



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2010-2011

Diagnostic participatif dans le quartier Flandre de
Paris : identifier les facteurs favorables et
défavorables au bien-être des aînés, selon
l'approche écologique.

Soutenu en juin 2011

Mademoiselle Elise MASIULIS

Maître de stage :

Monsieur Eric Gautier

Guidant universitaire :

Monsieur Cédric Baumann

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait jamais pu voir le jour sans l'implication d'Espace 19 et sans l'aide précieuse et continue de Lucette Barthélémy.

Je voudrais aussi remercier chaleureusement les habitants du quartier Flandre et tout particulièrement les habitantes de la cité Michelet : Anne, Thérèse, Chantal, Geneviève, Martine, etc...

« J'ai vu ce matin une rue dont j'ai oublié le nom
Neuve et propre du soleil elle était le clairon
Les directeurs les ouvriers et les belles sténodactylographes
Du lundi matin au samedi soir quatre fois par jour y passent
Le matin par trois fois la sirène y gémit
Une cloche rageuse y aboie vers midi
Les inscriptions des enseignes et des murailles
Les plaques les avis à la façon des perroquets criaillent
J'aime la grâce de cette rue industrielle»

Zone, *Alcools*, Guillaume Apollinaire

« A 60 ans on n'est pas vieux, on est âgé...de 60 ans »

Thérèse

Table des matières

Introduction	7
1 –Contexte	9
1.1 –L'approche écologique	9
1.1.1 –Présentation et définition	9
1.1.2 –Intérêts de cette approche pour ce diagnostic	10
1.2 –Le quartier Flandre : un quartier spécifique	11
1.2.1 –Un quartier CUCS et ZUS	11
1.2.2 –Délimitation géographique	11
1.2.3 –Caractéristiques démographiques de la population générale	11
1.2.4 –Caractéristiques démographiques de la population vieillissante	12
1.2.5 –Les dispositifs personnes âgées de la Ville de Paris	13
1.3 –Un quartier prioritaire...mais pas pour les personnes âgées	14
1.3.1 –Vieillir à Paris	14
1.3.2 –Un public absent des priorités politique de la ville	15
1.4 –Les acteurs en présence	16
1.5 –Objectifs de l'étude	17
2 –Méthodes	19
2.1 –Présentation de la démarche	19
2.1.1 –Participation sociale et santé des personnes âgées	19
2.1.2 –La question des personnes silencieuses	20
2.1.3 –Identifier la demande : le choix des outils	20
2.2 –Recueil des données	21
2.2.1 –Le recueil des données :carte mentale et entretiens	21
2.2.2 –Le recueil des données de la marche communautaire	22
2.3 –Exploitation des données	23
2.3.1 –Exploitation des données : carte mentale et entretiens	23
2.3.2 –Exploitation des données de la marche communautaire	23
3 –Résultats	25
3.1 –Besoins identifiés par le groupe de travail	25
3.1.1 –Identification, mobilisation des partenaires	25
3.1.2 –Présentation de la méthode et validation	25
3.1.3 –Synthèse des besoins selon le groupe de travail	26
3.2 –Demandes identifiées par les habitants	29
3.2.1 –Recrutement et caractéristiques socio démographiques	29
3.2.2 –Résultats de la carte mentale et entretiens semi directifs	29
3.2.2.1 –Identification de 4 profils	29
3.2.2.1.1 –Profils 1 à 2 : rétrécissement spatial et social	30
3.2.2.1.2 –Profils 3 à 4 : expansion et opportunités	32
3.2.3 –Résultats de la marche communautaire	35
3.3 –Réponses : les facteurs favorables et défavorables selon l'approche écologique	37
4 –Discussion	40
4.1 –Synthèse : vers des stratégies opérationnelles ?	40
4.2 –Besoins : sortir des représentations traditionnelles	42
4.3 –Demandes : intérêts et limites des outils	42
4.3.1 –Intérêt de l'entretien et la carte mentale	42

4.3.2 –Intérêt de la marche communautaire :	43
4.3.3 –carte : limites et biais	43
4.3.4 –marche exploratoire : limites et biais	44
4.4 –Intérêts et limites de la méthode	45
4.5 –Intérêts de l'approche	46
4.6 –Le diagnostic est il participatif ?	46
4.7 –Contraintes liées au projet : et la suite ?	47
Annexe I : carte du quartier Flandre	I
ANNEXE II : cartes des personnes âgées	III
ANNEXE III : tableau de suivi des réunions du groupe de travail	V
ANNEXE IV : tableau récapitulatif des meta-plans	VII
ANNEXE V : guide d'entretien	IX
ANNEXE VI : grille de recueil de données carte/entretien	XI
ANNEXE VII : grille de recueil de données marche communautaire	XIII
ANNEXE VIII : exemples de cartes mentales	XV

INTRODUCTION

La France vieillit. En 2040, le nombre de personnes de 60 ans et plus atteindra 22,6 millions de personnes contre 13,5 millions en 2007. Les personnes âgées de 80 ans et plus passeraient alors de 3 à 7 millions. L'espérance de vie devrait également augmenter de 83,1 ans pour les hommes et 88,8 ans pour les femmes. Selon les estimations, 1,2 millions de personnes pourraient être dépendantes en 2040, contre 800 000 actuellement (1) (2). Le vieillissement de la population est donc un enjeu politique, économique et sociétal majeur.

Bien loin de l'image d'Épinal de l'aîné vieillissant dans son village, à l'ombre des platanes, le vieillissement est aujourd'hui un phénomène majoritairement urbain, comme nous l'avons tristement rappelé la canicule de 2003. Selon les projections démographiques de l'INSEE, les grandes villes connaîtront une croissance accélérée du nombre de personnes de plus de 60 ans : plus 30% dans les villes entre 2000 et 2015, contre seulement plus 5,5% pour l'ensemble du territoire pour cette classe d'âge. Les aires urbaines de 50 000 à 900 000 habitants sont celles qui connaîtront la plus forte augmentation de leur population senior. Cette croissance sera plus modérée dans les grandes métropoles et petites aires urbaines, tandis que les campagnes ne verront une augmentation des plus de 60 ans que limitée (3).

Paris est donc très concernée par ce problème. Mais paradoxalement, dans les quartiers prioritaires de la ville, les responsables politiques mais aussi les acteurs des quartiers en contrat de cohésion sociale, ne semblent pas avoir (encore) intégrés cette composante majeure du changement de population. D'ailleurs, le commanditaire du présent diagnostic, Espace 19, ne connaît pas les spécificités de ce public pourtant grandissant.

Créé il y a 30 ans, l'association Espace 19 regroupe 3 centres sociaux et a pour objectif de favoriser la participation sociale dans le 19^{ème} arrondissement de Paris. De fait, l'association est traditionnellement tournée vers les publics jeunes, migrants et précaires. C'est donc pour mieux connaître les personnes âgées du quartier Flandre, que l'association a commandé un diagnostic sur le bien-être de ces dernières, afin de mettre en place, à terme, des actions santé. Le travail présenté ici est donc ce diagnostic bien-être des personnes âgées, habitant dans un quartier CUCS de Paris : le quartier Flandre.

Comme tous les autres quartiers CUCS, le quartier Flandre est avant tout marqué par les inégalités sociales et les inégalités de santé. Si depuis la Charte d'Ottawa, l'importance de prendre en compte les déterminants de santé, n'est plus à démontrer, pourtant, sur le terrain, les promoteurs de santé se sentent parfois démunis pour prendre en compte ces derniers dans leurs actions.

La coexistence de ces trois éléments clés : participation sociale, inégalités de santé et importance des déterminants, a fait qu'il semblait pertinent de réaliser un diagnostic dans un cadre conceptuel particulier : l'approche écologique.

Composante-clé de la nouvelle santé publique et du mouvement de promotion de la santé, l'approche écologique se définit comme un cadre de recherche d'intervention qui met l'accent sur une vision élargie des déterminants de la santé.

Dans ce diagnostic, deux outils spécifiques seront utilisés : la carte mentale et la marche communautaire : outils particulièrement adaptés à cette approche écologique.

1 - Contexte

1.1 - L'approche écologique

1.1.1 - Présentation et définition

L'approche écologique, appelée aussi « modèle écologique », ou « perspective écologique » ou « modèle multi-niveaux », est apparue dans les années 1980, dans des disciplines telles que la biologie, la psychologie et la sociologie. Très vite, il a semblé pertinent d'adapter cette approche aux champs de la promotion de la santé car cette dernière coïncidait avec les déclarations de la Charte d'Ottawa (1986), qui place, elle aussi, les déterminants socio environnementaux au cœur des principes de promotion de la santé. Pour rappel, « créer des environnements favorables à la santé » est le deuxième axe de la Charte d'Ottawa.

L'approche écologique est un modèle qui s'est construit peu à peu et s'est nourri des expériences dans divers champs et disciplines. Bien que n'étant pas nouveau, ce modèle a connu un regain d'intérêt récent dû à plusieurs recherches et études, qui ont souligné la pertinence et l'originalité de cette approche (4).

En effet, la problématique grandissante des inégalités sociales de santé souligne l'importance des déterminants macro-contextuels de la santé, tels que les facteurs socio-économiques, le genre et les influences sociales et culturelles (5). De plus, les grands programmes communautaires d'éducation à la santé cardio-vasculaire, menés aux États-Unis, ont donné des résultats décevants, montrant ainsi les limites d'une approche principalement centrée sur les facteurs individuels (comportements, attitudes, etc) (6).

L'approche écologique est donc un modèle qui va explorer les déterminants socio environnementaux et notamment les réseaux sociaux, les organisations, les communautés et les politiques publiques. La participation sociale est au cœur de ce modèle : c'est même l'un des déterminants clés.

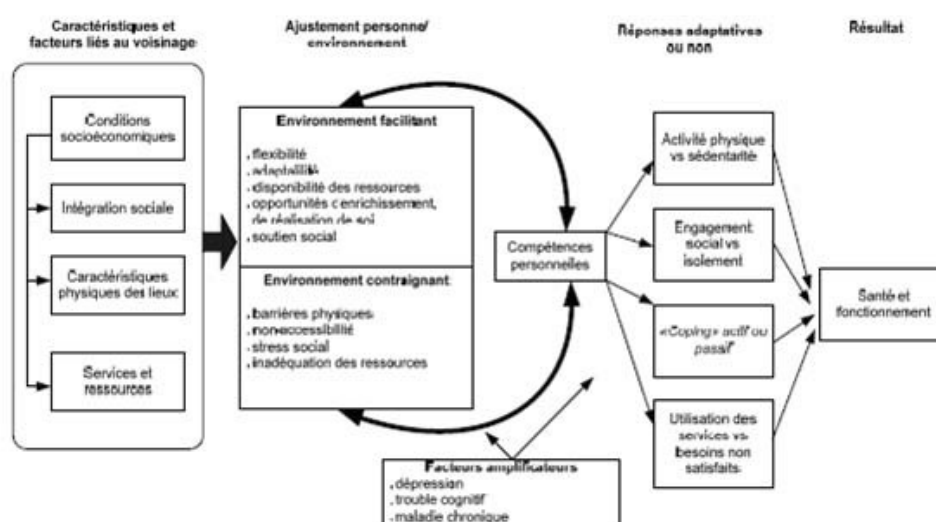
Si l'impact des facteurs individuels tels que l'âge et l'état de santé ne sont plus à démontrer sur la participation sociale, qu'en est il de l'impact de la participation sociale sur l'état de santé, la qualité de vie des personnes ?

Cette question requiert tout son intérêt pour la population des personnes âgées (ou « aînés ou « seniors »). En effet, la santé des personnes âgées est souvent étudiée et analysée via le prisme des déterminants individuels, avec notamment la survenue d'accidents, de maladies chroniques ou de problèmes de dépendance. D'ailleurs, le plan national français 2007-2009 « Bien vieillir ensemble », propose des « clés du bien vieillir » principalement axées sur des facteurs individuels (entretenir son capital intellectuel, prévenir les maladies, etc) (7).

A contrario, plusieurs auteurs proposent un modèle théorique écologique du vieillissement. L'idée est que cette période particulière du développement de l'adulte est profondément influencée par son environnement physique ET social. Les pertes subies par les personnes âgées (vision, mobilité, cognition, etc.) les rendent particulièrement vulnérables aux contraintes de l'environnement.

Lawton et Nahemow, Glass et Balfour présentent ainsi un modèle basé sur la relation entre la personne et son environnement, mais où l'environnement plus immédiat des personnes est explicité sous l'angle du voisinage (neighborhood) (8) ;(29). Les auteurs décrivent le voisinage selon quatre catégories de facteurs qui sont, selon eux, particulièrement prédictifs de l'état de santé et des incapacités chez les personnes âgées : les conditions socioéconomiques, le niveau d'intégration sociale, les caractéristiques physiques de l'environnement ainsi que la présence des ressources et services. Ce modèle relie concrètement à l'environnement une série de facteurs qui sont soit favorables (flexibilité, adaptabilité, disponibilité des ressources, milieu enrichissant, soutien social) ou contraires (barrières physiques, éloignement de la communauté, stress social, absences de ressources) à un vieillissement en santé et sans incapacité (voir Figure 1).

Le modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement



Tiré de : T.A. Glass et J.L. Balfour (2003). *Neighborhoods, Aging, and Functional Limitations* dans I. Kawachi et L.F. Berkman (dir.), *Neighborhoods and health*, New York: Oxford University Press, p. 303-334 (traduction libre).

Illustration 1: Modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement

1.1.2 - Intérêts de cette approche pour ce diagnostic

C'est dans ce cadre-ci qu'intervient la commande d'Espace 19, la structure accueillante du stage. En effet, Espace 19 est une association qui regroupe 3 centres sociaux dans le 19ème arrondissement de Paris. Deux de ces centres sont situés dans le quartier Flandre, quartier prioritaire de la ville CUCS et ZUS et lieu de l'étude. Un centre social est « un lieu ouvert de rencontre et d'initiatives. Il se caractérise par l'offre de services et d'activités coordonnées, par la concertation locale pour faciliter le développement social » (9). Traditionnellement, Espace 19 propose donc des activités et des services tournés vers la petite enfance, les jeunes et la famille. Suite à une demande du Conseil d'administration de l'association, l'association a voulu dans un premier temps mieux connaître cette population du quartier Flandre, pour dans un second temps pouvoir proposer des actions socio-culturelles, dont des actions santé aux personnes âgées du quartier Flandre.

Fortement marqué par les inégalités sociales de santé et avec un paysage urbain très dense, il semblait donc tout à fait opportun de prendre le modèle écologique comme cadre d'analyse au diagnostic des personnes âgées de ce quartier.

Ce diagnostic financé dans cadre d'appels de l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, selon l'objectif 14 du Plan Régional de Santé Publique : Développer l'évaluation globale du vieillissement en y intégrant une dimension de prévention primaires et secondaire et l'étendre aux populations vulnérables vieillissantes. En fonction des résultats de ce diagnostic, l'association décidera ou pas d'une réorientation stratégique.

1.2 - Le quartier Flandre : un quartier spécifique

1.2.1 - Un quartier CUCS et ZUS

Le quartier Flandre est un quartier CUCS, c'est-à-dire un quartier prioritaire de la politique de la ville, bénéficiant d'un Contrat de Cohésion Sociale (CUCS). La politique en faveur des quartiers en difficulté repose sur un partenariat étroit entre l'État et les collectivités territoriales qui mettent en place des «contrats urbains de cohésion sociale (CUCS)». A Paris, 14 zones bénéficient du contrat urbain de cohésion sociale, dont le quartier Flandre. Le CUCS a été signé pour la période 2007–2009. Ses priorités sont : le logement, les transports, la rénovation urbaine et la politique sociale d'accompagnement des publics en difficultés (insertion, prévention, aide à l'emploi). Traditionnellement, les quartiers CUCS ciblent plutôt les publics jeunes, les familles et les personnes bénéficiant de minimas sociaux.

Le quartier Flandre est aussi un quartier ZUS : zone urbaine sensible. En effet, la ZUS Curial/Cambrai/Karr s'étend sur 17 hectares, c'est un sous-ensemble du quartier Flandre. Une ZUS est un territoire infra-urbain défini par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, en fonction des considérations locales liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires. Les ZUS bénéficient d'aides spécifiques sous forme d'exonérations fiscales et sociales.

1.2.2 - Délimitation géographique

Le quartier Flandre, localisé au nord-ouest du 19^{ème} arrondissement de Paris, est délimité par le boulevard de la Villette, la rue d'Aubervilliers et l'avenue de Flandre. Des cités des années 1950, 1960 et 1970 composées de barres et de tours (cité Curial-Cambrai) côtoient des quartiers comprenant des immeubles de type haussmannien. Généralement, les habitants distinguent au sein de ce quartier, le sous quartier Cambrai-Curial et le sous quartier Riquet. (voir annexe 1). Comme nombre de quartiers CUCS et ZUS, le quartier Flandre se caractérise par un taux de chômage élevé, un échec scolaire important, ainsi qu'une forte présence de populations issues de l'immigration. En 2007, il accueillait 45000 habitants sur une superficie de 118 hectares. (10).

1.2.3 - Caractéristiques démographiques de la population générale

Dans son ensemble, le quartier accueille une forte proportion de familles nombreuses (31,7%

des ménages au lieu de 17,4% à Paris) et de jeunes de moins de 25 ans (37,3% de la population totale contre 27,8% à Paris). La population immigrée est nombreuse, particulièrement dans les îlots sud (lieu de l'enquête) et constitue 1/3 de la pop du quartier Flandre (10).

La part des foyers vivant sous le seuil de pauvreté est beaucoup plus élevée qu'à l'échelle parisienne (23% de la population au lieu de 10% à Paris). Quant aux allocataires du RMI/RSA, ils forment 8,3% des ménages contre 4,5% en moyenne à Paris. Les bénéficiaires de la CMU C constituent 12,6 % des assurés sociaux contre 6,4 % à Paris (10).

La cité Michelet (un des deux lieux d'implantation d'Espace 19) souffre, comme beaucoup de cités, d'un manque de mixité fonctionnelle et sociale et d'absence de délimitation entre les espaces publics et privés. La partie sud du périmètre, autour des rues du Département et d'Aubervilliers, est marquée quant à elle par un habitat ancien fortement dégradé. Globalement, le secteur compte 32 immeubles inscrits au plan d'éradication de l'habitat indigne.

Dans son ensemble, ce quartier a connu des modifications importantes dans la période du Contrat de ville 2000–2006 (projets urbains, nouveaux équipements). Cependant le territoire reste en fort décalage par rapport au reste du territoire parisien. Le public jeune semble nécessiter un effort particulier, compte tenu de sa forte présence sur ce site et des difficultés récurrentes qu'il rencontre sur des thématiques prioritaires telles que la réussite scolaire, l'insertion professionnelle ou l'accès aux loisirs.

1.2.4 - Caractéristiques démographiques de la population vieillissante

Le quartier Flandre n'est donc pas un quartier traditionnellement connu pour sa part importante de personnes âgées. Pourtant, l'évolution démographique du pays et le fait que de nombreux habitants, arrivés ici dans les années 60–70, restent sur le quartier, font que le nombre de personnes de plus de 60 ans a augmenté entre 1999 et 2006 sur le quartier. De 5935 personnes en 1999, il y a aujourd'hui 6088 personnes de plus de 60 ans sur le quartier (11).

Pourtant, cette population reste très peu visible sur le quartier car en pourcentage par rapport

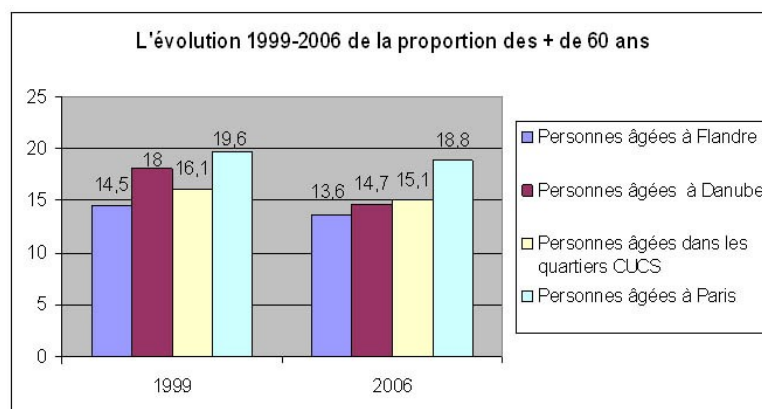


Illustration 2: Évolution de la part des personnes de plus de 60 ans sur les quartiers Flandre, Danube, dans les CUCS et à Paris entre 1999 et 2006. Sources : INSEE 2009, EDL, rapports 1999–2006

au reste de la population, la proportion de personnes âgées a baissé dans ce quartier entre 1999 et 2006. Cette baisse relative en pourcentage est masquée par le fort afflux de nouveaux résidents jeunes dans le 19^{ème} depuis 1999. D'une façon générale, la proportion de personnes âgées dans les quartiers politique de la ville, reste inférieure au reste de Paris, en 2006 (voir illustration 2). La répartition homme/femme est à l'image de celle à l'échelle nationale. Les hommes représentant environ 48% des personnes de 60 à 74 ans. Alors qu'ils ne sont que 38% pour la tranche d'âge 75 ans et plus.

1.2.5 - Les dispositifs personnes âgées de la Ville de Paris

Il existe à Paris toute une série des dispositifs spécifiques aux personnes âgées en situation de plus ou moins grande précarité. Ainsi, une personne de plus de 60 ans peut potentiellement bénéficier de :

- la carte Émeraude : Titre de transport permettant de voyager gratuitement (en fonction de des ressources) sur l'ensemble du réseau RATP/SNCF à Paris et en Ile-de-France (zones 1 à 2). Montant du plafond : avis d'imposition annuel avant imputation <2 287.
- L'allocation ville de Paris, personnes âgées : L'allocation Ville de Paris est destinée à garantir un revenu minimum aux personnes âgées résidant dans la capitale depuis au moins 3 ans. Le montant de cette allocation est égal à la différence entre ce revenu minimum et le montant des ressources de la personne âgée. On déduit des revenus le loyer (dans la limite de 229 euros) ou le montant des charges de copropriété (dans la limite de 69 euros). Le fait de percevoir l'Allocation Ville de Paris ouvre le droit au Complément Santé Paris.
- La carte Paris à Domicile : Pour bénéficier de la Carte Paris à Domicile, il faut : être âgé de plus de 65 ans ou être âgé de plus de 60 ans ; résider à Paris depuis au moins 3 ans, être titulaire de l'un des titres suivants : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ; un certificat médical, datant de moins de 3 mois, signifiant l'impossibilité de sortir seul, d'effectuer seul certaines tâches de la vie quotidienne, ou indiquant que la personne se trouve dans un état de santé ou d'isolation qui peut la mettre dans une situation risquée ; d'une pension ou d'une carte d'invalidité portant la mention " tierce personne ".
- Et enfin l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, destinée aux personnes âgées. Pour en bénéficier, la personne doit au moins appartenir au groupe iso-ressources 4 selon la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Cette dernière constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens. Le groupe iso-ressources 1 comprend les personnes avec une perte d'autonomie totale (personne alitée) et le groupe 6, les personnes autonomes pour les actes essentiels de la vie courante.

En croisant les cartes de ces différentes aides (voir annexe II) , force est de constater que le quartier Flandre est par rapport au reste de l'arrondissement, un quartier où :

- la part relative de personnes bénéficiant de la carte Émeraude est la plus importante

- la part relative des personnes bénéficiant de la carte Paris à Domicile, est la plus importante
- la part des personnes bénéficiant de l'allocation Ville de Paris, est également la plus importante.

Le quartier Flandre est donc un quartier fortement marqué par la précarité et cette précarité touche également les personnes âgées.

1.3 - Un quartier prioritaire...mais pas pour les personnes âgées

1.3.1 - Vieillir à Paris

A Paris, la prise en charge des personnes âgées s'appuie d'abord sur le droit commun, c'est à dire au schéma gérontologique qui cadre le travail sur les personnes âgées à l'échelle parisienne.

Le département de Paris s'est doté, conformément à la loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, d'un schéma d'organisation sociale et médico-sociale pour les personnes âgées. Ce schéma gérontologique est un document prospectif, arrêté par le Président du Conseil Général pour une période de 5 ans. A Paris a été adopté un schéma de seconde génération, couvrant la période 2006-2011. La loi du 2 janvier 2002 fixe les objectifs suivants au schéma :

- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico sociaux de la population âgée
- dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante
- déterminer les perspectives et les objectifs en matière de services et d'équipements
- préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre services mentionnés
- définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

Le schéma gérontologique de Paris est un outil de connaissance puisqu'il fournit des données sur la situation des aînés à Paris. Il met en outre en place une programmation, organisée autour de plusieurs thèmes : mieux vivre sa retraite, accompagner le temps de la perte d'autonomie à domicile, et les lieux de vie alternatifs au domicile. Ces orientations sont déclinées en fiches action. Le schéma traite aussi bien de la question des loisirs, que de la santé ou du logement en situation de perte d'autonomie. Il veille à mettre en place une coordination d'acteurs.

Après la canicule de 2003, le vieillissement en ville s'est imposé comme thème de réflexion dans le débat public. Georges Cavallier identifie trois grands enjeux (3) :

Premièrement, les villes vont vieillir plus vite que l'ensemble du pays. En effet, les projections démographiques de l'INSEE laissent entrevoir une croissance du nombre des plus de 60 ans très différente selon les territoires : plus 30% dans les villes entre 2000 et

2015, contre seulement plus 5,5% pour l'ensemble du territoire pour cette classe d'âge. Les aires urbaines de 50 000 à 900 000 habitants sont celles qui connaîtront la plus forte augmentation de leur population senior. Cette croissance sera plus modérée dans les grandes métropoles et petites aires urbaines, tandis que les campagnes ne verront une augmentation

des plus de 60 ans que limitée.

Deuxièmement, de nouveaux besoins vont s'exprimer : les personnes âgées vont un jour constituer le quart de la population des villes. Les responsables de la gestion urbaine vont donc devoir faire évoluer leurs pratiques afin d'adapter leurs interventions aux attentes spécifiques de ce public, notamment en matière de transports, d'habitat ou de services.

Troisièmement, le défi de la mixité intergénérationnelle va se poser : le mélange des âges est un facteur important de cohésion sociale. Or, de plus en plus, la ville se fragmente. D'un point de vue générationnel, ce phénomène se traduit par un mouvement des plus âgés vers le centre pour se rapprocher des commodités, et d'autre part par un départ des ménages plus jeunes vers la périphérie, pour y trouver une maison individuelle avec jardin. Cette mixité générationnelle ne doit pas être pensée seulement en termes d'habitat, mais aussi dans les espaces publics.

1.3.2 - Un public absent des priorités politique de la ville

La question des personnes âgées touche aussi les zones urbaines sensibles (ZUS). En effet, d'après le premier rapport de l'observatoire national des ZUS, la part des personnes de 60 ans et plus est passée de 11,9% en 1990 à 14,2% en 1999 dans la population des ZUS (12).

Le vieillissement va donc réinterroger la manière dont les responsables de la gestion des villes agissent au quotidien. Ils vont devoir intégrer la dimension de l'âge dans leurs paramètres de décision. L'adaptation des transports, mais aussi le développement des services à la personne, vont devoir faire l'objet d'attentions particulières.

Ce constat se veut d'autant plus important pour les quartiers les plus défavorisés : l'habitat, qu'il s'agisse du parc privé ou public, vieillit et ne répond pas toujours aux exigences d'accessibilité pour des personnes à mobilité réduite. Les transports en commun y sont souvent peu développés, alors que l'activité commerciale s'y fait rare, ce qui complique les achats quotidiens. Les déplacements de personnes âgées sont parfois entravés par un sentiment d'insécurité plus présent dans ces quartiers. De plus, les personnes en situation de précarité sociale y sont plus nombreuses. Les personnes âgées concernées sont d'autant plus fragilisées. La santé comportant des déterminants sociaux importants, les personnes âgées des quartiers défavorisés sont susceptibles de souffrir plus fréquemment de pathologies que les autres. Fait d'autant plus problématique que leurs revenus sont bas, ce qui a un impact sur la prévention. Le recours à des services à domicile pose la question de la solvabilité de ces personnes, les aides sociales ne suffisant pas à couvrir toutes les dépenses.

Ces quartiers accueillent en outre une population migrante souvent proportionnellement plus nombreuse par rapport à la moyenne nationale. Or le vieillissement de ces personnes est particulièrement problématique, le passage à la retraite impliquant l'ouverture de droits souvent complexes, en lien avec des carrières souvent chaotiques. Les migrants âgés disposent majoritairement de revenus très modestes. Leur vieillissement en foyer de travailleurs migrants pose question, puisque leurs conditions de logement (chambre non individuelle) ne permet pas l'intimité nécessaire pour les soins (toilette) ou services à domicile. Pourtant, malgré ce constat, il s'avère que la situation des personnes âgées dans les quartiers en crise soit à ce jour encore peu mobilisatrice. Rappelons que le quartier Flandre comporte deux foyers de travailleurs migrants, gérés par l'AFTAM et l'ADOMA.

Dans leur article « Les vieux et la Politique de la ville », Ph. Pitaud, pose la question de la « *place – ou plus exactement de la non-place des personnes âgées dans la Politique de la ville* »(13). En effet, les approches transversales et territoriales entreprises pour améliorer la qualité de vie des habitants des quartiers en crise ont largement occulté cette part pourtant négligeable de la population. Les actions préconisées concernent souvent des thématiques qui n'intéressent que peu les personnes âgées. De fait, selon les auteurs, « *l'accent est mis sur les enfants, les jeunes, les femmes comme groupes cibles spécifiques laissant hors champs les personnes âgées pourtant membres à part entière du tissu social urbain* »(13).

Cause ou conséquence de l'exclusion des personnes âgées en tant que public de la Politique de la ville, ces dernières sont mal connues des responsables politiques et des acteurs. Des spécialistes posent la question suivante : « *Que sait-on concrètement, aujourd'hui, du vécu des personnes âgées dans les territoires prioritaires de la politique de la ville ? On présume de leur isolement dans les cités HLM, bien que quelques rares travaux montrent la force des liens familiaux et de sociabilité, de leurs craintes par rapport à une insécurité ambiante, mais ce sentiment d'insécurité n'est pas propre à cette catégorie d'habitants, de leurs problèmes de dépendances alors que les dépendants ne représentent qu'une infime minorité* »(14).

Ainsi, les personnes âgées dans les quartiers Politique de la ville restent un mystère pour les acteurs de terrain. Il faut dire que les indicateurs retenus pour analyser les quartiers difficiles ne sont généralement pas révélateurs des personnes âgées. On retient en effet plutôt les taux d'échec scolaire, les taux de délinquance des jeunes, les loyers impayés, les familles monoparentales, le chômage, etc. Les personnes âgées sont ainsi invisibles dans les statistiques.

1.4 - Les acteurs en présence

Au niveau de l'arrondissement, les principaux acteurs du « paysage » personnes âgées sont :

- **Le Paris Point Émeraude (PPE)** : Ses missions sont d'accueillir, informer, conseiller, orienter les Parisiens âgés et leur famille. Le Département de Paris a mis en place des Points Paris Émeraude sur l'ensemble du territoire parisien. Les PPE sont la version parisienne des Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC). Ils peuvent, par exemple, aider à trouver une aide à domicile, informer sur les droits, sur les clubs de loisirs et les associations de l'arrondissement, ou encore informer sur les maisons de retraite.
- **Le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP)** : Le CASVP peut aider les personnes âgées ou handicapées dans l'ouverture des droits aux aides municipales sous conditions (plafond de ressources, durée de présence à Paris...) ; l'accès à des établissements adaptés aux seniors et aux handicapés (clubs de loisirs, restaurants Émeraude, résidences) ; un relais vers les services sociaux de l'arrondissement ; une orientation vers les organismes sociaux compétents. Etc.
- **L'équipe de développement locale (EDL)** : L'équipe de développement local est conventionnée dans le cadre du contrat de ville 2000-2006 signé par l'État, la Ville de Paris, la Région Île-de-France et le fond d'action sociale. Ainsi son secteur d'intervention correspond au quartier dit "Politique de la Ville", soit dans le 19e, les quartiers Curial,

Cambrai, Alphonse Karr, Flandre, Riquet. L'EDL possède une mission de coordination et d'animation des quartiers qui se décline sur plusieurs axes : coordonner, animer et fédérer les différents intervenants autour d'objectifs définis dans le cadre des thématiques du Contrat de ville 2000–2006. En 2010, l'EDL a mené un travail de réflexion sur la thématique personnes âgées pour savoir si cette thématique devait rentrer dans les priorités des quartiers sous sa responsabilité. Après étude, l'EDL a décidé que les personnes âgées n'étaient pas une priorité.

- L'atelier Santé Ville : En 2011, selon les orientations validées par le comité de pilotage, l'Atelier Santé Ville développe deux thématiques : vie affective et santé sexuelle et santé psychosociales. Les personnes âgées ne font pas à proprement parler partie des thèmes de réflexion.
- **Les élus.** Le 19ème compte un élu à la santé et une élue aux personnes âgées

Au niveau du quartier Flandre, il n'y a pas d'acteurs spécialisés sur la thématique personnes âgées. Les acteurs sont tous à l'extérieur du quartier, dans une distance relativement proche :

- **Le Club Senior** : Géré par le CASVP, ce club propose des activités culturelles et de loisirs. Il est très proche du quartier Flandre.
- **Fondation Maison des Champs** : Cette fondation propose des activités culturelles et un service de soins à domicile. Elle est hors quartier.
- **Maison de la santé** : une maison de la santé ouvrira ses portes en septembre 2011 dans le quartier.
- Il n'y a pas sur ce quartier de résidence ou établissement spécialisés type EPHAD.

1.5 - Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette recherche-action est donc de réaliser un diagnostic participatif en identifiant, selon l'approche écologique, les facteurs favorables et défavorables au bien être des aînés dans le quartier Flandre (Paris) ; en vue de proposer un projet santé.

Le premier objectif spécifique est d'identifier les besoins des aînés auprès d'un public pluridisciplinaire (professionnels et élus) lors de 2 rencontres.

Le deuxième objectif spécifique est d'identifier chez les habitants du quartier les demandes selon l'approche écologique, à l'aide de deux outils complémentaires : la carte mentale et la marche exploratoire. Chaque outil servant à identifier soit les perceptions des habitants sur le quartier (carte mentale et entretiens semi directifs), soit l'accessibilité du quartier (marche exploratoire).

Enfin le troisième objectif spécifique est d'identifier les réponses, c'est à dire les pré-recommandations en vue de proposer un projet santé ciblant les personnes âgées, au sein de centres sociaux.

2 - Méthodes

2.1 - Présentation de la démarche

L'approche écologique mettant donc l'accent principalement sur les facteurs socio environnementaux et notamment sur la place de la participation sociale, il semblait ici intéressant d'utiliser cette approche pour un diagnostic destiné à un centre social. En effet, dans un centre social, par définition, la participation sociale est une condition *siné qua non* à la réussite de tous projets. Il est donc aussi essentiel que le diagnostic soit lui aussi participatif. Ce diagnostic participatif suit donc les grandes étapes de tout diagnostic : analyse des besoins, des demandes et des réponses en vue de proposer un projet.

L'identification des besoins s'est faite auprès d'un groupe de professionnels et d'élus lors de deux réunions de travail, entre janvier et mars 2011. Les personnes identifiées ont été contactées et rencontrées de façon individuelle, puis de façon collective en groupe de travail. La technique d'animation utilisée lors des réunions collectives était celle du métaplan.

L'identification de la demande s'est faite auprès d'un échantillon de 27 personnes. Les critères d'inclusion étaient : habiter les quartiers Cambrai ou Riquet et être âgé de 60 ans et plus. La constitution de l'échantillon a constitué une méthodologie spécifique expliquée ci dessous.

L'identification des réponses, c'est-à-dire les pré-recommandations pour la mise en place d'un projet ciblant les personnes âgées sur le quartier, se fera lors d'une réunion de restitution des principaux résultats en juin 2011.

2.1.1 - Participation sociale et santé des personnes âgées

Qu'est ce que la participation sociale ? La participation sociale est une notion polysémique, qui recoupe une impressionnante variété de définitions et d'applications. Selon la revue de littérature entreprise par l'Institut national de santé publique du Québec, la définition de la participation sociale recoupe quatre grandes familles sémantiques (15).

- **Le Fonctionnement dans la vie quotidienne** : participer socialement implique de pouvoir accomplir ses activités quotidiennes (s'alimenter, communiquer, etc.) et jouer ses rôles sociaux (s'éduquer, élever ses enfants, travailler, etc.).
- **Les Interactions sociales** : participer socialement se réalise dans des situations d'interactions sociales, qui peuvent prendre la forme de visites à des amis ou d'activités hors du domicile.
- **Le réseau social** : participer socialement suppose de faire partie d'un réseau d'interrelations présentant un minimum de stabilité et de réciprocité, comme dans le cas des relations d'amitié et de voisinage.
- **Une vie associative structurée** : participer socialement signifie prendre part à une activité à caractère social réalisée dans une organisation dont le nom et les objectifs sont explicites, comme faire du bénévolat dans un organisme communautaire, participer aux activités d'un Centre Social, d'un centre de jour ou s'impliquer dans un groupe de défense des droits des aînés.

Une fois cette définition posée, quel est le lien entre participation sociale et santé des personnes âgées ? La participation sociale est un déterminant important d'un vieillissement en santé (15). Plusieurs études montrent les effets positifs de la participation sociale sur la santé et le bien-être des aînés. La participation sociale offre des possibilités de donner du sens à sa vie, de développer des appartenances et d'exercer un rôle social à une étape de la vie – la vieillesse – marquée par plusieurs changements et pertes. Les nombreux facteurs influençant la participation sociale des aînés peuvent être classifiés en trois catégories :

- facteurs socio démographiques : âge, sexe, niveau de scolarité, statut civil;
- facteurs personnels : revenus, état de santé, emploi et retraite, expériences de vie, motivations;
- facteurs environnementaux : accessibilité, représentations culturelles, attitudes des professionnels.

Certains de ces facteurs, telle l'accessibilité des lieux de participation, peuvent être modifiés afin de favoriser la participation sociale des aînés. Il est d'autres facteurs, comme l'âge et le sexe, sur lesquels on ne peut agir, et qui doivent également être pris en compte si l'on veut concevoir des interventions mieux adaptées. La participation sociale est ici un processus.

2.1.2 - La question des personnes silencieuses

La principale difficulté rencontrée lors de la constitution de cet échantillon était de savoir comment prendre en compte l'avis des personnes silencieuses. En effet, l'une des limites communément citées aux diagnostics participatifs, est qu'ils ne prennent en compte l'avis que de ceux qui veulent bien participer. Or, qu'en est il de ceux qui ne participent pas ou peu, c'est à dire ceux qu'on appelle les « habitants silencieux » ? L'expression « habitants silencieux » (16) désigne les habitants qui ne sont pas entendus ni connus des structures publiques ou des associations et institutions et qui sont susceptibles d'avoir des difficultés d'accès à la santé (accès aux soins, droits, etc).

La question s'est donc posée dans la constitution de l'échantillon des habitants de comment contacter les personnes silencieuses. Un échantillon de convenance a été constitué avec recrutement des personnes par boule de neige et bouche à oreille. A partir de la définition ci dessus, les personnes potentiellement silencieuses étaient contactées par différents réseaux :

- le réseau du voisinage, constitué des habitants et voisins ayant déjà pré-identifié dans leur immeuble une personne potentiellement silencieuse.
- Le réseau des gardiens d'immeuble, connaissant bien les habitants de leur immeuble et ayant aussi déjà pré-identifié dans leur immeuble une personne potentiellement silencieuse.
- Le réseau des professionnels du Paris Point Emeraude, connaissant les personnes potentiellement silencieuses du quartier.

2.1.3 - Identifier la demande : le choix des outils

Pour identifier la demande des personnes âgées selon l'approche écologique, deux outils ont été sélectionnés : la carte mentale et la marche exploratoire.

La carte mentale ou « sketch map » est la représentation graphique qu'une personne produit

d'un espace à quelque échelle que ce soit (17). Cet outil, encore peu utilisé en santé publique, est particulièrement adapté pour identifier la « géographie de la perception », c'est à dire l'étude des espaces de vie intégrant la notion d'espace vécu fait de représentations et de perceptions. Il permet de représenter graphiquement l'espace vécu, suffisamment connu et fréquenté pour être représenté de mémoire (18). Dans la présente étude, il a semblé intéressant d'utiliser cet outil pour identifier auprès d'un échantillon représentatif des personnes âgées du quartier Flandre, la perception générale qu'ont ces dernières du quartier. La carte mentale est ici complétée par un entretien semi directif.

La « marche communautaire » également appelée ou « marche exploratoire », « diagnostic en marchant » ou « arpentage » est un outil traditionnellement associé aux outils participatifs. Lancé après l'Assemblée Mondiale des citoyens (19), la marche exploratoire consiste à arpenter un quartier avec ses différents acteurs (habitants, professionnelle, élus) pour mettre en relief les points faibles et les points forts de l'environnement et élaborer des propositions. C'est un outil de « reconnaissance mutuelle des expertise de chacun » (19). En général, les participants observent ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans leur environnement et échangent sur les pistes de solution.

Ici, l'observation des participants s'est faite selon une partie de la grille de l'OMS « ville amie des aînés » (20). Élaboré en 2007, ce guide a pour objectif « d'inciter les villes à mieux s'adapter aux besoins des aînés de façon à exploiter le potentiel que représentent les personnes âgées pour l'humanité. ». Pour comprendre ce qui caractérise une ville accueillante pour les aînés, il est indispensable de remonter à la source, à savoir les citoyens âgés eux-mêmes. Travaillant avec des groupes répartis dans 33 villes de toutes les régions du monde, l'OMS a invité les personnes âgées des groupes de discussion à décrire les avantages qu'elles retirent et les obstacles auxquels elles se heurtent dans huit domaines de la vie urbaine. Dans la plupart des villes, les rapports des aînés ont été complétés par les données issues des groupes de discussion constitués d'aidants et de prestataires de soins des secteurs public, associatif et privé. Les résultats obtenus ont permis d'établir une grille ou « feuilles de route » des dispositifs fondamentaux des villes-amies des aînés concernant huit thématiques : espaces extérieurs et bâtiments, transports, logement, participation sociale, respect inclusion sociale, participation citoyenne et emploi, communication et renseignements, services de soutien communautaires et de santé. Dans la présente marche exploratoire, n'a été retenu que le critère « espaces extérieurs et bâtiments ».

2.2 - Recueil des données

Le recueil des données des besoins s'est fait lors de deux réunions de travail en janvier et mars 2011. Le recueil de données de la demande s'est fait de janvier à avril 2011.

2.2.1 - Le recueil des données :carte mentale et entretiens

Le recueil des données des demandes des habitants, s'est fait lors de rencontres individuelles et collectives. Les rencontres individuelles se faisaient à l'aide d'un entretien anonyme semi-dirigé (voir annexe V), où leur était demandé les informations relatives à leur caractéristiques socio-démographiques : sexe, âge, quartier de rattachement, date d'arrivée dans le quartier, nationalité, dernier métier exercé, retraité ou pas, perception d'une allocation spécifique

personne âgée (ASPA, ou autre).

A ce stade de l'entretien, il était alors proposé aux répondants de produire une carte mentale, la consigne étant : « Pourriez-vous à présent me dessiner votre quartier en montrant jusqu'où vous aller dans votre quartier, puis en montrant les endroits où vous aimez aller et où vous n'aimez pas aller. ». Étaient mis à leur disposition une feuille blanche A4, ainsi que trois feutres de trois couleurs différentes, le vert exprimant « j'aime » ; le rouge « je n'aime pas » ; le orange : je n'aime ni n'aime pas ; ainsi qu'un crayon.

A l'issue de la production de cette carte, d'autres questions leur étaient posées relatives à leur perception du quartier, du centre social ainsi que des questions relatives à leur mobilité et participation sociale. Si une personne ne pouvait ou ne voulait réaliser la carte mentale, il lui était proposé de continuer néanmoins l'entretien.

Ainsi, pour évaluer la perception générale de leur quartier, il leur était demandé de noter leur quartier selon l'échelle analogique de 1 à 10, avec 1 = j'y vis mal et 10 = j'y vis bien.

Des questions relatives à la connaissance du Centre Social (connaissance, accessibilité, etc) étaient aussi posées, ainsi que des questions relatives aux futures activités et projets susceptibles d'intéresser les personnes âgées et que le centre social pourrait mener.

Pour évaluer leur mobilité, il était demandé aux personnes combien de fois par jour (ou par semaine) elles sortaient et pour quelle destination. Selon la définition des différents niveaux de participations sociales (15) et les autres études évaluant le lien entre participation sociale et santé (25), étaient distingués les sorties pour le premier cercle de vie sociale (fonctionnement de la vie quotidienne, « s'alimenter », par exemple), le deuxième (interactions sociales : amis, voisins, famille) et le troisième (vie associative structurée : clubs, centre social).

L'entretien individuel comporte donc deux parties complémentaires : les caractéristiques socio démographiques, la carte mentale – l'entretien.

2.2.2 - Le recueil des données de la marche communautaire

Le recueil des données de la marche communautaire s'est fait comme suit. Deux trajets types ont été déterminés au sein du quartier Cambrai. Ces trajets croisaient plusieurs paramètres :

- la présence des lieux ressources pour les personnes âgées, identifiés lors des réunion de groupe de travail et notamment la présence du « Club Senior Flandre »
- l'identification, grâce aux cartes mentales, d'itinéraires favorables (où les personnes aimaient aller) et d'itinéraires défavorables (où les personnes n'aimaient pas aller)
- l'identification des lieux ressources les plus cités dans les cartes et entretiens.

Il était ensuite demandé aux participants des marches d'analyser les deux trajets selon la grille de l'OMS, « Ville amie des aînés ». Les critères retenus sont la connaissance des structures, la fréquentation des structures, l'accessibilité. Pour chaque structure rencontrées, il était donc demandé aux participants s'ils connaissaient ce lieu, s'ils le fréquentaient, si ce dernier était bien indiqué, si ce dernier était facilement accessible, si ce dernier était loin de chez eux, si la présence d'espace verts, de bancs était constatée, si les trottoirs étaient adaptés aux personnes âgés, si la sécurité et la propreté étaient assurées. Une échelle d'appréciation allant de « pas du

tout d'accord » (– –) à « tout à fait d'accord »(+ +) servait à échelonner les affirmations.

La distance et le temps moyen mis par une personne âgée pour aller de son domicile à un lieu ressource ont aussi été mesurés grâce à des podomètres calculant le nombre de pas parcourus et le temps mis. La distance a été vérifiée par le logiciel de cartographie googlemap.

2.3 - Exploitation des données

Les données « cartes mentales/entretiens » ont été exploitées par une grille scorée, sous Excel.

2.3.1 - Exploitation des données : carte mentale et entretiens

Les données des cartes mentales et de l'entretien ont été exploitées dans une même grille qui reprend les différents critères décrits par Brigitte Nader dans sa thèse sur les cartes mentales (22 ; 23). La présence du critère était noté 1, l'absence était notée 0. Plus la personne avait de critères présents, plus son score était élevé. Ici les critères retenus étaient (voir annexe VI) :

- le nombre de lieux ressources représentés sur la carte (au moins 2, au moins 4, au moins 6, au moins 10, au moins 20, au moins 30)
- la mobilité : présence de flèches allant hors du quartier ; la personne peut se déplacer seule de façon autonome ; le nombre de sorties par jour ou par semaine (au moins 1 à 3 par semaine, au moins 1 jour, au moins jour, 3 et plus par jour.
- le type de lieux représentés spontanément sur la carte (commerces ; services médico sociaux dont pharmaciens, médecins, kiné ; transports, dont bus, métro ; logement, dont maison ; lieux de culture, dont musées, cinéma, etc ; lieux de culte, dont église et mosquée ; lieux récréatifs dont lieux de sport (piscine), loisirs (boulodrome, parcs, square) ; la présence du centre social.
- l'échelle représentée : petite échelle ou grande échelle
- le nombre de rues représentées et la présence du nom des rues
- les sorties liées à la vie sociale : amis, famille, voisins, vie associative, etc
- la connaissance du centre social.

Une fois exclus les répondants ayant passé l'entretien mais n'ayant pas réalisé de carte mentale, la liste des scores des répondants (n=22) a également été divisée en quatre quartiles, calculés à l'aide de la fonction statistique/quartile, qui nous ont permis de déterminer quatre groupes homogènes, soit quatre profils différents de répondants. Le score maximum était de 35.

2.3.2 - Exploitation des données de la marche communautaire

Les données recueillies lors des deux trajets de la marche communautaire via la grille « ville amie des aînés » ont été converties en note de 0 à 4 : l'appréciation – correspondant à 0 et l'appréciation ++ correspondant à 4. Pour chaque répondant, de chaque trajet, le score total de chaque affirmation pour chaque lieu a ensuite été converti en note sur 10, avec 10 très facile d'accès et 0 très difficile d'accès. Soit par exemple pour l'affirmation « le lieu est il facile d'accès », la note correspondante de 8/10, signifiant « très facile d'accès ». Pour chaque lieu rencontrés lors des deux trajets, une note moyenne a donc ensuite été calculée.

3 - Résultats

3.1 - Besoins identifiés par le groupe de travail

L'identification et la tenue des réunions de travail s'est tenue entre janvier et mars 2011.

3.1.1 - Identification, mobilisation des partenaires

L'identification des professionnels de la santé pouvant constitué le groupe de travail « Bien-être des personnes âgées du quartier Flandre » s'est faite à partir du travail mené par l'Equipe de Développement Local du 19ème arrondissement de Paris entre mars 2010 et mars 2011. (25)

La composition de ce groupe de travail a veillé à être mixte, c'est à dire à associer des élus et des professionnels et notamment des professionnels du champs médico-social, ancrés au niveau du quartier ou au niveau de l'arrondissement.

Sur les 27 personnes identifiées, toutes ont été contactées, 25 ont été rencontrées et 15 ont participé à au moins une des deux réunions du groupe de travail, soit un taux de participation de 55%. Il est à noter que la participation des professionnels et des élus du champs social est supérieur à celle du champs médical : 76% (n=2) contre 27% (n=3). (voir annexe III.)

En effet, lors des entretiens individuels avec les professionnels du champs médical, ces derniers se sont montrés intéressés, mais peu impliqués, ne voyant pas l'intérêt d'un tel diagnostic dans leur pratique quotidienne.

3.1.2 - Présentation de la méthode et validation

Lors d'une première réunion, le diagnostic et sa méthodologie ont été présentés au groupe de travail. Les objectifs étaient d'informer les professionnels et acteurs du champs médico-social de la volonté d'Espace 19 de proposer des actions visant les personnes âgées ; de présenter la méthodologie et si besoin de valider la grille d'entretien.

Les acteurs présents ont montré leur enthousiasme pour ce diagnostic et cette méthodologie. Trois commentaires ont été apportés à la grille d'entretien. Ces commentaires concernaient :

- **L'âge.** Il a été remarqué que si les personnes âgées connaissent toutes leur date de naissance, elles ne connaissent pas forcément leur âge, ou pouvaient exprimer des difficultés à calculer leur âge à partir de leur date de naissance. Une modification en ce sens a été apportée à la grille d'entretien (question 4). Si la personne interrogée donnait sa date de naissance, il fallait donc ensuite lui demander son âge précisément.
- **L'identification des personnes silencieuses.** Trois professionnels (Directeur Paris Point Émeraude, responsable de la maison de la santé, responsable de suivi social, bailleur 3F) ont souligné l'importance de prendre en compte les personnes silencieuses. Importance qui sera à nouveau soulignée et reprise lors de la deuxième réunion de travail. Il a été proposé aux représentants des bailleurs sociaux de nous aider à identifier ces personnes silencieuses, notamment grâce à l'aide des gardiens d'immeuble. Une modification à la question 18 a été apportée. En effet, il a semblé peu probable qu'une personne silencieuse puisse répondre à la question « à quelles activités souhaiteriez-vous participer ? ». Si le répondant ne pouvait pas répondre à la question, la question devait être reformulée en « qu'est ce qui vous ferait plaisir ? Pour quoi viendriez vous au centre social ? ».

- **Les praxis constructives.** La responsable personnes âgées du réseau de santé Paris-Nord, a fait remarquer que dans le test de référence du dépistage des démences, mini-mental state (MMS) (23), il était demandé au patient de recopier un dessin représentant deux figures imbriquées (voir illustration 3). Ce test pourrait donc être utilisé en amont de la carte mentale pour savoir si la personne est en capacité de réaliser une carte. Parce qu'il ne figurait dans aucune étude sur les cartes mentales, ce test n'a pas été ajouté au questionnaire.

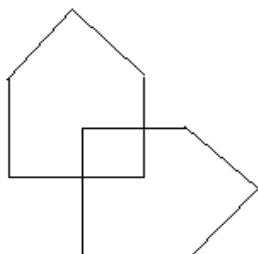


Illustration 3: Test MMS : Mini Mental State, pour l'évaluation cognitive du sujet âgé, praxies constructives.

3.1.3 - Synthèse des besoins selon le groupe de travail

Une seconde réunion du groupe de travail s'est tenue le 4 mars 2011 dans les locaux de l'association. Cette réunion avait pour but de recenser et d'analyser les facteurs favorables et défavorables au bien-être des personnes âgées dans le quartier Flandre, en vue d'identifier les freins et les leviers d'une action prochaine menée par Espace 19

Après un rappel de l'objectif de cette réunion et un tour de table, la réunion s'est déroulée avec la technique d'animation du méta-plan. Les participants devaient sur une première série de trois post it, noter tous les facteurs favorables au bien-être des personnes âgées. Puis sur une deuxième série de trois post it, noter tous les facteurs défavorables. Les résultats étaient ensuite affichés et commentés par l'ensemble du groupe.

Premier constat : le nombre important de facteurs défavorables, versus facteurs favorables. En effet, 7 facteurs favorables ont été constatés, contre 14 facteurs défavorables. (voir annexe IV, tableau récapitulatif)

Les facteurs défavorables ou freins, s'articulent autour de trois problématiques :

- L'accessibilité
- La méconnaissance de l'offre de services
- la perception du quartier

– Les personnes âgées inégales face à l'accessibilité

Si à partir de 60 ans, on entre dans la catégorie personne âgée, il y a une très grande différence au sein des personnes âgées entre celles qui peuvent se déplacer seule, de façon autonome et celles qui ne le peuvent plus. L'accessibilité dépend d'abord et avant tout de l'autonomie dans la mobilité de la personne. Ainsi, pour une personne pouvant se déplacer de façon autonome, les commerces

sont donc accessibles. Pour une personne en perte d'autonomie, les commerces ne sont plus de proximité.

Si le quartier Flandre est un quartier très commerçant, les commerces sont cependant cantonnés à certains axes (avenue de Flandre). Il existe donc dans le quartier des véritables « poches » ou « enclaves » qui sont très isolées des axes commerciaux et ce, même pour les personnes autonomes dans leur mobilité et sans problèmes particuliers liés à la marche. Le portage des courses à domicile existe, mais il peut renforcer l'isolement de la personne.

Si à Paris et dans le quartier Flandre, les transports en commun sont nombreux (3 arrêts de métro, 3 lignes de bus et le bus « la traverse »), ces transports semblent peu adaptés aux personnes âgées, notamment celles ayant des problèmes d'arthrose, pour qui le métro (trop d'escaliers) ou le bus (marche à la descente) deviennent impossibles.

«- le bus La Traverse délaisse complètement la cité Michelet

- il est très difficile de se rendre à la porte d'Aubervilliers

- le métro n'est pas adapté aux personnes âgées : marches trop dangereuses

- les bus (60 et 54) ne sont pas adaptés car ils sont surchargés (pas de places assises), et la descente peut poser un problème. »

Ici aussi, certaines zones ou poches sont délaissées par les transports en commun, notamment le quartier Curial-Cambrai. Certes, il existe un service d'accompagnement aux personnes à mobilité réduite pour se rendre aux services de proximité, mais il est réservé aux personnes ayant entre 1 et 4 sur la grille AGGIR.

- Une offre de services importante mais très peu connue sur le quartier

A Paris et dans le 19ème arrondissement, il existe une large offre de services, recouvrant :

- les services et soins à domicile, SSIAD, SPASSAD, PAM, etc.

- Les associations spécialisées, carrefour des solidarités (fondation maison des champs) et l'association Petits Frères des pauvres (visites à domicile)

- Le Point Paris Émeraude, structure de référence pour l'information et l'orientation des personnes âgées

- Le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (le club Senior Flandre et restaurant Émeraude)

Cependant, aucune de ces offres n'est au sein du quartier Flandre. De plus les professionnels sont peu informés de ces offres. Ainsi l'intérêt de constituer un groupe de travail pluridisciplinaire s'est révélé lors de l'abord de cette problématique. En effet, il s'est avéré que d'un champ à l'autre, les professionnels ne connaissent que très rarement l'offre disponible. Ainsi, les professionnels du champ médical connaissent les offres médicales mais pas les offres sociales et inversement les professionnels du champ social se sont avérés peu informés des offres médicales.

- La vie et la perception du quartier

Pour certains professionnels, le quartier serait un véritable frein. Certaines associations (petits frères des pauvres refusant parfois de se rendre dans le quartier).

Cependant, les personnes âgées sont bien intégrées dans le quartier. Généralement, elles y vivent depuis très longtemps. Les familles sont souvent arrivées à la création des grands ensembles

(années 1970–80) et, après le départ des enfants, les personnes vieillissantes sont restées dans leurs grands logements. Les bailleurs sociaux confirment d'ailleurs que les personnes âgées vivent seules dans de grands appartements. Ils souhaiteraient organiser des échanges d'appartement entre locataires vivant seul dans un grand appartement et familles nombreuses vivant dans un petit appartement, mais à ce jour ce système d'échange marche peu ou mal. Il est très difficile pour une personne âgée de quitter son logement. De plus, financièrement, l'offre n'est pas avantageuse pour les retraités.

– Personnes isolées, personnes invisibles ?

La paupérisation est une réalité sur le quartier. Les services sociaux témoignent des difficultés croissantes qu'elles rencontrent tous les jours : « depuis 2 ans, je vois de plus en plus de personnes âgées qui doivent faire le choix entre « je paie mon loyer » ou « Je me soigne ».

L'isolement recoupe plusieurs réalités. C'est l'isolement physique bien sûr, mais aussi l'isolement social, psychique. Selon les professionnels il y aurait une montée en puissance des problèmes psychiques des personnes âgées sur le quartier, avec une croissance des syndromes de Diogène ou de démence installée.

Comme l'a souligné le responsable de la maison de la santé, les professionnels se sentent impuissants face à cette problématique : « les problèmes sont d'autant plus importants qu'ils touchent souvent des personnes dites « invisibles ». La situation se dégrade sans que personne ne le constate, sans système de solidarité informelle, alors quand le repérage de ces personnes se fait (par les aides sociales, les bailleurs, les voisins, l'hôpital, etc) pour par exemple déclencher des actions, ou quand elles viennent me voir, il est déjà trop tard...C'est-à-dire que la personne est déjà dans un processus d'isolement et de déni qui fera qu'elle refusera les différentes aides possibles (visites à domicile, ménage) car elles seront vues comme intrusives. » De plus, ceci coïncide à un désengagement de la prise en charge des aides à domicile : les aides se font de plus en plus tard.

– Le cas particulier des personnes de 60 et plus allocataires du RSA

Un grand nombre d'allocataires du RSA n'ont pas cumulé assez de trimestre de travail pour pouvoir prétendre à percevoir leur retraite à taux plein à 62 ans. Ils vont percevoir le RSA jusqu'à 67 ans, âge où ils pourront percevoir leur retraite à taux plein. Ces familles ne perçoivent plus les allocations familiales et l'allocation logement pour leurs grands enfants. Elles vivent avec un budget minimum (404€ pour une personne seule) et ne peuvent pas prétendre aux aides de la ville de Paris réservées aux personnes retraitées. Du fait de cette précarité la prévention santé et l'accès aux soins sont limités. Beaucoup souffrent de perte de lien social.

Les axes de travail dégagés sont donc :

- mieux connaître et faire connaître l'offre des services**
- prendre en compte l'accessibilité des structures, en :**
 - adaptant l'offre aux personnes âgées en voie de perte d'autonomie**
 - proposant plus d'actions spécifiques aux PA dans le quartier**
- repérer les personnes silencieuses**

Ces derniers axes ont été validés par le groupe dans le compte-rendu de cette réunion.

3.2 - Demandes identifiées par les habitants

Pour identifier la demande, deux outils ont été utilisés : l'entretien semi directif accompagné de la carte mentale ; et la marche communautaire.

3.2.1 - Recrutement et caractéristiques socio démographiques

34 personnes ont été contactées pour participer aux entretiens semi-directifs. Sur ces 34 personnes, 28 ont accepté de répondre au moins à l'entretien semi-directif, soit un taux d'acceptation de 82%. Parmi les personnes ayant refusé de répondre, se trouve une forte proportion d'hommes (4 sur 6), la cause principale invoquée du refus étant « le manque de temps ».

Concernant le recrutement de l'échantillon, 13 personnes ont été contactées et recrutées par le réseau des relais associatifs du quartier (dont Espace 19 et le Club Senior Flandre) et 15 par le réseau du voisinage. Parmi ces 15 personnes, 10 personnes ont été recrutées par les voisins directs, 3 par le Point Paris Émeraude et 2 par les gardiens d'immeuble.

Concernant les caractéristiques socio démographiques des répondants, 100% (n=28) des répondants sont retraités, 50 % (n=14) habitant le quartier Cambrai et 50 % (n=14) le quartier Riquet. Les personnes interrogées habitent le quartier depuis 27 ans en moyenne.

L'âge moyen des répondants est de 71,8 ans, avec 20 personnes appartenant à la tranche 60-74 ans et 8 personnes appartenant à la tranche 75 ans et plus. Cette répartition correspond au sexe ratio du quartier Flandre, puisque les femmes représentent 70 % des 60-74 ans et les hommes 30% (11).

68% (n=19) sont de nationalité française, les autres personnes étant de nationalité algérienne (n=2), marocaine(n=2), tunisienne (n=1), sénégalaise (n=2), cambodgienne (n=1) ou comorienne (n=1).

36% des répondants (n=10) ont exercé des fonctions de cadre. Les autres répondants ayant exercé majoritairement des fonctions d'employés ou d'ouvriers (n= 18).

La très grande majorité (78 % avec n=22) des répondants vit seule dans son logement. Seulement 5 personnes, soit 18%, reçoivent une aide spécifique aux personnes âgées. On entend par aide spécifique l'ASPA ou l'aide à domicile (ici l'aide ménagère, la toilette, les courses, les soins), possible à partir de 4 sur la grille AGGIR. Est exclu, l'accès à la carte de transport gratuite Émeraude, le plafond étant trop élevé.

3.2.2 - Résultats de la carte mentale et entretiens semi directifs

3.2.2.1 - Identification de 4 profils

Sur les 28 personnes ayant répondu à l'entretien semi-directif, 22, soit 78%, ont pu répondre aux questions de l'entretien ET réaliser une carte mentale selon la consigne demandée.

Les causes principales du non respect de la consigne sont :

- le répondant ne peut pas réaliser une carte (ne peut pas tenir un stylo pour problèmes d'arthrose ou ne sait pas écrire)
- le répondant ne veut pas réaliser une carte

– autre : cause non exprimée

En effet, parmi les personnes n'ayant pas pu réaliser une carte, deux personnes ont déclaré ne pas savoir écrire et une avoir des problèmes à tenir un stylo (problème d'arthrose). Les autres personnes n'ont pas donné de raison au refus.

Sur les 28 répondants, 23 ont donné une note sur 10 à leur quartier, 1 signifiant, « j'y vis très mal » et 10 signifiant j'y vis très bien. Les personnes n'ayant pas donné de note ont signifié ne pas comprendre la question ou ne pas savoir quoi répondre. La note moyenne est de 6,3 avec des notes allant de 3 à 10. L'écart type est de 2,18. L'illustration 4 représente le nuage de points de la répartition des notes.

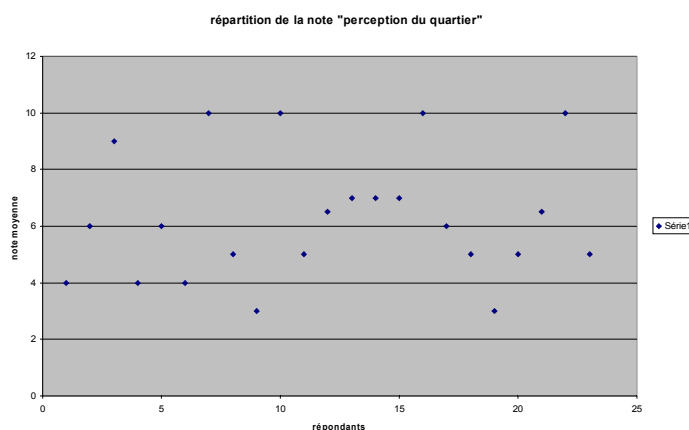


Illustration 4: nuage de points de la note perception du quartier

A partir de la grille scorée des 22 personnes ayant répondu à l'entretien et ayant produit une carte mentale, quatre quartiles ont été calculés, afin de déterminer quatre profils de répondants différents. La répartition en fonction des profils est résumée dans le tableau 1.

3.2.2.1.1 - Profils 1 à 2 : rétrécissement spatial et social

Le premier profil correspond aux personnes ayant un score inférieur ou égal à 16,5. Il est composé de 6 personnes.

Représentation de l'espace :

La principale caractéristique des cartes du profil 1 est une représentation de l'espace et de l'environnement très **rétrécie**. (voir illustration 5). En effet, la carte des profils 1 est toujours à très grande échelle, c'est à dire qu'elle représente un très petit territoire, ici une fraction d'îlot.

Les répondants ont tous un très faible **nombre de ressources** ou équipement représentés (de 2 à 4). Le **nombre de rues** représentées est également faible (de 0 à 4). Le nom des rues n'est pas systématiquement écrit. Le centre social n'est pas représenté spontanément.

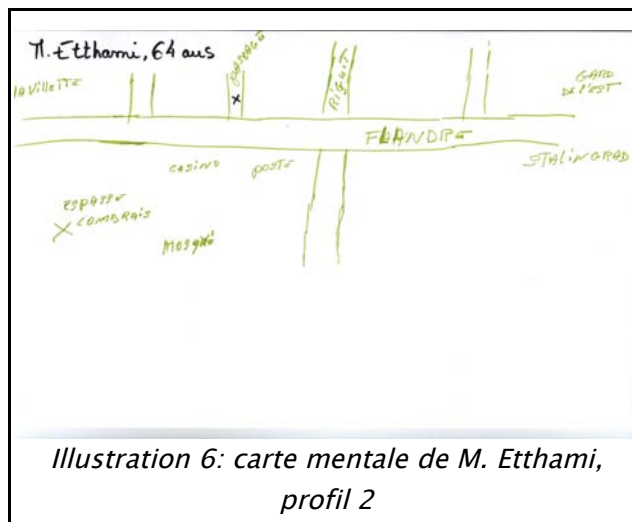
Deux types de ressources ou équipements sont généralement représentés : le logement et le commerce d'alimentation de proximité (supermarché). Aucun des répondants du profil 1 n'a mentionné de lieux culturels ou sportifs.

Mobilité :

L'autre caractéristique majeure est la **faible mobilité** (trois des répondantes n'étant pas autonomes dans leur déplacements).

Le **nombre de sorties** est donc très limité, toutes ne sortant pas tous les jours. Les sorties autres

Le **nombre de ressources** représenté reste faible (au moins 6). Le **nombre de rues** est aussi faible (généralement de 4). Le nom des rues n'est pas systématiquement écrit, 2 répondant n'ayant pas écrit le nom des rues. Les **types de ressources** représentés restent peu variés (même si plus variés que pour le profil 1) : commerces, services publics, transports.



Mobilité

Si tous les participants sont autonomes dans leur mobilité, leur nombre de sorties par jour reste limité, comparativement à leur mobilité (jusqu'à 2 par jour). Aucune personne ne mentionne de flèches sortant du quartier. Si certains mentionnent des sorties culturelles ou pour des lieux de cultes (mosquée) aucun ne mentionne de sorties dans des lieux récréatifs (parcs, squares).

Orientation

Ici aussi, il est à noter que deux répondants n'ont pas respecté **l'orientation** géographique du quartier. Ces deux répondants ont montré des difficultés à écrire.

Concernant les caractéristiques socio démographiques des répondants, type profil 2, on constate que sur 5 personnes, 2 sont des hommes. La moyenne d'âge est de 67 ans. 2 personnes sont de nationalité française, les autres étant marocain, algérien ou sénégalais. Une seule personne ne vit pas seule dans son logement. Aucune personne ne perçoit d'aides spécifiques aux personnes âgées. Sur les 5 personnes, 4 ont pu donner une note de perception du quartier, dont la moyenne est de 8 sur 10.

Sur les 5 personnes, 3 connaissaient le centre social et étaient déjà venues pour le service d'écrivain public (aide au remplissage de documents administratifs). A la question « pour quelles activités ou quelle raison aimeriez-vous venir au centre social? », 3 des répondants (hommes) ont mentionné qu'ils voulaient d'abord « rester tranquille » sans faire d'histoire. Puis après réflexion, ils ont proposer « des bancs pour discuter au soleil », « rencontrer des gens ». Les autres répondants (femmes) ont mentionné des activités telles que le tricot ou la peinture sur soie.

3.2.2.1.2 - Profils 3 à 4 : expansion et opportunités

Le troisième profil correspond aux personnes ayant réalisé un score allant de de 21 à 28,5. Il est composé de 5 personnes.

Représentation de l'espace. La caractéristique principale des cartes de profils 3 est de représenter **un espace et un environnement élargi** (voir illustration 7). En effet, toutes les cartes de profil 3 sont à petite échelle, c'est à dire qu'elles représentent un environnement qui représente généralement au moins le quartier Flandre.

Le **nombre de ressources** représenté est élevé (jusqu'à 9). Le **nombre de rues** représenté est également élevé (jusqu'à 5) ; Les types de ressources représentées sont nombreux et variés : commerces, logements, services publics et services médico sociaux. Toutes les personnes du

Représentation de l'espace. Comme le profil 3, la caractéristique principale des cartes de profils 4 est de représenter un espace et un environnement élargi, voire en **expansion** (voir illustration 8). Toutes les cartes de profil 4 sont à très petite échelle, c'est à dire qu'elles représentent un environnement qui va au delà du quartier Flandre. Le **nombre de ressources** représenté est très élevé (jusqu'à 36 !). Le **nombre de rues** représenté est également très élevé (au moins 5). Le nom des rues est systématiquement cité. Les **types de ressources** représentées sont très variés : les cartes représentent les commerces, les logements, les services publics, les services médico-sociaux. Toutes les personnes du profil 4 ont mentionné des **lieux culturels ET des lieux récréatifs et sportifs**. Seules les personnes de profil 4 ont d'ailleurs mentionné des activités sportives. La présence des lieux culturels, récréatifs et sportifs et du centre social est une caractéristique majeure et déterminante du profil 4.

Profils et quartiles	Nbs de personnes	Principales caractéristiques	Âge moyen	CSP	Perception : note moyenne	Intérêt d'aller au centre social ?
Q1 ($<16,25$)	6	Représentation de l'espace très rétrécie ; très faible nombre de ressources (<4) ; deux types de ressources (logement, supermarché) ; très faible mobilité ; problème d'orientation ; une cause principale de sorties (course).	79,1	4 employés et 2 cadres	4,8	« être ensemble », « rencontrer du monde »
Q2 ($16,25 < Q2 < 20,5$)	5	Représentation de l'espace rétrécie ; nombre de ressources représentées <6 ; 4 types de ressources représentées ; faible mobilité ; problème d'orientation ; plusieurs causes de sorties	67	2 cadres 4 employés	8,1 (n=4)	« rester tranquilles » « rencontrer des gens » ; jeux
Q3 ($20,5 < Q3 < 28,5$)	5	Représentation de l'espace élargi, nombre important de ressources représentées (<9) ; nombre de rues représentées important (5), grande variété de types de ressources (5) ; les transports et lieux culturels sont mentionnés. Connaissance d'au moins une activité du centre social	70,8	3 cadres 2 employés	7	Nombreuses propositions d'activités : jeux de société, sorties culturelles, tricot, etc.
Q4 ($28,5 < Q4 < 35$)	6	Représentation de l'espace en expansion ; nombre très important de ressources (jusqu'à 36) ; nombre très important de rues (plus de 5) ; très grande variété de ressources ; transports lieux culturels, récréatifs et sportifs mentionnés ; très bonne connaissance du centre social ;	67,3	4 employés 2 cadres	6,5	Très nombreuses activités proposées, dont des actions de santé (prévention des chutes, mémoire, alimentation)

Tableau 1: Récapitulatifs des grandes caractéristiques par profils

3.2.3 - Résultats de la marche communautaire

Le second outil utilisé pour identifier la demande des habitants est la marche communautaire. La marche communautaire a eu lieu le 30 mars 2011. Toutes les personnes recrutées lors des entretiens et habitant le quartier Cambrai ont été informées et invitées à la marche communautaire, soit 17 personnes. Sur ces 17 personnes, 14 ont participé effectivement à la marche. Toutes étaient des personnes âgées de 60 ans ou plus, toutes habitaient le quartier

Cambrai et notamment les tours H, J et Q de la cité Michelet, toutes étaient des femmes.

Afin d'éviter une approche stigmatisante pour les personnes âgées et pour favoriser l'approche intergénérationnelle, des personnes de moins de 60 ans et notamment des jeunes mamans ont également participé à la marche. De plus, des professionnels et des élus étaient également invités à participer. Deux professionnels se sont joints à la marche (Paris Point Émeraude et Club Senior). Les résultats ne portent ici que sur les habitants de 60 ans et plus (n=14).

La marche a été faite sur un seul quartier : quartier Cambrai. Deux groupes de 7 personnes ont réalisé une marche sur 2 trajets différents.

La distance parcourue lors du trajet 1 était de 1,7 km. Sur ce trajet, 21 ressources rencontrées : centre social (1), commerces (7), poste (1), associations (3), caisse de retraite (1), église (1), école (2), structures de santé (4), Club Senior (1).

La distance parcourue lors du trajet 2 était de 1,8 km. 26 ressources rencontrées : centre social (1), commerces (7), poste (1), associations (5), PMI et haltes garderie (3), églises (2), école, collège (2), structures de santé (4), sécurité sociale (1), gymnase (1).

Les résultats présentent ici la moyenne des résultats pour les trajets 1 (T1) et trajet 2 (T2).

Connaissance des structures

77% des structures rencontrées étaient connues par les participantes (T1=77% ; T2 = 77,2%), soit 13% des structures rencontrées sur des trajets quotidiens qui restaient inconnues. Les structures les mieux identifiées étaient les commerces et notamment la poste (100%), les commerces alimentaires (93%) et les de santé (médecins, pharmaciens) (93%). Les structures les moins identifiées étaient les structures associatives, dont notamment le Club Senior (pour T1 : 43%, avec n=6) et les structures associatives du trajet 2.

Fréquentation des structures

57% (n=8) des répondantes ont déclaré être au moins aller une fois dans la structure rencontrée. Les structures les plus fréquentées étant les commerces et notamment les commerces d'alimentation.

Accessibilité des structures

Concernant l'accessibilité des structures le tableau récapitulatif (annexe VII) montre pour chaque affirmation de la grille, les notes moyennes sur 10 obtenues pour T1 et T2. Si en général les bâtiments semblent correctement signalés à l'extérieur et à l'intérieur (T1=7,9 et T2=6,6), il y a une différence notable selon les types de structures. En effet, les commerces et services publics sont très bien signalés, mais les structures associatives sont très mal signalées. A cette même affirmation, le centre Espace 19 récolte une note de 4,5 et le Club Senior une note de 2,5.

A l'affirmation « est-ce facile d'accès à pied, en poussette en caddy », les notes moyennes sont de 6,6 (T1) et 8 (T2), les services publics étant mieux accessibles que les commerces.

A la question « est-ce loin de chez vous » les répondants ont estimé ne pas être loin des structures (T1= 6,5 et T2 = 7), le 10 notant la proximité (10=c'est très prêt, 0= c'est très loin). Cependant, il est à noter que pour cette question, tous les répondants habitaient pratiquement au même endroit (Tour H, J et Q), pourtant, certains avaient estimé la ressource comme très loin (2,2). Ce résultat est à croiser avec le type de profil de la personne, ces deux personnes correspondant au profil 2 des cartes mentales/entretiens.

Les espaces verts semblent trop peu nombreux, mal entretenus et peu sûrs, avec une note respective de 3,8 (T1) et 3,7 (T2) . Il en est de même pour les bancs publics (4 et 3,6).

Les trottoirs sont en état médiocre (5,9 (T1) et 4,2 (T2)) mais sont relativement bien adaptés aux personnes âgées (7,2 et 6,6). De même, les passages piétons semblent en nombre suffisants (7,1 et 6,5). Ici, le contexte du quartier est à préciser. En effet, depuis plus d'un an le quartier est au cœur d'un plan de réhabilitation et donc connaît d'importants travaux qui font que les trottoirs sont encombrés de matériel de travaux.

La note la plus basse est remportée par la question liée à la sécurité et à la propreté, avec pour le T1=6,9 et T2=3,7. En analysant par rues, certaines parties du trajet obtiennent une note encore inférieure, créant ainsi des zones à risque pour les personnes âgées où d'ailleurs les participantes ont déclaré ne jamais venir.

Distances et temps de trajet moyen domicile/structures

Concernant la distance et le temps moyen séparant le domicile de la personne âgées des principales structures du quartier, le tableau 2 montre que seulement deux structures sont à moins de 10 minutes à pied en moyenne du domicile des personnes âgées. Toutes les autres structures et notamment les commerces d'alimentation très fréquentés par les personnes âgées (Monoprix, Franprix) sont à 14-16 minutes de marche environ. Cet éloignement a été confirmé lors de tous les entretiens. Les personnes de ce quartier se déclarant être « isolées de tout ici ».

Structure et équipement	Temps moyen (min)	Distance moyenne (m)
Commerce A1	14	650
Commerce A2	14	750
Commerce A3	16	800
Poste	14	550
Pharmacie	14	450
Boulangerie	8	550
Laboratoire	13	700
Club Senior	15	650
Centre social	1	50
médecins	10	250

Tableau 2: distances et temps de trajet moyen entre le domicile/structures, pour les Personnes Âgées du quartier Flandre, avril 2011 (n= 9)

3.3 - Réponses : les facteurs favorables et défavorables selon l'approche écologique

A ce stade du projet, les réponses constituent les points de convergence entre les besoins identifiés par le groupe de travail et les demandes identifiées par les différents outils. Le tableau 3 récapitule ces différents points.

	Facteurs favorables	Facteurs défavorables
Selon l'approche écologique (rappel)	Flexibilité Adaptabilité Disponibilité des ressources Milieu enrichissant : (opportunités d'enrichissement personnel) Soutien social	Barrières physiques Éloignement de la communauté Stress social : (sécurité, propreté) Absence de ressources
Selon le groupe de travail de professionnels	<u>Disponibilité des ressources</u> : il y a un grand nombre de ressources dans l'arrondissement, mais elles ne sont pas connues et ne sont pas au sein du quartier Flandre. <u>Milieu enrichissant</u> : le milieu n'est pas enrichissant, il est mal connu par les personnes âgées ET les professionnels il est stigmatisant pour les personnes âgées. <u>Soutien social</u> : le quartier est riche en associations. La solidarité est importante.	<u>Barrières physiques</u> : – Les ressources sont éloignées des personnes âgées. – Il faut prendre en compte l'accessibilité des structures. – et prendre en compte les personnes en perte d'autonomie <u>Éloignement de la communauté</u> : – prendre en compte les personnes silencieuses, éloignées de la communauté. <u>Stress social</u> : (sécurité, propreté) Les professionnels et certaines personnes âgées se sentent en insécurité dans le quartier. <u>Absence de ressources</u> : il n'y a pas assez de ressources dédiées aux personnes âgées au sein du quartier, même si elles existent dans l'arrondissement.
Selon les personnes âgées interrogées par l'entretien et cartes mentales et par la marche exploratoire.	<u>Flexibilité</u> : <u>Adaptabilité</u> : Les ressources ne ciblent pas assez les personnes âgées <u>Disponibilité des ressources</u> : Il y a beaucoup de ressources pour les personnes âgées dans l'arrondissement, mais peu dans le quartier. <u>Milieu enrichissant</u> : – Il existe de nombreuses ressources, mais elles restent mal connues par les habitants du quartier <u>Soutien social</u> : – le centre social n'est pas identifié comme lieu ressource pour les personnes âgées du quartier	<u>Barrières physiques</u> : Les ressources sont trop éloignées, notamment pour les personnes en perte d'autonomie et pour les personnes de profils 1 et 2. <u>Éloignement de la communauté</u> : Les principaux commerces et services publics sont à plus de 10 min à pied. <u>Stress social</u> : La sécurité et la propreté du quartier sont très défavorables, notamment pour certaines zones, où ne vont jamais les personnes âgées. <u>Absence de ressources</u> : certaines zones du quartier sont très enclavées et désertes.

Tableau 3: facteurs favorables et défavorables au bien être des personnes âgées, récapitulatif

4 - Discussion

4.1 - Synthèse : vers des stratégies opérationnelles ?

Une fois l'identification des facteurs favorables et défavorables au bien-être des aînés faite (tableau 3), il reste à construire les stratégies d'intervention qui en découlent et prennent en compte différents niveaux d'intervention.

Ayant jusque là utilisé le cadre de l'approche écologique, il est pertinent ici de construire ces stratégies d'intervention, en restant dans le modèle écologique. En effet, selon le modèle de Richard (26) qui tente « d'opérationnaliser » les concepts qui sous-tendent l'approche écologique, il existe trois axes dans les stratégies opérationnelles : le milieu d'intervention, la cible d'intervention et la stratégie d'intervention. Un programme est d'autant plus écologique qu'il vise une variété de cibles dans un éventail de milieux en mettant en œuvre une diversité de stratégies d'intervention. L'illustration 9 montre ces différents axes.

Action directe sur les cibles

PROG→IND	Action directe sur les individus-clients
PROG→INT→IND	Action directe sur l'environnement interpersonnel
PROG→ORG→IND	Action directe sur l'environnement organisationnel
PROG→COM→IND	Action directe sur l'environnement communautaire
PROG→POL→IND	Action directe sur l'environnement politique
PROG→ORG→INT→IND	Action directe sur cibles diverses

Mise en réseau de cibles

PROG→[IND-IND]	Mise en réseau de cibles individuelles
PROG→[INT-INT]→IND	Mise en réseau de cibles interpersonnelles
PROG→[ORG-ORG]→IND	Mise en réseau de cibles organisationnelles
PROG→[COM-COM]→IND	Mise en réseau de cibles communautaires
PROG→[POL-POL]→IND	Mise en réseau de cibles politiques
PROG→[ORG-POL]→IND	Mise en réseau de cibles diverses

Illustration 9: exemples de stratégies d'intervention selon l'approche écologique

Sources : Richard L, journées de la prévention,

INPES, Paris, 19-20 mai 2011

Les stratégies opérationnelles seront donc ici de développer les facteurs favorables et de diminuer les facteurs défavorables, c'est à dire

Pour **les facteurs favorables** :

Disponibilité des ressources et opportunités d'enrichissement personnel :

- Mieux faire connaître aux personnes âgées du quartier l'offre existante sur l'arrondissement et sur le quartier Flandre (**PROG→IND**).
- Mieux faire connaître aux professionnels des champs médico et sociaux l'offre existante sur l'arrondissement et sur le quartier Flandre (**PROG→ORG→IND**).
- Constituer un réseau de professionnels interdisciplinaires sur les personnes âgées dans le quartier Flandre : (**PROG→[ORG-ORG]→IND**)

Adaptabilité

- Réorienter la stratégie de l'association Espace 19 et cibler dans ses actions les personnes âgées

PROG→ORG→IND

Soutien social :

- Identifier les personnes silencieuses c'est à dire les personnes de profil type 1 et 2 par les réseaux communautaires (voisinage, gardiens, etc) **PROG→[COM-COM]→IND** et **PROG→[INT-INT]→IND**
- Développer la participation sociale, notamment pour les personnes de profils 1, 2 et 3, en ciblant les actions en fonction des profils. **PROG→[ORG-INT]→IND**

Pour les **facteurs défavorables**

Barrières physiques :

- Créer des espaces de convivialité pour les personnes âgées aux sein des 2 centres sociaux du quartier Flandre d'Espace 19. **PROG→ORG→IND**
- Réduire le problème de l'accessibilité en intégrant des actions ciblant les personnes âgées dans les centres sociaux **PROG→ORG→IND**
- créer des visites de convivialité et de soutien pour les personnes en perte d'autonomie **PROG→[INT-INT]→IND**

Stress social :

- Améliorer la propreté du quartier en valorisant les actions propreté menées par le centre social. **[INT-INT]→IND**
- Favoriser les liens inter générationnels et le dialogue avec les publics jeunes dans les activités. **[INT-INT]→IND**

Inadéquation des ressources :

- Réorienter la stratégie d'Espace 19 pour cibler les personnes âgées **PROG→ORG→IND**

Éloignement de la communauté :

- Lutter contre l'isolement en identifiant les personnes silencieuses (profils 1 et 2) et en proposant une offre d'activité adaptée **PROG→[ORG-INT]→IND**

Dans cette pré-identification des stratégies opérationnelles, nous avons bien :

- Des actions directes sur les cibles, qui touchent OU des individus OU des organisations Ou des politiques.
- Des actions en réseau de cibles qui touchent indirectement les individus par la mise en réseau d'organisation, de communautés et d'individus.

Nous aboutissons donc bien à des stratégies multi-niveaux, ciblant les déterminants socio environnementaux. Cette différenciation entre stratégies visant des cibles directes ou en réseau est à rapprocher de l'outil suisse de catégorisation des résultats (27), notamment car il favorise également la prise en compte de l'environnement matériel (C1) et social (C2).

Cette pré-identification des stratégies opérationnelles devra absolument être soumise au prochain comité de pilotage du projet, qui sera constitué du groupe de travail existant déjà et des habitants. En effet, sans cette co-construction avec les différents acteurs, le projet ne serait plus engagé dans une démarche participative. Il est à noter ici que bien que prévu initialement dans le stage, cette phase n'a pas pu être incluse dans le temps imparti au stage. Cependant, cette réunion de co-construction est d'ores et déjà prévue et est fixée au 29 juin 2011.

4.2 - Besoins : sortir des représentations traditionnelles

Plusieurs faits saillants sont à relever dans le processus d'émergence des besoins, identifiés soit par des rencontres individuelles, soit par le groupe de travail. En effet, comme souvent dans l'animation de groupes, les participants ont eu plus de difficultés à identifier les facteurs favorables, que les facteurs défavorables. Il est ainsi remarquable que le milieu, le quartier, n'a pas été perçu comme enrichissant par les professionnels. Il a d'abord été vu comme stigmatisant et enfermant (certains professionnels, ne souhaitant même pas s'y rendre). Cette perception négative est un des points de divergence majeure, car sur les 23 personnes ayant donné une note au quartier, seulement 3 sont inférieures à 5, tandis que 4 personnes ont donné 10/10. De même, au début de l'entretien, plusieurs personnes ont spontanément mentionné leur lassitude face aux questions trop souvent orientées vers ce qui ne va pas, signifiant ainsi qu'elles étaient très attachées à leur quartier et qu'elles l'aimaient beaucoup. « J'en ai marre que tout le monde me demande tout ce qui va mal dans le quartier, tu comprends, moi, je l'aime mon quartier ! ».

L'autre fait marquant des réunions du groupe de travail, c'est l'importance qu'ont accordés les professionnels à la perception du vieillissement et de l'âge, notamment quand les participants sont revenus sur l'importance de l'autonomie et la césure marquée entre la tranche d'âge 60-74 ans et 75 ans et plus. Si cette séparation relève d'une réalité, elle montre aussi que le vieillissement est ici d'abord vu comme un processus de pertes de compétences et comme un processus de fragilisation (28). Le présent diagnostic utilisant un autre modèle, celui du vieillissement comme adaptation à l'environnement, il est « normal » que ce diagnostic ait été perçu comme « original » par les participants et que de nombreux acteurs, notamment du champ médical, ne se soient pas sentis concernés par ce diagnostic.

Le dernier fait marquant de ces rencontres est qu'il mettait en lumière que d'un champ de compétence à l'autre, les acteurs ne se connaissaient pas. Si toutes les assistantes sociales se connaissaient entre elles, aucune ne connaissait les représentants des clubs Senior ou autres associations spécialisées dans les personnes âgées. De même, les médecins (généralistes et gériatres) ne connaissaient pas les représentants du champ social (bailleurs sociaux, CASVP, réseau Alzheimer, etc).

Enfin, tous ont semblé intéressés par le fait qu'Espace 19 puisse potentiellement proposer des actions ciblant les personnes âgées.

4.3 - Demandes : intérêts et limites des outils

4.3.1 - Intérêt de l'entretien et la carte mentale

L'outil de la carte mentale, associé à l'entretien a permis d'identifier la perception qu'ont les habitants de leur environnement, les cartes mentales permettant généralement l'analyse de la représentation de l'espace et l'entretien donnant des informations sur la perception de l'accessibilité (29). Associée à l'entretien, la carte mentale est donc un outil parfaitement adapté à l'approche écologique.

La carte mentale a permis d'identifier presque « visuellement », les différents profils des personnes interrogées. En effet, le rétrécissement de l'espace étant la caractéristique majeure des personnes de profils 1 et 2. La « dés appropriation » étant l'autre caractéristique importante des profils 1 et 2. Ces deux caractéristiques constituent « le stade ultime de la perte de repères pour les personnes âgées ». (21 ;22). Ainsi, la carte de Yolande, en est la parfaite expression. Ne

pouvant plus sortir de chez elle, sa carte mentale représente ce qu'elle voit depuis sa fenêtre, c'est à dire un balcon, un arbre, un mur (voir annexe VIII).

Les autres avantages de cet outil, sont sa bonne acceptabilité. Une fois exclues de l'échantillon les personnes ne pouvant pas tenir un stylo, le taux d'acceptabilité de cet outil reste bon : sur les 24 personnes interrogées pouvant tenir un stylo, seulement deux ont refusé. En effet, l'outil suscite de la curiosité de la part des personnes interrogées, comme de la part des professionnels. Cette curiosité est un atout dans le cadre d'un diagnostic, car, bien souvent, et c'est le cas dans le quartier Flandre, les habitants sont sollicités à maintes reprises pour différents diagnostics et sont donc parfois lassés de répondre.

Le décryptage et l'analyse de la carte et de l'entretien est facilité par la grille scorée. En effet, l'une des principales critiques de la carte mentale étant la difficulté à analyser les résultats (30). Le coût de l'utilisation de l'outil est très faible, voire inexistant.

4.3.2 - Intérêt de la marche communautaire :

La marche communautaire a permis d'identifier la notion clé d'accessibilité pour les personnes âgées. En effet, le tableau 2 des distances moyennes commerces/domicile, montre bien que tous les commerces sont à une distance comprise entre 14 et 16 min de marche de leur domicile. Or, selon L. Richard dans son article « staying connected » (24), démontre qu'au delà de 10 minutes de marche, l'environnement, c'est à dire la présence de nombreuses ressources et commerces, tels que les « dépanneurs » (commerces de proximité), ne constitue plus un facteur favorable. Cette distance devient alors discriminante pour les personnes âgées du quartier. Ceci a été confirmé par tous les habitants, notamment de la cité Michelet et de la rue Riquet, qui se trouvent « coupés de tout ici ».

Les deux outils ici utilisés (carte mentale et entretien) sont très complémentaires car si la marche a permis d'identifier les barrières physiques, l'éloignement de la communauté, le stress social et l'inadéquation des ressources ; la carte mentale et l'entretien ont permis d'identifier la perception et le niveau de participation sociale des habitants.

4.3.3 - carte : limites et biais

Tous les éléments de la carte mentale n'ont pas fait ici l'objet d'une investigation approfondie. La question du code couleur notamment n'a pas été abordée. En effet, il s'avère que le code couleur demandé (rouge : les endroits où l'on n'aime pas aller et vert les endroits où l'on aime aller) n'a pas semblé pertinent. Seules les personnes de profil 3 et 4 auraient compris la consigne, beaucoup de personnes oubliant en cours de réalisation à quoi correspondait chaque couleur.

Si la carte mentale permet d'identifier la perception qu'a une personne de son environnement, sa principale limite est qu'elle n'est pas adaptée aux personnes ne pouvant pas tenir un stylo, c'est à dire aux personnes souffrant d'arthrose ou autres maladies ankylosantes, ce qui constitue une limite importante pour les personnes âgées.

La deuxième limite est qu'elle n'est pas ou peu adaptée aux personnes ne sachant pas ou peu écrire. En effet, lors des entretiens, une des répondantes a exprimé son incapacité non seulement à dessiner mais aussi à écrire, ne serait-ce que son simple nom. Cette limite s'avère importante dans un contexte de fortes inégalités sociales et dans un quartier où vivent un nombre important de personnes âgées issues de l'immigration. Cependant, elle n'est pas une limite exclusive, car certaines personnes illettrées peuvent cependant dessiner. De plus, l'entretien peut « compenser »

les manquements de la carte. Si l'on prend l'exemple de la carte mentale de « Mamé » (voir annexe VIII), on constate en effet, l'aspect « original » de la carte. Mamé est une personne qui a une forte participation sociale. Elle appartient à plusieurs clubs et associations. Ne sachant pas lire et écrire, elle n'a pas représenté les rues de façon « traditionnelle » mais a représenté des directions. Elles n'a pas pu écrire les ressources, mais les a placées sur sa carte et citées à l'oral, lors de l'entretien. C'est donc l'intervieweur qui a ajouté les noms des rues et structures. Cette carte montre que la personne peut se repérer, notamment par les directions, elle a en tête les différents éléments ressources du quartier, mais ne peut pas forcément les représenter à l'écrit.

Enfin, la question de la praxis des personnes âgées est aussi une limite. Comme le montre le test MMS (illustration 3), certaines personnes âgées ne peuvent plus représenter correctement l'orientation. Ce problème d'orientation a été pris en compte par la grille de recueil des données. Si toutes les personnes ayant un problème d'orientation sont de profil 1 ou 2 ; toutes les personnes de profil 1 ou 2 n'ont pas de problème d'orientation : seulement 4 sur 11 semblent en présenter. Il serait ici intéressant, afin de mieux connaître les « personnes silencieuses » d'étudier le lien en praxis et représentation spatiale. Il faudrait ainsi investiguer la différence entre le défaut d'organisation visio spatiale (la personne ne sait plus où est-ce) et le défaut de planification (la personne ne sait plus comment faire pour y aller). Des tests complémentaires pourraient ainsi être ajoutés, notamment d'autres tests de démences dégénératives tels que le test de Rey (31).

Concernant l'utilité de l'outil « carte mentale » à proprement parler, ici les résultats de la carte ont été associés dans une même grille aux résultats de l'entretien. Pour évaluer la pertinence de l'outil carte mentale seule, il aurait fallu faire une grille scorée pour la carte mentale et une autre grille scorée pour l'entretien. Ces deux grilles auraient donné 2x4 profils. Il aurait été alors intéressant de comparer ces deux profils et de voir si leur composition était identique. Dans le cadre d'un diagnostic, cette méthodologie n'était pas justifiée.

Concernant l'entretien en lui-même, les notes de perception sont difficilement interprétables car tous les répondants (n=22) n'ont pas compris la question et notamment la notion de gradation. La question étant formulée comme suit « si vous deviez noter de 1 à 10 votre quartier avec 1 : j'y vis mal et 10 j'y vis très bien, beaucoup ont cru qu'il n'y avait que la possibilité entre 2 notes : 1 ou 10. Les notes de perception ne sont donc pas significatives.

Ici la constitution des quatre profils pourrait mériter une investigation approfondie pour notamment comparer les profils et les caractéristiques socio démographiques, notamment l'âge, la catégorie socio professionnelle, la note moyenne de perception, etc. Cette investigation aurait ainsi pu être comparée à celle de L. Richard (24) qui met en évidence les variables prédictives de la participation sociale (épisode fréquent de marche, vitalité, accessibilité des ressources et âge).

4.3.4 - marche exploratoire : limites et biais

Outre la faible composition de l'échantillon (n=14), la marche communautaire organisée ici n'a pu se faire que sur l'un des deux sous-quartiers du quartier Flandre : le quartier Cambrai. L'organisation d'une autre marche communautaire pour l'autre quartier (Riquet) est prévue pour la rentrée 2011. Cela s'explique par le fait que sur le quartier Cambrai, la démarche du diagnostic pour les personnes âgées a rejoint un contexte plus global de réflexion des acteurs sur le quartier, en raison de grands travaux menés, qui ont changé l'environnement des personnes. De plus, sur le quartier Riquet, le centre social a été en travaux durant de nombreux mois et n'a donc pas pu jouer le rôle de relais d'information pour ce diagnostic auprès des habitants.

La limite majeure de la marche communautaire est d'utiliser la grille « ville amie des aînés ». En effet, cette grille constituée pour toutes les villes de la planète, n'est peut être pas assez précise dans l'énoncé des questions, mêlant souvent deux questions en une. Les répondantes ont donc souvent donné plusieurs réponses pour une seule même question, ce qui a alourdi le traitement des données. Ainsi, l'affirmation relative à la sécurité est mentionnée comme suit : « la sécurité en zone urbaine est améliorée par un bon éclairage des rues, des patrouilles de police ». Il y a ici deux aspects dans une même et seule affirmation. Les participantes ont donc souhaiter scinder cette affirmation en 2, afin que leur avis soit bien pris en compte. En effet, la question de la propreté et de la sécurité sont souvent le centre des discussions des marches communautaires, comme le montre bien l'expérience belge (19) .

Les résultats sont cependant comparables aux résultats menés à Lyon selon le même guide de l'OMS (32) et avec un échantillon beaucoup plus grand (n=400). En effet, les résultats concernant les espaces extérieurs et bâtiments sont comparables. Le sentiment d'insécurité est quasi permanent avec présence trop discrète de la police et éclairage insuffisant. Les passages piétons et carrefour posent souvent problème : incivisme et délais insuffisant entre les deux feux. Comme à Lyon, où les trottoirs polarisent beaucoup de mécontentement, dans le quartier Flandre, ce problème est aussi ressorti comme prépondérant. En effet, le quartier est en plein travaux et connaît beaucoup d'encombres de trottoirs dus aux travaux. La différence marquante concerne les espaces verts et les commerces : si à Lyon, les premiers sont suffisants en nombre et les commerces accessibles, il n'est pas du tout de même dans le quartier Flandre.

4.4 - Intérêts et limites de la méthode

L'intérêt majeur de la méthode mise en place pour ce diagnostic est la prise en compte des personnes dites « silencieuses », ainsi que leur identification. En effet, il aurait été incohérent, pour un diagnostic commandé par un centre social et donc plaçant la participation sociale au centre de la réflexion, de ne prendre en compte QUE l'avis des personnes ayant déjà une participation sociale.

La méthode de recrutement de l'échantillon a donc utilisé le réseau de proximité, c'est à dire le réseau des habitants-voisins, des gardiens et de certains professionnels. On constate d'ailleurs que ce réseau a pleinement été utile car sur les 22 personnes interrogées, 50% (n=11) appartiennent aux profils 1 et 2, c'est à dire sont des personnes silencieuses.

Le second intérêt de la méthode, et non des moindres, est qu'il permet de mieux cibler l'offre en fonction des profils des personnes. En effet, l'identification des personnes silencieuses et notamment l'identification des profils des répondants permet de mieux comprendre la notion de niveaux de participation sociale. La participation sociale n'est pas un bloc monolithique avec d'un côté ceux qui participent et de l'autre ceux qui ne participent pas. Elle revêt des niveaux allant du profil 1 à 4. L'offre devant s'adapter à la demande, il devient alors clair que l'offre ne peut pas être la même pour tous. On ne pourra pas demander à une personne de profil 1 ou 2 de venir participer à des activités, au même niveau que des personnes de profils 3 ou 4. L'accent devra donc être mis sur le processus et sur la progression : « comment faire venir une personne de profil 1 ou 2 ? », étant la première étape. Comment faire venir régulièrement une personne de profil 2 ou 3 étant la deuxième étape.

La limite de la méthode est le faible échantillonnage. Ce diagnostic est une étude qualitative, d'où le faible nombre de participants. 28 personnes interrogées pour l'entretien. 22 personnes ayant

réalisé une carte mentale et 14 personnes ayant fait une marche communautaire. Les résultats, et notamment les résultats en pourcentage sont à prendre avec précaution, du fait de la faible puissance de l'échantillon.

La composition par genre de l'échantillon est aussi une limite. En effet, on note une sur représentation des femmes : 7 hommes sur 28 personnes interrogées pour l'entretien et aucun homme pour la marche communautaire. Cette composition constitue un biais classique des travaux traitant de la participation sociale. En effet, au regard des différents types de participation sociale, il s'avère que les femmes sont souvent beaucoup plus nombreuses dans les associations et organisations communautaires, tandis que les hommes sont plus nombreux dans les associations d'engagement ou organisations politiques (15).

4.5 - Intérêts de l'approche

La place de la participation sociale

L'intérêt de l'approche écologique pour ce diagnostic est que cette approche favorise la prise en compte des déterminants socio environnementaux et au delà et en cela constitue une composante clé de la « nouvelle santé publique et du mouvement de promotion de la santé, décrit par Schwab & Syme en 1997 (4).

Dans cette approche, la notion de participation sociale est prise à sa juste valeur. Elle n'est plus juste un moyen d'atteindre les populations cibles, mais bien une fin en soi, une composante clé de la santé des aînés, un déterminant sur lequel nous (et surtout le Centre Social) pouvons agir.

Intérêt auprès des financements, pour E19

En démontrant la part très importante que joue la participation sociale dans le bien être des aînés, ce diagnostic démontre également qu'il est tout à fait justifié et légitime pour un centre social de s'occuper des questions de santé et de santé des aînés dans une approche de promotion de la santé. En effet, dans le contexte français, il est à remarquer qu'à ce jour très peu de centres sociaux ont des activités tournées vers la santé dans sa définition de l'OMS, c'est à dire dans une approche globale. L'une des raisons principales est que les financeurs institutionnels ne voient pas les centres sociaux comme acteurs légitimes de la santé. L'utilisation de l'approche écologique rappelle donc ici avec vigueur que les centres sociaux (appelés centres communautaires en anglais) sont bien le lieu idéal pour mener des actions visant au delà des déterminants de santé et ciblant les inégalités sociales de santé.

4.6 - Le diagnostic est il participatif ?

Le diagnostic est il participatif ? Cette question, annoncée dès le titre, revêt toute son importance dans ce contexte particulier. En prenant pour référence l'échelle de Hance et al (33) et à ce stade du projet, le diagnostic atteint le quatrième échelon des degrés de participation, c'est à dire : « le promoteur consulte et tient compte des commentaires émis ».

En effet, l'entretien semi-directif a été proposé au groupe de travail, puis validé. De même, les besoins exprimés par les professionnels ont été validés par le groupe.

La méthodologie, et notamment, l'inclusion des personnes silencieuses, est un point important dans l'aspect participatif de ce diagnostic. De même, l'utilisation de l'outil « marche communautaire » a également permis de développer l'approche participative, puisqu'il a permis la rencontre des professionnels et d'habitants et ainsi « l'échange d'expertise » propre à l'approche

participative (19).

Il est cependant à noter que très peu d'élus ont participé à ce diagnostic. Bien qu'invité, l'élue à la santé a décliné l'offre de participer au groupe de travail et à la marche. L'élue aux personnes âgées a, par contre, participé au groupe de travail, mais pas à la marche.

Pour que ce diagnostic soit pleinement participatif et atteigne au moins le degré 5, il manque une étape importante : la restitution des résultats aux habitants eux mêmes. En effet, les contraintes de temps n'ont pas permis cette dernière étape au cours de la période du stage. Cependant, cette réunion de restitution est d'ores et déjà prévue (29 juin 2011) et aura pour but non seulement de restituer le travail aux habitants, de valider et/ou corriger les recommandations du diagnostic, ainsi que de constituer un comité de pilotage mixte associant professionnels et habitants au projet

4.7 - Contraintes liées au projet : et la suite ?

Le temps a constitué la principale limite du projet. En effet ce diagnostic est l'un des sept projets de promotion de la santé, que je coordonne au quotidien dans mon travail. Il a donc constitué un investissement en temps de travail important.

Comme dans tous projets, l'utilisation d'outils et notamment d'outils nouveaux ou originaux, constitue un risque : le risque de se faire dépasser par l'outil et de ne pas savoir suffisamment s'arrêter à temps. En effet, l'utilisation de l'outil carte mentale notamment, aurait pu être beaucoup plus développé et analysé, en croisant notamment les différents critères afin d'affiner le plus possible les profils déterminés. Cependant, cet outil a été utilisé dans le but de réaliser un diagnostic qui servira à terme à la mise en place d'un projet. L'une des difficultés a donc ici été de savoir quand s'arrêter dans l'utilisation de l'outil, pour ne pas perdre de vue l'objectif.

Aux vues des recommandations résumées dans le tableau 3 « stratégies d'intervention », l'association a donc décidé de proposer des actions ciblant directement les personnes âgées et ce à partir de septembre 2011. Cette réorientation stratégique a été votée et validée par le conseil d'administration de l'association.

Certaines des recommandations ont fait l'objet d'un appel à projet à la Fondation de France en avril 2011 et feront l'objet d'un appel à projet auprès de l'ARS Ile de France.

Index des tables

Tableau 1: Récapitulatifs des grandes caractéristiques par profils	35
Tableau 2: distances et temps de trajet moyen entre le domicile/structures, pour les Personnes Âgées du quartier Flandre, avril 2011 (n= 9)	37
Tableau 3: facteurs favorables et défavorables au bien être des personnes âgées, récapitulatif	38

Index des illustrations

Illustration 1: Modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement	10
Illustration 2: Évolution de la part des personnes de plus de 60 ans sur les quartiers Flandre, Danube, dans les CUCS et à Paris entre 1999 et 2006. Sources : INSEE 2009, EDL, rapports 1999–2006	12
Illustration 3: Test MMS : Mini Mental State, pour l'évaluation cognitive du sujet âgé, praxies constructives.	26
Illustration 4: nuage de points de la note perception du quartier	30
Illustration 5: carte mentale de Martine, profil 1	31
Illustration 6: carte mentale de M. Etthami, profil 2	32
Illustration 7: Carte mentale de Marthe, profil 3	33
Illustration 8: Carte mentale de Thérèse, profil 4	34
Illustration 9: exemples de stratégies d'intervention selon l'approche écologique	40

Bibliographie

- (1) Revues INSEE Première, Numéro 1326, déc 2010.
- (2) Population et sociétés, INED, numéro 431, février 2007.
- (3) Cavallier G. Vieillir, un enjeu urbain *In Villes et vieillir*, Institut des villes, Paris:La documentation française, 2004, p. 16
- (4) Schwab M, Syme SL. On paradigms, community participation, and the future of public...*Am J Public Health*. 1997 Dec; 87(12):2049–51; discussion 2051–2
- (4) Richard L, Gauvin L, Raine K. Ecological models revisited : Their uses and evolution in health promotion over two decades, *Annual Review of Public Health*, 2011, vol 32.
- (5) WHO. Comm. Soc. Determ. Health. Closing the gap in a Generation : Health equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva 2008.
- (6) Susser M. 1995. The tribulations of trials–interventions in communities. *Am. J. Public Health* 85:156–158
- (7) Plan National « bien vieillir » 2007–2009. Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.
- (8) Cardinal L, Langlois M–C, Gagné D, Tourigny A. Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale–Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec ;2008. 58 pages.
- (9) Fédérations des centres sociaux, circulaire du 31 octobre 1995. Accessible en ligne : <http://www.centres-sociaux.fr/files/2010/02/Charte-des-centres-sociaux-et-socioculturels-de-France.pdf>, [consulté le 29/04/2011]
- (10) Politique de la Ville. Observatoire des quartiers parisiens. La nouvelle géographie des quartiers prioritaires. Atelier Parisien d'Urbanisme. Délégation à la politique de la ville et à l'intégration de la ville de Paris. Paris ;2007.
- (11) Politique de la ville à Paris : Observatoire des quartiers prioritaires – Rapport 2010. Paris : Atelier Parisien d'Urbanisme. Paris ; 2011 Jan.
- (12) Délégation interministérielle à la ville (DIV), Rapport de l'observatoire national des zones urbaines sensibles, novembre 2004, 254 p.
- (13) Ph. Pitaud, N. Spinousa et C. Humbert, “Les vieux et les politiques de la ville”, in *Vie sociale*, Cédias Musée social, n°4 – 2001, p. 43–48

- (15) Raymond É, Gagné D, Sévigny A, Tourigny A. La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval:2008. P 19–27.
- (16) Auclair A. Intégrer les « habitants silencieux » à un diagnostic local de santé. L'exemple de l'Atelier Santé Ville de St Martin d'Hères. Faculté de Médecine de Marseille. Université de la Méditerranée Aix-Marseille II. Septembre 2010.
- (17) Fournand A. Images d'une cité. Cartes mentales et représentations spatiales des adolescents de Garges-lès-Gonesse. In: Annales de Géographie. 2003, t. 112, n°633. pp. 537–550.
- (18) Guérin-Pace F. Vers une typologie des territoires urbains de proximité. *In* l'espace géographique, 2003/4 tome 32, p. 333–344.
- (19) Réseau capacitation Citoyenne : une reconnaissance mutuelle des capacités d'expertise de chacun. Le « diagnostic marchant » de « paroles d'habitants ». Arpenteurs. Périferia. 2005
- (20) OMS. Guide mondial des villes-amies des aînés. Organisation mondiale de la Santé. 2007. [consulté le 10/05/2011]. Accessible en ligne : http://www.who.int/ageing/publications/Guide_mondial_des_villes_amies_des_aines.pdf
- (21) Nader-Hallier B. Les territoire de vie des 75 ans et plus à Paris. Quel environnement urbain pour une qualité de vie durable?". Thèse de doctorat – Université René Descartes. Paris.(en cours)
- (22) Nader B. Perceptions, appropriations et représentations des territoires de vie des 75 ans et plus. *Les cahiers de l'année gérontologique*. 2010 Sept ; 2 (3) :58–64
- (23) HAS, recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, février 2000, p 23. [consulté le 10/05/2011]. Accessible en ligne : http://www.unaformec.org/CDRMG/cederom_ol/recos/anaes/alzhe_00.pdf
- (24) Richard L, Gauvin L, Gosselin C, Laforest S. Staying connected: Neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montréal, Québec. *Health Promotion International*, 2009 ; 24 (1): p. 46–57.
- (25) Ressources pour les personnes âgées, quartiers politique de la ville du 19ème arrondissement, Équipe de développement Local du 19ème arrondissement, DPVI, Mairie de Paris, mars 2011.

(26) Lévesque L, Richard L, Duplantie J, Gauvin L, Cargo M et al. Un outil pour l'analyse de l'intervention en promotion de la santé : une application au programme de la Carélie du Nord. *Ruptures, revues transdisciplinaire en santé* 2000 ;7 (1) :p 114-129.

Accessible en ligne [consulté le 30/05/2011] :

http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup071_114.pdf

(27) Ackermann G, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B, Promotion Santé Suisse, Guide pour la catégorisation des résultats, Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention, 2ème version revue et corrigée, adaptée pour la France par L'INPES. Janvier 2007. Accessible en ligne [consulté le 30/05/2011] :

http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/V6%20guide_fr.pdf

(28) Richard L, Barthélémy L, Gauvin L, Pin S, Tremblay MC. L'approche écologique en action en France et au Québec : exemples d'intervention de prévention et promotion de la santé pour les aînés . Saint-Denis: Editions INPES; collection la Santé en action, à paraître 2012.

(29) Charrouset A. Diagnostic socio urbain du quartier du Grand-Parc. État des lieux et évaluation des besoins, des personnes en situation de perte d'autonomie en matière d'accessibilité, adaptation au logement et environnement. A' Urba. Bordeaux. 2007.

Accessible en ligne [consulté le 30/05/2011] :

<http://82.138.74.167/pdf-2007/07b75-diagnostic-socio-urbain-du-grand-parc-12-07-agnes-charousset.pdf>

(30) Breux S, Reuchamps M, Loiseau H. Apports et potentialités de l'utilisation de la carte mentale en science politique. *In* *Figurer l'espace en sciences sociales* ». 2010 Jan. Accessible en ligne [consulté le 30/05/2011] :<http://www.transeo-review.eu/Apports-et-potentialites-de-l.html>

(31) Hahn-Barma V, l'évaluation neuropsychologique dans le cadre des démences neurodégénératives. Illustration avec la maladie d'Alzheimer. *Pratiques Psychologiques*. 11 (4) : p 307-317.

(32) Chapon PM, Renard F. Programme de l'OMS « villes-amies des aînés » : à Lyon, les personnes âgées expriment leurs attentes. *Santé de l'homme* n°411, p 31-34.

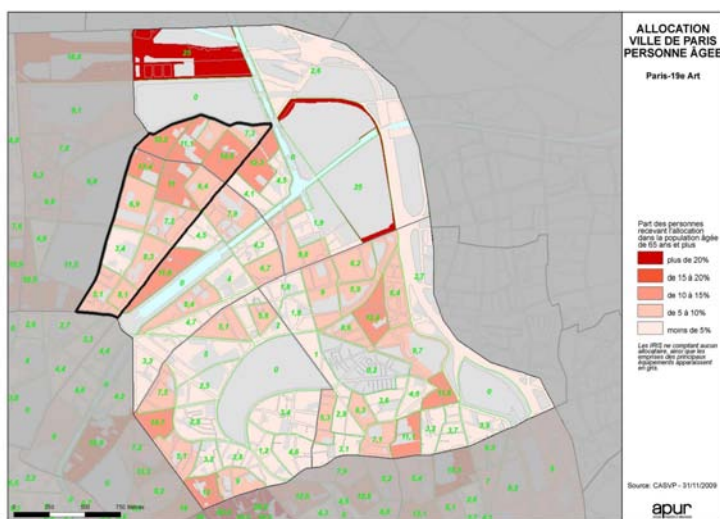
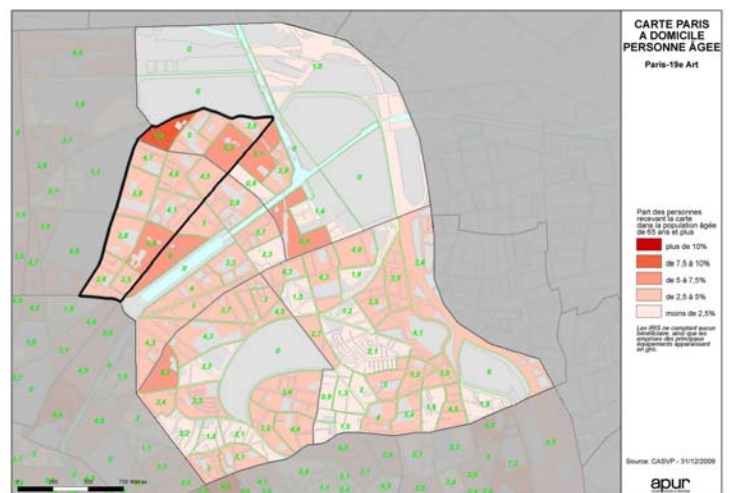
(33) Hance BJ, Chess C, Sandman TM. Industry risk communication manual : improving dialog with community. Boca Raton : Lewis Publisher, 1990.

ANNEXE I : CARTE DU QUARTIER FLANDRE



Carte du 19ème arrondissement de Paris et son quartier Flandre (en rouge).
Délégation de la Ville. EDL. 2007.

ANNEXE II : CARTES DES PERSONNES ÂGÉES



ANNEXE III : TABLEAU DE SUIVI DES RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

Tableau des personnes contactées, rencontrées et présentes au groupe de travail « Bien-être des personnes âgées, quartier Flandre », janvier_mars 2011.

Personnes représentant les structures	Personnes contactées	Personnes rencontrées	Personnes présentes au groupe de travail
Réseau de santé Paris Nord, médecin responsable personnes âgées	Oui	Oui	Oui
Maison de la santé de Flandre, médecin libéral	Oui	Oui	Oui
SPASSAD, Maison des Champs, médecin cadre	Oui	Oui	Oui
Centre de santé, CRAMIF, Directeur	Oui	Oui	Non
Infirmière soins à domicile	Oui	Oui	Non
Pharmaciens du quartier Flandre (n=3)	Oui	Oui	Non
CPAM, centre Archereau, responsable de centre	Oui	Oui	Non
Total personnes champs médical	10	10	3
Paris Point Emeraude, Directeur	Oui	Oui	Oui
Club Senior Flandre, Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP), coordinatrice	Oui	Oui	Oui
Equipe de Développement Locale (DPVI) coordinatrice	Oui	Oui	Oui
Atelier Santé Ville du 19ème coordinatrice	Oui	Oui	Oui
Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris(CASVP), assistante sociale	Oui	Oui	Oui
Espace 19, assistante sociale	Oui	Oui	Oui
Espace 19, directrice de centre	Oui	Oui	Oui
Association Petit Frère des pauvres coordinateur	Oui	Non	Non
Régie de quartier, Directeur	Oui	Oui	Non

Personnes représentant les structures	Personnes contactées	Personnes rencontrées	Personnes présentes au groupe de travail
Bailleur social 3F coordinateur	Oui	Oui	Oui
Bailleur social, Paris Habitat coordinateur	Oui	Non	Non
Total personnes champs social	11	9	8
Élu à la santé (n=1)	Oui	Oui	Non
Élues aux personnes âgées (n=2)	Oui	Oui	Oui
Total élus	3	2	2
Siel Bleu, association sportive spécialisée auprès des personnes âgées, éducatrice	Oui	Oui	Oui
Centre d'animation Curial, animatrice spécialisée dans la prévention des chutes	Oui	Oui	Non
Vergers d'Antan, association spécialisée dans les ateliers mémoire, coordinateur	Oui	Oui	Oui
Régie de quartier, association spécialisées dans les sorties culturelles pour personnes âgées	Oui	Oui	Oui
Total champs sports et loisirs	4	4	3
Total tous secteurs	27	25	15

ANNEXE IV : TABLEAU RÉCAPITULATIF DES META-PLANS

(Un tiret correspond à un post it)

Facteurs favorables au bien être des personnes âgées (PA) dans le quartier Flandre	Facteurs défavorables au bien être des personnes âgées (PA) dans le quartier Flandre
- Vie associative dense. Une PA peut s'intégrer facilement dans une association - Vie associative importante	
- Les PA sont des personnes intégrées dans leur quartier : bons repères dans le quartier	- Quartier enclavé : pas (assez) de transports adaptés aux PA, ni de services spécifiques aux PA (sont tous hors quartier) ; les commerces sont peu accessibles pour les personnes en perte d'autonomie - Image du quartier peu positive
- Les transports en commun nombreux	- Transports : pas d'offre de transport adaptée (transport individuel hors PAM)
- La proximité des services publics - Offre de services large : services à domicile, SSIAD, SPASSAD, PAM, etc. - Existence du PPE : structure de référence pour l'information et l'orientation	- Offre de services peu/pas connue - Implantation insuffisante des médecins et commerces - Pas assez d'information - Offre socioculturelle réduite - Peu d'offre sportive adaptée
- Proximité des commerces/ commerces accessibles à pied	- Les commerces ne sont accessibles pour personnes en perte d'autonomie ; qlq poches sont difficiles d'accès
	- Problèmes psychologiques non pris en compte - Fragilité psychologique
	- Paupérisation et isolement
	- Repérage difficile de certaines personnes âgées (personnes invisibles)
	- Pas assez d'espaces verts

ANNEXE V : GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation

Bonjour, Je suis Elise Masiulis, professionnel de santé. Je travaille pour le centre social Espace Riquet/Cambrai, au pôle santé. Nous réalisons une enquête auprès des personnes âgées dans le quartier Flandre pour recueillir les éléments favorables et les éléments limitants la qualité de vie dans le quartier. Si vous êtes d'accord, j'aimerais vous poser quelques questions à ce sujet. Ce questionnaire est anonyme et les données resteront pour l'association Espace 19

1) Numéro du questionnaire _____

2) Homme/Femme : _____

3) Prénom + initiale nom : _____

4) Quel est votre âge (si la personne donne sa date de naissance, redemander quel est son âge) _____

5) Quelle est votre adresse (la plus précise possible, tour, escalier, etc.) :

6) Vous êtes dans le quartier depuis combien de temps ?

7) Où êtes-vous né(e) ?

8) Vivez-vous avec d'autres personnes dans votre logement ?

OUI/NON

9) Êtes-vous retraité ?

OUI/NON

10) Quel métier exerciez-vous auparavant ?

11) Bénéficiez-vous d'aides dédiées aux personnes âgées (ASPA ou APA) ? Si oui, lesquelles ?

12) Est-ce que vous sortez tous les jours ?

Si oui, combien de fois par jour vous sortez ?

Si non, combien de fois par semaine vous sortez ?

13) Quand vous sortez, où allez-vous ? Pour faire quoi ?

Je voudrais à présent que vous me dessiniez votre quartier en montrant jusqu'où vous aller dans votre quartier (= le plus loin dans votre quartier), puis en montrant les endroits où vous aimez aller et où vous n'aimez pas aller.

Pour le dessin, une feuille blanche A4 est mise à disposition de + feutres de couleurs (3 couleurs) + crayon à papier. Vert : j'aime ; Rouge : je n'aime pas ; Orange : ni aime ni n'aime pas

14) Est-ce que vous connaissez le centre social (*Espace Cambrai ou Espace Riquet*)?

Si oui, Est-ce que vous connaissez son adresse ?

Si non, pourquoi n'y allez-vous pas ?

15) Pourriez-vous noter de 1 à 10 comment vous vivez dans votre quartier : 1 j'y vis mal, 10 : j'y vis bien ? Pourquoi cette note ?

Je souhaiterais vous poser à présent des questions sur votre participation sociale.

16) Selon vous, diriez-vous que vous participer à des activités appartenance à une association ou un club ? Si oui, à quelle fréquence ?

Participation au centre social

17) Fréquentez-vous régulièrement (au moins 1 fois par mois) le centre social (*Espace Cambrai, Espace Riquet*)?

Si oui, à quelles activités participez-vous ?

Si non, pour quelle activité ou services êtes vous venu ?

18) Nous sommes en train de revoir les programmes, nous aimerions savoir pour quelles raisons (quelles activités) aimeriez-vous venir au centre social? » Qu'est ce qui vous ferait plaisir d'y trouver ?

Qu'est ce que vous aimeriez y trouver comme activités ?

ANNEXE VI : GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES
CARTE/ENTRETIEN

mobiles nombre de sorties		Nombre de lieux ressources représentés				Type de lieux représentés spontanément sur carte				échelle représentée	nombre de rues (av, Bd, etc) citées et mentionnées	participation sociale				total	titre				
Peut se déplacer seul, 1 à 3 sorties de façon autonome	au moins 1 jour	au moins 2 jours	au moins 3 jours	Présence de lieux ressources au moins 10 jours	au moins 20 jours	au moins 30 jours	présence de services médicaux, sociaux, etc.	présence de lieux de loisir, culturels, sportifs, etc.	présence de lieux de travail, de commerce, etc.	la carte occupe une partie de la carte du quartier	la carte occupe une partie de la carte du quartier	la carte occupe une partie de la carte du quartier	la carte occupe une partie de la carte du quartier	la carte occupe une partie de la carte du quartier	la carte occupe une partie de la carte du quartier	la carte occupe une partie de la carte du quartier	la carte occupe une partie de la carte du quartier	la carte occupe une partie de la carte du quartier	la carte occupe une partie de la carte du quartier	la carte occupe une partie de la carte du quartier	la carte occupe une partie de la carte du quartier
Identification	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Aïme	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Thérèse	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Aïme-Maria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Renée D.	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yolande C.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MERHAOU	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nicole U.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Chantal B.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Rozor	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maria B.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Yves	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nicole L.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Poi	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ethani	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Maria Louise Pigot	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mouque	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Solange	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Danielle P.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Moussa B.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
																	465	6	5	5	6
																	1623	6	5	5	6
																	203	3	5	5	6
																	283	3	5	5	6
																	35	6	5	5	6

ANNEXE VII : GRILLE DE RECUEIL DE DONNÉES MARCHE COMMUNAUTAIRE

Tableau : Grille des résultats des notes moyennes émises pour les trajets 1 et 2, selon le guide « Ville amie des aînés ». Mars 2011.

Consignes de la grille « Ville Amie des Aînés », OMS	Note T1 (sur 10) (n=7)	Note T2 (sur 10) (n=7)
Les bâtiments sont signalés à l'extérieur et à l'intérieur ?	7,7	6,6
Est ce facile d'accès à pied, en poussette, en caddy, en fauteuil roulant ?	6,6	8
Est ce loin de chez vous ?	6,5	7
Les espaces verts sont assez nombreux, bien entretenus, et surs ?	3,8	3,7
Les bancs sont assez nombreux, bien entretenus, et surs ?	4	3,6
Les trottoirs sont en bon état, sans obstacle et réservés aux piétons ?	5,9	4,2
Les trottoirs ne sont pas glissants et sont assez larges pour une chaise roulante/une poussette/un caddy? Avec dénivellation douce aux passages piétons ?	7,3	6,6
Les passages pour piétons sont en nombre suffisants, antidérapants et bien adaptés à divers types d'invalidités/infirmités. Le passage doit notamment présenter des indices visuels, auditifs et être assez long au feu vert ?	7,1	6,5
la sécurité en zone urbaine est améliorée par un bon éclairage des rues, des patrouilles de police ?	6,9	3,8

ANNEXE VIII : EXEMPLES DE CARTES MENTALES

Carte de Yolande, Profil 1



Carte de Mamé, Profil 3



RÉSUMÉ

Si l'importance des déterminants en santé n'est plus à démontrer, force est de constater que pour la santé des personnes âgées la place des déterminants individuels reste prépondérante en France. A contrario, l'approche écologique propose un cadre de recherche d'intervention qui met l'accent sur une vision élargie des déterminants de la santé. Ici, l'approche écologique a été utilisée pour identifier les facteurs favorables et défavorables à la santé des aînés, sur le quartier Flandre de Paris, dans le cadre d'un diagnostic commandité par un centre social.

Le diagnostic participatif identifie les besoins, demandes, réponses des professionnels, élus et habitants. La méthodologie privilégie la prise en compte des habitants dits « silencieux ». Deux outils ont été utilisés pour l'identification de la demande : la carte mentale et la marche communautaire. Les résultats du diagnostic montrent les différentes stratégies opérationnelles possibles avec une variété de cibles d'intervention. Ils montrent également l'intérêt et les limites des outils : si la carte mentale permet d'identifier la perception de l'environnement, elle reste d'un emploi difficile pour certaines personnes

MOTS CLEFS : APPROCHE ÉCOLOGIQUE ; HABITANTS SILENCIEUX ; CARTES MENTALES ; MARCHE COMMUNAUTAIRE ; DIAGNOSTIC ; PARTICIPATION SOCIALE

ABSTRACT

If the importance of health determinants is well established, it is clear that individual determinants remains predominant in France, especially for older adults. On the opposite, the ecological approach provides a framework for research of intervention that focuses on a broad view of determinants of health. In the present study, the ecological approach has been used to identify favorable and unfavorable factors of older adults living in an urban environment in Paris, to propose recommendations for a Community Centre.

The diagnosis identifies needs, demands and responses, among professionals, local politicians and inhabitants. The methodology emphasizes the inclusion of people who never participate ("invisible" people). Two tools were used to identify demands: "mind mapping" (or sketch map) and "community march". Results show the various operational strategies with a variety of possible targets for intervention. It also shows the advantages and limitations of tools: If the mind mapping identified properly the environment perception, it remains difficult to use for certain people.

KEYWORDS : ECOLOGICAL APPROACH ; INVISIBLE INHABITANTS ; MIND MAPPING ; COMMUNITY MARCH ; DIAGNOSIS ; SOCIAL PARTICIPATION

INTITULÉ ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

Espace 19

251, rue de Crimée

75019 Paris

www.espace19.org