

« Bien vieillir » sous l'approche de la géographie de la santé

“Ageing well” from the perspective of health geography

Brigitte Nader*

Résumé

Du Plan National Santé au paradigme sociétal, le « bien-vieillir » s'est imposé en France à toutes les échelles du territoire. Le vieillissement actuel et à venir de la population française et ses enjeux sanitaires, sociaux, économiques et sociétaux sont au cœur des préoccupations actuelles. Des jeunes seniors aux multiples activités aux personnes dépendantes, la vieillesse est plurielle et nécessite une approche globale et pluridisciplinaire pour répondre aux besoins et permettre une politique de prévention de la perte d'autonomie adaptée aux personnes et aux territoires, favorisant ainsi la qualité de vie et le bien-être. Les recherches récentes en géographie et en géographie de la santé se sont portées sur le recours au soin et la répartition de l'offre de soin, les mobilités quotidiennes dans les espaces urbains et périurbains, et sur la perception de l'espace et ses représentations. Ces études contribuent à enrichir la connaissance scientifique des déterminants du bien-vieillir et favorisent les liens entre chercheurs et décideurs.

Mots-clés

bien-vieillir, personnes âgées, inégalités socioterritoriales de santé, géographie de la santé, échelle locale

Abstract

The notion of « Ageing well » has developed all over the territory in France, ranging from the governmental policy to the societal paradigm. French population's – current and forthcoming – ageing as well as its health, social, economic and societal issues are at the core of present day concerns. As ageing has become multifarious – from the young active seniors to the dependent elderly people –, it requires a global and multidisciplinary approach in order to meet the needs and develop a policy that would prevent frailty. If this policy is adapted to people and territories, it will promote higher quality of life and well being. Recent researches in geography and health geography have focused on the use of care, the distribution of health care facilities, daily mobilities in urban or semi-urban spaces, as well as the perception of space and its representations. Not only do these studies contribute to a better scientific knowledge concerning the indicators of vital aging, but they also strengthen the ties between researchers and policy makers.

Keywords

Ageing well, elderly, socio-territorial health inequalities, geography of health, local scale

(*) Géographe de la santé, membre associée au Lab'Urba, université Paris-Est Créteil

1. Introduction

Du 10 au 27 septembre 2013, un train dénommé « Bien vivre... tout au long de sa vie » s'est déplacé dans 16 villes de France afin de promouvoir, entre autres, les bonnes habitudes alimentaires et la mobilité (notamment au travers de la pratique de la marche) auprès des 50 ans et plus. Dans sa version 2012, ce train se dénommait « Bien vivre pour bien vieillir ». Médias, assurances, mutuelles ont largement relayé l'information auprès des personnes âgées de 50 ans et plus, cible majeure de ces actions de prévention visant à promouvoir les bonnes pratiques pour « bien vieillir ». Depuis les années 2000, plusieurs expressions sont utilisées pour évoquer une vision positive de la vieillesse : « bien vieillir », « vieillissement en santé », « vieillissement actif » ou encore « le vieillissement réussi ». Et pourtant, en 2003, l'épisode caniculaire de la première quinzaine du mois d'août a montré une autre vision du 3^e âge, celle d'une population urbaine vulnérable, pour laquelle îlots de chaleur et isolement social ont entraîné une surmortalité exceptionnelle des 75 ans et plus, principalement des femmes, vivant seules à domicile, dans des centres-villes denses, aux constructions souvent anciennes et peu adaptées aux fortes chaleurs¹. Cette analyse montre la complexité des causes de mortalité et interroge sur les déterminants de la santé des personnes âgées, de l'environnement dans lequel elles vivent, de leur intégration dans la société mais aussi de l'hétérogénéité de cette population. En effet, qu'y a-t-il de commun entre une jeune retraitée âgée de 65 ans et sa mère centenaire ? *A priori* rien, en dehors du lien filial, de la relation aidant-aidée. Et pourtant, statistiquement, ces deux femmes appartiennent au groupe des personnes âgées de 65 ans et plus, les retraitées. Ce gouffre temporel et générationnel marque la pluralité de la vieillesse tant dans l'écart d'âge que dans la trajectoire de vie, la perception de son lieu de vie, du soutien familial et amical, de la façon de vivre sa vieillesse, de l'état de santé. La canicule ou au contraire la vague de froid se superpose à des inégalités sociales de santé, toujours plus prégnantes avec l'avancée en âge².

Pendant longtemps, l'étude du vieillissement fut réservée à la médecine suivie des sciences sociales, économiques et politiques. Les sciences humaines s'en sont emparées plus tardivement. La géographie sociale et la géographie de la santé développent aujourd'hui des recherches de plus en plus nombreuses sur le vieillissement et ses enjeux territoriaux, en termes d'offre et d'accès aux soins, de mobilité mais aussi de perception de l'environnement et de ses représentations, en particulier dans le milieu urbain.

(1) Institut de Veille Sanitaire. Rapport annuel 2003. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2004/rapport_annuel_2003

(2) Leclerc A et al., Les inégalités sociales de santé. Recherches Inserm La découverte, 2000, 315-29.

La géographie de la santé est, en tant que discipline de la géographie, une science qui étudie les disparités spatiales de la santé³. Henri Picheral la définit comme étant « *l'analyse spatiale des disparités de santé des populations, de leurs comportements sanitaires et des facteurs de l'environnement (physique, biologique, social, économique et culturel)* »⁴. La santé est dès lors étudiée dans une approche globale incluant les déterminants sociaux et environnementaux qui influencent l'accès aux soins et les états de santé dans un territoire (S. Fleury, 2007)⁵. La qualité de vie et le bien-être sont ainsi devenus des composantes incontournables de la géographie de la santé. L'approche globale de ses objets d'étude suppose de se nourrir des autres disciplines comme la sociologie, l'anthropologie, l'urbanisme, la médecine, la santé publique ou encore l'épidémiologie en mobilisant des outils quantitatifs et qualitatifs des sciences humaines et sociales ainsi que ceux des sciences médicales. La cartographie et l'analyse spatiale des indicateurs de santé et ceux de l'accès aux soins de santé permettent d'établir, par exemple, des diagnostics mettant en évidence des inégalités socioterritoriales de santé à différentes échelles. Le regard du géographe de la santé est donc pluriel.

L'objectif de cet article est de montrer comment l'approche géographique des déterminants du « bien-vieillir » permet de comprendre quels sont les enjeux du vieillissement aux différentes échelles du territoire, en particulier dans l'espace urbain, et comment elle s'insère, à échelle locale, dans des projets communs entre chercheurs et acteurs afin de mettre en place une politique de prévention territorialisée de la perte d'autonomie.

2. Du vieillissement démographique au paradigme du « bien-vieillir »

2.1 Une évolution démographique continue

Pour aborder le vieillissement, le géographe doit d'abord s'en emparer et en comprendre les dynamiques démographiques et territoriales. L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) établit des projections pour évaluer l'évolution du vieillissement à travers des scénarios⁶ prenant en considération les principaux indicateurs démographiques. Quels que soient le scénario et les hypothèses retenues sur la fécondité, la mortalité et le solde migratoire, la proportion de personnes âgées progressera jusqu'en 2035, compte-tenu

(3) Salem G, La géographie de la santé, *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, page 811.

(4) Picheral H, *Dictionnaire raisonné de la géographie de la santé*, université Montpellier III, 2001, 308 p.

(5) Fleury S, Thouez JP, *La géographie de la Santé. Un panorama*, 2007, Economica, Anthropos, Paris, 302 p.

(6) Blanpain N, Chardon O, « Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgée de plus de 60 ans », Insee Première 2010, 1320 p.

de l'arrivée aux âges de la retraite des derniers enfants du baby-boom, nés avant 1975. Après 2035, la part des 60 ans et plus devrait continuer à croître de façon plus modérée. En 2060, 31 % de la population française aura plus de 65 ans contre 15.7 % aujourd'hui ; parmi eux, les 75 ans et plus représentant 9.1 % de la population actuelle, sont estimés à 16 % en 2060⁷. Ainsi, le vieillissement progresse-t-il, notamment par le haut de la pyramide des âges, c'est-à-dire par l'augmentation en nombre des 60 ans et plus, phénomène que Gérard-François Dumont qualifie de « gérontocroissance »⁸. Ce constat s'observe aussi dans les autres pays d'Europe puisque le taux de croissance des 80 ans et plus devrait augmenter deux fois plus que celui des 65-79 ans jusqu'en 2040⁹. Les deux principaux facteurs sont l'allongement de la durée de la vie et l'arrivée aux âges élevés des générations du baby-boom¹⁰. En effet, l'espérance de vie des hommes comme celle des femmes a augmenté en France comme dans tous les pays de l'UE : en 2013, l'espérance de vie est de 78 ans pour les hommes et de 84 ans pour les femmes. L'INSEE estime qu'à partir des années 2060, la part des 60 ans et plus devrait principalement dépendre des gains d'espérance de vie.

Par ailleurs, un autre indicateur, l'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité, permet de décrire l'évolution de l'état de santé des populations vieillissantes¹¹ : en 2009, l'espérance de vie à 65 ans en bonne santé en France était de 23.2 ans pour les femmes et 18.7 ans pour les hommes. Depuis 2008, il semble que la progression de l'espérance de vie en bonne santé se soit stabilisée pour les femmes même si l'espérance de vie continue de progresser : on vieillirait donc plus longtemps mais en moins bonne santé. Au-delà du genre, l'espérance de vie ainsi que l'espérance de vie en bonne santé diffèrent en fonction de l'origine sociale. Les contrastes d'espérance de vie entre un ouvrier ou un cadre illustrent l'accentuation

des inégalités sociales de santé avec l'avancée en âge¹².

2.2 Un vieillissement territorial contrasté

L'indice de vieillissement est défini selon l'INSEE comme étant le rapport de la population des 60 ans et plus à celle des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 60 ans ou plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions sur le territoire. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées.

La carte 1¹³ illustre l'inégal vieillissement des départements français. Les départements ruraux de la Creuse, de la Corrèze, du Cantal et du Lot ont les indices les plus élevés, contrairement aux départements d'Ile de France où les moins de 20 ans représentent une part plus importante que celle des 60 ans et plus. Plus généralement, les départements du quart sud-ouest de la métropole sont davantage touchés par le vieillissement de la population.

La distinction entre vieillissement et gérontocroissance est essentielle pour comprendre les dynamiques démographiques territorialisées, les besoins en termes de santé, d'offres de soins, de services et d'aménagement contribuant à la qualité de vie et au bien-être. En effet, l'évolution des indicateurs du vieillissement (la part de la population âgée de 60 ans et plus) et la gérontocroissance (la croissance en nombre) ne sont pas identiques dans tous les territoires et doivent être considérées ensemble dans toute analyse démographique et tout diagnostic territorial. Dans leur grande majorité, les actifs et les personnes âgées vont vieillir sur le territoire où ils habitent¹⁴. Si le vieillissement est plus prononcé en milieu rural, la gérontocroissance s'affirme de plus en plus comme un fait urbain qui touchera principalement les centres-villes et les espaces périurbains. On estime qu'en 2030, dans des départements ruraux tels que le Cantal, la Creuse et le Gers, la part des 65 ans et plus représentera 45 % de la population totale, alors le nombre des 60 ans et plus augmentera davantage dans des départe-

(7) Mazuy M, Prioux F, Barbieri M. *L'évolution démographique récente en France*, *Population* 2011 ; 66 (3-4), 503-54.

(8) Dumont G-F, La géographie des territoires gérontologiques, *Gérontologie et société* 2010 ; 132 : 47-62.

(9) INED Populations et tendance des pays européens, (1980-2010). En ligne : http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/38317/telechargement_fichier_fr_publici_pdf1_04_popf1101_avdeev.pdf ; <http://www.ined.fr/fr/publications/conjoncture-demographique/populations-et-tendances-demographiques-des-pays-europeens-1980-2010/>

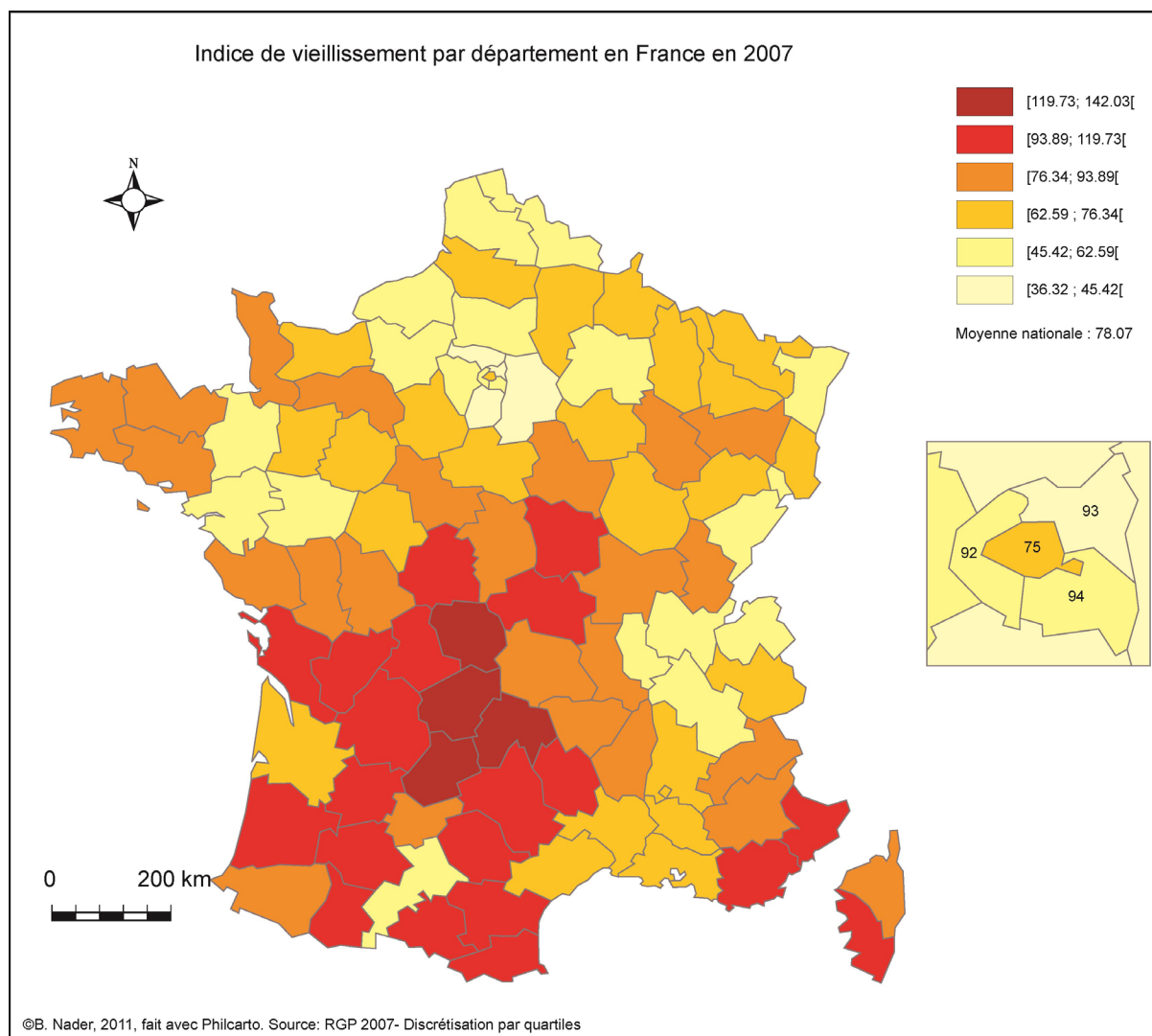
(10) Blanchet D, Le Gallo F, Baby-boom et allongement de la durée de la vie : quelles contributions au vieillissement ? *Insee Analyses* 2013 ; 12.

(11) Robine JM, Cambois E, Les espérances de vie en bonne santé des Européens, *Population et Sociétés* 2013 ; 499 : 1-4.

(12) Blanpain N, L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent, *Insee Première* 2011 ; 1972 ; 1-4.

(13) Nader-Hallier B. les territoires de vie des 75 ans et plus à Paris. Quel environnement urbain pour une qualité de vie durable ? Thèse de doctorat, UPEC, 2011. En ligne : <http://www.theses.fr/2011PEST1141>

(14) Broussy L, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France, année zéro ! », Rapport à Michèle DELAUNAY, ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, janvier 2013, 202 p.



Carte 1. Indice de vieillissement par département en France en 2007

Department's ageing index in France in 2007

ments urbains comme le Nord, Les Bouches-du-Rhône ou Paris. À titre d'exemple, le nombre des 75 ans et plus devrait augmenter de 193 % en Seine-et-Marne et de 69 % dans le Cantal¹⁵.

3. « Bien-vieillir », du concept à la politique publique

3.1 Aux origines du « bien-vieillir »

Pour comprendre comment le concept du « bien-vieillir » s'est imposé comme politique publique et comme paradigme sociétal, il faut revenir sur l'historique des recherches sociologiques. Dans les années 60, deux théories s'opposent concernant

le vieillissement. La première est celle du désengagement appréhendant la vieillesse comme une période de retrait après la vie active (Cunning et Henry¹⁶). Cette définition amène en 1972 Anne-Marie Guillemard à envisager le vieillissement comme une « mort sociale »¹⁷. La deuxième théorie appréhende le vieillissement comme étant une période de la vie propice pour développer des activités et rester intégré dans la société (Havighurst)¹⁸ : elle sera à l'origine de la politique du troisième âge développée en France dans les années 60 par Pierre Laroque¹⁹. Dans les années 80, un nouveau modèle se met en

(16) Cumming E, Henry W, *Growing Old, the Process of disengagement*, New York, Basic Books, 1961.

(17) Guillemard AM, *La retraite, une mort sociale*, La Haye, 1972.

(18) Havighurst RJ. Successful aging. *The Gerontologist* 1961 ; 1(1) : 8-13.

(19) Laroque P, Rapport « Politique vieillesse », 1962.

(15) Dumont GF. La géographie des territoires gérontologiques, *Gérontologie et société* 2010 ; 132 : 47-62.

place, celui du vieillissement productif « *productive ageing* » où les retraités sont invités à conserver une activité productive, rétribuée ou non. Dans les années 90, la notion de vieillissement actif « *active ageing* » s'impose. Si ce terme est avant tout compris comme la promotion du travail des seniors, il va peu à peu signifier une autre approche, celle définie par l'OMS en 2002 lors de la deuxième conférence du vieillissement à Madrid où le vieillissement actif se définit par « le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse ».

3.2 Les déterminants du « bien-vieillir »

Selon les approches du bien-vieillir, différents modèles sont proposés pour identifier les déterminants du vieillissement⁽²⁰⁾. Les modèles multidimensionnels de Baltes et Baltes⁽²¹⁾ ou encore de Rowe et Khan⁽²²⁾ ont inspiré des politiques publiques à l'échelle mondiale (Organisation Mondiale de la Santé), européenne (politique du « *Healthy Ageing* »⁽²³⁾) et aux échelles nationales (le plan « Bien vieillir, vivre ensemble » en France). Le vieillissement devient alors « réussi », centré sur la personne. En effet, les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés⁽²⁴⁾ prennent en compte les déterminants individuels (âge, état de santé), les inégalités sociales de santé (niveau d'étude, de revenu...) mais aussi l'espace de vie et son environnement, la participation sociale, les liens sociaux et le capital social, les mobilités (marche, transports en commun, voiture...).

3.3 Les politiques publiques du « bien-vieillir »

Le bien-vieillir devient un nouveau référentiel⁽²⁵⁾. Il s'appuie sur une approche globale des déterminants socio-environnementaux et fait l'objet de politiques de prévention à toutes les échelles. L'OMS a développé en 2002 un réseau de « Villes amies des aînés » (VADA)⁽²⁶⁾ : certaines villes comme Lyon ou Dijon y ont adhéré, s'engageant ainsi dans un processus d'amélioration constante de la qualité de vie de leurs

aînés. En France, le Plan National Santé (PNS) « Bien vieillir-Vivre ensemble » (2007-2009) a proposé différentes étapes pour un « vieillissement réussi » tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales. Ses objectifs visaient à « *organiser une prévention ciblée pour prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités ; maintenir ou favoriser l'investissement des personnes âgées dans la vie sociale* »⁽²⁷⁾. On retrouve aussi le « bien-vieillir » aux échelons départementaux dans les schémas gérontologiques comme par exemple celui de Haute-Savoie qui s'intitule « Schéma gérontologique départemental 2013-2017 : bien vieillir en Haute-Savoie ».

En outre, de nombreux acteurs des collectivités territoriales se sont emparés du bien-vieillir, en dehors de l'organisation médico-sociale, comme par exemple le Conseil général du Finistère qui l'a intégré dans son agenda 21 depuis 2009. À l'échelle des communes, un label « Bien vieillir-vivre ensemble » est décerné pour celles souhaitant développer et améliorer les conditions de vie des aînés : 34 villes en étaient dépositaires en 2010. Mais ces politiques se heurtent souvent au découpage administratif, aux jeux d'acteurs ou tout simplement au manque de moyens financiers pour mettre en place des actions concertées. À titre d'exemple, « La semaine bleue » de 2008 dont le thème était « Jeunes et vieux, connectez-vous » s'est heurtée localement dans certains clubs seniors parisiens au manque de connexion Internet ou d'ordinateurs fonctionnels !

La Haute Autorité de Santé Publique (HAS) en 2010 a préconisé dans l'évaluation du plan 2007-2009 « *la mise en place d'une véritable action de santé publique, (...), en amont de la maladie et du curatif* » mais aussi « *la prise en considération des inégalités sociales de santé* »⁽²⁸⁾. Ces préconisations montrent bien les enjeux du vieillissement et la nécessaire prise en considération de l'ensemble des déterminants du bien-vieillir à l'échelle des différents territoires en tenant compte des spécificités locales, et non pas seulement par une politique menée à l'échelle nationale.

4. La prévention territorialisée de la perte d'autonomie, au cœur du « bien-vieillir » ?

4.1 La perte d'autonomie en question

Les études portant sur le vieillissement distinguent plusieurs groupes d'âge, dont les seniors pour une population âgée de 60 à 74 ans, le 3^e âge pour les 75-84 ans, et enfin le grand-âge pour les 85 ans et plus. Le

(20) Gangbè M, Ducharme F, Le bien-vieillir, concepts et méthodes. *Médecine sciences* 2006 ; 3 : 297-300.

(21) Baltes PB, Baltes MM. Successful aging: perspectives from the behavioural sciences. Cambridge : Cambridge University Press, 1990 : 1-34.

(22) Rowe JW, Khan RL. Human aging: usual and successful aging. *Science* 1987 ; 237 : 143-9.

(23) <http://www.healthyaageing.eu/>

(24) Barthélémy L. les déterminants socio-environnementaux de la santé. *La santé de l'homme* 2011 ; 411 : 11.

(25) Argoud D, « Des personnes âgées » au « vivre ensemble » : vers un nouveau référentiel pour l'action gérontologique ? Les défis territoriaux face au vieillissement. *La Documentation Française*, 2012 ; 107-120.

(26) <http://www.who.int/ageing/Brochure-French.pdf>

(27) http://www.cnsa.fr/rubrique.php?id_rubrique=162

(28) http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20101209_evalbienvieillir.pdf

seuil des 75 ans a été pendant très longtemps l'âge de rupture, dans les statistiques démographiques ou dans les études épidémiologiques, âge à partir duquel la personne est considérée comme fragile, où les polyopathologies et la perte d'autonomie s'installent. Depuis quelques années, un glissement vers un seuil à 80 ans s'opère, du moins dans le nouveau recensement de l'INSEE.

Les gériatres distinguent trois stades dans la vieillesse. Le premier est l'autonomie, période où la personne est en bonne santé, valide et autonome. Le second stade est celui dit de la fragilité, c'est à dire une période où la personne commence à avoir des difficultés pour certains gestes de la vie quotidienne (L. Fried en 2001)²⁹. Le troisième stade, la dépendance, correspond à celui où la personne a perdu son autonomie et est en situation de dépendance sociale, affective et médicale. Plus qu'une question d'âge, les enjeux du vieillissement portent surtout autour des questions de la perte d'autonomie.

Le regard des sociologues qui ont travaillé sur la déprise est essentiel pour prendre en considération cette période de fragilité³⁰. La déprise est définie par Serge Clément et Marcel Drulhe, comme étant « *le processus de réaménagement de l'existence qui se produit au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des circonstances nouvelles* »³¹. La déprise est en effet souvent reliée à des fractures personnelles, comme le deuil du conjoint, qui entraîne une vulnérabilité sociale et psychologique ou encore un déménagement, qui peut provoquer une fracture territoriale et sociale contribuant à fragiliser mentalement une personne. Dès lors, la prévention de l'isolement social est fondamentale tant ses impacts sont forts sur la santé des personnes âgées.

Au regard de ces différents points de vue, la perte d'autonomie est multifactorielle et est au cœur des enjeux économiques, sociaux, médicaux, culturels et sociétaux aux différentes échelles du territoire. Prévenir cette perte d'autonomie en agissant en amont sur la période de fragilité ou encore de déprise est complexe car cela suppose une compréhension globale de la personne, de son environnement de vie, de ses déterminants individuels et de son état de santé.

(29) Fried LP, Tangen CM, Walston J et al. "Frailty in older adults: evidence for a phenotype." *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 ; 56 : M146-56.

(30) Clément S, Mantovani J. Les déprises en fin de parcours de vie, *Gérontologie et sociétés* 2000 ; 90 : 95-108.

(31) Barthe JF, Clément S, Drulhe M. « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social* 1998 ; 15 : 11-31.

4.2 Vers une prise en compte du territoire des acteurs ?

Des liens entre les chercheurs et les acteurs du territoire se multiplient pour mieux comprendre les inégalités socioterritoriales du vieillissement et plus largement de la santé. De nombreuses recherches sont en cours. Parmi elles, les études menées par la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) du Languedoc-Roussillon et le Gérontopôle de Montpellier ont permis la publication d'un *Atlas de la fragilité du Languedoc-Roussillon*³². L'objectif est ici « *de mener une politique de proximité ciblée en matière de prévention des effets du vieillissement et d'engager des actions de prévention le plus précocement possible pour le maintien de l'autonomie de la personne. Cet observatoire régional vise le repérage des seniors fragilisés pour promouvoir des actions de prévention adaptées à leurs besoins et l'identification des territoires à risque en vue de développer des actions concertées au niveau local.* » Cette démarche, pilote en France, se développe actuellement dans plusieurs autres CARSAT régionales. Ces dernières, en étant responsables de la prévention des personnes ne recevant pas l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, doivent proposer des actions de prévention adaptées aux personnes âgées. Cet atlas marque bien la volonté des différents acteurs d'agir au travers d'une politique territoriale de la prévention qui tient compte des spécificités et des enjeux locaux.

Des études comme celle menée par Méлина Ramos Gorand³³, doctorante en géographie de la santé à l'université Paris-Est Créteil, en étroite collaboration avec la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) sur les enjeux territoriaux de l'offre de soin, et en particulier sur les questions de l'accessibilité de l'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées, montrent l'engagement actuel sur ces questions de recherche par le ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Des recherches réalisées par des étudiants du Master 2 « Santé, Territoires et Environnement » co-habité par l'université Paris-Ouest Nanterre-La Défense et par l'université Paris-Est Créteil s'intègrent aussi dans cette dynamique de collaboration chercheurs/acteurs dans le cadre d'un partenariat avec l'association « Élus, Santé Publique et Territoires ». L'analyse de l'offre de soin et du recours au soin qu'ils réalisent au sein de différentes communes ou de regroupement de communes permet, par exemple, de diagnostiquer les inégalités socioterritoriales de santé qui contribuent ou non à cet objectif du « bien-vieillir ». En 2013,

(32) https://www.carsat-lr.fr/telechargements/pdf/pdf_partenaires/atlas_de_la_fragilite.pdf

(33) Méлина Ramos Gorand. Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux, *Dossiers Solidarité et Santé* 2013 ; 36.

Djibril Dia a centré ses recherches sur le recours aux soins des personnes âgées de 65 ans et plus, spécifiquement dans trois quartiers de la Communauté de communes du Mont Valérien du département des Hauts-de-Seine³⁴. Christine Pedrero a travaillé quant à elle sur le recours au soin des migrants âgés dans la ville de Nanterre. Ces deux diagnostics locaux de santé ont donné des clefs de compréhension sur la répartition de l'offre de soins primaires, la façon dont les personnes âgées y ont recours, sur les difficultés ou les facilités qu'elles rencontrent en fonction de leur état de santé, de leur âge, de leurs sociabilités, du type d'habitat, de leur quartier et de son aménagement.

5. Mobilités et pratiques spatiales, observatoire du « bien-vieillir » à l'échelle locale

« *La vieillesse est une histoire, une géographie, une terre, un continent : elle a ses odeurs, ses couleurs, sa matière, son aire, son espace. Il faut pour la comprendre se faire son historien, son géographe et le patient cartographe de ses terres* ». Cette définition de la vieillesse par Danièle Sallenave³⁵ est un formidable tremplin pour les géographes ! Ainsi, cartographier le territoire de vie des personnes âgées, c'est aussi comprendre où elles vivent, comment elles s'y déplacent et comment elles le perçoivent. Les mobilités et leurs traductions spatiales sont bel et bien au cœur des recherches du « bien-vieillir » et sont au cœur de sa prévention.

5.1 Les mobilités, au cœur de la santé et de la sociabilité

En géographie de la santé, les questions des mobilités sont étudiées en lien avec l'état de santé. La littérature médicale est par exemple abondante sur les bienfaits de l'activité physique tout au long de sa vie. Quel que soit l'âge, les études montrent des liens entre la pratique régulière de la marche, la santé perçue et le bien-être³⁶ (A. Gatrell, 2011). La marche est le premier moyen de transport utilisé chez les retraités³⁷. La marche est aussi une activité bénéfique d'un

point de vue social puisqu'elle permet de maintenir les liens sociaux à l'extérieur de son domicile et donc de rester autonome (T. Rantanen)³⁸. Le rapport du Programme de Recherches Et d'Innovation dans les Transports Terrestres (PREDIT) de 2012³⁹ « Projets de vie et de mobilités durables pour bien vieillir dans les territoires en 2030 » évoque la mobilité comme facteur d'autonomie, facteur de reliance nécessaire pour l'intégration au sein de la société, vécue différemment en milieu urbain ou en milieu rural. Comprendre les mobilités des seniors, et plus largement de l'ensemble de la population, c'est aussi s'interroger sur les freins et les barrières existants, qu'ils soient environnementaux ou individuels. Les caractéristiques de l'environnement physique, le bruit et la circulation ont un impact sur la santé et la mobilité des personnes âgées (M. Rantakokko, 2011)⁴⁰.

Françoise Cribier⁴¹ fut une des premières géographes à étudier les mobilités résidentielles des retraités, leurs modes de vie, leur environnement proche, en particulier avec la cohorte de retraités du Grand Paris de 1972 à 2005. Si les mobilités résidentielles font toujours l'objet de nombreuses études et d'une prospection en termes d'aménagement du territoire, les mobilités quotidiennes, à échelle locale, sont quant à elles de plus en plus observées. Ainsi, les déplacements des personnes âgées, les caractéristiques de l'environnement favorisant ou non la qualité de vie, et l'analyse des mobilités sont analysés et donnent des éléments de compréhension de l'intégration dans un territoire, dans la société et, à terme, sur l'état de santé. Ces études privilégient le milieu urbain ou sont centrées sur les mobilités dans les espaces périurbains. Le milieu rural est plutôt étudié par des sociologues comme Isabelle Mallon qui travaille sur l'isolement⁴². En France, Martine Berger⁴³ et son équipe ont travaillé sur les mobilités et l'ancrage des personnes âgées, vivant en pavillon dans des espaces périurbains de trois grandes métropoles (Paris, Toulouse et Marseille). Au Québec, les études

(34) Dia D. Étude sur le recours aux soins des personnes âgées de plus de 65 ans dans trois quartiers de la communauté d'agglomération du Mont Valérien (CAMV) : quartier Cité-jardins de Suresnes, Village Mazurières de Rueil-Malmaison et quartier Université de Nanterre, Mémoire de Master 2, septembre 2013, 126 p.

(35) Définition donnée lors de l'exposition « *Au Pays de la Gérousie* » de l'APHP en 2008.

(36) Gatrell A. Therapeutic mobilities: walking and 'steps' to well being and health, *Health and Place* 2013 ; 22 : 98-106.

(37) Certu. *Les mobilités des personnes âgées, analyse des enquêtes Ménages-Déplacements*, 2001. En ligne : <http://www.certu-catalogue.fr>

(38) Rantanen T. Promoting Mobility in Older people, *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 2013 ; 46 : S50-4.

(39) <http://www.predit.prd.fr/predit4/publication/43614>

(40) Rantakokko M. Perceived barriers in the outdoor environment and development of waking difficulties in older people, *Age and Ageing* 2011 ; 0 : 1-4.

(41) Cribier F. « Le passage à la retraite, en 1972 et 1984, de deux cohortes de salariés parisiens : parcours de vie, fin d'activité, visions de la retraite », *Cahiers d'histoire de la Sécurité Sociale* 2004 ; 1 : 247-79.

(42) Mallon I. Le milieu rural isole-t-il les personnes âgées ? *Espace, Populations, Sociétés* 2010, 1. En ligne : URL : <http://eps.revues.org/3967>

(43) Berger M et al. Vieillir en pavillon : mobilités et ancrages des personnes âgées dans les espaces périurbains d'aires métropolitaines (Toulouse, Paris, Marseille), *Espace, populations, Sociétés* 2010 ; 1 : 57-63. En ligne : URL : <http://eps.revues.org/3967>

sont nombreuses sur les mobilités dans les villes de Montréal et de Québec⁴⁴. L'analyse des mobilités au sein des espaces périurbains, dans des villes où l'étalement urbain est important, pose la question de l'usage de la voiture et des transports en commun. Pour les personnes âgées, ne plus pouvoir se déplacer en voiture est vécu comme un deuil (C. Espinasse)⁴⁵, une fracture qui peut entraîner un repli sur soi, un isolement social.

5.2 Le territoire de vie, support du « bien-vieillir »

Des géographes ont centré leurs recherches sur les pratiques spatiales et les représentations individuelles de l'espace et des mobilités. Les pratiques spatiales sont définies comme étant « *les déplacements des individus liés à des liens sociaux, le territoire est avant tout un espace de vie qui se confond avec l'aire de ses pratiques spatiales* » (A. Bailly). Ces pratiques spatiales permettent de comprendre comment les personnes âgées s'approprient un espace par leurs déplacements et leurs liens sociaux associés, elles font resurgir des besoins spatialisés et temporalisés, individuels et collectifs. En géographie sociale, le territoire de vie de toute personne se définit comme étant un espace vécu, perçu et ressenti⁴⁶.

Les thèses de Beatrice Chaudet⁴⁷ et Brigitte Nader-Hallier⁴⁸ entrent dans cette dynamique de recherche sur les représentations et les perceptions de l'espace des personnes âgées dans leurs déplacements quotidiens à des échelles locales et microlocales. Béatrice Chaudet a privilégié l'observation des cheminements, les récits des déplacements et les parcours accompagnés permettant de confronter le discours et la réalité du déplacement. Son approche qualitative territorialisée a mis en évidence les stratégies utilisées par les personnes âgées pour maintenir la mobilité, l'autonomie et la participation sociale dans leur territoire de vie.

Brigitte Nader a centré ses recherches sur la notion de territoire de vie et l'étude des pratiques spatiales du quotidien des personnes âgées de 75 ans et plus,

(44) Negron-Poblete P, Seguin AM. Vieillesse et enjeux d'aménagement, regards à différentes échelles, Presses Universitaires du Québec, Québec, 2012 : 232 p.

(45) Espinasse C. Cesser de conduire, un véritable deuil. *Recherches et synthèses, PREDIT* 2006 ; 30.

(46) Bailly A. Les représentations en géographie. In Bailly A, Ferras R, Pumain D, Encyclopédie de la géographie. Paris, Economica, 1995.

(47) Chaudet B. Handicap, vieillissement et accessibilité : exemples en France et au Québec. Thèse de doctorat Angers, 2009. En ligne : <http://www.theses.fr/2009ANGE0011>

(48) Nader-Hallier B. Les territoires de vie des 75 ans et plus à Paris. Quel environnement urbain pour une qualité de vie durable ? Thèse de doctorat, UPEC, 2011. En ligne : <http://www.theses.fr/2011PEST1141>

dans le 14^e arrondissement à Paris. Le travail sur la perception de l'espace et les représentations de l'espace vécu a été réalisé en associant plusieurs sources d'informations : d'une part, les pratiques spatiales des personnes âgées sont recueillies par des entretiens semi-directifs pour être ensuite cartographiées, et d'autre part, la représentation mentale de l'espace vécu obtenue par la réalisation de cartes mentales.

La cartographie des déplacements et la représentation de l'espace vécu arborent autant de territoires de vie que de façons de vieillir. L'étude menée auprès des 75 ans et plus dévoile le grand dynamisme des personnes âgées dans une ville comme Paris, mais aussi le rétrécissement de l'espace de vie avec l'avancée en âge. L'approche territoriale permet d'établir des liens entre une mauvaise santé perçue et une représentation de l'espace restreinte. La carte mentale est apparue comme un outil complémentaire dans ce diagnostic territorial pour identifier les personnes fragilisées, dont l'isolement social est le facteur majeur pour expliquer le repli sur soi et le rétrécissement de l'espace de vie.

Pierre-Marie Chapon a utilisé quant à lui des données issues des capteurs GPS pour recueillir et analyser les déplacements quotidiens des personnes âgées dans les villes de Nice et de Lyon⁴⁹. Approche qualitative et démarche quantitative sont ainsi de plus en plus souvent associées pour analyser les mobilités et les espaces de vie des populations. L'étude pluridisciplinaire « Vieillir en ville : étude des pratiques spatiales et des mobilités actives des personnes âgées à Champigny-sur-Marne », financée en partie par la Maison des Sciences de l'Homme Paris-Nord, a ainsi combiné les informations recueillies par une enquête quantitative et des outils comme la carte mentale, la reconnaissance des trajets sur le plan de la ville, ou encore lors de discussion sous forme de *focus-groups*. Les premiers résultats de l'analyse des cartes mentales et des caractéristiques individuelles des retraités ont permis d'établir des profils de mobilités distincts, d'identifier des personnes aux mobilités réduites et de révéler des freins et des barrières individuelles et collectives au sein de la commune de Champigny-sur-Marne⁵⁰.

Ces recherches en milieu urbain apportent des éléments de réponse pour adapter la ville aux besoins spatialisés et temporalisés des habitants âgés, pour

(49) Chapon PM. « Qualité territoriale, qualité du vieillissement : contribution du géographe », thèse de doctorat, Lyon, 2011.

(50) Mobillion V, Nader B. « Urbanisme et santé : étude des mobilités actives et des espaces de vie des retraités, à Champigny sur Marne ». Colloque international « Dynamiques urbaines et enjeux sanitaires », Nanterre, 11-13 septembre 2013.

améliorer la qualité de vie, le bien-être et la santé de tous les habitants.

6. Conclusion

De l'OMS aux villes françaises, le « bien-vieillir » a impulsé une dynamique sociétale, une prise en considération, aux échelles locales, du vieillissement de la population. Le « bien-vieillir » est à fois un nouveau paradigme sociétal, un nouveau référentiel pour mener sa vieillesse « à bien » et une ligne directrice pour les politiques publiques en termes de prévention sanitaire, d'aménagements et de politiques urbaines. Les villes sont et seront le plus touchées par le vieillissement et la gérontocroissance, or la ville est un paradoxe. Elle est souvent représentée comme un territoire de la vulnérabilité : pollution, fortes densités, étalement, circulation dangereuse, enclavement des quartiers défavorisés, habitat insalubre, aménagements inadéquats, anonymat et isolement renforçant les inégalités socioterritoriales de santé et entraînant avec eux une mobilité plus fragile des personnes âgées et, à terme, une perte d'autonomie. Mais la ville est aussi un territoire de mobilité, de démocratie, d'*empowerment*, de

liens sociaux familiaux et amicaux, d'activités variées, de culture, d'espaces verts, de services, de soins et de prévention où la résilience est possible, y compris aux grands âges, quel que soit le quartier d'habitation⁵¹. La ville « durable », au sens « habitable » par tous, se profile de plus en plus lorsque l'on évoque les enjeux du vieillissement urbain, en plaçant la santé au cœur des politiques urbaines. Les politiques de prévention de la perte d'autonomie se déclinent aux différentes échelles en France, mais restent fortement liées aux acteurs locaux et aux priorités locales qui ne considèrent pas toujours le vieillissement comme une dynamique et donc comme une priorité. Trop souvent, l'image de la dépendance et du coût de la vieillesse domine. D'aucuns évoquent l'urgence de mettre en place une réelle politique territoriale du vieillissement, où l'échelle locale du quartier ou de la commune est privilégiée. Les différentes études et approches évoquées permettent de comprendre l'importance et le dynamisme des projets pluridisciplinaires associant géographes, sociologues, médecins et épidémiologistes qui allient de plus en plus le monde de la recherche avec celui des acteurs de terrain dans l'élaboration des politiques territoriales du vieillissement.

(51) Nader B, *op.cit.*