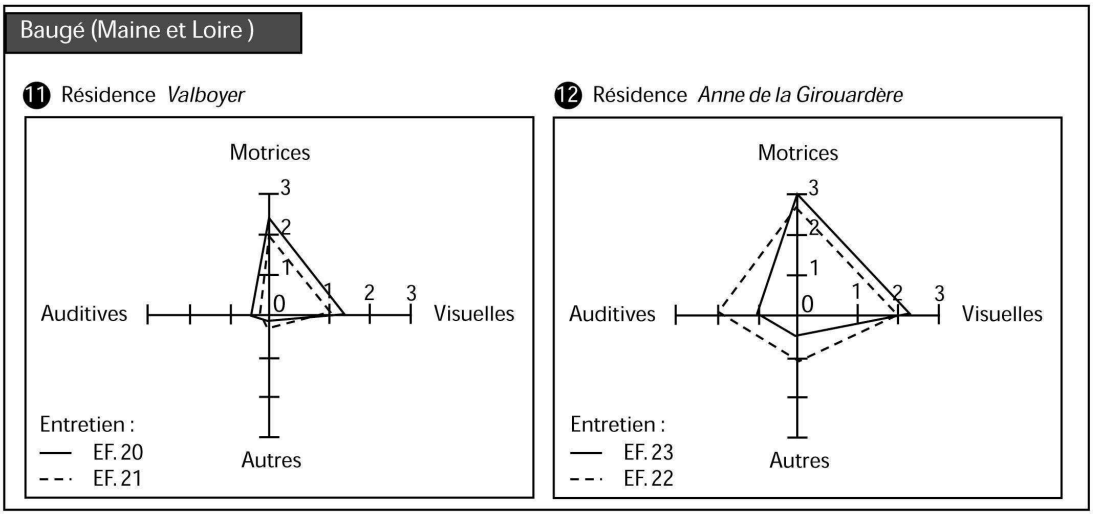


Figure 61. Profil des personnes interrogées : perception de l'interaction santé / déplacement en France.





Perception de l'influence des déficiences motrices, visuelles, auditives ou autres sur le déplacements :

0. Déficience **n'influence pas** le déplacement
1. Déficience influence **lègerement** le déplacement
2. Déficience influence **modérément** le déplacement
3. Déficience influence **fortement** le déplacement

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, nov. 2007

2.2.3 Interaction état de santé des personnes âgées et leur environnement

Les difficultés présentes au sein de l'environnement affectent les personnes vieillissantes. Elles sont aggravées par la qualité de l'environnement qui limite le maintien de leur autonomie à domicile. Les conclusions des recherches portant sur l'environnement immédiat du domicile des personnes âgées affirment que l'environnement joue un rôle essentiel sur la perception de l'état de santé des individus. Au regard des profils établis précédemment, nous sommes en mesure d'émettre les hypothèses suivantes :

- Les personnes âgées étant en mesure de poursuivre leurs activités sociales dans un environnement qui leur est familier se sentent moins limitées et ont une perception amoindrie de leur déficience physique et/ou sensorielle.
- La reconnaissance de la perte de motricité commune à l'ensemble des personnes interrogées serait le révélateur d'un aménagement urbain de proximité invalidant la participation sociale contrairement aux déficiences sensorielles moins reconnues.
- Admettre ses déficiences sensorielles consiste à admettre les difficultés associées à l'environnement. Ces dernières étant moins fréquemment admises, il est probable que l'environnement urbain ne fasse pas ou peu obstacle à la participation des aînés déficients sensoriels.

2.3. L'objet des déplacements : le proche est-il le mieux ?

Dans la mesure où les personnes âgées se déplacent sur un territoire restreint, l'objet du parcours est fonction des lieux existants : *« Nous allons parler des lieux que tu (vous) connais(sez) et où tu vas (vous allez)) régulièrement»*. Ces derniers, recensés aux cours de l'observation, sont confirmés par l'expression de l'objet du parcours. Nous distinguons deux catégories de déplacement : en premier lieu, les espaces les plus proches du domicile, en second lieu, les déplacements qui correspondent à un trajet plus long effectué par le biais des transports collectifs réguliers ou spécialisés.

2.3.1. Proximité relative des centres d'achats

Les déplacements consacrés aux centres d'achats sont les plus fréquents : la quasi-totalité des personnes interviewées ont précisé qu'elles fréquentaient régulièrement les commerces de proximité, les centres d'achats, les cafés/restaurants.

Les personnes âgées des résidences *Le Bel Age* à Rouyn-Noranda et de la *Résidence des Sages* à Sherbrooke, situées à proximité des grands centres commerciaux, ont unanimement indiqué que le centre d'achat faisait l'objet de plusieurs déplacements par semaine. Dans toutes les autres résidences ou Foyer logement, en l'absence de grand centre commerciaux à proximité de leur domicile, les personnes interrogées en France comme au Québec précisent qu'elles empruntent les transports réguliers ou adaptés, ou font appel aux services d'aide à domicile pour s'y rendre et que ce trajet était de ce fait effectué occasionnellement.

« Quand j'ai besoin des grandes courses je demande à mes enfants de m'emmener là au centre commercial où y'a plein de bonnes choses là. C'est plus pour choisir y'a tellement de choix et pis comme ça ils m'aident à porter le pack d'eau parce que c'est trop lourd pour moi. Ça m'prends toute l'après midi avec ma fille. Sinon je demande à C. de l'association, elle bien gentille et ***j'aime bien avec elle on parle de toute comme on veut****. »* *EF. 23*

« Ben oui la c'est ça là je sors pu ben ben parce qu'avec une marchette comme ça là je peux pas aller ou je veux la parce que faut que je m'assois que je me repose, je repars… mais là au centre d'achat y'a toute si je veux aller une boutique, des chaussures y a de toute pantoute si j'm'en vais acheter des sandales y'a de toutes » *EQ.01*

« J'ai mangé deux paniers de bleuet l'été passé et des fraises aussi des belles fraises là je vais aller au centre d'achat et je finis par l'épicerie et là j'appelle mon taxi et là je monte avec ma marchette et toutes mes sacs de Coutu et ***je rentre la maison et il rentre avec moi dans la maison ils sont ben ben ben fun*** *»* *EQ 07*

Par ailleurs, la pratique de la marche autour des résidences n'est pas toujours favorisée par l'aménagement urbain. Dans le premier cas, l'absence de trottoir autour de la résidence le *Bel Age*, mais aussi la traversée de la transcanadienne (2*2voies) ne sont pas adaptés aux déplacements des personnes âgées. Dès lors, l'organisation locale, ou l'aménagement du quartier est en contradiction avec les pratiques de la marche des plus âgés qui de ce fait empruntent les transports en commun ou font appel à leurs proches …

« Icit on prend l'autobus le 7 là il nous ramène icit et(…) Ou ben je vais prendre le bus au terminus de l'autobus pour aller là ou ce que je veux aller […] Si je veux aller[…] aller à La banque, près du centre d'achat ou sur la Rue Tarreau , Tout dépend la ou je veux aller avec le bus de ville […]L'autobus au mois de mars et sinon à pied, je vais au Walmart, j'ai pas de grosserie (courses encombrantes) à m'apporter parce que je paye pour avoir les grosseries, j'aime bien acheter les bonbons » *EQ. 02*

« Je vais au grand centre commercial je peux faire toutes mes courses et toutes mes affaires et pi dans le bus y bien du monde je prends le bus 15 dans l'après midi c'est plus facile et pi on est pas mal de la résidence à faire comme ça » *EF.17*

« Avec ma sœur on se donne rendez vous au café dans l'entrée (du centre commercial), on papote un bon moment et pi ont fait un tour dans la galerie, elle fatigue pas mal alors on s'asseoit sur les bancs et pi on regarde le monde qui passe y'a bien bien des gens qui font leurs achats là bas dans la galerie et pi on attend que le bus vient et pis je rentre ça m'prend toute l'après midi avec elle, elle habite pas ici elle » *EF.18*

En France, les logement foyers sont rarement situés à proximité de grands centres d'achats contrairement aux résidences québécoises localisées en périphérie ; c'est la raison pour laquelle les déplacements en direction de ces espaces commerciaux font l'objet d'un déplacement *via* les services de transports disponibles autour du domicile : l'autobus, le taxi ou les solidarités familiales sont les ressources des personnes âgées pour se rendre au centre d'achat localisés en périphérie. En France comme au Québec, ces espaces sont caractérisés par la facilité d'accès et la disponibilité des commerces en présence.

Plus que la proximité du lieu, la volonté de se rendre au centre d'achat est justifiée par le contact direct avec les commerçants, avec les proches des personnes âgées (aidants, familles, *etc.)*, mais c'est aussi l'impact de l'aménagement physique du lieu, les commodités d'accès et l'offre d'achat qui sont offertes quel que soit la saison, quel que soit le mode de déplacement *via* les organismes communautaires ou associations, les transports en commun ou les taxis.

Tous précisent que c'est l'occasion de voir du monde, soit d'observer les scènes de la vie quotidienne. Ils sont tantôt spectateurs de l'activité de la population locale, tantôt participant de la vie sociale de la cité en donnant rendez vous à leurs proches, en faisant quelques achats pour leurs proches ; ils sont la fois observateurs et acteurs : ils sont alors les « o*bservacteurs »* de l'espace ouvert aux publics. Dès lors, le contact avec autrui serait un marqueur de la mobilité des personnes âgées en perte d'autonomie plus prégnant la proximité du lieu.

2.3.2. Les commerces de quartier, proximité et sociabilité

Les résidences québécoises situées en centre urbain comme les logements foyers français sont situés à proximité de commerces de moindre envergure que les centres d'achats. Ils sont néanmoins un motif de déplacement exprimé par la majorité des personnes interrogées. La proximité des centres urbains ou des espaces voués aux commerces et services favorisent le maintien de la participation sociale des aînés :

> *« Là j'vais jusqu'à la place et pis je retrouve mes copines, on papote pendant un bout de temps, on se raconte les nouvelles des fois on va prendre le café, mais c'est plus sur la place qu'on aime bien parler après on va faire nos p'tites courses. Là j'ai acheté des gâteaux pour mes p'tits enfants quand y viennent me voir. »* *EF.18*

> *« Ben j'vais au marché là de l'autre coté de la route c'est ben facile et pi* ***y'a beaucoup du monde,*** *j'me promène là et pi je rentre c'est facile »* *EF.19*

> *« Le lundi la haut sur la place y'a le marché ou que je vais presque tous le temps, je connais* ***ben du monde là bas*** *et pis j'men va prendre un café desfois ma copine elle vient avec moi mais sinon je ne sors pas trop trop »* *EF.23*

> *« Hein .. Oui .. j'ai été sur la rue Ontario, je me promène là toutes les jours hein.. Y'a de toute sur la rue Ontario y'a des cafés,* ***y'a du monde****, y'a des magasins des restaurants là. A Ontario* ***y'a de bien du monde*** *et pis y'a Jean Coutu, je vais toutes les jours. Faut bouger ! Il le faut … Ça fait ben ben longtemps que je suis pu allé partout le jardin botanique c'est ben loin pour moi ».* *EQ. 08*

> *« Oh ben moi ça fait longtemps que je sors plus, ici on n'est pas mal y'a la rue Ontario c'est pas trop loin y'a plein de magasins qui sont bien placé et pi on va magasiner la rue Ontario c'est pas mal bien Des fois on va dans les magasins pour voir[…] j'vai pas dans le supermarché de l'autre côté de la rue y'a pas de pharmacie, on va par là rue Ontario y'a une pharmacie là et y'en une de l'autre coté Et puis sur Ontario y'a plein d'épicerie »* *EQ. 09*

> *« La rue Ontario on s'en va jusqu'au bout ça prend une heure un quart une heure et demi ; disons que j'vais avec ma copine ça fait plus on va prendre le café et pis on revient on se donne un rendez vous dans le café et on s'en revient […] J'aime bien là voir la route les gens* ***y'a bien du monde qui passe la tout à coté*** *»* *EQ 10*

> *« J'aime bien aller sur la place desfois j'vais faire mes courses, desfois j'vais chercher mes médicaments à la pharmacie sinon je demande à ma fille de les chercher mais si y fait beau je vais toute seule c'est pas très loin et je vois des gens, j'aime bien faire mes affaires toute seule parce que ma fille elle a bien des choses à faire avec son travail »*

En définitive la mobilité quotidienne des personnes âgées est associée à la sociabilité des espaces fréquentés. Les scènes de la vie quotidienne qui s'y jouent deviennent l'objet de ces déplacements. Chacune des personnes interrogées précisent que les lieux où elles se rendent sont aussi ceux où *« il y a du monde »*, ou des lieux de rendez-vous, de rencontre ou la pharmacie (*Jean Coutu* au Québec). Ainsi, bon nombre d'entre elles choisissent de se rendre dans les établissements ou les lieux publics où elles ont la possibilité d'être les spectatrices de la vie quotidienne. Parmi les destinations privilégiées et citées par les personnes âgées, les jardins publics sont aussi des espaces choisis par les personnes âgées :

> *« Je fais pas grand-chose parce qu'à mon âge on se promène c'est tout (…) mais j'aime les fleurs j'aimerai faire les fleurs, parce que les fleurs je connais pas mal c'est ça c'est qui manque là, parce que là icit c'est pour ça que j'aime aller au jardin botanique »* *EQ 11*

> *« Je vais au parc dès que je peux, en après midi après la sieste j'aime bien aller là- bas, y'a du monde qui passe par là tous les jours, j'aime bien ça, je reste là pendant un bout de temps et pi après je rentre pour le goûter, j'y vais presque tout les jours (…)* ***y'a les enfants de l'école qui viennent la j'aime bien les regarder*** *et pi je fais le tour et pis je rentre comme ça, c'est ça, c'est ma p'tite sortie en dehors je sors pas trop trop mais ça j'aime bien »* *EF. 23*

Dans le cas des déplacements vers les parcs, les squares, c'est la marche à pied qui est privilégiée. Ce qui semble prégnant pour les personnes âgées qui pratiquent la marche autour de leur domicile est l'autonomie qu'il conserve par ce biais et leur liberté de déplacement au moment où il le souhaite pour la durée qui leur convient. La proximité des espaces verts de la résidence semble un critère de premier ordre suivi de l'aspect social du lieu afin de favoriser et de maintenir la marche au quotidien. Bon nombre de québécois nous ont répondu spontanément « faut bouger, c'est bon pour la santé ». Dès lors, la proximité des espaces publics est un moyen de pratiquer une activité physique essentielle au maintien de leur autonomie dont ils semblent avoir pleinement conscience.

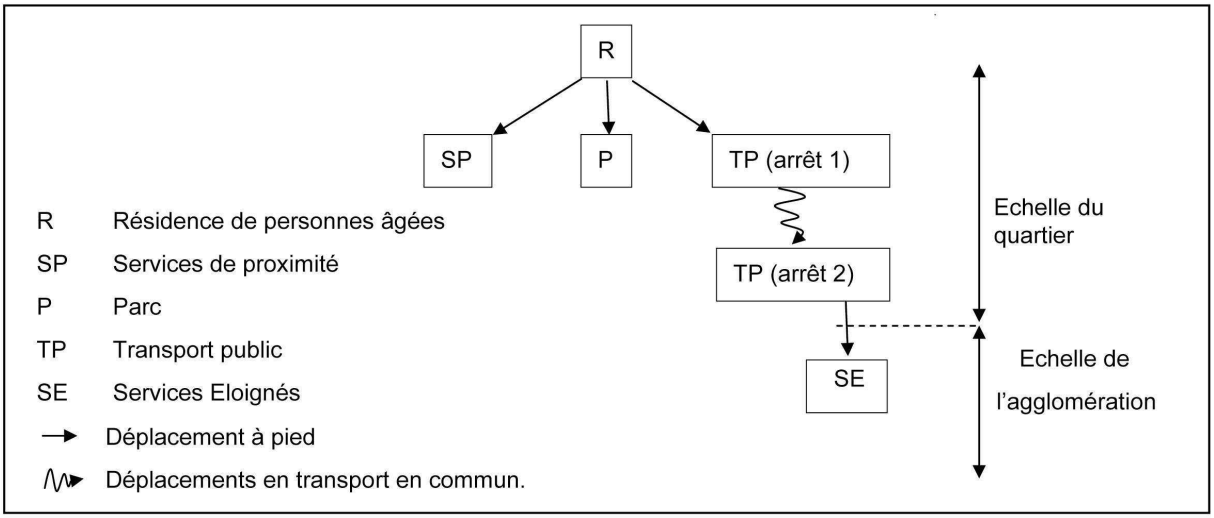
Ainsi, le discours des personnes âgées permet d'identifier les espaces qu'elles vont privilégier, ceux où elles sont en contact avec la population locale, observateurs ou acteurs des scènes de la vie quotidienne. Ces espaces de proximité sont caractérisés par une perception favorable de la qualité de l'espace où elles se rendent. Ils sont des éléments favorables au maintien de l'autonomie des personnes âgées dans la mesure ou bon nombre d'entre elles aspirent à conserver ce lien avec la population, à rencontrer les habitants du quartier, qu'ils soient commerçants ou encore membres d'organismes associatifs ou communautaires qui favorisent les rencontres et les activités des personnes âgées au sein du quartier. Ces éléments,

marqueurs de leur participation sociale, ne sont pas fréquemment exprimés par les personnes âgées, alors qu'elles semblent y participer. Bon nombre d'entre elles ne décrivent pas ces activités comme l'objet de déplacement quotidien du fait que ces animations se déroulent au sein de leurs structures, en revanche pour celles qui se déplacent vers d'autres lieux le précisent le *centre Pie XII* à Rouyn-Noranda au Québec, ou encore la maison de quartier de Monplaisir à Angers en France.

2.3.3. Mobilité quotidienne des personnes âgées

La figure ci-après présente le différents parcours réalisés par les personnes âgées[66]. Selon l'observation la majorité des parcours s'effectue à pied autour du domicile pour rejoindre un parc, des services de proximité *etc.* Elles utilisent les transports en commun de façon beaucoup plus ponctuelle et dans un but précis le plus souvent pour se rendre au centre d'achat plus éloigné et situé en périphérie. Ce parcours varie suivant l'éloignement, la continuité et la qualité du cheminement (Fig. 62).

Figure 62. Schéma de synthèse des pratiques urbaines des personnes âgées au seuil de la dépendance.



Source : N. MAMERI, 2005, Schéma des priorité des déplacements, plan Pieton, Genève, p.4

On peut donc distinguer deux groupes : les personnes âgées qui faute de mobilité se passent des services dont elles ont besoin et les personnes âgées qui malgré leurs incapacités adaptent leur mobilité pour bénéficier des services dont elles ont besoin. Les difficultés de

[66] Les résultats obtenus au cours de cette concordent avec l'étude menée à Genève dans le cadre du plan piétons de la ville dont l'objectif est d'identifier les besoins des aînés fragilisés en matière d'aménagements et de sécurité des déplacements à l'extérieur.

mobilité sont associées à l'aménagement du territoire, aux prestations de services sanitaires et sociaux, à l'aménagement au niveau local et des particularités des systèmes de transports proposés localement. En réalité, le réseau de transport fait partie d'un ensemble de services liés à l'environnement piétonnier et aux réseaux de rues et de routes. Ainsi, les collectivités tentent de privilégier la qualité de la mobilité des piétons et les liaisons avec les arrêts de bus ou les stations de métro afin de favoriser les déplacements quotidiens et soutenir l'autonomie des personnes vieillissantes le plus longtemps possible.

En fonction de sa mobilité, la personne âgée semble choisir un itinéraire qui lui corresponde, c'est pourquoi une sélection des espaces fréquentés par les personnes âgées s'opère. Elles optent donc pour un itinéraire qui leur permet de conserver la plus grande autonomie de déplacement possible. En revanche, le choix de certains itinéraires au détriment d'autres implique une méconnaissance de certains lieux au profit des espaces identifiés et reconnus comme accessibles.

L'environnement du domicile de la personne âgée est un véritable facteur du maintien de l'autonomie : un trottoir trop haut, une rue dangereuse à traverser, l'absence de services sanitaires et sociaux de proximité peuvent conduire les personnes vieillissantes à limiter leur déplacement. A l'inverse, la présence d'espaces commerciaux d'aménagement urbain de qualité est en mesure de favoriser l'autonomie des personnes âgées.

Conclusion

Ce chapitre dresse le profil des personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent en résidences pour personnes âgées dans les collectivités françaises et québécoises. Elle a permis aussi d'approcher, de cerner et de comprendre la mobilité quotidienne des personnes vieillissantes, leurs attentes et leurs besoins par le biais de l'observation *In situ* et du discours des personnes âgées.

Malgré des progrès réalisés ces dernières décennies dans le domaine de l'accessibilité des espaces publics, force est de constater qu'une grande partie de la population rencontre de nombreuses difficultés lors de ses déplacements. Lors de nos observations, nous avons eu l'occasion de constater que la population âgée est véritablement en quête d'autonomie. Elle semble adapter son cheminement au gré des obstacles rencontrés au fil de son avancée. Ainsi, le milieu de vie des personnes âgées est loin d'être optimal en terme d'aménagement urbain même si les personnes âgées semblent s'en accommoder (Observation), paradoxalement, les personnes

âgées qui y résident le vivent et perçoivent comme un espace de confort, un espace de qualité et de bien-être (Discours).

Les observations confrontées au discours des personnes âgées nous ont permis de mieux saisir leurs comportements. Force est de constater que l'évolution d'une personne âgée en milieu urbain est composée d'une multitude d'obstacles qu'elle contourne bon gré mal gré au risque de prolonger son déplacement.

L'itinéraire réel des personnes âgées est parfois différent de celui que nous avions présupposé. Les déambulations quotidiennes des personnes âgées nous ont permis de découvrir les particularités du parcours effectué et les détours empruntés. Ils ont aussi mis en évidence les décalages entre le discours du parcours et la réalité de sa pratique. Les mots et les expressions choisies lors du discours sont mis à l'épreuve du parcours accompagné du chercheur afin d'identifier les obstacles au cheminement, et la cohérence entre l'observation, le discours et le parcours. Ce dernier est-il le révélateur d'un itinéraire, de capacité de mobilité différente de celles observées ou exprimées ? Existe-t-il réellement des parcours spécifiques aux personnes à mobilité réduite ?

CHAPITRE 7.

PRATIQUES DU TERRITOIRE URBAIN DE PROXIMITE :

TACTIQUES ET STRATEGIES MISES EN ŒUVRE

Introduction

Au cours de ce chapitre, nous portons notre attention sur l'accessibilité des espaces publics urbains *via* l'expérience sensible du parcours. Nous avons choisi ici d'expérimenter et d'observer l'espace parcouru régulièrement par les personnes âgées autour de leur domicile (résidence pour personnes âgées autonomes, logement foyer, maison de retraite, *etc.*) en les accompagnant. L'objectif est de comprendre les modalités de déplacements des personnes âgées entre leur domicile et leur destination.

Cette troisième étape[67] consiste en une mise en récit du déplacement en temps réel dans deux contextes urbains différents en France et au Québec. En optant pour le parcours commenté, l'objectif est de révéler les potentialités des personnes âgées au cours de leurs déplacements et les dysfonctionnements vécus. Nous interrogeons ici l'aménagement de l'espace public urbain à partir de l'expérience du piéton âgé.

Le parcours est composé d'une multitude de connections et de carrefours susceptibles de modifier le trajet initial suivant les indications visuelles, sonores ou tactiles qui multiplient la diversité des pratiques et des usages de l'espace urbain. Chaque itinéraire a pour point de départ et lieu de rendez vous le domicile de la personne âgée (une quinzaine de parcours ont été effectués).

La mobilité des personnes âgées laisse entrevoir une dynamique de réajustements composés de continuités, de contournements, d'évitements et de ruptures que le parcours commenté met en exergue. Nous confrontons ici l'observation du chercheur et le discours des personnes âgées aux parcours accompagnés de façon à évaluer la qualité de l'environnement urbain

[67] Après l'observation (étape 1) et le discours de la personne âgée (étape 2) développées au chapitre précédent.

1. Pratiques spatiales des personnes âgées, le parcours accompagné

Les entretiens ont été le support d'une discussion au cours de laquelle nous avons appréhendé la mobilité quotidienne des personnes âgées, les lieux privilégiés, leur fréquence, *etc*. (Chapitre 5) Parmi les destinations énoncées, la personne âgée en choisit une et nous indique le chemin qu'elle suit au fur et à mesure de l'avancée. Elle nous indique en quoi l'aménagement de l'espace public urbain facilite ou non son cheminement. La question qui se pose alors est la suivante : le parcours emprunté est-il libre ou imposé par la qualité de l'espace urbain ?

Pour cela, l'expérience du déplacement des personnes déficientes sensorielles et motrices a permis d'identifier et de cerner les obstacles auxquels elles sont confrontées lors de leurs déplacements en milieu urbain.

1.1 L'expérience du déplacement

La mobilité quotidienne des personnes déficientes sensorielles ou motrices repose sur l'expérience concrète de la ville et l'identification des gênes et des obstacles à l'origine des multiples situations handicapantes auxquelles elles doivent faire face.

1.1.1 Le parcours, expérience du corps en mouvement

Les parcours et plus particulièrement les pratiques spatiales des personnes âgées autour de leur domicile sont aussi ceux du corps en mouvement. Avec l'avancée en âge et l'apparition progressive des limitations fonctionnelles (motrices et/ou sensorielles), les modes de vie et les choix d'itinéraires de déplacement évoluent. Les effets de la transformation du corps induisent une prise de conscience individuelle et collective face au maintien de l'autonomie fonctionnelle des individus vieillissants.

Dans un premier temps, l'expérience du cheminement en milieu urbain et la rencontre d'une personne aveugle, puis d'une personne sourde et enfin d'une personne en fauteuil roulant manuel nous ont permis de comprendre les obstacles à leur mobilité quotidienne. En fonction des déficiences, les gênes et les obstacles à la mobilité quotidienne varient. Dans le cas des personnes déficientes sensorielles de longue date, l'apprentissage du braille ou de la langue des signes a été un moyen de pallier les obstacles environnementaux permettant ainsi de développer, de conserver ou d'acquérir une autonomie sociale favorisant leur participation aux activités de

la cité. En revanche, dans le cas des personnes vieillissantes aucune des personnes interrogées n'a pu bénéficier de ces apprentissages (Fig. 63).

Figure 63. Extrait de la mobilité quotidienne d'un déficient auditif (France)

Quand vous ne savez pas signer, parlez mais ...

** soyez en face de la personne sourde*
** Ne vous mettez pas à contre jour*
** Attendez qu'elle vous regarde*
** Evitez de manger, fumerou de mâcher du chewing gum*
** Articulez et parlez à vitesse régulière*
**Il vaut mieux modifier la phrase plutot que de répéter le même mot*

Pour appeler un sourd ...

** Agitez la main "Hou Hou*
** Taper lui dur l'épaule*
** taper du pied (Vibration)*
** Faire clignoter la mumière*
** Utiliser le relai : dire au voisin, de dire au voisin*

Source : Monica Companys, Pret à signer, 2006 / Fais moi un signe ; Premiers contacts avec la LSF www.monicacompanys.com

Les difficultés observées par les personnes déficientes auditives sont difficilement perceptibles : la communication, les passages sombre/clair ou en contre jour, les obstacles au sol ou en hauteur, *etc.* On distingue néanmoins un décalage entre une personne née sourde qui a appris très tôt à s'adapter à son environnement et celle qui avec l'avancée en âge voit son audition décliner et les situations de handicap se multiplier. La population qu'elle soit française ou québécoise n'est pas ou peu sensibilisée aux besoins des populations sourdes, ni aux attitudes qu'il convient d'adopter pour comprendre et se faire comprendre et permettre aux personnes déficientes auditives. Si les personnes vieillissantes ne ont pas ou peu conscience au départ, les personnes sourdes de naissance y sont confrontées depuis longtemps. Avec l'avancée en âge ces difficultés s'amplifient et s'accumulent avec la perte de motricité et des problèmes fréquents de déséquilibres.

> *Quelles sont mes difficultés ou les problèmes liés à l'environnement ? D'un point de vue personnel tous les jours je rencontre des obstacles. […] Avant je percevais tout ce qu'il y avait autour de moi avant j'allais au supermarché en une demi heure, aujourd'hui il me faut une heure. Je cherche vraiment mon chemin et mes repères. J'ai donc un rythme de plus en plus lent pour me déplacer. Quand la lumière est trop forte, je ne vois pas bien non plus, donc dans la rue je ne*

vois pas beaucoup non plus. Ca me fait trébucher, je me cogne souvent. Et puis il y a les couleurs aussi, pour moi bleu ou noir c'est pareil donc la question des contrastes est très importante il faut qu'ils soient vifs. Dans la rue je vois la rue noire et les plots gris clair c'est pas toujours aussi distinct. Pour le relief, je ne sais pas comment sont les marches, l'escalier. Ça m'effraie alors le contraste des couleurs m'aide pour savoir où je mets le pied et je peux vraiment trébucher dans les escaliers. Quand j'attends le bus à l'arrêt, les panneaux métalliques sont en fer et je me les cogne. Quand il y a beaucoup de monde dans les centres commerciaux par exemple, je me cogne souvent aussi aux gens qui m'entourent ça me fait mal et je préfère être accompagnée c'est moins fatigant.

***Christine,** sourde de naissance avec des problèmes de déséquilibres. Témoignage Poitiers journées du CRESAM, Sept 2001*

Pour une personne déficiente visuelle, les difficultés sont celles de la découverte et de la connaissance de son milieu de vie afin d'identifier des parcours réalisables. En effet, lors de son déplacement, une personne déficiente visuelle doit parvenir à se situer dans son environnement (Fig. 64).

Figure 64. Extrait de la mobilité quotidienne d'un déficient visuel (France)

Avant de se déplacer hors de son domicile G. a du " apprendre la ville " , il précise :
" on apprend les parcours essentiels à notre quotidien :de chez soi au commerces, de chez soi à l'arrêt de bus […]
Il faut apprendre le cheminement. Un grand nombre d'éléments modifient nos repères comme les marches des maisons qui sont fixes et que nous repérons avec la cane, les plots installés aux intersections (Photographie 02 et 03) lesquels on pose systématiquement une main pour ne pas trébucher. et de l'autre on déclenche le système sonore du feu tricolorare avec notre télécommande pour savoir à quel moment traverser.
Pour tout ca on est habitué, on sait mais ce n'est pas le cas des éléments mobiles présents sur la chaussée comme les poubelles ou ces plantes positionnées le long du mur (Photographie 01) et qui laissent un passage suffisant aux piétons".

Crédit Photos : B. Chaudet - France - 2003 Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, Nov. 2007

Elle doit parvenir à sa destination en cheminant au cœur des espaces publics collectifs et suivant les informations dont elle dispose. Outre les problèmes d'orientation, ces personnes doivent être en mesure de détecter les obstacles à leur cheminement.

Nous les déficients visuels nous longeons les murs riverains qui sont libres, le bord des trottoirs où nous trouvons les poubelles, nous trouvons aussi des trottoirs abaissés souvent, des feux sonores quelques fois et nous sommes donc en sécurité. […] dès que la personne veut savoir où elle est là ça devient plus compliqué. J'entends parler de GPS pour les personnes de 7 à 77 ans mais ce n'est pas le cas aujourd'hui. […] On parle beaucoup de contraste visuel, mais on ne le voit pas. Est-ce que ça marche du soir au matin ? Du matin au soir ? le contraste est indéterminé, […] le panneau d'affichage doit être lu, vu et compris et clairement interprété, la taille du caractère, la lisibilité, son emplacement et bien là il va falloir travailler.[…] L'environnement sonore c'est aussi beaucoup de personnes qui sont des personnes déficientes auditives et les feux sonores auditifs sont criards, il faut aussi travailler sur cet environnement sonore, sur le message sonore aussi […] les messages sont plus nombreux pour autant il faut comprendre ce qu'on dit. *Thierry Jeammes, déficient visuel, juin 2008*

Les personnes âgées déficientes visuelles de longue date poursuivent les parcours qu'elles ont appris ou découvert le plus longtemps possible afin de maintenir leur autonomie fonctionnelle et leur participation sociale. En revanche, la majorité des personnes âgées qui connaissent des déficiences visuelles associées à l'avancée en âge n'ont pas la possibilité de bénéficier de ces méthodes d'apprentissage et limite leur mobilité quotidienne. Si les aides humaines et techniques tendent à se multiplier elles conduisent les personnes âgées à délaisser certains espaces. Les entretiens et le choix des parcours le prouvent, certains espaces sont évités soit parce que les personnes âgées ne connaissent pas les lieux, soit parce qu'elles ne sont pas en mesure d'identifier ou de s'adapter aux obstacles susceptibles de survenir au cours de leur cheminement. Dans ce cas, l'aide d'un tiers est le plus souvent sollicitée pour poursuivre ces déplacements quotidiens.

Les personnes ayant des déficiences motrices réduisent leurs itinéraires de déplacement ou les modifient en fonction de leurs compétences (Fig. 65). L'usage d'une marchette, d'un déambulateur ou d'un fauteuil roulant limite le déplacement des personnes âgées qui rencontrent des obstacles environnementaux. Dans ce cas, ce sont les capacités musculaires qui définissent les performances du déplacement mais aussi la qualité des aménagements. Or avec l'avancée en âge, ces capacités s'amoindrissent et réduisent progressivement le périmètre de déplacement et la facilité avec laquelle les personnes en fauteuil s'adaptent aux obstacles rencontrés.

Figure 65. Extrait de la mobilité quotidienne d'un déficient moteur (France)

"Les déplacements des personnes à mobilité réduite, en particulier les personnes en fauteuil roulant sont confrontées aux obstacles liés à l'aménagement de la voirie : les trottoirs surélevés, les dévers (inclinaisons du trottoir) , le spoubelles ou panneaux publicitaires ... touts ça ça nous empêche d'avancer et de circuler.
Et puis l'incivilité des automobilistes qui stationnent sur les trottoirs et qui ne pensent pas à nous c'est très très fréquent par ici ... ça fait longtemps qu'on le dit mais ca ne change pas vraiment, il faut répéter, encore et encore ... c'est comme ça."

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, nov. 2006

1.1.2 Complexité de l'aménagement de l'espace public urbain

Les aménagements réalisés en milieu urbain se superposent, s'additionnent. Or certains aménagements urbains entrent en conflit les uns avec les autres. Assurer un déplacement continu pour les personnes en fauteuil roulant ou utilisant un déambulateur ne devrait pas interrompre celui des personnes déficientes visuelles qui ne repèrent plus la distinction entre la chaussée et le trottoir. Au contraire, l'ajout des bandes d'éveil sécurise les piétons aveugles ou déficients visuels en leur permettant de distinguer la chaussée du trottoir ; l'usage des bandes de guidage ou des dispositifs équivalents permettent d'assurer le cheminement des personnes déficientes visuelles.

Les lignes de guidage ou de conduite sont formées par les éléments naturels : une rangée de façade, le bord d'une pelouse, une bordure de trottoir, *etc.* ne nécessitent pas d'aménagement spécifique. Elles orientent les passants déficients en fonction des contrastes de couleurs, le bruit, les différences tactiles au sol. Les personnes âgées circulent tantôt le long des murs pour avoir un appui en cas de défaillance, tantôt au centre du trottoir pour celles qui ont des difficultés visuelles afin d'anticiper les obstacles susceptibles de surgir. La nature du sol et les surfaces légèrement inclinées ou planes facilitent la circulation. En revanche, le dévers ou l'inclinaison du trottoir limite le cheminement des personnes âgées en impliquant une plus grande fatigue. Les personnes déficientes auditives, sont affectées différemment par leur environnement : la

luminosité des lieux joue un rôle essentiel lors de leurs déplacements. Les contrastes de couleurs favorisent la lecture de l'espace public dans lequel elles évoluent. L'ambiance sonore joue là aussi un rôle majeur pour les personnes bénéficiant d'appareillage auditif pour comprendre, assimiler et distinguer l'information diffusée.

Force est de constater que l'aménagement de l'espace public urbain est complexe, il repose sur un aménagement global qui bénéficie au plus grand nombre car il doit consister en un aménagement global adapté à une diversité de situations.

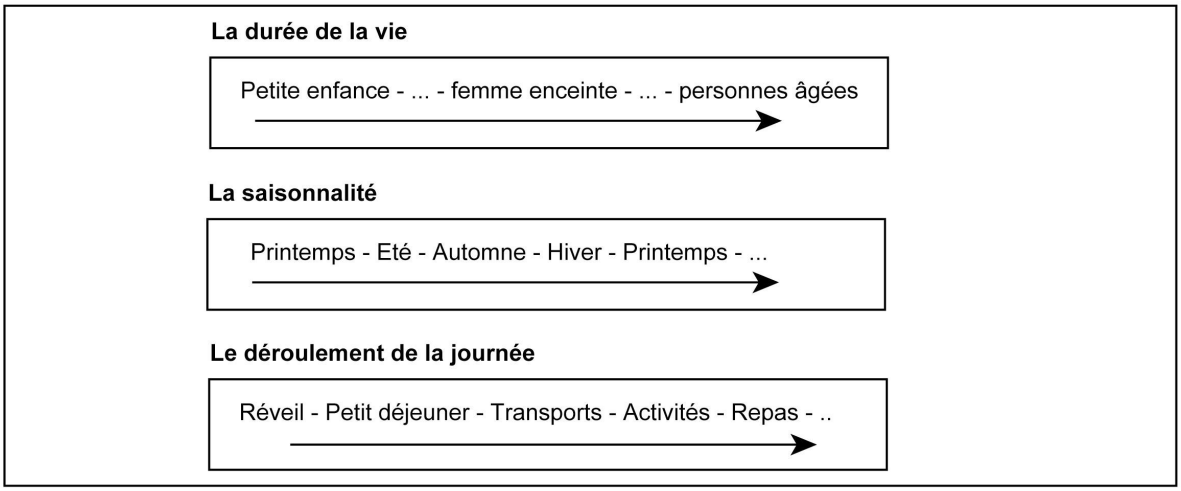
> *« Le cheminement, le franchissement de dénivellation ou passage étroit, la détection des obstacles, la vision, l'écoute, la compréhension, le repérage et la compréhension des lieux, l'orientation, l'information, l'atteinte, la préhension, le repos, la sécurité, etc. tous ces usages [doivent être] pris en compte pour garantir la liberté d'accès de tous à un espace public de qualité ».* *DMA*

En effet, l'aménagement de l'espace public pour tous laisse entendre qu'ils soient accessibles à chacun quels que soient son âge et son éventuel handicap. Dans ce cas, il est essentiel de prendre en compte les multiples temporalités du déplacement des personnes.

1.1.3 Temporalité et pénibilité des déplacements

Les paramètres de déplacement et de mobilité quotidienne sont influencés par différentes temporalités : celle de la durée de la vie, les saisons, le quotidien, l'action ...chaque catégorie de personnes dont la mobilité réduite est liée à une période de la vie (enfants, femmes enceintes, personnes âgées) manifeste une certaine fragilité et vulnérabilité à l'égard de l'environnement (Fig. 66).

Figure 66. Mobilité quotidienne et temporalités



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov. 2007

Par ailleurs les paramètres du déplacement reposent en partie sur les saisons et les conditions climatiques qui y sont associées : la neige, le froid, la pluie, la canicule, *etc*. qui sont des freins à la mobilité quotidienne des personnes âgées. Ainsi, les déplacements sont moins nombreux lors des périodes estivales marquées par des températures élevées et inversement lors de la période hivernale. L'expérience de la canicule de 2003 en France ou les hivers vigoureux au Québec limitent la mobilité quotidienne des plus âgés.

> *«Le déplacement en fauteuil roulant électrique sur le trottoir c'est facile ici, les gens sont plus aidant qu'à Montréal, […] là je viens d'appeler le transport adapté parce qu'il pleut et que je suis fragile normalement faut réserver 24h avant mais là c'était pas de ma faute alors il va arriver dans 15 min. […] et puis là c'est la sortie des écoles alors c'est possible qu'ils me prennent ici. (…) Icit dans le centre-ville les trottoirs sont déneigés ça fait que je peux y arriver toute seule. Mais à côté de chez moi c'est pas bien pareil des fois je suis obligée d'être sur la route. Mais, moi, j'aime pas bien être accompagnée, je veux faire tout ce que je veux toute seule. J'aime bien mieux aller faire mes courses dans le centre toute seule (…) Là, je suis contente parce qu'il va y avoir un grand centre d'achat à Rouyn-Noranda où je pourrai aller l'hiver parce que là je prends le transport et l'hiver c'est plus sûr ».* *Claudine, 65 ans, RN*

Là encore ces conditions extérieures posées aux compétences de la personne âgée marquent le poids de la saisonnalité comme indicateur limitant la mobilité des plus âgés. En outre, le temps du quotidien, celui de la journée et des rythmes des déplacements, est conditionnés par les activités des individus : le trajet domicile-école pour les plus jeunes, domicile-travail pour les actifs, *etc.* Les déplacements des personnes âgées sont, quant à eux, conditionnés par le rythme des personnes qui visitent quotidiennement les personnes âgées : les infirmières, les aides ménagères, *etc.* Ces visites s'effectuent le plus souvent en matinée, laissant ainsi place aux déplacements hors du domicile en après midi. Dès lors, le temps accordé aux sorties à l'extérieur du domicile est de l'ordre de deux à trois heures comprises entre 14h et 17h pour la majorité des personnes rencontrées en France comme au Québec.

> *« Ben moi je sors presque toute les jours, des fois trois, desfois quatre fois par la semaine. C'est beaucoup là mais moi j'aime bien voir le monde là. (…) Je vais pas bien loin, c'est sûr (…) je vais là sur la place et puis je connais ben tout le monde, (…) même que quand j'étais partie chez ma fille en urgence là ben ça leur a fait des questions (…) (surtout) à la pharmacie et puis je suis revenue et je leur ai dit qu'est ce qui m'est arrivée (…) mais ça y est je suis revenue, c'est l'habitude ça, c'est sûr quand tu vois quelqu'un tous les après midi et pis plus rien ça fait poser des questions (…) ben moi je me demande quand je vois pas des gens pendant des jours je vais*

demander aux caissières juste là (…) elle nous connaît bien elle. » *EF. 19*

Ces temporalités influencent les mobilités quotidiennes des personnes âgées, elles doivent être prises en compte afin de réfléchir à une démarche de mise en accessibilité de l'espace qui prendrait en compte ces indicateurs temporels afin de favoriser les cheminements et la mobilité quotidienne du plus grand nombre.

1.2 La description du parcours en mouvement

Si l'observation révèle l'opportunité des parcours possibles, le discours permet d'appréhender à la fois leur perception de leur état de santé et son influence sur le parcours réalisé quotidiennement. Le parcours commenté et accompagné permet de mieux comprendre les tactiques de déplacement mises en œuvre pour faire face aux difficultés rencontrées. Comme le précise R. Thomas, en observant « *le comportement des passants sur quelques espaces publics et j'ai constaté qu'il existait des points communs entre le cheminement de la personne handicapée et celui de la personne ordinaire : les uns comme les autres développaient des tactiques motrices et perceptives déjouant les contraintes de l'environnement en mobilisant ses ressources.* » (Thomas, 2007). Nous avons donc choisi d'explorer les tactiques mises en œuvre par les personnes âgées au cours de leurs parcours.

1.2.1 Contexte du parcours accompagné

Suite aux entretiens réalisés auprès des 23 personnes interrogées, nous avons proposé de les accompagner tout au long d'un parcours de leur choix. La seule condition étant que ce parcours devait être celui qu'elles effectuent chaque semaine. Dans ce cas, seulement 14 personnes ont accepté de réaliser ce parcours à nos cotés. Certaines ont refusé en raison de visites familiales, tandis que d'autres étaient enthousiastes à la réalisation de cette promenade ont décliné l'invitation le jour venu, vraisemblablement par appréhension.

La réalisation des entretiens auprès des personnes âgées à réduit le temps initialement prévu pour le parcours accompagné et limité cette expérimentation à un ou deux parcours. Il faut noter que les parcours accompagnés n'étaient pas planifiés au départ, nous avons été surpris par l'absence d'expression précise de la description du parcours des personnes âgées. En effet les parcours ont manifestement permis de rendre compte de la perception des personnes âgées sur leurs aptitudes à la mobilité quotidienne, faisant état de leurs conditions de santé et des lieux

fréquentés. C'est la raison pour laquelle nous avons retranscrit six parcours soit trois en France et trois au Québec (Fig. 67 à 71).

Le point de départ (point d'ancrage) des parcours accompagnés est naturellement guidé par la localisation des résidences pour personnes âgées autonomes. Le choix du parcours accompagné est celui au cours duquel les personnes âgées ne rencontrent pas ou peu de difficultés. En effet il s'agit d'un trajet au cours duquel les personnes âgées ont leurs habitudes … Le parcours accompagné met le doigt sur les détails techniques, les composantes de la rue, la qualité du mobilier urbain, de la voirie *etc*. Tous ces détails que nous attendions lors du discours et de l'entretien des personnes âgées apparaissent lors du parcours accompagné. Au fur et à mesure du cheminement les détails sont de plus en plus précis. Les personnes âgées mettent l'accent sur les détails qui les gênent, ce qui leur plait et font implicitement référence à l'inadéquation entre leur environnement et leurs compétences.

Pour l'ensemble des parcours accompagnés, nous avons remarqué que le périmètre de déplacement se concentre autour du domicile dans un rayon de 500 à 750 mètres. Les parcours, choisis par les personnes âgées, ont pour destination des lieux que les personnes âgées jugent sécurisants ou faciles d'accès. Elles ne se mettent pas en danger et le choix du parcours correspond aux discours recueillis : il semble donc qu'elles n'exagèrent pas ou peu leurs capacités de déplacement. Les personnes interrogées ont opté pour l'itinéraire le plus aisé, elles ont en quelque sorte préparé, pensé et imaginé le parcours à l'issue de l'entrevue révélant ainsi des stratégies de déplacements pour faire face aux espaces plus ou moins capacitants mettant en avant une prise de conscience du parcours à réaliser.

1.2.2 Des parcours choisis …

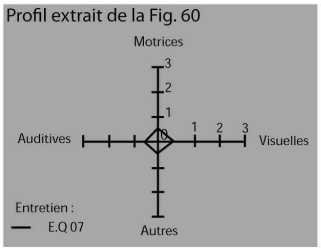
En préalable au parcours, nous avons rejoins les personnes à leur domicile. La consigne donnée au départ est la suivante : *Pouvez-vous m'expliquez pourquoi nous prenons ce chemin plutôt qu'un autre ? Pouvez vous me précisez ce qui facilite votre cheminement et ce qui le rend plus difficile ?* Ainsi, les parcours effectués aux côtés des personnes âgées ont permis de comprendre leur itinéraire. Pour exemple les deux parcours effectués autour des résidences situées en périphéries au Québec, la résidence *Villa des sages* à Sherbrooke et Le *Bel âge* à Rouyn-Noranda ont confirmé nos observations relatives à la place dominante laissée à l'automobile au détriment du cheminement piéton. En effet, les cheminements ne sont pas ou peu aménagés en direction des piétons, mais en direction des automobilistes (Fig. 67)

Figure 67. Quand la place de l'automobile prédomine sur l'aménagement des cheminements piétons

Autour de la résidence *Villa des sages* (Sherbrooke-Québec)

"Je traverse pas trop là haut, (...) **c'est ben ben loin** (Photographie 01) et puis j'vais juste en face au Zeller, y'a les vêtements et puis après j'vais au centre d'achat dans la galerie (...) y'a des bancs et tout ce qu'il faut [...]
Ben là tu vois c'est **ben ben long** toute la route à faire, mais lui y va traverser là avec sa chaise électrique (en face la résidence loin des passages pour piétons) on va aller là tout' la haut , tu vas voir là, j'vais te dire [...]
Tu vois tu comme c'est ben ben loin là, (...) d'habitude j'fais comme lui, là bas je traverse en face, c'est ben plus facile mais là tu vas voir on va jusqu'a la lumière là, (croisement et feux tricolores) et puis là ça **monte fort, ben moi là, ça me fatigue là** [...]
Je vais pas en hiver à cause de la neige et quand y pleut c'est pareil j'y va pas trop parce que j'ai peur de glisser là, tu vois tu, là ça glisse et puis **l'hiver c'est pas toujours toujours bien déneigé** [...]
ben voilà, là faut attende que la lumière change, mais **on voit pas clair** (Photographie 02) faut encore attendre parce que là **c'est pas long** mais (...) on peut passer, **c'est court**, c'est partout pareil mais là tu vois tu toutes les chars là, ça fait ben ben du bruit hein, j'aime pas ben ça là [...]
t'as tu vu **la lumière ca y'est c'est déjà finit** et puis nous **on n'est pas toute à fait' de l'autre coté** ben là c'etait pas mal bon [...]
et puis après c'est juste là par le parking parce que là **y'a plus de trottoir** (Photographie 03) et puis j'vais au Zeller (centre d'achat et sa galerie) ... après c'est tout bon là (Photographie 04) ".

EQ. 07. Femme, 89 ans.



Crédits photos : B. Chaudet - Sherbrooke - Québec - 2006 Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Oct. 2008

La place importante accordée à l'automobile, perçue et vécue par les habitants à Sherbrooke, conduit les personnes âgées à effectuer un trajet plus long et plus fatiguant en l'absence de services de transports réguliers à proximité menant directement au centre d'achat. De ce fait bon nombre d'entre elles prennent le risque de traverser ou de marcher sur la voie, ce que la personne accompagnée avoue facilement. La présence du chercheur a donc conduit la personne

à modifier son itinéraire pour montrer les obstacles auxquels elle est confrontée.

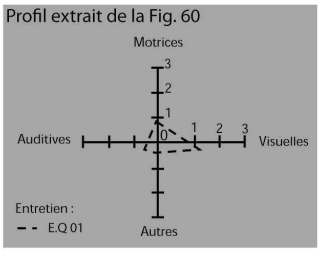
Un contexte similaire apparaît lors du parcours accompagné de la résidente du *Bel âge* à Rouyn-Noranda. En effet la Transcontinentale, rue principale qui traverse Rouyn-Noranda de part en part, sépare la résidence Le *Bel âge* du centre d'achat. De ce fait, elle privilégie un autre mode de déplacement : le transport régulier dont un arrêt se situe à proximité de la résidence (Fig. 68).

Figure 68. L'usage de l'autobus pour pallier les difficultés liées à l'aménagement des cheminements piétons

Autour de la résidence Le *Bel Age* (Rouyn-Noranda-Québec)

"Tiens tu vois tu là ? C'est le taxi de la résidence, des fois je prends là quand je vais au docteur, c'est pas trop dispendieux, ca va ben [...]
Là on va aller au Wall Mart, mais **à pied c'est pas facile** parce que là quand tu remontes la route là , y'a plus de trottoir (Photo 52), il s'arrête juste après le dépanneur là bas, tu vois-tu ?
C'est pour ça là, **j'm'en vais prendre l'autobus**, c'est tout près là, (...) en arrière de la résidence, c'est là juste en arrière (Photo 53) (..)
Quand ça fait froid ou que y'a du vent, on attend là dans la cabine là, je m'asseois là, et puis j'attends là [...]
j'vais par là parce que **d'l'autre côté c'est la grand route** et j'aime pas ben ben ça, ça roule fort et puis moi **j'vais pas ben par là** [...]
C'est le chauffeur de d'habitude, il est ben ben gentil, il attend que j'arrive en avant de l'autobus, et puis il m'aide parce que là **avec ma marchette je peux pas toute seule**, [...]
C'est pas ben ben loin , t'attends juste là et puis le bus y va arriver juste en arriere du centre d'achat, c'est pas mal bon parce qu'après on arrive du côté là ou j'vais voir ma copine [...] elle est pas icit' aujourd'hui , [...]
On descend icit au parking (Photo54), tu vois c'est pas ben ben long, c'est facile là, ca va ben. Icit c'est le terminus de l'autobus là comme ça, **j'attends que le monde descend et puis il (le chauffeur) m'aide à descendre y'a le temps** c'est facile pour moi et puis avec ma marchette (déambulateur) ca va être bon là (...]
et voilà là j'suis arrivée là et puis je rentre là et puis j'vais me promener là, j'vois du monde, et puis j'vais prendre un café là ... y'a du monde hein ? [...] avant de partir j'vais aller à l'épicerie, et puis j'vais rentrer pareil avec l'autobus c'est toujours la même horaire c'est pas si pire".

EQ. 01. Femme, 78 ans.



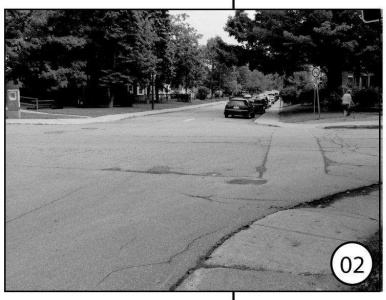
Crédits Photos : B. Chaudet - Rouyn Noranda - Québec - 2005
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, oct. 2008

L'usage des transports collectifs permet non seulement de pallier les obstacles liés à l'aménagement de l'espace urbain mais aussi aux conditions topographiques qui limitent les cheminements possibles pour les personnes âgées. Dans le cas de Sherbrooke, cette ville est qualifiée à la fois par les habitants et les élus de la ville de « côteuse » ce qui rend d'autant plus difficile les cheminements des personnes âgées (Fig. 69).

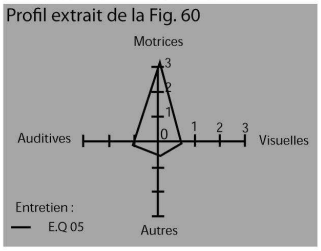
Figure 69. La topographie limite le périmètre de dépalcement des personnes âgées.

Autour de la résidence *Brooks* (Sherbrooke-Québec)

" Ben là moi je vais souvent au parc Racine là au bout de la rue. C'est là que je vais dans le quartier là. Moi y'a longtemps que je vis icit dans le quartier Racine. Avant j'habitais la rue laurier c'est **deux rues plus bas**. Après j'habitais **au dessus, une rue au dessus de Brooks.** J'aime bien ce quartier là. Bon ben je me souviens pas bien le nom des rues mais je sais où je vais. (...)
Là c'est facile c'est juste tout droit, au bout de la rue de chez moi à icit c'est tout plat, pour venir icit, c'est bien bon .
(Photographie 02-03)
J'aime bien cette place, avant je venais tous les jours mais là avec l'opération ça fait que la 2ème fois que je viens. (...)
Parce que là t'as vu là. **Sherbrooke c'est " côteux " et on peut pas aller loin ça fatigue là.** (...)
(Photographie 01-04)
Là je me suis fait opérer de la hanche complètement.
(...) Sherbrooke c'est bien calme et puis y 'a la salle communautaire. Je fais ma popotte, ma couture et puis quand c'est l'hiver là ben je m'enferme. (...)
Là juste devant c'est des maisons pour personnes handicapées c'est pas pire là, ils sont juste devant le parc ils sont bien là. Des fois je les vois, ils sortent avec les infirmières et puis ils restent là toute l'après midi. (...)
ça fait bien longtemps que je vis icit et que je vais là dans ce parc là. Si j'ai besoin je demande à mon fils, sinon je me promène dans la ville en bus (...)
T'as tu vu là au coin (de la rue), y'a toute ce qu'il faut pour traverser à la lumière (feu tricolore) c'est bon ça, et pis là c'est le son bien bien fort, et puis là avec la main ça bouge (vibre) et c'est secure pour tous le monde.
(Photographie 05) "



EQ 05, Femme, 82 ans.



Crédits Photo : B. Chaudet - Sherbrooke - Québec - Juillet 2006
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, Oct. 2008

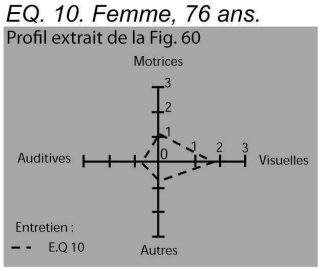
En effet, les caractéristiques du milieu ont également un impact sur les déplacements des personnes âgées, la topographie des municipalités de Sherbrooke au Québec, ou de Bouchemaine en France limitent les déplacements possibles au sein de la municipalité. Madame Deroche, maire de la commune de Bouchemaine, commune limitrophe de la ville d'Angers, explique que « *la rue principale de la commune est peu fréquentée par les piétons du fait de sa topographie : la pente est supérieure à 7%. C'est là l'une des motivations du projet d'aménagement en cours, et qui consiste à décomposer la rue en plusieurs tronçons séparés par des paliers comprenant des aires de repos afin de sécuriser et de développer le cheminement piéton à la fois des plus âgés mais aussi des plus jeunes* ». Par ailleurs, la présence d'aides techniques telles que les transports en communs ou les appareillages sonores et tactiles permettent aux personnes ayant une déficience motrice et/ou sensorielle de pratiquer l'espace public urbain en France et au Québec comme le montre les parcours effectués aux côtés d'une résidente déficiente auditive de *Pie IX* à Montréal (Fig. 70) ou d'une personne en fauteuil roulant électrique à Angers (Fig. 71).

Figure 70. Mobilité quotidienne facilitée par un aménagement adapté

Autour de la résidence *Pie IX* (Montréal-Québec)

"(...) ben là je continue par là, tu vois la **au coin c'est le dépanneur** où que je vais chercher mon journal tout' les jours, (Photographie 01) c'est pas pire et puis quand ça va bien je vais le matin chercher le journal et en après midi j'vais par là vers la rue Ontario (Photographie 02). Y'a ben du monde là bas. (...)
Je vais pas de l'autre coté de la rue la parce que y'a pas d'interêt, **là y'a la banque, t'as vu c'est bien fait'** là (Photographie 03) on peut y aller et puis c'est pareil à la pharmacie (...) c'est là que j'aime bien aller. (...)
Apres là tu vois y'en a bien qui vont jusqu'au Jardin botanique au coin de pie IX et par là moi je peux pas quand je suis toute seule alors des fois je prends l'autobus à Ontario mais c'est pas ben ben souvent. (...)
Des fois je vais par là au parc rue Chambly quand je suis ben en forme. Pendant trois mois je suis pas sorti parce que je me suis cassé la jambe mais maintenant je vais tous les jours chercher mon journal au dépanneur qu'on a vu d'avant.".

EQ. 10. Femme, 76 ans.



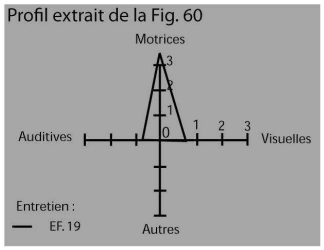
Crédits photos : B. Chaudet - Montréal - Québec - 2006
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, oct. 2008

Figure 71. Mobilité quotidienne facilitée par un appareillage technique

Autour de la résidence *Grégoire Bordillon* (Angers - France)

"(...) Je pars par là, vers les bords de la Maine en fin de compte, **je peux pas rester sur le trottoir avec le fauteuil alors je vais sur la route**, là comme ça là, parce que à l'autre bout les trottoirs sont trop petits et pis je peux pas descendre là bas (...) (Photographies01 -03).
Là y'a pas presque pas de voiture à passer , surtout à c't'heure, ça fait que je peux y aller facile, c'est tout droit et puis après je me promène tout du long là comme ça, je vais jusqu'aux bords de la Maine, des fois si j'ai mes batteries à plein je vais jusqu'au Lac (Lac de Maine) et là je fais ma promenade, tout seul comme ça là (..) (Photographie 02)
En fin de compte je vais parler avec les gens là et puis je m'en vais faire le tour et voilà moi j'aime bien ça, (..) (Photographie 04)
Ca fait pas très très longtemps que , j'ai le fauteuil électrique, mais **maintenant avec ça je peux aller partout ou je veux**; parce qu'avant je pouvais pas aller là tu vois, la route avec l'autre fauteuil c'etait trop fatigant sauf quand mes enfants y venaient par là (...)
C'est que avec eux que je pouvais me promener c'était pas très très souvent maintenant je fais tout ce que je veux là, sauf que y' a plein d'endroits où mon fauteuil y passe pas à cause qu'il est trop large.
(...)
En fin de compte y'a du pour et du contre parce que **en fin de compte je peux aller plus loin mais pas tout à fait partout. la boulangerie, je peux pas mais la pharmacie c'est tout bon**, et pis je profite du grand air ça fait du bien et **comme ça je suis independant je ne demande plus tout le temps de l'aide**."

EF. 19. homme, 83 ans.



Crédits photos : B. Chaudet - Angers - France - 2007
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, Oct. 2008

Au-delà des supports techniques en direction des personnes déficientes, c'est l'aménagement progressif de l'espace public urbain qui permet aux personnes âgées de se déplacer quotidiennement et de maintenir leur autonomie (Fig. 72).

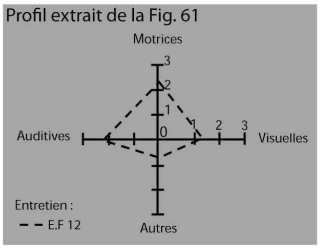
Figure 72. Des aménagements récents qui s'adaptent aux cheminements des plus âgés

Autour de la résidence *la Rose de Noël* (Belle beille - Angers - France)

"voilà ce que j'te disais l'autre fois c'est que (...) **ben là c'est tout bien refait, (photographie 02) on n'a pas de problème pour marcher** en plus que les voitures roulent moins vite là, c'est vraiment changé par rapport à avant. (...) La route et le trottoir c'est du même niveau ça aide bien pour marcher parce que tu vois moi je prends ma canne tout du long pour m'aider. (...)
Après ils vont refaire sûrement l'autre coté de la route, ce serait pas un luxe de refaire la route jusqu'à la boulangerie parce que là tu vois quand je vais pour chercher mon pain c'est à chaque fois pareil (...)
ben oui y'a toujours quelque chose, des fois c'est les poubelles, des fois c'est les voitures, mais **bon on s'accommode comme on peut** et puis je peux quand même passer c'est pas facile mais ça marche quand meme (Photographies 03-04). J'arrive à passer à côté ça se fait quand même. Je suis pas tout seul à râler y'en a d'autres qui disent que ça gêne mais bon je sais pas quand ils vont faire quelque chose (...)

Ben là tu vois des fois aussi je m'arrête pour reprendre mon souffle, c'est le coeur tu vois bien, j'suis plus tout jeune ça fait que je fatigue bien plus vite qu'avant mais le docteur m'a dit qu'il faut que je marche tous les jours pour l'entraîner alors c'est pour ça je vais chercher mon pain ou alors je viens là pour prendre le journal ça dépend. (...)
et puis je rentre à la maison et voilà j'ai fais mon p'tit tour. **J'ai vu desfois passer par le petit chemin à coté de la poste mais c'est pas idéal** pour marcher mais j'aime bien quand même et puis je m'asseois sur le banc c'est mieux que là (...) (Photographie 01).

EF. 12. Homme, 87 ans.



Crédits Photos : B. Chaudet - Angers - France - 2006
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, Nov. 2008

A défaut de se déplacer sur de longues distances, les personnes âgées sortent de leur domicile pour des espaces d'immédiate proximité, les bancs placés à l'entrée de la résidence, le parc attenant à la résidence (Fig. 73)

Au-delà des aménagements publics proposés, des obstacles restent présents, les personnes âgées doivent y faire face lors de leurs déplacements. Afin de maintenir leur autonomie, les personnes âgées déploient, en France comme au Québec, des tactiques et des stratégies qu'ils combinent pour parvenir à leur destination.

1.2.3 Le parcours, révélateur des itinéraires privilégiés

Le parcours accompagné est le révélateur des possibles cheminements de l'individu autour de son domicile. En effet, lors de l'interview le discours des personnes âgées ne révélait pas ou peu la description du parcours, excepté les freins à la mobilité liés à l'environnement naturel et aux aléas climatiques. Or, le discours en marche des personnes âgées a mis en avant les obstacles au cheminement et les différentes tactiques mises en œuvre pour atteindre la destination choisie. Les obstacles ou les discontinuités les plus fréquemment cités sont les intersections entre la chaussée et la voirie. A ce moment, plusieurs évènements sont énoncés : l'intensité de la circulation, l'appréhension du temps de traversée et la présence de trottoirs surélevés pour les personnes qui utilisent un déambulateur, un fauteuil roulant.

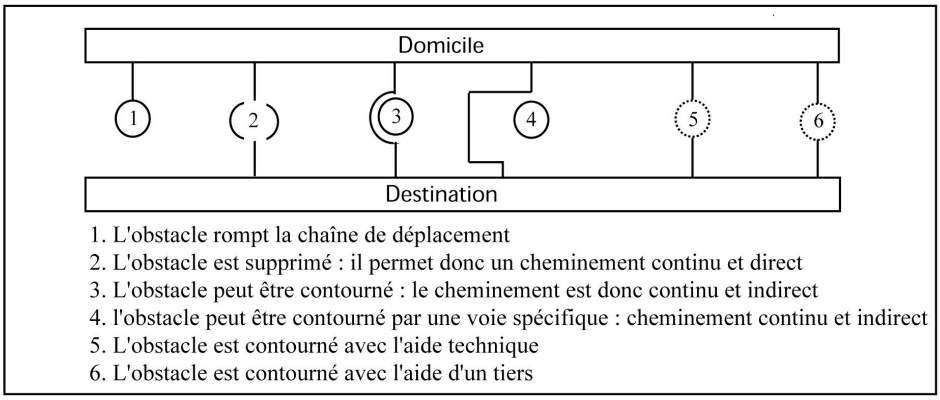
Le parcours est aussi l'occasion de pointer du doigt les différents obstacles physiques, et les solutions humaines et techniques auxquels ils font appel. Aussi ces parcours ont permis aux personnes accompagnées de partager les difficultés rencontrées lors de leurs cheminements en précisant qu'elles n'empruntent pas ou peu telles ou telles rues parce qu'elles sont sources de fatigue, dangereuses ou impraticables… Les tactiques mises en œuvre consistent à réagir en fonction des obstacles ou des imprévus qui apparaissent au gré du cheminement et face auxquels les personnes âgées s'adaptent en modifiant leur itinéraire.

Comme le précisait Hervé Rihal (*Handicap parlons-en !,* 2004) *« L'environnement peut aggraver ou amoindrir le handicap : ce sont là les règles d'accessibilité. Le handicap c'est un petit peu ce qu'on en fait […] c'est aussi en fonction de l'environnement »*. Les pratiques spatiales des personnes âgées sont caractérisées par la nature de l'environnement et leurs capacités d'adaptation à ce dernier. En fonction de leur compétence, elles effectuent un trajet d'environ 500 mètres autour de son domicile au cours duquel elles expriment les limites de leurs déplacements ou les trajets qu'elles réalisent facilement ou en mettant en place spontanément au gré des obstacles des tactiques qui leur permettent de poursuivre leur itinéraire. Ce sont à la fois les observations et les parcours accompagnés qui ont permis d'identifier les tactiques mises en œuvre au cours de leurs cheminements.

L'espace tel qu'il est aménagé recouvre des réalités variées : nous avons différencié six types d'itinéraires (Fig. 74). Les aménagements menés dans le sens de l'accessibilité sont parfois assortis de mesures partielles où certains obstacles restent présents et créent une rupture du cheminement (Itinéraire 1). On peut citer dans ce cas l'exemple du déplacement des personnes âgées à Sherbrooke où la topographie impose un cheminement unique possible pour relier leur domicile au parc Racine (Fig. 69 : 335) Contrairement à un aménagement global, favorisant un cheminement direct et sûr lorsque les obstacles sont supprimés (Itinéraire 2) par exemple entre la résidence *La Rose de Noël* et la poste à Angers dans le quartier de Belle-beille (Fig. 72 : 338) ou celui entre la résidence *Pie IX* à Montréal et les commerces et services de proximité (Fig. 70 : 336). Dans ces deux cas, les itinéraires empruntés par les personnes âgées révèlent des situations de déplacements où elles n'emploient aucune tactique particulière pour atteindre leur destination.

A l'exception de ces deux cas, l'itinéraire choisi par les personnes âgées met en exergue leur capacité d'adaptation face à un obstacle qu'elles n'avaient pas prévu. Pour atteindre leur destination, elles mettent en place diverses tactiques : réactions spontanées face à l'obstacle rencontré. Parmi les tactiques mises en œuvre on distingue le contournement (Itinéraire 3) et l'évitement (Itinéraire 4). Ces tactiques créent un cheminement indirect et plus sûr selon la personne interrogée. Les exemples dans ce cas sont les plus nombreux et ont été expérimenté à la fois en France et au Québec. Les supports techniques (Itinéraire 5) et le soutien humain (Itinéraire 6) sont aussi des tactiques qui conditionnent en partie la pratique et la fréquentation de ces espaces.

Figure 74. Six itinéraires de circulation possible des personnes âgées.



Adapté de
Réalisation B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, Janv. 2008

En définitive la mobilité quotidienne et l'expérience des parcours commentés font état de l'interaction entre les compétences de la personne âgée et la qualité de l'environnement immédiat autour de son domicile. L'expérience des parcours nous a montré combien les personnes âgées sont en mesure de faire face aux obstacles présents au cours de leur trajet en adoptant spontanément des tactiques leur permettant d'atteindre leur destination.

2. La mobilité quotidienne des personnes âgées est-elle libre ou contrainte ?

Les données recueillies au cours de l'observation confrontées au discours de la personne et à son parcours réel ont conduit à identifier les stratégies mises en œuvre par les personnes âgées afin de maintenir leur autonomie et leur mobilité quotidienne autour de leur domicile. Contrairement à la tactique, dont l'enjeu est localisé et limité dans le temps, la stratégie consiste à définir son objectif à plus long terme puis à choisir le parcours et les ressources qui lui permettront d'atteindre son but.

2.1 Les stratégies mises en œuvre

Les interviews réalisés auprès des personnes âgées ont mis en évidence leurs compétences et leur perception de leur état de santé. En revanche, le parcours met l'accent sur la qualité de l'environnement et les obstacles aux cheminements. Les apports du discours sont complémentaires aux récits recueillis lors du parcours et permettent d'identifier trois stratégies de déplacement du quotidien : les stratégies de découverte, les stratégies d'adaptation et les stratégies de résistance.

2.1.1 Stratégie de découverte

Les parcours des personnes âgées qui emménagent dans une résidence éloignée de leur quartier d'origine sont caractérisés par un temps de découverte du milieu de vie. Les premiers parcours effectués sont d'une importance primordiale pour que les personnes âgées puissent découvrir leur environnement et puissent se déplacer en toute connaissance du milieu de vie et ce en fonction de leurs compétences.

Elles effectuent dans un premier temps des déplacements très courts : généralement autour de la résidence puis de proche en proche découvrent leur environnement. Ce sont les conseils des proches, des voisins, des aidants qui permettent à la personne âgée de s'aventurer peu à peu vers des espaces publics plus éloignés. Cette progression est lente : elle suppose que la personne âgée ait confiance en ses interlocuteurs. Il s'agit d'abord et avant tout d'une démarche individuelle engagée par la personne âgée, c'est elle qui décide ou non de se déplacer autour de son domicile.

Cette démarche peut être doublée du soutien de l'entourage, des professionnels qui vont inciter les personnes vieillissantes à se déplacer hors de leur domicile. L'articulation entre la personne âgée, son entourage et les aidants est indispensable pour permettre à la personne âgée de poursuivre ses objectifs de découverte de son nouvel environnement favorable au maintien de son autonomie mais aussi pour le maintien d'un réseau relationnel propice à leur participation sociale. Par exemple, les résidents de *Saint Pierre* se rendent au parc botanique situé non loin de leur domicile : à une distance d'environ 750 mètres. Les plus autonomes se déplacent au-delà de cette distance pour rejoindre la rue principale du centre ville. Lors du parcours accompagné, nous avons compris que le résident interrogé était récemment arrivé dans la résidence ; initialement il ne se déplaçait pas seul hors de la résidence, il empruntait le bus de la résidence pour rejoindre le parc.

> *« Au début, je savais pas qu'on pouvait aller là et pis on m'a montré la route et puis j'ai trouvé ça ben ben fun [...] (il) faut faire attention là, c'est pas mal glissant, c'est à cause des travaux de la route là, après là c'est mieux ça va tout seul là [...] au début on pouvait aller de l'autre coté là-bas mais faut prendre l'autobus de la résidence et pis moi j'aime pas ben ben ça prendre l'autobus là en plus je savais po l'horaire faire pour me rentrer […] comme j'étais pas tout seul ça a ben été mais là maintenant je sais que je peux aller à pied par là c'est ben ben suffisant [...] Tu vois tu, là je prends toujours le même passage. »*
>
> *Homme, 83 ans, Résidence Saint Pierre, Rouyn- Noranda*

Après avoir découvert qu'il pouvait s'y rendre à pied, il effectue ce trajet une à deux fois par semaine. Il met l'accent sur ses capacités et montre que, malgré la qualité médiocre de la voirie du fait des travaux engagés à proximité, il est en mesure de s'adapter et de poursuivre son cheminement jusqu'au parc.

Progressivement la personne âgée se construit un éventail de lieux qu'elle est en mesure de pratiquer en fonction de ses compétences physiques et sensorielles au sein d'un environnement donné. Pour cela, elle aura dans un premier temps observé son environnement, participé à des

activités collectives diverses, de façon à actualiser ses connaissances du quartier, adapter ses pratiques spatiales et s'approprier ce nouvel espace de vie.

Notons que les personnes âgées qui résident depuis longtemps dans leur quartier expriment peu les lieux où elles ne vont pas. En revanche, une personne, qui ne connaît pas bien le quartier dans lequel elle réside, indique plus facilement les espaces qu'elle ne fréquente pas. Y a-t-il corrélation entre le processus conscient ou non de son cheminement et de son espace de vie et le degré d'appropriation de l'environnement par ses résidents ? Le panel de personnes interrogées au cours de cette étude ne permet pas de répondre assurément à cette question.

Notons néanmoins que parmi les personnes qui ont refusé de participer au parcours, quatre d'entre elles ont justifié leur refus par leur méconnaissance du quartier, deux autres nous ont guidé vers leurs voisins, leurs proches ou leurs amis qui leur ont montré le quartier. De cette manière on perçoit, même à travers le refus de s'engager vers un parcours accompagné, que les personnes-ressources facilitant la découverte de l'environnement immédiat du domicile sont identifiées et participent à la découverte du milieu de vie des nouveaux arrivants.

2.1.2 Stratégie d'adaptation

L'apparition progressive des déficiences associées à l'âge a pour conséquence une adaptation progressive de l'itinéraire en fonction des capacités de déplacement. Parmi les personnes interviewées, bon nombre ont d'ores et déjà une connaissance quasi parfaite des lieux, du fait de la longévité de résidence dans le quartier et des aménagements favorisant ou non leurs déplacements. Elles développent alors des stratégies d'adaptation plus ou moins consciente pour les trajets réguliers que le parcours accompagné a permis de révéler. Tantôt elles contournent ou évitent une rue, un plot, elles empruntent la rue suivante même si cela doit prolonger le trajet, le dénivelé sera moins important et permettra de cheminer plus facilement. C'est là tout l'art que les personnes âgées possèdent pour combiner leurs capacités et les moyens à leur disposition pour poursuivre leur cheminement.

> Par exemple au Québec, l'absence soudaine des trottoirs pour rejoindre le feu tricolore limite le déplacement les personnes âgées ayant une marchette (déambulateur). Ainsi, elles demandent le soutien et l'aide d'organismes communautaires ou empruntent les transports en commun pour rejoindre le centre d'achat. (Fig. 68 : 334)

La stratégie d'adaptation se caractérise aussi par la compensation d'une action par une autre. Par exemple, les personnes âgées malentendantes, sourdes ou malvoyantes sont confrontées aux difficultés de communication. Pour pallier ces obstacles, elles compensent par la lecture labiale

des personnes qu'elles côtoient, observent l'expression des visages en se plaçant face à la personne à qui elle s'adresse et évitent les discussions de groupes. De cette manière les stratégies d'adaptation peuvent aussi, paradoxalement, participer à l'exclusion de groupes sociaux. Cette exclusion est également perçue par les personnes souffrant d'incapacités fonctionnelles qui rencontrent de nombreux obstacles lorsqu'elles pratiquent le territoire urbain.

La façon dont un individu parvient, avec plus ou moins de succès, à modérer les contraintes auxquelles il est soumis, s'effectue en mobilisant des ressources personnelles, sociales, familiales ou techniques… Ainsi, la totalité des personnes que nous avons accompagnées lors de leur parcours ont mis en œuvre ces stratégies d'adaptation. Souvent elles ont pris le temps d'expliquer pourquoi elles modifiaient leur itinéraire, leur cheminement, en particulier lorsque l'obstacle n'était pas prévu et les conduisaient à mettre en œuvre des tactiques d'adaptation spontanées à l'environnement immédiat qu'elles fréquentent mais aussi en fonction de leurs compétences. Plus rarement elles ont fait état des aménagements favorables à leurs déplacements. L'adaptabilité de la voirie, du mobilier urbain et de la signalétique au cheminement des personnes âgées doit leur permettre de circuler aisément sans contraintes et de façon optimale. Or, les personnes âgées, au cours des entrevues, nous ont indiqué tout ce qui est incommode dans leur quartier : absence de trottoir, trottoirs trop hauts, insuffisance de bancs publics, mobiliers urbains et panneaux encombrants, trop haut, ou encore messages invisibles ou illisibles.

Ainsi, entre l'espace perçu par le piéton âgé et celui créé et conçu par les architectes et les aménageurs, on observe deux types de parcours. On distingue l'espace négocié autour du domicile, celui que l'usager à investi progressivement au fil du temps et qu'il s'est approprié ; de l'autre celui pensé et conçu par les architectes, urbanistes et aménageurs. Les parcours choisis par le piéton autour du domicile, sont parfois identiques et parfois différents : chacun offre une vision différente du cheminement qu'ils interprètent selon leur propre grille de référence. Se pose alors la question de la définition des objectifs fixés par l'aménagement de l'espace public urbain au plus près de ces usages et des usagers.

2.1.3 Stratégie de résistance

Les stratégies de résistance se caractérisent par la volonté des personnes âgées d'atteindre leurs destinations malgré les obstacles, les risques présents, l'appréhension et la peur. Elles se manifestent par la volonté de faire face à une mobilité réprimée soit par les conditions de santé qui, pendant plusieurs semaines, les ont empêchées de se déplacer à leur guise du fait d'un

temps de convalescence, soit par la volonté de rejoindre des lieux qu'elles affectionnent.

> Dans le cas de la municipalité de Sherbrooke, entre les parcours supposés et ceux exprimés un décalage majeur apparaît. De fait, la traversée piétonne de la rue qui sépare la *Résidence des Sages* du centre d'achat n'est pas celle attendue : Le passage piéton aménagé en amont, au niveau de l'intersection, n'est pas utilisé par les personnes âgées qui prennent le risque de traverser en face la résidence avec l'intention d'effectuer le trajet le plus court. Paradoxalement, elles éprouvent toutes une appréhension à effectuer cette traversée, du fait de l'insécurité dont ils ont conscience (Fig. 69 : 335).

L'apparition des pathologies associées à l'avancée en âge n'est pas sans conséquence : les personnes âgées voient leurs pratiques spatiales bouleversées. Dans ce cas, les difficultés d'adaptation de l'environnement se posent particulièrement pour ceux qui, plus anciens, ont construit leurs compétences dans un environnement qui leur était préalablement adapté. La nature de l'environnement peut engendrer des « décrochages » c'est-à-dire une perte de contact de l'individu âgé avec son entourage. A l'inverse lorsque l'environnement contraint la mobilité quotidienne des personnes âgées, les personnes âgées mettent en place des stratégies de résistances qui se caractérisent par une prise de risque.

> Les déplacements des personnes âgées de la résidence le *Bel âge* consistent à rejoindre le centre d'achat situé de l'autre côté de la 2*2 voies. Pourtant ce cheminement qui à vol d'oiseau est relativement court n'est pas aisé pour les personnes âgées. En effet, le trottoir s'arrête à mi-chemin pour laisser place à une bande de pelouse qui permet de rejoindre le feu tricolore (la lumière) de ce fait certaines personnes le pratique malgré les risques de chutes et les difficultés associées à la nature du sol. De plus, la traversée est extrêmement difficile de part la durée du feu tricolore qui ne permet pas aux personnes âgées de traverser sans avoir le sentiment de se presser et créé un sentiment d'insécurité. Malgré cela deux personnes affirment effectuer ce trajet que nous avons expérimenté avec l'une d'entre elles. Le fait que cette résidence soit localisée en périphérie, sa fonction passée d'ancien motel ainsi que la place accordée à l'automobile conduisent à une certaine forme d'isolement des personnes vieillissantes au sein de cette résidence.

Aussi l'aptitude des personnes à construire des compétences nouvelles décroît avec l'âge, ce qui interroge les compétences acquises et l'aisance de l'apprentissage de nouveaux outils. Il importe alors d'identifier les processus mis en œuvre par les personnes âgées en fonction de leurs compétences, de leurs rythmes de vie pour améliorer les conditions de déplacement au

quotidien et limiter les contraintes d'aménagement de l'espace public urbain.

2.2 Entre l'observation du cheminement et le discours du parcours

Chacune des trois étapes adoptées (Observation, discours et parcours) pour identifier et analyser les pratiques spatiales des personnes âgées en perte d'autonomie nous ont permis de mettre en avant les atouts et les limites de chaque temps de notre démarche méthodologique.

2.2.1 L'observation, entre subjectivité et objectivité du chercheur

Nous avons accordé un temps limité à l'observation (de l'ordre d'une ½ journée) qui, suivant les conditions météorologiques, la période de l'observation et le jour choisi, a permis d'appréhender les déplacements des personnes âgées. La durée d'observation des déplacements des personnes âgées constitue l'une des limites de la présente étude et mériterait une investigation plus approfondie sur le terrain centrée sur les activités et les ressources utilisées par les personnes âgées mais aussi sur les moyens qui leur sont offerts pour maintenir leur autonomie. Ces éléments permettent d'identifier les déterminants de l'espace capacitant. Ce dernier est entendu comme un espace où l'interaction entre la personne et son environnement est favorable à son autonomie et à sa participation aux activités quotidiennes. Lorsque le potentiel de la personne et l'usage de l'espace public urbain rendent possible le déplacement d'un individu : l'espace est dit capacitant.

L'observation permet de qualifier l'environnement, les références architecturales, l'ambiance urbaine et le milieu de vie des personnes âgées. Les caractéristiques des résidences situées en périphéries des municipalités étudiées caractérisées en France pour les quartiers de Belle-beille et de Monplaisir sont la présence de grands ensembles, et celles situées en périphérie des villes québécoises : Rouyn-Noranda et Sherbrooke sont caractérisées par des espaces résidentiels et la présence de zone commerciales. Les résidences localisées dans les centres urbains sont au cœur d'espaces plus densément peuplée, c'est le cas de la résidence *Grégoire Bordillon* à Angers et de la résidence *Brooks* à Sherbrooke. L'observation du quartier dans lequel résident ces populations nous a permis de remarquer que chacune des résidences étudiées se situait à proximité d'espaces à vocations commerciales de dimensions variables : grands centres d'achat en périphérie québécoise, et des places commerçantes dans les quartiers français ou à défaut une rue principale comprenant les commerces dit de proximité à Rouyn-Noranda ou Baugé. Ces espaces

sont privilégiés par les populations vieillissantes, notamment car le mobilier urbain implanté est inclusif, favorisant le cheminement, le repos et l'accès et la participation des aînés à la vie de la cité. La distinction majeure entre le Québec et la France relève des contrastes climatiques qui empêchent au Québec les déplacements des personnes âgées durant quatre à cinq mois d'hiver tandis qu'en France les conditions climatiques limitent les déplacements des personnes âgées sur un temps plus court. Ce sont d'ailleurs les éléments qui ressortent des discours recueillis.

La subjectivité et l'objectivité de l'étude menée se pose malgré le caractère aléatoire des personnes suivies lors de l'observation, les notes et les photos choisies. Néanmoins, l'usage d'une grille d'observation permet de systématiser les observations effectuées et de conserver un angle d'approche à chaque étude. Bien sûr, la multiplication des observateurs, leur formation à l'usage de la grille d'évaluation permettrait d'assurer une plus grande objectivité de l'observation menée.

2.2.2 Recueil du discours des aînés, entre perception et représentation

La description d'un itinéraire sensible apparaît peu lors de l'entretien, seuls les éléments caractérisant la saisonnalité (en particulier l'hiver québécois), la topographie, et les aléas sont mentionnés (stationnements gênant de véhicules, poubelles sur le trottoir, *etc*.) Les piétons font alors référence au mobilier urbain en présence, en particulier aux bancs, aux espaces de repos, et dans le cas français précisent des repères architecturaux (Salle de spectacle, église *etc*.). L'organisation de l'espace public urbain, notamment la place laissée à l'implantation du mobilier urbain au Québec, est facilitée par la dimension des rues et des voies de cheminement piéton. Le contraste avec les centres urbains français où les trottoirs étroits et encombrés est saisissant et limite le cheminement des piétons âgés.

Les personnes âgées se déplacent régulièrement autour leur domicile. Le discours des personnes âgées interrogées au sein de ces résidences confirme que les destinations régulières sont situées à moins d'un kilomètre de la résidence. Il est donc possible pour ces populations de s'y rendre à pied suivant un itinéraire qu'elles ont des difficultés à verbaliser. Le plus fréquemment parce qu'elles connaissent parfaitement le quartier et que l'accès à ce lieu est évident, habituel et qu'elles ne portent pas ou plus attention à ce parcours et de ce fait rend plus complexe leur capacité à se représenter mentalement le parcours effectué et le décrire. Par ailleurs, lorsqu'elles expriment leurs déplacements, plus occasionnels, vers les services administratifs, services sociaux ou de santé, elles insistent non pas sur le parcours réalisé mais sur les modes de déplacement utilisés : taxi, ambulance, transport spécialisé et sur les solidarités

formelles ou informelles auxquelles elles font appel qu'il s'agisse des aidants, des associations, des entreprises d'économie sociale et solidaire, des organismes communautaires ou de leurs proches (famille, voisin, *etc.*). La place du collectif et des réseaux prend alors le pas sur la description des possibles parcours.

2.2.3 Parcours accompagné, expérience sensible et technique

Les mobilités quotidiennes des personnes âgées et la pratique de la marche chez les personnes âgées sont très proches en France et au Québec, révélant ainsi des parcours où les tactiques mises en œuvre sont similaires. En effet, ce n'est qu'au moment du parcours qu'elles évoquent leur itinéraire de façon sensible et techniques pointant du doigt les données observées, les sons (en particulier un espace bruyant et dans une moindre mesure un espace calme et plus silencieux) et les odeurs (la présence d'une boulangerie, d'un torréfacteur, de la pollution). Se dégagent alors des stratégies distinctes suivant les aptitudes de la personne et la qualité de son environnement, afin de maintenir son autonomie.

Il importe à ce moment de lire ces stratégies comme un processus plus ou moins conscient. Ce processus semble aller de pair avec le degré de connaissance et d'appropriation du territoire urbain de proximité. De fait, une personne qui emménage récemment dans un quartier prend naturellement conscience des obstacles auxquels elle est confrontée et exprime des difficultés quotidiennes. En revanche, une personne qui connaît assurément le quartier contourne les obstacles, emprunte telle rue plutôt que telle autre pour des raisons pratiques sans exprimer la nécessité de faire ce détour pour faciliter son cheminement. La découverte d'un obstacle sur son chemin en revanche lui impose de modifier son cheminement et est systématiquement décrit, ce qui équivaut à une façon de justifier son parcours et sa difficulté de l'instant. Par ailleurs, elles indiquent les détails techniques tels que l'emplacement du bouton qui déclenche le système sonore mais aussi l'ensemble des éléments techniques spécifiques qui facilitent ou non le cheminement des autres (dont elle fait fréquemment partie). Dès lors, le parcours fait appel à de multiples référentiels techniques que les personnes acquièrent au fil de leurs pratiques et de leurs connaissances du milieu. Ces aménagements spécifiques à chaque collectivité font l'objet de questionnement quant à leur diversité : les appareillages et équipements sont distincts suivant le choix des collectivités. Pour la traversée de la chaussée par exemple, certaines collectivités optent pour un bouton poussoir, d'autre pour un boîtier vibreur, d'autre encore pour une télécommande … En définitive, ce sont des éléments qui se superposent et s'ajoutent aux équipements pré existant et interroge la prise en compte et le développement de ces apprentissages et les processus d'adaptation par les politiques d'aménagement du territoire.

L'étude des parcours des personnes âgées autour de leur domicile a permis d'appréhender les espaces capacitants suivant l'expression orale, la pratique et l'observation des personnes vieillissantes qui ont accepté d'y participer et rend compte d'une réalité du cheminement des personnes âgées. Les trois temps de la démarche adoptée : celui de l'observation, des entretiens et du parcours commenté sont des étapes qui facilite la compréhension du parcours effectué. Si la démarche méthodologique initiale fait appel à la sociologie, à l'ethnologie, l'ensemble de la démarche composée des trois étapes se veut géographique : en effet le comportement des piétons âgés autour de leur domicile, les lieux fréquentés, leur connaissance du territoire proche de leur domicile est caractérisé par des espaces facilitant ou incapacitant la mobilité quotidienne des personnes vieillissantes au seuil de la dépendance. En nous appuyant sur les travaux de Sen, nous avons « matérialisé » l'expérience des personnes âgées en France et au Québec selon trois dimensions : la qualité de l'environnement, l'aptitude et la perception de l'état de santé de la personne âgée.

2.3 Identifier les espaces capacitants / invalidants

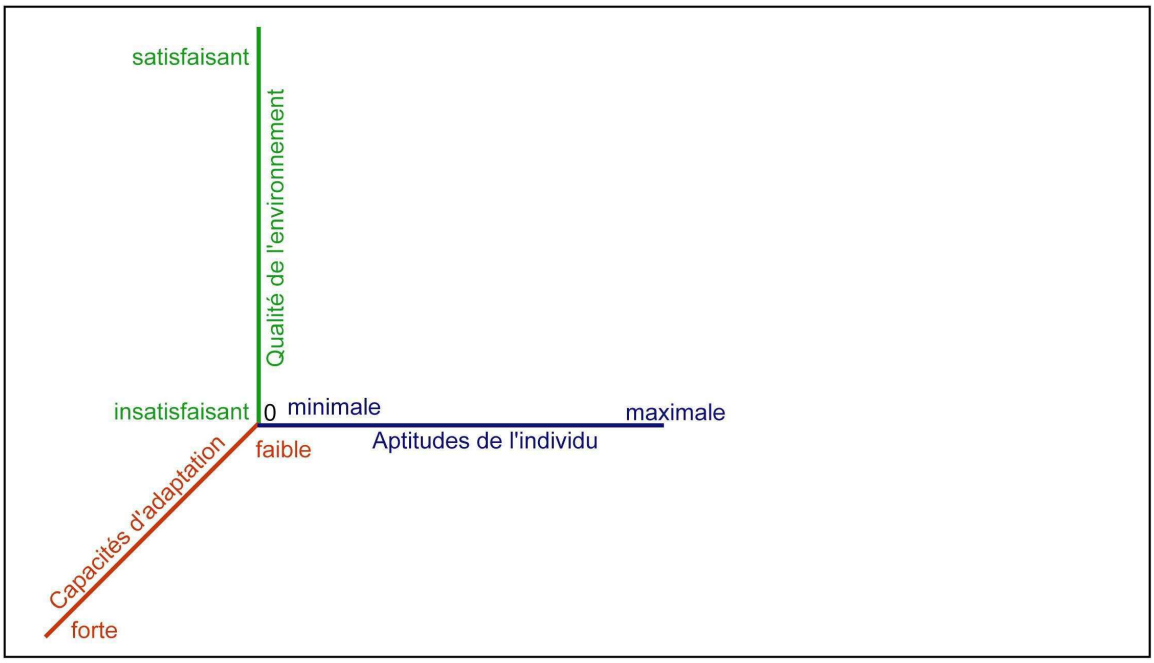
La notion d'environnement capacitant apparaît dans les travaux de Sen (1999) lorsqu'il propose sa théorie des « capabilités ». Cette dernière est entendue comme l'ensemble des choix possibles d'un individu quel que soit l'usage qu'il en fait. Dès lors, ce sont les actions effectives des individus qui sont prises en compte ; l'environnement capacitant suppose donc que l'ensemble des conditions individuelles, techniques et sociales permettent à l'individu d'effectuer ses propres choix. C'est dans ce sens que nous posons la notion d'espace capacitant : espaces qui permettent le déplacement des personnes âgées autour de leur domicile de façon autonome.

2.3.1 Trois dimensions de l'espace capacitant

Dans un premier temps la personne âgée se mobilise pour atteindre ses objectifs, mettant ainsi en œuvre des tactiques et des stratégies de déplacement. Puis cette mobilisation s'articule autour des tactiques mises en œuvre spontanément pour faire face aux obstacles qui apparaissent au cours de son cheminement. Rappelons la distinction entre stratégie et tactique. Cette dernière est mise en œuvre spontanément lors de la présence inattendue d'un obstacle sur le parcours, tandis que la stratégie est un processus mis en œuvre en amont de la réalisation du parcours.

L'approche de l'interaction entre la personne âgée et son environnement repose sur trois dimensions : l'une faisant état de la qualité de l'environnement urbain de proximité (en référence à l'observation), la seconde suivant les compétences de l'individu (en référence aux discours) et la troisième dimension s'articule autour des possibilités d'adaptation et des tactiques mises en œuvre (en référence aux pratiques) (Fig. 75).

Figure 75. Trois dimensions de l'espace capacitant / invalidant



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, juin 2008

Un environnement inadapté associé aux limitations fonctionnelles de l'individu âgé confronté à une faible capacité d'adaptation définit une situation de handicap. Plus les caractéristiques de la situation étudiée s'approche du point zéro, plus l'espace est considéré comme invalidant. A l'inverse, l'espace est qualifié de capacitant lorsque les compétences de l'individu âgé sont optimales, que ses capacités d'adaptation sont importantes et que la qualité de l'environnement est acceptable. Il est nécessaire que deux dimensions soient proches du zéro pour que la situation étudiée soit jugée invalidante.

2.3.2 Des tactiques et des stratégies communes en France et au Québec

Alors que les particularités du mobilier urbain et que les conditions climatiques varient en France et au Québec, les tactiques et les stratégies sont similaires. Les parcours effectués, les discours recueillis auprès des personnes âgées et l'observation permettent de dégager les

caractéristiques des mobilités quotidiennes des personnes âgées autour de leur domicile (Tableau 13).

Tableau 13. Parcours commentés autour du domicile des personnes âgées en France et au Québec entre tactiques et stratégies.

	Nom de la résidence	Localisation	Tactiques	Stratégie			Processus conscient.
				Découverte	Adaptation	Résistance	
Québec	*Le Bel Age*	Rouyn-Noranda	Oui	Non	Oui	Non	Oui
	Saint Pierre	Rouyn-Noranda	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
	Villa des sages	Sherbrooke	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
	Brooks	Sherbrooke	Non	Non	Non	Non	Oui
	Pie IX	Montréal	Oui	Non	Oui	Non	Oui
	Aylwyn	Montréal	Oui	Non	Oui	Non	Non
France	*Rose de Noel*	Belle-Beille Angers	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Corbeille d'argent	Monplaisir Angers	Oui	Non	Oui	Non	Oui
	Les justices	Justices Angers	Non	Non	Non	Non	Non
	Gregoire Bordillon	Centre Angers	Non	Oui	Oui	Non	Oui
	Valboyer	Baugé	Oui	Oui	Oui	Non	Non

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2008

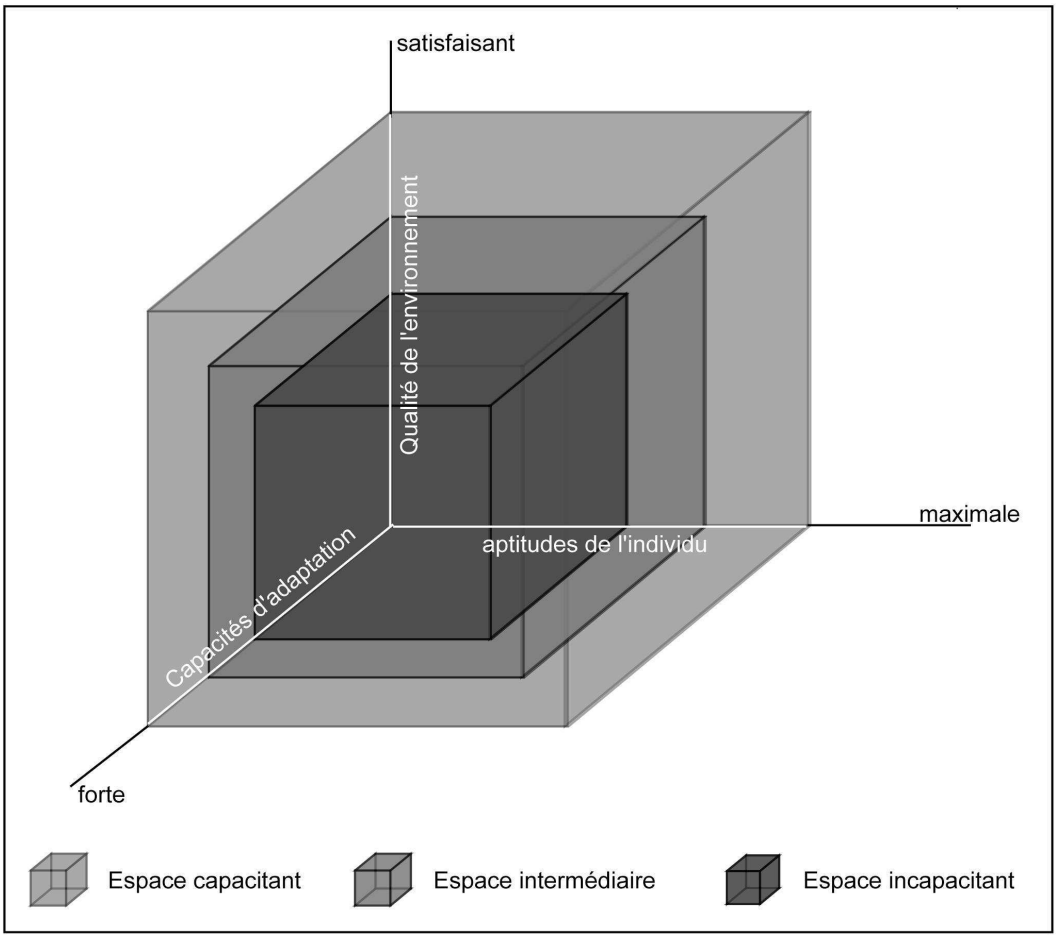
Lorsque les personnes âgées évoluent dans un espace dit capacitant, elles n'éprouvent pas le besoin de mettre en place des tactiques, ni des stratégies particulières de déplacement. A ce moment le cheminement ne requiert pas de prise de conscience spécifique de son environnement dans la mesure où la qualité de l'environnement est en adéquation avec leurs compétences et implique une capacité d'adaptation qui devient de fait *optimum*.

A l'inverse, certains espaces ne sont pas fréquentés ou sont méconnus des populations fragiles. Ces espaces incapacitants sont des espaces ou le cheminement d'une personne en perte d'autonomie n'est pas possible, les tactiques susceptibles d'être mises en place se révèlent inefficaces et les stratégies d'adaptation, de découverte ou de résistance ne peuvent s'exercer. Le processus conscient ou non est présent puisque ce sont des espaces où les déplacements ne sont pas possibles, caractérisant une forme d'isolement face à l'inaccessibilité de ces espaces. (Fig. 76).

Entre ces deux extrêmes (espace capacitant ou invalidant), la majorité des espaces fréquentés sont intermédiaires : ils laissent place à la mise en œuvre de tactiques spontanées au gré des obstacles rencontrés, et accentuent les stratégies d'adaptation. Les stratégies de découverte et de résistance comme le processus plus ou moins conscientes puisqu'elles varient en fonction du

degré d'ancrage au quartier et de l'appropriation de l'espace urbain de proximité

Figure 76. Les caractéristiques de la mobilité quotidienne des personnes âgées.



Types d'espaces	Tactique	Stratégies			processus conscient
		Découverte	Adaptation	Résistance	
capacitant	-	-	-	-	-
intermédiaire	+	+ / -	+	+ / -	+ / -
invalidant	-	-	-	+	+

Réalisation : B. Chaudet, UMR ESO 6590, Juin 2008

Au-delà de cette détermination joue également la perception des personnes et le rôle du collectif (prise en charge, aide des tiers, *etc.*). Le collectif permet à la personne âgée de s'économiser, de se protéger ou de progresser en maintenant une certaine autonomie. Le concept d'autonomie entend une certaine liberté de choix, un certain bien-être. L'autonomie peut se caractériser par la mobilité quotidienne des individus vieillissants et leur participation aux

activités sociales. Cette autonomie permet aux personnes âgées d'accéder à un espace plus ou moins vaste autour de leur domicile. Elle leur permet de choisir et de modifier leur parcours en fonction de leurs compétences et de la pénibilité de l'environnement. Elle leur permet donc de développer des stratégies de déplacement permettant de répondre à leurs besoins favorisant ainsi leur autonomie.

2.3.3 Comment définir les objectifs de l'aménagement de l'espace public ?

Certains espaces favorisent le cheminement de la personne, d'autres nécessitent des aménagements pour être pratiqués ; c'est ce qui différencie les espaces capacitants des espaces invalidants. En fonction des compétences des individus un espace capacitant pour l'un peut devenir invalidant pour un autre. Dans ce cas, comment redéfinir les objectifs de l'aménagement de l'espace public au plus près des usages et des usagers ?

Les observations sur le territoire urbain de proximité ont révélé une multiplicité d'usages de l'espace public. L'expérience des parcours montre que la forme de l'espace et son aménagement ne déterminent pas systématiquement les pratiques spatiales des personnes âgées, excepté lorsque la chaîne de déplacement est rompue et n'est pas en mesure d'être compensée par une aide technique et/ou humaine.

C'est pourquoi une approche opérationnelle sous forme d'une étude à l'échelle micro des situations d'usage réaliste directement sur le terrain a été privilégiée. Un espace capacitant ou invalidant est un espace qui fait appel à la subjectivité de la personne qui pratique l'espace : c'est la perception de l'usage de la personne âgée qui importe dans ce cas. L'intérêt est d'accorder de l'importance à l'expérience des individus, leur mobilité quotidienne et l'usage de l'espace urbain de proximité.

Le territoire urbain de proximité est alors scindé en différentes zones. Les zones intermédiaires, plus ou moins capacitantes ou invalidantes, ont des conséquences sur les pratiques sociales des individus âgés et les conduisent à sélectionner certains lieux au détriment d'autres. De cette manière, on peut interroger la place des usagers au sein de l'espace public urbain. L'usage de l'espace est-il imposé par l'aménagement existant ? Se pose alors la question de la visibilité des populations fragiles, de leur inclusion dans la cité et de la place qui leur est accordée !

Conclusion

Nous avons au cours de ce chapitre identifié les itinéraires qui fixent le territoire de proximité du domicile des personnes âgées. Dès lors, lire le territoire urbain de proximité des personnes âgées consiste à expliquer la localisation des espaces fréquentés et leurs limites. Les personnes âgées ont besoin d'adapter leur cheminement, d'être en mesure de modifier leurs itinéraires suivant leurs goûts, leurs exigences de santé ou pour des raisons d'ordre social (rendez-vous médical, visite amicale, familiale) ; pour cela elles mettent en place des tactiques et des stratégies plus ou moins conscientes en fonction de leur connaissance et ancrage au quartier. Les tactiques mises en place spontanément participent à l'élaboration de stratégies de déplacement. En effet, une personne semi autonome en mesure de développer des tactiques lors de son cheminement a une mobilité plus importante et se déplace sur de plus longue distance et inversement.

Étudier l'itinéraire des personnes âgées nous conduit à comprendre l'inscription territoriale des individus. Le repérage des obstacles et des imprévus qui surviennent pendant le déplacement permet de saisir les dysfonctionnements de l'espace urbain, les tactiques déployées et les stratégies permettant d'y faire face. L'expérience sensible du parcours accompagné permet de comprendre les modalités d'une accommodation à des contraintes spatiales. Le vécu et la perception des usagers de ces espaces de mobilité permettent d'identifier les marqueurs de l'accessibilité et du maintien de l'autonomie des personnes âgées de manière à favoriser leur participation sociale. Dans ce contexte, en France et au Québec, nous avons tenté de matérialiser les usages et la parole des usagers les plus vulnérables, en l'occurrence les personnes âgées en construisant un modèle d'évaluation de l'accessibilité présenté au cours du chapitre suivant.

Nous postulons alors qu'une personne âgée effectue des trajets particuliers que nous appelons « espaces trajets spécifiques ». Pour évaluer l'adaptabilité des espaces fréquentés par des populations âgées, nous proposons de modéliser les parcours effectués régulièrement : les espaces trajets spécifiques. De cette manière les données issues des trois modes de collectes de données (observation, discours et parcours) permettent d'identifier le(s) mode(s) de transmissions d'informations les plus appropriés pour prendre en compte l'usager et l'usage de l'espace public urbain et répondre à la question suivante : l'usager est-il véritablement acteur de son intégration sociale

CHAPITRE 8.

DE L'OBSERVATION AUX PRATIQUES SPATIALES DES PERSONNES AGEES : UN MODELE D'EVALUATION DE L'ACCESSIBILITE

Introduction

Les observations et les discours recueillis confrontés aux parcours accompagnés ont conduit à proposer un modèle d'évaluation de l'accessibilité. Celui-ci combine les observations de l'existant, la perception des personnes âgées de l'espace public urbain proche de leur domicile et l'expérience des parcours effectués. Mais le constat n'est qu'une première étape. Dans un deuxième temps, nous proposons de mettre en place un outil d'évaluation et de suivi du parcours des usagers de l'espace public urbain de proximité.

La mise en application du modèle en France et au Québec permet de lire et de comprendre le sens donné à l'accessibilité et le poids du discours et de la pratique de l'espace des personnes âgées. Le modèle d'évaluation de l'accessibilité est utilisé pour replacer ces informations dans un contexte territorial, il illustre l'accès à l'espace public urbain de proximité tel qu'il est observé, vécu et perçu par les personnes âgées.

La conception de cet outil d'évaluation de l'accessibilité vise à prendre en compte les usages et la parole des usagers dans l'élaboration des politiques locales d'accessibilité. Cet outil compris comme support de l'expérience et de la parole des usagers participe à l'élaboration de projets d'aménagement du territoire. En effet, dans un contexte politique où les décisions prises par les élus locaux mais aussi les orientations nationales sont la résultante de processus de participation publique croissante, la question posée est celle des modalités de la participation des populations fragiles et vulnérables dans les démarches de mises en accessibilité.

1. L'évaluation de l'accessibilité des « espaces trajets spécifiques »

1.1 L'émergence des outils d'évaluation de l'accessibilité

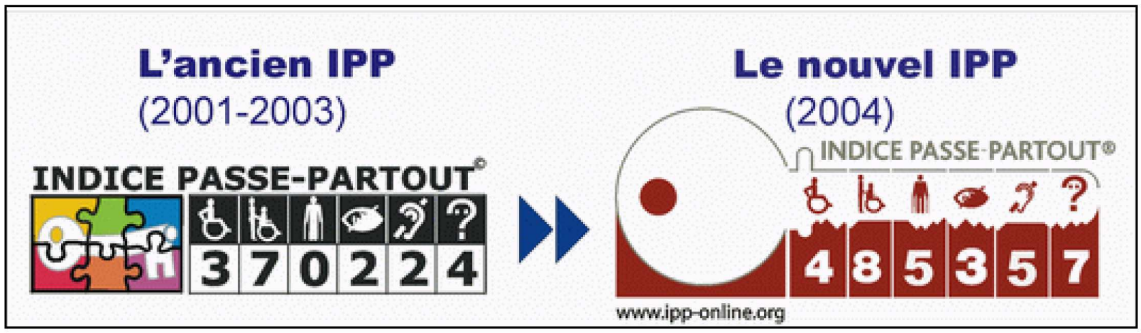
Avant de présenter l'outil qui a été développé dans le cadre de cette thèse, les paragraphes qui suivent donnent un bref aperçu des expériences similaires menées dans différents pays pour dresser un état des lieux. Des indices d'évaluation de l'accessibilité de sites ou de villes ont été mis au point ces dernières années et constituent un outil efficace pour bâtir un état des lieux, un diagnostic et prévoir un programme de mise en accessibilité. Parmi ces systèmes on peut citer les exemples suivants :

1.1.1 Un exemple d'outil d'évaluation de l'accessibilité, l'Indice Passe Partout (IPP) (Belgique)

L'Indice Passe Partout (IPP) est un outil d'évaluation de l'accessibilité des bâtiments ouverts au public. Cet indice permet aux visiteurs des Établissements recevant du public (ERP), en fonction de leur déficience, d'identifier les obstacles qu'ils sont susceptibles de rencontrer et de vérifier son accessibilité. L'indice est aussi force de préconisations pour les gestionnaires de ces établissements, qui sont en mesure d'identifier le niveau d'accessibilité de l'établissement et les étapes à suivre pour permettre de gravir les niveaux d'accessibilité.

Créé en 2001 par le bureau d'étude « Plain Pied », l'indice a d'abord été testé en Wallonie et à Bruxelles. Suite aux remarques des associations de personnes handicapées, les critères d'évaluation ont évolué et ont été intégrés dans la seconde version de l'indice en 2004. Le Groupe d'Action pour une Meilleure Accessibilité aux personnes Handicapées (GAMAH) a signé une convention avec le ministre wallon des affaires sociale et de santé (Fig. 77)

Figure 77. Evolution de l'Indice passe partout (IPP) - Belgique



Comment décoder cette clé ?

L'indice se présente sous la forme d'un logo unique, il représente six catégories de personnes à mobilité réduite « *personne en chaise roulante pouvant se déplacer en toute autonomie ; personne en chaise ayant une autonomie restreinte nécessitant la présence d'une aide ; personne marchant avec difficulté aidée de canne, béquilles, prothèse ou déambulateur ; les deux catégories suivantes (4e et 5e chiffres) concernent les handicapés sensoriels aveugle et malvoyant ; et sourd et malentendant enfin la dernière catégorie (dernier chiffre) est celle des personnes dites "fragilisées" personne rhumatisante, cardiaque, asthmatique, fortement encombrée, de grande et de petite taille, handicapée mentalement, ainsi que les seniors* » . Cette dernière catégorie intitulée personnes fragilisées est devenue celle des personnes avec des difficultés de compréhension.

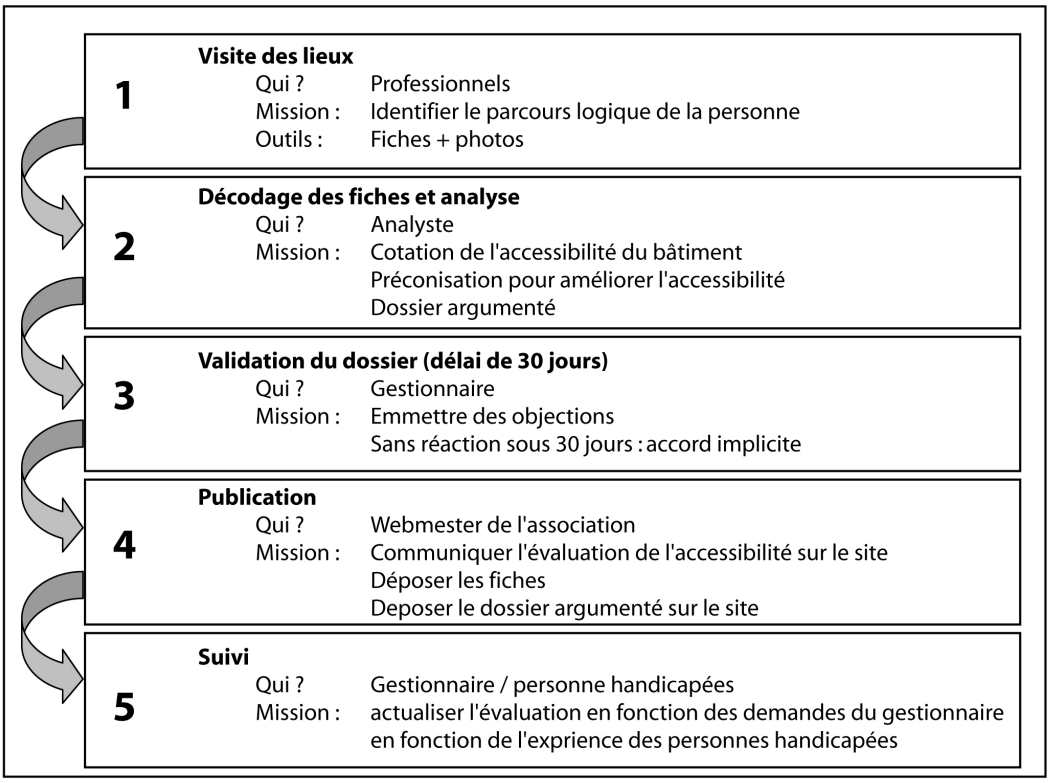
La cotation proposée, entre 0 et 9, représente les niveaux d'accessibilité : plus l'indice est élevé plus l'accessibilité est grande. A chaque niveau d'accessibilité correspond une fonction. Ces dernières varient suivant les catégories concernées. Chaque niveau doit être assuré pour permettre aux personnes de se repérer, de circuler au sein des Établissements recevant du public (ERP). Ainsi, tout établissement indiquant un niveau d'accessibilité équivalent à 4 signifie que, pour le handicap identifié, les fonctions 1, 2, 3 et 4 sont assurées. Lorsqu'un niveau d'accessibilité n'est pas respecté alors la chaîne des niveaux d'accessibilité est interrompue. Par exemple, si la fonction 5 n'est pas assurée alors que les fonctions suivantes (6 à 9) le sont ; le niveau d'accessibilité demeure à 4.

Une première limite à cet outil est l'usage à mauvais escient du logo : la principale critique reposant sur les critères pris en compte. Ces derniers ne sont pas exhaustifs, et reposent sur l'expérience de l'association et le recueil d'information depuis 25 ans, et les recommandations des associations de personnes à mobilité réduite qui sont en mesure d'amender les critères proposés avant leur validation. Une seconde limite à l'usage de cet outil repose sur le fait qu'il soit consacré à l'accessibilité des ERP. En effet, s'il présente l'avantage d'intégrer l'ensemble des situations de handicap, il ne prend pas en compte l'extérieur du bâtiment et la « connexion » avec la voirie et le cheminement permettant d'atteindre l'ERP contrairement à la chaîne de déplacement réel sur laquelle nous avons fondé notre étude.

La conception du l'indice pour chaque ERP s'effectue suivant cinq étapes, la première concerne les professionnels en chargent d'identifier les parcours logiques qui sont ensuite transmis à un analyste qui évalue l'accessibilité du bâtiment et annonce les préconisations en

matière d'accessibilité. Le gestionnaire du bâtiment dispose alors d'un délai de 30 jours pour émettre des objections enfin les personnes handicapées et le gestionnaire sont en charge du suivi du dossier. (Fig. 78).

Figure 78. Mode de conception de l'Indice passe partout (IPP) - Belgique



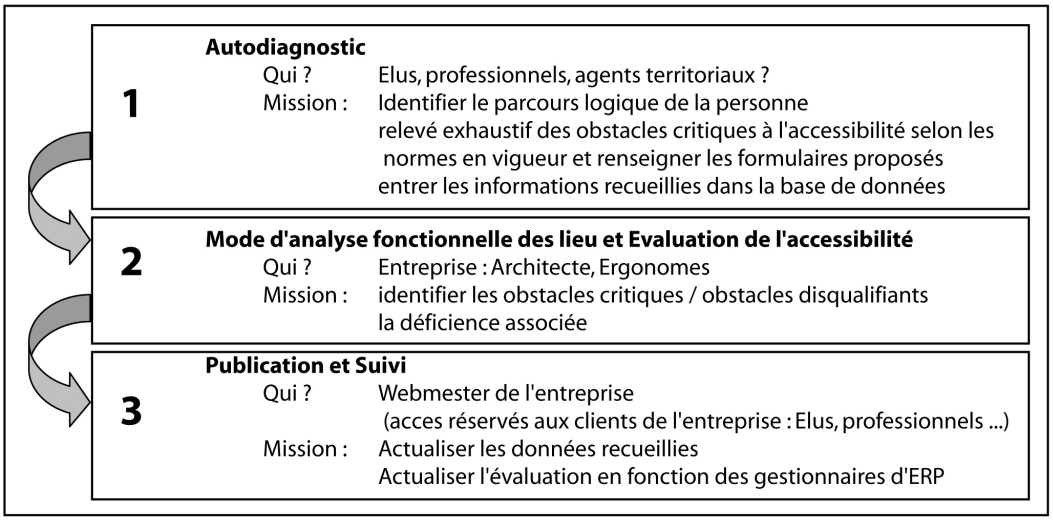
1.1.2 Un exemple d'outil d'évaluation de l'accessibilité, l'Indice de mesure de l'accessibilité (France)

Créée en 2003, l'entreprise française Accessmétrie propose une démarche systématique pour aider les collectivités territoriales et les gestionnaires d'ERP à améliorer leur accessibilité. Les gestionnaires sont ainsi en mesure d'établir un état des lieux de l'accessibilité, et sont en mesure de construire un plan d'action opérationnel pour une mise en accessibilité progressive des établissements qui permet également de maîtriser le patrimoine.

Le principe est celui de l'Évaluation et de la Maîtrise des Obstacles Critiques (EMOC) fondés sur l'observation et l'étude des logiques des cheminements. Le diagnostic s'effectue depuis les abords de l'établissement et permettent de recenser de façon exhaustive les obstacles critiques infranchissables pour les personnes à mobilité réduite. Un indice d'accessibilité est alors attribué au bâtiment : il oscille entre 0 et 100. 100% est la valeur correspondant au respect

intégral des normes en vigueur. Dans un second temps, des préconisations sont formulées, une enveloppe budgétaire approximative déterminée et le gain en indice d'accessibilité évalué (Fig. 79).

Figure 79. Mode de conception de l'Indice d'accessibilité - France



L'indice d'évaluation proposé ici, correspond aux attentes des collectivités territoriales et des gestionnaires d'établissements publics dans un contexte de mise en accessibilité des espaces publics neufs et rénovés. Les diagnostics alors effectués ont pour but d'identifier les obstacles aux cheminements et visent à produire des rapports internes aux collectivités. De fait, les documents produits permettent d'évaluer le coût de la mise en accessibilité selon les normes en vigueur. En conséquence, il ne prend pas ou peu en compte le vécu des populations en situation de handicap et propose une approche normative et standardisée de l'accessibilité.

Les réflexions menées au sujet des divers indicateurs existants pour évaluer l'accessibilité de l'espace sont récentes ; il s'agit d'une pratique encore hésitante autour de laquelle il n'existe pas à ce jour de véritable consensus et moins encore de méthode formellement établie permettant une plus large utilisation.

Les modèles d'évaluation de l'accessibilité présentés ci-dessus font l'objet d'une étude par type de handicap (moteur, visuel, auditif, psychique) alors que le modèle que nous proposons de mettre en place repose sur les pratiques spatiales des personnes. Nous nous appuyons alors sur la fonctionnalité des lieux et leur usage par la population pour répondre au mieux au besoin des citoyens. L'objectif de cette approche étant de mettre à disposition de la population des lieux, des espaces et des parcours repérables et accessibles au plus grand nombre quel que soit l'âge, le sexe et le handicap.

1.1.3 Une évaluation de l'accessibilité en acte ou normative ?

Dans les deux cas présentés ci-dessus (en France et en Belgique) l'objectif est de favoriser les déplacements des personnes en milieu urbain au sein des Etablissements Recevant du Public (ERP). L'IPP produit un indicateur en direction des gestionnaires d'établissements publics et de la population tandis que l'indice français est à destination des collectivités territoriales et des gestionnaires d'établissements. Ce dernier recouvre à la fois les établissements publics et la voirie. Les modèles présentés ci-dessus, accordent une place prépondérante aux normes en vigueur. Dans ce cas, la standardisation des diagnostics fait émerger de nombreuses critiques quant à la faisabilité du projet de mise en accessibilité de l'espace diagnostiqué. En effet, les agglomérations urbaines ou les collectivités rurales n'ont pas les mêmes moyens financiers ni les mêmes attentes. Le poids de l'accessibilité sur la budgétisation de l'aménagement de l'espace urbain n'est pas à négliger et la réponse aux normes en vigueur est une manière « d'assurer l'accessibilité ». Les usagers aspirent à un aménagement qui leur convient cela nécessite bien souvent d'aller au-delà des normes en vigueur et de réfléchir globalement à la question de l'accessibilité en prenant en compte la parole et l'expérience des usagers fragiles.

Au-delà de l'évaluation de l'espace trajet ce sont aussi les actes prioritaires décidés et choisis par les élus qui importe : du diagnostic à la planification ne s'agit-il pas ici d'identifier les besoins réels de la population ? Et par conséquent prendre en compte l'accessibilité telle qu'elle est vécue et perçue par la population locale : autrement dit évaluer l'accessibilité en acte. Le modèle que nous avons construit repose sur la place accordée à l'usager dans le cadre de l'évaluation de l'accessibilité d'un espace qu'il pratique régulièrement : une évaluation de l'accessibilité en acte. Dans ce cas, l'évaluation de l'accessibilité l'expérimentation permet de prendre en compte les populations locales et leurs besoins respectifs au sein de la cité et consistent à soumettre l'espace public urbain aux usages et aux usagers.

1.2 Proposer un modèle d'évaluation de l'accessibilité en acte et opérationnel

1.2.1 Pourquoi proposer un modèle d'évaluation de l'accessibilité ?

La modélisation de l'espace trajet des personnes âgées permet de saisir l'état réel du parcours effectué. L'objet de cette modélisation est de mettre en évidence l'(in)adéquation entre l'environnement urbain et l'usage effectif de l'espace public par le citadin caractérisée ici par son avancée en âgé et la perte d'autonomie. De cette manière évoquer la présence de situation

urbaine handicapante pour la population quelque soit son âge ou son handicap permet de mettre l'accent sur un urbanisme sans barrière et une signalétique adaptée.

La conception du modèle prend en compte les trois étapes de notre démarche méthodologique depuis l'observation de l'environnement immédiat du domicile mais aussi leurs discours et leurs pratiques. Il s'agit de matérialiser les données recueillies au sein d'un document unique permettant de transmettre les conditions de déplacements des personnes âgées autour de leur domicile. La réalisation d'un modèle d'évaluation de l'accessibilité consiste à mettre en exergue l'ensemble des conditions favorables ou défavorable à la participation sociale des personnes les plus fragiles.

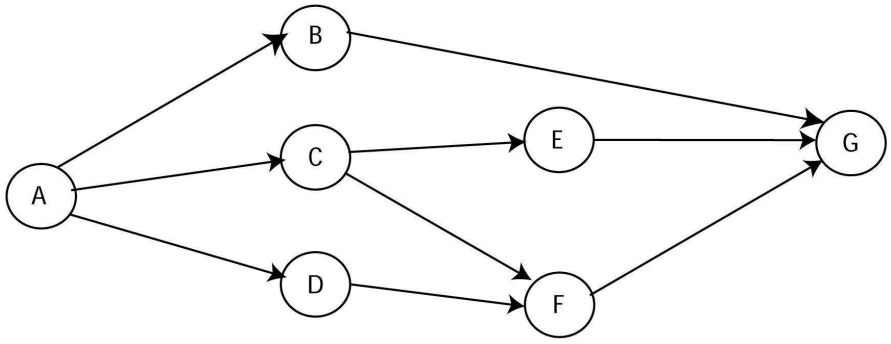
Concevoir un modèle d'évaluation à l'échelle micro locale et centrée sur le déplacement des populations âgées nous permet à la fois de rendre compte de leur mobilité et de leur perception de leur environnement. L'objectif est de prendre en compte l'environnement urbain afin d'assurer la cohérence des aménagements, des équipements, des services ou des informations et la continuité du cheminement piétonnier depuis leur domicile jusqu'aux lieux qu'elles fréquentent régulièrement.

1.2.2 Comment le construire ?

Dans un premier temps, nous avons participé aux actions de sensibilisation du grand public au sujet de l'accessibilité de l'espace urbain (Fig. 80 : étape A). L'expérience sensible du parcours en situation de handicap organisé dès 2003 par la municipalité d'Angers et renouvelée en 2004 dans un quartier périphérique de la ville : Monplaisir, nous ont permis de construire une grille d'observation du terrain menant à l'élaboration progressive d'un outil d'évaluation de l'accessibilité.

Ensuite nous avons repéré la présence des services sanitaires et sociaux existant dans le quartier. Cette étape (B) fait partie intégrante de l'outil d'évaluation dans la mesure où il prend en compte les motifs présupposés de mobilité quotidienne des personnes âgées. L'étape suivante repose sur l'observation *in situ* des déplacements des personnes âgées. L'environnement est un véritable facteur d'exclusion dans le sens où comme nous l'avons vu au cours des chapitres précédents un trottoir trop haut, une rue dangereuse à traverser peuvent conduire les personnes en perte d'autonomie à limiter leurs déplacements. Celle-ci nous conduit à construire une première grille d'évaluation du milieu de vie des personnes âgées (Étape C puis E).

Figure 80. Mode de construction de l'outil d'évaluation de l'accessibilité



A. Sensibilisation à l'aménagement de l'espace, à l'observation du mobilier urbain
B. Répartition des services de santé et des services sociaux autour du domicile
C. Observation In situ de l'environnement du milieu de vie
D. Recueil du récit de pratiques des personnes âgées
E. Première approche / premiere évaluation du milieu de vie
F. Parcours accompagnés autour du domicile des personnes âgées
G. Evaluation de l'accessibilité du milieu de vie des personnes âgées

L'étape F. ne peut être réalisée si les étapes précédentes (C et D) n'ont pas été réalisées.
L'étape G. construction du modèle d'évaluation ne peut être réalisée sans les étapes (B, E et F).

Réalisatiion : B. Chaudet, Université d'Angers, Novembre 2007

Associé à l'observation *in situ*, nous avons procédé au recueil des récits de pratiques des personnes âgées rencontrées (Étape D). C'est la combinaison et la confrontation de ces deux étapes (C et D) qui nous ont invité à accompagner les personnes âgées lors de leurs déplacements (Étape F). Cette dernière ne peut se réaliser sans avoir préalablement « exploré » le milieu de vie et discuté avec les personnes âgées en perte d'autonomie. C'est probablement l'étape la plus délicate parce qu'elle conditionne le modèle dans sa globalité. Pour autant, toutes les informations recueillies ne sont pas forcément représentées sur le schéma. Seules sont retenues celles qui permettent d'évaluer l'adaptabilité de l'espace et du trajet effectué. C'est par combinaison des étapes B, E et F que nous avons construit un modèle d'évaluation de l'accessibilité.

1.3 Modélisation et représentation de l'accessibilité

Le modèle présenté ici propose une visualisation de l'accessibilité d'un déplacement réel et régulier des personnes âgées. Il constitue à la fois un outil d'observation et de lecture de l'espace ; il peut également être considéré comme un outil de support à l'aménagement du

territoire. Les dimensions spatiales du handicap traitées par ces modèles sont celles observables en milieu urbain.

Dans la configuration la plus idéale, quelque soit le public concerné, il est en mesure de s'orienter, de circuler, d'entrer, de se déplacer et de participer aux activités sociales ou culturelles. La chaîne de déplacement depuis le domicile de la personne âgée jusqu'à sa destination doit être continue. Ce modèle met en avant les composantes du déplacement : depuis le domicile de la personne et prend en compte la nature et la qualité de l'espace public urbain de proximité, à savoir, l'existence d'Établissements recevant du public (commerces, administration, santé), des modes de transports (régulier, adapté), et du mobilier urbain (voirie, signalétique, équipements spécifiques). Ils correspondent à la première ligne du modèle défini par l'observation (Fig. 81).

Figure 81. Critères retenus pour la construction du modèle d'évaluation

Etablissement recevant du public	Tansports	Mobilier urbain :
Commerces - administration- santé	réguliers - adapté	voirie - signalétique - Equipement spécifique*

* bancs, aires de repos, etc.

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2009

La dimension évaluative de cette partie du modèle se traduit par un codage visuel de chaque élément. Le modèle se compose de franges horizontales présentées successivement de haut en bas.

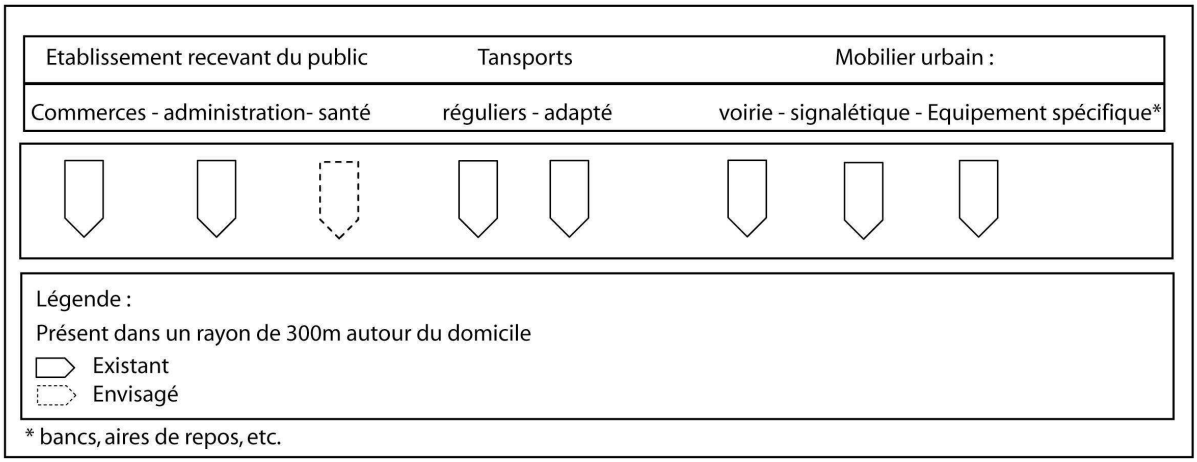
1.3.1 Prendre en compte les éléments urbains en présence

La première ligne recense la présence d'établissement recevant du public (commerces, services administratifs, services de santé), des transports collectifs (réguliers et/ou adaptés) et enfin les éléments qui relèvent de la voirie comprenant (marches, plan incliné, plain pied, *etc.*), la signalétique (image, texte, son) indiquant une direction, une orientation ou une information, les citadins doivent être en mesure de l'identifier et de l'utiliser et enfin les équipements spécifiques (bancs, aires de repos, *etc.*) Le choix de ces critères est défini par la grille d'observation de l'environnement immédiat du domicile que nous avons utilisée au départ (Fig. 48 : 280) à laquelle nous avons associé les éléments du discours et de l'action des personnes âgées.

Cette première frange, composée de flèches, **recense les composants du déplacement**

présents lors de l'espace trajet expérimenté. Nous précisons que chaque composant est représenté par une flèche continue qui n'apparaît pas s'il est absent de l'espace étudié. Toute absence qui ne modifie pas l'accessibilité des lieux n'est pas prise en compte dans l'évaluation (Fig. 82).

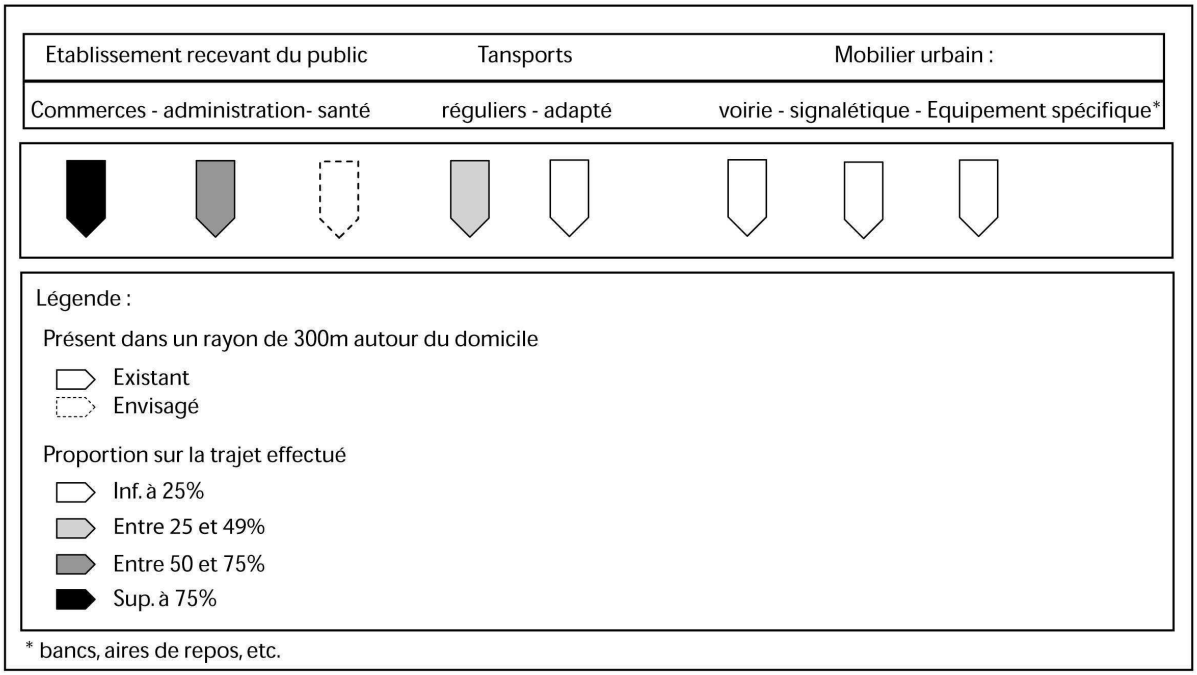
Figure 82. "Présentiel " des critères d'évaluation



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2009

Les éléments sont également dénombrés. La quantification des éléments se fait par calcul de leur proportion à l'échelle du parcours effectué: soit **Une trame de teintée graduelle est appliquée selon les proportions relevées.** (Fig. 83)

Figure 83. Proportion des composants du trajet

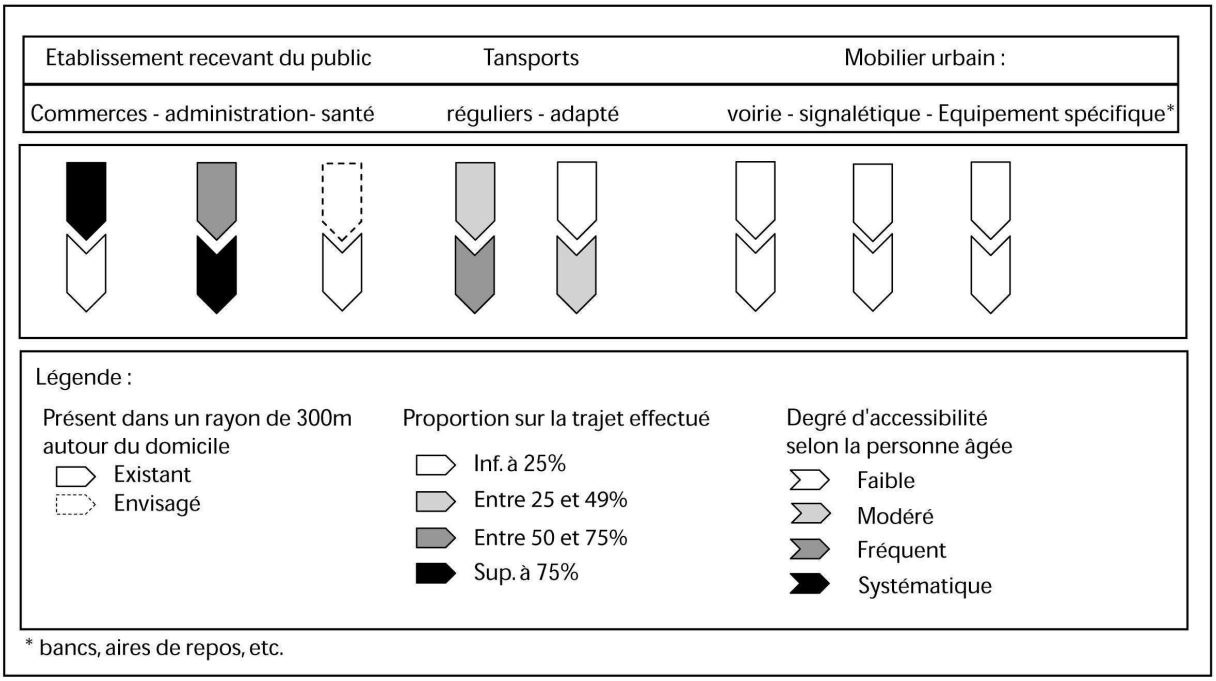


Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2009

1.3.2 Perception de la qualité de l'espace trajet

Une troisième frange permet d'évaluer de l'accessibilité. Le nombre de flèches apparentes correspond aux espaces aménagés pour tous. Comme pour la frange précédente, **une trame teintée graduelle est appliquée selon l'accessibilité de l'espace**. Plus l'espace concerné est accessible plus la couleur est foncée et inversement. L'évaluation de cette accessibilité est subjective : elle met en exergue le parcours effectué par les personnes âgées ; leur perception et leur pratique de ce parcours. L'accessibilité de chaque élément est alors jugée insatisfaisante, plutôt satisfaisante, satisfaisante ou très satisfaisante. Dès lors, apparaissent les perceptions de l'accessibilité de la personne âgée en fonction de ses pratiques et des lieux préalablement définis. Nous mettons ici en avant la qualité d'usage du parcours (Fig. 84).

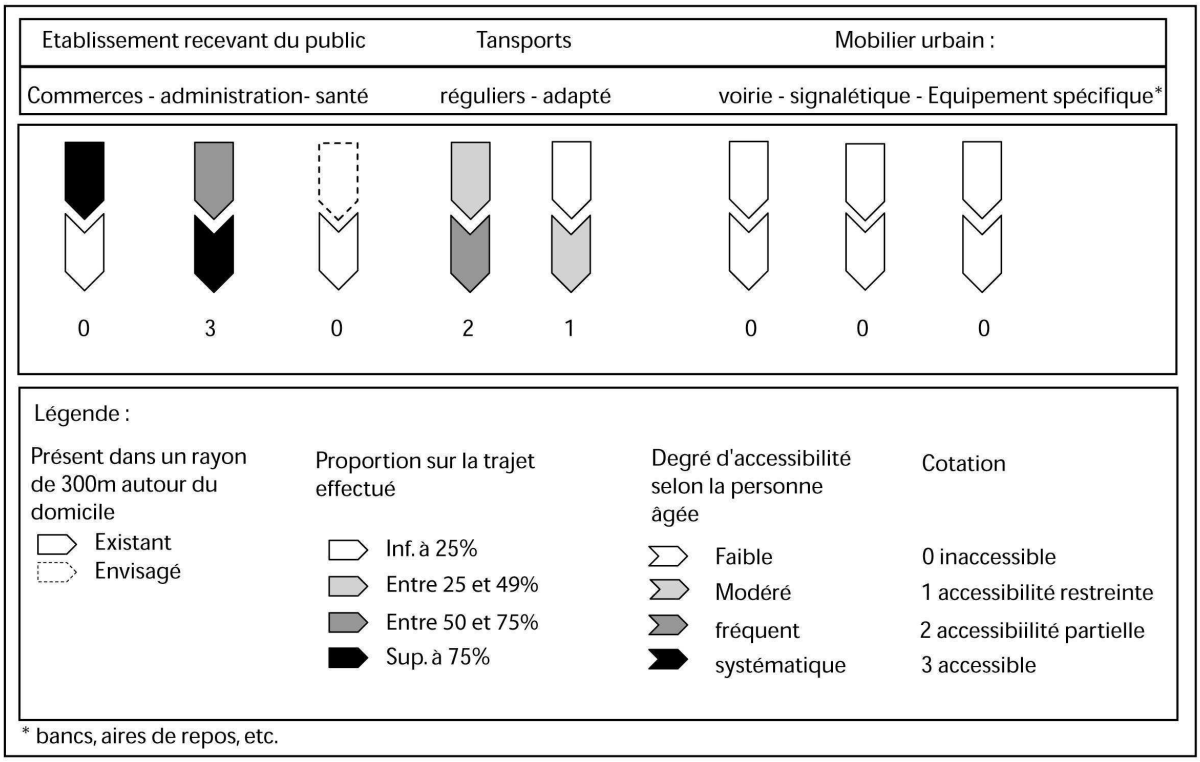
Figure 84. Evaluation de l'accessibilité selon la personne âgée



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2009

La quatrième frange de ce modèle consiste à quantifier l'accessibilité de l'espace. **Pour mesurer l'accessibilité de l'espace, les diverses observations sont cotées selon un système de points.** Pour chacun des éléments nous avons attribué un maximum de trois points dès que la majorité des éléments présents sur cet espace est considéré comme accessible. La proportion de lieux accessibles fait également l'objet d'une attribution de points (Fig. 85).

Figure 85. Cotation de l'accessibilité



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2009

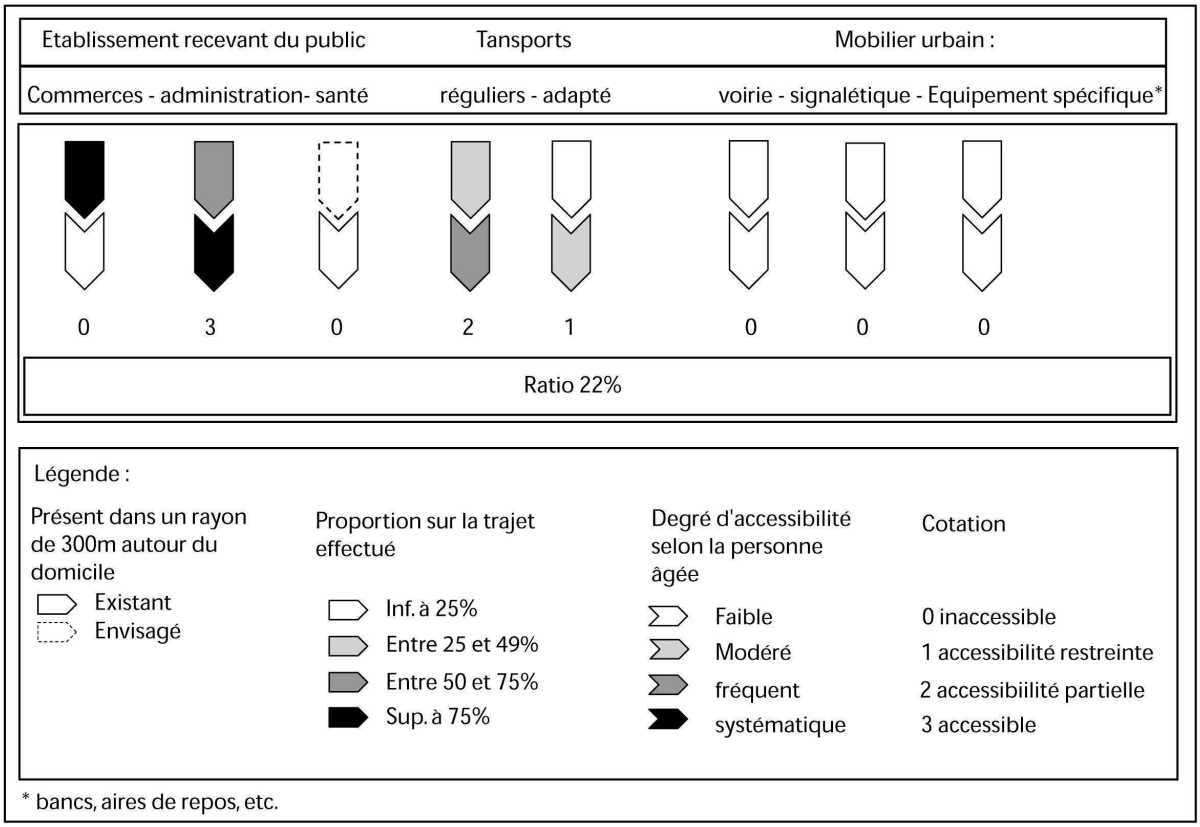
Pour évaluer l'adaptabilité d'un espace en fonction de ces contraintes nous avons élaboré un système de cotation de l'espace la chaîne de déplacement. Le barème utilisé est équivalent à une chaîne d'évaluation de l'accessibilité de l'ensemble des points de passages sur des espaces trajets autour des lieux de vie des personnes âgées. Le barème propose une notation qui varie entre 0 pour un espace inaccessible à 3 pour un espace universellement accessible.

Au niveau 0, des obstacles créent une rupture du cheminement. Au niveau 1, l'accessibilité est dite restreinte. A ce niveau certains éléments demeurent gênant voire dangereux pour le public et limite les déplacements ou nécessite un support technique ou l'aide d'une tierce personne. Au niveau 2, l'espace trajet est considéré comme accessible. C'est un espace trajet où le cheminement des personnes en situation de handicap demeure difficile pour l'une des deux situations de handicap motrices ou sensorielles qui sont explorées. Enfin au niveau 3, l'espace est dit « adapté » si les modifications d'un espace préexistant ont été aménagés et permettent le déplacement des personnes en situation de handicap. S'il s'agit d'une création l'espace devrait selon les normes en vigueur être universellement accessible et dans ce cas favoriser la mobilité de toutes les personnes résidant au sein de cet espace.

1.3.3 Ratio pondéré ou potentiel de l'espace trajet

Ce système de cotation met en avant les aménagements favorables et ceux à envisager pour faciliter le cheminement des personnes en situation de handicap (Fig. 86).

Figure 86. Modèle d'évaluation de l'accessibilité



Afin d'éviter le biais d'une représentation faussée par la sur-représentation ponctuelle d'un élément urbain par rapport à un autre (ex. sur-représentation de l'habitat individuel) l'évaluation finale de l'accessibilité de l'espace est exprimée sous la forme d'un ratio pondéré selon les proportions de chaque élément du cadre urbain équivalent au potentiel de l'espace trajet spécifique. Ce ratio est discrétisé selon l'échelle suivante : pour un ratio inférieur à 25% : l'espace trajet est considéré comme inaccessible, s'il est compris entre 25% et 50%, l'espace trajet est dit à accessibilité restreinte. Ensuite si le ratio est évalué entre 50 et 75% l'espace trajet est accessible. Enfin, si le ratio est supérieur à 75% l'espace trajet est adapté.

Les exemples qui seront développés ensuite le sont à l'échelle micro locale tant en France qu'au Québec. L'analyse du modèle s'effectue donc en deux temps. Le premier porte sur l'observation des aménagements existants, le second sur l'évaluation de cet espace dans son ensemble en terme d'accessibilité et d'orientation des aménagements à favoriser.

2. Un modèle d'évaluation de l'accessibilité, un outil de retranscription du discours de personnes âgées

L'amélioration de l'accessibilité telle qu'elle est observée, s'explique par la mise en place de politiques locales d'accessibilité. Parmi les différentes phases du processus de mise en accessibilité, la parole des usagers de l'espace public fait l'objet d'une attention particulière. Si on a pu montrer que les personnes âgées déploient des stratégies de déplacements, il apparaît également, dans la majorité des cas, que le parcours effectué fait appel aux capacités d'adaptation de l'individu relative à l'accessibilité des équipements, des établissements présents dans son environnement immédiat. Il est donc naturel que notre recherche s'intéresse à l'évaluation de l'accessibilité des espaces parcourus par les personnes âgées autour de leur domicile en France et au Québec.

2.1 Évaluation de l'accessibilité au Québec

2.1.1 Les modèles d'évaluations appliqués aux résidences étudiées à Rouyn-Noranda

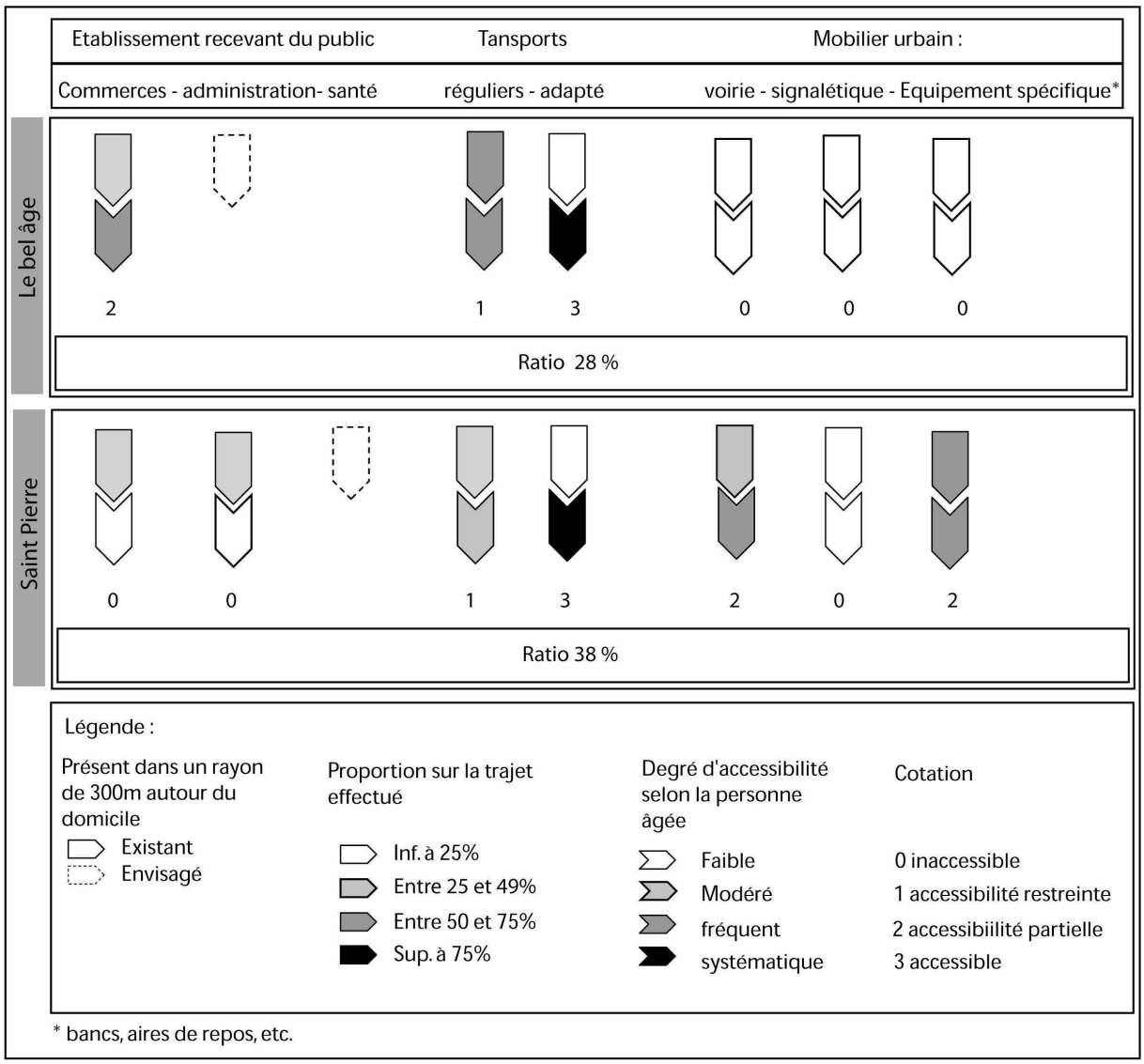
Les parcours effectués autour des résidences de Rouyn-Noranda, le *Bel-Age* ou la résidence *Saint-Pierre* montre que l'accessibilité est restreinte. Les ratios obtenus sont de 28 % autour de la résidence Le *Bel Age* et de 38 % autour de la résidence *Saint-Pierre* (Fig. 87).

Dans le cas de la résidence le *Bel Age*, le modèle met en avant l'inaccessibilité du mobilier urbain, de la voirie et l'absence d'équipements spécifiques. C'est à la fois le point faible soulevé par la population et celui relevé lors de l'observation donc un élément clé à prendre en compte pour améliorer l'accessibilité de l'espace environnant ces résidences. En revanche, la présence d'une grande surface à proximité de la résidence, où les facilités de déplacements sont reconnues, améliore considérablement les conditions d'accessibilité contrairement aux petits

commerces (dépanneur, …) peu nombreux et peu accessibles autour de la résidence.

Le cas de la résidence Saint Pierre est plus hétérogène, néanmoins les actions à mener concernent principalement la mise en accessibilité des commerces, des administrations et la signalétique (information visuelle sonore et textuelle) autour de la résidence afin de se repérer et de s'orienter plus aisément notamment pour les nouveaux résidents.

Figure 87. Modèle d'évaluation de l'accessibilité appliqué aux parcours québécois : Le cas de Rouyn Noranda

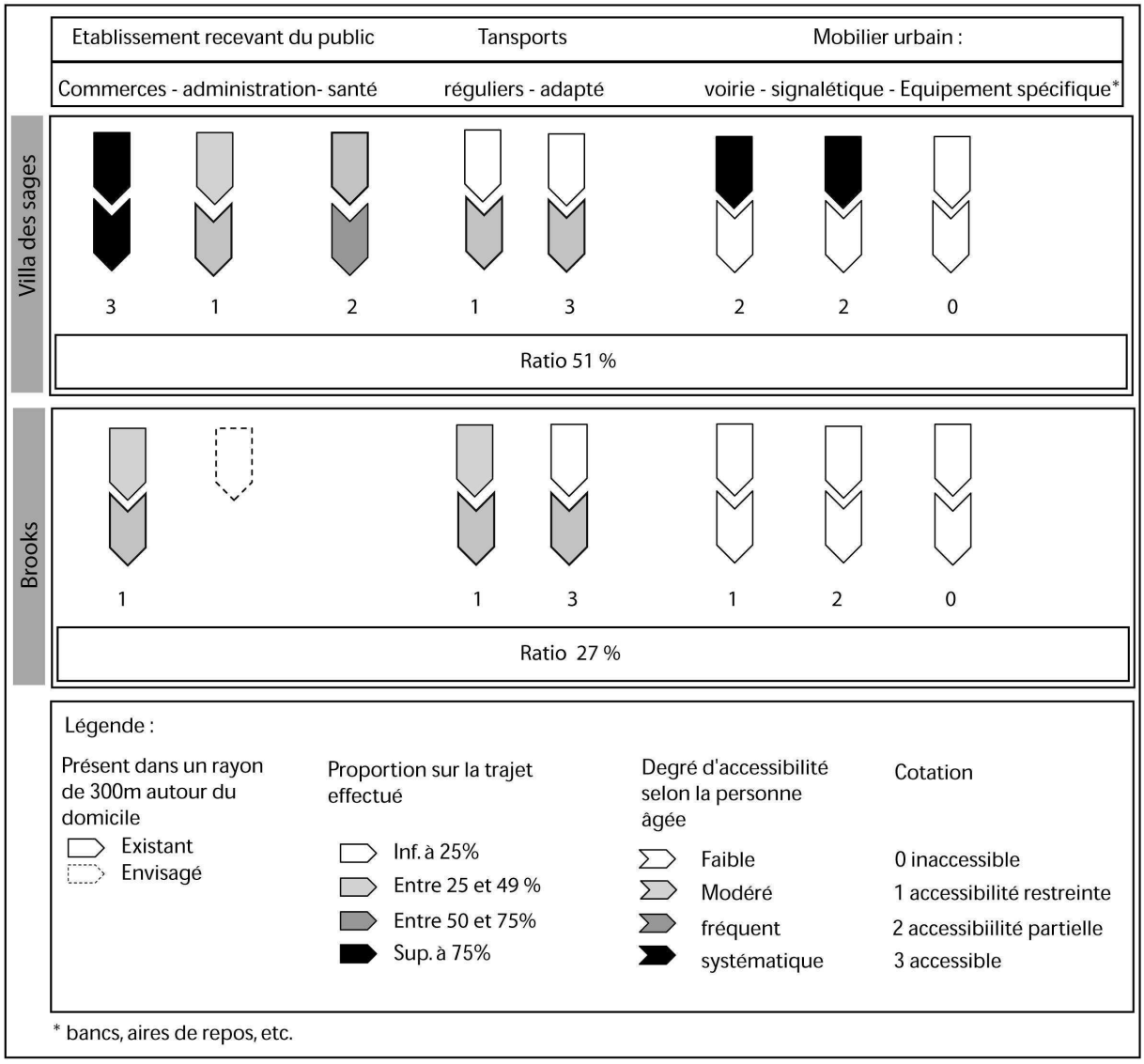


Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2009

2.1.2 Les modèles d'évaluations appliqués aux résidences étudiées à Sherbrooke

En appliquant le modèle d'évaluation aux résidences sherbrookoises, il apparaît que la voirie, la signalétique et le mobilier urbain soit les aspects de l'accessibilité qui sont les moins développés. Or selon l'observation, les équipements sont présents autour du domicile des personnes âgées, mais elle ne les utilisent pas. En effet, les aménagements sont : soit trop éloignés de la résidence selon les personnes, soit inadaptés à leurs usages du fait par exemple de la topographie de la ville et en particulier autour de la résidence *Brooks* ce qui explique le ratio obtenu (27%) (Fig. 88).

Figure 88. Modèle d'évaluation de l'accessibilité appliqué aux parcours québécois : Le cas de Sherbrooke



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2009

Au regard du modèle ci-dessus les attentes des personnes âgées se portent essentiellement sur un aménagement de l'espace public urbain, à savoir la voirie, la signalétique ou les équipements spécifiques (2ème frange du modèle) alors que l'observation tend à montrer que les besoins concernent également l'accès aux administrations dans le cas de la *Villa des Sages* et aux commerces dans le cas de la résidence *Brooks* (1ère frange du modèle). En définitive, la résidence *Brooks* a une accessibilité beaucoup plus restreinte (ratio évalué à 27%) que la *Villa des Sages* qui à une accessibilité partielle (ratio évalué à 51%).

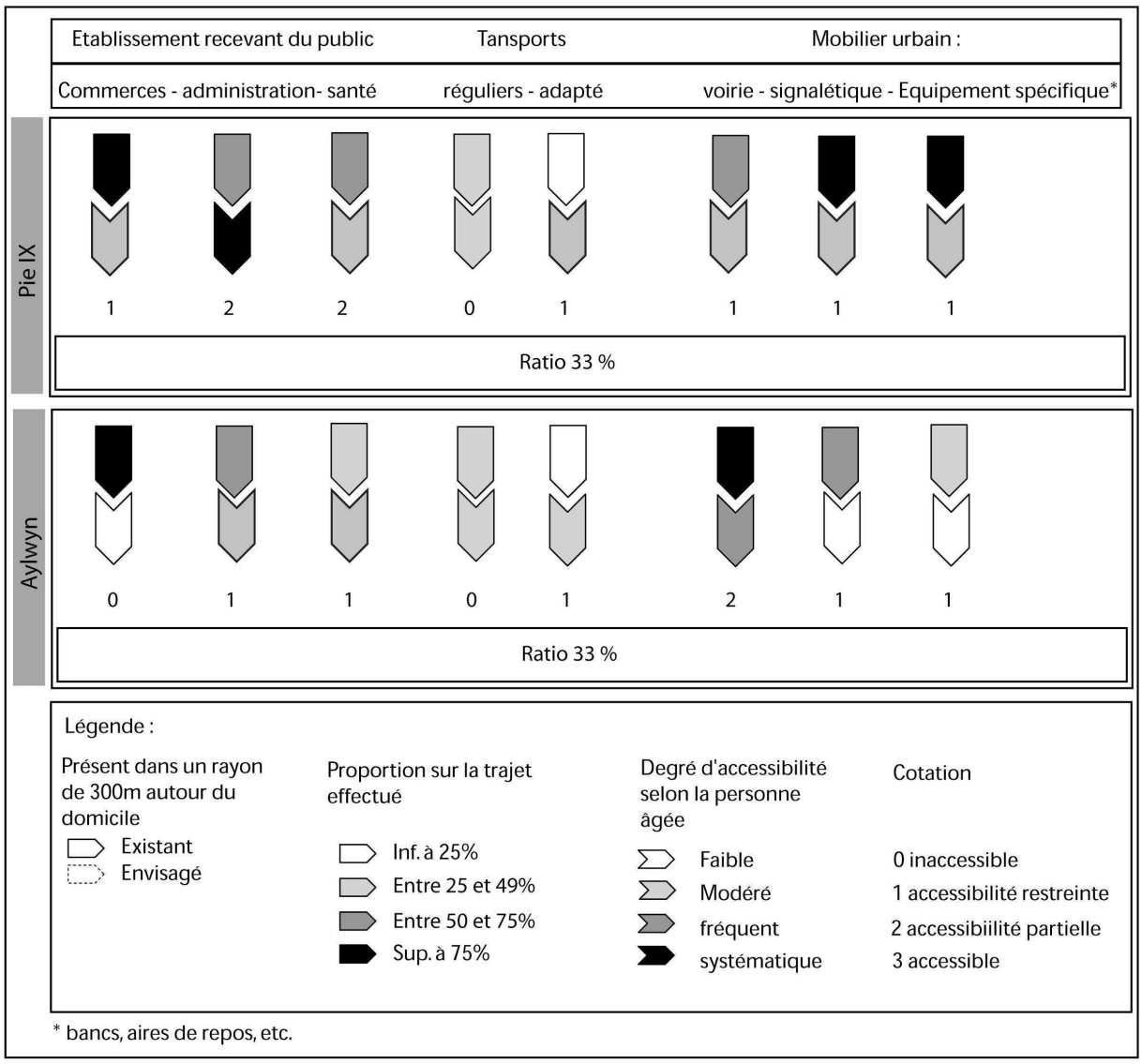
2.1.3 Les modèles d'évaluations appliqués à Montréal

Dans le cas des résidences montréalaises situées dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, le ratio d'accessibilité pour la résidence *Pie IX* et celui de la résidence *Aylwin* est similaire (33%). Le modèle tend à démontrer que l'environnement immédiat de la résidence *Pie IX* est caractérisé par une meilleure accessibilité des établissements administratifs et de santé (cotation : 2) que des commerces (cotation 1) alors que ces derniers sont plus nombreux. Dans le cas de la résidence *Aylwin*, les commerces sont peu accessibles selon les personnes âgées et selon les normes en vigueur contrairement aux établissements administratifs et de santé qui, malgré tout demeure à accessibilité restreinte (Fig. 89).

Les orientations prioritaires à mettre en œuvre en terme de mise en accessibilité selon les modèles des résidences montréalaises concernent essentiellement les modes de transports réguliers dont la présence et l'accessibilité sont les plus faibles. Les priorités qui apparaissent ensuite visent l'amélioration de l'accessibilité des commerces, de la signalétique et l'aménagement d'espace de repos ou d'équipements spécifiques et enfin les administrations et les établissements de santé.

Dès lors, les actions à mener dans le champ de l'accessibilité à Montréal sont hétérogènes, il ne se dégage pas de priorité forte comme nous avons pu le voir pour l'environnement immédiat des résidences de Sherbrooke ou de Rouyn-Noranda.

Figure 89. Modèle d'évaluation de l'accessibilité appliqué aux parcours québécois : Le cas de Montréal



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2009

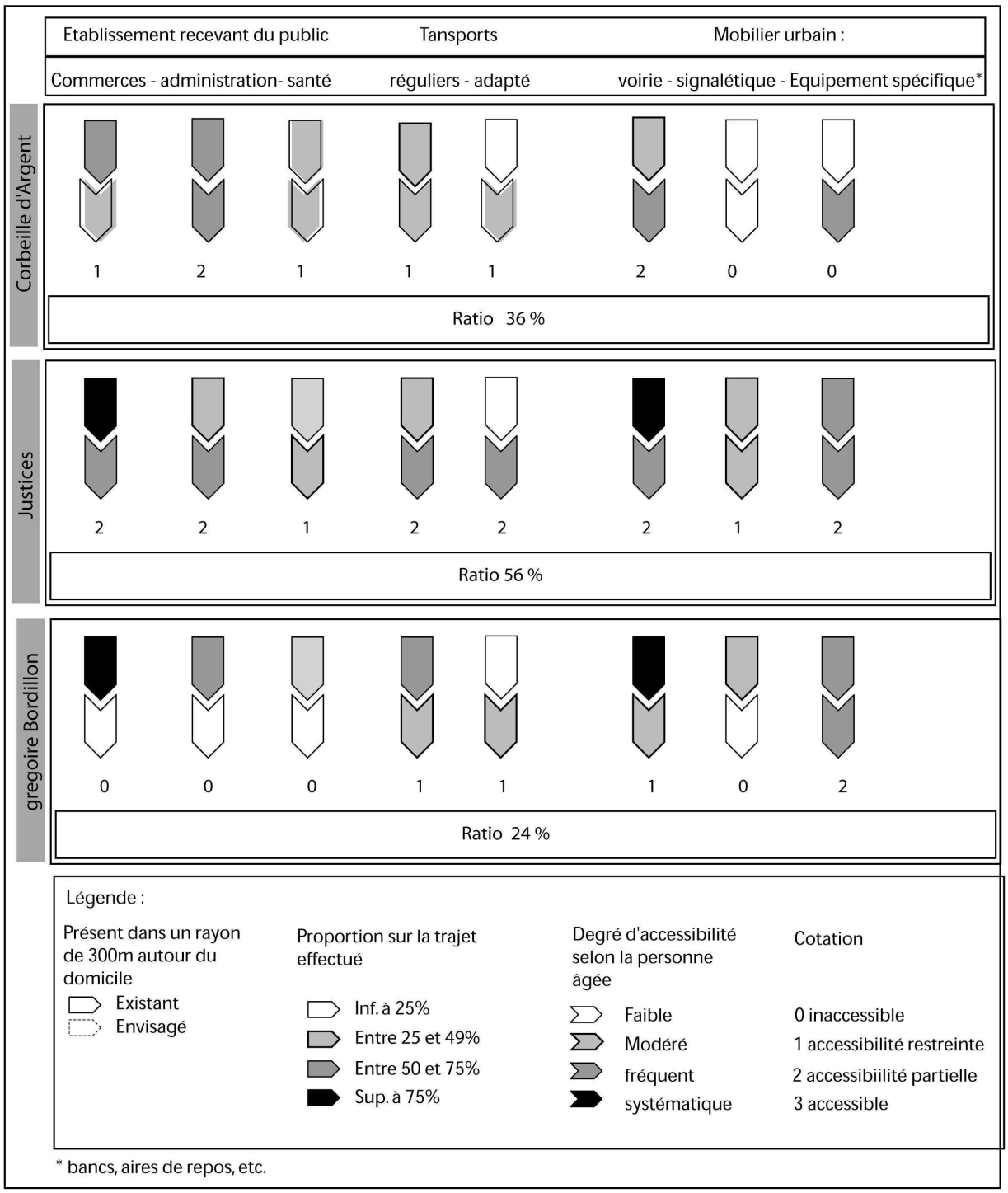
2.2 Évaluation de l'accessibilité en France

2.2.1 Les modèles d'évaluations appliqués aux résidences étudiées à Angers

En appliquant le même principe d'évaluation aux résidences angevines, nous pouvons observer que l'accessibilité de l'environnement des logements foyer n'est que partielle notamment pour la résidence des *Justices* voire restreinte dans le cas des résidences la *Corbeille*

d'Argent et de *Grégoire Bordillon* dont les ratios sont respectivement 56 % 36 % et 24 %(Fig. 90).

Figure 90. Modèle d'évaluation de l'accessibilité appliqué aux parcours québécois : Le cas d'Angers



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2009

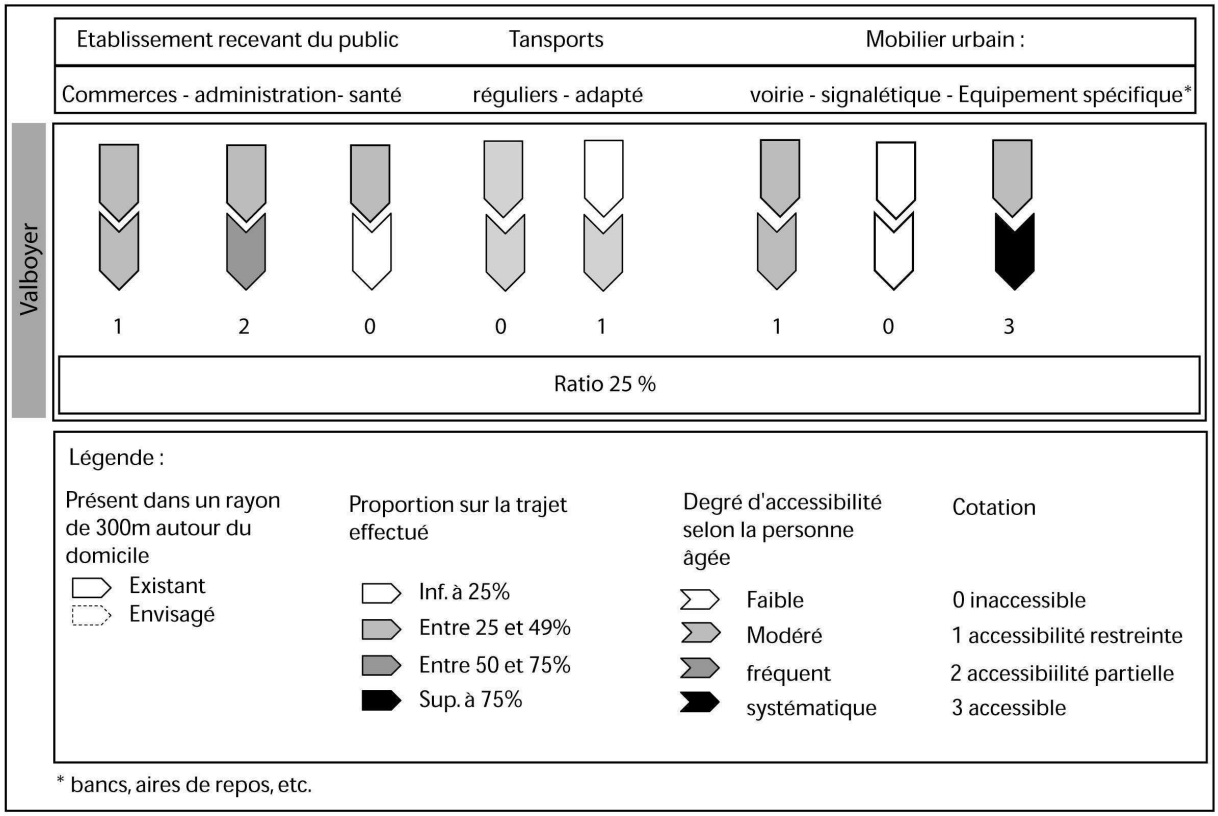
En considérant l'évaluation de l'environnement de la résidence *Grégoire Bordillon*, qui rappelons-le, se situe dans un quartier ancien de la ville et explique pour partie la difficulté à aménager cet espace, nous constatons que l'accessibilité des établissements recevant du public est le point faible soulevé par les habitants âgés. La situation s'inverse dans le cas de la résidence des *Justice*s ou les établissements publics sont mieux perçus par les citadins et lors de l'observation (Fig. 51 : 286). La résidence *La Corbeille d'Argent* se situe à l'entre deux, marquée par une accessibilité restreinte des commerces et des établissements de santé et une accessibilité partielle des établissements administratifs.

Ce qui caractérise la résidence la Corbeille d'Argent est l'absence d'équipements spécifiques et de signalétique à proximité de la résidence ce qui restreint considérablement le degré d'accessibilité de l'environnement de la résidence. En revanche, les résidences *Grégoire Bordillon* et *les Justices* ont une évaluation plus homogène de l'ensemble de leur mobilier urbain caractérisé par la présence d'aire de repos et de banc malgré une voirie dont l'accessibilité est restreinte et une signalétique qui semble faire défaut.

2.2.2 Les modèles d'évaluations appliqués aux résidences étudiées à Baugé

La résidence *Valboyer* à Baugé est caractérisée par une accessibilité restreinte (25%). (Fig. 91) Notons néanmoins que les personnes âgées évalue favorablement l'accessibilité de leur environnement notamment en terme de transport régulier et adapté qui sont pourtant peu présent et peu fréquents. Parallèlement, les établissements recevant du public sont relativement bien perçus par la population notamment les commerces et les administrations contrairement aux établissements de santé. La faiblesse du ratio semble lié à l'absence de signalétique, notons qu'il s'agit d'un élément défaillant pour bon nombre de résidences tant en France qu'au Québec.

Figure 91. Modèle d'évaluation de l'accessibilité appliqué aux parcours québécois : Le cas de Baugé



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2009

2.3 Un modèle inclusif sensible à l'usager

L'usage de l'espace public par les personnes âgées est transmis par l'observation du milieu de vie des personnes âgées, des discours et des parcours qu'ils ont effectués à nos côtés. Le modèle prend ainsi appui sur les pratiques spatiales des personnes âgées présentant des déficiences physiques et/ou sensorielles et leur milieu de vie. La particularité de ce modèle repose sur l'approche des besoins spécifiques des personnes âgées qui, du fait de la diversité des situations de handicaps qu'elles rencontrent, correspondent également aux besoins d'une grande diversité d'usager de l'espace public.

Néanmoins, cette approche n'est pas sans poser de difficultés dans le processus de mise en accessibilité, notamment lorsque les personnes âgées présentent l'incapacité de communiquer sur leurs parcours, leurs itinéraires, les facilités et/ou les obstacles qu'elles rencontrent d'autant que le modèle consiste à prendre en compte l'interaction entre l'usager et les parcours des personnes âgées et son contexte social et spatial.

Par ailleurs, l'une des limites de ce modèle est associée à leur conception à partir d'un nombre extrêmement restreint de parcours et soulève la nécessité de réunir un nombre suffisant de parcours pour en assurer la validité. De fait, les décideurs doivent être en mesure de connaître les parcours et les situations de handicap dans lesquelles les usagers sont en mesure d'agir seul et ceux ou il a besoin d'une aide technique ou humaine d'autant que la démarche s'engage dans le but de privilégier l'indépendance de la personne ou de maintenir son autonomie.

Cet outil d'aide à la décision permet aux élus et aux décideurs de tenir compte des attentes et des besoins de la population dont ils ont la charge et de le concilier avec les budgets et la temporalité des projets en cours et à venir. La priorisation qui découle de cet outil de concertation permet de légitimer les actions menées et de prendre en compte la parole des usagers. Pour cela, les conflits entre les bénéfices apportés et les coûts de la mise en accessibilité doivent être pris en compte.

Par ce modèle, c'est le rôle inclusif de la collectivité à l'égard des plus vulnérables, mais aussi du plus grand nombre qui est valorisée, en particulier si on considère l'accroissement en nombre des personnes vieillissantes et le fait que chacun d'entre nous est une personne vieillissante en devenir. Ce modèle vise aussi à passer de l'intégration à l'inclusion des populations en situation de handicap. En effet, si l'intégration est marquée par l'effort que la personne doit réaliser pour s'adapter et s'insérer dans la vie de la cité, l'inclusion quant à elle dépasse cet effort pour produire un espace de qualité et de bien-être au plus grand nombre.

3. Modèle : un outil d'évaluation pour répondre à des attentes institutionnelles ?

D'après les discours et les pratiques de déplacements, il est possible de reconstituer les enjeux en matière d'accessibilité aux espaces publics dans lesquels se situent les individus mobiles et les acteurs de la situation urbaine.

3.1 Un modèle pour (re)penser les déplacements piétons urbains ?

Le modèle d'évaluation de l'accessibilité ne consiste pas seulement en une description du parcours des personnes âgées autour de leur domicile. Les différences observées mettent en évidence les lacunes en terme d'accessibilité et permettent de mettre l'accent sur les aménagements prioritaires à réaliser en réponse aux besoins des personnes fragiles. Ce modèle

est aussi un outil permettant d'entendre les personnes âgées, et plus largement les populations qui rencontrent des situations de handicap en milieu urbain, mais aussi un outil permettant d'orienter les actions des politiques publiques locales pour améliorer l'accès aux services et aux informations sur cet espace trajet spécifique.

A l'image de la concertation initiée lors des Conseils Consultatifs de Quartier (CCQ), en France, l'objectif est de provoquer un dynamisme de quartier afin que les habitants dont les personnes âgées soient les acteurs du développement local. La concertation permet de poursuivre et de développer les échanges entre les élus et la population afin d'aboutir à une véritable cohérence de l'aménagement de l'espace local. Dans ce contexte, le modèle d'évaluation de l'accessibilité proposé permet, d'une part, de rendre compte du discours et des pratiques des habitants, et d'autre part, de sensibiliser les élus aux obstacles et aux aménagements à mettre en place.

L'exemple qui suit présente le cas d'une consultation de quartier : celui de Belle-beille à Angers dont l'objet est de faire remonter les attentes et les besoins des habitants dans le cadre de l'élaboration du Plan de Déplacement Urbain (PDU). Le PDU est formalisé en France par la loi de 1982, *Loi d'Orientation sur les Transports Intérieurs (LOTI)*, son rôle est renforcé, en 2000, par la Loi relative aux *Solidarités et au Renouvellement Urbain (SRU)* afin d'assurer la cohérence territoriale.

> Le PDU vise à *« définir, dans les périmètres de transports urbains, le plus souvent des agglomérations, les principes d'organisation des transports avec pour objectif un usage équilibré des différents modes de transports (voiture, transports en communs, deux roues et piétons.) Ils sont élaborés par les autorités organisatrices des services de transports urbains. Les personnes âgées et les personnes à mobilité réduite sont concernées par les PDU »*.

Dans ce cadre tous les modes de transports sont concernés : les transports en communs, les deux roues, la marche à pied. Penser la politique de déplacements en milieu urbain dont l'accessibilité est l'une des composantes, est la résultante de la phase de concertation des populations communales et plus finement des quartiers. A cet effet, les attentes et les besoins à l'échelle infra communale sont recueillis par le biais de rencontres mensuelles thématiques, transport en commun, deux roues, cheminement piéton *etc.*

Parmi les quartiers de l'agglomération angevine concernés, nous avons suivi les rencontres organisées au sein du quartier de Belle-beille. Afin de recueillir les informations relatives aux cheminements aux pratiques et usages des équipements publics et privés, des déambulations

urbaines ont été organisées avec les habitants du quartier, des institutions et des responsables d'équipements. Plusieurs secteurs ont été définis de façon à ce que chaque groupe puisse faire état des difficultés rencontrées, des préconisations à transmettre aux élus et participer à l'élaboration de ce Plan de déplacement urbain et l'annexe *Accessibilité* de ce plan.

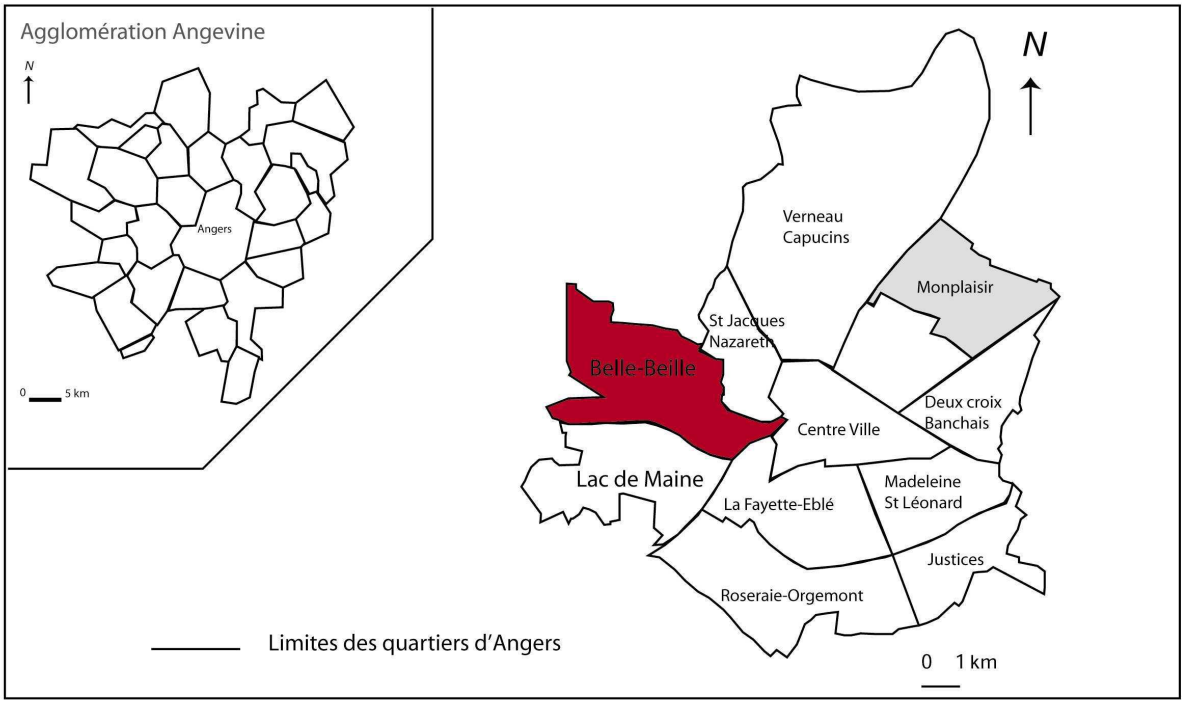
> L'annexe accessibilité des plans de déplacement urbain consiste à indiquer les mesures d'aménagement d'exploitation à mettre en œuvre en matière d'accessibilité, ainsi que le calendrier de réalisation correspondant. Cette annexe répond à l'obligation de la Loi N°2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, en direction des collectivités locales. Cette annexe apparaît dès que le PDU est élaboré, révisé ou modifié.

L'objet des réunions de CCQ consiste réaliser un diagnostic des cheminements existants et à définit précisément les habitudes et usages des habitants du quartier en faisant appel à l'expertise d'usage des habitants du quartier afin de proposer des cheminements et des déplacements qui confortent, améliorent l'existant et/ou en crée de nouveaux. Ainsi, le contexte du conseil consultatif de quartier de Belle-beille semble propice à l'expérimentation du modèle d'évaluation à l'échelle du quartier.

3.1.1 Un contexte local favorable à l'application du modèle : la réflexion autour des déplacements du quartier de Belle-beille

Invitée à participer à cette réflexion, l'occasion de tester et proposer une évaluation de l'accessibilité issue des pratiques de groupes d'habitants au sein d'un quartier celui de Belle-beille à Angers. Au cours de ces échanges, l'opportunité d'élargir le modèle d'évaluation de l'accessibilité aux habitants du quartier renforce l'idée de répondre aux attentes du plus grand nombre. En effet, en abordant la question de l'accessibilité sous l'angle du parcours d'une minorité : les personnes handicapées, puis celle d'une majorité les personnes âgées, la vision d'espace trajets spécifiques à une population cible (parcours d'une personne âgée autour de son domicile) semblait limiter la portée du modèle et son application concrète. A ce moment nous avons émis l'hypothèse d'un outil d'évaluation de l'accessibilité susceptible de formaliser les pratiques des habitants à l'échelle d'un quartier : plus précisément d'un secteur donné : le secteur Beaussier (Carte 28).

Carte 28. Carte Localisation Quartier Belle-beille (Angers)



Source : INSEE, Estimations localisées de pop. d'après RGP 1999 Angers Loire Métropole IGN, INSEE 2005
Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, Nov. 2007

Ce secteur à fait l'objet d'une attention particulière dans la mesure ou plusieurs projets d'aménagement sont en cours (Centre commercial, aménagement de la voirie du boulevard Beaussier) ainsi la question des cheminements et des déplacements doit être intégrée au projet en cours de façon à améliorer l'existant et assurer la continuité de la chaîne de déplacement. Pour cela, la municipalité à souhaiter prendre en compte l'avis des habitants du quartier afin de recenser les réflexions déjà menées sur le quartier.

Ainsi, quel que soit l'âge des habitants du quartier, quelles que soient leurs compétences, l'application de la méthode mise en œuvre pour construire le modèle d'évaluation à des fins participatives vise à transmettre aux décideurs locaux un état des lieux des obstacles à la pratique de la marche.

3.1.2 L'application du modèle au secteur Beaussier (Belle-beille Angers France)

La démarche mise en œuvre auprès des personnes âgées est-elle applicable à l'échelle d'un groupe hétérogène, celui des habitants d'un quartier qui souhaitent transmettre leurs besoins et leurs attentes en terme d'aménagement du quartier aux élus locaux. Pour cela, les trois temps de

la démarche (Observation, discours et pratique) préalablement décrits ont-ils été respectés ?

L'observation des équipements publics et privés, la présence des transports et la qualité de la voirie de la signalétique et du mobilier spécifique avait été menée dans le cadre d'une sensibilisation des étudiants de licence gérontologie aux espaces de qualité et de bien-être et les services en présence autour d'une résidence pour personnes âgées : la *r*ésidence *La rose de Noël.*

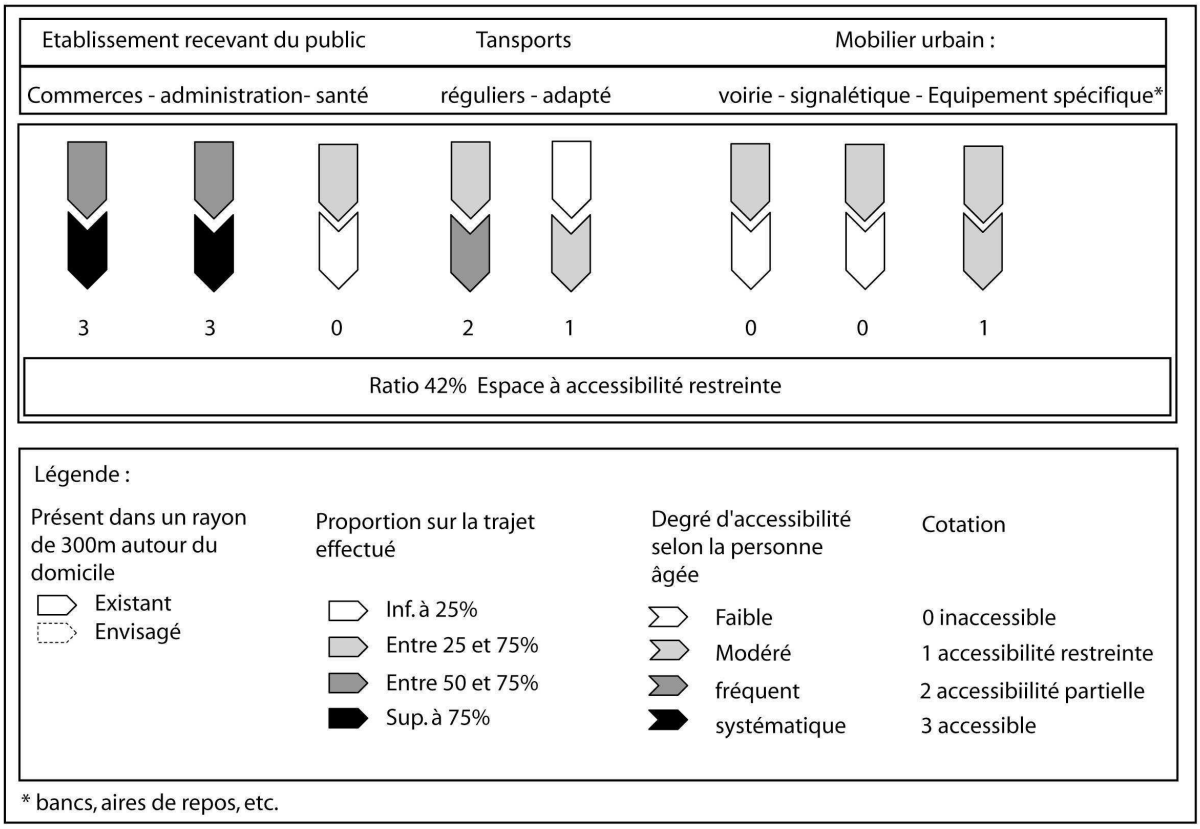
Le deuxième temps de la démarche consacré aux entretiens a été partiellement respecté dans la mesure où les réunions de préparations aux déambulations ont permis aux habitants d'exprimer les parcours les plus fréquemment empruntés et les difficultés rencontrées :

> *« Les carrefours sont très larges, créent des embouteillages, d'où un sentiment d'insécurité des piétons lorsqu'ils traversent. Les Feux piétonniers sont trop courts pour pouvoir traverser avec des enfants surtout au niveau du boulevard Beaussier / Patton (…)*
>
> *L'accès au centre commercial Beaussier est compliqué pour les personnes à mobilité réduite. Pas d'accès direct à certains endroits trop pentus ou trottoirs trop hauts (…)*
>
> *Boulevard Beaussier : trottoirs très empruntés par les piétons, côté centre commercial. (…) Rue de Plaisance assez sombre le soir, évitée par les piétons (…) »*
>
> *Extraits des revendications exprimées en réunions publiques*

Alors que les habitants du quartier considèrent les déplacements piétons assez satisfaisants et sécurisants, la pratique du secteur Beaussier a révélé de nombreux obstacles aux cheminements des personnes présentes. La variété du public présent lors de ces rencontres enrichi les discours et le pré diagnostic des difficultés rencontrées lors de ces déplacements où chacun expriment son expérience personnelle ou celles de ses proches.

Enfin le troisième temps : celui des déambulations à permis de recueillir l'expérience et le discours en marche de plusieurs membres du groupe. En effet, l'une des réunions du groupe est consacrée aux déplacements au sein du quartier : l'occasion de prendre en note les remarques des usagers tout au long du parcours. De cette manière à l'échelle du groupe et des données recueillies le ci-dessous est proposé (Fig. 92).

Figure 92. Modèle d'évaluation de l'accessibilité du secteur Beaussier -Belle-Beille (Angers)

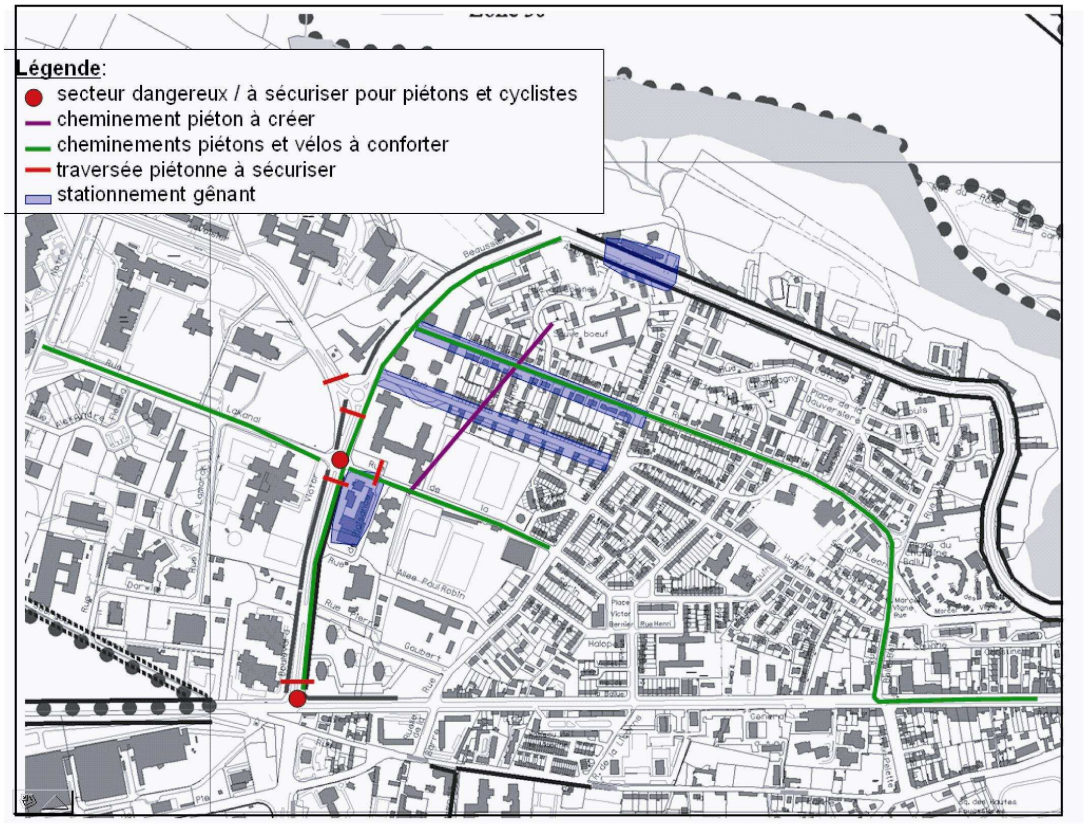


Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2006

Dans le cas des établissements recevant du public (dont les commerces et administration sont les plus présents au sein du quartier). Le degré d'accessibilité varie entre les administrations dites systématiquement accessible, alors que les commerces le sont fréquemment et enfin les services de santé plus rarement. Par ailleurs les remarques et obstacles aux cheminements des habitants du quartier portent essentiellement sur le faible degré d'accessibilité de la voirie et de la signalétique. Ainsi, parmi les éléments défaillants, selon la population du quartier, auxquels les pouvoirs publics doivent porter une attention particulière sont la voirie et le mobilier urbain.

De cette manière les revendications de la population locale et les orientations proposées aux pouvoirs publics ciblent l'ensemble du mobilier urbain. A l'issue de ces déambulations, la rencontre suivante avait pour but de transmettre et retranscrire les expériences de chaque groupe. A ce moment la présentation des résultats du secteur Beaussier par le biais du reportage photographique, du discours des habitants et le modèle d'évaluation de l'accessibilité a permis de préciser le sens des préconisations faites par le groupe d'habitants auprès des élus et de répondre à la demande initiale (Carte 29).

Carte 29. Diagnostic cheminement secteur Beaussier - Belle Beille (Angers)



Source : Conseil Consultatif de Quartier Belle Beille, Angers, juin 2005

3.1.3 Vers une généralisation du modèle ?

L'expression des habitants face à ce modèle, a permis de rendre compte que ce dernier est aussi applicable à l'échelle du groupe et complémentaires des discussions. Cela a facilité la retranscription des obstacles recensés lors du parcours accompagné. L'ensemble des données ainsi présentées ont permis d'ajuster le discours transmis aux élus et ont fait état d'un consensus des habitants au regard des faits retranscris validant ainsi l'expérimentation de l'outil auprès des habitants. La finalité de ce modèle est de permettre aux acteurs d'intégrer ce modèle comme « une grille d'évaluation de l'état d'adaptation de leur mobilier urbain ».

Il importe alors de renouveler l'opération dans des contextes différents, afin de confirmer ou non la reproductibilité du modèle sur tous types d'espaces. Ce modèle a vocation à être reproductible sur tous types d'espaces.

En définitive, pour évaluer l'accessibilité de l'espace public urbain, il est nécessaire de comprendre l'accessibilité comme un critère d'excellence. Ce dernier suppose de prendre en

compte à la fois l'aspect fonctionnel de l'espace public urbain et son usage par les populations. Pour cela, une approche transversale de l'accessibilité s'impose afin d'assurer la cohérence des actions menées dans le cadre du bâti, des transports, de la voirie et la signalétique. Dans ce cas, il convient d'intégrer la démarche de mise en accessibilité dans un contexte plus vaste : celui du développement urbain durable.

3.2 Accessibilité et développement durable : quelles synergies ?

L'usage et le lieu s'influencent mutuellement, les projets et les aménagements sont pensés en terme de lieux de façon à améliorer le cadre de vie, les déplacements, *etc.* Ces aménagements sont pensés, crées, réalisés par les élus, les professionnels. Quelle est la place de l'usager ?

3.2.1 Un défi architectural, mais aussi sanitaire et social

Pallier la mobilité des personnes âgées de façon durable consiste à relever un défi qui n'est pas seulement architectural mais qui relève de l'implication des domaines de la santé et du social. Au delà d'une réponse technique il s'agit d'un défi sociétal en faveur de l'intégration et de l'inclusion des personnes âgées. Or la limite du modèle d'évaluation proposé, s'il prend en compte la pratique de l'espace conçu et pensé par les aménageurs et les architectes et l'évaluation qui en est faite par les citadins, est l'évaluation de la qualité de l'espace urbain produit.

Tout projet d'aménagement s'articule autour de la question de la santé des citadins et de leurs compétences : il s'agit d'assurer et de développer le confort des usagers. Dans ce cas, la sensibilité des usagers et les commodités d'usage des espaces pratiqués doivent être pris en compte. Pour exemple une ambiance architecturale varie suivant l'éclairage, le mobilier urbain en présence, l'organisation urbaine, *etc.* Parallèlement l'articulation entre le domicile de la personne et son environnement nécessite non seulement une accessibilité physique dans la mesure ou les abords du domicile doivent être aménagé de façon à sécuriser le déplacement des personnes fragiles et ainsi favoriser la marche des plus âgés et le maintien de leur autonomie. Mais aussi une accessibilité sanitaire et sociale favorisant ainsi le maintien d'une population vieillissante croissante en situation de handicap afin de maintenir leur autonomie, leur participation sociale … Il s'agit de développer une accessibilité durable caractérisée par le

développement d'une accessibilité généralisée pour tous et d'une approche globale du projet depuis sa conception jusqu'à sa concrétisation. L'appui de professionnel et d'experts de l'accessibilité universelle permet de mettre en œuvre des projets qui correspondent au confort du plus grand nombre.

3.2.2 Santé et projet urbain : Convergence des actions à construire

Les documents d'urbanismes tels que les PDU et PLH comme les schémas gérontologiques abordent les questions spécifiques à l'aménagement des espaces publics urbains ou à la mobilité des personnes vieillissantes. Les deux groupes professionnels communiquent peu entre eux alors que l'une de leur préoccupation est d'adapter la ville et les quartiers aux besoins de la population.

Les personnes âgées sont des acteurs des projets de quartiers. Comme nous l'avons vu à travers l'exemple du Conseil consultatif de quartier de Belle-beille, l'adhésion des habitants du quartier aux projets d'aménagements et d'urbanisme est recherchée. Progressivement la place accordée à l'expression des demandes sociales s'accroît et vise à favoriser leur participation à la réalisation de projets qui concernent le territoire urbain de proximité.

> *Trop souvent, les personnes vieillissantes sont absentes des réflexions engagées dans les quartiers, alors qu'elles offrent un regard fondateur pour l'avenir de tous. Il nous semble impossible de développer de nouveaux services sans se nourrir de la parole des habitants et plus encore des habitants âgés et même très âgés… C'est une exigence absolue d'écouter les personnes vieillissantes sur leurs problèmes, de faire émerger leur parole, pour essayer de contribuer à améliorer leur vie quotidienne, pour avant tout respecter leurs désirs profonds, leurs choix de vie et également leur ancrage géographique et relationnel.*
>
> *Bertrand Dufourcq, Président de la Fondation de France*

Dans le cadre des conseils consultatifs de quartier de la ville d'Angers les projets mis en œuvre pour ont permis aux personnes âgées, élus municipaux de participer aux aménagements du quartier de façon à comprendre le rôle et la perception des lieux par les habitants et ce qu'ils attendent. Ainsi, la politique municipale est en mesure de recenser les besoins, les expériences et les réflexions des aînés.

> *À Angers, nous souhaitons que les modalités de la participation des retraités soient garanties dans les conseils consultatifs de quartiers, dans les ateliers d'urbanisme, dans tout ce qui va constituer des temps forts ou des outils de la participation, que l'ensemble des services de la ville prenne en compte cette problématique à chaque fois qu'un acte est posé en matière*

d'urbanisme, de sport, de culture, d'éducation… Nous souhaitons que notre démarche «grandir et vieillir ensemble», constitue autant de possibilités de requalification de l'offre publique, que de mobilisation de la société civile.

Hervé Carré, adjoint au maire d'Angers, délégué national à la participation, UNCCAS

Cette démarche d'écoute et d'explicitation des besoins et des attentes est d'autant plus importante que dans le cadre du soutien à domicile, les résidents doivent bénéficier des services de soins et des services sociaux afin de poursuivre leurs activités sociales autant que possible. Pour cela, l'accessibilité aux services repose sur la complémentarité entre les services offerts par les organismes associatifs, les services institutionnels et les services privés. La place accordée aux multiples acteurs dans le champ de l'accessibilité fait l'objet des chapitres suivants.

Conclusion

Alors que les indices d'évaluation de l'accessibilité se multiplient, la limite de chacun d'entre eux est de reposer sur les normes en vigueur au sein de chaque pays où il est mis en place. C'est la raison pour laquelle nous avons opté pour un modèle d'évaluation de l'accessibilité qui retranscrit l'observation, le discours des personnes et les parcours accompagnés.

La concrétisation de ces modèles en France comme au Québec ont permis de mettre en exergue les perceptions et les pratiques spatiales des personnes âgées. Ainsi, à partir de données qualitatives recueillies au cours de ces trois étapes, nous avons mis en avant les préconisations des personnes âgées afin d'améliorer la qualité de leur milieu de vie. Ainsi, l'expression des personnes âgées est entendue par le biais d'un outil qui permet de transmettre aux acteurs locaux les orientations des actions à mener, selon les personnes âgées, pour maintenir leur autonomie, voire améliorer leurs conditions de vie, leur bien-être.

Ce modèle, construit à partir du discours d'une personne et pour un espace trajet spécifique, a également été testé à l'échelle du quartier dans le cadre d'une démarche de consultation publique au sein du quartier de Belle-beille à Angers. De cette manière, le modèle d'évaluation à permis de définir les préconisations relatives aux cheminements piétons au sein du quartier. Au-delà du contexte d'aménagements en direction des piétons de l'espace urbain de proximité du domicile des personnes âgées, c'est une approche globale de la question de l'accessibilité qui est proposée. Celle-ci permet un aménagement et un développement durable du quartier.

La convergence entre les questions et services de santé, services sociaux et l'aménagement urbain apparaît. D'ailleurs les expériences menées dans le cadre des logements à loyers modérés, en France et au Québec, le confirment. Mettant ainsi en exergue le poids du vieillissement de la population et les expérimentations locales initiées par les acteurs locaux, les associations *etc.* Se pose alors la question de la coordination des acteurs impliqués dans ce domaine, de leur coordination dans un cadre institutionnel qui tend à promouvoir le soutien à domicile et la territorialisation des actions publiques.

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE.

La démarche suivie au cours de cette troisième partie consiste à prendre en compte la parole des usagers de l'espace public urbain autour de leur domicile. Pour cela, nous avons procédés en trois temps : l'observation *in situ* et le recueil du récit des parcours des personnes âgées autour de leur domicile. De cette façon, nous avons mis en avant les pratiques spatiales des personnes âgées. Le discours ne permettant pas de tracé l'itinéraire suivi par les personnes âgées, nous avons choisi de les accompagner au cours d'une sortie qu'elles effectuent régulièrement. Nous avons alors mis en évidence les tactiques et les stratégies mises en œuvre au cours de ces déplacements.

L'observation de la mobilité des personnes âgées en perte d'autonomie, les discours recueillis et les parcours accompagnés nous ont conduit à proposer un outil d'évaluation de l'accessibilité. Ce dernier vise à prendre en compte des attentes et des besoins des populations fragiles aux regards des obligations imposées aux pouvoirs publics. Cet outil d'aide à la décision est réalisé dans le but d'orienter les actions des acteurs territoriaux et d'accroître la qualité de vie des us'âgés de l'espace public urbain.

Au regard des difficultés rencontrées par les personnes âgées au seuil de la dépendance, la question de l'accessibilité aux services, aux informations, à l'espace public est renouvelée. En effet, en abordant la question de l'accessibilité par l'étude de la mobilité quotidienne des personnes âgées, c'est un panel hétérogène de situations de handicap qui sont prises en compte. L'accessibilité est alors comprise comme un facteur déterminant du bien-être et de la qualité de vie de l'ensemble de la population qui nécessite de prendre en compte simultanément les actions menées dans les domaines de la santé, du social et de l'aménagement du territoire afin de tendre à la production d'espace de qualité et de bien-être.

DISCUSSION.

COORDINATION ET CONCERTATION : UN CONSENSUS POUR DEVELOPPER DES ESPACES DE QUALITE ET DE BIEN-ETRE ?

INTRODUCTION DE LA DISCUSSION

L'objet de cette quatrième partie est de discuter la place qu'occupe l'accessibilité dans les débats d'acteurs issus de domaines d'activités de l'aménagement du territoire, de la santé et du social. En quoi le concept d'accessibilité est-i1transversal à ces champs d'actions ? Comment est-il mis en œuvre ? Dans quelle mesure est-il déterminant pour produire des espaces de qualité et de bien-être ?

Comme nous l'avons vu au cours des chapitres précédents, les pouvoirs publics affirment leurs volontés d'accroître la place accordée aux citoyens et de développer des espaces de qualité et de bien-être pour le plus grand nombre. Dans le même temps, les actions publiques telles qu'elles sont énoncées au niveau national tendent à faire évoluer les modes d'actions des acteurs publics au sein du dispositif de prise de décision fondé sur la consultation et la concertation. De fait, les démarches participatives apparaissent dans un contexte où le politique éprouve une crise de légitimité et nécessite la reconnaissance et la participation des citoyens à la vie publique politique.

La démarche de mise en accessibilité favorise alors ce mode de fonctionnement, permettant le croisement de point de vue et d'approches diverses. Or, l'obstacle principal à la mise en œuvre de ce processus dynamique (participation publique) demeure la représentativité de tous les groupes d'acteurs et usagers impliqués. De fait, les acteurs territoriaux impliqués dans la démarche de mise en accessibilité sont nombreux et laissent présager la construction de nouvelles coopérations conduisant à un renouvellement des pratiques sociales et spatiales.

L'intérêt de cette démarche est de faire converger les attentes des acteurs et des usagers afin de proposer une réponse ou de prendre les décisions menant à la production d'espace de qualité et de bien-être suivant une réalité sociale et territoriale de plus en plus complexe.

1. De l'information à la coordination des actions publiques : un processus dynamique

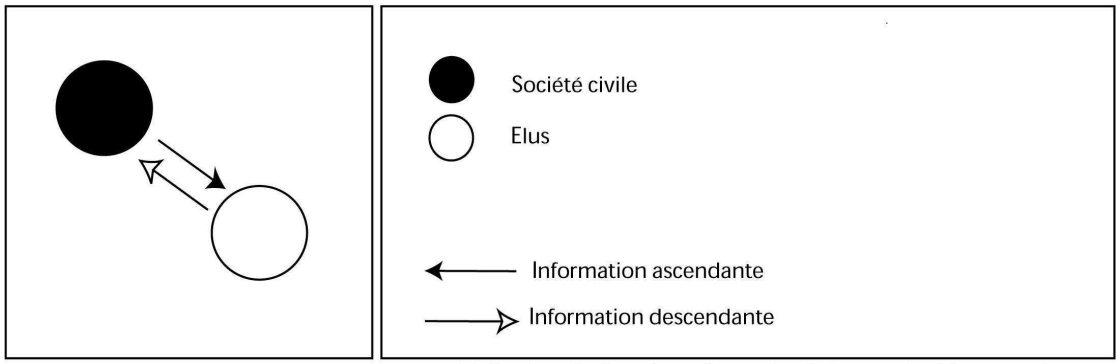
Se concerter et coordonner les actions publiques consistent à informer, décider et mettre en œuvre un processus qui répond aux besoins de la population. Mais dans la pratique, ce mode de gouvernance répond-t-il réellement aux attentes et aux besoins du plus grand nombre ? Ou bien ne sert-il qu'une minorité, notamment les acteurs qui exercent les pressions les plus fortes ?

Avec l'adoption des lois promulguant l'accessibilité pour tous, tous les acteurs locaux publics ou privés conviennent qu'il y a lieu de construire des réponses permettant d'accroître l'accessibilité de l'espace public urbain par un processus dynamique, qui prend en compte les besoins de la population.

1.1 Informer pour comprendre les enjeux politiques associés à la mise en accessibilité

L'information est le premier pas du processus de participation publique. Elle se caractérise par une double transmission des données : « l'information descendante » fournie par les autorités publiques aux citoyens ou inversement « l'information ascendante » qui émane de la société civile (citoyens, associations, communauté (surtout dans l'approche anglo saxonne) (Fig. 93).

Figure 93 . informer la population ou identifier les besoins de la population



Réalisation : B. Chaudet, Laboratoire CARTA UMR ESO 6590, Juin 2009

1.1.1. Information descendante : lorsque la société civile initie les démarches de mise en accessibilité

Malgré les lois françaises et québécoises dans le domaine de l'accessibilité, apparues au cours des années 1970, c'est sous l'impulsion de groupes communautaires, d'associations ou à la demande des citoyens que les démarches de mises en accessibilité sont initiées. Au Québec, l'adoption de la loi est rapidement relayée par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) qui propose des orientations à suivre dans le domaine de l'accessibilité dès 1984 sous l'intitulé *À part … égale*. Ce document incite les collectivités à s'investir dans la mise en œuvre de l'accessibilité : c'est le cas de la ville de Victoriaville. Seules quelques collectivités locales s'investissent. Force est de constater que les actions menées dans le domaine de l'accessibilité ciblent essentiellement le handicap physique et que les actions mises en place sont subordonnées aux volontés politiques locales.

La révision de ces lois en France comme au Québec a nécessité une implication forte des associations, des organismes communautaires, des collectivités actives dans ce domaine. Les informations et les démarches expérimentées sont transmises aux gouvernements. Ces derniers s'appuient les expériences locales afin de proposée une loi qui soit en adéquation avec les attentes de la population et les ressources des collectivités. Les lois en direction des personnes handicapées sont adoptées en 2005 pour la France et 2004 pour le Québec. Ce renouvellement législatif impose aux collectivités de s'impliquer dans la démarche de mise en accessibilité. Ces dernières font alors l'objet de démarches descendantes.

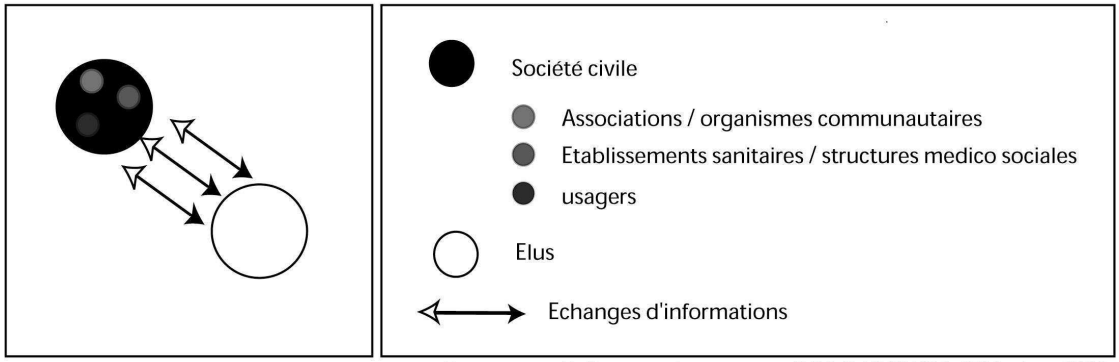
1.1.2. Information ascendante : des actions concrètes imposées aux collectivités territoriales à l'issue de l'adoption des lois de 2005 et de 2004

Par la législation en place depuis 2005 en France et 2004 au Québec, les gouvernements renouvellent leur volonté de promouvoir l'accessibilité pour tous quel que soit le handicap en imposant aux collectivités de plus de 5 000 habitants en France et plus de 15 000 habitants au Québec de s'engager concrètement sur le territoire. Pour cela, le gouvernement français impose des délais de programmation de mise en accessibilité. Précisons que les communes françaises de moins de 5000 habitants ne sont pas directement concernées par la loi, or la majorité d'entre elles sont membre d'un EPCI (généralement de plus de 5 000 habitants) qui a pour obligation de mettre en place un programme d'action de mise en accessibilité.

1.2 Consultation : support du discours des acteurs publics et de légitimation de ces actions

La phase de consultation prolonge celle de l'information et conduit à l'identification des déséquilibres, des dysfonctionnements à corriger et des potentiels mobilisables. L'action de consultation vise à recueillir l'avis de tout ou partie des citoyens d'un territoire (Fig. 94).

Figure 94 . Consulter pour identifier les dysfonctionnements et les groupes ressources



Réalisation : B. Chaudet, Laboratoire CARTA UMR ESO 6590, Juin 2009

A ce stade, le citoyen ne participe pas à la décision, il éclaire le décideur dans sa prise de position. L'opinion exprimée par les associations ou les organismes communautaires sert de support au discours de l'acteur public et permet de légitimer ses actions. La consultation permet de recueillir tous les éléments nécessaires à la compréhension globale de la situation et à l'élaboration de projets.

1.2.1 Consultation thématique point d'ancrage du projet

La consultation se caractérise par la définition des thèmes qui sont transmis aux citoyens afin de recevoir leur avis et leur opinion en retour. Entre l'état des lieux et le diagnostic, les réunions de consultation sollicitent les acteurs locaux et les regroupements de citoyens afin de transmettre les résultats de réalisations antérieures. Comme nous l'avons vu dans le cas du Maine et Loire, l'état des lieux des chiffres du handicap a fait l'objet d'une réunion de consultation. Au cours de cette réunion, les résultats présentés aux élus et aux responsables associatifs et des structures médico-sociales ont servis d'assise à l'élaboration du schéma départemental du handicap. Or les données, par ailleurs controversées, ont été sources de frustrations. Du point de vue des associations, des volontaires ou des représentants de structures médico-sociales, la

multiplication des démarches participatives dans le domaine du handicap notamment, auxquels ils assistent bénévolement et où leur temps de paroles est restreint, génère le sentiment que les décideurs fournissent une information partielle, que les décisions sont déjà entérinées, ce qui provoque des réactions passionnées de leur part. Du point de vue des élus, ils sont dans l'ensemble partagés entre la transparence de la démarche et l'appréhension des débats et des attentes fortes des citoyens. La difficulté réside dans la compréhension des données du projet et la gestion des intérêts particuliers qui sont susceptibles de l'emporter sur l'intérêt général du projet.

Parallèlement, dans le cadre du schéma gérontologique, la réunion de consultation, visant à présenter le bilan du précédent schéma et à envisager la réalisation du suivant, a permis de mettre en avant l'absence de maillage territorial infra départemental. Le consensus quant à leur utilité a permis d'engager un schéma de transition visant à entériner le maillage infra départemental afin d'assurer une cohérence des actions engagées sur le territoire auprès des personnes âgées. Ce sont aussi ces réunions de consultation qui ont mis en avant la convergence de l'ensemble des besoins des populations handicapées et des populations âgées et qui ont soulevé la question de la place accordée aux personnes handicapées vieillissantes.

Ainsi, les consultations locales en présence des partenaires locaux du sanitaire, du social et du médico-social, malgré le cloisonnement administratif de ces structures conduit à la réflexion autour de la mise en place d'un schéma unique répondant aux besoins de la population locale. A l'inverse une consultation qui ne réunit pas l'ensemble de ces acteurs limiterait ou freinerait la mise œuvre d'un projet global et cohérent Ainsi, les réunions de consultation permettent d'assurer l'avancée du projet ou de promouvoir une démarche ayant fait ses preuves.

Par exemple, l'état des lieux ou le diagnostic de la démarche de mise en accessibilité du centre bourg de Bouchemaine, qui repose sur une approche consultative, a servi de point de repère aux élus du département du Maine et Loire, et a suscité l'implication de collectivités qui se sont engagées dans une démarche de mise en accessibilité similaire, par exemple à Beaupréau et prochainement à Segré. Ainsi, le recours aux démarches de informations et de consultation faisant état de « bonnes pratiques » facilite l'identification des groupes d'acteurs à impliquer, des échelles d'actions pertinentes à prendre en compte pour mettre en place un projet similaire. L'exemple de la municipalité de Victoriaville au Québec est aussi probant. Par la mise en place d'une démarche de mise en accessibilité réussie, son expérimentation est transmise aux collectivités qui le souhaitent. Ces dernières enrichissent et adapte la démarche aux spécificités locales conduisant à transmettre leur expérience en retour.

Autre exemple, dans le cadre de la Loi N°56 au Québec, les réunions de consultation menées

et la réorganisation des services de santé sur le territoire, a aussi soulevé des tensions entres les professionnels des services de santé et des services sociaux. En effet, la répartition des équipements et des professionnels de santé et des services sociaux sur le territoire a été remise en question du fait de la fusion des établissements de santé et des services sociaux. En définitive, quelque soit le domaine (santé, aménagement du territoire), les politiques publiques favorisent l'expression des attentes des citoyens par le biais des associations, des comités de consultation, organisés à tous les échelons territoriaux, du national au local, afin de recueillir l'opinion de la population. Or, entre l'écoute théorique et la mise en œuvre opérationnelle y'a-t-il une véritable cohérence d'actions ?

1.2.2 Consulter pour identifier les échelles d'actions

La principale difficulté quant à la mise en œuvre de la consultation repose sur la prise en compte des différentes échelles d'action. Il est vrai que dans le domaine de l'aménagement du territoire, comme dans le domaine des services de santé et des services sociaux, les échelons supra et infra territoriaux doivent impérativement être pris en compte pour assurer la continuité des services.

En prenant l'exemple des schémas directeurs d'accessibilité des services de transports routiers, ce sont tous les échelons territoriaux qui sont concernés et qui doivent se consulter : à la fois au niveau régional et inter régional, au niveau départemental et interdépartemental mais aussi au niveau intercommunal et communal afin de coordonner leurs actions. Afin de respecter la continuité et l'accessibilité de la chaîne de déplacement, la prise en compte des projets des uns et des autres, rend obligatoire la démarche de consultation des projets respectifs (menant à la concertation et à la coordination des actions et des acteurs). Cette mise en réseau des compétences complémentaires se joue d'abord à l'intérieur d'un même niveau territorial, où les services techniques spécialistes des transports doivent communiquer avec les services de la voirie, d'urbanisme, ce qui représente un premier niveau de consultation (Fig. 74 : 340).

Ainsi, l'accessibilité nécessite de réunir de manière transversale des compétences diverses : celles des services sociaux, des services de transports, de la voirie, ou encore de l'urbanisme (commission intercommunale d'accessibilité, correspondant accessibilité des départements, etc.…) mais aussi les compétences d'organisation et de technologie des partenaires publics ou privés (constructeur de véhicules, de boîtiers télécommandés, etc.) et les citoyens usagers des services de transports. Il s'agit de partager les représentations des contraintes et des possibilités portées par chaque type d'acteur.

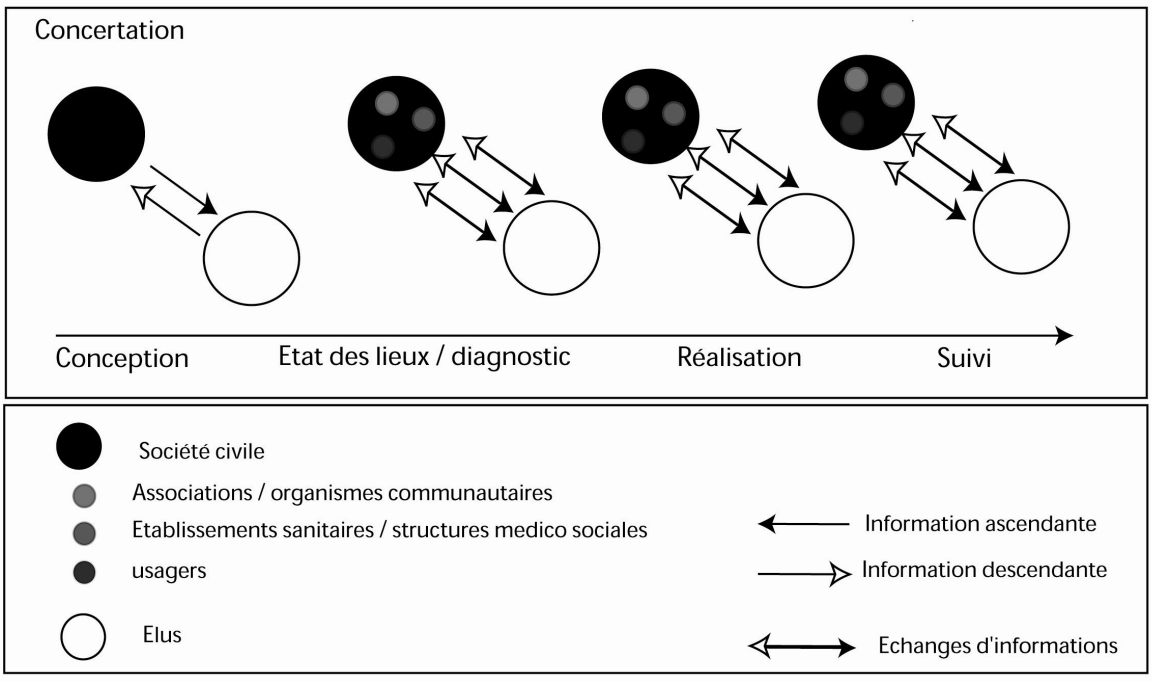
La mise en œuvre des actions de consultation est essentielle au cours du développement de l'accessibilité notamment en prenant en compte les échelles supra et infra territoriale du projet en cours. Les projets de mise en accessibilité ne manquent pas de soulever de nombreuses interrogations, notamment celles qui relèvent de l'interaction entre différents domaines de compétences.

La consultation permet d'identifier les groupes d'acteurs volontaires, les réseaux mobilisables et les échelles d'actions à prendre en compte lors de la conduite du projet. Dans ce cas, les décideurs publics laissent de plus en plus de place à une entente entre les acteurs en présence et mobilisent un ensemble d'acteurs volontaires dont les complémentarités aboutissent à une co-construction de l'action publique. On passe alors d'une étape de consultation à l'élaboration d'un cadre de discussion partagé : la concertation où la prise de décision est conjointe.

1.3 La concertation : discussion partagée dans le temps

On peut la définir la concertation de façon générale comme une implication fondée sur le travail en commun des élus, des techniciens, des professionnels et des habitants du territoire sur un projet public. La concertation suppose un contact régulier dans le temps entre les acteurs qui accompagnent un projet de son élaboration, jusqu'à sa réalisation. (Fig. 95).

Figure 95 . De l'information à la concertation : co-construction de l'action publique territoriale



Réalisation : B. Chaudet, Laboratoire CARTA UMR ESO 6590, Juin 2009

Elle consiste en une série d'aller-retour entre les citoyens et les décideurs, avec des évolutions et des adaptations progressives de chaque coté, même si la responsabilité et la prise de décision finale est du ressort des autorités publiques. Autrement dit, cette étape consiste à faire évoluer le débat, du partage de l'expertise à la recherche de décisions consensuelles. Cependant, la concertation n'est pas la recherche du consensus à tout prix ; toutes les opinions sont examinées, mais il ne sera pas forcément donné suite à toutes les demandes exprimées.

Les démarches de concertation sont fréquemment évoquées au Québec, par exemple, l'intitulé *Table de concertation des aînés* est institué pour intégrer les personnes vieillissantes aux processus décisionnel et remettre des avis auprès d'organismes nationaux consultés par le gouvernement comme le conseil des aînés.

Mises en place en 1999, les tables de concertations régionales des aînés se sont consolidées en 2001-2002 dans leur rôle de représentation des personnes aînées au sein des 17 régions administratives du Québec. Les thèmes abordés sont l'amélioration des soins et des services sociaux, la qualité des services d'hébergement, les services de maintien à domicile, le soutien des proches, *etc.*

Les tables régionales regroupent plusieurs associations d'aînés et d'organisme offrant des services aux aînés. Les tables visent à favoriser la participation des aînés au développement du Québec par l'émission de recommandation aboutissant à la proposition de plan d'action émis par le gouvernement du Québec. A l'issue de ce plan d'action, une série de rencontres a lieu, les recommandations issues de ce rapport devraient permettre à un nouveau plan d'action de voir le jour *via* le ministère de la famille et des aînés.

La démarche de participation publique, entendue comme un processus dynamique, permet d'assurer un véritable échange et crée une instance de dialogue entre la société civile et les élus. Dans un contexte marqué par l'essor des démarches participatives, les citoyens sont fréquemment sollicités. Leurs expertises par le biais de leurs pratiques de l'espace, de leurs usages des services de santé et des services sociaux, *etc*. sont des ressources essentielles aux différentes étapes clés du projet : conception, diagnostic, réalisation et suivi. Leur participation au projet favorise la compréhension et l'appropriation des actions engagées. Néanmoins, la rapidité avec lesquelles les démarches et les décisions sont engagées ne laisse que peu de temps aux participants citoyens d'accéder aux documents d'études et donc limite leur appropriation des éléments à prendre en compte pour émettre un avis. De plus, lorsque les sujets de consultation / de concertation sont porteurs de conflits, les acteurs concernés glissent vers des logiques

d'opposition. D'autant que certains groupes sont plus anciens, plus ancrés dans l'histoire locale du quartier, plus reconnu par la société, *etc*. Il est alors difficile de trouver un consensus. Néanmoins, la concertation et la réflexion autour du projet permettent d'anticiper les tensions à venir quant à l'approbation et l'appropriation du projet par ses habitants.

Finalement, l'opinion exprimée lors des processus de participation publique sert de support au discours de l'acteur public et permet de légitimer ses actions. La complexité de la participation publique repose alors sur le nombre d'acteurs impliqués et sur leur capacité à être entendus et à être reconnus. Les limites du processus de participation proviennent fréquemment de la représentativité des participants et de leur coordination autour d'un projet commun.

2. Du processus participatif à la coordination des acteurs

Les modes de participation publique tendent à faciliter ou à complexifier la prise de décision des collectivités locales. De fait, le processus participatif et la coordination nécessitent de prendre en compte l'ensemble des groupes d'acteurs et usagers dont la représentativité est souvent difficile à concrétiser.

Pour identifier les besoins des personnes âgées, il est indispensable de prendre en compte l'opinion des personnes âgées elles-mêmes, de leur entourage, des aidants et des professionnels ainsi que des acteurs locaux associatifs et institutionnels qui œuvrent à leur service. Force est de reconnaître que les personnes âgées sont rarement écoutées, elles ne savent pas à qui s'adresser, ni comment. Fréquemment, ce sont les professionnels qui prennent la parole pour exprimer les besoins des populations fragiles et vulnérables.

2.1 Les porte-parole des personnes en situation de handicap : entre convergence et divergences

Compris comme les porte-parole des personnes handicapées et des personnes âgées, les représentants associatifs, de structures sociales et médico-sociales participent à l'élaboration des diagnostics relatifs à l'accessibilité, notamment par la collecte et la transmission d'informations spécifiques. L'implication des associations ou des représentants des usagers est plus souvent à visée opérationnelle qu'institutionnelle. Les propositions des organismes associatifs ou des structures sociales et médico-sociales sont soumises à la discussion. De ce fait, l'accessibilité génère des attentes fortes de la part des associations et des personnes qui s'impliquent

bénévolement dans ce processus.

Il est parfois difficile de réunir tous les groupes d'acteurs autour de la table. La coordination entre les actions menées par les groupes associatifs est parfois divergente. En effet, les attentes exprimées par les représentants d'associations de personnes handicapées motrices diffèrent de celles revendiquées par les déficients visuels. De plus, certaines associations refusent d'être associées les unes aux autres. Par exemple les associations de personnes âgées refusent d'être assimilées aux associations de personnes handicapées. Par ailleurs, certaines associations, plus anciennes ou ancrées par leur dynamisme local, s'imposent au détriment d'autres moins connues. De ce fait, les attentes des associations entre elles, des structures médico-sociales se croisent, voire se contredisent. Prenons l'exemple de l'aménagement urbain et des besoins des personnes déficientes visuelles.

> *« Il n'est pas possible, passées les premières étapes de la concertation de donner rendez vous dans 10 ans en assurant que tout va bien se passer. Il est indispensable de tenir compte de l'évolution de la ville, par exemple :*
>
> *Depuis des décennies, les déficients visuels se déplacent en longeant les bordures de trottoirs ou le mur du riverain. Arrivée à la traversée piétonne, la personne aveugle trouve un abaissement de trottoir, souvent ; un feu parlant ou pas, rarement une bande d'éveil ou de vigilance plus rarement.*
>
> *Aujourd'hui, on souhaite nous imposer de nouveaux aménagements urbains laissant la possibilité aux aménageurs de supprimer les traversées piétonnes de mettre à plat la chaussée et le trottoir, ce qui a pour conséquence la perte totale de repères tactile et visuel : la naissance d'une zone d'insécurité et la mise en danger des personnes aveugles et malvoyantes. Nos rééducateurs en locomotion n'ont aucune solution technique à nous proposer pour gérer le déplacement de ces nouvelles zones où les véhicules circulent à 30km/h. La personne déficiente visuelle munie d'une canne ou d'un chien guide n'a aucun moyen de savoir si elle se situe dans une zone 30 (où elle peut traverser n'importe où) ou dans une zone urbaine traditionnelle limitée à 50km/h (ou elle doit emprunter les passages piétons pour traverser) » Thierry Jeammes, président de la commission d'accessibilité du CNPSAA*

Précisons qu'au cours de ce processus, il est parfois difficile d'assurer la convergence de ces intérêts, même si les démarches de mises en accessibilité se veulent globales et transversales.

2.2 Faire appel aux organismes privés : complément ou substitution de l'action publique territoriale ?

Afin d'assurer la qualité d'usage de l'espace public, l'accessibilité doit être intégrée dès la

phase de conception jusqu'à la réalisation et la concrétisation du projet : dans ce cadre, la concertation accompagne, en théorie, l'ensemble du projet et s'appuie sur l'ensemble des acteurs concernés. Par exemple, la loi du 11 février 2005 impose aux collectivités locales de plus de 5000 habitants la réalisation d'un diagnostic de l'accessibilité. Les appels aux organismes privés se multiplient en France afin de répondre aux délais de diagnostic d'accessibilité imposés par la loi. Ces diagnostics, supposent l'interrelation entre les élus, les associations et les diagnostiqueurs. Les diagnostics sont réalisés après l'audition des élus, plus rarement après l'écoute des professionnels ou des associations d'usagers. En effet, de nombreuses collectivités passent une commande de pré diagnostic afin de transmettre l'usage des outils utilisés par les diagnostiqueurs aux professionnels ou aux techniciens des collectivités. Or, entre la théorie et les pratiques de terrain, peu de collectivités ont acquis cette capacité d'expertise. Les motifs exprimés par les élus et les diagnostiqueurs sont : le manque de concertation, le temps nécessaire à la formation des élus et des acteurs locaux et les délais pour réaliser ces diagnostics. Des lors la volonté est de répondre aux exigences de la loi avec un diagnostic réalisé dans les temps au détriment de la transmission d'un savoir faire et menant à l'appropriation d'outils conduisant à la pérennité d'une démarche entreprise par les collectivités elles-mêmes.

Ainsi, la démarche de concertation initiale se transforme le plus souvent en une étape de consultation où les organismes qui effectuent le diagnostic transmettent les résultats de l'étude engagée aux pouvoirs locaux et moins la méthode utilisée. La multiplication de ces organismes privés fait suite à l'urgence des délais de réalisation de ces diagnostics. Les organismes, pour répondre aux demandes toujours plus nombreuses, mettent en place des outils standardisés et transmettent les résultats d'un diagnostic normalisé rarement adapté aux spécificités du territoire et des ressources locales. Les effets de la loi et de ces diagnostics effectués dans l'urgence montreront vraisemblablement leurs limites lors de la programmation des actions à mener.

2.3 Elu, décideur, médiateur et coordinateur ?

Alors que les élus, les techniciens et les citoyens se concertent pour définir ensemble les points de vigilance, les projets à mener. Dans l'absolu, le coordinateur s'assure du respect et de la prise en compte du point de vue de chaque partenaire, afin de développer une démarche équitable. Il permet ainsi d'entendre ceux qui ne le sont pas et de favoriser le droit de réponse de chacun.

La dimension partagée du rôle de coordination nécessite de répartir les rôles et les fonctions de chacun. L'intérêt de la mise en œuvre de la coordination est reconnue par l'ensemble des acteurs : pourtant il faut reconnaître qu'elle n'est pas facile à mettre en œuvre. Le travail par groupe thématique permet d'aborder des préoccupations communes appelant une réflexion collective pour construire un projet, déterminer des priorités et évaluer les conditions de faisabilité et les risques d'échec, afin de ne pas démobiliser les habitants. En effet, la coordination des acteurs autour d'un projet territorialisé n'est pas spontanée. Il nécessite d'identifier les acteurs partenaires, de les rassembler et que chacun s'investisse dans le projet. Bien souvent les logiques financières, les différences de culture, les logiques clientèles des partenaires rendent difficile la communication et les échanges possibles. Dès lors, chacun appréhende les réalités territoriales suivant un angle particulier qui nécessite un temps de compréhension du vocabulaire et des attentes de chacun. Ainsi, la coordination suppose un long processus d'apprentissage du travail ensemble. Ces logiques parfois opposées freinent l'intégration des acteurs autour d'un objectif commun.

La démarche de coordination est parfois imposée par les pouvoirs publics : les postes de coordinateurs gérontologiques, crées en France par la circulaire du 7 avril 1982, en sont un exemple. Les cas où la coordination a réellement porté ses fruits sont ceux où la démarche de coordination était antérieure ; dans les autres cas, la coordination a provoqué des résistances de la part des acteurs concernés. En somme, l'histoire locale en matière de coordination semble un atout essentiel à la réussite des démarches de coordination imposées.

Par ailleurs, ces effets semblent se confirmer dans le contexte de mise en place des comités consultatifs d'accessibilité dans les communes françaises, ainsi que dans la mise en œuvre des commissions communales et intercommunales de mise en accessibilité. Dans cette perspective, la qualité du processus de coordination est confortée par les obligations nationales. Ces dernières institutionnalisent la démarche dans le but de la pérenniser.

Parallèlement, l'expérience de coordination de proximité autour du patient en perte d'autonomie en Estrie, fait lui aussi référence à une longue tradition de coordination qui se professionnalise, se pérennise et est transmise à l'ensemble de la province du Québec. Dans le système de soins québécois, le gestionnaire de cas et/ou l'intervenant pivot est un acteur légitimé auprès de l'ensemble des partenaires. Dans ce cas, il assure la coordination de l'ensemble des services de soins et des services sociaux auprès de la personne en perte d'autonomie. Sa fonction est le plus souvent double, puisqu'il est aussi professionnel des services de soins, le plus souvent dans le champ médico-social (infirmière, *etc.*), même si elle varie d'un territoire à l'autre. En effet, la définition et la diffusion du rôle du gestionnaire de cas

fait aussi l'objet d'une adaptation aux spécificités territoriales ou populationnelles. Ainsi, le statut de gestionnaire de cas, tel qu'initié en Estrie et appliqué à d'autres territoires de santé et de services sociaux, est variable. Les fonctions de gestionnaire de cas ne sont pas identiques d'un territoire à l'autre, menant à des difficultés de compréhension. Il semble donc indispensable de définir les modèles sur lesquels, les partenaires de la coordination s'appuient afin d'éviter les confusions terminologiques menant également à des confusions de compréhension du rôle et des fonctions des partenaires.

Ces expériences menées à la fois dans le champ de l'aménagement du territoire ou encore dans celui de la santé et des services sociaux montrent combien la démarche en s'institutionnalisant, se dote de procédures, de conventions et d'outils communs négociés tel que les schémas directeurs d'accessibilité des services de transport, les systèmes d'informations partagés en direction des personnes âgées.

Les élus sont amenés à occuper une double fonction : celle de décideur et de coordinateur. Pour cela, des pratiques émergent quant à la mise en place de cette double fonction. Par exemple, à Montréal, un correspondant accessibilité est désigné au sein de chaque service de la ville. De cette façon, les réunions de concertation entre l'ensemble de ces correspondants permettent d'identifier, d'évaluer et de programmer les actions en cours et à venir. Cette démarche permet aussi aux élus de différencier leur rôle de coordinateur au sein d'un service (Voire, environnement, etc.) de celui de décideur au moment de la concertation entre les services. Dès lors, cela permet d'assurer une approche globale de l'accessibilité conduisant à des prises de décisions réalistes au regard des potentiels mobilisables au sein de chaque service.

Une expérience similaire apparaît en France dans le contexte de mise en place des commissions communales d'accessibilité et leur mise en cohérence avec les actions menées dans le champ de l'accessibilité à l'échelle intercommunale. En effet, ces dernières nécessitent de prendre en compte les documents d'urbanisme (Plan de Déplacement Urbain), les schémas directeurs des services de transports de l'agglomération, *etc.*

Les processus mis en œuvre récemment dans le domaine de l'accessibilité tendent à démontrer que la place de l’élu est complexe. En effet, l'élu coordinateur a une posture particulière de par ses fonctions. La maîtrise des concepts d'accessibilité, de situation de handicap, de la législation en cours, des actions impulsées et celles à construire au sein des services municipaux, mais aussi des attentes et des besoins de la population sont essentiels. La démarche de concertation et de coordination mise en œuvre tend à promouvoir la place des usagers et leur participation à la vie politique locale.

Or, les connaissances relatives aux attentes et aux besoins des personnes en situations de handicap sont inégalement connues des acteurs territoriaux. Généralement, pour les personnes ayant une déficience physique, les obstacles sont identifiés parce qu'ils font l'objet de revendications associatives de longue date, que les normalisations françaises et québécoises dans ce domaine sont précises et sont obligatoires dans le domaine de la construction, de l'urbanisme et de l'architecture. En revanche, ceux visant l'amélioration des conditions d'accessibilité des personnes ayant un handicap sensoriel sont moins reconnus, même si les actions dans le champ de la déficience visuelle sont de plus en plus intégrées, ce qui est moins le cas des obstacles liés à la déficience auditive. Les récentes lois proposent un certain nombre de préconisations dans le domaine du handicap sensoriel et développent des normes dites de confort, permettant de répondre aux besoins des usagers déficients sensoriels. Enfin, la méconnaissance du handicap psychique et intellectuel est telle aujourd'hui qu'elle limite les réalisations dans ce domaine plus en France qu'au Québec.

Les collectivités locales instaurent ces processus de participation publique afin de concevoir et de réaliser un environnement de qualité pour ses usagers. Pour cela, il importe de prendre en compte les aptitudes diverses des usagers et de coordonner l'ensemble des acteurs impliqués pour répondre aux besoins des populations en considérant les singularités de la population et des territoires qu'ils soient urbains ou ruraux.

3. Vers des espaces de qualité et de bien-être ?

Penser le territoire en terme d'accessibilité consiste à aborder le territoire selon une approche globale qui tient compte à la fois des acteurs territoriaux, des échelles d'actions et des groupes sociaux qui le pratiquent. Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, l'accessibilité des espaces du quotidien correspond à l'usage des espaces proches de leur domicile (commerces, espaces vert, etc.) vers lesquels ils se déplacent facilement et qui leur permettent de poursuivre leurs activités quotidiennes (aller faire ses course, se rendre au parc, etc.). Or pour les personnes âgées, certains espaces ne sont pas accessibles, soit du fait de leur mobilité restreinte, soit du fait de la qualité de l'environnement. En interrogeant les personnes et en pratiquant l'espace urbain à leurs cotés, nous avons mis en évidence que certains espaces génèrent un sentiment de vulnérabilité ou d'exclusion dont ils ont plus ou moins conscience et qui leur impose une vigilance accrue a l'égard de ces espaces méconnus.

De fait, les pratiques spatiales des personnes âgées varient suivant l'espace dans lequel elles

résident : centre urbain, périurbain ou villages plus éloignés des centres. Par exemple, les quartiers pavillonnaires, qui se sont développés au cours des années 1950, ont accueilli une population essentiellement composée de jeunes ménages mobiles. Aujourd'hui vieillissante, cette population utilise de moins en moins l'automobile pour ses déplacements, ce qui génère une nouvelle problématique : celle de l'accessibilité aux services de soins, aux commerces de proximité dans des espaces exclusivement résidentiels. Le réseau de transports collectifs, s'il est présent, n'est pas suffisamment développé pour pallier les besoins de cette population. Ainsi, les stratégies de déplacements, mises en place par les citoyens âgés, doivent être associées aux stratégies de développement de l'accessibilité au sein des collectivités. L'objectif est de faciliter le déplacement des personnes au-delà de leurs domiciles et d'accroître les situations de rencontres socialisantes limitant ainsi la production d'espaces stigmatisés par ou pour les personnes en situation de handicap.

Par ailleurs, la construction des « grands ensembles », que sont les logements collectifs situés à la périphérie des villes au cours des années 1960 pour répondre aux besoins de logements, a permis d'accueillir bon nombre de populations immigrées qui initialement avaient prévu un « retour au pays ». Or, l'implantation de la famille élargie, et son intégration au sein de la collectivité entraînent le choix de vieillir chez soi dans son quartier à proximité de ces proches. De fait, les solidarités familiales et générationnelles y sont très présentes. Si elles favorisent le soutien et le maintien à domicile de cette frange croissante de la population vieillissante, elles résident rarement dans un environnement adapté. Comment trouver l'équilibre entre des espaces urbains aussi différents ? Si l'accessibilité universelle des espaces publics urbains ne se concrétise pas, elle pose néanmoins la question des aménagements raisonnables permettant de compenser les disparités sociales et territoriales. En définitive ce sont les processus de mise en accessibilité qui sont interrogés afin d'accroître la qualité de l'espace urbain, le déploiement des espaces capacitants et l'éviction des espaces invalidants.

C'est aussi le paradoxe entre le territoire ressource : tel qu'il est pensé et conçu par les professionnels et le territoire investi, tel qu'il est susceptible d'être approprié par la population quel que soit l'âge, le sexe, la situation sociale, *etc.* En effet, un espace accessible est-il systématiquement investi et approprié par les habitants ? Certains espaces ou lieux accessibles sont parfois déconnectés des réels besoins de la population et sont complexes à pratiquer, conduisant à un effet contraire à celui souhaité : l'immobilité et l'isolement des populations. L'approche technique de l'accessibilité des espaces urbains doit alors être combinée avec les espaces vécus par les populations afin de planifier des aménagements cohérents. La qualification des espaces publics par la population est alors un paramètre déterminant de

l'accessibilité. L'usage de l'espace public s'organise autour des lieux d'échanges, de rencontres, de services où les conditions techniques et humaines de l'accessibilité doivent être assurées. L'enjeu de l'accessibilité est à la fois un défi technique, institutionnel, architectural et culturel menant à la production d'espace de qualité et de bien-être.

Conclusion

En définitive, prendre en compte le vieillissement de la population, la parole des personnes âgées et la place qu'elles occupent au sein de la société, repose sur un processus participatif territorialisé. La participation publique devient alors un moyen de favoriser la collaboration entre les citoyens et la collectivité. La participation des groupes d'acteurs locaux permet de co-construire des réponses aux besoins de la population à partir d'une connaissance plus fine des besoins des usagers. Les obstacles à la démarche reposent principalement sur les difficultés à réunir l'ensemble des groupes d'acteurs, mais aussi sur le risque de voir certains représentants d'associations ou d'organismes défendre les intérêts de leur groupe au détriment de l'intérêt collectif. Face à ces limites, la participation des citoyens apparaît comme un complément utile à l'élaboration de décisions prise par les acteurs locaux. Ainsi, il est nécessaire de replacer l'individu au centre de la réflexion, ou du moins de ne pas l'écarter de la réflexion, afin de garantir une meilleure qualité de vie. Dès lors, les démarches de mise en accessibilité sont caractérisées par l'intégration des usagers au processus décisionnel afin promouvoir des espaces de qualité et de bien-être pour le plus grand nombre.

CONCLUSION GENERALE

A l'origine de ce travail de recherche, notre volonté était de mieux comprendre le rôle et l'impact de la notion d'accessibilité dans les processus d'aménagement du territoire et dans la réorganisation des systèmes de santé et des services sociaux en France et au Québec, compte tenu du vieillissement de la population et des situations de handicaps qu'il génère. Or les différents travaux de recherche sur la question demeurent cloisonnés. L'accessibilité est le plus souvent comprise comme un moyen d'accéder aux espaces publics et ne prend pas ou peu en compte la dimension sanitaire et sociale. Sans prétendre expliquer de manière exhaustive l'intérêt d'associer ces dimensions dans le contexte du maintien de l'autonomie des personnes âgées dans leur milieu de vie, nous pouvons avancer un certains nombre de raisons pour lesquelles, aujourd'hui en France et au Québec, les démarches de mises en accessibilité réunissant l'action sanitaire, sociale et environnementale sont rares voire inexistantes, alors que la notion même d'accessibilité est affichée comme un chantier prioritaire par les politiques publiques.

Tout d'abord, on constate la nécessité d'accroître les connaissances dans le champ du handicap, souvent réduites au handicap moteur. Cela s'explique par la méconnaissance des acteurs et en particulier des élus qui n'ont pas conscience de l'évolution de cette notion. Néanmoins, les effets des lois en direction des personnes handicapées en France et au Québec participent à l'évolution terminologique du mot handicap vers l'expression « situation de handicap » et marquent le passage d'une vision médicale à une vision socio-environnementale. En ciblant au cours de cette étude les personnes âgées en perte d'autonomie, c'est une extrême diversité de conditions personnelles (état de santé, capacité d'adaptation, …) que nous avons découvert. Ces dernières laissent présager de multiples situations de handicap que nous avons observées et interprétées. Le panel de la population concerné par ces situations de handicaps est plus vaste que la seule catégorie des personnes vieillissantes au seuil de la dépendance. En effet, elles ne concernent pas seulement les personnes handicapées et les personnes âgées mais aussi l'ensemble de la population quel que soit son âge, son milieu de vie, *etc.*

Ensuite, dans le contexte du soutien à domicile engagé par les pouvoirs publics, les services de soins et les services d'aide à domicile sont proposés pour favoriser le maintien de la personne dans son milieu de vie. Or, le maintien du réseau social ou de la communication des personnes

n'est pas ou peu pris en compte. Des services d'animations se greffent parfois aux services d'aides à domicile (assez rarement dans les faits), mais peu prennent en considération les liens sociaux préexistants qui affectent les capacités d'adaptation de la personne suivant le degré de perte d'autonomie (motrices, sensorielles, psychiques, *etc.*). De fait, le soutien à domicile sanitaire et social s'est considérablement développé mais les moyens pour permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de maintenir leur réseau social semblent être délaissés voire oubliés par les pouvoirs publics. Par exemple, l'apprentissage du braille et/ou de la langue des signes ne fait pas partie des moyens mis en œuvre pour favoriser l'autonomie des personnes âgées. Cela conduit à un isolement progressif de la personne. En l'absence de moyens de communication évolutifs au gré de l'évolution de la déficience sensorielle, le réseau social se réduit et les relations de voisinage s'éloignent progressivement. La communication se restreint alors aux temps consacrés au passage des travailleurs sociaux, des infirmiers, kinésithérapeute *etc.*

En France, l'absence de données concrètes concernant les personnes ayant des incapacités ou des limitations fonctionnelles à longtemps limité l'action des pouvoirs publics dans ce domaine. La tâche à accomplir dans ce domaine et le retard à combler sont d'autant plus grands que le retard accumulé par la France est ancien, les sources existantes sont multiples au niveau local (établissements de santé, services des collectivités, etc.), les indicateurs et les critères de références sont différents notamment entre les critères retenus par les services de santé, ceux des services sociaux *etc.* De plus, à l'instar des déficiences motrices, les situations de handicaps associées aux déficiences sensorielles sont encore plus méconnues. Pour ces raisons, nous avons choisi de comparer deux enquêtes menées simultanément de part et d'autre de l'Atlantique : l'enquête HID en France et l'enquête EQLA au Québec.

L'enquête HID est la première enquête d'envergure nationale visant à identifier et à dresser un portrait national de la population ayant un handicap, une incapacité ou une dépendance. L'enquête EQLA, quant à elle, fait suite aux enquêtes « Santé sociale » qui permettent de dresser un portrait des populations ayant des limitations fonctionnelles à l'échelle provinciale et à l'échelle régionale. Suite à l'enquête HID menée en France entre 1998 et 2001, une enquête Santé-Handicap est actuellement en cours. Cette dernière vise à actualiser les données de l'enquête HID. Face aux limites de l'enquête HID, concernant précisément la spatialisation des données à l'échelle départementale (niveau d'action sanitaire et social en direction des personnes handicapées et vieillissante), une extension départementale de l'enquête par questionnaire semble possible à condition d'assurer un partenariat avec l'INSEE et la DREES et d'être en mesure de la financer. Parallèlement, l'actualisation de l'enquête EQLA est en cours,

elle est associée au vieillissement de la population. Ainsi, un volet de l'enquête renommée l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités et le vieillissement (EQLAV) cible les personnes âgées de 65 ans et plus de la province de Québec et des régions.

Finalement, la mise en place de ces enquêtes et l'ampleur de leurs réalisations à l'échelle nationale et/ou à l'échelle locale relèvent de volontés politiques en place et de la volonté d'assurer la cohérence entre les données recueillies et leur exploitation à l'échelle des collectivités en charge de répondre au besoins de cette frange croissante de la population. Néanmoins, les données recueillies au cours de l'enquête Handicap-Santé et celles recueillies par l'enquête EQLAV devraient permettre d'affiner le regard porté sur l'accessibilité par les personnes âgées en perte d'autonomie et les acteurs interrogés au cours de cette étude.

Dans un contexte marqué par la territorialisation, le choix du maillage de la coordination gérontologique ou encore celui des actions sanitaires et sociales revêt toute son importance. Comme nous l'avons montré au cours de cette étude, les territoires administratifs et les territoires de santé tendent à se superposer au Québec notamment dans le cas des découpages administratifs de MRC concordant avec les territoires de CSSS. A l'inverse, en France et plus particulièrement dans le cas du département du Maine et Loire, les territoires d'actions sanitaires et sociales et les découpages administratifs se chevauchent et induisent une action différenciée auprès des personnes âgées en situation de handicap entre les collectivités territoriales d'un même département mais aussi entre les départements d'une même région, *etc.*

Pourtant, les acteurs locaux et nationaux s'accordent à dire que la coordination des services de santé et des services sociaux permet d'assurer la continuité du parcours de soins de la personne vieillissante. Or, la place du coordinateur ou de l'intervenant pivot n'a visiblement pas le même statut en France et au Québec. En France, le rôle et la place du coordinateur gérontologique restent flous. En revanche, au Québec cet intervenant, nommé gestionnaire de cas, est légitimé par l'ensemble des services pour intervenir auprès de tous les prestataires de services dont la personne âgée a besoin. L'expérimentation menée en Estrie et dans la région de Sherbrooke a prouvé l'intérêt de la démarche menant à son implantation au cœur des régions québécoises et à son exportation hors du Québec, notamment en France. La généralisation n'étant pas totalement en place au Québec et l'implantation française étant en cours, ce mode de coordination doit encore faire ses preuves.

Ainsi, nous avons pu constater que les démarches privilégiées dans les domaines de la santé, du social et de l'aménagement du territoire sont fondées sur la concertation et la coordination

des acteurs impliqués et se concrétisent par une action participative des citoyens. A l'évidence, la coordination et la concertation s'avèrent complexes et délicates à mettre en œuvre malgré le consensus de l'ensemble des acteurs.

En travaillant sur la prise en compte de la parole des multiples acteurs autour des projets relatifs à l'accessibilité, nous avons pu observer la manière dont les usagers de l'espace public, des services de santé et des services sociaux, notamment les personnes en situation de handicap et les personnes vieillissantes, sont entendus. Au cours du processus de participation publique pour la construction des politiques d'accessibilité, la parole des populations vulnérables est rarement transmise de façon directe : leurs attentes et leurs besoins sont plus souvent relayés par des organismes associatifs ou des responsables de structures médico-sociales. Dès lors, les politiques publiques d'accessibilité engagées à l'échelle des collectivités locales, régionales et nationales reposent, en France comme au Québec, sur la mise en réseau des acteurs et des citoyens favorisant le partage d'expériences.

Ainsi, l'étape de concertation s'appuie sur un panel représentatif des populations en situation de handicap, dont les personnes âgées et les personnes handicapées font partie. Les personnes âgées et les personnes handicapées ont des besoins similaires, pour autant l'un et l'autre groupe refuse d'être associé. Les personnes âgées refusent d'être comparées aux personnes handicapées et inversement les personnes handicapées refusent d'être assimilées aux personnes âgées. Néanmoins, les revendications portées par les associations de personnes handicapées favorisent la mobilité des personnes âgées et participent au maintien de leur autonomie. Par ailleurs, si les pouvoirs publics agissent aujourd'hui et que le maintien à domicile a été développé et préconisé, c'est bel et bien parce qu'il y a de plus en plus de personnes âgées et que leurs besoins en termes de services sanitaires et sociaux sont croissants. Ainsi, favoriser le maintien de l'autonomie relève aussi des conditions du maintien de la participation sociale des individus.

Pour cela, la démarche de mise en accessibilité est un enjeu majeur. Nous avons mis en perspective quelques initiatives menées localement en France et au Québec pour pallier les besoins et les attentes des personnes âgées en terme d'accessibilité. Certaines initiatives, apparues au cours des années 1970 sont renouvelées et sont aujourd'hui encore d'actualité avec l'actualisation des lois en direction des personnes handicapées pour l'égalité des chances. Les élus, les professionnels, les associations ou encore les organismes communautaires ont participé activement à la révision de ces lois, en France et au Québec, générant ainsi des attentes d'autant plus fortes de la part de la population.

Alors que la loi française du 11 février 2005 prône l'accélération des actions mises en œuvre de l'accessibilité par les délais très courts de programmation et de réalisation, au niveau local, les élus revendiquent le temps nécessaire à la sensibilisation et la formation des acteurs et

posent la question du budget octroyé pour les réaliser. Les temps de réflexion et ceux de mise en application sont contradictoires au risque d'aller trop vite et d'agir dans l'urgence au profit des uns – bénéficiant d'un *lobbying* associatif plus ancien et plus organisé – mais aussi et surtout au détriment d'autres dont les besoins sont encore aujourd'hui méconnus (la surdité est le maillon faible des législations en oeuvre en France et au Québec). Apparaît alors un paradoxe français caractérisé par la souplesse de la démarche de mise en accessibilité, des modalités de réalisation des diagnostics, des programmations par les collectivités d'une part et les normes qui définissent l'accessibilité de l'espace public urbain d'autre part. En tout état de cause les fonctions et le rôle de chacun s'inscrivant à une échelle donnée, la co-construction des politiques publiques d'accessibilité reste un challenge à relever.

Étant donné la difficulté que nous avons eu pour trouver des expériences traitant de l'accessibilité à la fois dans le champ de l'aménagement du territoire et celui de la santé et des services sociaux, nous avons recentré notre approche autour de la mobilité des personnes âgées en perte d'autonomie autour de leur domicile menant à l'élaboration du concept « espaces capacitant/ invalidant ».

La méthode utilisée se divise en trois temps et montre tout l'intérêt de combiner les données recueillies par le biais de l'observation, du discours et du parcours accompagné. L'observation des déplacements des personnes âgées autour de leur domicile permet d'appréhender l'interaction entre l'environnement du domicile des personnes âgées (dimensions spatiales) et l'état de santé des personnes âgées en perte d'autonomie (dimensions personnelles). En faisant appel aux discours des personnes âgées sur leurs pratiques spatiales, ce sont les informations relatives aux destinations privilégiées et à la temporalité des déplacements des personnes âgées que nous mettons en avant. Ce n'est que le troisième temps de la démarche méthodologique, dont l'objet est la mise en récit des obstacles et des facilitateurs du cheminement, que la personne âgée met en exergue les stratégies et les tactiques qu'elle déploie afin de conserver son autonomie dans son environnement immédiat.

Ces stratégies et ces tactiques sont tantôt individuelles (lorsque la personne décide seule), tantôt collectives (lorsque la personne fait appel à son réseau relationnel ou professionnel) et montrent combien la question de l'aménagement urbain doit être pris en compte et combien il est en mesure de favoriser la participation sociale des individus. C'est ainsi que le concept d'espace capacitant émerge à partir de multiples dimensions (spatiales, personnelles et subjectives), chacune d'entre elles ayant son importance dans l'analyse des potentialités de l'espace public urbain proche du domicile des personnes âgées.

Dès lors, se distinguent trois types d'espace que nous avons nommés « espaces capacitants » et « espaces invalidants ». Dans les premiers, l'inclusion est de mise et l'espace est en adéquation avec les besoins de la population. A l'inverse dans le second, l'espace est dit invalidant lorsqu'il exclue la population par un aménagement de l'espace inadapté ou par l'absence ou la non disponibilité des services de santé et de services sociaux. Entre les deux nous trouvons l'espace dit « intermédiaire » où le maintien de l'autonomie des personnes est possible du fait des capacités d'adaptation de l'individu, de la qualité de l'environnement et/ou son état de santé.

A travers ce concept, il s'agit bien de promouvoir une action globale qui favorise non seulement le maintien de la personne dans son milieu de vie par l'accès aux services de soins et aux services sociaux dont elle a besoin, mais aussi et surtout le maintien de son réseau social et sa participation sociale. Or nos études de cas l'ont prouvé, les réactions des politiques publiques ont été sectorielles, par exemple en imposant l'abaissement des trottoirs ici ou là, en prévoyant une allocation spécifique, ou encore en créant des institutions spécialisées. Mais rarement cet ensemble de dispositions et de mesures ont été mises en œuvre selon une approche globale. Aussi les travaux portant sur l'évaluation de la mise en accessibilité de l'espace public et des services de santé et des services sociaux en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, sont encore aujourd'hui extrêmement fragmentaires.

Malgré ce cloisonnement, la question de l'accessibilité est un sujet transversal abordé de part et d'autre de l'atlantique. Pour autant, dire que le Québec est plus accessible que la France ou l'inverse n'a pas de sens. Il ne s'agit pas là d'élever au rang de numéro un, l'un ou l'autre des territoires étudiés ou des études de cas analysées. Alors que les présupposés nous laissaient penser que les pays d'Amérique du Nord sont plus avancés que l'Europe dans ce domaine, à l'issue de cette étude nous nuançons notre propos. En effet, le contexte culturel de ces espaces d'études et les modalités d'actions de la population ou des pouvoirs publics nous ont conduit à re-penser l'espace de la mobilité quotidienne des personnes âgées en perte d'autonomie. En France, le choix des pouvoirs publics se porte sur l'institutionnalisation de la démarche de mise en accessibilité qui consiste à imposer à chaque niveau territorial des référents en accessibilité. L'objectif étant à la fois de rattraper son retard et d'impulser des actions concrètes sur le terrain. Au Québec, les démarches de mise en accessibilité sont elles aussi renouvelées et renforcées par la place prépondérante qu'occupe désormais l'Office des personnes handicapées du Québec qui a pour rôle de proposer les orientations gouvernementales en direction des personnes handicapées. Dès lors, la conception de l'accessibilité au Québec est marquée par la volonté d'inclure les minorités dont les personnes handicapées, suivant le principe de non

discrimination. De ce fait, l'accessibilité recouvre des réalités socio-spatiales distinctes selon le territoire étudié. En Amérique du Nord, et plus particulièrement au Québec, l'espace serait alors compris comme le support de revendications de groupes de populations (personnes handicapées personnes âgées) par lesquels l'accessibilité universelle est promue afin d'assurer la participation sociale du plus grand nombre. Force est de constater que le contexte culturel dans lequel s'inscrit la démarche de mise en accessibilité traduit la volonté de favoriser l'inclusion sociale et de limiter les situations de handicap.

En s'intéressant au cours de cette étude à la façon dont l'espace public urbain est mis en accessibilité, la démarche suivie et les réalisations concrètes qui ont vu le jour en France et au Québec, il apparaît qu'une culture de l'accessibilité émerge et se déploie auprès des acteurs et du grand public. Sans une culture de l'accessibilité des processus mis en œuvre, une équipe ou une personne dédiée au projet de mise en accessibilité ne peut éliminer les barrières architecturales et sociales qui caractérisent l'accessibilité.

Dans un premier temps, il est indispensable d'interroger les acteurs impliqués sur l'intérêt d'une telle démarche. S'agit-il de mettre en accessibilité pour une minorité, une majorité ? La sensibilisation des acteurs à la diversité des publics en situation de handicap permet de franchir un premier pas. Le second consiste à mettre en avant l'amélioration continue de l'accessibilité pour le bien-être, le confort et la qualité de vie de l'ensemble des citoyens, ce qui permet également de justifier des budgets, thème sensible et point d'appui des critiques des financeurs de projets. Ces premiers pas franchis, la réussite de la démarche de mise en accessibilité repose sur la programmation et le suivi de chaque étape de la réalisation du projet afin d'identifier les actions menées dans tous les domaines de compétences de la collectivités concernée, qu'il s'agisse de la voirie, de la culture, de l'urbanisme ou de l'aménagement du territoire. De plus, ce suivi permet également d'avoir un retour sur le vécu des populations, c'est aussi un moyen d'évaluer la pertinence des aménagements réalisés et de les améliorer si nécessaire. Finalement, développer une culture de l'accessibilité consiste à communiquer auprès de l'ensemble des acteurs impliqués mais aussi auprès du grand public.

Aujourd'hui si les démarches sont lancées, la sensibilisation engagée, la formation en cours, nous nous interrogeons sur la mise en œuvre de l'accessibilité et la mise en place d'une véritable culture de l'accessibilité. Dès lors, la démarche impulsée interroge les espaces produits, leur utilisabilité et leur appropriation par la population. Que se passe-t-il quand l'accès a lieu ?

Au regard des résultats obtenus et des évolutions récentes en matière de processus de mise en accessibilité, de nouvelles pistes de recherche s'offrent à nous. Nous avons mis en avant l'importance de la participation publique comme processus favorisant la production d'espaces

de qualité et de bien-être. La démarche de mise en accessibilité n'est donc plus le seul fruit d'une volonté politique, mais consiste à intégrer l'ensemble des acteurs et à prendre en compte l'action menée à des échelles infra ou supra territoriales. Dans le cas où ces derniers ne seraient pas pris en compte, elles conduiront vraisemblablement vers une démarche de mise en accessibilité sectorielle marquée par des incohérences et des discontinuités. Cet aspect gagnerait à être davantage pris en compte dans le cadre d'une analyse des démarches de mise en accessibilité engagées, par le biais d'une enquête par questionnaire. Celui-ci serait alors complété par des entretiens qualitatifs auprès des « protagonistes de l'accessibilité », désormais présents à chaque échelon territorial, afin de confirmer ou non l'émergence d'une culture de l'accessibilité qui laisse présager dans les meilleurs cas des avancées significatives, et dans le cas inverse l'absence de programmations et de réalisations concrètes.

L'approche qualitative de la mobilité quotidienne des personnes âgées au seuil de la dépendance, nous a conduit à mettre en place une méthodologie en trois temps : celui de l'observation de l'environnement du domicile des personnes âgées, celui du discours des personnes âgées et enfin le parcours accompagné et commenté aux cotés de la personne interrogée. Cette méthode pourrait être utilisée dans différents domaines. Par exemple, au niveau des personnes déficientes auditives, les rapports à l'espace sont modifiés et correspondent à un thème qui seraient particulièrement adapté à cette méthode par le biais du concept des espaces capacitants. En effet, l'analyse de la mobilité quotidienne des personnes sourdes ou malentendantes devrait nous renseigner sur leur perception et leur représentation de l'espace urbain, les obstacles et les facilités qu'ils y rencontrent, notamment l'impact de la signalétique urbaine et des multiples informations visuelles sur la mobilité. Ceci nécessite de travailler avec un panel de professionnels issus des domaines aussi divers que l'urbanisme, la sociologie, la santé, *etc*.

Enfin, l'analyse menée en direction des personnes âgées mérite d'être enrichie et approfondie en tenant compte du « passage à l'acte » : Que se passe-t-il quand l'accessibilité à lieu ? Le potentiel de ces espaces est-il mobilisé par la population ? Deviennent-ils des espaces communs ? Le droit d'accès se concrétise-t-il réellement ? Rendre possible l'accès favorise-t-il la co-présence, l'appropriation ? Toutes ces questions montrent que les enjeux socio-spatiaux associés à la mise en œuvre de l'accessibilité sont essentiels à la compréhension des usages de l'espace public.

BIBLIOGRAPHIE

A.

ALBRECHT G., RAVAUD J-F., STIKER H-J., (2001), « L'émergence des disability studies : état des lieux et perspectives », dans *Sciences sociales et santé*, N°19, Vol. 4.

ALLEMAND S., ASHER F. LEVY J. (dir), (2004), « Les sens du mouvement. Modernité et mobilités dans les sociétés urbaines contemporaines », Paris, Édition Belin, 336 pages.

ANDREW M. K. (2005), « Le capital social et la santé des personnes âgées : Le soutien aux personnes âgées en Europe », dans *Retraite et société*, Paris, N°46, pp. 131-145.

ANDERSON C-A., (2001), "Claiming disability" dans *the field of geography : access, recognition and integration*, N°1, Vol. 2, pp. 87-93.

ARGOUD D., OLLIVRO J., LECLERC C. et al., (2005), « Vieillir dans son quartier, dans son village, des aménagements à inventer ensemble », Paris, Édition Fondation de France.

ARGOUD D., (2004), « Prévenir l'isolement des personnes âgées, Voisiner au grand âge », Paris, Editions Dunod, 183 pages.

ARGOUD D., (1996), « Réflexion sur quelques expériences de coordination gérontologiques, Handicap et vieillissement », dans AYME S., HENRARD J-C., COLVEZ A., Handicap et vieillissement. Politiques publiques et pratiques sociales, Paris, Édition INSERM, (Coll. Question en santé publique), pp. 309-322.

ASSANTE V. (rap.), **(2000)**, « Situation de handicap et cadre de vie », Rapport présenté au nom de la Section du Cadre de Vie. Paris, Conseil Economique et Social, sept. 2000, 140 pages.

ATTIAS DONFUT C., **(2007)**, « Le partage état/famille dans le soutien aux personnes âgées handicapées : un débat sans avenir ? », dans *Informations sociales*, 2007/7, N°143, pp. 82-83.

ATTIAS DONFUT C., (2006), « Penser le temps pour lire la vieillesse », Paris, Presses Universitaires de France, 202 pages.

AUGOYARD J-F., **(1995)**, « L'environnement sensible et les ambiances architecturales », dans *L'espace géographique*, Tome 24, N°24, pp. 302-318.

AUGOYARD J-F., **(1979)**, « Pas à pas, essai sur le cheminement quotidien en milieu urbain », Paris, Édition du Seuil, 185 pages.

AURA, **(2005)**, « Observatoire de l'accessibilité », Guide accessibilité Agence urbanisme de la région Angevine, Angers, 95 pages.

AUTHIER J-Y. (Dir.), BACQUE M-H.., GUERIN PACE F., **(2007)**, « Le quartier. Enjeux scientifiques, actions politiques et pratiques sociales », Paris, Édition La Découverte, (Coll. Recherches), 293 pages.

AYME S., **(1996)**, « Handicap et vieillissement : politiques publiques et pratiques spatiales », Paris, Édition INSERM, 345 pages.

AZEMA B. et MARTINEZ N., (2003), « Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie, projections démographiques et aspects qualitatifs », Rapport d'étude pour la DREES, Ministère des Affaires sociales du Travail et de la Solidarité – Ministère de la Santé de la Famille et des Personnes handicapées. CREAI Languedoc-Roussillon, Montpellier, 317 pages.

B.

BACHELIER C., JERIDI H., DJEA CH., NIGAY L., (2002), « Accessibilité de la voirie, des transports, du cadre bâti et du tourisme », Délégation à l'accessibilité, Ministère de l'Equipement, des Transports et du Logement, (Coll Bulletin officiel), fascicule spécial N°2002 – 2.

BACHELIER C., **(2005)**, « Vers une accessibilité généralisée, L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », Paris, Guide du Ministère de l'Équipement, 5 pages.

BAILLY A., **(1984),** « Les concepts de la géographie humaine », Paris, Édition Masson, 201 pages.

BAILLY A., **(1981)**, « La géographie du bien-être », Paris, Presses Universitaires de France, (Coll. Espace et liberté), 239 pages.

BARNAY T. et SERMET C. (dir.), **(2007)**, « Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux », Paris, Édition La documentation française, 188 pages.

BARRAL C., MICHAUDON H., GILBERT P., (2004), « Qu'est ce que le handicap ? », dans *La situation des personnes handicapées, un enjeu de société, Actualité et dossier en santé publique*, N°49, pp. 16-27.

BARRAL C., PATERSON F., STIKER H-J., CHAUVIERE M., **(2000)**, « L'institution du handicap, le rôle des associations », Paris, Presses Universitaires de Rennes, 415 pages.

BARRAL C., ROUSSEL P., **(2002)**, « De la CIH à la CIF : Le processus de révision, Handicap », dans *Revue de sciences humaines et sociales*, N°94-95, pp. 1-23.

BARREYRE J-Y., **(2002)**, « Appréhension des facteurs environnementaux dans les classifications des maladies, des handicaps et des fonctionnalités, convergences et contradictions », dans *Handicap*, N°94-95, pp. 133-148.

BEAULE G., **(2002)**, « Profil des personnes âgées en résidences privées dans la MRC de Rouyn-Noranda », Rapport à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 118 pages.

BELLANGER M., **(2006)**, « Les approches adaptatives et inclusives visant l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. Précisions de l'Office des personnes handicapées du Québec sur le concept d'intégration sociale et les approches inclusives », Rapport à l'OPHQ, Drummondville, 30 pages.

BELLIOT M., **(2004)**, « Vieillir dans son quartier dans son village », Paris, Édition Fondation de France, 34 pages.

BERDOULAY V., **(1997)**, « Le lieu et l'espace public », dans *Cahiers de géographie du Québec*, Vol. 41, N°114, pp. 301-309.

BERDOULAY V., **(1988)**, « Des mots et des lieux : la dynamique du discours géographique », Paris, Édition du CNRS, 106 pages.

BERGMAN H., BELAND F., CONTANDRIOPOULOS A-P., **(1999)**, « Système de service intégré aux personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), la santé de demain ; Vers un système de soin sans murs », dans CLAVERANNE J-P., LARDY C. ; POUVOURVILLE G., CONTANTTRIOPOULOS AP., EXPERTON B., La Santé demain – Vers un système de soins sans murs, Lyon, Édition Economica, pp. 163-180.

BIJOUX D., MYERS J., **(2006)**, "Interview solicited and photography new ways of assessing everyday experiencing of place", [en ligne] www.arts.auckland.ac.nz/gyaps/, dans *graduate journal of Asia Pacific studies*, 4 (1), pp. 44-64.

BIOTEAU E., CHAUDETB. (coor), « Synthèse collective de l'Ecole d'été géographie sociale 2006 », dans *ESO Travaux et documents*, N°27, mars 2008, 66 pages.

BLANC A., (**2006**), « Le handicap ou le désordre des apparences », Paris, Édition Armand Colin, (Coll.Sociétales), 255 pages.

BLANC P. (rap.), **(2002)**, « Compensation du handicap : le temps de la solidarité. », Rapport d'information, Paris, Le Sénat. Commission des affaires sociales. N°369, 536 pages.

BLANC P.,(rap.) (2006), « Une longévité accrue pour les personnes handicapées vieillissantes : un nouveau défi pour leur prise en charge », Paris, Édition La Documentation Française, 98 pages.

BLANCHARD N., ROYER V., VILLEBRUN D., ROBIC M-C., **(2004)**, « Guide pour l'évaluation des Centres locaux d'information et de coordination », Édition INSERM / DASS, 66 pages.

BODIN F., **(2007)**, « Architecture, urbanisme et handicap, l'accessibilité environnementale comme critère de santé publique », dans FLEURET S., THOUEZ J-P., *Géographie de la santé, un panorama*, Paris, Édition Economica, pp. 195-212.

BODIN F., **(2005)**, « Handicaps, aménagements durables et urbanisme, Vers un bien-être accessible à tous ? », dans FLEURET S. (Dir.), *Peut on prétendre à des espaces de qualité et de bien-être ?*, 23-24 septembre 2004, Angers, Presse de l'Université d'Angers, pp. 177-186.

BODIN F. (dir.), **(2004)**, « Territoires, populations, handicaps et accessibilité, Pour des mobilités et des aménagements durables en Nord Pas de Calais », Lille, Édition Région Nord pas de Calais, 269 pages.

BODIN F., (**2000**), « Une ville qui accueille », dans *Urbanisme*, N°311, pp. 79-81.

BODIN F., **(1999)**, « Handicaps et sociétés, L'aménagement de l'espace comme concept d'intégration », Thèse de Géographie, Caen, Université de Caen, 519 pages.

BOHIC N., CAUDRON J-M., **(2006)**, « Politiques gérontologiques locales », N°464, Voiron, Édition Territorial Editions (Coll. Dossier d'experts), 150 pages.

BONNET M., **(2004)**, « Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap », dans *Gérontologie et société*, 2004/3, N°110, pp. 115-119.

BOISSONNAT V., **(2003)**, «La recherche dans le champ du handicap : quelles perspectives ressortent de la rencontre entre acteurs sociaux et chercheurs. » dans *Revue française des affaires sociales* : *Handicaps, Incapacités, Dépendance. Une première synthèse des résultats de l'enquête nationale de l'INSEE*. Paris, La Documentation Française, N°1-2, pp. 309-320.

BORDEUIL J-S., **(2000)**, « Micro-sociabilité et mobilité dans la ville », dans BONNET M. ET DESJEUX D., *Les territoires de la mobilité*, Presses Universitaires de France, Paris, pp. 109-125.

BOURDELAIS P., (1997), « L'âge de la vieillesse : Histoire du vieillissement de la population », Paris, Édition Odile Jacob, 504 pages.

BOURGUEIL Y., **(2007)**, « La démographie médicale : constats, enjeux et perspectives », dans *Regards*, 2007/01, N°31, pp. 34-46.

BRAVO G. et al., **(1997)**, « La qualité des soins dispensés aux personnes âgées par les ressources avec ou sans permis ministériel », Sherbrooke, Institut Universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Centre de recherche en gérontologie et gériatrie, 53 pages.

BRECHTEL J. DUEE M., **(2004)**, « Le compte social du handicap de 1995 à 2003 », Paris, DREES, N°367, (Coll.Etudes et résultats), 8 pages.

BRISSETTE L., **(1992)**, « Le phénomène de l'hébergement privé pour personnes âgées : Peut-on l'éviter ou devrait-on l'aménager ? », dans S*ervice social*, N°41 pp. 67-83.

BRIET R., JAMET P. (rap.), **(2004)**, « Mission de préfiguration de la CNSA : Pour une prise en charge solidaire et responsable de la perte d'autonomie », Paris, Ministère de la santé et de la protection sociale, 62 pages.

BROUARD C., ROUSSELLE P., **(2005)**, « Les chiffres du handicap », Paris, Édition CTNERHI, DREES, DGAS, 119 pages.

BRUNEL P., ATTIAS DONFUT C., MORVAL J., LEVY J., **(2006)**, « Penser l'espace pour lire la vieillesse, » Paris, Presses Universitaires de France, 165 pages.

BRUNET G., FERRAS R., THERY H., **(2005)**, « Les mots de la géographie, Dictionnaire critique, 3 juin 2005 (3ème édition) », Paris, Édition La Documentation Française, (Coll.Dynamiques du

territoire), 518 pages.

BRUTEL C., **(2002)**, « La population de la France métropolitaine en 2050, Un vieillissement inéluctable », dans *INSEE économie et statistiques*, N°355-356, pp. 1-16.

BRUTEL C., **(2001)**, « Projections de la population à l'horizon 2050, Un vieillissement inéluctable », dans.*INSEE Première*, N°762, 4 pages.

BRUTEL C., OMALEK L., **(2003)**, « Projections démographiques pour la France, ses régions, ses départements, Horizons 2030/2050 », dans *INSEE Résultats Sociétés*, N°16, 40 pages.

BULEON P., DI MEO G., **(2005)**, » L'espace social, une lecture géographique des sociétés », Paris, Édition Armand Colin, 303 pages.

BULOT T., VESCHAMBRE V (Dir.), (2006), Mots, traces et marques dimensions spatiale et linguistique de la mémoire urbaine, Édition L'Harmattan (Coll. Espaces Discursifs), Paris, 246 pages.

BUSSIERE Y., THOUEZ J-P., BERNARD A., **(2001)**, « Déplacements », dans INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC, Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998, Québec, Édition Institut de la statistique du Québec, (Coll. La santé et le bien-être), pp. 227-250.

BUSSIERE Y., THOUEZ J-P., RICE R-G., BERNARD M. et A., **(1996)**, « Portrait et prévisions de la clientèle à mobilité réduite en transport au Québec, 1993-2006 » Montréal, Édition INRS Urbanisation, Culture et Société, 308 pages.

BUSSIERE Y., THOUEZ J-P., LARICHE P., **(1993)**, « Vieillissement et demande de transport des personnes à mobilité réduite. Un modèle de prospective appliqué au cas montréalais : 1986-2011 », dans *Routes et Transport*, Vol. 23 ; N°3, N°spécial Les personnes à mobilité réduite, pp. 34-44.

C.

CAMBOIS E., ROBINE J.-M., (2003), « Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française », dans *Retraite et société*, 2003/2, N°39, pp. 59-91.

CAMIRAND J., AUBIN J., AUDET N., et autres, (2001), « Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998 », dans INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUEBEC, Québec, Édition Institut de la statistique du Québec, 516 pages.

CARRÉ J-R, JULIEN A., **(2000)**, « Présentation d'une méthode d'analyse des séquences piétonnières au cours des déplacements quotidiens des citadins et mesure de l'exposition au risque des piétons. », INRETS, mai 2000, 109 pages.

CERTU, (2007), « Comment s'organiser pour planifier les déplacements dans le cadre de la Loi Handicap ? 5ème journée d'échange « Ville accessible à tous» », 54 pages.

CERTU, **(2007)**, « Ville accessible à tous Accessibilité de la chaîne de déplacement », 23 pages.

CHANUT J-M., **MICHAUDON H.**, **(2004)**, « Difficultés à se déplacer, et problème d'accessibilité. Approche à partir de l'enquête HID », dans *Etudes et Résultats*, N°306, 12 pages.

CHAPON P-M., **(2007)**, « Quelle est la place des personnes âgées dans la ville et les quartiers de demain », 15 pages.

CHARPENTIER M., **(2007)**, « Vieillir en milieu d'hébergement, Le regard des résidents », Presse de l'Université du Québec, (Coll. Santé Sociétés), 180 pages.

CHARPENTIER M., **(2005)**, « Qu'en est-il des milieux de vie pour les personnes âgées en perte d'autonomie ? », dans FLEURET S. (dir.), Peut on prétendre à des espaces de qualité et de bien-être ?, 23-24 septembre 2004, Angers, Angers, Presses de l'Université d'Angers, pp. 207-216.

CHARPENTIER M., **(1999)**, « Le droit et les rapports de dépendance vécus par les aînés: le cas des résidences privées pour personnes âgées », Rapport pour la commission du droit du Canada.

CHAUDET B., **(2003)**, « Handicap du vieillissement ou personnes handicapées vieillissantes », Mémoire

de DEA "Régulations sociales", Angers, Université d'Angers, 126 pages.

CHAUDET B., **(2001)**, « La ville et le handicap: Gestion et intégration du handicap physique et/ou sensoriel en milieu urbain, le cas de la ville d'Angers », Mémoire de maîtrise de géographie, Angers, Université d'Angers, 144 pages.

CHELKOFF G., THIBAUD J-P., **(1993)**, « L'espace public, modes sensibles. Le regard sur la ville », dans *Les Annales de la Recherche Urbaine*, N°57-58, pp. 7-16.

CHOAY F., MERLIN P., (dir.), **(1988)**, « Dictionnaire de l'urbanisme et d'aménagement », Paris, Presses Universitaires de France, 968 pages.

CHOSSY J-F., **(2005)**, « Rapport d'information fait par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, sur la mise en application de la Loi N°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », Sénat, [en ligne] http://www.assemblée nationale.fr/12/rap-info/i2758.asp, 153 pages.

CHURCH R., MARSTON J., **(2003)**, "Measuring accessibility for people with disability", dans *Geographical Analysis*, N°1, Vol. 35, pp. 83-96.

CNFPT; ENACT d'Angers, **(2007)**, « Initier, coordonner et assurer la cohérence des schémas directeurs d'accessibilité des services de transports dans le Grand Ouest », Angers, 30 pages.

COLIAC, **(2007)**, « L'accessibilité de la chaîne de déplacement et des services de transports publics – Partage, expérimentation et construction de projets », Orléans, 50 pages.

COLIN C., **(2003)**, «Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ? », *Revue française des affaires sociales* : *Handicaps, Incapacités, Dépendance. Une première synthèse des résultats de l'enquête nationale de l'INSEE*. Paris, La Documentation Française, N°1-2, pp. 77-101.

COLLIN J-P., POITRAS C., BUSSIERE Y., **(1998)**, « La gestion métropolitaine du transport en commun au Canada, aux Etats-Unis et en France, Analyse comparative de Huit cas », Montréal, INRS Urbanisation, (Coll. Étude et document), N°70.

COLVEZ A. (dir.), **(2002)**, « Evaluation de cinq centres locaux d'information et de coordination », Rapport INSERM, Montpellier, 84 pages.

COMITE D'EXPANSION DU MAINE ET LOIRE, **(2005)**, « Atlas du Maine et Loire, Dynmique et perspective, Réseau Atlas, Angers, Édition Le Polygraphe, 109 pages.

CONNEL B.R., JONES M., MACE R., MUELLER J., MULLICK J., **(1997)**, "The principles of universal design", NC state university, The center for Universal Design, [en ligne] http://www.design.ncsu.edu/cud/index.html (Consulté le 10/06/2008).

CONORD S., **(2002)**, "Le choix de l'image en anthropologie, qu'est ce qu'une 'bonne' photographie ?, dans *Ethnographie.org*, Novembre 2002, N°2, [en ligne] http://www.ethnographiques.org/2002/Conord.html (consulté le 10/06/2008).

CONNORD S., **(2001)**, « De l'image photographique au texte en anthropologie », dans Noël Barbe, Philippe Chaudat, Sophie Chevalier (sous la dir. De), Filmer la ville, Besançon, Socio-anthropologie hors série, Annales littéraires de l'Université de Franche Comté, Presses universitaires franc-comtoises, pp. 51-58.

CONSEIL CONSULTATIF SUR LE TROISIEME AGE (CCNTA), **(1999)**, « 1999 et après : les défis d'une société canadienne vieillissante », Ottawa, gouvernement du Canada, 81 pages.

CONSEIL DES AINES DU QUEBEC, **(2006)**, « Réalité globale des aînés québécois », Québec, 199 pages.

CONSEIL DES AINES DU QUEBEC, **(2004)**, « Vivre et vieillir en santé », Québec, Publications du Québec, 183 pages.

CONSEIL DES AINES DU QUEBEC, **(2006)**, « Vivre et vieillir dans sa communauté », Québec, Publication du Québec, 124 pages.

CONSEIL GENERAL DU MAINE ET LOIRE, **(2005)**, « Schéma départemental en faveur es enfants

et adultes en situation de handicap en Maine et Loire 2005-2009 », 74 pages.

CONSEIL GENERAL DU MAINE ET LOIRE, **(2003)**, « Schéma départemental gérontologique du Maine et Loire 2003-2007 ».

CONSEIL GENERAL DU MAINE ET LOIRE, **(2008)**, « Schéma départemental gérontologique de transition du Maine et Loire 2008-2010 », 120 pages.

COOK T., **(2003)**, « Policy : is inclusion better than integration ? », dans SWAIN J, *Controversial Issues* dans *a Disabling Society*, Philadelphia, Open University Press, pp. 111-121.

COUET C., **(2002)**, « Estimation locale dans le cadre de l'enquête HID », INSEE, 112 pages.

COURS DES COMPTE, **(2003)**, « La vie avec un handicap, rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et organismes intéressés », Paris, Direction des journaux officiels, 309 pages.

COUTU J-C., **(2001)**, « Rapport sur la réorganisation municipale dans la Municipalité régionale de comté de Rouyn-Noranda », avril (rapport du mandataire à la Ministre Louise Harel disponible sur le site du Ministère des Affaires municipales et de Métropole).

CSTB, **(2005)**, « Guide technique et réglementaire « Concevoir des espaces accessible à tous » », CSTB, (Coll. Accessibilité handicapés), 200 pages.

CURTIS S., **(2004)**, "Health and inequality", London, Sage Publications, (Coll. Geographical Perspectives), 329 pages.

D.

DAVELUY C., PICA L., COURTEMANCHE R., AUDET N., LAPOINTE F. et al., **(2000)**, « Enquête sociale de santé 1998 », Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 pages.

DAVID M.G., STRAZEC C., (2006), « Aisance à 60 ans dépendance et isolement à 80 ans », dans *INSEE Première*, N°447, 4 pages.

DEJEAMMES M. (dir.), (2001), « La mobilité des personnes âgées, enquêtes ménages déplacement », CERTU, 54 pages.

Délégation Ministérielle à l'accessibilité, **(2008)**, « Evolution de l'accessibilité au cours de l'année 2008. Bilan et perspectives », Paris, Rapport du Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du développement durable, et de l'aménagement du territoire, 173 pages.

Délégation Ministérielle à l'accessibilité, **(2007)**, « L'accessibilité dans le domaine des transports, de la voirie, des espaces publics et du cadre bâti, Bilan 2007 », Paris, Rapport du Ministère de l'Equipement des transports et du logement, 140 pages.

Délégation Ministérielle à l'accessibilité, **(2007)**, « L'accessibilité Bilan et perspective 2005 », Paris, Rapport du Ministère de l'Equipement des transports et du logement, 140 pages.

Délégation Ministérielle à l'accessibilité, **(2001)**, « Evolution de l'accessibilité au cours de l'année 2000. Bilan et perspectives », Paris, Rapport du Ministère de l'Equipement des transports et du logement, 38 pages.

Délégation Ministérielle à l'accessibilité, **(2002)**, « Evolution de l'accessibilité au cours de l'année 2001. Bilan et perspectives », Rapport. Paris, Ministère de l'Equipement des transports et du logement, 68 pages.

DELCEY M., **(2002)**, « Déficiences motrices et situations de handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux techniques, troubles associés », Paris, 2ème Édition Paris, 499 pages.

DEMANGEON M., **(1997)**, « Insertion et égalisation des chances des personnes handicapées », DEA "Droits de l'homme et libertés publiques", paris X. « Citoyenneté agitée, Droits de l'homme et handicap », disponible sur http://marika.demangeon.free.fr

DESSAULE P-S., (2005), « La personne en situation de handicap : usager ou citoyen ? » dans *Gérontologie et sociétés* , N°115, pp. 63-74.

DESCARGUES B., **(2000)**, « L'accessibilité des nouvelles technologies de l'information et de la communication aux personnes aveugles et malvoyantes. », Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 54 pages.

DESPOUY L., **(1993)**, « Prévention de la discrimination et de la protection des minorités », dans Human rights and disables persons, droits de l'homme et personnes handicapes, ONU.

DETIENNE M., **(2000)**, « Comparer l'incomparable, Paris, Édition Seuil, 314 pages.

DI MEO G., **(1998)**, « Géographie sociale et territoire », Paris, Édition Nathan, 317 pages.

DI MEO G., **(1996)**, « Les territoires du quotidien », Paris, Édition l'Harmattan, 207 pages.

DI MEO G., **(1999)**, « Géographies tranquilles du quotidien : une analyse de la contribution des sciences sociales et de ka géographie à l'étude des pratiques spatiales, dans *Cahiers de géographie du Québec,*Vol. 43, N°118, pp. 75-93.

DORMOGEN J-M., GRUNSPAN J-P., **(2002)**, « Les logements foyers pour personnes âgées », Rapport N°2001-0135-01 au Conseil général des ponts et chaussées, 161 pages.

DUBOS R., (1985), « L'homme interrompu », Paris, Édition Le Seuil, 257 pages.

DUFOUR S., FORTIN D., HAMEL, J., **(1991)**, « L'enquête de terrain en sciences sociales. L'approche monographique et les méthodes qualitatives. », Montréal, Éditions Saint-Martin.

DUMONT G-F.(dir.), (2006), « Les territoires face au vieillissement en France et en Europe : géographie politique prospective », Édition Ellipses, Paris, 416 pages.

DUMONT M., (2006), « Les épreuves de l'accessibilité urbaine », EspacesTemps.net, [en ligne] : http://espacestemps.net/document1817.html (consulté le 15/06/2007).

E.

EBERSOLD S., (2003). « De la réadaptation à la non discrimination », dans *Problèmes politiques et sociaux* , N°892, La Documentation Française. pp : 18-21.

EBERSOLD S., **(2002)**, «Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations : du désavantage à la participation sociale », dans *Handicap*, N°94-95, pp. 149-164.

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION (ENA), **(2001)**, « Vieillissement de la population et système de soins » (Séminaire de questions sociales de la promotion "Nelson Mandela" (1999-2001) : Le vieillissement de la population française et ses conséquences sur les politiques publiques), [en ligne] www.**ena**.fr/tele/qs00/01systeme.pdf, 30 pages.

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION (ENA), **(2001)**, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes » (Séminaire de questions sociales de la promotion "Nelson Mandela" (1999-2001) : Le vieillissement de la population française et ses conséquences sur les politiques publiques), [en ligne] www.ena.fr/tele/qs00/03dependantes.pdf, 33 pages.

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION (ENA), **(2001)**, « La recherche sur le vieillissement et ses enjeux : état des lieux et perspectives » (Séminaire de questions sociales de la promotion "Nelson Mandela" (1999-2001) : Le vieillissement de la population française et ses conséquences sur les politiques publiques), [en ligne] http://www.ena.fr/tele/qs00/13recherche.pdf , 30 pages.

ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION (ENA), **(2001)**, « Les politiques sociales et l'entourage des personnes âgées dépendantes » (Séminaire de questions sociales de la promotion "Nelson Mandela" (1999-2001) : Le vieillissement de la population française et ses conséquences sur les politiques publiques), [en ligne] http://www.ena.fr/tele/qs00/14entourage.pdf , 32 pages.

EIDELIMAN J.-S. ET GOJARD S., (2008), « La vie à domicile des personnes handicapées ou

dépendantes : du besoin d'aide aux arrangements pratiques », dans *Retraite et société*, 2008/1, N°53, pp. 89-111.

ENNUYER B., **(2007)**, « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile » et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie », dans *Gérontologie et société*, N°123, pp. 153-167.

ENNUYER B., **(2002) (a)**, « Les CLIC : un nouvel encadrement des personnes vieillissantes », dans *Gérontologie et société*, N°100, pp. 83-94.

ENNUYER B., **(2003)**, « Repenser le maintien à domicile, Enjeux, Acteurs, Organisations », Paris, Ed. Dunod, 278 pages.

ENNUYER B., (2002) (b), « Les malentendus de la dépendance ; de l'incapacité au lien social », Paris, Édition Dunod, (Coll. Action sociale), 328 pages.

ENNUYER B., (1996), « Coordonner ou ordonner ? Du rapport Laroque à aujourd'hui, Handicap et vieillissement», dans AYME S., HENRARD J-C., COLVEZ A., Handicap et vieillissement. Politiques publiques et pratiques sociales, Paris, Editions INSERM, (Coll. Question en santé publique), pp. 323-332.

ENNUYER B.,CHABERT J., (2001), « Vivre au grand âge, la dépendance des personnes âgées », Paris, Édition Autrement, (Coll. Essai Autrement), 180 pages.

EUROPEAN COMMISSION LIFE, SMILE, (2001), « Sustainable mobility for all ! Hox to reflect the needs of special groups dans *local policies to encourage sustainable mobility*, 47 pages.

F.

FALTA P., **(1994)**, « L'accessibilité universelle », dans DORÉ S.(dir.). *Élargir les horizons : perspectives scientifiques sur l'intégration sociale*, Sainte-Foy, Les éditions Multimondes ; Drummondvillle, Office des personnes handicapées du Québec ; Paris, Ibis Press, pp. 857-861.

FARDEAU M., **(2004)**, « Structuration de la recherche sur le handicap en France », Note d'orientation au Ministère de la recherche et des nouvelles technologies, 20 pages.

FARDEAU M., **(2001)**, « Personnes handicapées : analyse comparative et prospective du système de prise en charge », Rapport au Ministre de l'emploi et de la solidarité et au secrétaire d'état de la santé, à l'action sociale et aux handicaps). La Documentation française. 126 pages.

FLEURET S., PHILIBERT M., **(2006)**, « Réseaux locaux de services (RLS) au Québec : les enjeux territoriaux d'une réforme », *dans Espaces géographiques et société, Travaux et documents de l'UMR 6590*, N°24, pp. 47-54.

FLEURET S., **(2006)**, « Quand le territoire devient un enjeu de santé : réseaux locaux de services (RLS) au Québec », dans *Études canadiennes/Canadian studies*, N°61 pp 89-112.

FLEURET S. (dir.), **(2006)**, « Espaces, qualité de vie et bien-être », Angers, Presses de l'Université d'Angers, 318 pages.

FLEURET S., THOMAS D., **(2004)**, « Vers une géographie des parcours individuels de santé. Le CLSC québécois observé depuis la France », dans *ESO, travaux et documents*, N°21, pp. 149-158.

FLEURET S., SECHET R. (dir.), **(2002)**, « La santé, les soins, les territoires, Penser le bien-être », Rennes, Presses Universitaires de Rennes, (Coll.Géographie sociale), 236 pages.

FREMONT A, CHEVALIER J., HERIN R., RENARD J., **(1984)**, « Géographie sociale », Paris, Masson, 387 pages.

FONDATION DE FRANCE, **(1992)**, « Coordination gérontologique. Démarche d'hier, enjeu pour demain », cahier N°5, pp. 106-114.

FONDATION NATIONALE DES AGENCES D'URBANISME (FNAU), **(2007)**, « Seniors, quelle intégration dans les documents d'urbanisme ? », 64 pages.

FOUGEYROLLAS P., **(2005)**, « Le modèle du processus de production du handicap intègre les facteurs environnementaux comme une dimension conceptuelle, aussi importante que les facteurs personnels pour expliquer la participation sociale », dans *Handicap et environnement*, pp. 16-31.

FOUGEYROLLAS P., BEAUREGARD L., (2001), « Disability : an interaction person-environment social creation. », dans ALBRECHT G.L., SEELMAN K.D., BURY M.(dir.), Handbook of disability studies, Sage publications, pp. 171-194.

FOUGEYROLLAS P., MAJEAU P. GAUCHER C., **(2000)**, « Vivre sans handicap à domicile avec des services adéquats et gratuits. Un projet réaliste ou utopique pour les personnes aya,t des incapacités ? », Rapport de recherche présenté au comité AQRIPH, COPHAN OPHQ RIPPH.

FOUGEYROLLAS P., **(2000)**, « L'évolution conceptuelle internationale dans le champ du handicap, enjeux sociopolitiques et contributions québécoises », Pistes, [en ligne] http://www.pistes.uqam.ca/v4n2/articles/v4n2a12.htm

FOUGEYROLLAS P., (1998), « changement sociaux et leurs impacts sur la conceptualisation du processus du handicap, dans *Réseau international CIDIH et facteurs environnementaux*, Vol. 9, N°2-3, pp. 7-13.

FOUGEYROLLAS, P., R. CLOUTIER, H. BERGERON, J. CÔTÉ, G. ST MICHEL, **(1998)**, « Classification québécoise Processus de production du handicap », Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)/SCCIDIH, 166 pages.

FOUGEYROLLAS P., **(1997)**, « La mesure de la qualité de l'environnement (MQE) », Québec, CQCIDIH, 30 pages.

FOURNIER J-M., **(2001)**, « Faire la géographie sociale aujourd'hui, Actes du colloque de géographie sociale de Caen, 18-19 novembre 1999 », Caen, Presses Universitaires de Caen, 255 pages.

FREMONT A., (1976), « La région, espace vécu », Paris, Édition Flammarion, 288 pages.

FROSSARD M. (2002), « Coordination, intégration, réseaux de services. Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées », dans *Gérontologie et société*, 2002/, N°100, pp. 35-48.

G.

GAGNON Y.-C., **(2005)**, « L'étude de cas comme méthode de recherche. », Québec, Presses de l'Université du Québec.

GAGNON D., MICHAUD A., **(2000)**, « Avis sur l'hébergement en milieux de vie substituts pour les aînés en perte d'autonomie », Québec, Conseil des aînés.

GAUVIN L, RICHARD L, RIVA M, BARNETT T, CRAIG CL, SPIVOCK M,LAFOREST S, LABERGE S, GAGNON H, GAGNÉ S, **(2006)**, "Linking Neighbourhood Active Living Potential to Walking: neef for an Exposure- and Outcome-Specific Approach. International Congress on Physical Activity and Public Health.", Atlanta.

GAYMU J., GAUTHIER H., (2002), « Le vieillissement démographique : France Québec », dans *Revue de l'Observatoire franco québécois Santé, société solidarité*, Dossier Vieillissement et dépendance, N°. 2, pp. 20-25.

GENRE-GRANDPIERRE C., FOLTETE J-C., **(2003)**, « Morphologie urbaine et mobilité en marche à pied. », CNRS-UMR Géographie-cités, Cybergeo, N°248, octobre 2003., 21 pages.

GERVAIS-LAMBONY P., **(2000)**, « De la ville inutile ... à la comparaison nécessaire », dans NICOLAÏ H., PELISSIER P., RAISON JP. (dir.), *Un géographe dans son siècle*, actualité de Pierre Gourou, Karthala, Paris, pp. 177-185.

GESLER W-M., KEARNS R-A., **(2002)**, "Culture, Place, Health", London, Routledge, (Coll. Critical Geographies), 182 pages.

GILLOT D., **(1998)**, « Le Droit des sourds : 115 propositions : rapport au Premier ministre », Paris, 133 pages.

GIORDANO, Y. (Coord.), **(2003)**, « Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative. ».

GIROUX N., **(2003)**, « L'étude de cas. », dans GIORDANO (Coord.), Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative, Colombelles, FR : EMS., pp. 41-84.

GLASS TA BALFOUR J-L., **(2003)**, "neighbourhoods, aging and fonctionnal limitations", in Kawachi berckman , neighbourhoods ans health, New York et Oxford University Press, pp 303-334.

GLEESON B., **(2001)**, "Disability and the open city", in *Urban Studies*, Vol. 38, Février, N°2, pp 251-265.

GLEESON B., (1999), Geography of disability, New York, Routledge, 242 pages.

GLEESON B-J., **(1996)**, "A geography for disabled people?" dans *Transactions of the Institute of British Geographers*, N°2, volume 21, pp. 387-396.

GOHET P., **(2007)**, « Le bilan de la loi du 11 février 2005 et de la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées », Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, 68 pages.

GOFFMAN E., **(1993)**, « Stigmate, les usages sociaux des handicaps », Paris, Édition de Minuit, 175 pages.

GOFFMAN E., **(1973)**, « La mise en scène de la vie quotidienne 1, La présentation de soi », Paris, Édition de Minuit, 251 pages.

GOFFMAN E., **(1973)**, « La mise en scène de la vie quotidienne 2, Les relations en public », Paris, Édition de Minuit, 256 pages.

GOHET P., **(2007)**, « Bilan de la loi du 11 février 2005 et de la mise en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées », Paris, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, 95 pages.

GOLDSMITH S., **(2000)**, "Universal design", Woburn, NA architectural press.

GOUVERNEMENT DU QUEBEC, **(2004)**, « Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale », Lois et Réglements du Québec, décembre 2004, [en ligne] www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca

GRAWITZ M., **(1990)**, « Méthodes des sciences sociales », Paris, Daloz, Coll. Précis, 1139 pages.

GRAFMEYER Y., JOSEPH I., **(2004)**, « L'école de Chicago : naissance de l'écologie urbaine », Paris, Édition Flammarion, 977 pages.

GROBOIS L.-P., (2002), «L'accessibilité comme espace d'intégration », dans GROBOIS LP., SAUTET P. et JOSEPH I., *Habiter une ville accessible : des usages à la conception*. Paris, Ministère de l'équipement, des transports et du logement, PUCA,(Coll. Recherches), N°140, pp. 27-31.

GROSJEAN M., THIBAUD J-P. (dir.), **(2001)**, « L'espace urbain en méthodes », Marseille, Édition Parenthèses, 217 pages.

GROBOIS LP., SAUTET P. JOSEPH I., **(2002)**, « *Habiter une ville accessible : des usages à la conception* ». Ministère de l'équipement, des transports et du logement, Paris, PUCA, (Coll. Recherches), N°140, fév. 2002. 188 pages.

GROBOIS L-P., **(2005)**, « Handicaps et construction, 4ème édition », Paris, Le Moniteur, 380 pages.

GUERIN PACE F., **(2006)**, « Lieux habités, lieux investis : le lien au territoire, une composante identitaire ? », dans *Economie et statistique*, N°393-394, pp. 101-114.

GUERIN-PACE F., **(2003)**, « Vers une typologie des territoires urbains de proximité », dans *L'espace géographique*, N°4-2003, pp. 333-344.

GUINCHARD KUNSTLER P., **(1999)**, « Vieillir en France: enjeux et besoin d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées », Paris, La documentation française, 102 pages.

GUISELIN S., **(2004)**, « La territorialisation de la politique gérontologique, l'exemple de l'Ille et Vilaine, Géographie », Rennes, Université Rennes2 haute Bretagne, mai 2005, 440 pages.

GUMUCHIAN H., **(1991)**, « Représentations et aménagements du territoire », Paris, Economica, 143 pages.

GUMUCHIAN, H. GRASSET, E. LAJARGE, R ROUX, E., **(2003)**, « Les acteurs ces oubliés du territoire », Paris, Économica, 186 pages.

GUYOT P., **(1998)**, « La vieillesse des personnes handicapées, quelle politique sociale ? », Paris, CTNERHI, 186 pages.

GWAZDZINSKI L., **(2003)**, « la ville 24h sur 24 : regard croises sur la société en continu », Édition de l'aube, 253 pages.

H.

HALL E., (1971), « La dimension cachée », Édition du Seuil, 256 pages.

HALL P., (2001), "Inclusive design, designing and developping accessible environments", New York, Édition Spon, 180 pages.

HAMEL J., **(1997),** « Étude de cas et sciences sociales », Paris, Edition l'Harmattan, (Coll. Outils de recherche), 122 pages.

HAMONET C., JOUVENCEL M., **(2005)**, « Handicap : des mots pour le dire, des idées pour agir », (Coll. Connaissances et savoir), Paris, 170 pages.

HAMONET C., **(2002)**, « Lettre à Monsieur Jacques Chirac à propos du handicap et des personnes qui vivent des situations de handicap », (Coll. Connaissances et savoir), Paris, 42 pages.

HAMONET C., MAGALHAES T., **(2000)**, « Système d'identification et de mesure du handicap », Paris, Édition Eska, 158 pages.

HAMONET C., **(1996)**, « Les personnes handicapées », Paris, Presses Universitaire de France, (Coll.Que sais je ?), 125 pages.

HANCOCK C., **(2003)**, « Corps », dans Levy J., Lussault M., Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés, Paris, Belin, pp. 213.

HAUET E., RAVAUD J.F, **(2001)**, « Handicap, gênes ou difficultés ressentis par les personnes dans le cadre de leurs déplacements en dehors du domicile », Rapport intermédiaire dans le cadre de l'appel d'offre 2000 de l'Apf, 130 pages.

HEBERT R. (2008), « Les impacts du réseau intégré de services Prisma », dans *Gérontologie et Société*, 2008 ; N°124, pp. 15-48.

HEBERT R., DESROSIERS J., DUBUC N., TOUSIGNANT M., GUILBEAULT J., PINSONNAULT E., **(2003)**, « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), dans *la revue de gériatrie*, Vol. 8, N°4, pp. 323-326.

HENRARD J-C., (2003), « Approche systémique de la dépendance dans une perspective comparative France Québec », dans *Gérontologie et société*, 2003/7, N°107, pp. 87-108.

HENRARD J-C., ANKRI J., (2002), "Vieillissement, grand âge et snaté publique », Rennes, Édition ENSP, 272 pages.

HENRARD J-C., (2002), « les défis du vieillissement : la vieillesse n'est pas une maladie », Paris, Édition La Découverte, 230 pages.

HENRARD J-C., **(2002)**, « Les multiples facettes du vieillissement », dans *OFQSS/CREDES, Santé société solidarité, Dossier vieillesse et dépendance*, N°. 2, pp. 13-20.

HENRARD J-C., FIRBANK O., CLEMENT S., FROSSARD M., LAVOIE J-P., VEZINA A., **(2001)**,

« Personnes âgées dépendantes en France et au Québec, Qualité de vie, pratiques et politiques », Paris, INSERM, (Coll. Questions en santé publique), 340 pages.

HENRARD J-C. (Coor.), **(1997)**, « Vieillissement, âge et santé », dans *Actualité et dossier en santé publique*, N°21, pp. 4-11.

HENRARD J-C., CLEMENT S., DERIENNIC F., **(1996)**, « Vieillissement, santé, société », Paris, INSERM, (Coll. Questions en santé publique), 244 pages.

HENRARD J-C., **(1992)**, « Systèmes de soins et aides aux personnes : Analyse comparative dans cinq pays de la CEE », Paris, La documentation française, 172 pages.

HENRARD J-C. (Dir.), **(1992)**, « Vieillir dans la ville », Paris, Édition L'harmattan.

HERVY B., **(2003)**, « Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées », Édition. ENSP, 168 pages.

HEYRMANN E., **(2007)**, « L'aménagement de la voirie et des espaces publics, facteurs d'intégration des personnes handicapées », dans *Les Annales de la voirie*, N°118, pp. 115-119.

HEYRMANN E., **(2005)**, « Rendre la cité accessible aux personnes handicapées », dans *Pouvoirs Locaux*, N°67, pp. 27-32.

HUGUES J-F., **(1998)**, « Déficiences visuelles et urbanisme », Édition J. Lanore.

HULBERT F., **(2006)**, « Réforme municipale au Canada et au Québec : la recomposition géopolitique des agglomérations », dans *Norois, Environnement - Aménagement - Sociétés*, Vol. 2, N°. 199, pp. 23-41.

I.

IMRIE R., **(2000)**, "Disabling environments and the geographue of access policies and pratices", dans *Disability and sociéty*, Vol. 15, N°1, pp. 5-24.

IMRIE R., **(2000)**, "Disability and discourses of mobility and movement", dans *Environment and planning A*, Vol. 32, pp. 1641-1656.

IMRIE R., **(2000)**, "Responding to the Design needs of disabled people", dans *Journal of urban design*, Vol. 5, N°2, pp. 199-219.

INSEE, **(2005)**, « Les personnes âgées », Paris, INSEE, (Coll. INSEE références), 136 pages.

Institut des villes, **(2004)**, « Villes et vieillir », Paris, La Documentation française, (Coll. Villes et sociétés), 385 pages.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC, (2006), « Le portrait de santé du Québec et ses régions 2006 – Les statistiques », Montréal, Édition Ministère de la santé et des services sociaux, 659 pages.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC, **(2002)**, « La santé des communautés ; perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés », Québec, Institut national de santé publique du Québec, 50 pages.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC, (2001), « Le portrait de santé – Le Québec et ses régions », Montréal, Édition Ministère de la santé et des services sociaux, pages 43.

J.

JACQUOT S., **(2007)**, « Patrimonialisation des espaces centraux et développement, une étude comparée de Valparaiso », Gênes et Liverpool, Thèse de géographie, Angers, ESTUA, 440 pages.

JAEGER M., **(1999)**, « Du handicap à l'exclusion : des frontières brouillées », dans *Esprit*, déc. 1999, no259, pp. 46-64.

JOIN LAMBERT M-T., BORREL C., RISSELIN P., DEVEAU A., (1997), « Handicap et dépendance ; l'amélioration nécessaire du système statistique ». Rapport du groupe de travail, Paris, Conseil National de l'Information Statistique, .N°35, 149 pages.

JOSEPH I., **(2002)**, « L'accessibilité comme expérience sociale et interactionnelle. » dans GROBOIS LP., SAUTET P. et JOSEPH I., *Habiter une ville accessible : des usages à la conception*. Paris, Ministère de l'équipement, des transports et du logement, PUCA, (Coll. Recherches), N°140, pp 11-26.

JOSEPH I., **(1992)**, « L'espace public comme lieu d'action », dans *les Annales de la Recherche Urbaine*, N°57-58décembre 1992-mars1993, pp. 211-217.

JOSEPH I., **(1984)**, « Le passant considérable ; essai sur la dispersion de l'espace public », Paris, Libraire des Méridiens, 146 pages.

JUCQUOIS G., VIELLE C., **(2000)**, « Le comparatisme, éléments pour une théorie », dans Eds Juquois G. et Vielle C., Le comparatisme dans les sciences de l'homme, approches pluridisciplinaires, De Boeck Université, Bruxelles, pp. 17-46.

K.

KAUFMANN V., **(2001)**, « Mobilité et vie quotidienne : synthèse et questions de recherche. Centre de Prospective et de Veille Scientifique », Direction de la recherche et des affaires scientifiques et techniques Ministère de l'Équipement, des transports et du logement, N°48, pp. 13-63.

KOMPANY S., **(2008)**, « Accessibilité pour tous : la nouvelle réglementation », Paris, Éditions du Puits Fleuri, 338 pages.

KRISTEVA J., GARDOU C., **(2006)**, « Handicap : le temps de engagements - Premiers États généraux », Paris, Presses Universitaires de France, 355 pages.

KRISTEVA J., **(2003)**, « Lettre au Président de la République sur les citoyens en situation de handicap, à l'usage de ceux qui le sont et de ceux qui ne le sont pas », Paris, Fayard, 95 pages.

L.

LABBE B. et Al., **(2004)**, « Villes et vieillir », Paris, La documentation française, Institut des villes, (Coll. Villes et société), 383 pages.

LADISLAS R., **(1994)**, « Le vieillissement : Faits et théorie », Paris, Édition Flammarion, (Coll.Dominos), 127 pages.

LAFONTAINE P., CAMIRAND J., **(2002)**, « Évolution de l'impact de l'incapacité chez les personnes âgées selon l'enquête québécoise sur les limitations d'activités », dans *OFQSS/CREDES, Santé, sociétés et solidarité, Dossier Vieillissement et dépendance*, N°. 2, pp. 39-55.

LAROQUE P., **(1962)**, « Politique de la vieillesse », Paris, la Documentation Française, 438 pages.

LARROUY M., **(2006)**, "Invention of Accessibility: French Urban Public Transportation Accessibility from 1975 to 2006", dans *Review of Disability Studies: an international journal*, Vol. 2, N°2, pp. 24-36.

LARROUY M., HEYRMAN E., **(2006)**, « Mobilité des personnes handicapées en France : une réforme de politique publique vs un changement inachevé de pratiques », Actes du colloque de l'AISLF, L'action publique face à la mobilité. Genève 2-4 mars 2006.

LARROUY M., **(2007)**, « L'invention de l'accessibilité. Des politiques de transport des personnes

handicapées aux politiques d'accessibilité aux transports en commun », Thèse de doctorat de sociologie, sous la direction de F. Piotet (soutenance en mars 2007), Université Paris 1 – Panthéon Sorbonne, Laboratoire G. Friedmann, 519 pages.

LAVOIE J.-P., GUBERMAN N., **(2007)**, « Prendre soin des personnes âgées ayant des incapacités. Quel partage de responsabilité entre les familles et l'état ? », dans *Informations sociales 2007/7*, N°143, pp. 76-86.

LEBEAUPIN A., **(1994)**, « Les incapacités permanentes des personnes âgées dépendantes, les français et leur santé », dans *Solidarité, santé, études statistiques, Enquête santé*, pp. 57-66.

LEBORGNE F., PENNEC S., **(2000)**, « L'adaptation de l'habitat chez les personnes âgées (de plus de 60 ans) souffrant de handicaps et/ou de maladies vivant à domicile », MIRE, 204 pages.

LE BRETON E., **(2003)**, « Anthropologie du corps et modernité », Paris, Presses Universitaires de France, 263 pages.

LE BRETON D., **(2000)**, « Éloge de la marche », Paris, Editions. Métaillé, pages 11.

LECOMTE D., **(2003)**, « Aides techniques aux personnes handicapées : situation actuelle, données économiques, propositions de classification et de prise en charge », Paris, Secrétariat d'État aux personnes handicapées, 270 pages.

LEGENDRE A., **(2005)**, « Enjeux environnementaux et urbains », Paris, Édition Eres, (Coll. Psychologie et sociétés, N°8), 208 pages.

LESLIE E., COFFEE N., FRANCK L., OWEN N., BAUMAN A., GRAEME H., **(2007)**, « Walkability of local communities: Using geographic information systems to objectively assess relevant environmental attributes", dans *Health and Place*, N°13/2007, pp. 111-122.

LESLIE E., SAELENS B., FRANCK L., OWEN N., BAUMAN A., COFFEE N., GRAEME H., **(2005)**, "Residents perceptions of walkability attributes in objectively different neighbourhoods: a pilot study, dans *Health and Place*, N°11/2005, pp. 227-236.

LETOURMY A., **(2003)**, «Environnement, vie sociale et citoyenneté : approche transversale », dans *Revue française des affaires sociales* : *Handicaps, Incapacités, Dépendance. Une première synthèse des résultats de l'enquête nationale de l'INSEE*. Paris, La Documentation Française, N°1-2, pp. 287-305.

LEVY G., **(2003)**, « L'accessibilité des transports aux personnes handicapées et à mobilité réduite », Rapport pour le gouvernement. Paris, avril 2003, 132 pages.

LEVY J-P., DUREAU F., (dir.), **(2002)**, « L'accès à la ville, Les mobilités spatiales en questions », Paris, Edition L'Harmattan, (Coll.Habitat et sociétés), 412 pages.

LEVY J., **(2003)**, « Accessibilité », dans J. LEVY et M. LUSSAULT, Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés, Paris, Édition Belin, 35 pages.

LONGE C., SAHMI N., BRETAS M., **(2002)**, « Concevoir l'accessibilité pour tous : Voirie, logements collectifs, ERP, IOP, lieux de travail », Édition CSTB, 77 pages.

LUSSAULT M.,**(2003)**, « L'espace public », dans J. LEVY et M. LUSSAULT, Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés, Paris, Édition Belin, pp. 339-342.

LYNCH K., **(1969)**, « L'image de la cité », Paris, Édition Dunod, 221 pages.

M.

MACE R.L., **(1998)**, "The Universal Design file: Designing for people of all ages and abilities", Raleigh, North Carolina State University, 164 pages.

MACE R.L., HARDIE G-L., PLACE J-P., **(1990)**, "Accessible environments: Toward universal

design", dans Preiser W., Visher J., White E., design interventions: toward a more human architecture, New york, Van Nostrand Reinhold.

MALAVOY M., **(2005)**, « Construire des espaces de qualité et de bien-être pour les personnes âgées en perte d'autonomie », dans FLEURET S. (dir), *Peut- on prétendre à des espaces de qualité et de bien-être ?, Presses de l'université d'Angers*, pp 197-206.

MALTAIS D., **(1999)**, « Caractéristiques de l'environnement et qualité de vie des personnes âgées vivant en résidences », dans *le gérontophile*, N°21 pp. 3-10.

MARCILLAT H., **(2000)**, « Vieillesse et société, le rendez vous manqué », Édition Eres, pages 158.

MARCHAND G., **(2005)**, « Le handicap, enjeu de société », dans *Revue Sciences Humaines*, hors-série, N°48, pp. 30-33.

MEYER A., **(2004)**, « L'accessibilité dans les transports publics », dans *Réadaptation*, N°506, pp. 29-33.

MIAUX S., **(2005)**, « L'itinéraire ou l'expérience du piéton dans la perspective de l'aménagement urbain, Géographie », Pau, Université de Pau et des Pays de l'Adour, octobre 2007, 471 pages.

MIGNOT C., **(2001)**. « Mobilité urbaine et déplacements non motorisés », Paris, la documentation Française, 28 pages.

MINAIRE P., **(1991)**, « L'espérance de vie en santé : apport conceptuel et pratique de la CIDIH », dans *Association des démographes du Québec, Les cahiers québécois de démographie*, Vol. 20, N°2, pp. 237-251.

MINAIRE P., (1992), "Disease, illness and health: the critical models of disablement process", dans *Bulletin of world health organization*, 70/3, pp. 373-379.

MINISTERE DES AFFAIRES MUNICIPALES, DU SPORT ET DU LOISIRS, **(2004)**, « Les effets du vieillissement de la population québécoise sur la gestion des affaires et des services municipaux », Québec, gouvernement du Québec, 175 pages.

MINISTERE DES AFFAIRES MUNICIPALES, DU SPORT ET DU LOISIRS, **(2004)**, « Le vieillissement de la population où et quand ? », Québec, 36 pages.

MINISTERE DES AFFAIRES MUNICIPALES ET DE LA METROPOLE, **(2000)**, « La réorganisation municipale : Changer les façons de faire pour mieux servir les citoyens », Québec, MAMM, 131 pages.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX, **(2001)**, « Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie », Québec, MSSS, 48 pages

MIGNOT C., **(2001)**, « Mobilité urbaine et déplacements non motorisés », Paris, La Documentation Française, 78 pages.

MOLES A. et ROHMER E., **(1972)**, « Psychologie de l'espace », Paris, Casterman, (Coll. Mutations-Orientations), 162 pages.

MONDADA L., **(2000)**, « Décrire la ville, la construction des savoirs urbains dans l'interaction et dabs le texte », Paris, Anthropos, (Coll. Villes), 284 pages.

MORMICHE P., **(2003)**, «L'enquête HID, apports et limites ». dans *Revue française des affaires sociales* : *Handicaps, Incapacités, Dépendance. Une première synthèse des résultats de l'enquête nationale de l'INSEE*. Paris, La Documentation Française, N°1-2, pp. 13-29.

MORMICHE P., **(2000)**, «Le handicap se conjugue au pluriel » dans *INSEE Première*, N°742, 4 pages.

MORMICHE P., **(1998)**, «L'information sur le handicap et la dépendance en France : dépasser le stade du puzzle incertain », dans *Revue française des Affaires Sociales*, N°52, pp. 35-42.

MSSS, **(2008)**, « Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience, afin de faire mieux ensemble », Québec, AQESSS, 39 pages.

N.

NUSS M., (2006), « Un autre regard, réflexion et proposition en faveur d'une réelle politique d'autonomisation des personnes dépendantes, Paris, pp. 1-9.

O.

OFFNER J-M, (1986), « Enjeux politiques et sociaux de la marche à pied », dans *Metropolis*, N°75, 19 pages.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, **(2007)**, « Des villes qui agissent », dans *Intégration*, Vol.16, N°2, pp. 5-15.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, **(2005)**, « Action gouvernementale et personnes handicapées », 140 pages.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, **(2003)**, « Portrait statistique régional, évaluation de l'intégration sociale des personnes handicapées », Rapport pour la région de Montréal.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, **(2003)**, « Portrait statistique régional, évaluation de l'intégration sociale des personnes handicapées », Rapport pour la région Abitibi Témiscamingue.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, **(2003)**, « Portrait statistique régional, évaluation de l'intégration sociale des personnes handicapées », Rapport pour la région de l'Estrie.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, **(1984)**, « À part… égale : l'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous, Québec », Les Publications du Québec, 344 pages.

ORFEUIL J-P., **(2000)**, « L'évolution de la mobilité quotidienne. Comprendre les dynamiques, éclairer les controverses », Synthèse N°37, (Coll. INRETS), 147 pages.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, **(1988)**, « Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies ». Vanves, CTNERHI-INSERM. (version anglaise WHO, 1980).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, (2001), « CIF Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé », OMS, Genève.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, (2002), «Vers un langage commun pour le fonctionnement, le handicap et la santé. CIF : classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. », dans *Handicap*, N°94-95, pp. 25-43.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, (1998), « Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantage », Paris, Édition Institut national de la santé et de la recherche médicale.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, (2001), « Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé », Genève, Édition Organisation mondiale de la Santé.

P.

PAMPALON R., CHOINIERE R., ROCHON M., (2001), « L'espérance de santé au Québec », dans CAMIRAND J. AUBIN J., AUDET N., COURTEMANCHE R., FOURNIER C., BEAUVAIS B., TREMBLAY R. et al., Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998, Québec, Institut de la statistique du Québec, pp. 399-420.

PAN KE SHON J.L., **(2005)**, « La représentation des habitants de leur quartier : entre bien-être et repli », dans *INSEE Économie et Société*, N°386, (Coll. Conditions de vie et sociétés), pp. 3-35.

PALARD J., VEZINA J., **(2008)**, « Vieillissement : santé société, Défis et perspectives », Laval, Presses de l'Université de Laval, 238 pages.

PARK C., RADFORD J., VICKERS H., **(1998)**, "Disability studies in human geography", dans *Progress in Human Geography*, Volume 22, N°2, pp 208-233.

PAQUOT T., **(2006)**, « Des corps urbains, sensibilité entre béton et bitume », Paris, Autrement, 135 pages.

PAQUOT T., **(2002)**, « Redonner de l'espace au corps », dans *L'urbanisme*, juillet-aout, N°325, pp. 31-38.

PAQUOT T., **(2001)**, « Le quotidien urbain : essai sur les temps des villes », Paris, Editions la Découverte & Syros, 191 pages.

PEIGNE H., **(2005)**, « Une voirie pour tous : sécurité et cohabitation sur la voie publique au delà des conflits d'usage », 315 pages, disponible sur http://lesrapports.ladocumentationfrançaise.fr/BRP/054000584/0000.pdf

PELISSIER J., **(2003)**, « La nuit tous les vieux sont gris ; la société contre la vieillesse », Bibliophane-Daniel Radford, 350 pages.

PENNEC S., (2005), « La pluralité des vieillesses urbaines », dans PENNEC S, LEBORGNE UGUEN F. (dir), *Technologies urbaines, vieillissement et handicap*, Rennes, Édition de l'ENSP, pp. 153-169.

PENNEC S., **(2004)**, « Les vieilles femmes dans la ville », dans DENEFLE S. (dir.), *Femmes et Villes*, Presses Universitaires de Tours, pp. 87-100.

PENNEC S., **(2004)**, « Place du voisinage et rôles des différents acteurs de proximité dans les politiques françaises de soutien à domicile », dans *Canadian Review of Social Policy/ Revue Canadienne de politique sociale*, Spring/Summer, N°53. Ottawa, pp.18-33.

PEREC G., **(1985)**, « Espèces d'espaces », Paris, Édition Galilée, 185 pages.

PERETZ H., **(1998)**, « Les méthodes en sociologie : l'observation », Paris, La Découverte et Syros, (Coll. Repères), 123 pages.

PETITEAU J-Y., PASQUIER E., **(2001)**, « La méthode des itinéraires : récits et parcours, dans GROSJEAN M. et THIBAUD J-P., *L'espace urbain en méthodes*, Marseille, Édition Parenthèses, pp. 63-77.

PIHET C., **(2002)**, « Les enjeux géographiques des politiques de maintien à domicile, exemples locaux en France et au Massachussets », dans : FLEURET S., SECHET R., *La santé, les soins, les territoires, penser le bien-être*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, pp. 169-186.

PIHET C., THOUEZ J-P., **(2007)**, « Le vieillissement et les populations âgées », dans FLEURET S., THOUEZ J-P., *La géographie de la santé, un panorama*, Paris, Economica, pp. 179-194.

POCHET P., (1997), « Les personnes âgées », Paris, Édition La découverte, (Coll. Repères), 128 pages.

POCHET P., **(1996)**, « La mobilité quotidienne des personnes âgées. », Gérontologie et société 76, pp 91-106.

PUCA, (2006), « L'avancée en âge dans la ville », dans *Les Annales de la Recherche urbaine*, N°100, pages 174.

PROSSER J., SCHARTZ D., **(1998)**, "Photographs within the sociological research process", dans Prosser J., Ilage based research: a Sourcebook for qualitative researchers, Falmer Press, London, 1998, pp. 115-130.

R.

RAVAUD J-F., **(2005)**, « Handicap et environnement. De l'adaptation du logement à l'accessibilité de la cité », Paris, Édition Frison-Roche, 261 pages.

RAVAUD J-F., VILLE I., **(2005)**, « Santé et société, le handicap comme nouvel enjeu de santé publique », dans *Cahiers Français*, N°324, pp 21-26.

RAVAUD J-F., LOFASO F., **(2005)**, « Handicap et environnement, de l'adaptation du logement à l'accessibilité de la cité », Paris, Frison Roche, 261 pages.

RAVAUD J-F, FARDEAU M., **(1994)**, « Insertion sociale des personnes handicapées, méthodologies d'évaluation », Paris, INSERM / CTNERHI, 276 pages.

RAVAUD J-F., FOUGEYROLLAS P., **(2005)**, « Le concept de handicap et les classifications internationales. La convergence progressive des positions franco-québécoises », dans *Santé, Société et Solidarité*, N°*2*, Édition OFQSS/IRDES, pp : 13-31.

RAVAUD J-F., HAUET E., **(2001)**, «Handicaps, incapacités, dépendance et déplacements », dans COLIN Ch., KERJOSSE R. (coord.), *Handicaps – Incapacités – dépendance, Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID*. Paris, Document de travail. DREES, « série Etudes », N°16, pp. 141-154.

RAVAUD J-F., LETOURMY A.., **(2000)**, «Le dédale du système d'information statistique français sur le handicap », dans *Prévenir*, Juin 2000, N°39, pp. 7-14.

RELIEU M., **(1996)**, « Voir et se mouvoir en marchant dans la ville », dans *Le courrier du CNRS*, N°82, pp. 107-109.

RELIEU M., **(1998)**, « Mobilité, Perception et Sécurité dans les espaces publics urbains. Comment se déplacer quand on ne voit plus les choses "comme tout le monde"? », dans ANSIDEI M., DUBOIS D. et FLEURY D., *Risques urbains. Acteurs, systèmes de prévention*. Paris, Economica,).

RELIEU M., **(1993)**, « Cécité et visibilité : l'aveugle, sa canne, la rue. Actes du séminaire Accessibilité et Situations, Journée " Mobilités réduites : des citadins pas comme les autres " », Plan Urbain-RATP.

RELIEU M., **(1994)**, « Les catégories dans l'action. L'apprentissage des traversées par des élèves non-voyants », dans FRADIN B., QUERE L., WIDMER J., *Raisons Pratiques. L'enquête sur les catégories*, Paris, Editions de l'E.H.E.S.S., pp. 185-218.

RENARD M., **(1999)**, "Les sourds dans la ville : surdités et accessibilités", Edition ARDDS.

RENARD M., **(1995)**, « Accessibilité des lieux publics ou privés pour les sourds et malentendants », dans *Réadaptations*, N°442, pp. 40-41.

RENIER L-M., ROSSIGNOL J. (dir.), **(2004)**, « Vieillir une leçon d'humanité », Paris, Édition L'Harmattan, (Coll. Éthique Handicap et Société), mars 2006, 173 pages.

RESEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP (RIPPH), (1998), « Classification québécoise. Processus de production du handicap », Lac Saint Charles, Édition du RIPPH, pages 164.

RETAILLE D., **(2003)**, « Comparatisme », dans LEVY J., LUSSAULT M., Dictionnaire de la géographie de l'espace et des sociétés, Paris, Belin, pp. 187-188.

ROBINE J-M., MORMICHE P., SERMET C., **(1996)**, « Comment mesurer les conséquences et l'augmentation des durées de vie sur l'état de santé des populations ? », Actes du colloque de l'AIDELF, Morbidité, mortalité, problème de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective, 3-6 septembre 1996, Sinaïa, pp. 64-78.

ROBINE J-M., **(1994)**, « Estimation de la valeur de l'espérance de vie sans incapacité en France », dans *Solidarité-santé*, N°. 1, pp. 17-36.

ROCQUE S., **LANGEVIN J.**, **(2005)**, « Accessibilité universelle et incapacités intellectuelles », dans *Info CRADI*, Vol. 14, N°1, mai, pp. 3-4.

ROY, S. N., **(2003)**, « L'étude de cas. » dans GAUTHIER B. (Dir.), Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données, (4e éd.), Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 159-184.

ROUSSEAU J., **(1994)**, « La personne en situation de handicap : réflexion sur l'accessibilité environnementale », dans DORÉ, S. (dir.). Élargir les horizons : perspectives scientifiques sur

l'intégration sociale, Sainte-Foy, Les éditions Multimondes ; Drummondvillle, Office des personnes handicapées du Québec ; Paris, Ibis Press, pp. 849-855.

S.

SAILLANT F., FOUGEYROLLAS P., **(2007)**, « L'icône du handicap », dans *Reliance : revue des situation de handicap, de l'éducation et des sociétés*, Dossier la vulnérabilité en image, N°25, Édition Eres, pp. 81-87.

SAHMI N., **(2004)**, « Concevoir un espace accessible à tous », Centre scientifique et technique du bâtiment. 77 pages.

SANCHEZ J., **(2004)**, « Nouveau dispositif pour la vie autonome, Évaluation », Paris, CTNERHI, 144 pages, [en ligne] http://www.ctnerhi.com.fr/images_v1/images/nouveau_dispo_vie_autonome.pdf

SANCHEZ J., **(1993)**, «Accessibilité, mobilités, et handicaps. La construction sociale du champ du handicap », dans *Les annales de la recherche urbaine*, N°57-58, pp. 127-133.

SANCHEZ J., **(1989)**, « L'accessibilité, support concret et symbolique de l'intégration : apports et développement », Paris, CTNERHI, 159 pages.

SAUCIER A., LAFONTAINE P., (2001), « Prévalence et gravité de l'incapacité dans la population québécoise », dans CAMIRAND J. AUBIN J., AUDET N., COURTEMANCHE R., FOURNIER C., BEAUVAIS B., TREMBLAY R. et al., Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998, Québec, Institut de la statistique du Québec, pp. 73-83.

SAUVAGE A., **(2001)**, « Éveil à l'espace public. User observer programmer et fabriquer l'espace public », dans TOUSSAINT J-Y. et ZIMMERMANN M., Éveil à l'espace public. User observer programmer et fabriquer l'espace public, Lausanne, Presses polytechniques universitaires romandes, 25 pages.

SAUVY A., **(1928)**, « La population française jusqu'en 1956, Essai d'une prévision démographique », dans *Journal de la société de statistique de Paris*, N°. 70, pp. 321-329.

SEN A., **(1999)**, "Development as freedom", Oxford, Oxford University Press, 366 pages.

SKINNER MW., (2008), "Voluntarism and long tem care in the country side: the paradox of threadbare sector", dans *The canadian geographer*, N°52, pp. 188-203.

SOCIÉTÉ LOGIQUE, **(2004)**, « L'adaptation, l'accessibilité selon le Code et l'accessibilité universelle », dans *Le Bulletin*, 30 avril.

SPIVOCK M., GAUVIN L., BRODEUR J-M., **(2007)**, "Neighborhood-level active living buoys for individuals with physical disabilities", Elsevier Science, New York, dans *American journal of preventive medicine*, 2007, Vol. 32, N°3, pp. 224-230.

STASZAK J-F. et alii, **(2001)**, « Géographie anglo-saxonnes. Tendances contemporaines », Paris, Editions Belin, Mappemonde, 311pages.

STIKER H-J., **(2003)**, « Les enjeux d'une approche situationnelle du handicap », N°156, pp. 115-121.

STIKER H-J., **(1997)**, « Enjeux concret et symbolique de l'accessibilité » dans RAVAUD J-F., DIDIER J-P., AUSSILLOUX C., AYME S., *De la déficience à la réinsertion : recherche sur les handicaps et les personnes handicapées*, INSERM, pp. 136-146.

STIKER H-J., (1982), « Corps infirmes et sociétés », Paris, Édition Dunod, 217 pages.

STOCK M., LUSSAULT M., **(2003)**, « Mobilité », dans LEVY J., LUSSAULT M., Dictionnaire de la géographie de l'espace et des sociétés, Paris, Belin, 622 pages.

T.

THIBAULT J-P. (dir.), **(2008)**, « Des villes qui marchent, tendances durables en urbanisme, mobilité et santé », rapport ANR SEST 05 019, Lyon, 113 pages.

THOMAS R., (2007), « La marche en ville. Une histoire de sens », dans *Espaces* géographiques, Vol. 36, N°1, pp. 15-26.

THOMAS R., (2005), « Les trajectoires de l'accessibilité », Grenoble, Édition A la croisée, (Coll. Ambiances, Ambiance), 183 pages.

THOMAS H., **(1996)**, « Vieillesse dépendante et désinsertion politique », Paris, Édition L'Harmattan, 196 pages.

THOUEZ J-P., (2001), « Territoire et vieillissement », Paris, Presses Universitaires de France, (Coll. Médecine et société), 125 pages.

THOUEZ J-P., (2005), « Santé, maladie et environnement », Paris, Édition Economica Anthropos, 137 pages.

THOUMIE P., **(2004)**, « Recherche technologique et diffusion de l'innovation au service du handicap », Paris, Ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, [En ligne] http://www.recherche.gouv.fr/rapport/thoumie.pdf, 62 pages.

TOUSIGNANT M, HEBERT R, DUBUC N, COULOMBE C, BENOIT D, ALLARD G., **(2004)**, « Programme de soutien à domicile : mesure de l'adéquation de l'offre de services et des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie », dans HEBERT R., TOURIGNY A., GAGNON M., Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Édition Edisem, St-Hyacinthe.

TRAHAN L. & CARIS P. (2002). « Le système québécois d'aide et de soins aux personnes âgées », dans *Revue de l'Observatoire Franco québécois Santé, Société et Solidarité*, N°2, pp. 83-92.

TRIOMPHE A., (1995), « Les personnes handicapées en France, Données sociales », Paris, Publication INSERM/CTNERHI, 2ème édition, Presses Universitaires de France, pp. 81-126.

TRIOMPHE A., (1990), « Représentations et handicaps, Vers une clarification des concepts et des méthodes », Paris, CTNERHI, 251 pages.

THUMERELLE P-J., **(2001)**, « Explications en géographie. Démarches, stratégies, modèles », Paris, Édition SEDES, 159 pages.

V.

VANIER M., (1999), « La recomposition territoriale, un grand débat idéal », dans *Espaces et sociétés*, N°96, pp. 125-143.

VAILLANCOURT Y., DUMAIS L.,. MAILHOT M., (2005), « Regards croisés sur les politiques québécoise et française. Un regard québécois sur la nouvelle législation française relative aux personnes handicapées », dans *Santé, Société et Solidarité*, N°2, Édition OFQSS/IRDES, pp. 83-95.

VAILLANCOURT Y., BOURQUE D, DAVID F, OUELLET E., **(1989)**, « La privatisation des services sociaux, annexe du rapport de la commission Rochon », Québec, les publications du Québec.

VAILLANCOURT Y., JEFFE C., AUBRY F., (2003), « L'économie sociale dans les services à domicile », Québec, Presse de l'Université du Québec, 341 pages.

VELCHE D., **(2005)**, « Regards croisés sur les politiques québécoise et française. Qu'apporte la modification de la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées du Québec », dans *Santé, Société et Solidarité*, N°2. Édition OFQSS/IRDES, pp. 71-83.

VELLAS BJ, WAYNE SJ, ROMERO LJ, BAUMGARTNER RN, GARRY PJ., (1997), "Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers", dans *Age Ageing*, N°26/3, pp. 189-93.

VEIL A, HEBERT R., **(2004)**, « Résultats intérimaires de l'implantation de mécanismes et d'outils

d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans trois territoires de l'Estrie (Québec) », dans HEBERT R, TOURIGNY A, GAGNON M., Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Edisem, St-Hyacinthe.

VEYSSET PUIJALON B., **(1992)**, « Quelques repères méthodologiques », dans FONDATION DE FRANE, La coordination gérontologique - démarche d'hier, enjeu pour demain, Paris, Fondation de France.

VILLE DE VICTORIAVILLE, (1999), « Politique d'accessibilité universelle : à Victoriaville, l'accessibilité ça me concerne », Victoriaville, Ville de Victoriaville, 90 pages, [en ligne] http://www.ville.victoriavill.qc.ca/ (Consulté le 10/11/2008).

VIGNERON E., (2003), « Pour une approche territoriale de santé », Paris, DATAR/ Édition de l'Aube, 290 pages.

VIGNERON E., (2003), « Santé et Territoire de la santé », Paris, DATAR/ Édition de l'Aube, 240 pages.

VIGOUR C., (2005), « La comparaison dans les sciences sociales, Pratiques et méthodes », Paris, Édition La Découverte, (Coll. Repères), 335 pages.

VILLE I., RAVAUD J-F., (2003), « Personnes handicapées et situation de handicap, problèmes politiques et sociaux », dans *La documentation française*, septembre 2003, N°892, 124 pages.

W.

WAGNER S., DORÉ R., **(2002)**, « De l'intégration à l'inclusion », dans *Info Cradi*, Vol. 11, N°2, juin, pp. 13-14.

WILKINS R., (2001), « Incapacité et limitations d'activités », Institut de la Statistique du Québec, Enquête sur les limitations d'activités 1998, pp. 369-383.

WHO, **(1980)**, "The international Classification of impairments, Disabilities and handicaps (ICIDH)", WHO, Geneva, 1997 pour la revision (ICIDH2).

Y.

YERPEZ J., (1998), « La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser », Paris, Édition de l'Aube, 502 pages.

Z.

ZANINETTI J-M., (2003), « Les disparités géographiques du vieillissement de la population en France », dans *Population et Avenir*, N°662, Mars avril 2003, pp. 4-7.

ZENEIDI-HENRY D., (2002), « Les SDF et la ville, Géographie du savoir-survivre », Paris, Édition Bréal, 288 pages.

ZRIBI G., POUPEE FONTAINE D., (2007), « Dictionnaire du handicap », Rennes, Édition École Nationale de la Santé Publique, 333 pages.

.

LISTE DES ACRONYMES

A.

AAH (Fr.) Allocation adulte handicapé

ACNOR (Ca.) Association canadienne de normalisation

ADA *Américan disability of act*

ADMR (Fr.) Aide à domicile en milieu rural

AFNOR (Fr.) Association française de normalisation

AGGIR (Fr.) Autonomie, gérontologie - groupe iso-ressources (grille AGGIR)

ALGI (Fr.) Association pour le logement des grands infirmes

AOT (Fr.) Autorités organisatrices de transports

APA (Fr.) Allocation personnalisée d'autonomie

APF (Fr.) Association des paralysés de France

AQRIPH (Qc.) Alliance québécoise des regroupements pour l'intégration des personnes Handicapées

ARH (Fr.) Agence régionale de l'hospitalisation

ASSS (Fr.) Agences régionales de santé et des services sociaux

AURA (Fr.) Agence d'urbanisme de la région angevine

AVD (Qc.) Activité de la vie domestique

AVQ (Qc.) Activité de la vie quotidienne

AVS (Fr.) Auxiliaire de vie sociale

B.

C.

CA (Qc.) Conseil des aînés

CABE *(GB) Commission for architecture and the built environment*

CARTA (Fr.) Centre angevin de recherche sur les territoires et l'aménagement

CAUE (Fr.) Conseil d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement

CCAS (Fr.) Centre communal d'action social

CCPAU (Qc.) Comité consultatif de politique accessibilité universelle

CCQ (Fr.) Conseil consultatif de quartier

CDAS (Fr.) Centre départemental d'action sociale

CEE Communauté économique européenne

CERMA (Fr.) Centre d'études méthodologiques en architecture

CERTU (Fr.) Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques.

CETE (Fr.) Centre d'études techniques de l'équipement

CFHE (Fr.) Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes

CH Centre hospitalier

CHR Centre hospitalier régional

CHU Centre hospitalier universitaire

CHSLD (Qc.) Centre d'hébergement de soins de longue durée

CIAS (Fr.) Centre intercommunal d'action sociale

CICAT (Fr.) Centre d'information, de conseil et d'aides techniques

CIF Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

CIM Classification internationale des maladies

CIDIH Classification internationale de fonctionnement, du handicap et de la santé

COPHAN (Qc.) Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec

CQCIDIH Comité québécois sur la CIDIH

CLH (Fr.) Comité de Liaison des handicapés

CLIC (Fr.) Centre local d'information et de coordination

CLSC (Qc.) Centre local de services communautaires

CNAV (Fr.) Centre national d'assurance vieillesse

CNB (Qc.) Code national du bâtiment

CNFPT (Fr.) Centre national de la fonction publique territoriale

CNPSAA (Fr.) Comité national pour la promotion sociale des aveugles et amblyopes

CNSA (Fr.) Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNT (Fr.) Conseil national des transports

COLIAC (Fr.) Comité de liaison pour l'accessibilité des transports et du cadre bâti

COLITRAH (Fr.) Comité de liaison pour le transport des personnes handicapées

CR Centre de réadaptation

CRADI (Qc.) Comité régional des Dssociations pour la Déficience Intellectuelle

CREDES (Fr.) Centre de recherche et de documentation en économie de la santé

CRESSON (Fr.) Centre de recherches sur l'espace sonore et l'environnement urbain

CROS (Fr.) Comité régional de l'organisation sanitaire

CROSMS (Fr.) Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale

CRSSS (Qc.) Centre régional de santé et des services sociaux.

CSSS (Fr.) Centre de services sanitaires et sociaux

CSTB (Fr.) Centre scientifique et technique du bâtiment

CTNERHI (Fr.) Centre technique national d'études et de recherches sur le handicap et l'inadaptation

D.

DDASS (Fr.) Direction départementale de l'action sociale et des solidarités

DDE (Fr.) Direction départementale de l'équipement

DGUHC (Fr.) Direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction publique

DMA (Fr.) Délégation ministérielle à l'accessibilité

DMLA Dégénerescence maculaire liée à l'âge

DPI *Disabled people international*

DRASS (Fr.) Direction régionale de santé et des services sociaux

DREES (Fr.) Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

E.

EHPA (Fr.) Établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD (Fr.) Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ENACT (Fr.) École nationale d'application des cadres territoriaux

ENSP (Fr.) École nationale de la santé publique

EPCI (Fr.) Établissements publics de coopération intercommunale

EQLA (Qc.) Enquête québécoise sur les limitations d'activités

ERP (Fr.) Établissement recevant du public

ESLA (Qc.) Enquête sur la santé et les limitations d'activités

ESO (Fr.) Laboratoire Espaces et Sociétés

F.

FDF (Fr.) Fondation de France

FINESS (Fr.) Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FNAU (Fr.) Fondation nationale des agences d'urbanisme

G.

GART (Fr.) Groupement des Autorités Responsables des Transports

GERS (Fr.) Groupe de recherche en sciences sociales

GIR (Fr.) Groupes iso-ressources

GMF (Qc.) Groupes de médecins de famille

H.

HCSP (Fr.) Haut comité de la santé publique

HID (Fr.) Handicaps, Incapacités, Dépendance

HL (Fr.) Hôpital local

HLM Habitation à loyer modéré

I.

IGAS (Fr.) Inspection générale des affaires sociales

INED (Fr.) Institut national des études démographiques

INRETS (Fr.) Institut national de recherches et d'études sur les transports et la sécurité

INRS (Qc.) Institut national de recherches scientifiques

INSEE (Fr.) Institut national des statistiques et des études économiques

INSPQ (Qc.) Institut national de la santé publique du Québec

IPP (Be.) Indice Passe partout

ISO Organisation internationale de normalisation

ISQ (Qc.) Institut de la statistique du Québec

J.

K.

L.

LATTS (Fr.) Laboratoire technique territoire et société

LOTI (Fr.) Loi d'orientation sur les transports intérieurs

M.

MAMR (Qc.) Ministère des affaires municipales et des régions

MARCHE (Qc.) Marche chez les aînés et ses relations avec les caractéristiques de l'habitat et de l'environnement

MDPH (Fr.) Maison départementale des personnes handicapées

MEEDDAT (Fr.) Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire

MQE (Qc.) Mesure de la qualité environnementale (Fougeyrollas, 2005)

MRC (Qc.) Municipalité régionale de comté

MSSS (Qc.) Ministère de la santé et des services sociaux

N.

O.

ODAS (Fr.) Observatoire départemental de l'action sociale

OMH (Qc.) Office municipal d'habitation

OMPH Office mondial des personnes handicapées

OMS Organisation mondiale de la santé

ONU Organisation des nations unies

OPHQ (Qc.) Office des personnes handicapées du Québec

ORS (Fr.) Observatoire régional de santé

OSBL (Qc.) Organisme sans but lucratif

P.

PDU (Fr.) Plan de déplacement urbain

PMR (Fr.) Personnes à mobilité réduite

PPH (Qc.) Processus de production du handicap

PSD (Fr.) Prestation spécifique dépendance

Q.

R.

RAAQ (Qc.) Regroupement des Aveugles et des Amblyopes du Québec

RESO (fr.) Laboratoire Rennes espaces et sociétés

RIPPH Réseau international du processus de production du handicap

RLS (Qc.) Réseaux locaux de santé

ROPPM (Qc.) Regroupement des Organismes de Promotion du Montréal - Métropolitain

RUIS (Qc.) Réseau Universitaire Intégré de Santé

RUTA (Qc.) Regroupement d'usagers du transport adapté

S.

SDATP / **SDT** (Fr.) Schéma directeur des services de transports publics

SHQ (Qc.) Société d'habitation du Québec

SIMH (Fr.) Système d'identification et de mesure du handicap

SIVOM (Fr.) Syndicat intercommunal à vocation multiple

SIVU (Fr.) Syndicat intercommunal à vocation unique

SMAF (Qc.) Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

SROS (Fr.) Schéma régionaux d'organisation des services de santé

SRU (Fr.) Loi solidarité Renouvellement urbain

SSIAD (Fr.) Services de soins infirmiers à domicile

STCUM (Qc.) Société de transport de la communauté urbaine de Montréal

SVA (Fr.) Site pour la vie autonome

T.

TE (Qc.) Territoire Equivalent au MRC

TQM (Qc.) Table de consultation Québec Régions

TQM (Qc.) Table de consultation Québec Municipalités

U.

USLD (Fr.) Unité de soin de longue durée

UDASSAD (Fr.) Union départementale des associations de services de soins et d'aides à domicile

UDCCAS (Fr.) Union départementale des centres communaux d'action sociale

UMR (Fr.) Unité mixte de recherche

LISTE DES CARTES

Carte 1. Répartition de la population âgée de 65 ans et plus par pays. 14
Carte 2. Localisation des études de cas au Québec 19
Carte 3. Localisation des espaces d'études en France 19
Carte 4. Population âgée de 75 ans et plus par MRC (%), Québec, 2004 76
Carte 5. Situation du vieillissement de la population par MRC* d'Abitibi-Témiscamingue, 2005 79
Carte 6. Situation du vieillissement de la population par MRC* en Estrie, 2005 80
Carte 7. Situation du vieillissement de la population de l'agglomération Montréalaise, 2006... 82
Carte 8. Découpage intercommunal du département du Maine et Loire, France, 2009 85
Carte 9. a. par région en France (2005) 87
Carte 9. b. par département en France (2205) 87
Carte 10. Population âgée de 75 ans et plus (%) par commune du Maine et Loire, France, (2005) 89
Carte 11. Répartition de la population âgée de 75 ans et plus du Pays du Haut Anjou Segréen (France) 90
Carte 12. Répartition de la population âgée de 75 ans et plus par communes du Pays des vallées d'Anjou (France) 90
Carte 13. Construction de l'Agglomération Angevine (1968 -2005) 91
Carte 14. a. Répartition de la population âgée de 75 ans et plus par communes de l'agglomération angevine 93
Carte 14. b. Répartition de la population âgée de 75 ans et plus par quartier de la ville d'Angers 93
Carte 15. Territoires définis par le SROS* III pour le département du Maine et Loire 107
Carte 16. Répartition des bénéficiaires de l'APA par département français en 2007 118
Carte 16. a. Bénéficiaires de l'APA 118
Carte 16. b. Bénéficiaires de l'APA en établissement 118
Carte 16. c. Bénéficiaires de l'APA à domicile 118
Carte 16. c. Bénéficiaires de l'APA à domicile (GIR 4) 118
Carte 17. Répartition des équipements et nombre de places par commune, Maine et Loire (2007) 165

Carte 18. Le département du Maine et Loire, d'une coordination localisée (2004) à une organisation territorialisée (2008) ?..... 168
Carte 18. a. Coordination localisée en 2004..... 168
Carte 18. b. Maillage en cours de territorialisation en 2008 168
Carte 19. Répartition et labellisation des Centre locaux d'information et de coordination (CLIC) par département français en 2009..... 171
Carte 19. a. Taux de couverture* des CLIC 171
Carte 19. b. Nombre de CLIC par départements..... 171
Carte 19. c. Niveau de labellisation des CLIC 171
Carte 20. Portrait des Centres locaux d'information et de coordination de la région Pays de la Loire en France..... 172
Carte 20. a. Taux de couverture* des CLIC 172
Carte 20. b. Répartition des CLIC par gestionnaire 172
Carte 20. c. Niveau de labellisation des CLIC 172
Carte 22. CLIC* et territoires définis par le SROS** III du département du Maine et Loire : convergences ? 181
Carte 22. a. CLIC* et territoires de recours de santé définis par le SROS** III (Maine et Loire) 181
Carte 22. b. CLIC* et territoires d'immédiate proximité définis par le SROS** III (Maine et Loire)..... 181
Carte 23.Répartition des équipements en direction des personnes âgées du CLIC du Pays Baugeois 190
Carte 24. Répartition des équipements en direction des personnes âgées du CLIC du pays Saumurois..... 194
Carte 25. Localisation Bouchemaine (Maine et Loire) - France)..... 222
Carte 26. Localisation Victoriaville (Québec)..... 230
Carte 27. Évaluation de l'accessibilité de 5 sites de la commune de Beaupréau (Maine 254
ire) 254
Carte 28. Localisation du Quartier de Belle-beille (Angers) 379
Carte 29. Diagnostic cheminement piéton secteur Beaussier (Belle-beille (Angers) 382

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Itinéraire de recherche 24
Figure 2. Classification internationale des déficiences, incapacités, handicaps (CIDIH)..... 32
Figure 3. Schéma unificateur du processus du handicap 35
Figure 4. Processus de production du handicap (PPH) 36
Figure 5. Schéma interactif du handicap (Système d'identification et de mesure du handicap). 37
Figure 6. La Classification internationale du fonctionnement, un modèle interactif 39
Figure 7. Du handicap aux situations de handicap..... 40
Figure 8. Évolution des classifications internationales du handicap..... 41
Figure 9. Qui sont les Personnes à Mobilité Réduite (PMR) ? 43
Figure 10. Chaîne de déplacement réel 54
Figure 11. Évolution de la population âgée de 65 ans et plus en 200 et 2041 (France-Québec). 73
Figure 12. Évolution de la population âgée de 65 ans et plus (France-Québec)..... 73
Figure 13. Nombre d'années pour que la population âgée de 65 ans et plus passe de 12 à 24% en France et au Québec 74
Figure 14. Le partage des compétences entre l'Etat québécois et les municipalités (Québec)... 77
Figure 15a. Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux..... 96
Figure 15b. Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux..... 97
Figure 16. Les partenaires traditionnels des CLSC* et CH** (Québec)..... 101
Figure 16. a. Partenaires traditionnels du CLSC..... 101
Figure 16. b. Partenaires traditionnels du CH 101
Figure 17. Les partenaires des CSSS* (Québec)..... 102
Figure 18. L'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social : un système de santé complexe (France)..... 103
Figure 19 La prévalence des incapacités suivant l'âge et selon leur nature (France-Québec).. 113
Figure 20. Source des données utilisées : du bureau au terrain..... 127
Figure 21. Synthèse méthodologique des études de cas..... 128
Figure 22. Localisation des résidences étudiées à Rouyn-Noranda (A T – Qc)..... 132
Figure 23. Localisation des résidences étudiées à Sherbrooke (Estrie – Qc)..... 132
Figure 24. Localisation des résidences étudiées à Montréal (Qc)..... 133
Figure 25. Localisation des résidences étudiées à Angers (Fr.) 135

Figure 26. Localisation des résidences étudiées à Baugé (Fr.)..... 136
Figure 27. Observation in situ des cheminement des piétons âgés (Angers)..... 139
Figure 28. Grille d'entretien auprès des personnes âgées 141
Figure 29. Discours d'acteurs recueillis en France et au Québec 147
Figure 30. Grille d'entretien auprès des acteurs en France et au Québec 148
Figure 31. Incapacité et reconnaissance du handicap chez les personnes âgées de 60 ans et plus (France) 160
Figure 32. Profil des coordinateurs de Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) (France – Pays de la Loire – Maine et Loire)..... 178
Figure 33. CLIC*, SVA**, MDPH***, Quelles articulations ?..... 185
Figure 34. Aligner les ressources sanitaires et sociales sur les besoins de la population locale (Québec) 197
Figure 35. Les programmes services du Ministère de la santé et des services sociaux 199
Figure 36. Le réseau local de services de santé et de services sociaux de Sherbrooke..... 207
Figure 37. Schéma simplifie des services intégrés pour personnes âgées (Québec)..... 210
Figure 38. Gestionnaire de cas : l'intervenant pivot du réseau local de service (l'exemple de Sherbrooke 212
Figure 39. Action de sensibilisation aux obstacles rencontrés en milieu urbain par les personnes ayant une limitation fonctionnelle et/ou sensorielle : espaces piéton du centre ville d'Angers 219
Figure 40. Composition du comité de consultation d'accessibilité de Bouchemaine (France) . 223
Figure 41. Créer un Observatoire dynamique de l'accessibilité (Agglomération angevine - France)..... 226
Figure 42. Processus de mise en accessibilité..... 229
Figure 43. Composition du comité de consultation d'accessibilité de Victoriaville (Québec).. 231
Figure 44. Composition du comité de consultation d'accessibilité de Montréal (Québec)..... 235
Figure 45. Transport : maillon de la chaîne de déplacement réel..... 247
Figure 46. Indispensable mise en cohérence des Schémas directeurs de transports et ses acteurs 249
Figure 47.Extrait de la grille d'évaluation de l'accessibilité utilisée à Beaupréau (Maine et Loire) 255
Figure 48. Grille d'observation du milieu de vie des personnes âgées 280
Figure 49. Participation sociale des aînés en France et au Québec..... 283
Figure 50. Cheminement des personnes âgées vers les grands centres d'achats au Québec..... 285
Figure 51. Place des Justices, un espace intergénérationnel (Angers - France)..... 286

Figure 52. « Promenade Ontario », un espace piéton et commerçant privilégié ? (Montréal – Québec) 288
Figure 53. Les jardins publics, destinations privilégiées des personnes âgées en France et au Québec..... 290
Figure 54. « Prendre le bus ensemble » Usage des transports en collectif (France – Québec). 292
Figure 55. Usage des transports adaptés au Québec 294
Figure 56. Exemples d'aménagement des cheminements piétons en France et au Québec..... 295
Figure 57. Des aménagements inclusifs/exclusifs : l'exemple des trottoirs et les bandes de guidages..... 297
Figure 58. Environnement naturel : frein à la mobilité des personnes âgées (Le cas du Québec 298
Figure 59. Exemples de signalétique pour indiquer la traversée de la chaussée en France et au Québec..... 300
Figure 60. Profil des personnes âgées, perception de l'interaction santé déplacement au Québec 313
Figure 61. Profil des personnes âgées, perception de l'interaction santé déplacement en France 314
Figure 62. Schéma de synthèse des pratiques urbaines des personnes âgées au seuil de la dépendance 320
Figure 63. Extrait de la mobilité quotidienne d'une personne sourde (France)..... 325
Figure 64. Extrait de la mobilité quotidienne d'un déficient visuel (France) 326
Figure 65. Extrait de la mobilité quotidienne d'une personne déficiente motrice (France)..... 328
Figure 66. Mobilité quotidienne et temporalités 329
Figure 67. Quand la place de l'automobile prédomine sur l'aménagement piéton : Autour de la résidence *Villa des sages* (Sherbrooke- Québec)..... 333
Figure 68. L'usage de l'autobus pour pallier les difficultés liés à l'aménagement des cheminements piéton : Autour de la résidence *Le Bel Age* (Rouyn-Noranda -Québec)... 334
Figure 69. La topographie limite le périmètre de déplacement des personnes âgées : Autour de la résidence *Brooks* (Sherbrooke -Québec) 335
Figure 70. Mobilité quotidienne facilité pat un aménagement adapté : Autour de la résidence *Pie IX* (Montréal -Québec) 336
Figure 71. Mobilité quotidienne facilitée par un appareillage 337
Figure 72. Des aménagements récents qui s'adaptent aux cheminements des plus âgés 338
gure 73. Autou de la résidence Valboyer (bauge)..... 339
Figure 74. Six itinéraires de circulations possibles des personnes âgées..... 340

Figure 75. Trois dimensions de l'espace capacitant / invalidant 350
Figure 76. Les caractéristiques de la mobilité quotidienne des personnes âgées 352
Figure 77. Évolution de l'Indice Passe Partout (IPP) (Belgique) 356
Figure 78. Mode de conception de l'IPP (Belgique) 358
Figure 79. Mode de conception de l'indice d'accessibilité (France) 359
Figure 80. Mode de construction de l'outil d'évaluation de l'accessibilité 362
Figure 81. Critères retenus pour la construction du modèle d'évaluation 363
Figure 82. « Présentiel » des critères d'évaluation 364
Figure 83. Proportion des composants du trajet 364
Figure 84. Évaluation de l'accessibilité selon les personnes âgées 365
Figure 85. Cotation de l'accessibilité 366
Figure 86. Modèle d'évaluation évaluation de l'accessibilité 367
Figure 87 : Modèle d'évaluation de l'accessibilité appliqué aux parcours québécois : le cas de Rouyn-Noranda 369
Figure 88 : Modèle d'évaluation de l'accessibilité appliqué aux parcours québécois : le cas de Sherbrooke 370
Figure 89 : Modèle d'évaluation de l'accessibilité appliqué aux parcours québécois : le cas de Montréal 372
Figure 90 : Modèle d'évaluation de l'accessibilité appliqué aux parcours français : le cas d'Angers 373
Figure 91 : Modèle d'évaluation de l'accessibilité appliqué aux parcours français : le cas de baugé 375
Figure 92. Modèle d'évaluation évaluation de l'accessibilité secteur Beaussier (Belle-beille-Angers-France) 381
Figure 93. Informer la population ou identifier les besoins de la population 392
Figure 94. Consulter pour identifier les dysfonctionnements et les groupes ressources 394
Figure 95. De l'information à la concertation : co-construction de l'action publique territoriale 397

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Taux d'incapacité par région socio-sanitaire selon la gravité de l'incapacité. (Québec, 1998)..... 71
Tableau 2. Estimations de la population du Maine et Loire, 2004..... 88
Tableau 3. Critères d'évaluation de l'incapacité suivant les enquête HID et EQLA 111
Tableau 4. Prévalence des incapacités suivant les enquêtes HID et EQLA 112
Tableau 5. L'APA reforme la PSD 116
Tableau 6. Principaux obstacles à la mobilité par type de déficiences..... 124
Tableau 7. Entretiens exploratoires menés en France et au Québec 144
Tableau 8. Taux d'équipements d'accueil pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, en région Pays de la Loire, France (2007)..... 164
Tableau 9. Statut et gestion des Centres locaux d'information de et de coordination (CLIC) du Maine et Loire (2009)..... 173
Tableau 10. Rôle et mission des CLIC* (France – Pays de la Loire - Maine et Loire..... 176
Tableau 11. Plan d'action 2009 à l'égard des personnes handicapées de la ville de Sherbrooke (Estrie - Québec) 261
Tableau 12. Observation de l'environnement immédiat du domicile des personnes âgées en France et au Québec 303

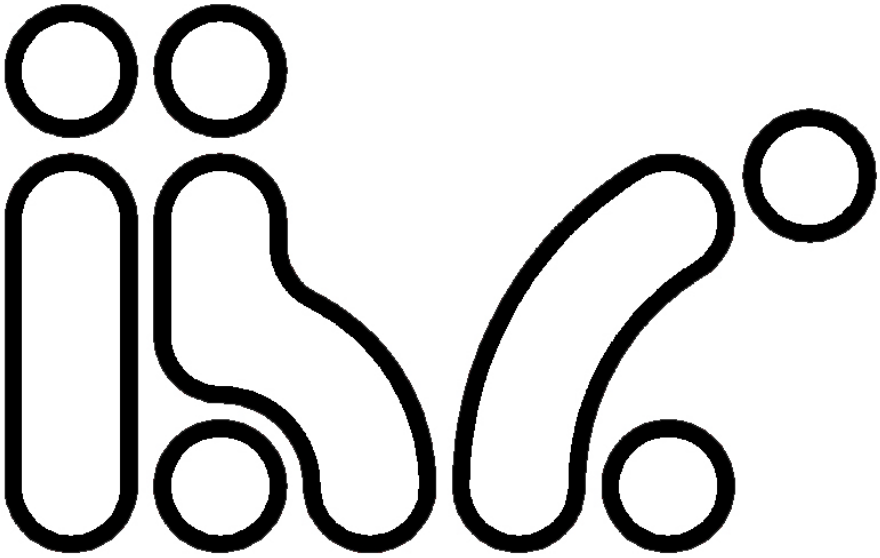
LISTE DES ANNEXES

Annexes A. Description du visuel de la these 449
Annexe B. Liste des entretiens 450
Annexe C. Explorer la mobilité quotidienne des pietons agés autour de leur domoicile 452
Annexe D. Initier, coordonner, schéma directeur des services de transports 455

ANNEXES A. DESCRIPTION DU VISUEL DE LA THESE

HANDICAP, VIEILLISSEMENT ET ACCESSIBILITE

La silhouette, symbole de l'individu, a été retenue pour véhiculer les orientations qui ont guidé notre démarche de recherche. Ce personnage représente l'individu en perpétuel mouvement et en mesure de s'adapter aux obstacles qu'il rencontre au fil du temps. Le cercle matérialise à la fois l'obstacle susceptible de limiter les activités sociales de l'individu, et les moyens techniques ou humains lui permettant de maintenir son autonomie d'action. Placé au même niveau les trois silhouettes s'avancent, parce que l'accessibilité progresse et qu'elle vise à favoriser l'inclusion de tous.



Au cours de l'année 2004, afin de dynamiser et d'identifier mes travaux de recherche, en collaboration avec Y. Coiffard, que je remercie ici pour sa créativité, nous avons construit ce visuel qui me suit depuis le début de cette recherche doctorale.

ANNEXE B. LISTE DES ENTRETIENS

Au Québec :

N°	Entretiens	Lieu des rencontres
1 à 5	OPHQ Régions	Rouyn-Noranda / Montréal /Drummondville
6	INRS	Montréal
7	UQAM - LAREPS	Montréal
8	UQAT	Rouyn-Noranda
9-10	Direction de la santé publique	Montréal
11	Institut universitaire de gériatrie	Sherbrooke / Montréal
13	Secrétariat aux aînés	Québec
14	Conseil des aînés	Québec
15	Responsable accessibilité	Montréal
16	Responsable ville en santé	Sherbrooke
17 à 19	Responsable aménagement du territoire	Rouyn-Noranda
20 à 22	Responsable services personnes âgées CSSS	Montréal Hochelaga-Maisonneuve/ Shrebrooke / Rouyn-Noranda
23	Association québécoise de gérontologie	Montréal
24	Association des CLSC et CHSL / AQESS	Montréal
25 à 27	Association des personnes âgées	Montréal / Sherbrooke / Rouyn-Noranda
28 - 29	Association d'aide à domicile	Sherbrooke / Rouyn Noranda
30-31	Association de personnes handicapées	Montréal / Rouyn Noranda
32	Responsable service gérontologie CHSLD – CH	Rouyn-Noranda
33 à 38	Responsable Résidence pour personnes âgées autonomes	Rouyn-Noranda/Montréal/Sherbrooke
39	Organisateur communautaire (CLSC)	Rouyn-Noranda
40	Responsable coordination réseau intégré CSSS	Sherbrooke
41	Gestionnaire de cas	Sherbrooke
42	Médecine communautaire	Drummondville
43	Cabinet architectes (spécialistes en accessibilité)	Montréal
44	Observatoire régional Abitibi-Témiscamingue	Rouyn-Noranda

En France :

N°	Entretiens	Lieu des rencontres
1	GART	Paris
2	CERTU	Lyon
4	DMA	Paris
5	CAUE	Trélazé
6	Architecte spécialisé en accessibilité	Paris
7	Responsable accessibilité DDE	Angers
8	Responsable solidarités	Angers
9	Responsable pole gérontologique (Conseil général)	Angers
10	Responsable du pôle handicap (Conseil général)	Angers
11	Responsable MDPH	Angers
12	Coordinateur CLIC	Baugé
13	Coordinateur CLIC	Angers
14	Président CNSA	Paris
15	Maire de Bouchemaine	Bouchemaine
16	Maire de Baugé	Baugé
17	Responsable équipes mobiles HL + SSIAD	Baugé
18-19	Médecin généraliste	Baugé / Angers
19	Médecin coordinateur	Angers agglomération
21-22	Chargé de mission accessibilité	Angers / Segré
23	Associations CLH	Angers
24	Service transports	Angers agglomération
25	Direction service santé publique	Angers
26	Chargé de recherche INSERM	Paris
33 à 35	Responsables résidences (Logements foyers)	Segré / Angers / Baugé
36	AURA	Angers
37	ORS	Nantes
38	CCAS	Angers

ANNEXE C. EXPLORER LA MOBILITE QUOTIDIENNE DES PIETONS AGES AUTOUR DE LEUR DOMOICILE

ORIGINE DE L'ETUDE :

La mobilité des personnes âgées en perte d'autonomie autour de leur domicile est abordée en tenant compte des obstacles et des facilités qu'ils rencontrent au cours de leur cheminement. Les tactiques et stratégies des personnes âgées fragilisées par l'avancée en âge sont moins bien identifiées.

L'OBJECTIF DE L'ETUDE :

Identifier les besoins des aînés en aménagements urbains et en services de proximité afin de maintenir leur autonomie fonctionnelle dans leur milieu de vie le plus longtemps possible.

POPULATION CIBLEE :

Les personnes âgées de 75 ans et plus, du fait de la prévalence des incapacités qui apparaissent à partir de cet âge (HID 1998-2001)-(EQLA 1998). Ce sont des personnes ayant des limitations fonctionnelles (motrices et/ou sensorielles). Ces personnes âgées qui résident en logements foyers en France et en résidences pour personnes âgées autonomes au Québec.

Grille D'EVALUATION :

L'observation du milieu de vie des personnes âgées présentes l'avantage de se familiariser avec l'environnement et de repérer les traits pertinents de l'espace étudié. Muni d'une grille d'observation pour systématiser les observations et d'un appareil photo pour enregistrer les obstacles et les facilités du cheminement.

Grille d'observation du milieu de vie des personnes âgées.

Résidence _____
Date _____ Heure _____ Climat _____
Contexte _____

Les établissements recevant du public (ERP)
- Existant dans un rayon de 300 à 500m
- Centre d'achat / petits commerces
- Administration (Mairie, etc.)
- Parcs, square, jardins

Remarques : _____

Qualité de l'espace public urbain (voirie, mobilier urbain)
- Espaces de repos dans un rayon de 300m
- Qualité de la voirie (trottoirs, nature du sol, etc)
- Mobilier urbain (bancs, arrêts de bus, etc)
- Signalétique (information, direction)

Remarques : _____

Services de santé
- Existant dans un rayon de 300 à 500m
- Médecin
- Pharmacie
- Espaces associatifs, de rencontres

Remarques : _____

Transports en commun
- Arrêts situés dans un rayon de 300 à 500m
- Bus, tramway, Métro
- Station d'arrêt / borne d'arrêt
- Transport adapté

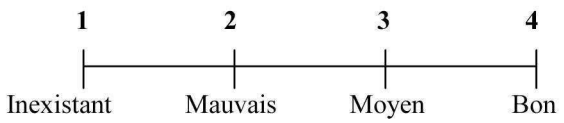
Remarques : _____

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2006

Cette grille d'observation composée de 4 séries de 4 questions auxquelles nous répondons de façon positive ou négative. Pour chaque série de questions, l'encart « remarques » permet d'apporter les compléments d'informations nécessaires. Ensuite la somme des réponses positives permet d'avoir une première idée de la qualité du milieu dans lequel les personnes âgées évoluent. De cette façon nous avons établi une échelle d'évaluation permettant de faire une première synthèse de la qualité du milieu de vie des personnes âgées fragilisées.

ÉCHELLE D'EVALUATION :

Echelle d'évaluation du milieu de vie des personnes âgées.



Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2006

MODE D'EMPLOI :

Le cumul des points pour l'ensemble des 4 séries de questions permet d'évaluer la qualité du milieu de vie dans lequel les personnes âgées évoluent. Le maximum possible, équivalent à 16 points, correspond à une qualité optimale du milieu. En revanche nous considérons que la moyenne (8) permet de distinguer les espaces plutôt favorable à la mobilité piétonne (au-dessus de 8 points) des espaces qui limiteraient le cheminement des personnes âgées.

Evaluation de l'environnement des résidences observées

		1	2	3	4	Total
Québec	Résidence 1. "Résidence Le Bel Age", Rouyn Noranda	2	3	1	2	8
	Résidence 2. "Résidence Saint Pierre", Rouyn Noranda	1	2	4	3	10
	Résidence 3. "Villa des Sages", Sherbrooke	2	3	2	3	10
	Résidence 4. "Résidence Brooks", Sherbrooke	1	2	1	2	6
	Résidence 5. "Résidence Pie IX", Montréal	4	1	1	2	8
	Résidence 6. "Résidence Aylwyn", Montréal	3	2	3	2	10
France	Résidence 7. Rose de Noel, Angers	4	3	3	2	12
	Résidence 8. La corbeille d'argent, Angers	4	3	2	2	11
	Résidence 9. ,Les justices, Angers	4	4	4	3	15
	Résidence 10. Grégroire Bordillon, Angers	4	3	1	2	10
	Résidence 11. Résidence Valboyer, Baugé	3	1	2	1	7
	Résidence 12. Anne de la girouardiere, Baugé	4	1	1	2	8

Thèmes :
1. Etablissement recevant du public
2. Voirie et mobilier urbain
3. Service de Santé
4. Transport en commun

Mode d'évaluation :
Pour chacun des 4 thèmes observés, 4 items sont proposés.
Pour chaque item, lorsque la réponse est positive, un point est attribué.
Le maximum de point par thème est de 4 points. Soit un maximum de 16 points qui laisser supposé que l'environnement observé est optimal.
La moyenne de 8 points correspond au seuil d'un environnement de qualité.

Réalisation : B. Chaudet, Université d'Angers, CNRS UMR ESO 6590, janv. 2006

ANNEXE D. INITIER, COORDONNER, SCHEMA DIRECTEUR DES SERVICES DE TRANSPORTS

Extraits de la synthèse des réflexions et débats – Angers :

« Initier coordonner et assurer la cohérence des schéma directeurs d'accessibilité des services de transports du grand ouest » - Béatrice Chaudet & David Faure

4 - Qu'est-ce qu'un schéma directeur des transports ? Qui est concerné ? Qui est responsable ?

4.1 - Le schéma directeur

« Les autorités compétentes pour l'organisation du transport public (...) élaborent un schéma directeur d'accessibilité des services dont elles sont responsables, dans les trois ans à compter de la publication de la présente loi.

Ce schéma fixe la programmation de la mise en accessibilité des services de transport, dans le respect du délai défini au deuxième alinéa (10 ans), et définit les modalités de l'accessibilité des différents types de transport. »

Article 45 Loi du 11 février 2005

Le schéma directeur d'accessibilité des services de transports est défini par l'article 45 de la loi du 11 février 2005.

Pour donner une réalité à la « chaîne de déplacement », ce document concernant uniquement les transports doit être mis en cohérence, au niveau des communes, avec le plan d'aménagement des espaces publics (PAEP) – lui-même intégré le cas échéant au plan de déplacement urbain (PDU).

Plus concrètement, le schéma directeur de transports vise à déterminer de façon prospective les spécificités de la demande et de l'offre des services de transports aux personnes à mobilité réduite (PMR) dans des configurations territoriales différentes.

4.2 - Comment se répartissent les compétences ?

Pour établir des responsabilités claires dans l'élaboration du schéma directeur, il importe de bien distinguer les compétences des différents niveaux des collectivités territoriales. D'après la loi du 11 février 2005, les compétences territoriales impliquées sont :

10)

- **Au niveau régional**
  - Les services de transport routier réguliers non urbains d'intérêt régional.
  - Les services ferroviaires régionaux effectués sur le réseau ferré national dans le cadre d'une convention passée entre la région et la SNCF.
- **Au niveau départemental**
  - Les services de transports non urbains d'intérêt départemental : services réguliers et services à la demande de transport routier y compris les services de transports scolaires.
  - Les services routiers de substitution aux services ferroviaires non-inscrits au plan du transport régional.
- **Au niveau communal et intercommunal**
  - Les services de transports urbains relèvent, selon le cas, de communes, de groupements de communes ou de syndicats mixtes pouvant comprendre des départements.

Les différents échelons territoriaux impliqués dans l'élaboration de schémas directeurs des services de transports sont-ils prêts à coordonner leurs actions à l'échelle infra départementale, entre départements d'une même région, entre régions ? La définition des zones de compétences sur le papier ne suffit pas à établir celle des prises de responsabilités réelles dans le processus d'élaboration du schéma directeur.

4.3 - Qui prend l'initiative ? Qui pilote ? Qui finance ?

Pour le législateur, il n'était pas question de définir de manière centralisée les conditions d'applications à la place des acteurs de terrain.

Ainsi les représentants institutionnels présents, Mme Bachelier et M. Chossy, ont pu réaffirmer la clarté de la finalité de la loi, tout en laissant ouvert le champ d'action des collectivités territoriales. C'est une démarche ascendante qui a été retenue pour ne pas empiéter sur les responsabilités des uns et des autres.

Que cette démarche soit légitime n'empêche pas qu'elle laisse un vide certain que les collectivités territoriales devront combler en faisant preuve d'initiative, d'imagination et d'esprit de concertation.

Qui prend l'initiative ?

Élus ou techniciens ? Des attentes croisées qui doivent se rejoindre…

On comprend que devant l'ampleur du chantier, les agents aient tendance à attendre des élus une impulsion de départ : l'accessibilité est une question politique avant d'être la mise en œuvre d'une loi visant à la mise en conformité de la commune ou de l'entité territoriale. Cependant, il semble bien que les élus attendent aussi d'être alertés, conseillés par leur cadres techniques, qu'ils leur montrent aussi les enjeux, les bénéfices pour la collectivité dont ils ont la charge, ainsi qu'une méthode pour avancer sur la question et remplir a minima l'obligation légale de produire un schéma directeur pour 2008.

Tous les élus ne sont pas sensibilisés à la réalisation de schémas directeurs d'accessibilité des services de transports. Les exemples de personnes, élus ou techniciens, évoqués qui sont « en avance » sont souvent motivés directement par la présence dans leur entourage de personnes handicapées. Comme dans beaucoup de mouvements d'innovation sociale, les minorités impliquées sont les moteurs du changement. Ce changement est maintenant inscrit dans la loi, mais on constate que la loi ne peut à elle seule porter un changement avant tout culturel.

L'exemple du réseau ferré de la région Basse-Normandie

Dans le cas d'un diagnostic d'accessibilité des gares du TER réalisée par le CETE Normandie qui est chargé de la réflexion, du diagnostic, des propositions et du suivi, il s'agit d'une demande globale et concertée qui réunit la ville pour la question du cheminement de la place de la gare au quai, les réseaux ferrés de France pour les quais, la SNCF et des associations de personnes handicapées.

La réflexion menée portait sur les 48 gares, le réseau TER sur trois départements.

Région, département, commune, … : des initiatives distribuées selon les responsabilités

Chaque niveau de collectivité territoriale ayant ses propres actions à mener, l'initiative peut venir de chaque niveau concerné. Le plus important est là-aussi, que les initiatives se rencontrent rapidement afin de coordonner les choix et les investissements.

Il semble cependant d'après les échanges que les niveaux départemental et régional soient mieux placés pour coordonner la mise en commun des critères utilisés pour les états des lieux et pour la mise en réseau des initiatives du niveau communal. Mais qu'en est-il du pilotage de ces actions se déroulant sur le long terme ?

Saint-Malo relève le défi de l'accessibilité (26/01/2007)

Depuis plusieurs années, la ville de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) consent d'importants investissements pour relever le défi de l'accessibilité. Les travaux de voirie favorisant l'accessibilité des personnes à mobilité réduite sont systématiquement intégrés et en particulier en 2006 sur le parvis de la gare et le pôle d'échange intermodal. On compte aujourd'hui 182 places de parking réservées et 65 surbaissés de bordures ont été réalisés pour faciliter l'accès des trottoirs. Désormais, les célèbres remparts sont accessibles dans leur quasi-totalité.

Faire le lien avec la voirie

Les compétences des collectivités locales en matière d'aménagement et de voirie renvoient directement aux questions d'accessibilité : les communes de plus de 5 000 habitants sont tenues de mettre en place des commissions communales d'accessibilité, et toutes les communes ou EPCI sont tenues d'établir un plan d'accessibilité des espaces publics et de la voirie.

Les services de transports urbains organisés à l'intérieur des communes, regroupements de communes EPCI, voire syndicat mixte (qui comprend le département) doivent collaborer avec les EPCI qui doivent établir un plan d'accessibilité de la voirie et des espaces publics accessibles (aires de stationnement-circulation, etc.).

L'exemple de la ville de Douarnenez

La ville de Douarnenez possède 3 lignes de bus et 4 véhicules. Sur le plan des moyens, même si du fait de l'échelle, les moyens à dégager sont moins importants, ils représentent aussi une dépense proportionnellement supérieure à celle d'une grande ville. L'enjeu n'en est pas moins important en termes d'attractivité pour les petites villes.

Cette question ne se pose pas dans les mêmes termes pour toutes les collectivités qu'elles soient urbaines ou rurales, où les potentiels techniques et financiers diffèrent. Pour le rural parfois plus facile (ligne unique) / parfois plus difficile (distance géographique adaptation au cas par cas, mode de transport adapté au besoin). Les problématiques ne sont évidemment pas les mêmes selon la taille des communes.

Qui pilote ?

Pas de niveau privilégié pour piloter le réseau…

Une fois les responsabilités clarifiées, la question du pilotage se pose avec insistance et constitue à son tour une difficulté dans la mesure où la loi ne définit pas de responsabilité de pilotage entre les différentes collectivités.

Pour les acteurs de terrain présents au séminaire, peu importe qui prend l'initiative de coordonner le réseau, la condition nécessaire est que la personne ou le service soit motivé et réussisse à faire avancer les autres partenaires.

… mais une attention au respect des prérogatives de chaque partenaire

Par contre, cet acteur ne doit pas profiter de cette fonction pour chercher à imposer des choix. La prise de pouvoir d'une entité sur les autres peut constituer un obstacle à la formation de réseaux.

Il semble qu'il y ait là un point d'attention important pour la conduite du processus et la nécessité de procéder au sein d'une démarche projet à une approche participative et de recherche de consensus, au travers d'une démarche privilégiant la concertation.

Le tramway de Grenoble

L'exemple du transport public de Grenoble mis en place en 1987 avec les premiers tramways au monde à plancher bas est l'un des exemples promoteurs. Les entrées et sorties des rames s'effectuant plus rapidement et de manière beaucoup plus sûre ce qui permet des gains de temps appréciables. Ces aménagements permettant d'accroître le nombre d'usagers du tramway.

Qui finance ?

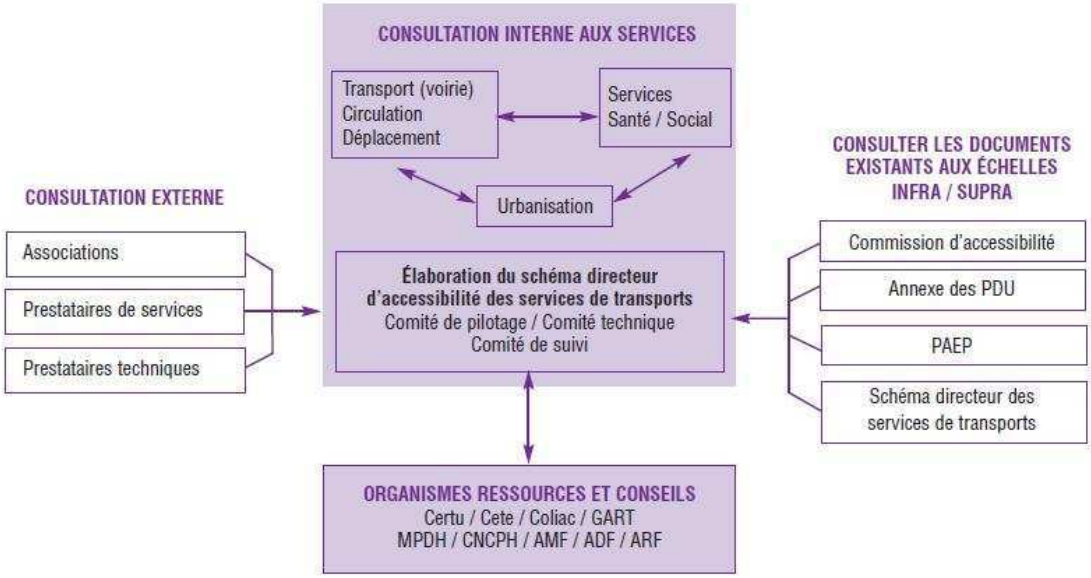
Sur ce point aussi la loi du 11 février est claire : l'État ne prévoit pas de ressources spécifiques pour la mise en œuvre de l'accessibilité. L'importance des dépenses potentielles suppose une très grande vigilance sur :

- l'anticipation par la prise en compte le plus en amont possible d'un maximum de contraintes et d'idées pratiques auprès des usagers directement concernés,
- la recherche de coopérations poussées concernant les choix techniques et les zones de contacts entre compétences pour mutualiser les financements,
- le choix des priorités de mise en œuvre.

Cependant, la mise en accessibilité n'est pas seulement une dépense. Elle doit être considérée comme un investissement permettant d'améliorer la rentabilité des infrastructures à moyen ou long terme, comme le montrent différents exemples.

4.5 - Une démarche complexe…

L'élaboration du schéma directeur est complexe parce qu'elle suppose la collaboration d'un grand nombre d'acteurs qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler ensemble qui doivent prendre des décisions conjointement et des engagements sur le long terme.



6 - Quelques préconisations à l'issue du séminaire

Les expériences positives comme les difficultés rencontrées lors du séminaire permettent d'identifier un certain nombre de besoins et de préconisations pour la réalisation de cette première étape, essentielle, de la démarche qu'est le schéma directeur.

6.1 - Clarifier les enjeux et des implications de la loi du 11 février 2005

La première pierre de l'édifice est bien sûr l'information de tous les acteurs sur les enjeux de cette loi dont il faut rappeler, chaque fois que l'occasion s'en présente, la finalité : « l'égalité des chances ».

L'accessibilité en constitue un des maillons décisif. Si un enfant handicapé peut maintenant réintégrer le collège le plus proche, encore faut-il qu'il puisse y accéder : l'accessibilité concrète prend sens dans ce contexte, mais en sens inverse, décrédibilise l'intention d'intégration.

Il existe maintenant un certain nombre de documents, recensés en annexe qui permettent de diffuser l'information et de clarifier ses enjeux. Il s'agit de toute façon de la première étape de toute démarche de concertation.

6.2 - Définir des niveaux de pilotage et de création d'un réseau de partenaires structuré par une démarche de projet

Puisque la loi ne précise pas les responsabilités dans le pilotage, c'est aux collectivités territoriales de s'organiser. C'est une étape très importante, qui peut constituer le premier sujet d'échange entre collectivités concernées.

Au cours du séminaire, il est apparu notamment que les régions pouvaient piloter la coordination des critères utilisés par les acteurs de terrain pour réaliser l'état des lieux. Chaque niveau de collectivité territoriale étant responsable de l'état des lieux des services de transports qui relèvent de sa compétence.

Le pilotage de ce chantier implique la création d'un réseau opérationnel entre partenaires des différents niveaux concernés, dont les modes de communication et les responsabilités doivent être définis. Sur ces points, les responsables de l'accessibilité doivent mettre en place une véritable démarche de projet.

6.3 - Capitaliser et diffuser des initiatives et des expériences acquises

La décentralisation de la réalisation de l'accessibilité si elle est censée garantir l'adaptation fine au terrain, fait courir le risque d'une perte d'énergie importante où chacun est obligé de tout reconstruire de manière isolée.

Il s'agit alors sur ce point de constituer un réseau d'un autre type : d'information et d'échanges de pratiques. Il appartient à ce niveau aux différents acteurs de se constituer en réseau pour partager les informations et les connaissances sur un territoire donné et aux différents niveaux de territoires.

Conduire un projet de mise en accessibilité des services de transport suppose de construire une « feuille de route » permettant de suivre les différentes étapes de la démarche initiée et d'assurer sa réalisation selon une approche globale de la chaîne de déplacement.

Ce processus nécessite du temps pour réussir et ne peut pas être engagé à la dernière minute. Quelles que soient les zones de flou existantes, les collectivités ont tout à perdre à attendre pour se lancer dans le processus.

TABLE DES MATIERES

Remerciements *7*

Sommaire 9

Avant-propos 11

Introduction générale 13

Une approche transdisciplinaire 13

Les objectifs de la recherche 16

La structure de la thèse 22

Première partie. Situation de handicap, vieillissement et accessibilité : une approche géographique 25

Introduction de la première partie 27

Chapitre 1 L'accessibilité : une approche transversale déterminante 29

Introduction 29

1. Du handicap aux situations de handicap : une question d'accessibilité 30

1.1. Une question de sens 30

1.1.1. L'origine du mot 30

1.1.2. Une forme d'infériorité … 30

1.1.3. … Qu'il est possible de compenser 31

1.2. De la Classification internationale des maladies à celles des déficiences, incapacités et handicaps 31

1.2.1. A l'origine : la Classification Internationale des Maladies (CIM) 31

1.2.2. Classification Internationale des Déficiences, des Incapacités et des Handicaps (CIDIH) 32

1.2.3. L'émergence du Comité Québécois de la CIDIH (CQCIDIH) 33

1.3. Vers une introduction des facteurs environnementaux dans la classification des handicaps 34

1.3.1. Du « handicap de situation » 34

1.3.2. Aux « situations de handicap » 36

Le Processus de Production du Handicap (PPH) 36

Le Système d'Identification et de Mesure du Handicap (SIMH) 37

1.3.3. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé 38

2. Accessibilité, moteur d'inclusion sociale et levier d'aménagement du territoire ? 42

2.1. Accessibilité, vecteur d'autonomisation et d'inclusion sociale ? 42

2.1.1. Prendre en compte la diversité des individus 43

2.1.2. Normalisation, contribution à l'accessibilité pour tous ? 44

2.1.3. D'une législation en direction des personnes handicapées à l'égalité des chances 46

Processus d'autonomisation en France 48

Processus d'intégration au Québec 49

2.1.4. Design for All, une philosophie vers laquelle tendre ? 50

2.2. Accessibilité, mode d'action pour l'aménagement du territoire ? 52

2.2.1. Équilibre entre les potentiels individuels et la conception urbaine 53

2.2.2. Prendre en compte la dimension du handicap dans l'aménagement 54

2.2.3. Une ville pour tous … 55

3. … Vers des espaces de qualité et de bien-être ? 57

3.1. Espace et handicap : une approche anglo-saxonne précurseur 57

3.2. Dimension transversale, interministérielle et locale de l'accessibilité 59

3.3. … Prendre en compte la mobilité des plus âgés pour le plus grand nombre 60

Conclusion 62

Chapitre 2 Dimension spatiale des handicaps lies au vieillissement 65

Introduction 65

1. Une étude à dimension internationale 66

1.1 Une démarche comparative 66

1.1.1 Prendre en compte des espaces dissemblables … 66

1.1.2 Une législation du handicap renouvelée en France et au Québec 67

1.1.3 Deux enquêtes en direction des populations ayant des limitations fonctionnelles : « HID » en France et « EQLA » au Québec 69

1.1.4 Évolution avérée du vieillissement de la population 72

2. Quelques éléments comparés de l'organisation territoriale en France et au Québec 75

2.1. L'organisation territoriale infra régionale québécoise 75

2.1.1 Situation du vieillissement à l'échelle des MRC 75

2.1.2 Quand le vieillissement de la population s'amorce : le cas de la MRC de Rouyn-Noranda (Abitibi-Témiscamingue) 78

2.1.3 Un vieillissement plus rapide que celui de la province : le cas de la MRC de Sherbrooke (Estrie) 79

2.1.4 Réorganisation territoriale et vieillissement de la population montréalaise..... 81
2.2 L'organisation territoriale infra régionale en France..... 83
2.2.1 Multiplication des territoires administratifs français 83
2.2.2 Vieillissement de la population à l'échelle départementale..... 86
2.2.3 Le Maine et Loire, un département relativement jeune 88
Le cas de l'agglomération urbaine d'Angers..... 91
3. Des territoires sanitaires et sociaux en mutation 94
3.1 Au Québec : du territoire de CLSC au territoire de CSSS..... 94
3.1.1 Du soutien à domicile à la fusion des établissements de santé 95
3.1.2 Des transformations territoriales différenciées 98
Le cas du CSSS de Rouyn-Noranda (Abitibi-Témiscamingue) 98
Le cas du CSSS-IUGS Sherbrooke (Estrie) 99
Le CSSS Lucille Teasdale (Montréal)..... 100
3.1.3 Evolution des partenaires des Réseaux Locaux de Santé (RLS)..... 100
3.2 Territorialisation de l'action sanitaire et sociale en France..... 102
3.2.1 Système de santé français caractérisé par la coexistence de trois secteurs : sanitaire, social et médico-social..... 103
3.2.2 Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) IIIème génération : un renouveau territorial ? 105
Cohérence territoriale à l'échelle infra régionale ? 106
Conclusion 108

Chapitre 3 Enjeux sociaux et spatiaux des handicaps liés au vieillissement..... 109
Introduction..... 109
1. Enjeux associés aux handicaps liés au vieillissement 110
1.1 L'évaluation des handicaps liés au vieillissement : un enjeu socio-spatial..... 110
1.1.1 Mode d'évaluation de l'incapacité..... 110
1.1.2 La prévalence des incapacités suivant l'âge..... 113
1.2 L'évaluation de l'autonomie : un enjeu sanitaire et social..... 114
1.2.1 Autonomie et dépendance : source de confusion terminologique..... 114
1.2.2 Les outils de mesure de l'autonomie en France et au Québec 115
Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle au Québec..... 120
1.2.3 Des outils en faveur de la continuité des services sanitaires et sociaux..... 121
1.3 L'accessibilité : un enjeu transversal des politiques publiques..... 121
1.3.1 Mobilité, déficiences sensorielles et/ou motrice et autonomie 122
1.3.2 Mobilité quotidienne des personnes ayant une limitation fonctionnelle et accessibilité 123

1.3.3 Organisation urbaine différente en France et en Amérique du Nord 125
2. L'étude de cas ou comment cette méthode éclaire le phénomène étudié 126
2.1 Objectif de l'étude de cas 126
2.1.1 Les sources de données et leurs traitements..... 126
2.1.2 Les études de cas menées en France et au Québec 128
2.2 Le choix des résidences pour personnes âgées en France et au Québec..... 130
2.2.1 Privatisation de l'hébergement au Québec …..... 130
L'hébergement des personnes interrogées au Québec 131
2.2.2 Hébergement des personnes âgées en France : Logement foyer..... 133
L'hébergement des personnes interrogées en France 134
2.2.3 Le domicile de la personne âgée : point d'ancrage de l'étude de leur mobilité quotidienne. 136
3. Une approche qualitative qui s'impose au regard du sujet..... 137
3.1 Appréhender les déplacements quotidiens des personnes âgées..... 138
3.1.1 L'observation in situ..... 138
3.1.2 Le discours des personnes âgées..... 140
3.1.3 Le parcours accompagné..... 142
3.2 Regards d'acteurs sur l'accessibilité : une approche transversale 143
3.2.1 Des entretiens exploratoires pour cibler les enjeux socio-spatiaux..... 143
3.2.2 Des entretiens semi directifs pluridisciplinaires 147
Conclusion 149
Conclusion de la première partie..... 151

Deuxième partie Processus de mise en accessibilité et territorialisation des politiques publiques 153
Introduction de la deuxième partie..... 155
Chapitre 4. 157
Coordination de l'action gérontologique et culture de réseau : support d'une réponse de proximité ? 157
Introduction..... 157
1. La territorialisation pour une meilleure coordination de l'action en direction des personnes en perte d'autonomie en France..... 158
1.1. Le département, une réponse territorialisée de proximité ?..... 158
1.1.1 Le diagnostic du handicap : un exercice délicat..... 159
1.1.2 Vers un Schéma médico-social unique..... 161
1.1.3 Territorialisation de l'offre et de l'action gérontologique 163
1.2. Maillage territorial infra départemental et coordination gérontologique..... 169

1.2.1 L'émergence des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) . 169
Territorialisation des CLIC 170
Labellisation des CLIC 173
1.2.2 Le CLIC, support de territorialisation du département du Maine et Loire ?... 174
CLIC et Territoires de Pays : quelles convergences pour le département du Maine et Loire ? 174
Missions des CLIC 176
1.2.3 L'articulation des CLIC, avec les réseaux de santé et les réseaux de services sociaux 179
CLIC à la convergence des secteurs sanitaire, social et médico-social ? 179
Des articulations à construire en faveur de la prise en charge de l'autonomie 182
L'évaluation de la perte d'autonomie : une étape cruciale de la coordination 185
1.3. L'accès aux services de soins en France, un itinéraire coordonné ? 186
1.3.1 Les parcours de soins en France 187
1.3.2 La place du coordinateur gérontologique 188
L'Hôpital Local (HL) coordinateur des territoires ruraux : l'exemple de l'HL de Baugé . 188
Le médecin coordinateur : L'exemple des communes périurbaines situées au Nord d'Angers 191
Le réseau gérontologique du Saumurois 193
2. Regroupement local au Québec : une coordination territoriale optimale ? 195
2.1 Réorganisation des services de santé au Québec 195
2.1.1 Prendre en compte l'approche par programme et populationnelle 196
Programme service Perte d'Autonomie Liée au Vieillissement (PPALV) 199
Plan d'accès aux services de santé des personnes ayant une déficience physique 200
2.1.2 Le partage des responsabilités 201
2.2 L'indispensable coordination au sein des RLS 203
2.2.1 Le CSSS, pivot du RLS 204
2.2.2 L'émergence du réseau intégré de Sherbrooke (Estrie-Québec) 205
2.3 Le parcours de soin au Québec 208
2.3.1 L'intervenant pivot et la gestion de cas 210
2.3.2 La gestion de cas hors du Québec 213
Conclusion 214

Chapitre 5 Institutionnaliser ou renforcer les politiques d'accessibilité 217
Introduction 217
1. Initier une démarche de mise en accessibilité de l'espace urbain 218
1.1 Des initiatives locales menées en France 218

1.1.1 La sensibilisation des acteurs locaux à Angers 218

1.1.2 Initier une démarche globale locale de mise en accessibilité, l'exemple de Bouchemaine 222

1.1.3 L'Observatoire de l'accessibilité : un outil pour une vision globale des actions menées localement 225

1.1.4 De la sensibilisation à l'accessibilisation, un processus complexe 228

1.2 Des initiatives locales menées au Québec 230

1.2.1 Suivre les orientations gouvernementales : le cas de Victoriaville 230

1.2.2 L'expérience de la nouvelle ville de Montréal (Québec) 233

1.2.3 Kéroul, une démarche de mise en accessibilité fondée sur des ententes interministérielles 236

1.3 Convergence et divergence des initiatives françaises et québécoises 238

2. Institutionnalisation des politiques d'accessibilité 241

2.1 Institutionnalisation « à la française » 241

2.1.1 Hiérarchisation des acteurs : de la délégation ministérielle de l'accessibilité aux correspondants locaux 241

2.1.2 Au niveau local : une implication imposée aux collectivités 242

Les commissions communales et intercommunales d'accessibilité 243

Les schémas directeurs d'accessibilité de services de transports 246

Le transport adapté une initiative associative relayée par les pouvoirs publics 250

2.1.3 Associations et organismes impliqués en France 253

Le cas de Beaupréau (Maine et Loire) 253

2.2 Légitimation des politiques de mise en accessibilité Québécoises 256

2.2.1 Une politique nationale relayée par l'OPHQ 257

Consulter les organismes régionaux 258

2.2.2 La loi impose un plan d'action municipal annuel 259

2009 Plan annuel à l'égard des personnes handicapées : Le cas de Sherbrooke 261

Rouyn-Noranda opte pour un correspondant local : le protecteur des citoyens 262

2.2.3 L'implication des organismes communautaires 264

Les Intrépides (Rouyn-Noranda) 264

La Fédération de l'Age d'Or au Québec (FADOQ) 264

Société Logique : cabinet d'architecte « promoteur » de l'accessibilité universelle 265

2.3 Limites et contraintes associées à la mise en œuvre des lois en direction des personnes handicapées 268

Conclusion 270

Conclusion de la deuxième partie 271

Troisième partie. Qualité de l'espace urbain proche du domicile, facteur du maintien de la mobilité des personnes âgees 273

Introduction de la troisième partie 275

Chapitre 6. Étude micro locale des déplacements des personnes âgées autour de leur domicile : de l'observation au discours 277

Introduction 277

1. L'observation *in situ* de l'environnement immédiat des résidences étudiées 278

1.1 « Appréciation » de l'environnement du domicile des personnes âgées 278

1.1.1 L'observation de l'environnement immédiat en question 278

1.1.2 Le reportage photographique 281

1.2 Les résultats de l'observation et les apports de la photographie 282

1.2.1 Les espaces privilégiés par les personnes âgées 283

1.2.2 L'usage occasionnel des transports en commun 291

1.2.3 La qualité de la voirie et du mobilier urbain 294

1.2.4 Une signalétique différenciée 299

1.2.5 La présence de services de santé et services sociaux 302

1.3 Les pratiques spatiales des personnes âgées autour de leur domicile 303

2. Le discours des personnes âgées 304

2.1 Exprimer sa mobilité quotidienne 304

2.1.1 Une expression aisée de sa destination mais floue de son itinéraire 305

2.1.2 Une mobilité quotidienne associée à l'ancrage au quartier 308

2.2 La perception de ses compétences physiques et sensorielles 311

2.2.1 Des déficiences motrices reconnues 311

2.2.2 Des déficiences sensorielles sous-estimées 312

2.2.3 Interaction état de santé des personnes âgées et leur environnement 315

2.3. L'objet des déplacements : le proche est-il le mieux ? 315

2.3.1. Proximité relative des centres d'achats 316

2.3.2. Les commerces de quartier, proximité et sociabilité 318

2.3.3. Mobilité quotidienne des personnes âgées 320

Conclusion 321

Chapitre 7. Pratiques du territoire urbain de proximité : tactiques et stratégies mises en œuvre 323

Introduction 323

1. Pratiques spatiales des personnes âgées, le parcours accompagné 324

1.1 L'expérience du déplacement 324
1.1.1 Le parcours, expérience du corps en mouvement 324
1.1.2 Complexité de l'aménagement de l'espace public urbain 328
1.1.3 Temporalité et pénibilité des déplacements 329
1.2 La description du parcours en mouvement 331
1.2.1 Contexte du parcours accompagné 331
1.2.2 Des parcours choisis 332
1.2.3 Le parcours, révélateur des itinéraires privilégiés 339
2. La mobilité quotidienne des personnes âgées est-elle libre ou contrainte ? 341
2.1 Les stratégies mises en œuvre 341
2.1.1 Stratégie de découverte 341
2.1.2 Stratégie d'adaptation 343
2.1.3 Stratégie de résistance 344
2.2 Entre l'observation du cheminement et le discours du parcours 346
2.2.1 L'observation, entre subjectivité et objectivité du chercheur 346
2.2.2 Recueil du discours des aînés, entre perception et représentation 347
2.2.3 Parcours accompagné, expérience sensible et technique 348
2.3 Identifier les espaces capacitants / invalidants 349
2.3.1 Trois dimensions de l'espace capacitant 349
2.3.2 Des tactiques et des stratégies communes en France et au Québec 350
2.3.3 Comment définir les objectifs de l'aménagement de l'espace public ? 353
Conclusion 354

Chapitre 8. de l'observation aux pratiques spatiales des personnes âgées : un modèle d'évaluation de l'accessibilité 355
Introduction 355
1. L'évaluation de l'accessibilité des « espaces trajets spécifiques » 356
1.1 L'émergence des outils d'évaluation de l'accessibilité 356
1.1.1 Un exemple d'outil d'évaluation de l'accessibilité, l'Indice Passe Partout (IPP) (Belgique) 356
Comment décoder cette clé ? 357
1.1.2 Un exemple d'outil d'évaluation de l'accessibilité, l'Indice de mesure de l'accessibilité (France) 358
1.1.3 Une évaluation de l'accessibilité en acte ou normative ? 360
1.2 Proposer un modèle d'évaluation de l'accessibilité en acte et opérationnel 360
1.2.1 Pourquoi proposer un modèle d'évaluation de l'accessibilité ? 360
1.2.2 Comment le construire ? 361

1.3 Modélisation et représentation de l'accessibilité 362

1.3.1 Prendre en compte les éléments urbains en présence 363

1.3.2 Perception de la qualité de l'espace trajet 365

1.3.3 Ratio pondéré ou potentiel de l'espace trajet 367

2. Un modèle d'évaluation de l'accessibilité, un outil de retranscription du discours de personnes âgées 368

2.1 Évaluation de l'accessibilité au Québec 368

2.1.1 Les modèles d'évaluations appliqués aux résidences étudiées à Rouyn-Noranda 368

2.1.2 Les modèles d'évaluations appliqués aux résidences étudiées à Sherbrooke . 370

2.1.3 Les modèles d'évaluations appliqués à Montréal 371

2.2 Évaluation de l'accessibilité en France 372

2.2.1 Les modèles d'évaluations appliqués aux résidences étudiées à Angers 372

2.2.2 Les modèles d'évaluations appliqués aux résidences étudiées à Baugé 374

2.3 Un modèle inclusif sensible à l'usager 375

3. Modèle : un outil d'évaluation pour répondre à des attentes institutionnelles ? 376

3.1 Un modèle pour (re)penser les déplacements piétons urbains ? 376

3.1.1 Un contexte local favorable à l'application du modèle : la réflexion autour des déplacements du quartier de Belle-beille 378

3.1.2 L'application du modèle au secteur Beaussier (Belle-beille Angers France).. 379

3.1.3 Vers une généralisation du modèle ? 382

3.2 Accessibilité et développement durable : quelles synergies ? 383

3.2.1 Un défi architectural, mais aussi sanitaire et social 383

3.2.2 Santé et projet urbain : Convergence des actions à construire 384

Conclusion 385

Conclusion de la troisième partie. 387

Discussion. Coordination et concertation : un consensus pour développer des espaces de qualité et de bien-être ? 389

Introduction de la discussion 391

1. De l'information à la coordination des actions publiques : un processus dynamique 392

1.1 Informer pour comprendre les enjeux politiques associés à la mise en accessibilité 392

1.1.1. Information descendante : lorsque la société civile initie les démarches de mise en accessibilité 393

1.1.2. Information ascendante : des actions concrètes imposées aux collectivités territoriales à l'issue de l'adoption des lois de 2005 et de 2004 393

1.2 Consultation : support du discours des acteurs publics et de légitimation de ces actions 394

1.2.1 Consultation thématique point d'ancrage du projet 394

1.2.2 Consulter pour identifier les échelles d'actions 396

1.3 La concertation : discussion partagée dans le temps 397

2. Du processus participatif à la coordination des acteurs 399

2.1 Les porte-parole des personnes en situation de handicap : entre convergence et divergences 399

2.2 Faire appel aux organismes privés : complément ou substitution de l'action publique territoriale ? 400

2.3 Elu, décideur, médiateur et coordinateur ? 401

3. Vers des espaces de qualité et de bien-être ? 404

Conclusion 406

Conclusion générale 407

Bibliographie 415

Liste des acronymes 436

Liste des cartes 440

Liste des figures 442

Liste des tableaux 446

Liste des annexes 447

Table des matières 460

HANDICAP, VIEILLISSEMENT ET ACCESSIBILITE : EXEMPLES EN FRANCE ET AU QUEBEC.

L'étude des handicaps liés au vieillissement est abordée en interrogeant le concept d'accessibilité. Dans le cadre de la réflexion que nous proposons de mener, nous parlerons de handicaps liés au vieillissement pour désigner l'inadéquation entre l'environnement et l'état de santé des personnes âgées en perte d'autonomie. Cette recherche vise à comprendre la mobilité des piétons âgés et plus particulièrement leurs pratiques de la marche autour de leurs domiciles.

Être mobile au quotidien pour les personnes âgées au seuil de la dépendance constitue un véritable défi. Or avec l'avancée en âge bon nombre de personnes âgées connaissent des déficiences auditives, visuelles et/ou motrices modifiant leur rapport à l'espace et limitant leur possibilité de se déplacer sur de longues distances ou de se repérer et de s'orienter dans l'espace. De ce fait, la pratique de la marche des personnes âgées autour de leur domicile fait émerger un besoin d'aménagement de l'espace urbain Nous posons la question suivante : le cheminement de la personne âgée est-il le révélateur de la qualité de l'aménagement urbain et d'espaces de bien-être ?

Outre des investigations bibliographiques préliminaires, cette recherche a pris la forme d'études de cas en France et au Québec, consistant notamment à interviewer les personnes âgées et les acteurs publics agissant auprès des personnes âgées dans chacune de ces villes. Cette série d'entretiens nous a conduit à mettre en évidence les processus de mise en accessibilité de l'espace public urbain afin d'accroître le soutien à l'autonomie des personnes âgées à domicile et de favoriser leur intégration sociale au sein d'espaces de qualité existant ou en devenir.

Mots clefs : Situation de handicap, vieillissement, accessibilité, France, Québec

---

DISABILTY, AGEING AND ACCESSIBILITY: EXAMPLES IN FRANCE AND IN QUEBEC

The study of the disability connected to the ageing is approached by questioning the concept of accessibility. We shall speak about disability connected to the ageing to appoint the inadequacy between the environment and the health of the old persons in loss of autonomy. This research aims at understanding the mobility of the old pedestrians and more particularly their practices of the walking around their home.
Mobile being to the everyday life for the old persons at the beginning of the dependence establishes a real challenge. Now with the headway in age, a lot of old persons know auditive, visual and\or driving deficiencies modifying their relationship in the space and limiting their possibility of moving on long distances or of finding a way and of turning in the space.
Therefore, the practice of the walking of the old persons around their place of residence brings to the foreground a need of development of the urban space which at once concerns all the population. We put then the following hypothesis: is the progress of the old person the revelation of the quality of the urban planning and the spaces of well-being?
Besides preliminary bibliographical investigations, this research took the shape of case studies in six cities in France and in Quebec, consisting in particular in interviewing the old persons and the public actors acting with the old persons in each of these cities. This series of conversations led to us to bring to light the processes of stake in accessibility of the urban public place to increase the support for the autonomy of the old persons at home and facilitate their social integration within spaces of existing quality or become there.

Keywords: Disability, Ageing, Accessibility, France, Quebec

Centre angevin de recherche sur les territoires et l'aménagement (CARTA)
UMR ESO 6590 – Espaces et Sociétés
Maison des sciences humaines – 5bis Boulevard Lavoisier – 49000 Angers