



## Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés

**Conséquences de la violence**  
sur la santé: enquête

**Augmentation du tabagisme**  
confirmée en France

**Promotion de la santé et développement durable**  
s'invitent dans les écoles

# La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA Santé  
de l'homme

est éditée par :

**L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)**  
42, boulevard de la Libération  
93203 Saint-Denis Cedex  
Tél. : 01 49 33 22 22  
Fax : 01 49 33 23 90  
<http://www.inpes.sante.fr>

Directrice de la publication :  
**Thanh Le Luong**

## RÉDACTION

Rédacteur en chef :  
**Yves Géry**  
Secrétaire de rédaction :  
**Marie-Frédérique Cormand**  
Assistante de rédaction :  
**Danielle Belpaume**

## RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**  
<direc@inpes.sante.fr>  
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux** et  
**Nathalie Houzelle**  
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>  
Débats : **Éric Le Grand**  
<ericlegrand35@orange.fr>  
Aide à l'action : **Florence Rostan** <florence.rostan@inpes.sante.fr>  
Études/Enquêtes : **François Beck**  
<francois.beck@inpes.sante.fr>  
International : **Jennifer Davies**  
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>  
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**  
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>  
Cinésanté : **Michel Condé**  
<michelconde@grignoux.be>  
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>  
Lectures – Outils : Centre de documentation  
<doc@inpes.sante.fr>

## COMITÉ DE RÉDACTION :

**Élodie Aïna** (Inpes), **Jean-Christophe Azorin** (Épidaure, CRLC, Centre de ressources prévention santé), **Soraya Berichi** (Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, Haut Commissaire à la jeunesse), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Mohammed Boussouar** (Codes de la Loire), **Dr Michel Dépinoy** (InVS), **Alain Douiller** (Codes de Vaucluse), **Dr Julien Emmanuelli** (Mildt), **Annick Fayard** (Inpes), **Christine Ferron** (Cres de Bretagne), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Jacques Fortin** (professeur), **Christel Fouache** (Codes de la Mayenne), **Sylvie Giraud** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Philippe Guilbert** (Inpes), **Zoé Héritage** (Réseau français des villes-santé de l'OMS), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Laurence Kotobi** (MCU-Université Bordeaux-2), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (Inpes), **Colette Menard** (Inpes), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale), **Jean-Marc Piton** (Inpes), **Dr Stéphane Tessier** (Regards).

Fondateur : **Pr Pierre Delore**

## FABRICATION

Réalisation : **Éditions de l'Analogie**  
Impression : **Groupe Morault**

## ADMINISTRATION

Département logistique (Gestion des abonnements) : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)  
Commission paritaire :  
0711B06495 – N° ISSN : 0151 1998.  
Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2011.  
Tirage : 5 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



## Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

## Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

## Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

**52 pages d'analyses et de témoignages**

# La Santé de l'homme intégralement accessible sur Internet

## Retrouvez La Santé de l'homme sur Internet

Depuis janvier 2010, tous les numéros publiés sont intégralement accessibles sur le site Internet de l'Inpes : [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

### Vous y trouverez également :

- La revue : présentation et contacts
- Les sommaires des numéros parus et index depuis 1999
- Les articles en ligne : depuis 2003, 3 à 10 articles par numéro
- Et prochainement, l'intégralité des articles publiés depuis 2000.



À noter : si vous souhaitez effectuer une recherche sur un thème précis, utilisez le moteur de recherche du site de l'Inpes qui permet de trouver instantanément tous les articles de *La Santé de l'homme* ainsi que d'autres documents de l'Inpes traitant cette thématique.

## ► ENQUÊTES

- Enquête EVS : les conséquences de la violence sur la santé des personnes**  
*Catherine Cavalin, François Beck, Florence Maillolchon* . . . . . 4
- Violences subies, problèmes de santé et difficultés de vie**  
*Anne Tursz* . . . . . 7
- Une augmentation du tabagisme confirmée en France**  
*François Beck, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Jean-Louis Wilquin, Patrick Peretti-Watel* . . . . . 9

## Dossier

### Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés

#### Introduction

- Lucette Barthélémy, Stéphanie Pin, Lucie Richard, Johanne Filiatrault* . . . . . 11

#### Prendre en compte les déterminants pour promouvoir la santé des aînés

- Créer un environnement favorable à la santé des aînés : une étude probante au Canada**  
*Lucie Richard, Lise Gauvin, Yan Kestens, Bryna Shatenstein, Hélène Payette, Mark Daniel, Geneviève Mercille* . . . . . 12
- Représentations sociales du vieillissement : changer de regard**  
*Stéphane Alvarez* . . . . . 15
- « Il faut s'ouvrir davantage aux personnes vulnérables »**  
*Entretien avec Jean-Pierre Aquino* . . . . . 19

### Santé cognitive et influence des déterminants socio-environnementaux

- Vers une approche écologique de la promotion de la vitalité cognitive des aînés**  
*Anne-Marie Belley, Manon Parisien, Petre Popov, Kareen Nour, Nathalie Bier, Guylaine Ferland, Sophie Laforest, Danielle Guay* . . . . . 21
- La participation sociale : bonne pour la santé des aînés, mais non exempte d'inégalités**  
*Émilie Raymond, Andrée Sévigny, André Tourigny* . . . . . 25

- Aînés : vous avez dit participation sociale ?**  
*Mélanie Levasseur, Lucie Richard, Lise Gauvin, Émilie Raymond* . . . . . 27

- Personnes âgées : les oubliées du territoire urbain ?**  
*Brigitte Nader* . . . . . 29

- Programme de l'OMS « Villes-amies des aînés » : à Lyon, les personnes âgées expriment leurs attentes**  
*Pierre-Marie Chapon, Florent Renard* . . . . . 31

- À Saint-Martin-d'Hères, la parole des « habitants silencieux » enfin prise en compte**  
*Alexandra Auclair, Oriana Briand* . . . . . 35

- Vieillir dans un quartier résidentiel éloigné des commerces et services : enquête au Canada**  
*Sébastien Lord* . . . . . 38

- Agirc-Arrco : une étude sur la perception de l'avancée en âge**  
*Lucette Barthélémy* . . . . . 40

- Lieux de vie collectifs et autonomie : des actions primées par la CNSA**  
*Lucette Barthélémy* . . . . . 40

- Pour en savoir plus**  
*Sandra Kerzanet* . . . . . 41

## ► LA SANTÉ À L'ÉCOLE

- « École 21, un moyen pour sensibiliser les collectivités territoriales »**  
*Entretien avec Philippe Lorenzo* . . . . . 43

## ► CINÉSANTÉ

- Fleur du désert**  
*Michel Condé, Anne Vervier* . . . . . 45

## ► LECTURES

- Sandra Kerzanet, Céline Deroche, Laetitia Haroutumian* . . . . . 48



Illustrations : Sylvia Lulin

## Enquête EVS : les conséquences de la violence sur la santé des personnes

**L'enquête « Événements de vie et santé » est la première de cette ampleur à ausculter les circonstances des actes de violence et leurs conséquences sur la santé des personnes en France. La violence touche relativement peu de personnes, mais son entrecroisement avec les problèmes de santé et, plus largement, les conditions de vie, concerne un tiers des Français âgés de 18 à 75 ans. Au-delà de leur impact sur la santé physique des personnes, ces violences peuvent affecter leur santé mentale et sociale en réduisant leur capacité à accomplir les actes courants de la vie : travail, éducation des enfants, etc.**

*Dans quelle mesure l'état de santé de la population française est-il affecté par les violences ?* Drôle de question... Pourquoi la poser, en effet, dans une société où règne globalement la paix civile et où les violences semblent se limiter à ce qu'en expriment les faits divers ou certains épisodes de violence certes collective mais circonscrite à des quartiers ou à des événements clairement identifiés par leurs particularités ? La société est en outre caractérisée par des indicateurs favorables de l'état de santé de sa population. D'ailleurs, lorsque l'Organisation mondiale de la santé, dans son *Rapport mondial sur la violence et la santé* (1), exhortait à progresser dans la connaissance et la prévention des liens entre violence et santé, les pays développés étaient certes interpellés, mais le bilan alarmant dressé par l'organisation internationale concernait bien davantage des territoires marqués par la guerre ou la guerre civile, pays en développement pour beaucoup d'entre eux.

La conduite d'enquêtes statistiques menées sur les dix dernières années en France permet de prendre la mesure du phénomène : sans pour autant pousser à constater de manière aussi alarmiste que stérile qu'en définitive « la violence est partout », elle conduit à embrasser les violences et leurs relations avec la santé comme une question transversale pour la société française et qui intéresse à plus d'un titre les orientations des politiques de santé publique.

### Relation entre violence et santé

L'expérience pionnière de l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff), menée en 2000 par l'Institut de démographie de l'université Paris 1 – qui ne portait que sur les femmes –, et la montée en charge progressive des enquêtes dites de « victimation »<sup>1</sup> – qui se calent strictement sur les catégories judiciaires de crimes et de délits – ont apporté les premières lumières. De nouvelles sources sont venues s'y ajouter, dont l'une – l'enquête Événements de vie et santé (EVS) (*lire l'encadré*) – fait des relations entre violence et santé son objet central. Elle montre que les liens entre violence et santé ne peuvent être compris hors d'un ensemble plus large de difficultés sociales caractérisant des parcours biographiques lourdement chargés par ailleurs, pour les hommes comme pour les femmes. Les résultats apportés sont nouveaux, en même temps que sont réalisées quelques avancées méthodologiques. Sans que l'on puisse espérer produire la méthode idéale dans un domaine d'enquête aussi sensible, les progrès réalisés dans les méthodes de questionnement permettent en effet de lire les résultats des différentes sources statistiques de manière plus critique et plus fine. Les lignes qui suivent reprennent, de manière synthétique, quelques résultats marquants, tirés de l'ouvrage consacré à l'enquête EVS et qui vient d'être publié (2).

### Un phénomène social transversal sans être pour autant généralisé

Que la violence ne soit justement pas « partout », la fréquence réduite des actes recensés dans l'enquête EVS en témoigne : les atteintes constatées le plus fréquemment ont trait de la violence verbale (insultes, injures, menaces verbales, etc. qui touchent 18 % des 18-75 ans au cours des deux dernières années), tandis que les actes à caractère sexuel comportant probablement la plus grande gravité (attouchements sexuels, rapports sexuels forcés ou tentatives de rapports forcés) sont les plus rares (0,4 % de victimes sur la même période). Aux quinze questions concernant la survenue des cinq types de violences explorés par l'enquête (*lire l'encadré*) sur les deux années précédentes, près de la moitié des personnes interrogées répond néanmoins au moins une fois par l'affirmative. Loin de permettre de conclure que la violence est partout – avec la charge de gravité que cela sous-entendrait –, cela aide à comprendre que des actes dans lesquels s'exercent potentiellement des relations d'emprise, de domination d'une personne sur une autre se manifestent dans des situations somme toute assez banales. Entre ces situations, il existe d'importantes différences, tant dans la sévérité subjectivement perçue que dans les conséquences objectives occasionnées pour les victimes (blessures, arrêts de travail, difficultés à accomplir certains actes de la vie quotidienne, etc.).

Par ailleurs, autre manière de constater le caractère socialement transversal des actes de violence, l'enquête EVS établit qu'il est difficile de caractériser « simplement » les victimes : connaître le niveau de vie, le lieu de résidence, la situation par rapport à l'emploi, ou par exemple la catégorie d'appartenance socioprofessionnelle d'une personne, ne suffit pas à prédire de façon mécanique sa probabilité d'exposition à tel ou tel type de violence. Ce résultat, qui ne tombait pas sous le sens au début des années 2000 et que l'Enveff avait alors établi pour les femmes, est ici conforté sur l'ensemble de la population et ne rencontre que deux exceptions majeures.

## Fréquence des atteintes et profils de victimation

La première de ces exceptions concerne le jeune âge, qui constitue, pour les violences interpersonnelles (verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques, autrement dit hors atteintes sur les biens matériels), un très net critère de surexposition, à autres caractéristiques données<sup>2</sup>. La probabilité des plus jeunes (18 à 29 ans) de déclarer avoir subi ces violences est forte, y compris en considérant les atteintes subies sur tout le cours de la vie, alors même que la durée écoulée de leur existence est plus courte. Ce résultat mêle probablement des effets de génération, d'âge et de mémoire : si effet de génération il y a, il peut tout autant traduire une plus nette exposition des jeunes générations à des violences que la plus grande capacité de celles-ci – toujours par rapport à leurs aînées – à divulguer lors d'une enquête les situations de violence endurées. Un sentiment de honte, la crainte de la réprobation sociale, qui peuvent toujours motiver le silence d'une victime, sont en effet peut-être davantage le fait des générations plus anciennes. Si c'est l'âge qui explique la fréquence des violences subies, alors il joue indissociablement des mécanismes de la mémoire : exposés eux aussi à des actes violents lorsqu'ils étaient plus jeunes, les plus âgés n'en font pas état en répondant à une enquête, leur mémoire ayant opéré, de manière plus ou moins consciente ou délibérée, un « tri » entre divers événements douloureux vécus.

Par ailleurs, l'enquête permet de souligner le fait que, sur l'ensemble des atteintes subies, les femmes déclarent



© Kelly Young - Fotolia.com

beaucoup plus systématiquement que les hommes que les dommages qui en ont pour elles résulté (dans le domaine matériel, physique, psychologique, professionnel ou pour leur santé globale) sont importants. Déclaration qui prend ensuite tout son sens lorsqu'elles précisent, également plus souvent que les hommes, que les auteurs des agressions étaient souvent des personnes connues avant les faits, notamment parce qu'y figurent leur conjoint ou ex-conjoint(s), et d'autant plus souvent connues que les agressions sont, dans ces cas, plus sujettes à répétition<sup>3</sup> (3).

## Violences, santé et parcours de vie

Si les différentes formes de violence concernent des personnes ayant des niveaux de diplôme, de revenu, des origines nationales, etc. très divers, appartenant par conséquent à des catégories sociales variées, le facteur d'âge (jeune) ou le fait d'être un homme ou une femme permettent toutefois de repérer des formes différenciées d'exposition aux atteintes violentes. Une fois ces différences clairement repérées, quelques autres dénominateurs communs doivent à nouveau être mis en avant pour comprendre comment les violences subies, phénomène relativement rare lorsqu'on le mesure à l'échelle de la population générale, met néanmoins en jeu des phénomènes sociaux très larges.

Si les coups portés entraînent la blessure, la fracture, etc., éventuellement même le décès, cette illustration sommaire des formes que peut prendre la

violence et de ses conséquences sur la santé saisit en réalité une fausse évidence, tant les relations entre violences subies et état de santé sont souvent beaucoup plus complexes et différées dans le temps. La mesure statistique de ces relations doit donc s'efforcer d'aller au-delà d'un constat qui permettrait d'évaluer si, et à quel point, les victimes de violences sont en moins bonne santé que les personnes qui en sont protégées. Dans cette optique, l'enquête EVS donne les moyens de replacer « en contexte », c'est-à-dire dans celui des conditions de vie et du parcours de vie, les actes violents auxquels une personne a pu être confrontée, ainsi que son état de santé. Les violences subies et la dégradation de l'état de santé ne se conjuguent vraiment que lorsque, en même temps, le parcours biographique est traversé d'autres événements difficiles dans lesquels coexistent, noués dans les situations familiales, des facteurs économiques, affectifs, matériels et sociaux tels que des privations matérielles graves, des placements pendant l'enfance, de sévères carences affectives, des violences entre les parents, l'alcoolisme dans la famille, de longues périodes de chômage pour l'un des parents au moins, etc.

Cette conjonction de difficultés concerne un tiers des personnes âgées de 18 à 75 ans, avec des degrés d'exposition aux violences et sous des formes certes diverses, mais sans que jamais le lien entre violence et santé soit saisissable ou interprétable « hors contexte » (4). Même si les caractéristiques « féminines » et



© Konstantin Shtyagin - Fotolia.com

« masculines » de santé habituellement repérées par les enquêtes statistiques restent vérifiées ici<sup>4</sup>, l'ensemble des personnes victimes est nettement caractérisé par une multiplicité de problèmes de santé mentale plus que physique. Étonnamment, la perception de la santé phy-

sique<sup>5</sup>, même au sein de groupes de personnes largement exposées aux violences, demeure souvent assez favorable (ce qui peut être l'effet d'une résistance acquise, susceptible de modifier profondément les normes de perception de sa propre santé somatique), alors même que la perception globale de la santé mentale est dégradée, que des pathologies telles que des épisodes dépressifs majeurs ou des troubles anxieux sont repérables (trouble anxieux généralisé, agoraphobie, phobie sociale, troubles paniques, etc.) ou que se manifestent des problèmes de consommation de drogues illicites, des troubles du sommeil, etc.

### Imaginer des politiques de prévention complexes

Au total, de nombreux événements ou des situations difficiles accompagnent souvent la survenue de violences, sans qu'il soit toujours possible d'établir des causalités ni une temporalité simples entre eux. Les violences subies ne peuvent être identifiées comme un facteur causal qui entraînerait dans son sillage un ensemble large de difficultés de nature diverse (de santé et autres), de la même manière qu'aucune situation ni caractéristique sociale ou de santé ne suffit à elle seule à prédire l'occurrence de violences.

La description statistique de ces situations individuelles où les difficultés se cumulent, dans lesquelles les violences se traduisent souvent par des événements répétés, interpelle la conduite des politiques sociales de plusieurs manières.

Tout d'abord, elle permet de saisir l'ampleur quantitative globale du phénomène. Pour chacune de ses manifestations, la violence touche relativement peu d'individus, mais son entrecroisement avec les problèmes de santé et de plus larges questions de conditions de vie concerne un tiers des 18-75 ans.

Elle donne ensuite du crédit à l'approche – récente – du phénomène des violences sous l'angle des questions de santé publique, tant les facteurs associés, les conséquences et les circonstances de la survenue des événements violents participent des dimensions multiples de la santé des personnes : pas seulement de leur santé physique (hormis dans les cas de très grave violence physique mettant en péril à court terme jusqu'à la vie des victimes) mais surtout de leur santé mentale et sociale, au sens de leurs capacités à accomplir les actes courants de la vie – travail, accès aux droits sociaux, éducation des enfants par exemple. Le chiffrage du coût des violences conjugales, encore

## L'enquête Événements de vie et santé : 10 000 personnes interrogées

Réalisée en 2005-2006 par la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) du ministère de la Santé, EVS a permis d'interroger dix mille hommes et femmes âgés de 18 à 75 ans résidant en ménage ordinaire (i.e. hors institutions). Après un questionnement de la santé explorée dans ses différentes dimensions (fonctionnelle, physique, mentale, sociale) et sans rapport établi *a priori* avec des violences éventuellement subies, cette enquête permet aussi d'aborder une importante variété de situations ou d'événements traversant le parcours biographique, considérés surtout sous l'angle des événements difficiles : placements durant l'enfance, séparation ou divorce des parents, décès précoces des parents, de proches ou membres de la famille, tentatives de suicide ou suicides dans l'entourage proche, actes de violences manifestés entre les parents, graves conflits entre la personne enquêtée et ceux-ci, privations matérielles graves, importantes carences affectives ressenties, alcoolisme dans la famille, etc.

Elle traite ensuite de façon détaillée, à l'instar du questionnement développé par les enquêtes de victimation, les actes violents subis au cours des vingt-quatre mois précédents pour en connaître les circonstances et conséquences, ainsi que le comportement par lequel y a réagi la personne concernée. Suit un questionnaire plus cursif portant sur les mêmes atteintes, mais survenues au cours de la période antérieure de la vie du répondant. L'entretien, jusque-là réalisé en face-à-face par un enquêteur de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), se termine par un questionnaire auto-administré concer-

nant les comportements sexuels, la consommation d'alcool et de drogues illicites, ainsi que certaines violences sexuelles graves (questions de « rattrapage » après celles déjà posées en face-à-face). L'enquêté(e) répond sur l'ordinateur portable de l'enquêteur, hors de tout échange avec celui-ci, grâce à un déroulement automatique des questions et à l'écoute de celles-ci dans un casque audio pour les personnes ayant des difficultés à lire (méthode audio-Casi).

Les violences sont largement entendues : verbales, physiques, sexuelles, psychologiques, mais aussi atteintes aux biens (vols et tentatives de vols, cambriolages, dégradation de biens), y compris lorsque la personne elle-même n'a pas été directement touchée (verbalement, physiquement, etc.), elles prennent donc une extension plus large et autonome des catégories de crimes et de délits telles que les définissent les nomenclatures judiciaires ou policières. Extensive, l'acceptation des violences n'est pas pour autant un fourre-tout, puisque celles-ci sont notamment distinguées d'autres événements difficiles, potentiellement traumatiques eux aussi (les autres « événements difficiles » mentionnés ci-dessus).

Le questionnement évite absolument de parler de « violences(s) » et s'applique à soumettre au jugement des enquêtés la description factuelle d'actes et de situations vécus (« gifles » ou « coups », par exemple, au lieu de dire « violences physiques »), pour contourner le piège des fortes connotations et des grandes ambiguïtés de la notion et du mot de « violence(s) ».

balbutiant et incomplet en France, illustre déjà l'importance de ces questions de santé, à titre direct ou indirect, dans le poids total dont pèsent les violences subies pour la collectivité.

Enfin, la grande part que semble jouer, à titre de facteurs de risque ou de contexte, l'adversité rencontrée dans plusieurs domaines pendant l'enfance ou l'adolescence, invite à prêter une attention soutenue aux plus jeunes âges, à de plus lointaines – mais précieuses – fins de prévention.

**Catherine Cavalin**

Sociologue, Centre d'études de l'emploi (CEE), Noisy-le-Grand,

**François Beck**

Statisticien, Responsable du département Enquêtes et analyses statistiques, Inpes, Saint-Denis,

**Florence Maillachon**

Sociologue, chargée de recherche au CNRS, (Éris, Centre Maurice Halbwachs UMR 8097), Paris.

1. Ces enquêtes sont effectuées pour l'essentiel par l'Insee depuis les initiatives fondatrices du Centre de sociologie sur le droit et les institutions pénales (Ces-dip) au milieu des années 1980.
2. Le raisonnement « toutes choses égales par ailleurs » consiste ici à contrôler des caractéristiques décrivant

► **Références bibliographiques**

- (1) Krug E.-G., Dahlberg L.-L., Mercy J.-A., Zwi A., Lozano-Ascensio R. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002, XXI-282-189] p.
- (2) Beck F., Cavalin C., Maillachon F. dir. *Violences et santé en France : état des lieux*. Paris : La Documentation française, coll. Études et statistiques, 2010 : 280 p.
- (3) Cavalin C. Panorama des violences subies et des personnes qui s'en déclarent victimes. In : Beck F., Cavalin C., Maillachon F. dir. *Violences et santé en France : état des lieux*. Paris : La Documentation française, coll. Études et statistiques, 2010 : p. 71-83.
- (4) Cavalin C. Des parcours de vie difficiles, où surviennent violences et problèmes de santé. In : Beck F., Cavalin C., Maillachon F. dir. *Violences et santé en France : état des lieux*. Paris : La Documentation française, coll. Études et statistiques, 2010 : p. 171-184.



le sexe, l'âge, le lieu de résidence, le lien à la migration, la composition du ménage, la situation par rapport à l'emploi et le niveau de diplôme.

3. Pour plus de détails, en particulier pour quantifier plus précisément ces différentes situations de victimation, se reporter à l'ouvrage (3). Ces résultats sont par ailleurs confortés, pour les violences physiques et sexuelles, par ceux que produit l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) dans son dernier rapport ; synthèse consultable en ligne à l'adresse : <http://www.inbesj.fr/articles/accueil/ondrp/publications/rapports-annuels/le-rapport-2010-b320a651.html> (dernière consultation le 9 janvier 2011).

Pour les rapports précédents, voir : <http://www.inbesj.fr/articles/accueil/ondrp/publications/rapports-annuels-b159.html>

4. Notamment pour ce qui concerne la santé subjectivement perçue ou la morbidité chronique – traditionnellement enregistrées comme plus défavorables pour les femmes –, pour ce qui a trait aussi aux types de pathologies – les femmes présentant plus de problèmes relevant du domaine de la santé mentale (trouble anxieux généralisé ou épisode dépressif majeur par exemple).

5. Notamment mesurée dans l'enquête EVS par le score agrégé de santé physique calculé sur la base du questionnaire standardisé de qualité de vie SF-12v2.

# Violences subies, problèmes de santé et difficultés de vie

**Anne Tursz, pédiatre, épidémiologiste, directeur de recherche à l'Inserm<sup>1</sup>, a préfacé l'ouvrage *Violences et santé en France : état des lieux*<sup>2</sup>. Elle commente ces travaux et plaide notamment pour une enquête qui interrogerait directement les enfants. Elle explique aussi pourquoi le chemin est encore long pour que la violence soit correctement prise en compte.**

Dans le discours politique actuel et dans les médias qui le relaient, la violence semble envahissante, permanente, guettant chaque citoyen et, surtout, en augmentation constante. Pourtant, les historiens le savent bien, la décennie 2001-2010 est l'une des moins violentes que le monde ait jamais connue. Depuis

le XIII<sup>e</sup> siècle, la violence a décliné dans toute l'Europe de l'ouest. Cette diminution s'est accompagnée d'une tolérance de plus en plus faible pour les actes violents, mais n'a pas entraîné leur dévoilement au grand jour, ni favorisé leur connaissance statistique. Le sujet est en fait devenu tabou.

**Objet récent de réflexion**

Longtemps essentiellement limitée à ses aspects physiques et traitée au carrefour de l'action de la police et de celle de la justice, la violence est récemment devenue un objet de réflexion pour le secteur de la santé, dans un contexte de médicalisation de certains phéno-

mènes sociétaux et de sollicitation accrue du système de soins. Il est vrai, en effet, que les conséquences somatiques ou psychologiques de la violence constituent une cause de plus en plus visible de prise en charge par le système de santé et les organismes de protection médico-sociale. De ce fait, les professionnels de la santé, et en particulier ceux de la santé publique, se doivent d'assumer la prévention et la prise en charge des effets sanitaires de la violence.

Cet intérêt pour les aspects sanitaires de la violence s'est trouvé renforcé par le *Rapport mondial sur la violence et la santé* de l'OMS en 2002. Parallèlement, en France, l'Observatoire national de la délinquance (OND, devenu depuis peu ONDRP, Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales) a été créé en 2003 et les rapports annuels de cette institution ont produit, depuis 2007, des informations à la fois sur la criminalité, telle que recensée par la police et la gendarmerie, et sur les résultats des enquêtes de victimation mises en place en association avec l'Insee et rapportant le point de vue des victimes, interrogées sur les agressions qu'elles avaient subies.

Que nous apprennent ces données ? Elles confirment notamment que cette violence est stable ces dernières années et qu'il existe une dissociation entre la fréquence des agressions et le sentiment d'insécurité. Ainsi, le « sentiment d'insécurité dans le quartier » apparaît plus fréquemment cité que les actes de violence. De fait, le discours sécuritaire brouille l'image des conséquences réelles de la violence dont on n'appréhende finalement ni l'ampleur ni les caractéristiques. Et l'on ne sait toujours pas la mesurer, surtout dans sa globalité, c'est-à-dire en incluant toutes ses conséquences, des lésions physiques au retentissement psychologique.

## Dépasser l'émoi suscité par la médiatisation

Face à un *patchwork* assemblant les faits divers véhiculés par les médias (sur les violences conjugales, le syndrome du bébé secoué, les néonaticides, etc.), les données de la police et de la gendarmerie, les résultats des enquêtes de victimation de l'Insee, ceux de travaux de recherche (tels que l'Enquête nationale sur les violences

faites aux femmes – Enveff), etc., l'ouvrage *Violences et santé en France : état des lieux* constitue une véritable tentative d'appréhender et d'objectiver la violence telle qu'elle est vécue par ses victimes, selon une vision globale, incluant notamment des actes de violence psychologique et des faits concernant les deux sexes. Il paraît ainsi opportun de s'intéresser à la question du « genre », c'est-à-dire de comprendre pourquoi ce sont les rôles sexués socialement établis qui sont à l'origine des relations de domination et de pouvoir qui engendrent la violence. Cette approche permet aussi de comprendre que ce sont des mécanismes de discrimination du même type qui sont à l'origine d'actes tels que les violences homophobes.

## Connexion entre violence et santé

Certains des résultats de l'enquête Événements de vie et santé (EVS) qui fournit l'essentiel du matériau de l'ouvrage donnent le frisson puisque, chez 32 % des personnes âgées de 18 à 75 ans, on note des relations entre violences subies, problèmes de santé et difficultés de vie. L'ouvrage a aussi le mérite de contredire des clichés, par exemple en chiffrant l'exposition des jeunes aux violences physiques, car on oublie bien souvent qu'ils peuvent être victimes et pas seulement auteurs. Il est également largement pluridisciplinaire dans son approche du problème et introduit une dimension économique, essentielle ici tant les conséquences de la violence, à court comme à long termes, sont coûteuses.

## Interroger les enfants eux-mêmes

Un seul regret, mais ni les auteurs de l'enquête EVS ni ceux du livre ne peuvent en être tenus pour responsables : aucune enquête qui concernerait directement les enfants (et ne se contenterait donc pas d'interroger les adultes de manière rétrospective) n'a encore vu le jour. Il s'agit là hélas d'une habitude en France, pays dans lequel le statut de l'enfant est devenu misérable : loin d'être une « personne », il semble plutôt être la propriété de sa famille, même si celle-ci est nocive. Et la « violence éducative ordinaire » (giffes, fessées, punitions, paroles dures, etc.) est bien celle qui montre le mieux que la violence traduit l'incapacité à communiquer et

se présente comme un aveu d'impuissance et un dernier recours, qui ne peut être qu'inefficace : quelle est, en effet, la crédibilité de parents qui en sont réduits à utiliser leur supériorité physique comme outil pédagogique ?

En ce domaine, le chemin à parcourir reste long dans notre pays. Face à l'initiative du Conseil de l'Europe « Construire une Europe pour et avec les enfants », visant à lutter contre les châtiments corporels à l'encontre des enfants, une proposition de loi a été déposée en France, mais elle a été immédiatement tournée en dérision et surnommée « loi sur la fessée », sans malheureusement que soit donnée l'opportunité d'une vraie réflexion sur l'enjeu de taille qu'elle soulève. Et il est navrant de constater que divers sondages, dont la valeur scientifique est sans doute sujette à caution mais dont les résultats sont convergents, montrent qu'une majorité de Français est hostile à une loi contre les châtiments corporels, « car ceux-ci apprennent à l'enfant le respect de l'autorité ». Le Conseil de l'Europe, lui, demande à la France d'inscrire dans sa loi l'abolition des châtiments corporels, comme l'ont fait dix-huit pays européens, dont la Suède, l'Espagne, le Portugal, l'Allemagne, etc.

On ne peut qu'espérer que ces travaux contribueront à alimenter la réflexion de ceux qui nous gouvernent, à les prévenir du simplisme qui consiste à cibler des groupes violents selon des critères d'appartenance ethnique, de lieu de résidence ou encore d'âge, à leur rappeler que les auteurs de violences ont bien souvent été des victimes et à leur faire prendre conscience que les enfants sont l'avenir de notre société.

**Anne Tursz**

Pédiatre, épidémiologiste,  
directeur de recherche à l'Inserm.

1. Également auteur de *Violence et santé*, rapport préparatoire au plan national. Paris : La Documentation française, coll. des rapports officiels, 2006 : 256 p. et *Les oubliés. Enfants maltraités en France et par la France*. Paris : Seuil, 2010 : 417 p.

2. Cet article est une synthèse de la préface de l'ouvrage *Violences et santé en France : état des lieux*, Beck F., Cavalin C., Maillochon F. dir. Paris : La Documentation française, coll. Études et statistiques, 2010 : 280 p.



# Une augmentation du tabagisme confirmée en France

**Les premiers résultats du Baromètre santé 2010<sup>1</sup> de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) confirment l'augmentation récente du tabagisme en France. La proportion des fumeurs quotidiens apparaît ainsi en augmentation par rapport à 2005, en particulier chez les femmes. L'ensemble des résultats est toutefois assez contrasté. Ainsi, la proportion des fumeurs de plus de dix cigarettes par jour est en recul.**

Depuis la loi Veil du 9 juillet 1976 et de façon plus intense depuis la loi Evin du 10 janvier 1991, de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour renforcer la lutte contre la consommation de tabac en France. Cette politique a connu des succès importants ces dernières années, récemment encore avec l'entrée en vigueur progressive de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs. Les mesures ont été, selon les périodes, d'intensité variable : les dernières très fortes hausses des prix étant intervenues entre 2002 et 2004, avec un passage de 3,60 euros à 5 euros sur une durée de deux ans du prix du paquet de vingt cigarettes – le plus vendu –, tandis que, depuis 2004, le prix de ce même paquet n'a été augmenté que de 90 centimes d'euros. Le Baromètre santé 2010 de l'Inpes permet de faire le point sur l'évolution de la prévalence du tabagisme depuis 2005, date de la précédente enquête. De par l'importance de l'échantillon (27 658 personnes interrogées) et sa représentativité, cette enquête permet d'étudier ces évolutions sur l'ensemble de la population mais aussi sur des tranches d'âge détaillées ou des segments de population particuliers. Des détails sur la méthode sont disponibles (1).

## Les évolutions depuis 2005 parmi les 15-75 ans

Sur l'ensemble de la population des 15-75 ans, la part de fumeurs quotidiens a augmenté de 2 points entre 2005 et 2010, passant de 27,3 % à 29,1 % ( $p < 0,001$ ). L'évolution de la proportion de fumeurs actuels, c'est-à-dire quotidiens ou occasionnels, est du même

ordre (de 31,8 % à 33,7 % ;  $p < 0,001$ ), avec 37,4 % de fumeurs chez les hommes et 30,2 % chez les femmes en 2010. Si l'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien se révèle assez forte parmi les femmes (de 23,3 % à 26,1 % ;  $p < 0,001$ ), elle n'apparaît pas significative parmi les hommes (de 31,4 % à 32,4 % ; ns) (figures 1 et 2, page suivante).

L'évolution de la prévalence tabagique se révèle assez différenciée selon l'âge. Ainsi, seuls les jeunes hommes (20 à 25 ans) présentent une prévalence du tabagisme quotidien en baisse de presque 5 points, tandis que la hausse concerne principalement les hommes âgés de 26 à 34 ans. Parmi les femmes, la hausse est particulièrement forte pour celles âgées de 45 à 64 ans (augmentation de l'ordre de 7 points sur cette tranche d'âge), et relativement modeste voire inexistante sur les autres tranches d'âge.

Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement parmi les fumeurs réguliers semble, en revanche, avoir légèrement diminué, passant de 15,3 cigarettes par jour en 2005 à 13,7 en 2010. Cette diminution semble plus importante chez les hommes (de 16,6 à 14,9) que chez les femmes (de 13,6 à 12,3). La proportion de fumeurs de plus de dix cigarettes est ainsi passée de 72,1 % en 2005 à 68,6 % en 2010, probablement en lien avec l'interdiction de fumer dans les lieux publics, en particulier sur le lieu de travail.

Tous les indicateurs de vente (à la hausse pour les produits de l'industrie du tabac et à la baisse pour les traitements pour l'arrêt du tabac entre 2007 et 2009) semblent corroborer la reprise du tabagisme illustrée par les données

du *Baromètre santé 2010* et ce, malgré le remboursement des substituts nicotiques et du Champix® à hauteur de cinquante euros par an et par personne depuis février 2007.

## Les origines de la hausse chez les femmes

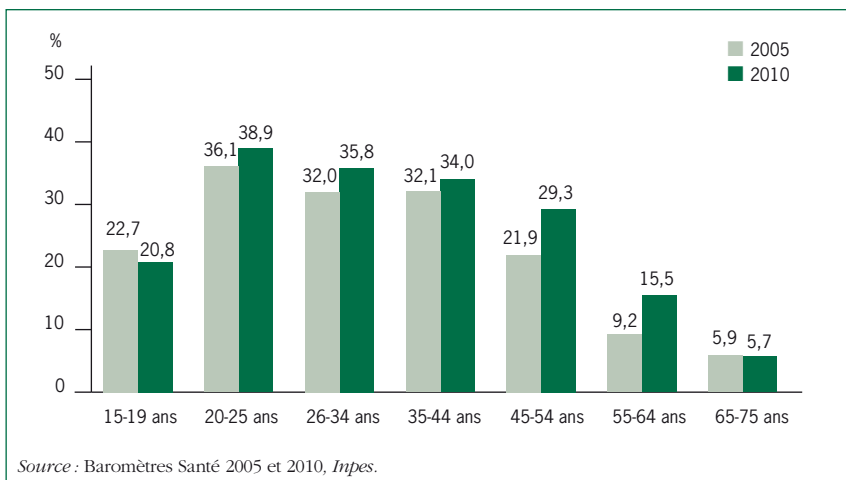
- Une histoire du tabagisme féminin décalée de vingt ans par rapport au tabagisme masculin : la génération née entre 1945 et 1965 est celle de l'émancipation féminine qui s'est accompagnée d'une entrée dans le tabagisme, jusqu'alors stigmatisé pour les femmes, incitée par les stratégies de marketing de l'industrie du tabac développant des produits genrés.

- Le fait que les 45-65 ans, période de la vie plus propice à une reprise du tabagisme, soient une tranche d'âge plus fragilisante pour les femmes que pour les hommes, même si les données du Baromètre santé ne permettent pas d'explorer complètement cette piste. Il se trouve que c'est une génération particulièrement fumeuse qui arrive à cet âge en 2010 (à la fois des fumeuses qui n'arrêtent pas et d'anciennes fumeuses susceptibles de reprendre).

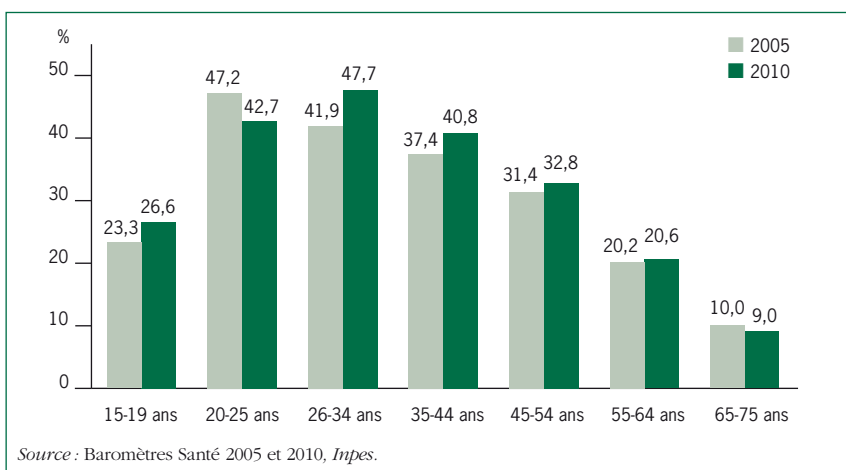
- Le fait que cette génération de femmes ayant une propension à rester ou à redevenir fumeuses se situe dans un contexte de lutte contre le tabagisme moins marqué qu'il ne le fut entre 2000 et 2005.

Alors que les dernières enquêtes menées en France auprès des adolescents montraient un rapprochement entre garçons et filles en termes de tabagisme, les données du Baromètre santé 2010 sur les 15-19 ans semblent

**Figure 1. Évolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes (15-75 ans)**



**Figure 2. Évolution de l'usage quotidien de tabac parmi les hommes (15-75 ans)**



indiquer la tendance d'une baisse parmi les filles et d'une hausse parmi les garçons (même si les évolutions ne sont pas significatives,) de sorte que ces derniers apparaissent nettement plus fumeurs (26,6 %) que les jeunes filles (20,8 %). Cette tendance devra être vérifiée par les enquêtes portant spécifiquement sur la population adolescente. Elle présage peut-être d'une reprise du tabagisme masculin dont le déclin était observé à tous les âges depuis plusieurs décennies.

Les mesures d'interdiction de fumer dans les lieux publics entrées en vigueur successivement en février 2007 et janvier 2008, si elles présentent un intérêt majeur contre le tabagisme passif, n'ont pas eu en France de réel effet sur le tabagisme actif, hormis une légère baisse de la quantité de tabac consommée quotidiennement parmi les fumeurs.

Au regard des évolutions par niveau d'éducation et catégories sociales, les

inégalités sociales face au tabagisme semblent se creuser, ou à tout le moins se maintenir, les personnes en situation de chômage, les personnes ayant un niveau égal ou inférieur au baccalauréat et les employés et ouvriers constituant des populations à cibler en priorité dans les actions de prévention et d'éducation à la santé.

La mise en place en avril 2011, en France, d'avertissements sanitaires s'appuyant sur des images chocs (apposition de photos dissuasives sur les paquets de cigarettes), mesure qui a montré son efficacité outre-Atlantique (2), pourrait contribuer à enrayer cette hausse, même si des études récentes ont montré que l'effet du contexte national sur l'efficacité de telles mesures était particulièrement important.

Ces données du Baromètre santé 2010 ont récemment été mobilisées par les défenseurs de la loi Evin lors du débat sur l'amendement Mathus en

matière d'intégrité des œuvres artistiques et de lutte contre le tabagisme le 26 janvier 2011 à l'Assemblée nationale. Elles ont permis de nourrir la discussion, illustrant par des faits objectifs et récents la nécessité de ne pas fragiliser cette loi considérée comme une référence au niveau mondial, au moment même où le tabagisme regagne du terrain en France. L'Assemblée nationale a finalement renoncé à exclure le patrimoine culturel de la loi Evin contre le tabagisme (laissant ainsi la loi telle quelle), le Parti socialiste retirant un texte en ce sens en échange de la promesse du gouvernement d'élaborer très rapidement une circulaire visant à garantir à la fois la préservation de l'intégrité des œuvres culturelles et les objectifs de lutte contre le tabagisme. Monsieur Hulot, Serge Gainsbourg et Claude Evin peuvent être satisfaits...

**François Beck**

Chef du département Enquêtes et analyses statistiques,

**Romain Guignard**

Chargé d'études et de recherches-statisticien,

**Jean-Baptiste Richard**

Chargé d'études et de recherches-statisticien,

**Jean-Louis Wilquin**

Chargé de recherches « Tabac »,

direction des Affaires scientifiques, Inpes,

**Patrick Peretti-Watel**

Sociologue, Inserm, Marseille.

*1. L'ensemble des résultats de cette enquête sera disponible dans le courant de l'année 2011.*

## ► Références bibliographiques

(1) Beck F., Gautier A., Guignard R., Escalon H., Richard J.-B. Une méthode de prise en compte du dégroupage total dans le plan de sondage des enquêtes téléphoniques auprès des ménages. In : Lavallée P. *Méthodes d'enquêtes et sondages en Europe, Afrique et Amérique du Nord*. Paris : Dunod, coll. Sciences Sup, 2011 (à paraître).

(2) Borland R., Wilson N., Fong G.T., Hammond D., Cummings K.M., Yong H.H., et al. Impact of Graphic and Text Warnings on Cigarette Packs: Findings from Four Countries over Five Years. *Tobacco Control*, 2009, vol. 18, n° 5 : p. 358-364.

# Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés

Le mouvement de la promotion de la santé, influencé par les préceptes de la charte d'Ottawa, se construit autour d'une vision « socio-écologique » de la santé, prenant en compte les déterminants individuels mais aussi socio-environnementaux de la santé dans des stratégies d'intervention. Ces stratégies doivent être intersectorielles et combiner des actions de nature communautaire, politique et sociale. Or, pour ce qui concerne la population des aînés, la recherche sur ces dimensions importantes de la santé est encore très centrée sur les déterminants individuels : modes de vie, compétences psychosociales, attitudes, sentiment d'efficacité personnelle et comportements.

Ce dossier fait part des recherches les plus récentes qui démontrent la pertinence de cette approche « écologique » donnant toute sa place aux déterminants socio-environnementaux de la santé. Il permet de porter à la connaissance du public des travaux scientifiques collectés dans le cadre d'un programme franco-québécois échelonné sur deux années (2009-2011)<sup>1</sup>. Ce programme a justement pour objectif de renforcer le maillage entre des équipes de chercheurs et d'intervenants québécois et français autour de pratiques novatrices d'intervention et de formation dans la prise en compte des déterminants socio-environnementaux de la santé des personnes âgées<sup>2</sup>.

La participation sociale est un déterminant-clé de la santé et de la qualité de vie des aînés. Alors que l'impact sur la participation sociale de facteurs individuels tels que l'âge ou l'état de santé est examiné depuis longtemps chez les aînés, quelques travaux récents s'intéressent au rôle de l'environnement résidentiel. Ils démontrent notamment que des voisinages riches en ressources accessibles favorisent la qualité de vie des aînés, notamment par un impact sur la marche, la fréquentation des ressources et la convivialité. Le développement de solutions de transport adaptées à la demande, l'aménagement de lieux collectifs et d'espaces publics au plus près des besoins et des capacités en mobi-

lité des aînés, sont des pistes d'action pour améliorer leur qualité de vie. Par ailleurs, de nouvelles méthodes d'investigation, comme les « cartes mentales » – de plus en plus utilisées par les chercheurs et qui permettent à la personne âgée d'expliquer comment elle se déplace ainsi que les obstacles rencontrés – permettront de donner la parole aux habitants en cartographiant les lieux conviviaux et ceux peu adaptés en termes de sécurité et d'aménagement urbain. En résumé, c'est toute l'architecture du quartier et de ses équipements qu'il convient de questionner et de repenser.

L'aménagement de l'environnement au plus près des besoins des personnes âgées ouvre la voie à des mobilités et à des temporalités qui leur permettent de mieux s'approprier un espace de vie au quotidien. La participation sociale est une forme de pratique spatiale, s'inscrivant dans la qualité de vie de leur espace, vécu, perçu et approprié. La refonte de l'architecture de tout un quartier est le fruit d'engagements bénévoles, politiques, citoyens, créatifs, récréatifs ou sportifs, qui permettent à la participation sociale de devenir réalité. Comme le démontrent les travaux scientifiques les plus récents, il y a beaucoup à faire pour que l'espace urbain soit propice à la promotion de la vitalité cognitive chez les aînés. Le niveau socio-économique du quartier de résidence et le réseau social ont ainsi été identifiés comme facteurs associés.

Dossier coordonné par **Lucette Barthélémy**, chargée d'expertise en promotion de la santé des personnes âgées, Inpes, **Stéphanie Pin**, responsable des programmes « Cycles de vie », Inpes, **Lucie Richard**, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Directrice adjointe IRSPUM, université de Montréal, et **Johanne Filiatrault**, Professeure adjointe, École de réadaptation, université de Montréal, chercheure, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

La qualité de l'âge adulte avancé est le résultat d'un compromis réussi entre la personne, son réseau social, la société et, bien évidemment, les pouvoirs publics. Nous savons fort bien que, trop souvent, les personnes « fragiles » qui auraient le plus besoin d'actions participent peu aux activités de prévention et de promotion de la santé parce que nos modes de communication et d'action ne les atteignent pas. C'est cette question des inégalités sociales de santé des aînés qu'il est urgent d'interroger dans les différents programmes de santé publique qui leur sont destinés, en se donnant les moyens de rejoindre les personnes âgées les plus fragiles et en construisant des programmes écologiques prenant en compte les déterminants individuels et socio-environnementaux.

**Lucette Barthélémy, Stéphanie Pin,  
Lucie Richard, Johanne Filiatrault.**

1. Ce dossier s'inscrit dans un programme 2009-2011 « Déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés : données probantes et pratiques prometteuses en matière de promotion de la vitalité cognitive, la participation sociale, l'activité physique et les saines habitudes alimentaires » financé par le ministère des Relations internationales du Québec dans le cadre de la 62<sup>e</sup> Commission permanente de coopération franco-québécoise.

2. À noter que l'analyse des fondements théoriques, la recension des données probantes et l'analyse des pratiques prometteuses seront développées dans un guide d'aide à l'action sur l'approche écologique, fournissant des exemples concrets d'interventions de prévention et de promotion de la santé pour les aînés, qui sera publié ultérieurement.



Illustrations : **Sylvia Lulin**

# Créer un environnement favorable à la santé des aînés : une étude probante au Canada

**L'environnement – urbanisme, équipements et services – peut-il être favorable à la santé des aînés ? Une étude réalisée par des chercheurs canadiens démontre l'impact important d'un environnement adapté et favorable à la pratique de la marche, aux relations sociales et à la convivialité. Cette approche, dite « écologique » puisqu'elle prend en compte l'environnement et pas seulement les comportements individuels, démontre que si l'on veut améliorer la qualité de vie des aînés – et donc leur santé –, c'est toute l'architecture du quartier et ses équipements qu'il convient de repenser.**

L'approche écologique et l'action sur les déterminants socio-environnementaux qui y est inhérente sont au cœur de l'agenda de santé publique depuis maintenant plus de deux décennies. L.W. Green, L. Richard et L. Potvin (1) ont retracé les origines de l'approche écologique en promotion de la santé et ont analysé les quelques modèles écologiques proposés pour la recherche et l'intervention dans ce domaine. Des mises à jour de ce travail initial ont été proposées périodiquement depuis (2, 3). En parallèle, plusieurs facteurs ont contribué à maintenir un niveau d'intérêt élevé pour les modèles écologiques en promotion de la santé (2) :

- une résurgence de l'intérêt pour les inégalités sociales de santé, laquelle a contribué à remettre à l'ordre du jour les déterminants macro-contextuels de la santé : facteurs socio-économiques, genre et autres influences sociales et culturelles ;
- la réflexion menée en épidémiologie quant aux limites des modèles causaux dominants, appuyés sur une vision linéaire et séquentielle de la causalité et mettant l'accent sur les déterminants individuels de la santé ;
- les résultats décevants des grands programmes communautaires d'éducation à la santé cardio-vasculaire, implantés aux États-Unis et montrant l'impact limité des initiatives visant en priorité le changement des facteurs individuels (comportements, attitudes, etc.) ;



- le développement de nouvelles méthodes d'analyse permettant dorénavant une étude approfondie des effets de l'environnement sur les comportements de santé, notamment les analyses spatiales et les modèles multi-niveaux.

La convergence de ces facteurs a pavé la voie à un effort de recherche accru en vue d'identifier et de comprendre les modalités d'action des déterminants de la santé liés à différentes dimensions de l'environnement. Inspirés des modèles écologiques en promo-

tion de la santé et de développements conceptuels dans d'autres disciplines (urbanisme, sociologie, sciences politiques, etc.), ces travaux permettent l'assemblage de données probantes qui viendront appuyer des programmes novateurs visant non plus seulement les comportements et leurs déterminants individuels mais aussi les dimensions de l'environnement telles que les réseaux sociaux, les organisations, la communauté et les politiques publiques. C'est dans ce paradigme de recherche et d'action que s'inscrit l'étude VoisiNuAge.

## L'étude VoisiNuAge

VoisiNuAge porte avant tout sur l'effet des conditions de vie dans les quartiers sur la santé des aînés, plus particulièrement en regard de trois classes de comportements : la participation sociale, l'activité physique et la nutrition. Financée par les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), VoisiNuAge est née de l'intégration de deux initiatives québécoises de recherche majeures : l'Étude longitudinale québécoise sur la nutrition et le vieillissement réussi (NuAge) (4) et le système d'information géographique (SIG) Megaphone (*Montreal Epidemiological and Geographical Analysis of Population Health Outcomes and Neighbourhood Effects*) (5). Initiée en décembre 2003, NuAge (financée par les IRSC) a rendu possible le suivi d'une cohorte de 1 793 aînés dans les régions de Sherbrooke et de Montréal sur une période de quatre années. Les données collectées par des nutritionnistes et des infirmières incluent des mesures biologiques, fonctionnelles, psychologiques et sociales. Le SIG Megaphone, développé par M. Daniel et Y. Kestens dans le cadre de travaux menés à la Chaire de recherche du Canada en santé des

populations et déterminants biopsychosociaux, au Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM), comprend une variété d'informations sur les dimensions physiques, sociales et communautaires des quartiers de la région métropolitaine de Montréal. Le jumelage et l'analyse des données disponibles dans ces deux infrastructures offrent un potentiel remarquable d'avancée des connaissances sur les déterminants environnementaux de diverses dimensions de la santé des aînés.

Une série de travaux a d'abord été conduite pour constituer une banque d'informations sur les caractéristiques des quartiers de résidence des participants résidant à Montréal ou à Laval (6). Impliquant une variété de méthodes d'analyse spatiale, cette étape a ainsi permis d'établir les caractéristiques du voisinage immédiat des participants, à la fois en ce qui concerne le profil sociodémographique (par exemple, la proportion d'aînés, le revenu moyen, etc.) et l'accessibilité aux services et ressources communautaires (en mesurant, par exemple, la distance à l'épicerie

la plus proche, ou encore la densité de différents services dans le quartier). Forte de ces informations, l'équipe de recherche a entrepris une série d'études visant l'identification de facteurs environnementaux et individuels associés aux comportements de santé des aînés. Voici succinctement les résultats obtenus en matière de participation sociale et de mode de vie actif.

## Participation sociale

La participation sociale est un déterminant-clé de la santé et de la qualité de vie des aînés. Alors que l'impact de facteurs individuels tels que l'âge ou l'état de santé sur la participation sociale est examiné depuis longtemps, seulement quelques travaux ont commencé à s'intéresser au rôle de l'environnement résidentiel. Des voisinages riches en ressources accessibles à pied semblent ainsi favoriser la participation sociale des aînés. Notre objectif dans cette étude (7) était précisément d'examiner l'association entre, d'une part, l'accès à une série de services et de ressources du quartier – donnée dérivée des informations contenues dans Megaphone – et, d'autre part, un score de participation sociale dérivé d'un questionnaire validé (8). Les analyses ont porté sur les participants présents dans la cohorte à l'année 3 du suivi et n'ayant pas déménagé depuis leur entrée dans l'étude. Les variables de contrôle avaient trait aux caractéristiques sociodémographiques et de santé, au réseau social et aux perceptions liées au quartier (*lire l'encadré*). Les résultats montrent que les résidents habitant plus près des ressources et des services présentent une probabilité plus forte d'avoir un score élevé de participation sociale.

## Pratique de la marche

Tout comme la participation sociale, l'adoption et le maintien d'un mode de vie actif sont des déterminants clés de la santé. Toutefois, à l'instar des populations plus jeunes, une majorité d'aînés ne respecte pas les recommandations de santé publique en matière de dépense énergétique. Le maintien d'un mode de vie actif représente également un défi important pour ce groupe d'âge. Plusieurs données indiquent que la marche est l'activité physique la plus largement adoptée par la population en général et chez les aînés en particulier. Ainsi, nous avons examiné l'association

## Définition de l'approche écologique

Identifiée comme un des axes centraux de la nouvelle santé publique et du mouvement de promotion de la santé, l'approche écologique propose un cadre de recherche et d'intervention reposant sur une vision élargie des déterminants de la santé (déterminants individuels, mais aussi socio-environnementaux : environnement du domicile et du quartier, participation sociale, accessibilité aux équipements et aux services de santé...).

## Variables utilisées dans les analyses

### Mesures dérivées de Megaphone

Distances entre domicile et ressources/services dans quartier : épicerie/supermarché, dépanneur/superette, boutique d'alimentation spécialisée, banque, pharmacie, centre communautaire ou de loisirs, centre sportif, restaurant/bistro/café, bibliothèque/maison de la culture, librairie, centre commercial, église/lieu de culte, cinéma/théâtre.

### Mesures déclarées

- Fréquence mensuelle de participation à dix types d'activités sociales (comme assister à des événements culturels, prendre des cours, faire du bénévolat) ;
- fréquence hebdomadaire d'épisodes de marche à l'extérieur du domicile ;
- caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, scolarité, état matrimonial, pays de naissance, revenu familial annuel ;
- santé : qualité de vie reliée à la santé, dépression, autonomie fonctionnelle ;
- habitat et environnement social : nombre d'années dans le logement et dans le quartier, enfants dans le quartier, sentiment d'appartenance au quartier, proximité du réseau social, soutien social ;
- environnement piétonnier et services de transports : convivialité de l'environnement piétonnier, accès aux transports collectifs et utilisation, permis de conduire et accès à un véhicule dans le ménage ;
- accès aux ressources et services dans le quartier : accessibilité globale (4 items), proportion de services/ressources situés à moins de cinq minutes de la résidence.

entre l'accès à une série de services et de ressources du quartier et le maintien d'une fréquence hebdomadaire élevée d'épisodes de marche sur une période de deux ans (9). Les analyses ont porté sur les participants présents dans la cohorte à l'année 3 du suivi, n'ayant pas déménagé depuis leur entrée dans l'étude, et ayant fourni des données sur la fréquence d'épisodes de marche. Les variables de contrôle étaient, comme pour la participation sociale, les caractéristiques sociodémographiques et de santé, le réseau social et les perceptions liées au quartier (*lire l'encadré*). Nous avons observé qu'un meilleur accès aux services est associé à une probabi-

lité plus élevée d'épisodes de marche plus fréquents lors de la première collecte de données. Cette association demeure stable à travers le temps, c'est-à-dire qu'elle ne s'atténue pas ou ne s'accroît pas sur une période de deux ans de suivi de la cohorte.

### Conclusion

À l'instar de travaux de plus en plus nombreux, les résultats de l'étude VoisiNuAge montrent le potentiel d'impact des environnements résidentiels dans l'adoption et le maintien de comportements liés à la santé chez les aînés. Les travaux se poursuivent dans cette perspective en intégrant à l'analyse de nou-

velles mesures de l'environnement et d'autres comportements tels que l'alimentation ou l'utilisation du transport collectif. Il importe de poursuivre l'avancée des connaissances dans ces sphères pour alimenter la réflexion et l'action sur les mesures à mettre en place pour maintenir et améliorer la santé des populations d'aînés.

**Lucie Richard**<sup>1,2,3,4</sup>, **Lise Gauvin**<sup>4,5,6</sup>,  
**Yan Kestens**<sup>5,6</sup>, **Bryna Shatenstein**<sup>7,3</sup>,  
**Hélène Payette**<sup>8,9</sup>, **Mark Daniel**<sup>10,11</sup>,  
**Geneviève Mercille**<sup>2,6</sup>



1. Faculté des sciences infirmières, université de Montréal.

2. Institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal (IRSPUM), Montréal, Québec, Canada.

3. Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, université de Montréal.

4. Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal.

5. Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM).

6. Département de médecine sociale et préventive, université de Montréal.

7. Département de nutrition, université de Montréal.

8. Département des sciences de la santé communautaire, université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.

9. Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS, Sherbrooke.

10. Sansom Institute for Health Research, University of South Australia, GPO Box 2471, Adelaide (South Australia) 5001, Australia.

11. Department of Medicine, St Vincent's Hospital, The University of Melbourne, 29 Regent Street Fitzroy, Melbourne (Victoria) 3065, Australia.

### Contact

Faculté des sciences infirmières, université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre-ville, Montréal QC Canada H3C 3J7  
[lucie.richard@umontreal.ca](mailto:lucie.richard@umontreal.ca)

## ► Références bibliographiques

(1) Green L.W., Richard L., Potvin L. Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1996, vol. 10, n° 4 : p. 270-281.

(2) 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.

(3) Sallis J.F., Owen N., Fisher E.B. *Ecological models of health behavior*. In : Glanz K., Rimer B.K., Viswanath K. (Eds). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco : Jossey-Bass, 2008 : p. 465-485.

(4) Payette H., Gueye N.D.R., Gaudreau P., Morais J.A., Shatenstein B., Gray-Donald K. Tra-

jectories of physical function decline and psychological functioning: The Québec longitudinal study on nutrition and successful aging (NuAge). *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 2010.

(5) Daniel M., Kestens Y. *Montreal Epidemiological and Geographical Analysis of Population Health Outcomes and Neighbourhood Effects*. Montréal : Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal, 2007.

(6) Kestens Y., et al. *Harnessing the potential of geographic information system to advance knowledge of the environmental determinants of healthy aging: Results from the The VoisiNuAge Study*. Under review.

(7) Richard L., et al. *Access to local services*

*and amenities conducive to social activity and social participation in a cohort of urban-dwelling older adults: Results from the VoisiNuAge Study*. Under review.

(8) 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, vol. 24, n° 1 : p. 46-57.

(9) Gauvin L., et al. *Access to local services and amenities conducive to social activity and walking behavior in a cohort of urban-dwelling older adults: Results from the VoisiNuAge Study*. Under review.

# Représentations sociales du vieillissement : changer de regard

**La société porte un regard souvent peu amène et assez pessimiste sur la vieillesse. Contrairement aux représentations sociales dominantes, la majeure partie des personnes âgées vit un vieillissement qui n'est pas synonyme d'invalidité. Le chercheur Stéphane Alvarez s'est entretenu avec des personnes âgées pour les faire parler de leur « parcours de vie » et de leur vision de la vieillesse. Il en ressort que vieillesse et vieillissement ne peuvent être pensés en dehors du contexte socio-environnemental. Donner la parole à des personnes âgées afin qu'elles mettent des mots sur leur expérience du vieillir montre à quel point le vieillissement est différencié selon le sexe, le milieu social et bien d'autres facteurs. Une façon de donner une image plus exhaustive de la vieillesse, et plus seulement sous le seul prisme des incapacités naissantes.**

Simone de Beauvoir donnait de la vieillesse une définition prenant en compte la pluralité de ses dimensions : « *c'est un phénomène biologique : l'organisme de l'homme âgé présente certaines singularités. Elle entraîne des conséquences psychologiques : certaines conduites sont considérées à juste titre comme caractérisant le grand âge. Comme toutes les situations humaines, elle a une dimension existentielle : elle modifie le rapport de l'individu au temps, donc son rapport au monde et à sa propre histoire. D'autre part, l'homme ne vit jamais à l'état de nature ; dans sa vieillesse, comme à tout âge, son statut lui est imposé par la société à laquelle il appartient* » (1). Il convient donc, lorsque l'on pense la vieillesse, de considérer ensemble ces différents aspects qui, loin d'être déconnectés les uns des autres par des modes de fonctionnement ayant leurs logiques propres, agissent et réagissent sur chacun d'entre eux et font de cette étape du parcours de vie une expérience individuelle et singulière de l'avancée en âge.

C'est en donnant de l'importance au parcours de vie des personnes âgées que l'on peut saisir le sens donné à cette expérience de la vieillesse et ainsi décaler son regard par rapport aux représentations sociales, qui ne contri-

buent pas à donner une image heureuse d'une population pourtant fortement hétérogène. Ainsi, lors de deux enquêtes dont l'une porte sur la qualité de l'aide au domicile des personnes âgées et l'autre sur les pratiques sociales des retraités, nous avons interrogé trente personnes âgées lors d'entretiens semi-directifs de recherche. Il s'agit notamment pour nous de saisir le sens que donnent les personnes âgées aux interventions de professionnels de l'aide à domicile ainsi que de dégager les axes de la structuration pratique de la vie ordinaire des retraité(e)s interrogé(e)s. Afin de mettre en lumière le décalage qui existe entre les représentations sociales ayant trait à la vieillesse et le sens que les personnes âgées donnent à cette étape du parcours de vie, nous mobilisons certains extraits d'entretiens parmi les plus pertinents pour changer de regard sur la vieillesse et le vieillissement.

## **Des représentations sociales négatives élaborées sous le prisme de la santé**

Pour signifier le passage d'un statut à un autre dans la vie d'un homme, notre société établit des « rites de passage ». Ainsi, l'adolescent attend impatiemment l'âge de 18 ans pour être admis dans la communauté des adultes, communauté à laquelle sont associés

de nouveaux droits et devoirs, qu'il gardera toute sa vie, ainsi que de nouvelles pratiques (il pourra, par exemple, acquérir le permis de conduire ainsi que le droit de vote). Ce rite de passage manifeste une ascension, une promotion. À l'intérieur de cette communauté des adultes se distingue la vieillesse, qui paraît être atteinte lors de la retraite. Ce moment est en effet le rite de passage principal signifiant l'appartenance à une nouvelle catégorie de la population : les retraités, dont on a pu penser, avec Anne-Marie Guillemard (2), qu'ils étaient confrontés à une « mort sociale ». Nous ne sommes plus dans un idéal d'ascension mais dans un déclin, comme nous le fait remarquer madame Guillon, 69 ans : « *La retraite, pour moi, ça fait trop voir qu'on n'est plus bon à rien, que ça marque une nouvelle vie, mais qu'on n'est plus bon à rien.* »<sup>1</sup>

Ce déclin social ressenti par certains peut s'accompagner d'un déclin biologique qui caractérise le processus du vieillissement et pointe l'état de la vieillesse : notre corps nous impose un affaiblissement de nos capacités physiques, cognitives, adaptatives, etc. Ainsi, au-delà de la retraite qui prend le caractère d'une initiation à « une nouvelle vie », elle aussi sujette à de nouvelles pratiques sociales qui dépendent de la conduite de sa situation de



retraite<sup>2</sup>, on rencontre, durant la vieillesse, d'autres « rites de passage » qui établissent des modifications successives du statut social, comme, par exemple, l'entrée dans la grand-parentalité. Les prestations sociales pour les personnes âgées manifestant un besoin d'aide dans la conduite de leur vie quotidienne, attribuées après une évaluation de leur état de santé<sup>3</sup>, constituent également, selon nous, des éléments de ritualisation en ce sens qu'ils donnent à voir l'image de la vieillesse véhiculée par notre société. Une image essentiellement négative<sup>4</sup> qui repose sur les déterminants individuels de la santé des personnes âgées et fait ainsi de la vieillesse, dans l'imaginaire collectif, « la seule maladie dont on ne peut espérer guérir » d'après la fameuse réplique d'Orson Welles dans le film *Citizen Kane*.

Les études en gériatrie et en gérontologie montrent, en effet, que si « rites de passage » il y a lors de la vieillesse, ceux-ci peuvent se donner à voir dans le parcours de santé (8). Ainsi, la vieillesse constituerait un processus qui passe par le statut d'indépendant, lorsque l'état de santé de la personne, entendu au sens large<sup>5</sup>, lui permet de mener sa vie quotidienne de façon autonome, sans aide extérieure nécessaire. La fragilité serait la deuxième

étape de ce processus, lorsque certaines dimensions de la santé de la personne sont atteintes. Prenons par exemple l'apparition de difficultés croissantes altérant la mobilité et le potentiel énergétique de la personne. Cette fragilité correspond selon nous, en suivant l'analyse de Serge Paugam (9) lors de son étude sur un public différent que sont les salariés précaires, « à un apprentissage de la disqualification sociale ». Une sorte de phase antérieure à la troisième étape du parcours dans les statuts de santé des personnes âgées qu'est la dépendance et qui les plonge dans l'incapacité à réaliser seules les actes essentiels de la vie quotidienne : s'habiller, se nourrir, se déplacer, se laver, etc. Bien entendu, les trajectoires dans le statut de santé ne sont pas toutes linéaires. Les personnes âgées ne passent pas nécessairement par chacune des étapes du triptyque proposé par C. Lalive d'Épinay et son équipe. L'état de santé peut être stable chez une personne ou en rémission chez d'autres.

De telles enquêtes sont utiles pour comprendre l'influence de la santé sur le parcours de vie à la vieillesse, et ainsi sur les différents mondes de vie quotidienne habités par les personnes âgées selon leur statut de santé. Elles nous aident également à ne pas oublier un fait

important : contrairement aux représentations sociales associées à la vieillesse, la plus grande partie des personnes âgées vivent un vieillissement normal, non pathologique. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent en France 16,7 % de la population totale (10), mais seulement 1 100 000 personnes sont catégorisées comme « dépendantes » (11), soit environ 10 % de la population des personnes âgées. Il faut donc veiller à ne pas faire de la vieillesse une synecdoque, puisque ces chiffres nous montrent qu'il est injuste de prendre une partie de cette population comme caractérisant celle-ci dans son ensemble.

### Penser la vieillesse et le vieillissement en termes de parcours de vie

D'autres chiffres viennent appuyer la thèse selon laquelle la vieillesse ne recouvre pas de réalité bien définie. Prenons par exemple l'espérance de vie à 60 ans. Des écarts non négligeables existent selon le sexe : en 2008, elle est en moyenne de 26,7 ans pour une femme et de 21,9 ans pour un homme ; selon les régions : l'espérance de vie est par exemple de 82 ans pour une femme dans la région Nord-Pas-de-Calais et de 85,2 ans pour une femme en Rhône-Alpes ; mais également selon le métier exercé : on constate une espérance de vie de sept



ans inférieure pour un ouvrier non qualifié par rapport à un cadre supérieur.

Ces données mettent en lumière le fait que la vieillesse et le vieillissement ne peuvent être pensés en dehors du contexte socio-environnemental et qu'une approche du vieillissement qui se veut en rupture avec les représentations sociales ne peut faire l'économie d'une approche individuelle qui prenne comme pivot de l'analyse le parcours de vie de la personne âgée. C'est en effet dans la parole de ces hommes et de ces femmes que les représentations personnelles et les expériences subjectives de l'avancée en âge donnent le mieux à voir une vieillesse plurielle, hétérogène. Il est d'ailleurs significatif d'entendre les personnes âgées elles-mêmes penser leur situation en termes de classes sociales, de conditions de vie antérieure et, finalement, vivre leur vieillesse en lien avec ce qui a fait sens pour elles au cours de leur vie : madame Guillon, 69 ans, ancienne serveuse dans un hôtel d'une station de ski iséroise, et qui a toujours vécu en milieu rural, nous dit : « On peut pas avoir des payes d'ingénieur si on est simple ouvrier. Eh ! Comme la retraite, c'est joli la retraite, mais moi j'ai une retraite d'employée, de simple ouvrière. Mais je peux pas avoir une retraite d'ingénieur, je peux pas avoir une retraite de ministre. Faut être juste !

*Ça va selon notre salaire, la retraite c'est pareil, elle va selon notre salaire. [...] Je peux pas dire que je suis une femme qui aime les voyages. Ni les voyages, ni les bijoux. Je suis simple, je suis pas de celles-là, je suis pas comme ça. Simple, simple. Toute ma vie ça a été comme ça. »*

Si madame Guillon vit une vie « simple », c'est en lien avec un ensemble de valeurs et de références culturelles intimes, socialement et historiquement datées, qui donne sens à son existence. Il est également pertinent de les intégrer dans l'analyse de l'apparition de problèmes de santé chez une personne âgée. Monsieur El Malla, 75 ans, qui a connu un parcours migratoire de l'Algérie vers la France à l'âge de 20 ans, a été exposé à l'amiante lors de sa carrière d'ouvrier dans une usine de produits chimiques<sup>6</sup>. Aujourd'hui gravement atteint par « la plaque de l'amiante » à cause de laquelle « [il] n'arrive plus à rien », il a abandonné les démarches pour faire reconnaître sa maladie en tant que maladie professionnelle :

– « Avant on n'était pas Français. On n'avait pas le livret de famille français, la carte d'identité française. Jusqu'à avant l'Indépendance, tous les papiers français on les avait pas. Après, bon, on... ils nous ont mis à l'usine, et là on était sous la charge de la France, mais on n'avait pas les papiers.

– *Maintenant vous ne voulez plus avoir à faire avec les services publics de la France ?*

– *[...] Quand on rentre dedans, on se fatigue pour rien. Pourquoi ? La première chose, c'est qu'on comprend pas bien le français. La deuxième chose, on connaît pas bien la loi. Troisième chose, on est... des pauvres ouvriers. Comment vous voulez connaître les gens comme ça ? Et eux, à la Sécurité sociale, ils nous connaissent pas. (Soupir). [...] Il y a deux mois qu'il est passé le dernier expert, et ça a rien fait du tout. Rien du tout du tout. La Sécurité sociale, elle m'a renvoyé la lettre, elle m'a dit que j'avais rien. [...] Alors après j'ai arrêté, j'ai dit : c'est pas la peine. »*

Monsieur El Malla inscrit ainsi sa maladie dans le contexte plus large de sa condition sociale, de la difficulté d'accès aux systèmes étatiques, de l'aide apportée par sa famille. Faire le choix de vivre sa maladie et sa vieillesse en dehors des systèmes d'aide (il refuse en effet d'effectuer les démarches pour le recours à l'APA), c'est la suite logique d'un parcours de vie lors duquel il a fallu « s'apprendre à lutter » comme nous le dira monsieur Lartaud, 90 ans, qui a connu les affres de la Seconde Guerre mondiale, « période clé » de sa vie. Le même vocabulaire est aujourd'hui employé par ce monsieur lorsqu'il s'agit de faire face aux problèmes de santé qui se succèdent lors de sa vieillesse : « Les médicaments ? Moi, je crois qu'il faut restreindre. L'organisme par lui-même cherche à lutter contre la maladie. Il faut pas lui enlever cette possibilité qu'il a. » La vieillesse et ce qu'elle implique n'est ainsi pas vécue en dehors de tout ce qui a construit la personne, les événements passés et présents (veuvage, mobilité résidentielle contrainte, etc.) qui font système et ne sont pas sans conséquence sur le vécu et la conduite de sa vieillesse.

### « Quand viendra notre tour... »

Donner la parole aux personnes âgées afin qu'elles mettent des mots sur leur expérience du vieillir permet de compléter ce que les données statistiques disponibles et les études mentionnées tendent à montrer : il n'existe pas une manière de vieillir, mais bien un « vieillissement différencié » selon le sexe, l'inscription territoriale, le milieu social et bien d'autres facteurs. Les événements, heureux et malheureux, qui jalonnent la vie de tout homme laissent

## ► Références bibliographiques

- (1) De Beauvoir S. *La vieillesse*. Paris : Gallimard, 1970 : 608 p.
- (2) Guillemard A.-M. *La retraite, une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*. Paris : éditions du Mouton, 1972 : 404 p.
- (3) Finielz É., Piotet F. La problématique de la notion de « fragilité » au cœur d'une politique de prévention de la dépendance. *Lien social et politiques*, 2009, n° 62 : p. 149-161.
- (4) Puijalon B., Trincaz J. *Le droit de vieillir*. Paris : Fayard, coll. Documents, 2000 : 281 p.
- (5) Trincaz J., Puijalon B. Vieillir en terre hostile. In : Carbone S., dir. *Penser les vieillesse. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*. Paris : Seli Arslan, 2010 : p. 21-36.
- (6) Hummel C. Représentations de la vieillesse chez des jeunes adultes et des octogénaires. *Gérontologie et société*, 2001, n° 98 : p. 239-252.
- (7) Lalive d'Épinay C., Pin S., Spini D., Guilley E. Impact des relations sociales sur le maintien de

- l'indépendance durant la grande vieillesse : Résultats d'une étude longitudinale suisse. *L'Année gérontologique*, 2003, vol. 17, n° 1 : p. 315-331.
- (8) Lalive d'Épinay C., Spini D. *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec : Presses de l'Université de Laval, coll. Sociologie contemporaine, 2007 : 378 p.
- (9) Paugam S. *La disqualification sociale*. Paris : Puf, coll. « Quadrige », 2009 (1<sup>ère</sup> éd., 1991) : 288 p.
- (10) Pla A., Beaumel C. *Bilan démographique 2009. Deux pacs pour trois mariages*. Insee Première, 2010, n° 1276 : 4 p.
- (11) Drees. Enquête sur l'allocation personnalisée d'autonomie. *Résultats de l'enquête trimestrielle*, 2010, n° 3 : 2 p.
- (12) Guinard-Kunstler P., Renaud M.-T. *Mieux vivre la vieillesse. 100 réponses aux questions des personnes âgées et de leur entourage*. Paris : éditions de l'Atelier, 2006 : 255 p.

également une trace indélébile par le fait qu'ils contribuent à faire d'une personne ce qu'elle est lors de la dernière étape du parcours de vie. Penser la vieillesse dans son rapport avec les autres âges de la vie présente un avantage majeur pour le fonctionnement de notre société : donner une image plus exhaustive de ce qu'est la vieillesse et ne plus la voir sous le seul signe des incapacités naissantes. Et ainsi remettre en question ce que Simone de Beauvoir faisait apparaître dans son essai sur la vieillesse : « devant l'image que les vieilles gens nous proposent de notre avenir, nous demeurons incroyables ; une voix en nous murmure absurde-ment que ça ne nous arrivera pas : ce ne sera plus nous quand ça arrivera. » Bien au contraire, nous serons alors le produit de notre vie.

Comment prendre en compte la personne âgée lorsque l'on travaille au quotidien auprès d'elle, que l'on entre dans son intimité, dans son domicile ou dans un lieu de vie collectif et que l'on touche au plus près cette intimité, les objets personnels ? La reconnaissance de l'usager en tant qu'acteur et sujet,

préconisation au centre de la loi 2002-2 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale, demande aux professionnels de prendre en compte le sujet en tant qu'expert singulier, détenteur de compétences pour dire ce qui est le mieux adapté pour lui-même. Il ne s'agit donc pas de remettre en cause l'expertise externe assumée par les différents professionnels qui interviennent dans l'aide et l'accompagnement, mais simplement de rendre à nos aînés la parole qui peut être « confisquée » (12) par l'expertise externe mais aussi parfois par les familles.

**Stéphane Alvarez**

Doctorant en sociologie,  
Laboratoire UMR Pacte 5194 CNRS  
et Centre pluridisciplinaire de gérontologie,  
université Pierre-Mendès-France, Grenoble 2.

1. Entretien réalisé dans le cadre de l'Observatoire des pratiques sociales des retraités, du Centre pluridisciplinaire de gérontologie (CPDG) de l'université Pierre Mendès-France – Grenoble 2.

2. Anne-Marie Guillemard a distingué cinq types de conduites en situation de retraite : la retraite-troisième âge, la retraite-loisirs, la retraite-revendication,

la retraite-participation et la retraite-retrait. Ces modes de vie après la retraite sont grandement conditionnés par le type d'activité et le mode de vie menés durant la vie active.

3. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) concerne les personnes âgées catégorisées comme « dépendantes » à la suite d'une évaluation de leurs incapacités par le biais de la grille Aggir (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). La grille Aggir constitue un outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique des demandeurs de l'APA, dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens et évalue l'aspect sanitaire de la personne. Les personnes catégorisées comme « fragiles » selon la grille Aggir entrent pour leur part dans le champ d'action de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) qui met en œuvre une politique d'action de prévention de la dépendance (3).

4. Si nous insistons ici sur le versant négatif de l'imaginaire ayant trait à la vieillesse, il ne faut cependant pas omettre le fait que cet imaginaire est ambivalent (4-6). Ces auteurs ont montré que le visage de la vieillesse est complexe et mêle des aspects à la fois positifs (sagesse, connaissance, nouveaux rôles induits, par exemple, par la grand-parentalité ou par l'entrée dans une période de temps libéré) et négatifs, liés à la question de la santé des plus âgés d'entre nous.

5. Christian Lalive d'Epinay, dans ses travaux et notamment lors de l'enquête longitudinale Suilsoo réalisée en Suisse auprès d'une cohorte de personnes âgées et dont est issu l'ouvrage Les années fragiles. La vie au-delà de 85 ans, montre en effet que la définition de la santé doit prendre en compte les multiples influences entre les différentes dimensions de vie à la grande vieillesse (7, 8).

6. Extrait d'un entretien réalisé dans le cadre de l'enquête « La qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles ». Gucher C. dir., CPDG, UMR Pacte CNRS, UPMF. Appel à projet CNSA-Drees-Mire-Fondation Caisse d'Épargne.

## Personnes âgées, aînés, seniors, fragiles... des vieillesse multiples

En 2010, selon l'Insee, les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient en France 22,6 % de la population française, soit 13,7 millions de personnes. 8,8 % de la population française avaient plus de 75 ans.

L'allongement de l'espérance de vie a transformé le paysage démographique de la famille durant la retraite : les familles à quatre générations se sont multipliées au cours des dernières décennies. Ainsi, dans la génération 1920, moins de 17 % des femmes appartenaient, à 60 ans, à une famille à quatre générations ; pour les femmes de la génération 1930, cette proportion atteint 26 %, celles de la génération 1950 pourraient être 38 % dans ce cas.

La mise en place, contemporaine au baby-boom, d'un système général de retraites par répartition, permet d'assurer aux retraités actuels de relativement « bonnes » retraites. En moyenne, on observe ainsi peu de baisse de revenu à la retraite. Les trois quarts des retraités sont, par ailleurs, propriétaires de leur résidence principale.

En Europe, un tiers des personnes âgées de 50 ans et plus déclare participer à des activités sociales et associatives. La famille reste une source importante d'intégration dans la vie institutionnelle et sociale dans toute l'Europe malgré des différences nord-sud marquées. Pour autant, la vieillesse peut aussi se caractériser par des situations de fragilité.

Selon l'enquête Handicap-Santé 2008, la dépendance chez les personnes âgées de 60 à 79 ans concernait 2,7 % des personnes. Près de six personnes sur dix âgées de 80 ans ou plus étaient relativement autonomes, malgré quelques difficultés d'audition et de motricité générale. Les personnes dépendantes représentaient 11,2 % des personnes âgées de 80 ans ou plus, soit 277 000 personnes.

La génération des 50-60 ans se trouve en première ligne quand des événements de vie (chômage, deuil, divorce, etc.) ou des problèmes de santé frappent leurs enfants ou leurs parents.

Les femmes âgées sont parmi les plus touchées par l'isolement ou la vulnérabilité financière. Passés 80 ans, plus de 11 % des personnes sont très isolées. Plus fréquente avec l'avancée en âge, l'entrée en institution est ainsi surtout influencée par trois facteurs principaux : la perte d'autonomie, l'absence de conjoint ou d'enfant, les faibles revenus.

**Stéphanie Pin**

Sociologue, Inpes.

Sources :

• Enquête Share (publications).

En ligne : <http://www.share-project.org/> ou <http://www.irdes.fr/Espace-Recherche/Enquetes/SHARE/EnqueteSHARE.html>

• Gaymu J. Vieillesse démographique et vieillesse en France. In : *Économie & Humanisme*, 2005, n° 374 : p. 12-18.

En ligne : [http://www.revue-economie-et-humanisme.eu/bdf/docs/r374\\_12\\_vieilledemograph.pdf](http://www.revue-economie-et-humanisme.eu/bdf/docs/r374_12_vieilledemograph.pdf)

• Dos Santos S., Makdessi Y. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. *Études et résultats*, 2010, n° 718 : 8 p.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er718.pdf>

Entretien avec Jean-Pierre Aquino, gériatre, médecin de santé publique, président du comité de suivi du Plan national « Bien vieillir ».

## « Il faut s'ouvrir davantage aux personnes vulnérables »

Souvent négligés, les déterminants socio-environnementaux comme le lien social, les ressources financières ou la solidarité de la communauté jouent un rôle majeur dans la santé des aînés. Ils influencent leur qualité de vie et, en particulier, leur autonomie. Jean-Pierre Aquino souligne la nécessité pour la société de prendre en compte ces déterminants en organisant une place adaptée aux personnes qui avancent en âge. Il dénonce l'exclusion des plus anciens et préconise une réorientation du Plan national « Bien vieillir » au profit des personnes les plus vulnérables qui peuvent basculer dans la dépendance. C'est la prévention de cette dépendance que l'on peut développer, car l'espérance de vie sans incapacité dépend autant de facteurs environnementaux, économiques et politiques que de facteurs individuels.

### **La Santé de l'homme : Comment abordez-vous, dans votre pratique médicale, la question de la vieillesse ?**

Nous avons eu, pendant longtemps, une vision très négative de la vieillesse. Le progrès des connaissances a fait émerger un autre modèle qui permet, maintenant, de parler de « vieillissement réussi ». Cependant, tel qu'il est trop souvent décrit, il est élitiste et ne concerne qu'un nombre limité de personnes âgées. Il convient donc, en particulier par la promotion de la prévention, de permettre au plus grand nombre de tendre vers cet objectif. Mais surtout, il faut intervenir sur la situation des personnes touchées par des incapacités afin qu'elles bénéficient des meilleures conditions de vie possibles. Pour y parvenir, nous devons avoir une vision plus globale du vieillissement et de sa prévention : le corps et ses paramètres biologiques ne sont pas les seuls impliqués, l'environnement joue un rôle déterminant.

### **S. H. : Dans votre approche préventive, vous évoquez la notion de « transmission d'habitudes ». Qu'est-ce que cela veut dire ?**

Il existe une influence directe des habitudes de vie durant l'enfance et

l'adolescence, pour lesquelles les parents ont joué un rôle évident. Au-delà d'un patrimoine génétique commun, on note bien souvent une reproduction des comportements ainsi acquis en famille : les bonnes habitudes alimentaires, la pratique régulière d'une activité physique, les soins dentaires, etc., mais aussi de mauvaises habitudes... Ces acquisitions liées au discours familial vont souvent marquer le comportement futur de chacun, voire même se trouver maintenues tout au long de la vie. Finalement, c'est depuis l'enfance que nous prenons nos habitudes de vie, en les aménageant en fonction de nos caractéristiques propres et en dialoguant avec notre environnement.

### **S. H. : Les déterminants socio-environnementaux sont, selon votre expérience, fondamentaux dans une approche préventive. Qu'est-ce que cela signifie ?**

Une démarche préventive ne peut être centrée exclusivement sur le corps. Elle doit être centrée sur la personne, c'est-à-dire dépasser les composantes biologiques et médicales traditionnelles. Bien sûr, il est important d'avoir une bonne tension artérielle, de pratiquer un exercice physique, d'avoir des fonctions

cognitives performantes. Nul ne le nierait. Mais il n'y a pas que ces déterminants qui sont importants, tout le contexte de vie personnel est essentiel. Ainsi, par exemple, l'isolement, les ressources financières, le sens de la vie que nous donnons au temps qui passe, l'appétence au bonheur, etc. Je me rappelle d'un colloque sur la gérontologie où, après avoir noté que bon nombre de personnes mesuraient leur tension artérielle régulièrement, un intervenant a dit (que) « tous les matins, il mesurait son aptitude au bonheur ». Je trouve cette formule élégante et très pertinente.

### **S. H. : L'approche préventive est donc multiple ?**

Nous savons très précisément que la qualité de vie, au cours de l'avancée en âge, dépend de multiples facteurs, comme le montre cette étude publiée dans le *Lancet*, en 2008, sur l'espérance de vie en bonne santé à 50 ans de vingt-cinq pays de l'Union européenne. Cette durée est d'autant plus longue que le PIB du pays y est élevé, qu'une part importante des richesses est consacrée à la population âgée, que l'accès à la formation initiale et continue est important et que le taux de chômage prolongé est inexistant ou faible. Nous voyons

bien que l'espérance de vie sans incapacité, autrement dit la qualité de vie au cours de l'avancée en âge, dépend tout autant des facteurs environnementaux, économiques et politiques.

**S. H. : Comment alors installer une politique efficace en matière de vieillesse ?**

J'ai pour habitude de dire que finalement la qualité de la vieillesse est le résultat d'un compromis réussi entre la personne, la société et, bien évidemment, les pouvoirs publics. Pour la personne, cette qualité va dépendre de l'ensemble de ses caractéristiques propres : son génome, ses capacités, ses handicaps, son comportement, ses liens familiaux et sociaux, etc. Comment la société organise-t-elle une place adaptée aux personnes qui avancent en âge ? S'agit-il de la société du jeunisme avec une exclusion des plus anciens et la valorisation des performances que l'on n'a plus nécessairement à 80 ans ? ou comme un « continuum » normal apportant mémoire et expérience ? Quant aux pouvoirs publics, leur positionnement est fondamental par l'organisation des actions qu'ils mettent en place.

**S. H. : À côté du Plan national « Bien vieillir », il y d'autres plans nationaux de santé publique qui ont des actions complémentaires en la matière. Qu'en pensez-vous ?**

Plusieurs plans sont opérationnels avec des résultats évalués. Il est indéniable que des plans comme le Plan national nutrition-santé, le Plan solidarité grand âge, le Plan Alzheimer, le Plan de développement des services à la personne et d'autres initiatives apportent des éléments de réflexion et d'action. Concernant le vieillissement, nous sommes confrontés à la nécessité d'intervenir de manière transversale, en raison de l'impact des différents déterminants socio-environnementaux évoqués auparavant.

**S. H. : Vous présidez le comité de suivi du Plan national « Bien vieillir ». Quelle serait votre principale préconisation ?**

Le Haut Conseil de la santé publique vient de terminer l'évaluation et le deuxième plan est en préparation. Pour l'instant, il n'y a rien d'officiel sur telle ou



telle orientation. Je pense néanmoins que le plan doit être intersectoriel, donc interministériel. Car « Bien vieillir » concerne l'alimentation, le logement, l'exercice physique, les liens intergénérationnels, mais aussi l'urbanisme, la sécurité, etc. Cette approche multisectorielle est difficile, il ne faut pas le nier, car inévitablement se posera le problème de la coordination et de la gouvernance. Je pense également que nous devons regarder le Plan « Bien vieillir » à la lumière du contexte actuel. Nous ne devons plus nous limiter aux seniors en bonne santé et qui veulent le rester – les seniors actifs – mais nous ouvrir davantage à la fragilité, c'est-à-dire aux personnes qui ont un certain nombre de caractéristiques faisant d'elles des personnes vulnérables capables de basculer, du jour au lendemain, dans la dépendance. Il y a là un levier très important pour essayer d'apporter une contribution dynamique à la prévention de la dépendance.

**S. H. : Cette notion de fragilité est-elle un déterminant particulier dans cette approche multicritère ?**

C'est un déterminant particulièrement intéressant qui donne lieu à diverses définitions en fonction de l'ap-

proche qui est proposée : médicale, psychologique, sociale, etc. Ici encore, une vision globale s'avère nécessaire. La fragilité est un défi pour la gérontologie par le repérage des situations qu'elle impose, mais surtout par les actions qui sont à mettre en place pour éviter la survenue d'incapacités.

**S. H. : Qu'est-ce qu'un acteur de la prévention en gérontologie souhaiterait faire passer comme message aux acteurs de l'éducation pour la santé ?**

D'abord, il n'est jamais trop tard pour bien faire. Ensuite, si nous voulons agir, il faut le faire de manière globale, c'est-à-dire en intégrant les facteurs médicaux, psychologiques et sociaux. Mais nous ne pouvons pas tout embrasser. Il est donc nécessaire de définir des cibles prioritaires et de communiquer avec elles de manière adaptée. Nous savons fort bien que trop souvent les personnes qui auraient le plus besoin d'actions de prévention ne participent pas à celles-ci parce qu'elles ne se sentent pas concernées, mais aussi parce que le mode de communication utilisé n'est pas adapté.

Propos recueillis par Denis Dangaix, journaliste.

# Vers une approche écologique de la promotion de la vitalité cognitive des aînés

**Le vieillissement s'accompagne de changements sur le plan cognitif, réalité très hétérogène dans la population aînée. Des études ont récemment identifié certains facteurs pouvant contribuer à maintenir la santé cognitive. Des déterminants individuels (conditions de santé, habitudes de vie) ont été identifiés. Dans une perspective écologique, une recension des écrits a été réalisée pour explorer aussi les dimensions de l'environnement pouvant influencer la vitalité cognitive des aînés. Le niveau socio-économique du quartier de résidence et le réseau social ont été identifiés comme facteurs d'influence potentiels. Ces résultats militent en faveur d'une approche écologique de la promotion de la vitalité cognitive des aînés.**

L'intégrité des fonctions cognitives s'avère être un élément crucial pour le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des aînés. Le vieillissement cognitif a longtemps été abordé avec une vision fataliste, considérant l'apparition de déficits comme étant inévitable. Le vieillissement normal s'accompagne certes d'un certain déclin sur le plan de la performance cognitive. En revanche, les chercheurs ont récemment montré que le cerveau peut garder sa capacité à se restructurer positivement en réponse à la stimulation, et ce, même à un âge avancé. Des études ont d'ailleurs mis en lumière plusieurs facteurs individuels qui peuvent aider les aînés à se tenir alertes sur le plan cognitif, notamment la pratique de loisirs stimulants, les saines habitudes de vie et le maintien des contacts sociaux. En parallèle, on reconnaît maintenant l'importance de différentes caractéristiques de l'environnement sur plusieurs dimensions de la santé, entre autres l'urbanisation, les politiques de transport, le statut socio-économique, les normes sociales et les politiques publiques. Cet article vise à explorer les facteurs individuels et environnementaux liés au maintien de la vitalité cognitive des aînés.

## Vieillir... chronique d'un déclin cognitif annoncé ?

La cognition est un concept abstrait qui réfère à l'intégration de plusieurs

composantes, dont l'attention, la mémoire, l'abstraction, le langage et les habiletés visuo-spatiales (1). Le vieillissement normal s'accompagne d'une altération progressive du fonctionnement cognitif. Ainsi, des chercheurs ont montré que les résultats des aînés aux tests cognitifs diminuent de 20 à 40 % entre l'âge de 20 et 70 ans (2). Par contre, la trajectoire est foncièrement *hétérogène*, c'est-à-dire qu'il existe d'importantes variations entre les individus (3). Les effets du vieillissement sont aussi *différentiels*, toutes les facultés n'évoluant pas de la même façon. Les habiletés mentales dites fluides, c'est-à-dire la mémoire, l'attention et la vitesse de traitement, sont souvent affectées, tandis que les habiletés mentales dites cristallisées, qui s'appuient sur les connaissances acquises au fil des années, comme le langage et les connaissances générales, sont mieux préservées (3). Les implications fonctionnelles du vieillissement cognitif varient d'une personne à l'autre. Cependant, il représente une importante source de préoccupation pour les aînés et plusieurs se plaignent d'avoir de la difficulté à se souvenir d'événements récents, des noms de personnes ou des dates de rendez-vous.

## Qu'est-ce que la vitalité cognitive ?

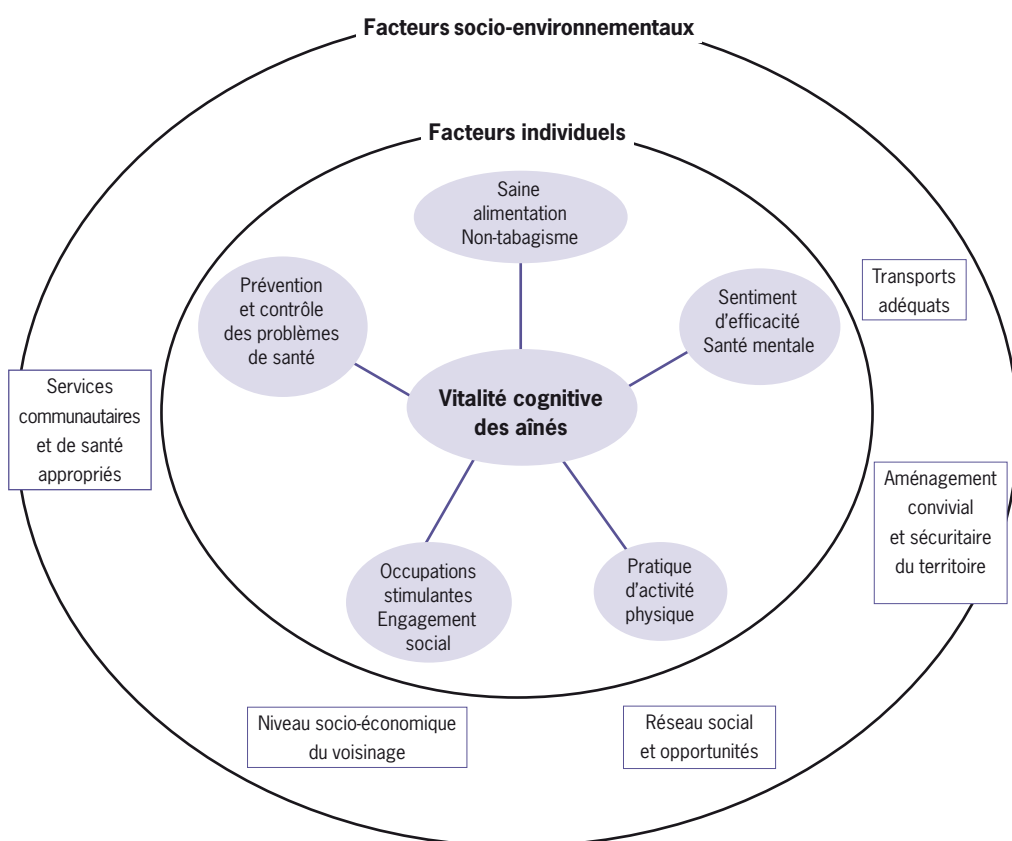
Tout au long de l'enfance et de l'âge adulte, les expériences de vie d'une per-

sonne contribuent à lui constituer sa réserve *cognitive*, c'est-à-dire son capital cérébral qui permettra, une fois rendue à l'âge avancé, de limiter ou de retarder les répercussions fonctionnelles du vieillissement (4). L'expression *vitalité cognitive* est utilisée par certains auteurs pour rendre compte du maintien de la vivacité des fonctions intellectuelles avec le vieillissement. Il n'existe toutefois pas de définition consensuelle à ce sujet. Les dernières décennies ont été fructueuses en termes d'avancées dans le domaine de l'étude du cerveau vieillissant. Les chercheurs croient maintenant que, même à un âge avancé, le cerveau conserve une certaine capacité à se restructurer en fonction des expériences qui le défient. Aussi, des études ont permis d'identifier certains facteurs qui augmentent et d'autres qui diminuent les risques de démence (4).

## L'approche écologique

Le défi du vieillissement de la population soulève une préoccupation grandissante en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé globale des aînés. Il est maintenant reconnu que le maintien optimal de la santé dépend de plusieurs paramètres, dont le bagage génétique des individus, les habitudes de vie, ainsi que des éléments environnementaux qui agissent comme facteurs de risque ou de protection tout au long de la vie. L'approche écologique recon-

**Figure 1. Conception écologique de cibles potentielles de promotion de la vitalité cognitive**



naît ainsi l'importance des déterminants à la fois individuels et socio-environnementaux de la santé (1, 5).

Les connaissances actuelles sur les modes de vie et les comportements de santé soulignent l'importance des caractéristiques du quartier de résidence en tant qu'élément déterminant d'un changement comportemental. Or, malgré son grand potentiel, il semble que l'approche écologique demeure encore faiblement intégrée dans les pratiques. En dépit d'une acceptation apparente largement répandue d'un modèle socio-écologique de la santé, les interventions en promotion de la santé continuent d'être focalisées sur des problèmes particuliers, limitant ainsi leur impact sur les déterminants de la santé.

### Promouvoir la vitalité cognitive

La promotion de la vitalité cognitive est maintenant considérée comme une avenue prometteuse pour favoriser le maintien des fonctions intellectuelles et prévenir les déficits cognitifs avec l'avancée en âge (1). L'approche écologique suggère d'aborder la promotion

de la santé tant sous l'angle des déterminants individuels que des éléments socio-environnementaux. La *figure 1* illustre les cibles potentielles de la promotion de la vitalité cognitive.

### Des facteurs individuels liés au maintien de la vitalité cognitive

Des études ont mis en lumière plusieurs éléments individuels qui pourraient aider à se maintenir alerte sur le plan cognitif, notamment l'implication dans des activités intellectuellement stimulantes, la pratique d'activité physique, la saine alimentation, le maintien de la santé mentale, le contrôle des problèmes de santé et l'engagement social.

### S'engager dans des activités intellectuellement stimulantes

Une participation à des activités stimulantes favorise un meilleur fonctionnement cognitif, en particulier s'il s'agit d'activités impliquant le traitement de nouvelles informations (exemple : apprentissage d'une langue). Des chercheurs avancent même que la participation à diverses activités intellectuelles

serait associée à une diminution de l'ordre de 33 à 60 % du risque de développer la maladie d'Alzheimer (6). La composante sociale des activités serait également importante, incluant le maintien de liens sociaux et la participation à des rencontres sociales.

### Pratiquer de l'activité physique

Il a été démontré que la pratique régulière d'activité physique au cours de la vie est associée à une réduction des risques de maladies chroniques, de troubles mentaux et de déclin des capacités fonctionnelles. Chez les aînés, elle est aussi associée au bien-être psychologique, à une meilleure appréciation de sa santé et au maintien des contacts sociaux. Des études ont mis en lumière un effet clair et significatif de l'entraînement en aérobie et de programmes mixtes (aérobie et renforcement) sur le fonctionnement cognitif des personnes âgées (3). D'autres ont trouvé que pratiquée à l'âge adulte, l'activité physique diminue le risque ultérieur de démences et de maladie d'Alzheimer (4).

### Adopter une alimentation saine

Une alimentation saine à l'âge adulte pourrait aider à prévenir les déficits cognitifs à l'âge avancé. Plusieurs recherches ont porté sur des nutriments spécifiques tels que les anti-oxydants ou les acides oméga-3, mais il semble se dessiner un certain consensus à l'égard de l'effet positif d'une alimentation variée et équilibrée, composée notamment de quantités élevées de fruits et légumes, de céréales et de poisson (7).

En ce qui concerne le tabagisme, une méta-analyse a montré que la cigarette représentait un facteur de risque de démence et de déclin cognitif (8).

### Maintenir une bonne santé mentale

Sur le plan émotif, les études MacArthur sur le « vieillissement réussi » ont suggéré une relation positive entre la croyance en son efficacité personnelle et le fonctionnement cognitif (9). L'un des liens les plus intrigants sur le plan psychologique est celui qui existe entre la dépression et la cognition (1). Des études ont rapporté une association entre la dépression et la survenue de démence de type Alzheimer, dans certains cas la dépression précédant la démence de plusieurs années (4). En parallèle, il existe des données montrant que le stress chronique peut, à

long terme, occasionner une baisse des capacités fonctionnelles du cerveau (10) et même augmenter les risques de maladie d'Alzheimer.

### Prévenir et contrôler les problèmes de santé

Certaines conditions de santé sont associées à un risque accru des déficits cognitifs. Plusieurs troubles vasculaires ont été mis en cause, notamment l'hypertension, les accidents vasculaires, les troubles du rythme cardiaque, les pontages coronariens ainsi que d'autres problèmes cardiaques (4). Le diabète de type 2 peut aussi affecter le niveau cognitif des aînés, les épisodes d'hypoglycémie pouvant causer des lésions au cerveau (4). Les désordres du sommeil ont également été associés aux altérations cognitives.

### L'environnement peut-il influencer la vitalité cognitive ?

Jusqu'à aujourd'hui, peu de chercheurs se sont voués à identifier les facteurs socio-environnementaux liés au maintien de la vitalité cognitive chez les aînés. Des études ont identifié l'isolement social, un petit nombre de liens sociaux et une faible intégration comme facteur de risque de démence et de déclin cognitif (11, 12). La dimension subjective semble aussi être importante, car une satisfaction à l'égard du soutien social et la présence du sentiment de solitude sont aussi associées à



un déclin plus marqué des facultés cognitives (11).

Pour ce qui est de la dimension socio-économique de l'environnement, quelques études ont suggéré que les caractéristiques du voisinage pouvaient prédire le niveau cognitif des personnes âgées. Ainsi, les aînés qui résident dans un quartier défavorisé ou caractérisé par un faible niveau d'éducation performant moins bien à des tests cognitifs (13).

### L'environnement comme modulateur des habitudes de vie favorables

Alors que le lien direct entre les caractéristiques de l'environnement et le niveau cognitif des aînés n'est pas bien démontré, plusieurs études suggèrent que l'environnement pourrait jouer un rôle sur l'actualisation des comportements favorables à la vitalité cognitive. En effet, il a été démontré que la pratique assidue d'activités phy-

## Musclez vos méninges : un programme communautaire pour promouvoir la vitalité cognitive des aînés

Les intervenants et les bénévoles des milieux communautaires ont accès à une nouvelle intervention pour promouvoir la vitalité cognitive des aînés.

*Musclez vos méninges* est un programme de groupe visant à :

- redonner confiance aux aînés en leurs capacités cognitives ;
- les habiliter à utiliser des stratégies mémotechniques dans leur vie quotidienne ;
- les motiver à adopter des habitudes de vie favorables à la santé cognitive (exercice physique, activités intellectuellement stimulantes, etc.).

Il s'agit d'un rare programme francophone conçu pour agir sur plusieurs déterminants de la vitalité des aînés qui ne présentent pas de troubles cognitifs. Pendant les dix rencontres, les thèmes sont explorés par le biais d'activités ludiques : les fonctions intellectuelles, le vieillissement cognitif, l'activité physique, le bien vieillir, l'apport des cinq sens, le rôle du stress, la mémoire autobiographique, la créativité, la nutrition et la participation sociale. L'approche expérientielle du programme permet de pratiquer des stratégies dans des situations de la vie de tous les jours, comme se rappeler des noms et mémoriser des codes.

Le programme a été développé par des intervenants et des chercheurs

du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Cavendish de Québec. Il a été validé par des experts et mis à l'essai auprès de plusieurs groupes d'aînés. Il fait actuellement l'objet d'une étude auprès de trois cents aînés, grâce à une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada. Le guide d'animation exhaustif, aussi disponible en anglais, comprend tout le nécessaire d'animation : description détaillée des activités, ressources pour les animateurs et cahier à photocopier pour le participant. Une formation préparatoire peut être offerte aux animateurs.

Sur le thème de la vitalité cognitive, le CSSS Cavendish diffuse aussi le document *Vers des communautés favorables à la vitalité intellectuelle des aînés*. Il s'agit d'une grille de réflexion et d'un outil d'aide à l'action visant à accompagner des acteurs locaux et des aînés à identifier les opportunités de leur quartier en matière de maintien de la vitalité cognitive.

Manon Parisien

#### Contact

[manon.parisien.cvd@ssss.gouv.qc.ca](mailto:manon.parisien.cvd@ssss.gouv.qc.ca)

siques par les personnes âgées est tributaire d'un ensemble de caractéristiques du quartier de résidence, comme la présence de trottoirs, un bon éclairage et un accès à des installations sportives (14). Même l'aspect esthétique du milieu pourrait jouer un rôle.

Les caractéristiques de l'environnement peuvent aussi moduler les habitudes alimentaires des aînés. Parmi elles, notons : un environnement propice à l'achat d'aliments sains, les messages publicitaires renforçant une « saine alimentation », l'étiquetage nutritionnel et un service communautaire efficace de livraison de repas (15).

Il semble aussi exister des déterminants d'ordre collectif de la santé mentale chez les aînés. En effet, une longue période d'exposition à des conditions économiques et sociales stressantes altérerait la réponse physiologique de l'organisme et augmenterait le risque de dégradation de la santé mentale et de décès prématuré (16). Bien qu'il soit impossible d'affirmer avec certitude l'existence d'un lien de causalité entre le statut socio-économique d'un quar-

tier et le stress ou les troubles mentaux, certains facteurs semblent suggérer l'existence d'une telle relation (17).

Finalement, en ce qui concerne la pratique d'activités intellectuellement stimulantes, des études ont montré qu'elle est facilitée par le type de localité, par l'accès à des services diversifiés et par la perception d'opportunités de s'impliquer dans la communauté (18).

## Conclusion

À la lumière des études récentes dans le domaine du vieillissement, il apparaît que la conception classique d'un irrémédiable déclin cognitif puisse être remise en question. La promotion de la vitalité cognitive et la réduction des risques de démence deviennent d'importants défis de santé publique. Cette recension des écrits a mis en lumière plusieurs facteurs individuels modifiables, notamment le style de vie, de même que certaines caractéristiques du milieu de vie comme éléments prometteurs pour maintenir la vivacité des capacités cognitives des aînés. Il apparaît donc légitime de suggérer une

approche écologique pour la promotion de la vitalité cognitive, c'est-à-dire le recours à des stratégies orientées non seulement vers les personnes âgées elles-mêmes, mais aussi vers les communautés dans lesquelles elles vivent.

Anne-Marie Belley, M.Sc.<sup>1</sup>,

Manon Parisien, M.Sc.<sup>1,3</sup>,

Petre Popov, M.Sc.<sup>1</sup>,

Kareen Nour, Ph.D.<sup>1</sup>,

Nathalie Bier, Ph.D.<sup>3</sup>,

Guylaine Ferland, Ph.D.<sup>4,5</sup>,

Sophie Laforest, Ph.D.<sup>1,2</sup>,

Danielle Guay, M.Sc.<sup>1</sup>

1. Centre de santé et de services sociaux Cavendish, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (Creges), Côte-Saint-Luc (Québec), Canada.

2. Département de Kinésiologie, université de Montréal.

3. École de réadaptation, université de Montréal.

4. Département de Nutrition, université de Montréal.

5. Centres de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (Québec), Canada.

## ► Références bibliographiques

- (1) Satariano W. A. *Epidemiology of aging: an ecological approach*. Sudbury : Jones and Bartlett Publishers, 2006 : 224 p.
- (2) Yesavage J.A. Nonpharmacologic treatments for memory losses with normal aging. *American Journal of Psychiatry*, 1985, vol. 142, n° 5 : p. 600-605.
- (3) Bherer L. Le vieillissement cognitif : inévitable ? *Psychologie Québec*, 2004 : p. 25-28.
- (4) Woodward M. *Dementia Risk Reduction: The Evidence*. Alzheimer's Australia ; Canberra, 2007 : 28 p.
- (5) 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.
- (6) *Attitudes and awareness of brain health pool*. American Society on Aging, 2007. En ligne : <http://asaging.org/asav2/mindalert/brainhealthpoll.cfm>
- (7) Wengreen H.J., Neilson C., Munger R., Corcoran C. Diet quality is associated with better cognitive test performance among aging men and women. *The Journal of Nutrition*, 2009, vol. 139 : p. 1944-1949.
- (8) Anstey K.J., von Sanden C., Salim A., O'Keane R. Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *American Journal of Epidemiology*, 2007, 166 : p. 367-378.
- (9) Seeman T., McAvay G., Merrill S., Albert M., Rodin J. Self-efficacy beliefs and change in cognitive performance: MacArthur Studies of Successful Aging. *Psychology and Aging*, 1996, vol. 11, n° 3 : p. 538-551.
- (10) Fillit H.M., Butler R.N., O'Connell A.W., Albert M.S., Birren J.E., Cotman C.W., et al. Achieving and maintaining cognitive vitality with aging. *Mayo Clinic Proceedings*, 2002, vol. 77, n° 7 : p. 681-696.
- (11) Wilson R.S., Krueger K.R., Arnold S.E., Schneider J.A., Kelly J.F., Barnes L.L., et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, 2007, vol. 64 : p. 234-240.
- (12) Zunzunegui M.V., Alvarado B.E., Del Ser T., Otero A. Social networks, social integration and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Gerontology*, 2003, vol. 58, n° 2 : p. 93-100.
- (13) Lang I.A., Llewellyn D.J., Langa K.M., Wallace R.B., Huppert F.A., Melzer D. Neighborhood deprivation, individual socioeconomic status, and cognitive function in older people: Analyses from the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2008, vol. 56, n° 2 : p. 191-198.
- (14) Gauvin L., Riva M., Barnett T., Richard L., Craig C.L., Spivock M.I., et al. Association between neighborhood active living potential and walking. *American Journal of Epidemiology*, 2008, vol. 167, n° 8 : p. 944-953.
- (15) Payette H., Shatenstein B. Les déterminants de la saine alimentation des personnes âgées vivant dans les collectivités. *Revue canadienne de santé publique*, 2005, vol. 96, n° 3 : S30-35.
- (16) Wilkinson R., Marmot M., dir.. *Les déterminants sociaux de la santé : Les Faits*. Copenhagen : OMS, 2004 : 40 p.
- (17) Desjardins N., D'amours G., Poissant J., Manseau S. *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2008 : 162 p.
- (18) Warburton J., Stirling C. Factors affecting volunteering among older rural and city dwelling adults in Australia. *Educational Gerontology*, 2007, vol. 33, n° 1 : p. 23-43.



# La participation sociale : bonne pour la santé des aînés, mais non exempte d'inégalités

**Dans quelle mesure le processus de vieillissement des personnes est-il influencé par leur participation à la vie collective ? Une revue canadienne de littérature met en lumière une corrélation solide entre état de santé optimal et participation sociale. Cette participation peut notamment contribuer à ralentir le déclin cognitif et fonctionnel. Malgré les possibilités offertes par la participation, il ne faut pas la transformer en injonction, en étant conscient qu'elle avantage d'abord les aînés les mieux nantis. Dans l'avenir, la vraie question sera d'examiner comment elle peut profiter à l'ensemble des aînés.**

Entre 2006 et 2009, un modèle conceptuel pour un vieillissement en santé a été conçu par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Il convie à un survol de l'ensemble des facteurs et des stratégies d'intervention qui doivent être pris en compte pour maintenir et améliorer la santé des personnes âgées, tout en invitant à un examen attentif des politiques et des programmes dirigés vers le vieillissement. Ce modèle conceptuel comporte neuf grands axes d'intervention. Cinq d'entre eux sont définis selon une perspective d'action sur les grands déterminants de la santé, quel que soit le niveau de santé des personnes visées, avec ou sans maladie ni incapacité. Quatre autres axes visent la prévention de problèmes spécifiques et l'optimisation des capacités chez la personne en perte d'autonomie. L'un de ces axes d'intervention concerne la participation sociale des aînés ; par là, on reconnaît que le processus de vieillissement des individus est aussi influencé par leur participation à la vie collective. Cette perspective d'intervention étant relativement récente pour les acteurs en santé publique, une revue de la littérature a été entreprise afin de faire le point sur l'état des connaissances dans ce domaine.

L'objectif général de l'analyse documentaire était de structurer une étude sur la participation sociale des personnes âgées dans une perspective de vieillissement en santé. Les travaux se sont articulés autour de quatre objectifs spécifiques, soit de faire l'analyse :

- des différentes définitions données à la notion de participation sociale ;
- des possibles liens existant entre la participation sociale et l'état de santé des aînés ;
- des facteurs (sociodémographiques, personnels et environnementaux) influençant la nature et le niveau de la participation sociale des aînés ;
- des interventions visant à développer ou à renforcer la participation sociale des aînés.

## Définitions de la participation sociale

La participation sociale est une notion polysémique qui recoupe une impressionnante variété de définitions et d'applications. Pour faciliter l'analyse du matériel recueilli, les définitions de la participation sociale ont été regroupées en fonction de quatre grandes familles sémantiques :

- **fonctionnement dans la vie quotidienne** : participer socialement implique de pouvoir accomplir ses activités quotidiennes (s'alimenter, communiquer, etc.) et de jouer ses rôles

sociaux (s'éduquer, élever ses enfants, travailler, etc.) ;

- **interactions sociales** : participer socialement se réalise par le biais de situations d'interactions sociales qui peuvent prendre la forme de visites à des amis ou de participation à des activités sociales hors du domicile ;

- **réseau social** : participer socialement suppose de faire partie d'un réseau d'interrelations minimalement stables et réciproques, comme dans le cas des relations d'amitié et de voisinage ;

- **associativité structurée** : participer socialement signifie de prendre part à une activité à caractère social réalisée dans une organisation dont le nom et les objectifs sont explicites, comme, par exemple, faire du bénévolat dans un organisme communautaire, participer aux activités d'un centre de jour ou s'impliquer dans un groupe de défense des droits des aînés.

## Liens entre la participation sociale et la santé des aînés

Une quinzaine d'études établissant une association statistiquement significative entre la participation sociale et la santé des aînés a été recensée. D'entrée de jeu, il apparaît cependant que cette association n'est pas toujours claire. En effet, le traitement statistique utilisé dans la majorité des travaux ne nous



permet pas de savoir si la participation agit comme variable indépendante dans la relation participation-santé, ou si cette dernière n'est pas plutôt due au fait que ce sont les aînés les plus vigoureux qui participent socialement, induisant un biais d'élite.

En dépit de cette limite, les associations entre la participation sociale et différents aspects de l'état de santé des aînés ne sont pas mineures. On relève notamment un ralentissement du déclin cognitif et fonctionnel, une diminution de la consommation de médicaments et des symptômes dépressifs, une amélioration de la perception de l'état de santé, ainsi qu'une augmentation de la sensation de bien-être.

### Facteurs influençant la participation sociale des aînés

Comme phénomène de nature à la fois individuelle et collective, la participation sociale est influencée par de nombreux facteurs, comme le confirme la synthèse d'une trentaine d'études recensées sur ce thème. Premièrement, ce qui pousse une personne à s'engager dans des interactions sociales, des réseaux sociaux ou dans une forme d'associativité structurée peut être analysé sur le plan personnel comme un choix répondant à certains besoins, intérêts et aspirations, en fonction des

situations de vie de chacun. Dans le contexte des trajectoires personnelles de vieillissement, des facteurs comme l'état de santé global des personnes, leurs conditions socio-économiques, leurs motivations ainsi que leurs expériences de vie et leurs activités influent sur l'option en faveur d'un mode ou l'autre de participation sociale.

Deuxièmement, il est aussi nécessaire de considérer la participation sociale comme une dynamique sociale, configurée par des facteurs sociodémographiques. Par exemple, des facteurs tels que le niveau de scolarité, l'âge et le sexe ne sont pas que des attributs individuels ; ils situent socialement les personnes et sont susceptibles d'ouvrir ou de fermer des portes par rapport à leur possibilité de vivre certaines expériences et d'exercer des rôles sociaux. En effet, toutes les sociétés sont traversées de frontières intangibles d'inclusion et d'exclusion, d'appartenances et de préjugés, qui contribuent à configurer les pratiques de participation sociale des individus et des groupes.

Troisièmement, les facteurs environnementaux servent aussi à mieux comprendre la participation sociale des aînés. La nature et le niveau de participation sociale risquent d'être modifiés par de nombreux éléments : le milieu dans lequel on vit ; les moyens de

déplacement ; l'information accessible et compréhensible ; l'accueil reçu dans les lieux de participation ; les représentations collectives quant à l'implication sociale des aînés.

### Interventions visant la participation sociale des aînés

Une trentaine d'interventions évaluées et réalisées dans différents pays auprès de personnes âgées inscrites dans un cadre de participation sociale, compose le *corpus* étudié pour cette quatrième et dernière dimension de la participation sociale des aînés. Aux fins d'analyse, les interventions ont été classées en cinq grands modes d'intervention sur la participation sociale des aînés. Pour chacun, des programmes réussissent à encourager la participation sociale tout en présentant des bénéfices pour la santé.

**Interactions sociales en contexte individuel :** le but des interventions est d'établir des liens et des connexions avec des aînés isolés. Les expériences mettent en relation une personne âgée et un intervenant ou un bénévole à l'intérieur d'une intervention individualisée. Exemple : un programme de visites amicales à domicile réduit le niveau d'anxiété des aînés tout en améliorant leurs connaissances quant aux services communautaires qui leur sont accessibles.

**Interactions sociales en contexte de groupe :** alors que les interventions du mode précédent se situaient dans un contexte de pairage, celles-ci impliquent la présence d'un groupe. Même si le contexte est collectif, les participants ne partagent pas de prime abord un projet commun. L'objectif est d'outiller les aînés dans leur adaptation au vieillissement. Exemple : des cours sur le vieillissement réussis donnés par des pairs aînés améliorent le soutien social reçu par les participants, ainsi que la perception de leur état de santé.

**Activités et démarches collectives :** les interventions visent le développement de processus collectifs dans lesquels les participants sont amenés à s'approprier un projet et à s'y impliquer activement. Contrairement aux modes subséquents, la finalité de cette implication n'est pas de nature altruiste, civique ou politique. Exemple : un potager communautaire géré par un groupe d'aînés mène à une augmentation des interactions sociales et à une amélioration de la santé psychologique.

**Bénévolat organisé et non organisé :** ce mode est consacré aux interventions qui cherchent à soutenir les aînés désireux de s'impliquer dans du bénévolat organisé et non organisé, dans une perspective d'aide ou de mentorat. Exemple : un programme de bénévolat dans des écoles primaires conduit à un accroissement de l'activité physique et à un développement du réseau social chez les participants.

**Implication sociopolitique et militance :** les interventions sont dirigées vers le renforcement de la citoyenneté et du rôle politique des aînés dans une optique de changement social. Exemple : un panel d'usagers des services de santé permet à ses membres, des aînés en grande perte d'autonomie, d'améliorer leur estime de soi et de se fixer de nouveaux buts.

Plusieurs des interventions réussissant à stimuler ou à renforcer la participation sociale des aînés comportent les mêmes éléments clés. Ces éléments sont principalement : le recours à des stratégies non traditionnelles de recrutement ; l'encou-

agement du maintien de l'identité et le respect des caractéristiques et des préférences personnelles ; des activités qui favorisent l'établissement de relations sociales signifiantes, la réciprocité et l'exercice d'un rôle, comme celui de mentor ; une durée d'intervention suffisante pour permettre entre autres la création de liens sociaux ; la possibilité de prendre part aux structures et aux processus décisionnels de l'organisation ; l'attention accordée à la formation et aux pratiques des intervenants et des bénévoles, notamment en ce qui concerne l'évitement d'approches infantilisantes.

### Conclusion

Les résultats de l'analyse documentaire amènent à considérer la participation sociale comme une porte d'entrée privilégiée et accessible pour promouvoir la santé et le bien-être des aînés, ainsi que des communautés dont ils font partie. Deux enjeux doivent cependant être pris en compte. Premièrement, ce sont d'abord les aînés les mieux nantis et les plus en santé qui

sont actifs et qui se sentent à l'aise dans les lieux organisés de participation sociale. Cette réalité nous rappelle l'importance de veiller à éviter les inégalités dans les interventions dirigées vers la participation sociale. Deuxièmement, il est crucial de maintenir le cap sur la notion d'activité volontaire et choisie, puisque ce serait une erreur d'imposer la participation comme une condition intrinsèque du bien-être des aînés.

**Émilie Raymond**

Doctorante, Université McGill,  
Professionnelle de recherche, Institut national  
de santé publique du Québec,

**Andrée Sévigny**

Chercheure au Centre d'excellence  
sur le vieillissement de Québec,  
Directrice adjointe de l'Institut  
sur le vieillissement et la participation sociale  
des aînés, Université Laval,

**André Tourigny**

Médecin-conseil,  
Institut national de santé publique  
du Québec.

## Aînés : vous avez dit participation sociale ?

**On parle souvent de la participation sociale des aînés, mais que recouvre précisément ce concept ? Une équipe de chercheurs canadiens a examiné tous les écrits sur la participation sociale pour tenter d'en extraire une définition consensuelle. Pas moins de quarante-trois définitions ont été identifiées. Toutefois, un trait commun se dégage : l'implication de la personne dans des activités en interaction avec les autres. Ces travaux permettent aussi de recenser les différents niveaux d'activités sociales des aînés.**

La participation sociale est une dimension clé du vieillissement réussi, un déterminant démontré comme étant associé à plusieurs résultantes de santé. En conséquence, et considérant son caractère modifiable, la participation sociale est l'une des cibles des interventions de santé. Malgré l'émergence d'importants travaux conceptuels et empiriques sur le sujet au cours de la

dernière décennie, il n'y a toujours pas de consensus sur la définition de la participation sociale et de ses sous-dimensions. Cette absence de consensus a plusieurs conséquences non négligeables : des communications sous-optimales entre ceux qui utilisent le concept ; des difficultés dans le développement et la sélection d'instruments de mesure de la participation sociale ;

une comparaison ardue entre les résultats d'études réalisées sur le sujet ; des politiques sociales floues ou insuffisantes menant à des interventions incomplètes ou inappropriées.

Guidés par ce constat, des travaux ont été entrepris pour réaliser un inventaire et une analyse de contenu des définitions de la participation sociale,

disponibles dans les écrits sur le vieillissement (1). L'analyse de contenu a permis de faire une synthèse des éléments les plus fréquemment retrouvés dans les définitions de la participation sociale. Suite à cette synthèse, une réflexion guidée par l'analyse de l'activité a permis de proposer une taxonomie des activités sociales (1).

## Méthode

Une recension élargie des écrits (2), nécessaire à l'inventaire des définitions, a porté sur les domaines s'intéressant communément à la participation sociale : la santé publique, la réadaptation, la gérontologie, la psychologie, la sociologie et le travail social. Quatre bases de données (Medline, CINAHL, AgeLine et PsycInfo) ont été consultées avec les mots-clés suivants : *Aging* OU *Ageing* OU *Elderly* OU *Older* OU *Seniors* ET *Community involvement* OU *Community participation* OU *Social engagement* OU *Social involvement* OU *Social participation*. Les articles sélectionnés devaient :

- avoir été publiés entre janvier 1980 et février 2009 ;
- être rédigés en anglais ou en français ;
- rapporter les résultats d'une étude empirique, d'une revue de littérature ou de travaux conceptuels ;
- fournir une définition originale de la participation sociale (et pas uniquement une opérationnalisation).

Les bibliographies, fichiers de références personnels, les listes de références des articles et quelques sites Web ont aussi été consultés.

Une analyse a ensuite été réalisée indépendamment par deux personnes afin de déconstruire et de synthétiser le contenu des définitions conceptuelles inventoriées. Chaque définition extraite a alors été déconstruite à l'aide des termes interrogatifs suivants : qui, comment, quoi, où, avec qui, quand et pourquoi (3). Ces sept adverbies et pronoms ont permis d'identifier cinq dimensions clés du concept de participation sociale.

Les cinq dimensions identifiées grâce à cette analyse de contenu ont ensuite permis de réaliser une analyse de l'activité (4) et de proposer une taxonomie des activités sociales. L'analyse de l'activité est un processus rigoureux qui permet d'explorer le contexte

typique de réalisation, les exigences et les significations potentielles pouvant être attribués à une activité. Une taxonomie est un système clair et cohérent permettant la différenciation entre les divers niveaux d'un concept (3).

## Résultats

Quarante-trois définitions de la participation sociale provenant de différents domaines ont été identifiées. L'analyse de contenu a permis de mettre en évidence que la plupart des définitions de la participation sociale mettaient l'accent sur : l'implication (comment ?) de la personne (qui ?) dans des activités en interaction (quoi ?) avec les autres (avec qui ?) dans la société ou dans la communauté (où ?) (1).

À l'aide des résultats de cette analyse de contenu, une taxonomie des activités sociales à six niveaux a été élaborée :

1. se préparer à entrer en relation avec d'autres ;
2. être avec d'autres à proximité sans toutefois être en interaction avec eux ;
3. interagir avec d'autres sans faire une activité spécifique avec eux ;
4. faire une activité avec d'autres ;
5. aider les autres ;
6. contribuer à la société (1).

Ces niveaux d'activité illustrent l'implication de l'individu avec les autres dans des activités sociales ayant différents buts. Du côté de la proximité de l'individu avec les autres, on remarque qu'au niveau 1, l'individu est seul, qu'au niveau 2, il est en parallèle et qu'aux niveaux 3 à 6, l'individu est en interaction (1). En ce qui a trait au but des activités, les niveaux 1 et 2 sont orientés vers les besoins de base, le niveau 3 est orienté vers la socialisa-

tion, le 4 est orienté sur la réussite de la tâche, le niveau 5 est orienté vers l'aide apportée à autrui et le niveau 6 est orienté vers la société. Les activités peuvent être réalisées pour soi-même (niveaux 1 et 2), avec les autres (niveaux 3, 4 et 5) ou pour les autres (niveaux 5 et 6) (1). La taxonomie peut être mise en parallèle avec le regroupement des définitions de la participation sociale proposé par É. Raymond et ses collaborateurs (*lire l'article page 25*) : le fonctionnement dans la vie quotidienne renvoie partiellement aux niveaux 1 à 5, l'interaction sociale aux niveaux 3 et 4, et le réseau social renvoie partiellement aux niveaux 3 à 5. En fournissant une organisation hiérarchique claire et systématique, cette différenciation des niveaux d'activités sociales contribue de façon innovante au débat sur la conceptualisation de la participation sociale.

### Mélanie Levasseur

Professeure, École de réadaptation, université de Sherbrooke, chercheure, Centre de recherche sur le vieillissement, Sherbrooke,

### Lucie Richard

Professeure, faculté des Sciences infirmières, université de Montréal, directrice-adjointe, Institut de recherche en santé publique de l'université de Montréal,

### Lise Gauvin

Professeure, département de Médecine sociale et préventive, université de Montréal, chercheure, Centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal,

### Émilie Raymond

Doctorante, School of Social Work, université McGill, Montréal, professionnelle de recherche, Institut national de santé publique du Québec, Canada.

## ► Références bibliographiques

- (1) Levasseur M., Richard L., Gauvin L., Raymond É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 2010, vol. 71, n° 12 : p. 2141-2149.
- (2) Arksey H., O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 2005 ; vol. 8, n° 1 : p. 19-32.
- (3) Polatajko H., Backman C.L., Baptiste S., Davis J., Eftekhari P., Harvey A., et al. Human occupation in context. In : Townsend E., Polatajko H. (eds). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa, Ontario : CAOT publication ACE, 2007.
- (4) Blesedell Crepeau E., Boyt Schell B.A. Analyzing occupations and activity. In : Blesedell Crepeau E., Cohn E.S., Boyt Schell B.A. (eds). *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

# Personnes âgées : les oubliées du territoire urbain ?

« Dessinez-moi votre quartier » ! Une géographe a interviewé cent personnes âgées de 75 à 102 ans et leur a demandé de dessiner leur quartier, d'y faire figurer leurs lieux de vie et leurs déplacements. En complément, elle s'est entretenue avec elles sur la perception – positive ou négative – de leur espace. Ces témoignages directs confirment l'urgence, alors que la part des seniors croît, d'adapter l'environnement urbain à cette population. Cette dernière se sent fragilisée dans les espaces au sein desquels elle a parfois le sentiment d'avoir été « oubliée ».

S'investir dans une activité de bénévolat ou bien dans une chorale, participer à une vente de charité, prendre des cours d'informatique, s'engager dans un mouvement politique, la liste est longue tant les activités de nos aînés sont multiples et variées. Ces engagements bénévoles, politiques, citoyens, créatifs, récréatifs ou sportifs forment la participation sociale (1) au grand âge. Cet investissement se traduit également par des mobilités et des temporalités qui permettent de s'approprier un espace de vie au quotidien. La participation sociale est une forme de pratique spatiale : elle favorise les déplacements en dehors du domicile, les liens sociaux et permet ainsi des relations spatiales socialisées (2), au cœur de l'appropriation territoriale. Elle participe de la territorialisation des aînés, de la qualité de vie de leur espace, vécu, perçu et approprié (3).

## Dans le cadre d'une thèse de doctorat

Cent personnes âgées de 75 à 102 ans et habitant le 14<sup>e</sup> arrondissement de Paris ont dessiné le quartier dans lequel elles vivent et se déplacent au quotidien. La représentation mentale de leur espace vécu complète des entretiens semi-directifs centrés sur leurs déplacements et leurs pratiques spatiales. 74 % de l'échantillon déclarent avoir une activité régulière à l'extérieur du domicile. À partir de 85 ans, la participation sociale devient plus aléatoire et les pratiques spatiales se modifient, contribuant au rétrécissement du territoire de vie pour les personnes dites « fragilisées » (4), quel

que soit le quartier d'habitation. Ce sont les facteurs socio-économiques et en particulier le niveau d'études qui conditionnent pour beaucoup le type de participation sociale et le degré d'appropriation territoriale. Les activités, mais surtout les personnes rencontrées et les échanges, donnent un sens à l'existence. Après le décès du conjoint, la participation sociale permet une reconstruction identitaire. Jeanne, 84 ans, évoque le soutien qu'elle a trouvé dans l'association La Maison ouverte : « J'y ai trouvé une famille, une écoute, ici je revis. » Pour d'autres, les activités permettent d'oublier les traitements lourds de certaines maladies : « Cela nous oblige à sortir ! » L'éloignement d'une activité entre certes en considération, mais les 75 ans et plus n'hésitent pas à prendre deux à trois bus pour s'y rendre.

En revanche, l'environnement urbain devient discriminant dès qu'une fragilité apparaît comme un deuil, une maladie, une chute : se déplacer devient difficile et le support urbain participe alors au processus de repli sur soi, de déprise : les métros sans escalator, les bus aux mouvements brutaux, la foule, l'absence de bancs dans les rues, les trous dans la chaussée, l'éloignement des commerces ou des lieux récréatifs deviennent très vite des obstacles qu'il est difficile de franchir avec l'avancée en âge : le territoire est alors subi. Le sentiment de sécurité se dégrade, la perception de l'espace environnant devient négative.

Les portraits de Louise, Marie, Michèle et Denise nous permettent de mieux saisir comment s'effectue le



rétrécissement du territoire au grand âge et en quoi l'absence de participation sociale peut l'accentuer.

## Le réseau social de Louise, 79 ans

Louise a 79 ans et est mariée. Propriétaire de son appartement, elle vit dans l'arrondissement depuis cinquante-huit ans. Cette ancienne couturière est très attachée à son quartier. « J'y ai trouvé ce que je recherchais, toutes les activités auxquelles je tiens. » Elle le représente sous forme d'organigramme. Elle y inscrit les lieux qu'elle côtoie, toujours associés à ses activités, en particulier la danse de salon qu'elle partage avec son mari. La danse est indiquée quatre fois dans quatre lieux différents répartis sur trois arrondissements. Chaque mercredi, elle se rend en banlieue, en transport en commun, pour retrouver ses petits-enfants. La carte de ses pratiques spatiales s'étend sur l'ensemble de la rive

gauche de Paris en y associant quelques communes limitrophes : ses liens familiaux et sa participation sociale contribuent à une solide appropriation territoriale. L'environnement urbain est alors perçu comme un support facilitant son intégration.

### Marie, 85 ans : des déplacements limités

Marie, 85 ans, est veuve depuis deux ans. Elle loue un appartement dans une résidence HLM depuis vingt ans. Ses enfants et petits-enfants habitent en province. Ancienne secrétaire de direction, elle se passionne pour le bridge : « *Je joue au bridge chaque mercredi, c'est un jeu captivant qui vous permet de vous évader, de vous absorber, de vous faire oublier vos problèmes et vos peines. Mais je deviens casanière, avant j'allais à la gymnastique mais maintenant je n'en ai plus le courage, c'est fatigant.* » Depuis le décès de son conjoint, Marie a arrêté ses activités sportives et garde son énergie pour aller voir sa sœur âgée de 91 ans, à Suresnes. Sa carte mentale se centre sur son quartier d'habitation : elle trace par des flèches les trajets qu'elle effectue au quotidien. Elle s'appuie sur son quartier, ses trajets sont réguliers et sécurisants : le territoire est ici composé de repères urbains auxquels elle se réfère. Bien que son territoire se soit rétréci, elle fait corps avec l'espace du quartier. Elle y est attachée : « *Je m'y suis habituée, il y a tous les commerces et l'on est très vite sorti de Paris.* » Marie paraît fragilisée dans l'entretien, elle souhaiterait reprendre une activité sportive mais se sent fatiguée : « *Je pourrais faire du taï-chi, mais c'est loin.* » Marie est entre deux situations et a besoin d'être cooptée et sans doute motivée par une amie pour réaliser cette démarche et se réattribuer la partie du territoire délaissée. Les aménités du quartier lui permettent de rester intégrée, bien que son territoire de vie se soit rétréci.

### Michèle, 77 ans : « Je suis transparente »

Michèle a 77 ans et est célibataire. Elle habite le quartier Montparnasse, au nord de l'arrondissement. Cette ancienne pharmacienne est mal à l'aise dans son quartier : « *Je ne suis pas plus attachée que cela au quartier, je n'y ai pas un grand passé. Tout est dangereux, les tournants des rues où je me fais bousculer, les gens ne vous voient*

*pas, je suis comme transparente, c'est un quartier trop jeune pour moi.* » Elle précise dans son entretien qu'elle connaît des fins de mois difficiles malgré sa retraite de pharmacienne ; les charges de son appartement pèsent sur son budget. Elle matérialise sur sa carte des fractures territoriales et représente les boulevards et les rues par de grands traits qui enserrant son domicile marqué d'une croix, surmontée du mot « Moi ». Elle met des points d'exclamation pour symboliser le danger des bus à double sens du boulevard Montparnasse. Elle trace des flèches pour montrer les directions où elle se rend pour aller au club ou bien dans une association caritative, mais elle a de plus en plus de difficultés à prendre le bus pour se déplacer car elle se sent trop secouée et en insécurité. Le territoire renforce son isolement.

### Le repli sur soi de Denise, 75 ans

Denise, 75 ans, vit depuis sept ans dans une résidence service gérée par le centre d'action sociale du 14<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Une crise d'hémiplégie l'a contrainte à quitter son appartement du 19<sup>e</sup> arrondissement. Bien remise, elle marche sans canne. Denise a fait tous les métiers mais évoque avec passion son passé d'acrobate. Elle n'aime pas l'ambiance de la résidence et refuse de participer aux activités manuelles ou aux jeux de société qui lui sont proposés ; elle préfère rester dans son studio. Elle n'apprécie pas le quartier : « *J'aimais mieux le 19<sup>e</sup>, il y avait tout, je faisais partie du Secours catholique, c'était sympa.* » Ses déplacements sont principalement liés aux courses alimentaires. Elle ne prend plus les transports en commun par peur d'une chute. Elle est ici par obligation, « *vous comprenez, avec le minimum vieillesse, on ne peut pas vivre.* » Sa représentation mentale marque cette désappropriation progressive du quartier : quelques traits dessinés difficilement représentent les trajets. Seuls sont indiqués les commerces de proximité ; les axes et les noms des rues sont inexistantes. L'échelle utilisée est celle de l'îlot, le pâté de maisons qui borde la résidence. Sa seule évasion est sa sortie le samedi lorsque son fils peut venir la chercher pour aller dans le 19<sup>e</sup>. L'absence de participation sociale renferme peu à peu Denise et la fragilise considérablement. Son appropriation et son intégration territoriale sont faibles.

### L'environnement devient vite discriminant

De l'ultra-mobilité de Louise au repli sur soi de Denise, ces quatre témoignages illustrent la dégradation de l'appropriation territoriale lorsque la participation sociale s'estompe ou lorsque le réseau social, familial ou amical est amoindri. L'environnement urbain devient très vite discriminant pour les personnes fragilisées, quel que soit le quartier où elles habitent. Favoriser la participation sociale des aînés suppose, en premier lieu, une meilleure coordination entre les différents acteurs, institutionnels, confessionnels ou associatifs afin de mieux communiquer auprès des aînés sur l'offre existante dans les quartiers et les arrondissements parisiens. Cela suppose également une véritable politique pour renforcer l'accessibilité des transports en commun pour les personnes à mobilité réduite et proposer des services à la personne plus ciblés sur les besoins spatiaux et en fonction des temporalités des personnes âgées. On entre ici dans une véritable politique de prévention sanitaire pour maintenir l'autonomie, la qualité de vie et le bien-être de tous les habitants.

**Brigitte Nader**

Géographe doctorante,  
Laboratoire Lab'Urb,  
université Paris-Est, Créteil.

### ► Références bibliographiques

- (1) Delisle M.-A. *La participation sociale des aînés : apports à la collectivité et bien-être individuel*. Québec : Uqac, 2009 : 449 p.  
En ligne : [http://classiques.uqac.ca/contemporains/delisle\\_marc\\_andre/participation\\_sociale\\_aines/participation\\_sociale\\_aines.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/delisle_marc_andre/participation_sociale_aines/participation_sociale_aines.html)
- (2) Argoud D., Le Borgne-Uquen F., Mantovani J., Pennec S., Pitaud P. *Prévenir l'isolement des personnes âgées. Voisiner au grand âge*. Paris : Dunod, coll. Action sociale, 2004 : 183 p.
- (3) Bailly A., Ferras R., Pumain D. dir. *Encyclopédie de géographie*. Paris : Economica, 1995 : 1167 p.
- (4) Lalive d'Épinay C., Spini D. *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec : Presses de l'Université de Laval, coll. Sociologie contemporaine, 2007 : 378 p.

# Programme de l'OMS « Villes-amies des aînés » : à Lyon, les personnes âgées expriment leurs attentes

La Ville de Lyon met en œuvre le programme « Villes-amies des aînés » de l'OMS lancé en 2005. Trente-trois villes de vingt-deux pays ont élaboré une méthode commune autour de l'objectif d'adapter la cité aux besoins des aînés. Lyon est la première ville française à avoir interrogé quatre cents personnes âgées, réunies dans des groupes de paroles, sur les avantages et les inconvénients constatés dans la vie urbaine quotidienne. Malgré les efforts entrepris, 60 % des personnes âgées interrogées estiment avoir une place défavorisée au sein de la société. L'enquête a permis de lister les demandes des aînés, lesquelles vont faire l'objet d'un plan.



Le projet « Villes-amies des aînés » a été lancé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lors du XVIII<sup>e</sup> Congrès mondial de gérontologie et de gériatrie qui s'est tenu à Rio de Janeiro, au Brésil, en juin 2005. Trente-trois villes provenant de vingt-deux pays ont élaboré la méthode commune devenue depuis le protocole de Vancouver, qui consiste à demander à des aînés de décrire les éléments qu'ils jugent comme étant

favorables ou, au contraire, défavorables à un vieillissement actif sur huit thématiques de la vie quotidienne (espaces extérieurs et bâtiments, transport, logement, participation sociale, respect et inclusion sociale, participation citoyenne et emploi, communication et information, soutien communautaire et santé). Un guide a été publié à partir de cette première phase de recherche (1).

En 2010, Lyon est la première ville française à avoir réalisé un audit urbain complet suivant le protocole de Vancouver. Près de quatre cents personnes (dont trois cent cinquante-sept aînés de plus de 65 ans, les autres étant des aidants et des fournisseurs de services, voir plus loin) ont participé aux différents groupes de discussion pendant plus de six mois, ce qui en fait actuellement le plus important échantillon réalisé sur une ville inscrite dans ce programme. Fruit d'un partenariat entre la Ville de Lyon, l'université Lyon 3 et l'association « Bien vieillir dans son quartier », l'objectif était d'identifier les besoins et les lacunes en matière de services, de structures et d'infrastructures, afin que les aînés puissent vivre en restant actifs dans leur milieu de vie. Un comité de pilotage présidé par Pierre Hémon (adjoint aux personnes âgées) a été constitué autour d'un responsable universitaire (Pierre-Marie Chapon) et, pour la ville de Lyon (Maud Félix-Faure), du Centre communal d'action sociale (CCAS), de l'agence d'urbanisme, de l'association « Bien vieillir dans son quartier » et des neuf adjoints aux personnes âgées des arrondissements lyonnais. La Ville et le CCAS ont financé la réalisation et la publication de l'audit avec le soutien de partenaires privés.

Pour obtenir des réponses pertinentes, il était nécessaire de toucher au maximum les aînés et de faire en sorte qu'ils s'emparent de ce projet participatif. L'objectif de cet article est de décrire la démarche et les résultats de l'étude des besoins menée à Lyon. Comment faire participer les aînés comme citoyens, dégager les problématiques et discuter avec eux des recommandations et des politiques à mettre en œuvre ?

Le développement d'une participation citoyenne active des personnes âgées est en lien direct avec la notion d'*empowerment* ou d'autonomisation. Au plan individuel, l'*empowerment* est défini comme la façon par laquelle l'individu accroît ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle (2). C'est un processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de sa propre vie. Ainsi, le concept d'*empowerment* est cohérent avec les principes de promotion de la santé. D'après J.-P. Viriot-Durandal, l'*empowerment* exprime une exigence de participation

au pouvoir dans la société. « L'empowerment s'inscrit ici dans un questionnement sur les modalités d'action des aînés sur la société moderne. Il exprime un processus par lequel les retraités traduisent, à titre individuel et collectif, une volonté de participation aux processus décisionnels sur les champs qui les concernent ou les intéressent » (3).

### L'échelle des quartiers : un défi méthodologique

Se pose en premier lieu la question du découpage des territoires dans lesquels sont formés les groupes de discussion : quelle est la bonne échelle à prendre en compte ?

L'espace est propriété du sujet, inscrit dans sa propre dynamique et donc lié à ses déplacements d'ordre social, économique ou culturel (4). C'est l'individu lui-même qui, par ses actions, va modifier l'espace. Ainsi, l'homme est lui-même le producteur de sa propre géographie avec l'appréhension d'un espace tantôt synonyme d'ancrage territorial, de tradition ou d'habitude, tantôt synonyme d'espace dessiné par les différents parcours socio-économiques que la personne a confectionnés au fil

du temps. Afin de constituer des groupes correspondant à l'échelle des milieux de vie des aînés, il fallait trouver un découpage représentant ces réalités vécues qui ne correspondent pas nécessairement aux limites administratives existantes. Si la notion de quartier reste complexe à définir d'un point de vue géographique (5), le découpage des « conseils de quartier » créés en 2002 par la ville de Lyon est intéressant car il correspond relativement bien aux territoires de vie (6) des personnes participant aux audits. Des groupes de discussion ont ainsi pu être réalisés dans le périmètre de vingt-six « conseils de quartiers » sur trente-quatre existants.

### Vers une définition de la participation citoyenne

Bien que les termes participation sociale et participation citoyenne soient parfois utilisés de manière interchangeable, ils se distinguent toutefois à certains égards. La participation sociale se vit par le lien entre l'individu et ses proches, pour ensuite prendre forme dans les relations entre l'individu et ses différents milieux de vie (école, travail, vie de la commune, etc.). La participation citoyenne, quant à elle, est l'action de prendre part aux décisions collec-

## Lyon, forces et faiblesses vues par les aînés

**« Bien » pour les espaces verts et les commerces, « moins bien » pour le sentiment d'insécurité, les trottoirs et les voies non adaptés, les difficultés d'accessibilité aux logements. Tels sont les résultats de l'enquête menée auprès des aînés à Lyon.**

Si les aînés jugent la ville de Lyon positivement, en insistant notamment sur la qualité des espaces verts et l'accessibilité aux commerces, ils reprochent le manque de bancs et de toilettes publiques.

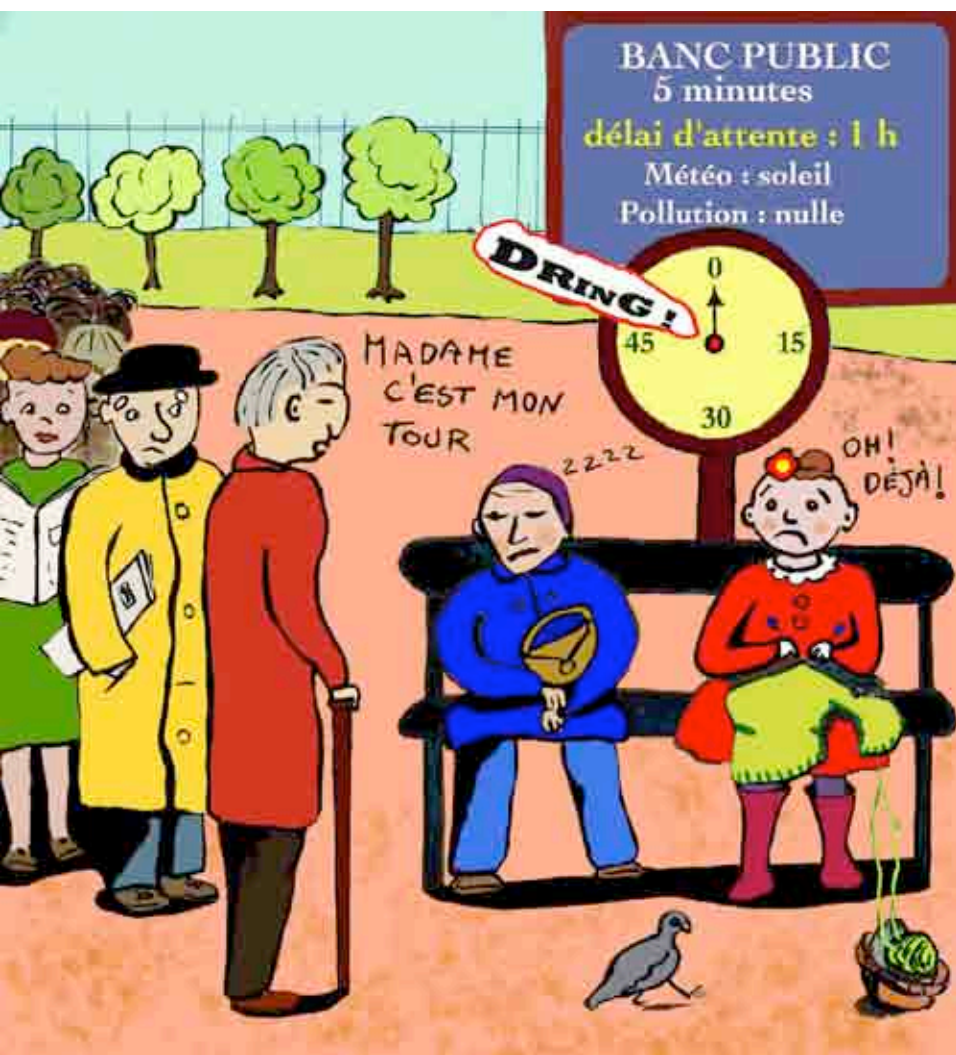
Les trottoirs polarisent l'attention des personnes âgées, puisqu'ils matérialisent à la fois un passage obligé vers l'extérieur, un espace de socialisation spontanée, mais aussi une source de dangers, potentiels ou réels : chutes, vols, accidents. Les aînés reconnaissent les efforts de la municipalité pour aménager les trottoirs, mais ces derniers génèrent encore des difficultés, liées à la topographie de la ville ou au comportement des habitants : déjections canines, stationnement sauvage de véhicules, etc. Les carrefours et les passages piétons posent également problème : l'incivisme des automobilistes est régulièrement mis en cause, tout comme le délai insuffisant pour traverser aux feux de circulation.

Même s'il est souvent indépendant de faits réels ou vécus, le sentiment d'insécurité est quasi permanent chez les personnes âgées ayant participé à l'audit. Ces ressorts sont multiples : présence trop discrète de la police, éclairage insuffisant, surenchère d'informations sur la délinquance ou la violence. La peur de sortir de la maison, notamment le soir, constitue bien souvent un facteur d'isolement.

Les problèmes liés à l'accessibilité des logements sont nombreux et quotidiens, notamment dans l'hyper-centre, où l'ancien prédomine : demi-étages dans les immeubles, ce qui oblige les résidents à monter des marches après l'ascenseur, présence d'une ou plusieurs marches à l'entrée de l'immeuble, difficulté à ouvrir la porte d'entrée de l'immeuble ou de l'appartement (doubles-portes, portes blindées), interphones défaillants combinés aux problèmes auditifs fréquents chez les aînés, absence d'ascenseurs dans de nombreux immeubles anciens. Beaucoup de personnes âgées ont des aides à domicile, mais la solution n'est pas toujours adaptée : le personnel est globalement peu formé au contact avec les aînés et les contraintes juridiques rendent impossibles certains services. Les aînés sont surtout gênés par les petits bricolages qu'ils ne peuvent plus faire : changer une ampoule, accrocher un tableau, réparer une chasse d'eau, etc. Outre son rôle social, le concierge de l'immeuble conserve une fonction importante pour répondre aux besoins quotidiens. Enfin, si la répartition géographique des centres de soins, publics ou privés, est jugée satisfaisante par les aînés, elle reste, dans les faits, assez inégale sur le territoire. Au-delà des hôpitaux, les aînés réclament davantage de centres de santé qui leur permettraient d'accéder à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux, limitant les déplacements et garantissant une prise en charge 24 heures sur 24. Les maisons de garde, par exemple, sont largement plébiscitées par les personnes auditionnées.

Le rapport « Lyon, ville-amie des aînés » est disponible auprès de la ville de Lyon.





tives au sein du gouvernement, d'une institution publique ou d'un organisme de la société civile. Elle est un acte de citoyenneté, car elle permet de saisir diverses opportunités pour enrichir la société et contribuer à son développement (7). La démocratie locale a aujourd'hui profondément besoin de se nourrir de la participation citoyenne pour répondre aux aspirations des habitants et faire face à la complexité croissante des politiques publiques. Elle reconnaît au citoyen une qualité « d'expertise d'usage ». La participation citoyenne est devenue un ingrédient essentiel de la santé des collectivités ; l'usager, l'habitant deviennent ainsi un maillon essentiel de la vie locale.

### Les impressions de la communauté

Une première étape inscrite dans le support méthodologique du protocole de Vancouver consistait à effectuer l'inventaire des structures et des associa-

tions offrant des services aux aînés. Cet état des lieux nous a permis de rencontrer des acteurs œuvrant dans le domaine du vieillissement, susceptibles de nous aider dans la création de groupes de paroles.

Ces groupes étaient fondés sur une approche par recherche de consensus qui s'appuie sur l'idée qu'un consensus obtenu parmi un groupe de personnes connaissant bien la communauté ou les problèmes à l'étude est suffisamment fiable pour que l'on puisse en utiliser les résultats. La technique utilisée est élaborée sur « les impressions de la communauté ». Elle permet « d'intégrer l'information tirée des sources officielles existantes et l'information obtenue des membres de la communauté. [...] Cette approche comprend les étapes suivantes : entrevue avec les informateurs clés ; compilation des données à partir d'indicateurs et d'enquêtes [...] ; mise en place d'un forum communautaire [...]. Ces forums ont l'avantage d'impli-

quer les personnes directement concernées dans la définition de leurs besoins et [...] dans la recherche des solutions à leur problème » (8). Afin de garantir un maximum d'échanges, les groupes de discussion devaient inclure de huit à dix participants.

### Les participants à l'étude des besoins

Trois cent cinquante-sept aînés ont participé à l'un ou l'autre des trente-six groupes de discussion ciblant cette population. Les aînés étaient répartis selon leur âge et leur catégorie socio-professionnelle. Pour pouvoir participer à l'étude, les aînés devaient être âgés de plus de 60 ans, résider dans l'un des neuf arrondissements de la ville, être « capables de parler distinctement, de comprendre en quoi consiste l'étude », selon le protocole de Vancouver, et participer à la vie sociale de la cité. L'échantillon comprenait 77,6 % de femmes (soit 277 femmes et 80 hommes).

En plus des trente-six groupes d'aînés, trois groupes d'aidants et trois groupes de fournisseurs de services (professionnels des services publics municipaux ou régionaux, entrepreneurs et commerçants, représentants d'organismes bénévoles) ont également été constitués.

### Un échantillon représentatif mais...

L'ensemble de l'échantillon correspond à la population âgée lyonnaise, avec une légère surreprésentation d'anciens cadres. Les locataires étaient plus nombreux (58 %) car plusieurs groupes de discussion ont été réalisés dans des foyers municipaux dont les logements sont loués aux occupants par le CCAS de la ville. La majorité n'avait pas de problèmes de santé. Toutefois, cet échantillon n'était pas complet car :

- il ne rejoignait pas directement les populations isolées qui, par définition, ne participent pas à la vie citoyenne et sociale. Nous avons pu contrebalancer une partie de ce manque par l'intermédiaire des groupes d'aidants (familiaux et professionnels) qui ont pu retranscrire leur vécu et l'attente des personnes plus isolées ;
- il ne rejoignait pas les populations d'immigrants, pourtant très actives, mais dans des systèmes différents (communautés religieuses, familles). Il s'avère essentiel de pouvoir également

connaître les attentes et les besoins de cette population. La population des « hommes debout »<sup>1</sup> du quartier de la Guillotière (3<sup>e</sup> arrondissement) n'a pas pu être approchée.

### Le constat

Malgré les efforts entrepris par les pouvoirs publics ou le secteur marchand, 45 % des aînés ayant participé aux différents groupes de discussion menés à Lyon s'estiment mal considérés et 60 % estiment avoir une place dévalorisée au sein de la société. La reconnaissance publique et la place des aînés dans la société se dégradent selon eux. Ils affirment qu'autrefois, les anciens étaient mieux respectés. Toutefois, cette impression ne vient-elle pas de la diminution des liens familiaux alors que les pouvoirs publics s'y substituent de plus en plus ? Cependant, il ressort des critiques que : « *C'est bien clair, on ne compte plus, sauf pour payer des impôts.* » Les élus sont également mis en cause : « *Les politiques ne s'intéressent pas à nous, sauf pour qu'on vote pour eux, après, ils nous délaissement...* »

La participation est un élément essentiel du programme de l'OMS

« Villes-amies des aînés » et le but principal du processus ascendant du protocole de Vancouver est de redonner un statut d'acteur aux citoyens âgés de la commune. De plus, le programme « Villes-amies des aînés » s'inscrit dans une logique de promotion de la santé dont le principe de participation des personnes concernées constitue le pilier. D'ailleurs, une récente analyse documentaire (10) a permis de recenser quatorze études établissant une corrélation significative entre la participation sociale et citoyenne et la santé des aînés.

Cependant, faire participer les usagers, notamment les aînés, nécessite une forte volonté politique et le partage du pouvoir représente un des principaux défis associés à la participation citoyenne. La participation des aînés suppose, pour se développer, une nouvelle culture du dialogue, du débat, de la prise en compte du savoir et des compétences issues de l'expérience. Cette participation n'est pas encore très ancrée en France. Il ne peut se produire un changement de paradigme que là où les professionnels et les élus réalisent que l'expérience du citoyen est précieuse et représente un élément

constituant nécessaire à la prise de décisions efficaces et valides.

L'intégration par la ville de Lyon au programme « Villes-amies des aînés » et la réalisation de l'audit constituent une première étape franchie, mais le travail devra être poursuivi dans les années à venir. Si les décideurs choisissent d'aller de l'avant et de concrétiser le plan issu de cette première étape, il s'avérera fondamental d'élaborer des indicateurs de progrès et d'évaluer avec les aînés les processus de mise en œuvre des nouvelles politiques publiques.

**Pierre-Marie Chapon**

Icade, EA 4129 « Santé, individu, société »,  
université de Lyon, responsable  
du programme « Villes-amies des aînés »  
pour la Ville de Lyon,

**Florent Renard**

UMR 5600  
CNRS, université de Lyon.

1. Essentiellement des hommes d'origine maghrébine, habitants du 3<sup>e</sup> ou du 7<sup>e</sup> arrondissement, ou d'autres quartiers de Lyon ou de communes limitrophes (la place des « hommes debout »), qui s'y retrouvent pour bavarder (9).

## ► Références bibliographiques

- (1) Organisation mondiale de la santé (OMS). *Guide mondial des villes-amies des aînés*. Genève : OMS, 2007 : 81 p. En ligne : [http://www.who.int/entity/ageing/publications/Guide\\_mondial\\_des\\_villes\\_amies\\_des\\_aines.pdf](http://www.who.int/entity/ageing/publications/Guide_mondial_des_villes_amies_des_aines.pdf)
- (2) Eisen A. Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Education Quarterly*, 1994, vol. 21, 2 : p. 235-252.
- (3) Viriot-Durandal J.-P. *Le pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression de retraités*. Paris : Puf, coll. Le lien social, 2003 : 512 p.
- (4) Frémont A. *La Région, espace vécu*. Paris : Puf, coll. SUP, 1976 : 224 p.
- (5) Humain-Lamouré A.-L. Le quartier des géographes en France. In : Authier J.-Y., Bacqué M.-H., Guérin-Pace F. dir. *Le quartier. Enjeux scientifiques, actions politiques et pratiques sociales*. Paris : La Découverte, coll. Recherches, 2007 : p. 41-51.
- (6) Chapon P.-M., Renard F. Construire des logements adaptés aux personnes âgées : une analyse par les territoires de vie à Lyon (France). *Géographica Helvetica*, 2009, vol. 64, n° 3 : p. 164-174.
- (7) Blondiaux L., Marcou G., Rangeon F. *La démocratie locale. Représentation, participation et espace public*. Paris : Puf, 1999 : p. 367-404.
- (8) Pineault R., Daveluy C. *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Éditions nouvelles, 1995 : p. 226-247.
- (9) Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes. *Diagnostic de santé du quartier de la Guillotière (7<sup>e</sup> arrondissement)*. ORS Rhône-Alpes, 2008 : 81 p. En ligne : [www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Diagnostic%20Guillotiere.pdf](http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Diagnostic%20Guillotiere.pdf)
- (10) Raymond É., Gagné D., Sévigny A., Tourigny A. *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée par une analyse documentaire*. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'université de Laval, 2008 : 111 p. En ligne : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859\\_RapportParticipationSociale.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859_RapportParticipationSociale.pdf)

Cet article reprend des éléments du rapport « Lyon, ville-amie des aînés » commandé par Pierre Hémon, adjoint aux personnes âgées de la Ville de Lyon, et réalisé sous la direction de Pierre-Marie Chapon et Maud Felix-Faure, par Caroline Brouillet, Yvan Colin, Jocelyn Forge, Perrine Lambert, Marie-Xavier Laporte, Alexis Vulin et Sylvie Rouault. Il reprend également – pour partie – les mémoires réalisés à l'issue de la première phase et tout particulièrement celui de Sylvie Rouault : « Promouvoir la participation citoyenne des aînés sur Lyon dans le cadre du programme "Lyon, ville-amie des aînés" », sous la direction de Béatrice Lamboy et de Pierre-Marie Chapon, 2010.

# À Saint-Martin-d'Hères, la parole des « habitants silencieux » enfin prise en compte

**On les appelle les « habitants silencieux ». Ils sont isolés et ne s'expriment dans aucune enquête, et certainement pas dans un diagnostic participatif concernant la santé. Dans le cadre de l'Atelier santé-ville de Saint-Martin-d'Hères dans l'Isère, une recherche-action, démarrée en 2010, a permis d'interroger une cinquantaine d'habitants ainsi que des professionnels et des bénévoles. Parmi eux figurent des personnes âgées. Premier constat : les difficultés de mobilité et l'isolement ont pour effet néfaste de réduire l'accès aux soins et, plus largement, à la santé. Ces « silencieux » soulignent que les liens tissés avec les professionnels de proximité et les soignants sont le principal levier pour rompre leur isolement.**

Le diagnostic constitue généralement la première étape à l'élaboration d'une programmation locale d'actions de santé publique. Sur un territoire défini, il s'agit de dresser un état des lieux à partir duquel seront développées une analyse et une définition de priorités collectives de santé. Ce type de procédé mis en avant dans le cadre de divers dispositifs de santé publique, comme les Ateliers santé-ville, s'inscrit bien souvent dans une dynamique participative (considérée comme une ressource indispensable à l'implication de tous les acteurs). Cette démarche permet d'intégrer la réalité vécue des acteurs et apparaît comme le gage d'une appropriation du futur projet défini. Cependant, les dispositifs participatifs mis en œuvre reposent bien souvent sur la constitution de groupes de volontaires, ce qui interroge la représentativité des acteurs ainsi sollicités, voire leur pertinence : est-ce ceux qui, *a priori*, sont les plus éloignés du système de santé ?

C'est dans un questionnement autour de la difficulté à rendre effective la participation des habitants que s'inscrit la démarche de l'Atelier santé-ville de Saint-Martin-d'Hères, qui a élargi son diagnostic local de santé à la question des « habitants silencieux ». L'expression « habitants silencieux »<sup>1</sup> désigne les habitants qui ne sont pas entendus ni connus



des structures publiques ou des institutions et qui sont susceptibles d'avoir des difficultés d'accès à la santé (accès et recours aux droits, aux soins, aux actions de prévention, etc.). L'objectif de la recherche-action « habitants silencieux »<sup>2</sup>, menée depuis mars 2010, est de concevoir et d'expérimenter un dispositif d'observation locale qui permette d'intégrer le point de vue de ces habi-

tants que l'on entend peu, voire pas du tout, afin de comprendre les raisons de cet éloignement mais aussi de mieux appréhender leur rapport à la santé pour développer des actions de santé publique adaptées. Intégrer le point de vue de ces habitants suppose une capacité à entendre des discours différents de ceux tenus par des professionnels de la santé ou de la prévention.

## Une recherche-action en cinq phases

Au niveau méthodologique, cette recherche-action repose sur le recueil d'une cinquantaine d'entretiens semi-directifs et se déroule en cinq phases. La première phase se fonde sur le discours de professionnels du soin et du social mais aussi de bénévoles d'associations intervenant sur le territoire. Elle consiste à faire émerger des profils de « silencieux » ainsi que des hypothèses sur les obstacles et les ressources de ces habitants en matière de santé. La deuxième phase a pour objectif d'aller à la rencontre d'habitants repérés comme silencieux pour comprendre leur rapport à la santé ainsi que croiser et confronter leur discours aux propos des professionnels. Les troisième et quatrième phases permettent une analyse partagée des entretiens avec les élus et les professionnels de la ville pour dégager des premières pistes d'actions réalisables. Enfin, la cinquième phase consiste à restituer les premières analyses et perspectives d'actions aux professionnels, élus et habitants afin d'exposer et de discuter les résultats de cette recherche, de développer des pré-

conisations cohérentes et de favoriser leur appropriation par les professionnels et les habitants.

Parmi les profils de « silencieux » et les hypothèses identifiées par les professionnels mais aussi par les bénévoles du territoire, la situation des personnes âgées a largement été évoquée. Les difficultés de mobilité et l'isolement sont susceptibles d'avoir des répercussions sur leur accès aux soins et plus largement à la santé. Les personnes âgées issues de l'immigration ne mobiliseraient pas systématiquement l'entraide générationnelle contrairement au présumé (peur de déranger, préservation de son image, etc.). Les ouvriers immigrés venus sans leur famille en France pour travailler sont aujourd'hui à la retraite dans des centres d'hébergement et feraient partie des plus isolés.

### Représentations en matière de santé

Cependant, les personnes rencontrées en entretien (lors de la deuxième phase) ne raisonnent pas autant par rapport à des problèmes propres à leur catégorie socio-économique d'apparte-

nance comme le font les professionnels. En effet, elles évoquent avant tout des problèmes transversaux que l'on retrouve chez d'autres catégories d'habitants (obstacles linguistiques, illettrisme, isolement social, coût des transports en commun, difficultés à se mouvoir, mauvaise couverture médicale, méconnaissance des droits, complexité des démarches administratives, etc.). En lien avec ces problématiques sociales, les représentations en matière de santé mais aussi les manières de se positionner par rapport aux normes médicales (adhérer plus ou moins aux principes d'une bonne hygiène de vie, existence de savoirs et mobilisation de techniques profanes<sup>3</sup>) ainsi que les liens interpersonnels tissés avec les professionnels de proximité et les soignants apparaissent comme les raisons les plus importantes aux yeux des habitants rencontrés dans leur distance ou leur proximité aux structures de santé. Cela a conduit à définir des catégories d'habitants non plus seulement en fonction de leur profession et catégorie socioprofessionnelle, de leur âge ou de leur genre mais en fonction de leur rapport à la santé (« les planètes »<sup>4</sup>).

## Malentendus et incompréhensions avec les institutions : paroles d'habitants

Voici trois témoignages extraits de cette enquête.

Ahmed est âgé de 66 ans et originaire d'Algérie (sa famille est restée à Oran). Il est venu en France en 1972 pour travailler sur des chantiers comme ouvrier. Aujourd'hui à la retraite, il vit seul dans une chambre qu'il loue (l'appartement est divisé en plusieurs pièces louées à différents locataires) et a entrepris, il y a quelques mois, en vain, des démarches auprès de services sociaux pour disposer d'un logement plus décent mais aussi d'une aide ménagère. Ces démarches sont d'autant plus difficiles pour lui qu'il ne parle pas très bien français et qu'il ne sait pas lire. De plus, Ahmed est malade (il vit sous oxygène) et ne peut pas se déplacer. Au lieu de se rendre chez le médecin, il téléphone aux pompiers quand il ne peut plus respirer et alterne ainsi, depuis des mois, séjours hospitaliers et retours à domicile. C'est un voisin qui, ponctuellement, l'aide à lire son courrier et lui apporte ses courses et ses médicaments. La situation difficile de ce monsieur a été découverte par le biais du porte-à-porte réalisé dans le cadre du diagnostic. Résigné, Ahmed ne veut plus entreprendre de démarches.

Enquêteur : « Vous êtes dépendant (par rapport à l'oxygène) mais vous pouvez sortir faire vos courses, comment ça se passe ? »

– Je n'y arrive pas, je n'y arrive pas.

– Et il y a quelqu'un qui vous aide pour faire les courses, faire à manger, non, vous êtes seul ?

– Je suis seul, j'ai fait une fois la demande pour recevoir des aides, pas de réponses...

– À qui faites-vous la demande ?

– C'est l'assistante sociale.

– Qui est où ?

– L'assistante sociale de l'hôpital qui a fait une demande (...) C'est pas la peine [de la recontacter]. Plusieurs fois j'ai téléphoné, l'assistante sociale de la mairie est venue me voir. (...) Ils me posent des questions et des papiers, après ils disent oui, oui ; et toi, tu crèves dans ta chambre, c'est comme ça. »

Marie-France est une retraitée de 76 ans qui vit avec son mari dans un petit pavillon. Ses enfants viennent les aider à tour de rôle pour faire les courses et entretenir la maison. Marie-France se fait suivre régulièrement par son médecin généraliste mais refuse de participer aux campagnes de dépistage organisées.

« J'ai reçu des papiers pour le dépistage, le cancer du sein. Mais je n'y suis jamais allée. Je ne veux pas savoir. Je risque de me rendre malade en y pensant. Non, je ne préfère pas y aller. »

René est âgé de 77 ans. Il a subi un certain nombre d'opérations pour un cancer du poumon qu'il attribue à la présence d'amiante dans son logement. Assez méfiant par rapport aux médecins, il nous explique qu'il préfère aujourd'hui se rendre à l'hôpital universitaire « car c'est mieux que la clinique. C'est l'université de médecine. » René profite de l'entretien pour montrer ses différentes ordonnances et notamment celle qui concerne une radio de contrôle pour ses poumons. « Je ne veux pas y aller. J'ai dit à mon médecin "vous venez de me dire que j'allais bien, si vous voulez que je fasse une radio c'est que ça va pas." Il m'a répondu qu'il pensait que j'allais bien mais qu'il voulait vérifier. Je n'irai pas faire cette radio. » Pour soulager ses douleurs du quotidien, René utilise des plantes comme l'aloès dont il fait des décoctions.

## Une distance vis-à-vis des dispositifs de santé

Le diagnostic « habitants silencieux » fait apparaître avant tout des « malentendus » et des incompréhensions entre habitants et institutions. La distance constatée vis-à-vis des dispositifs de santé peut être bien réelle mais elle relève de processus qui sont loin d'être attribuables aux seules caractéristiques socio-économiques des habitants. Elle exprime avant tout des décalages entre des manières de penser la santé et d'utiliser les structures existantes. Le diagnostic a permis de mettre en exergue une diversité de représentations et surtout offre des clés de compréhension indispensables au rapprochement entre les structures de santé et leur public.

**Alexandra Auclair**

Chargée de mission en éducation pour la santé, Inpes, Oriana Briand coordinatrice Ateliers santé-ville, service communal d'hygiène et de santé, Saint-Martin-d'Hères.

1. L'expression « habitants silencieux » provient du « Baromètre des Quartiers », outil qualitatif d'observation des territoires mis en place dans le cadre de la politique de la Ville de l'agglomération grenobloise. Cet outil, lancé en 2000, a été développé par des chercheurs de l'université Pierre-Mendes-France à la demande de l'Agence d'urbanisme de la région grenobloise et de la Métro. Un de ses principes repose sur le recueil de la parole d'habitants silencieux, c'est-à-dire ceux qui vivent (dans) leur quartier au quotidien mais qu'on n'entend pas, que la mairie ne connaît pas, qui ne viennent pas aux réunions, ne téléphonent pas, n'écrivent pas de lettres. L'objectif étant de ne pas restituer une parole déjà connue, celle des « notables » locaux, mais d'ouvrir sur des personnes qui, habituellement, ne prennent pas la parole.

2. La recherche-action a été réalisée dans le cadre du Service communal d'hygiène et de santé de Saint-Martin-d'Hères par Oriana Briand, Jaime Alberto Perez, Marie-Laure Dezalay et Alexandra Auclair.

3. Il ne s'agit pas de savoir si ces représentations sur les bons critères d'hygiène ou les techniques efficaces sont vraies ou fausses mais d'en connaître l'existence afin de mieux comprendre la distance entre certains habitants et des structures de santé.

4. « Les planètes » sont des modèles de représentation élaborés par les enquêteurs qui désignent des groupes dont les perceptions et les comportements en matière de santé, tels qu'ils ont été énoncés par les personnes interrogées, sont proches.

# équilibrés

Une lettre d'information mensuelle pour tout savoir sur l'actualité de la prévention et de l'éducation pour la santé



## Bibliographie

- Agence d'urbanisme de la région grenobloise (AURG) et Laboratoire de sociologie CSRPC-Roma. *Le Baromètre des Quartiers. Agglomération grenobloise. Le quartier Paul-Bert à Saint-Martin-d'Hères*, 2008.
- Beaud S., Confavreux J., Lindgaard J. dir. *La France invisible*. Paris : La Découverte, 2006 : 646 p.
- Bourdieu P., dir. *La misère du monde*. Paris : le Seuil, coll. Libre examen, 1993 : 960 p.
- Breviglieri M. L'individu, le proche et l'institution. *Travail social et politique de l'autonomie. Informations sociales*, 2008, n° 145 : p. 92-101.
- Club de l'Observation sociale en Rhône-Alpes. *Observer ensemble. Enjeux et éléments de méthode pour une observation partagée avec les habitants*. DRJSCS, 2010 : 46 p.
- Saint Pol (de) T. *La santé des plus pauvres. Insee Première*, 2007, n° 1161 : 4 p.
- Enquête Share 2004-2006 (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*), Irdes.
- Haut Comité de santé publique. *La santé en France*. Paris : La Documentation française, 1994 : 334 p.

- Ion J. *La fin des militants ?* Paris : Éd. de l'Atelier, coll. Enjeux de société, 1997 : 128 p.
- Le Blanc G. *L'invisibilité sociale*. Paris : Puf, coll. Pratiques théoriques, 2009 : 208 p.
- Or Z., Jusot F., Marcoux L., Yilmaz E. Inégalités de recours à la prévention et inégalités de santé en Europe : quel rôle attribuable au système de santé ? Rapport dans le cadre du programme GIS-RESP (Institut de recherche en santé publique « Prévention »), 2010.
- Rhéaume J. *La recherche-action : un nouveau mode de savoir ? Sociologie et sociétés*, 1982, vol. 14, n° 1 : p. 43-51.
- Revil H. De la quantification du non-recours à l'identification des bénéficiaires potentiels : une connaissance utile pour le travail social. *Vie sociale*, 2008, n° 1 : p. 55-68.
- Rode A. L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins. *Lien social et politiques*, 2009, n° 61 : p. 149-158.
- Sen A. *Repenser l'inégalité*. Paris : Seuil, coll. L'histoire immédiate, 2000 : 286 p. (1992, 1<sup>ère</sup> éd.)

Abonnez-vous gratuitement !  
www.inpes.sante.fr



# Vieillir dans un quartier résidentiel éloigné des commerces et services : enquête au Canada

**Au Canada, une centaine de personnes âgées de l'agglomération de Québec ont été interrogées à sept années d'intervalle sur leur mobilité dans leur quartier de banlieue, environnement résidentiel conçu par et pour la voiture et marqué par l'éloignement des commerces et services. La recherche montre qu'en dépit des difficultés rencontrées, les habitants préfèrent rester dans « leur maison » et « leur quartier ». Ces banlieusards développent des stratégies d'adaptation pour faire face aux difficultés que pose la mobilité dans ce type d'habitat, notamment du fait de leur vieillissement.**

Le vieillissement des populations, observable dans l'ensemble des pays occidentaux, a des incidences sur pratiquement toutes les facettes du quotidien. Cette avancée en âge pose des défis de planification et de gestion publique importants, autant d'objets d'intérêt scientifique et d'intervention sociale. Aux États-Unis, en Australie, au Canada et dans plusieurs pays d'Europe, une grande proportion des personnes vieillissantes et âgées habite en milieu de faible densité, c'est-à-dire des quartiers résidentiels (ou lotissements) où la maison individuelle domine, mettant à distance les commerces et les services. De ce fait, et contrairement aux quartiers urbains à densité plus élevée, ces quartiers ont été souvent considérés comme hostiles au « vieillissement à domicile » (1).

## **Vieillissement et mobilité dans un quartier résidentiel**

La recherche montre que pour une large majorité, les banlieusards âgés entendent vieillir dans leur domicile en banlieue malgré les problèmes fonctionnels que cela pose dans leur vie

quotidienne (2, 3). Les habitudes de déplacement des personnes âgées ont fait l'objet de nombreuses études depuis le tournant des années 2000 (4). Ces travaux montrent la « grande » mobilité des personnes âgées jusqu'à un âge relativement avancé, tout comme les effets déterminants de la morphologie et de l'organisation fonctionnelle des banlieues sur les rapports des aînés à l'espace géographique, voire aux interactions sociales.

Même si le lien étroit entre les déplacements des aînés et leurs capacités motrices et sensorielles est démontré dans plusieurs recherches et études, l'analyse de l'expérience et des significations de la mobilité est tout aussi essentielle pour comprendre la complexité du phénomène de mobilité à un âge avancé.

## **Influence du territoire et de l'environnement sur la mobilité des personnes âgées**

La mobilité a été étudiée par le biais du processus de vieillissement individuel et social en portant une attention particulière à la relation entre les personnes âgées et leur habitat. Des concepts issus de la géographie urbaine, de la sociologie urbaine et de la gérontologie environnementale et sociale ont été utilisés pour approfondir les rapports entre les individus et leur environnement (5).

Deux consultations réalisées, à presque sept ans d'intervalle, en 1999 et 2006, auprès d'un groupe de cent deux aînés résidant dans l'agglomération de Québec au Canada ont fait ressortir les rapports complexes et dynamiques entre mobilité quotidienne, choix résidentiel et expérience du « chez-soi » au fil du vieillissement. Le

choix d'une approche interdisciplinaire a permis de croiser différents types de savoirs sur la mobilité des aînés. Approcher la mobilité de la sorte permet de dépasser le stade de la description pour investir celui de la compréhension en s'intéressant aux logiques objectives et subjectives qui amènent l'individu à se mouvoir ou non dans l'espace de la ville (6).

## **Comment évoluent les rapports à la ville au fil du vieillissement ?**

Des entretiens ont donné lieu à quatre analyses spécifiques<sup>7</sup>. Les résultats longitudinaux de la recherche renforcent les connaissances sur les aspirations résidentielles des aînés. Les personnes vieillissantes préfèrent une vie « normale » dans un quartier « normal », malgré les problèmes d'adaptation que leur milieu de vie peut potentiellement leur poser. Ainsi, deux répondants sur trois rencontrés en 1999 n'avaient pas changé de domicile en 2006. C'est à travers le maintien dans leur maison et dans leur quartier que ces banlieusards âgés projettent à eux-mêmes comme à autrui un statut de personne autonome. Le maintien de ce statut est au cœur de leurs aspirations résidentielles. Pour les personnes rencontrées, un déménagement signifierait la perte d'un milieu de vie sécuritaire, contrôlé et familial, auquel ils sont attachés, mais également plusieurs dimensions de l'expérience du « chez-soi » associées à un espace de liberté, même dans une collectivité où, pour demeurer mobile, il faut rester automobiliste.

L'aîné qui veut rester en banlieue lorsque le vieillissement implique une perte d'autonomie doit modifier ses pratiques sociales et spatiales. Sans cesser d'utiliser leur voiture, ces banlieusards âgés ont considérablement trans-

formé l'ensemble de leurs pratiques de mobilité :

- en modifiant les trajets empruntés au profit de plus petites voies ;
- en changeant les heures de sorties pour éviter des difficultés (circulation, conduite en soirée, etc.) ;
- en remplaçant certains itinéraires par d'autres plus accessibles ;
- en abandonnant des habitudes impliquant trop de stress.

Avec la mise en place de ces stratégies d'adaptation, on comprend la difficulté à rompre avec des habitudes de déplacement établies depuis des années, notamment dans un rapport étroit à l'automobile en raison de l'éloignement des services et des points d'intérêt<sup>2</sup>.

### Capacité d'adaptation

La stabilité résidentielle de la majorité des aînés rencontrés sept ans après la première entrevue, témoigne de leur volonté et de leur capacité d'adaptation. Si les déplacements se concentrent plus près du domicile, ils perdurent malgré le vieillissement. Leur diminution est attribuable le plus souvent à une perte d'autonomie fonctionnelle chez l'individu et leur augmentation est généralement le résultat d'une perte de services à proximité du domicile. Ces observations viennent renforcer le rôle central de la planification en matière d'aménagement du territoire, de transport et de logement sur l'accessibilité des aînés à la ville, mais également sur les possibilités de rester actifs.

Somme toute, le contexte de vie à domicile en habitat de faible densité par ces aînés est demeuré positif, et ce, même lorsque des problèmes d'autonomie ont été constatés. Leurs conditions de vie ont évolué avec les complications que pose la vieillesse en raison des limitations fonctionnelles et cognitives ou avec les représentations (individuelles et collectives) des risques inhérents au vieillissement, ceci dans un environnement où l'on dépend de la voiture. Ce n'est pas tant l'éventualité de perdre une automobile, une maison ou un quartier que ces personnes âgées ont vu se profiler au fil des ans, mais plutôt celle de voir disparaître un territoire de mobilité qui leur permet de se situer dans le temps et l'espace. Qu'elles se déplacent moins loin ou moins souvent importe peu, c'est plutôt l'aban-

don du statut de banlieusard qui signifie la véritable entrée dans le « monde des vieux », terme que certains d'entre eux utilisent.

### Commerces et services plus accessibles

Le développement d'options de transport à la demande, plus près des besoins, des aspirations, des préférences, mais également des compétences en mobilité des aînés, apparaît ici porteur. L'aménagement et la pérennisation de lieux et d'espaces publics près des besoins et des préférences des aînés, comme les centres commerciaux de quartiers, espaces privilégiés de socialisation, de promenade et de consommation, devraient également être des pistes de réflexion.

Si la desserte en commerces et services de proximité est évidemment à améliorer en banlieue pour que l'accessibilité y soit piétonne et non automobile, l'implantation de fonctions commerciales et de services accessibles, sécuritaires et protégés des intempéries doit être envisagée. Faciliter les possibilités d'adaptation pour des personnes vieillissantes s'avère davantage porteur et réaliste dans un contexte où les pouvoirs publics doivent composer avec

des ressources financières limitées. C'est donc dans cette logique de support à l'autonomie que les instances municipales, régionales, nationales, mais également de soins et de santé, doivent orienter leurs travaux de planification et d'intervention.

**Sébastien Lord**

Ph. D., chargé de recherche,  
Géographie et développement (Geode),  
CEPS/Instead, Differdange, Luxembourg.

1. Le volet de recherche de 1999 comprenait deux étapes, l'une s'intéressant aux aspirations résidentielles du groupe de banlieusards âgés (7), l'autre sur leur mobilité quotidienne (8). Le volet de recherche de 2006 comprenait aussi deux étapes, l'une sur l'évolution de la mobilité quotidienne des mêmes répondants six ans plus tard (9), l'autre sur l'expérience de la mobilité et du territoire chez certains sujets ayant vu leurs pratiques de mobilité se transformer considérablement dans l'intervalle (10).

2. En fait, la voiture individuelle ne complique pas le vieillissement dans un milieu étalé comme la banlieue. Conduire ou être passager d'une voiture permet dans une certaine mesure de le faciliter, voire même d'accéder à des portions de territoires universellement accessibles ou à d'autres lieux spécifiques (centres commerciaux, parcs, etc.) où se déplacer à pied est facile et agréable, permettant d'autant à l'aîné de rester en santé et actif. En outre, que l'on se déplace plus ou moins dans l'espace de la ville, l'accès à la mobilité permet de se sentir libre et indépendant.

### ► Références bibliographiques

- (1) Lévy J. Les espaces de l'âge au risque de l'historicité. In : Brunel P., Attias-Donfut C., Morval J., Lévy J. dir. *Penser l'espace pour lire la vieillesse*. Paris : Puf, 2006 : p. 71-96.
- (2) American Association of Retired Persons (AARP) *Fixing to stay: A national survey of housing and home modifications issues*. Washington : AARP, 2000 : 82 p.
- (3) Luxembourg N. *Renouvellement social et immobilités en périurbain*. Aix-en-Provence : université Paul-Cézanne, thèse d'aménagement de l'espace et urbanisme, 2005.
- (4) Rosenbloom S. *The mobility needs of older americans: Implications for transportation reauthorization*. Washington D.C. : The Brookings Institution, 2003 : 20 p.
- (5) Lawton M.P. *Environment and Aging*. Albany : Center for the study of aging, 1986.
- (6) Kaufmann V. *Les paradoxes de la mobilité. Bouger, s'enraciner*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, coll. Le savoir suisse, 2008 : 120 p.
- (7) Lord S. Vieillir en banlieue : entre choix et contrainte. In : Lévy J.-P., Authier J.-Y., Bonvalet C. dir. *Élire domicile : la construction sociale des choix résidentiels*. Lyon : Pul, 2010 : p. 249-270.
- (8) Lord S., Joerin F., Thériault M. La mobilité quotidienne des banlieusards vieillissants et âgés : déplacements, aspirations et significations de la mobilité. *Le Géographe canadien*, 2009a, vol. 53, n° 3 : p. 357-375.
- (9) Lord S., Joerin F., Thériault M. Évolution des pratiques de mobilité dans la vieillesse : un suivi longitudinal auprès d'un groupe de banlieusards âgés. *Cybergeo, Systèmes, Modélisation, Géostatistiques*, 2009b, article 444. En ligne : <http://www.cybergeo.eu/index22090.html>
- (10) Lord S., Després C., Ramadier T. When mobility makes sense: A qualitative and longitudinal study of the daily mobility of the elderly. *Journal of Environmental Psychology*, 2011 (à paraître).

## Agirc-Arrco : une étude sur la perception de l'avancée en âge

Dans le cadre de l'étude nationale « Bien vieillir », Agirc-Arrco a réalisé une étude portant sur l'évaluation et la perception de l'avancée en âge des personnes accueillies dans ses centres de prévention. L'enquête a porté sur 4 163 personnes âgées de 55 ans et plus, interrogées entre octobre 2008 et septembre 2009 lors d'un bilan médicopsychosocial dans les six centres de prévention Agirc-Arrco<sup>1</sup>. Parmi ces personnes, 91 % se considéraient en bon ou en excellent état de santé et 9 % en mauvais ou très mauvais état de santé. Un peu moins de 60 % voyaient leur médecin généraliste au moins tous les trois mois, 25 % tous les six mois et un peu moins de 20 % moins souvent. La proportion de personnes à risques de chutes semblait assez élevée, près d'une personne sur cinq ayant déclaré avoir fait au moins une chute au cours de l'année écoulée (cette proportion, liée à l'âge, passant de 15 % chez les moins de 65 ans à 30 % chez les 75 ans et plus).

L'existence d'une dépression en cours et des troubles du sommeil ont été attestés par le psychologue, respectivement chez 17,5 % et 23,5 % des personnes. On retrouvait également des difficultés mnésiques chez 10 % des personnes et 8 % étaient sous traitement psychotrope. Le psychologue signalait également des

difficultés familiales ayant ou pouvant avoir un impact sur l'équilibre psychologique dans 10 % des cas.

Les trois quarts des participants déclaraient pratiquer une activité physique ou sportive régulière, plus de la moitié entretenait des activités culturelles ou intellectuelles durant plus de cinq heures par semaine, et la moitié de l'effectif était impliquée dans des activités associatives, bénévoles ou politiques. Si l'on s'intéressait à la variété des relations sociales, on comptait 35 % des personnes ayant des relations régulières avec les trois réseaux sociaux considérés (famille, amis et associations), 41 % avec des membres de deux de ces réseaux et 24 % – soit presque une personne sur quatre – ayant peu de relations sociales dans la mesure où elles n'ont qu'un seul de ces trois types de contacts réguliers, voire aucun contact. Par ailleurs, 29 % des participants ont déclaré vivre seuls.

Le sentiment ressenti par rapport à leur propre vieillissement était généralement positif et les « notes » inférieures à 5 sur 10 étaient rares (5 %). 77,4 % de personnes ont déclaré considérer leur propre vieillissement comme étant de bonne qualité. Ce sentiment était beaucoup moins fréquent chez les personnes jugeant leurs ressources financières insuffisantes (70 %) que chez les per-

sonnes se jugeant à l'abri du besoin (81,8 %). Le ressenti de la qualité du vieillissement était intimement lié à l'activité et aux relations sociales. Ainsi, le sentiment de bien vieillir était largement plus fréquent chez les personnes pratiquant une activité physique ou sportive ou entretenant une activité intellectuelle et/ou culturelle régulière que chez celles inactives dans ces deux domaines. Les résultats de cette étude suggèrent que le sentiment de bien vieillir est influencé à la fois par des paramètres sociodémographiques (âge et ressources), par l'état de santé et le suivi médical, par l'état psychologique et la stimulation cognitive mais aussi par l'implication et la stimulation sociale, indépendamment de l'état de santé ou de l'équilibre psychologique : ce sentiment de bien vieillir est beaucoup plus fréquent chez les personnes dont le réseau social est étendu et diversifié que chez celles ayant peu de relations sociales.

Lucette Barthélémy

1. Le Centre d'information et de prévention (Cedip) à Toulouse, l'Institut régional d'information et de prévention de la sénescence (Irips) à Marseille, le Centre régional de prévention à Lyon, l'Observatoire de l'âge à Paris, le Centre des Arcades à Troyes et le centre Renouance à Rouen.

## Lieux de vie collectifs et autonomie : des actions primées par la CNSA

Avec ses partenaires du secteur médico-social et des acteurs de l'architecture, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a lancé la 5<sup>e</sup> édition de son prix, « Lieux de vie collectifs et autonomie ». Jusqu'au 11 février 2011, les questionnaires d'établissements médico-sociaux, en collaboration avec leurs architectes, pouvaient concourir pour le Prix de la réalisation médico-sociale pour personnes handicapées, le Prix de la réalisation médico-sociale pour personnes âgées, la Mention spéciale personnes handicapées vieillissantes ou la Mention spéciale Alzheimer.

En organisant ce prix, la CNSA cherche à répondre à un triple enjeu :

- encourager l'évolution des structures d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées du secteur médico-social, pour une meilleure adéquation avec des besoins nouveaux (vieillesse des personnes handicapées, maladie d'Alzheimer, etc.) ;
- valoriser des réalisations de qualité pour donner

des références aux maîtres d'ouvrage et aux concepteurs ;

- attirer l'attention des étudiants en architecture sur un thème social important, encore insuffisamment exploré dans les programmes universitaires. L'idée est notamment de multiplier les interactions avec la ville, grande ou petite, pour que le grand âge s'y intègre, et d'encourager la mixité des publics.

Autre objectif : faire en sorte que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) s'intègrent pleinement à la cité. À cet effet, les étudiants en école d'architecture peuvent également participer au concours d'idées « Inventer un Ehpad », pour la conception d'un lieu de vie collectif pour personnes âgées, doté de 12 000 € par la CNSA. Tout en respectant un cahier des charges précis, les étudiants ont pour mission de concevoir un lieu de vie collectif pouvant accueillir quatre-vingts personnes âgées en perte d'autonomie, parmi lesquelles

vingt-six personnes souffrent de la maladie d'Alzheimer. Les six projets sélectionnés en 2009-2010 sont implantés :

- sur une friche urbaine à Marseille (Voyage à travers les âges ! Escalade à Marseille) et sur un espace de la petite ceinture, ancienne ligne de chemin de fer dans Paris (Intergénérationnalité en pleine ville) ;
- en quartier résidentiel : une cité-jardin verticale à Grenoble, dans le quartier de l'Île Verte et dans le quartier de Beauregard, au nord de la ville de Rennes (No age) ;
- en espace naturel : à Deuil-la-Barre, dans le Val-d'Oise (Vie citadine au cœur d'un verger) et dans la baie de Benzu, village de pêcheurs qui fait face au détroit de Gibraltar, concernant un centre de vacances pour enfants et personnes âgées.

Le règlement, le détail des conditions de participation et les dossiers de candidature sont disponibles sur le site [www.prix-autonomie-cnsa.fr](http://www.prix-autonomie-cnsa.fr).

Lucette Barthélémy



# Pour en savoir plus

Les sources d'information proposées dans cette rubrique s'inscrivent dans une approche globale autour de trois entrées de la santé des aînés par le prisme des déterminants socio-environnementaux. Tout d'abord, des références sur les personnes âgées et des données générales sur leurs modes de vie et leur santé ; puis sur les représentations et le lien social autour de la personne âgée ; et enfin, des références autour des stratégies et des leviers d'action avec un focus sur l'habitat et les lieux de vie.

La partie suivante – sites Internet et organismes ressources – décline quelques sites apportant une meilleure connaissance de l'avancée en âge, des organismes publics de statistiques ainsi que les plans et les enquêtes indispensables pour mener à bien les politiques en santé publique liées à cette population. La rubrique s'achève par une proposition de quelques supports multimédias.

Les adresses des sites Internet ont été consultées le 31/01/2011.

**À noter :** ce dossier thématique fait résonance avec deux précédents dossiers publiés dans *La Santé de l'homme* en 2009 et en 2003 :

- Barthélémy L., Imbert G., Pin Le Corre S. coord. Dossier « Promouvoir la santé des personnes âgées ». *La Santé de l'homme*, n° 401, mai-juin 2009 : p. 11-45.
- Dossier « Personnes âgées : restaurer le lien social ». *La Santé de l'homme*, n° 363, janvier-février 2003 : p. 11-40.

## ■ Bibliographie

### Personnes âgées, modes de vie et santé : données générales

- Coudin G., Paicheler G. *Santé et vieillissement : approche psychosociale*. Paris : Armand Colin, coll. Cursus psychologie, 2002 : 171 p.
- De Mets J., Vassart C., Fondation Roi Baudouin. *Une société pour tous les âges. Le défi des relations intergénérationnelles*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin, 2008 : 120 p.  
En ligne : <http://www.kbs-frb.be>
- Vieillesse et santé : idées reçues, idées nouvelles. Actes du Forum franco-québécois sur la santé. Québec, septembre 2005. *Santé société et solidarité*, 2006, n° 1 : 164 p.

### Représentations et lien social autour de la personne âgée

- Bloch D., Heilbrunn B., Le Gouès G. *Les représentations du corps vieux*. Paris : Puf, 2008 : 146 p.
- Coudin G., Paicheler G. *Santé et vieillissement. Approche psychosociale*. Paris : Armand Colin, coll. Cursus psychologie, 2002 : 171 p.
- Lalive d'Épinay C., Cavalli S. Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie. *Gérontologie et Société*, 2007, n° 121 : p. 46-60.

### Stratégies et leviers d'action

- A'urba. Vieillir dans la métropole bordelaise. *Les Cahiers techniques de l'agence d'urbanisme*



Bordeaux métropole Aquitaine, *Complex'cité*, juin 2006, n° 2 : 20 p.

Extrait en ligne : [http://www.aurba.com/site/pdf/complexcite\\_n2.pdf](http://www.aurba.com/site/pdf/complexcite_n2.pdf)

- Bensadon A.-C., Souetre-Rollin F., Richetto M. Collectif « Combattre la solitude des personnes âgées ». Stratégies et pistes proposées pour combattre l'isolement et la solitude. In : *Enquête « Isolement et vie relationnelle »*. (Document intégral), 2006 : p. 60-71.

En ligne : [www.fep.asso.fr/docs/docs\\_fep/Annexe6.pdf](http://www.fep.asso.fr/docs/docs_fep/Annexe6.pdf)

- Brechat P.-H., Vogel T., Berard A., Lonsdorfer J., Kaltenbach G., Berthel M. Quelles actions de prévention et quelles organisations pour un vieillissement réussi ? *Santé publique*, 2008, vol. 20, n° 5 : p. 475-487.
- Caradec V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Armand Colin, 2008 : 128 p.
- Cassou B. Prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 2008, n° 125 : 236 p.
- Corman B., Lauque S., Vanbockstael V., Teillet L. Les programmes d'éducation à la santé semblent efficaces pour bien vieillir. *Gérontologie et société*, 2008, n° 125 : p. 105-119.
- Malki M. L'intergénération, définition et caractéristiques. In : *L'intergénération : une démarche de proximité. Guide méthodologique*. Paris : La Documentation française, 2005 : p. 80-91.

- Pihet C. Du vieillissement dans les villes à des villes pour le vieillissement ? Réflexions sur quelques exemples français. *Les annales de la recherche urbaine*, 2006, n° 100 : p. 15-22.
- Tonner J., Thon C., Dert M.-C., Faure C. *L'aménagement du domicile*. Paris : Cramif, 2007 : 60 p.
- Fondation de France. Diversité des parcours de vie : source de créativité dans les projets. In : *Vieillir dans son quartier, dans son village. Des aménagements à inventer ensemble*. Forum national, Paris, 12-13 octobre 2004. Paris : Fondation de France, 2005 : p. 49-52. En ligne : <http://www.fondationdefrance.org>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*. Genève : OMS, 2002 : 60 p.  
En ligne : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf)

### Habitat – Lieux de vie

- Argoud D. De nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : d'hier à aujourd'hui. Du point de vue de la Fondation de France. *Gérontologie et société*, 2006, n° 119 : p. 85-92.
- Argoud D. *L'habitat et la gérontologie : deux cultures en voie de rapprochement ? Enquête auprès des nouvelles formules d'habitat pour personnes âgées*. Université de Paris 12. Unité de formation et de recherche Sess-Staps, Créteil. La Défense : Puca, 2008 : 136 p.



• Guffens C., Fondation Roi Baudouin. *Où vivre ensemble ? Étude de l'habitat à caractère inter-générationnel pour personnes âgées*. Namur : Les éditions namuroises, 2006 : 114 p.

En ligne : [http://www.kbs-frb.be/uploaded/Files/KBS-FRB/Files/FR/PUB\\_1614\\_Ou\\_vivre\\_ensemble.pdf](http://www.kbs-frb.be/uploaded/Files/KBS-FRB/Files/FR/PUB_1614_Ou_vivre_ensemble.pdf)

• Organisation mondiale de la santé (OMS). *Guide mondial des Villes-amies des aînés*. OMS, 2007 : 86 p. En ligne : [http://www.who.int/ageing/publications/Guide\\_mondial\\_des\\_villes\\_amies\\_des\\_aines.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Guide_mondial_des_villes_amies_des_aines.pdf)



## ► Sites Internet et organismes ressources

• **Réseau aquitain des comités d'éducation pour la santé**. Dossier documentaire « Bien vieillir ». Mis à jour en 2009. En ligne : <http://www.educationsante-aquitaine.fr/index.php?act=1,20,4>

• **AGE, la plateforme européenne des personnes âgées**

Cette association a pour but d'exprimer et de promouvoir les intérêts des personnes âgées dans l'Union européenne. L'AGE s'est engagée à combattre toutes formes de discrimination liées à l'âge dans tous les domaines de la vie.

**AGE** : la plateforme européenne des personnes âgées : Rue Froissart 111 – 1040 Bruxelles (Belgique)

Tél. : 32 2 280 14 70 – Fax : 32 2 280 15 22

Mél : [info@age-platform.org](mailto:info@age-platform.org)

En ligne : <http://www.age-platform.org/FR/>

• **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (CNSA)**

La CNSA est chargée de répartir les moyens financiers et d'apporter un appui technique. Elle a pour mission de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et d'assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour

suivre la qualité du service rendu aux personnes.

**CNSA** : 66, avenue du Maine – 75682 Paris cedex 14

Tél. : 01 53 91 28 00

En ligne : <http://www.cnsa.fr>

• **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)**

Cette direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux produit des études et des statistiques dans les domaines de la santé, de l'action sociale et de la protection sociale. De nombreuses études conduites par la Drees concernent les personnes âgées, sur les thèmes de la dépendance, des établissements, du soutien à domicile, etc.

**Drees** : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

14, avenue Duquesne – 75700 Paris

Tél. : 01 40 56 60 00

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees,5876.html>

• **Fondation nationale de gérontologie (FNG)**

La Fondation nationale de gérontologie est un centre de ressources national sur les questions relatives à la vieillesse et au vieillissement. Elle publie une revue, *Gérontologie et Société*, abordant à partir d'un thème donné l'état de la réflexion et de la recherche. Son site Internet donne accès à l'interrogation de sa base de données et à celle du Cleirppa (Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées), aux études et recherches en gérontologie sociale et médicale ainsi qu'à des programmes et des actions européens et internationaux. La FNG a aussi pour mission de proposer des formations méthodologiques qui contribuent à changer les représentations stéréotypées et négatives de l'avancée en âge. Un centre de documentation ouvert aux étudiants et aux professionnels met à disposition sur place des documents français et étrangers sur les différents aspects de la vieillesse et du vieillissement (démographie, économie, sociologie, santé, politique, protection sociale, etc.). Il comprend 9 500 ouvrages, thèses, rapports, 300 titres de périodiques français et étrangers et 600 dossiers thématiques.

**FNG** : 49, rue Mirabeau – 75016 Paris

Mél : [doc@fng.fr](mailto:doc@fng.fr)

En ligne : <http://www.fng.fr/>

• **Mutualité sociale agricole (MSA)**

Les actions de la MSA sont axées sur la prévention de la perte d'autonomie et sur le maintien des personnes âgées dans leur cadre de vie. À noter l'accès en ligne aux ressources intitulées « Les ateliers du bien vieillir ». S'adressant aux personnes de plus de 55 ans, assurées MSA ou

non, « Les ateliers du bien vieillir » ont pour objectif de mieux les responsabiliser vis-à-vis de leur capital santé. Un cycle de six ateliers permet de s'informer sur les clés du mieux vivre et du bien vieillir sur les thématiques suivantes : le bien vieillir, l'alimentation, les cinq sens, l'ostéoporose, le sommeil, le médicament et un atelier en option : le dentaire.

**CCMSA** : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole – Les Mercuriales, 40, rue Jean-Jaurès 93547 Bagnolet Cedex

Tél. : 01 41 63 77 77 – Fax : 01 41 63 72 66

En ligne : <http://www.msa.fr>

En ligne : [http://www.ateliers-du-bien-vieillir.fr/front/id/ateliersdubienvieillir/S\\_Les-Ateliers-du-Bien-Vieillir](http://www.ateliers-du-bien-vieillir.fr/front/id/ateliersdubienvieillir/S_Les-Ateliers-du-Bien-Vieillir)

• **Plan Healthy Ageing**

Cofinancé par la Commission européenne, le projet *Healthy Ageing* visait à promouvoir le vieillissement en bonne santé chez les personnes de 50 ans et plus. Les objectifs principaux ont été de contrôler et d'analyser les données existantes sur la santé et le vieillissement afin de produire un rapport présentant des recommandations et une stratégie globale pour les mettre en œuvre.

En ligne : <http://healthyageing.eu/>

• **Plan national « Bien vieillir » 2007-2009**

La France s'est dotée d'un plan de prévention en gérontologie. Son objectif était de créer une dynamique préventive destinée aux seniors autour de trois thématiques essentielles : la nutrition, l'activité physique et le lien social.

• **Share (Survey on health ageing and retirement in Europe)**

L'enquête européenne Share, menée tous les deux ans depuis 2004, est internationale et multidisciplinaire. Conduite pour la France par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), elle interroge à travers toute l'Europe un échantillon de ménages dont au moins un membre est âgé de 50 ans et plus. L'objectif est de créer un panel européen axé sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement. Les questions posées, identiques dans tous les pays, portent sur l'état de santé, les consommations médicales, le statut socio-économique, les conditions de vie. L'enquête 2006 a porté sur quatorze pays : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Suède, Suisse.

En ligne : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/SHARE/EnqueteSHARE.html>

**Sandra Kerzanet**

Documentaliste à l'Inpes.

Entretien avec Philippe Lorenzo, directeur de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Picardie.

## « École 21, un moyen pour sensibiliser les collectivités territoriales »

**Vingt et une écoles françaises et belges participent au programme « École 21 », cofinancé par l'Union européenne, qui encourage la promotion de la santé et le développement durable dans les établissements scolaires. L'amélioration du climat scolaire et le dialogue sont au cœur de ce projet, dont les résultats varient en fonction de la réalité du travail d'équipe ainsi mis en place.**

### **La Santé de l'homme : Vous êtes le référent d'un projet intitulé « École 21 ». De quoi s'agit-il ?**

« École 21 » est un projet européen en direction des établissements scolaires qui souhaitent associer des actions d'éducation pour la santé et de développement durable. C'est avant tout une démarche pédagogique qui concerne des écoles primaires et secondaires. L'action se déroule en milieu scolaire, mobilise la communauté éducative dans son ensemble et propose des actions qui se réfèrent à la fois à la promotion de la santé et aux principes du développement durable. Du côté français, ces actions sont portées par le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) de l'établissement, dans certains cas appuyés par des élèves délégués « École 21 ». Elles prennent en compte à la fois le lieu de vie qu'est l'école et des thématiques sur lesquelles l'établissement veut travailler. Un diagnostic préalable a permis de les déterminer.

### **S. H. : Concrètement, quels types d'actions sont mis en place ?**

Ils sont nombreux et variés. On peut citer l'amélioration du climat scolaire, la réduction de l'absentéisme et des incivilités, le dialogue et la communication entre élèves et enseignants, l'hygiène des sanitaires, la sécurisation des abords de l'établissement, la nutrition, le tri sélectif, etc. Pour chaque action, la réflexion doit

porter sur le croisement des deux approches et apporter des éléments sur la transversalité. Prenons la restauration scolaire qui est un excellent exemple de cette transversalité : d'un côté, il y a un travail sur l'achat de produits à des producteurs locaux, notamment ceux de l'agriculture raisonnée ou biologique, qui ressort du développement durable ; et, de l'autre côté, un travail sur l'hygiène alimentaire et le suivi des recommandations du Programme national nutrition-santé (PNNS), en mettant en exergue la notion du bien manger, qui ressort de la promotion de la santé.

### **S. H. : Pourquoi une alliance entre ces deux concepts ?**

Il y a quelques années, j'ai été amené, dans le cadre du Réseau francophone international pour la promotion de la santé (*NDLR : le Réfips*), à élaborer une réflexion que j'ai intitulée « promotion durable de la santé ». Ma conclusion était sans ambiguïté : nous sommes sur des valeurs communes et complémentaires, avec notamment des actions qui peuvent donner du sens. L'autonomie, la responsabilité, la citoyenneté sont, parmi d'autres, des objectifs majeurs portés tant par l'éducation pour la santé que par le développement durable. L'Instance régionale pour l'éducation à la santé (Ireps) de Picardie et ses partenaires français et belges ont alors imaginé un dispositif transfrontalier afin de proposer aux équipes pédagogiques volontaires de

construire autour de ces thèmes un projet pour l'établissement.

### **S. H. : Qui participe à cette coopération éducative transfrontalière et quel en est l'objectif ?**

Ce projet implique de multiples acteurs. Il fait partie du programme « Générations en santé » (*lire l'encadré*), cofinancé par l'Union européenne (financement Feder, Interreg IV) et des institutions régionales et provinciales. Trois régions sont concernées en France (Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais et Picardie), et trois provinces en Belgique (Hainaut, Luxembourg et Namur). « École 21 » permet d'échanger sur des pratiques diverses et de confronter des méthodes. Nous avons ainsi organisé un rassemblement des Écoles 21 au printemps 2010, en Belgique, où les établissements ont pu échanger sur la mise en œuvre du programme dans leur établissement et les priorités sur lesquelles ils voulaient s'engager. Un deuxième rassemblement, en mai prochain, permettra à chacun de présenter les actions en cours de réalisation. Des jumelages entre établissements travaillant sur des thématiques semblables sont aussi en cours de réalisation. Ce projet est également un moyen concret de sensibilisation d'acteurs, comme les collectivités territoriales, à la promotion de la santé. Si l'Ireps a une expérience ancienne de collaboration avec l'Éducation nationale, nous n'avions que trop rarement réussi à mobiliser les collectivités territoriales sur ces sujets.

## **S. H. : Combien d'écoles ont aujourd'hui le label « École 21 » et pourquoi cet intitulé ?**

Le programme a commencé fin 2008 et se terminera en 2012. Vingt et une écoles françaises et belges sont aujourd'hui enregistrées sous ce label, par la signature d'une charte. Sept écoles se trouvent en Picardie. Comme les systèmes éducatifs sont différents entre la Belgique et la France, le dispositif « École 21 » concerne des établissements de statuts divers : écoles, collèges, lycées, etc., de la primaire à la fin du second degré. Pour être franc, ce chiffre « 21 » est tout à fait un hasard même si nous le retrouvons au cœur du développement durable avec l'Agenda 21 élaboré au Sommet de la Terre de Rio en 1992, 21 comme XXI<sup>e</sup> siècle.

## **S. H. : Il existe un autre réseau, « Écoles en santé », qui place la santé au cœur des préoccupations des établissements. Comment ces deux réseaux cohabitent-ils ?**

Dans nos régions et provinces, nous n'avons pas d'écoles appartenant au réseau « Écoles en santé » ; quelques-unes appartiennent au réseau « Éco-écoles », et certaines nous ont rejoints dans « École 21 ». Lorsque nous avons réfléchi à ce qui allait devenir « École 21 », nous avons remarqué que certains établissements scolaires privilégiaient la seule approche promotion de la santé alors que d'autres étaient engagés sur une réflexion liée au développement durable. Ces démarches ont un intérêt évident, mais elles demeuraient parallèles et concernaient des établissements différents. L'ambition du réseau « École 21 » est bien de mixer les deux

approches éducation pour la santé/développement durable. Nous sommes cependant en train de nous rapprocher du réseau « Écoles en santé » ou *Schools for Health in Europe* (SHE) car nous voudrions échanger sur nos pratiques respectives.

## **S. H. : Quel est le rôle de l'reps dans ce réseau ?**

Les Irep du côté français et les services provinciaux du côté belge sont à la fois centres de ressources et accompagnateurs du dispositif. Nous avons commencé, fin 2008, après validation du programme par le comité de pilotage franco-belge Interreg IV, à mettre en place des outils de diagnostic afin de préparer le travail indispensable de l'évaluation. Cette phase est naturellement fondamentale. Elle a permis de consolider les principes d'action et de définir, avec la communauté scolaire, des axes de travail. La réelle difficulté est de vérifier la pertinence des propositions dans l'approche conjointe santé et développement durable. Des options ont été choisies par les établissements qui restent maîtres d'œuvre. À la suite des diagnostics, certains établissements ont choisi de travailler prioritairement sur l'alimentation, d'autres sur le climat scolaire. Notre travail diffère selon l'état d'avancée de l'établissement et du degré de mobilisation de l'équipe. Dans certaines écoles, c'est par exemple le principal ou le directeur qui apporte les éléments. D'autres écoles ont réussi à installer une démarche collective. Ce sont alors des enseignants ou l'infirmière scolaire avec des élèves qui mènent le travail. Nous les aidons dans le choix des actions, dans la recherche des documents nécessaires, dans les dossiers de financement, dans la

mise en réseau. Concrètement, dans un collège de ma région, qui est Éco-école, un jardin pédagogique avait été créé. Nous sommes partis de cette réalisation portée par quelques élèves pour faire une animation autour de la culture raisonnée. Le groupe d'élèves s'est progressivement élargi et a créé un club de réflexion. Parallèlement, un lien s'est noué avec le travail effectué sur la restauration autour du bien manger, du manger bio, produits locaux et de saison. Avant « École 21 », ces actions étaient nettement séparées, avec notre programme, elles se sont mises en synergie et impliquent tout l'établissement car elles sont porteuses de sens. Mais au-delà, ce qui nous intéresse tout particulièrement est le processus de travail. Ce programme est expérimental et, en 2012, nous aurons rédigé un référentiel du réseau « École 21 ». Cet outil est en train de se créer au fur et à mesure de l'avancement du projet. Il devrait permettre, si son évaluation est positive, d'implanter ce programme ailleurs.

## **S. H. : Quels sont les principaux obstacles ou freins auxquels est confronté ce programme « École 21 » ?**

Nous constatons que de nombreux professionnels impliqués ont largement l'habitude de travailler seuls et sans concertation. Nous avons ainsi remarqué que nombre d'équipes d'enseignants se sont posé longtemps la question de l'intérêt qu'elles avaient, au nom de leur discipline, à travailler sur un projet commun. Cette problématique est un obstacle à franchir car l'âme d'« École 21 » est justement la transversalité. Il y a aussi la notion du temps utile, celui qui est obligatoirement réservé aux cours avec la crainte de s'éloigner du métier et de sa fonction première, pédagogique. Il y a enfin, notamment pour un programme qui dure plusieurs années, le risque de changement dans les équipes. Mais le projet a aussi des atouts : une charte a été signée par les écoles et est une forme d'engagement. Mais surtout, et c'est pour cela que, du côté français, l'Éducation nationale a été, dès le départ, un partenaire à nos côtés, « École 21 » est une illustration de ce qui est demandé par le socle commun de connaissances et de compétences.

Propos recueillis par **Denis Dangaix**, journaliste.

### **Les axes de « Générations en santé »**

Le projet « École 21 » est intégré dans le programme « Générations en santé » cofinancé par l'Union européenne. Quatre axes principaux en forment l'ossature : l'établissement de données de santé avec la rédaction d'un tableau de bord transfrontalier de la santé, le développement d'une dynamique transfrontalière locale de promotion de la santé, du bien-être et de la qualité de vie pour les juniors, dont fait partie « École 21 », le développement des services de proximité de promotion de la santé des seniors, et enfin, une étude de la faisabilité sur la création d'un pôle transfrontalier de compétence en santé publique.

D. D.

#### **Pour en savoir plus :**

[www.generationsensante.eu](http://www.generationsensante.eu) ou [www.ecole21.eu](http://www.ecole21.eu)

# Fleur du désert

**Fleur du désert** conte l'histoire d'une jeune Somalienne qui quitte son pays pour échapper à un mariage forcé. Ce film peut être utilisé comme support par les enseignants et les éducateurs pour aborder la délicate question des mutilations sexuelles – problématique centrale de ce long métrage – et plus globalement de la sexualité et de l'éducation sexuelle.

*Desert Flower*

**Un film de Sherry Hormann**

Allemagne, 2010, 2h04

Avec Liya Kebede, Sally Hawkins  
et Timothy Spall

## Le film

*Fleur du désert* retrace – sans doute de façon romancée – l'étonnant parcours de Waris Dirie, une jeune nomade somalienne, qui, encore enfant, fuit sa famille pour échapper à un mariage forcé. De Mogadiscio, elle partira à Londres où elle servira comme domestique (sinon comme esclave) à l'ambassade somalienne. Livrée finalement à elle-même, elle trouvera un job dans un fast-food où elle sera repérée par hasard par un photographe de mode : s'ouvrira alors à la jeune femme l'improbable carrière de *top model* !

On pourrait croire à un mauvais mélo hollywoodien si le film ne posait de multiples manières, à travers cette destinée exceptionnelle, la question de la condition des femmes dans le monde et en particulier de la maîtrise de leur propre corps : Waris Dirie s'est faite en effet l'ambassadrice de la lutte contre les mutilations sexuelles dont elle fut elle-même victime enfant.

## À quel public s'adresse le film ?

Ce film s'adresse à un large public (à partir de 14 ans environ), bien que certaines scènes puissent heurter la sensibilité. La mutilation n'est pas visible en elle-même, mais la bande-son et des détails comme les doigts ensanglantés de l'exciseuse sont suffisamment évocateurs pour que de nombreux spectateurs aient l'impression – fautive – de l'avoir vue explicitement.

## Relations à la problématique santé

Les mutilations sexuelles sont marginales en Europe occidentale et ne concernent sans doute que des popu-



lations récemment immigrées, même si ces populations sont en relative augmentation. Le film cependant ne se limite pas à cette problématique, et il interroge plus largement le rapport des femmes à leur propre corps, à la sexualité ainsi qu'aux différentes images de la féminité dans lesquelles elles sont invitées à se reconnaître notamment par les médias et la publicité.

À travers des portraits contrastés parfois jusqu'à la caricature, *Fleur du désert* décrit les paradoxes de la condition féminine aujourd'hui, à la fois glorifiée par différentes formes de *star-system* et soumise à de multiples contraintes et de profondes inégalités, notamment en matière de santé.

## Suggestion d'animation

L'éducation sexuelle ne peut sans doute jamais se limiter à des problématiques restreintes (par exemple, « comment bien mettre un préservatif ? »), même si elles sont pertinentes, et pose dans chacune de ses interventions des questions fondamentales sur ce qu'est la sexualité, sur les normes qui la régis-

sent plus ou moins explicitement, ainsi que sur la manière nécessairement différente dont chacun ou chacune la vit. Ainsi, l'intervenant peut être immédiatement confronté par certains participants à l'objection fondamentale : peut-on parler de la sexualité notamment dans l'espace public ?

Un film comme *Fleur du désert* permet alors d'éviter de répondre uniquement au niveau des principes, aussi légitimes soient-ils, et de replacer de telles questions dans des contextes plus concrets, plus « parlants », même s'ils relèvent (en partie) de la fiction et semblent éloignés de la vie personnelle des spectateurs : le film offre précisément une médiation qui permet à chacun de s'exprimer plus facilement, mais également de poser des questions ou de soulever des objections (comme celle énoncée...) qui autrement pourraient rester muettes<sup>1</sup>.

## La pudeur de Waris

Waris, la jeune Somalienne, reproche ainsi à sa nouvelle amie, Marylin, une Britannique au prénom évocateur, de



ne pas se conduire « honorablement » en faisant l'amour avec un partenaire rencontré au cours d'une soirée ; mais Marylin se moque gentiment d'elle en pointant son incapacité à dire le mot « sexe » qu'elle considère comme plus ou moins tabou.

Mais, dans la discussion, le tabou verbal, que la familiarité entre Waris et Marylin permet de lever en partie, va se révéler lié à toute une conception de l'honneur et à une pratique – l'excision et l'infibulation – qui déterminent plus profondément les attitudes de la jeune femme. Pour elle, la virginité est une valeur essentielle, et ces pratiques mutilantes ont précisément pour objet de préserver la virginité des femmes et donc leur valeur aux yeux d'un mari potentiel.

Toute une chaîne de relations apparaît ainsi entre un détail du film – une certaine pudeur verbale – et d'autres éléments plus ou moins dispersés dans l'histoire mise en scène et révélateurs d'attitudes profondément ancrées.

Mais l'ensemble de ces relations forme un système suffisamment contraignant pour que ces pratiques perdurent malgré les mises en garde et les interdictions éventuelles. Ainsi, le fait que ces mutilations soient pratiquées, semble-t-il, exclusivement par les femmes (ce qui étonne souvent les observateurs étrangers), s'explique assez facilement, d'un côté, par l'importance sociale du mariage qui ne donne de la valeur qu'aux filles « vierges », et, de l'autre, par la position subordonnée des femmes qui ne peuvent pas avoir d'existence sociale en dehors du

mariage, comme célibataires ou même comme veuves : dans un tel contexte, on comprend (même si on ne l'admet pas) que l'infibulation et l'excision ne seraient d'une certaine manière que le « prix à payer » pour pouvoir se marier.

A *contrario*, c'est le refus d'un mariage forcé qui seul permet à Waris de « sortir du système » en s'exilant dans une société tout à fait différente. Il est clair que cette « sortie » explique aussi qu'elle puisse plus tard dénoncer ces pratiques comme des mutilations intolérables imposées aux femmes, ce qu'elle n'aurait sans doute pas pu faire en étant restée au pays.

On voit comment, à partir d'un détail secondaire, il est possible d'opérer un « parcours » à travers tout le film en reliant entre eux des éléments dispersés mais suffisamment significatifs pour interpréter de manière globale le comportement du personnage. Un peu d'expérience dans l'animation permet ainsi avec un groupe de discussion

(entre vingt et trente personnes) de « tracer » différents parcours à travers un film comme *Fleur du désert*.

L'objectif n'est pas d'interpréter de manière exacte le comportement du personnage (qui est d'ailleurs en grande partie une créature de fiction) mais plutôt de repérer des traits, des attitudes, des « configurations », qui peuvent être significatifs, pertinents ou interpellants pour différents spectateurs. Par exemple, pour la plupart des spectateurs dans les pays occidentaux, des pratiques comme les mutilations sexuelles sont sans doute marquées du sceau de l'exotisme<sup>2</sup> sinon de la « barbarie », mais la virginité des filles au mariage reste pour certains et certaines une préoccupation importante, qu'elle soit individuelle ou plus largement familiale et sociale (et il s'agit sans doute le plus souvent d'un mixte des deux).

Dans la même perspective, la scène à l'hôpital où Waris est examinée par un médecin (masculin) révèle sa gêne mais rappelle également la pression sociale dont elle est la victime puisque l'infirmier appelé comme traducteur déforme les propos du médecin et prétend même qu'elle devrait avoir honte de s'exhiber ainsi devant un étranger : dans ce cas, la pudeur devient évidemment un obstacle à un accès correct aux soins médicaux, la « neutralité » professionnelle (notamment d'un point de vue sexuel) d'un intervenant comme le médecin n'étant pas alors reconnue. Cette scène permet ainsi d'interroger cette liaison très forte mais le plus souvent masquée entre la pudeur et une vision fondamentalement sexuée des relations humaines : la différence entre hommes et femmes est vue comme plus importante ou plus significative que l'égalité entre êtres humains, en excluant en outre toute possibilité de neutralité entre les genres.

## Les mutilations sexuelles féminines

La vision du film *Fleur du désert* ne peut qu'apporter un éclairage sur les mutilations sexuelles féminines, sans pouvoir prétendre transformer profondément les attitudes qui fondent de telles pratiques. Il existe néanmoins à présent beaucoup de publications qui abordent cette problématique et les meilleurs moyens pour y mettre fin. On signalera ici seulement celles de Gerry Mackie, professeur à l'université de Californie, qui, dans un article de la revue *American Sociological Review* (1996, n° 61), fait une comparaison entre les mutilations génitales féminines (MGF) et la pratique des pieds bandés en Chine, une pratique à présent disparue. Pour éliminer les MGF, il préconise la mise en place de trois actions qui ont contribué à une telle disparition : campagne d'éducation, diffusion d'informations sur les conséquences négatives de la pratique, constitution de groupes de personnes qui s'engagent publiquement à renoncer à cette pratique. Il insiste en particulier sur ce dernier point pour susciter l'adhésion des populations concernées.

## Le sans-gêne de Marilyn

Le contraste avec le personnage de Marilyn permet alors de mieux mesurer les différences d'attitudes à l'égard de la sexualité. Cette jeune Britannique ne peut sans doute pas être considérée comme représentative de toutes les femmes « occidentales » (pas plus d'ailleurs que Waris ne constitue un quelconque modèle de la « femme » africaine) : sans que son comportement soit exceptionnel, elle incarne une forme de grande liberté et d'indépendance féminine, puisqu'elle vit seule à l'hôtel, sans attaches, ni mari, ni famille (semble-t-il) et qu'elle est avant tout préoccupée par une hypothétique carrière de danseuse.

Son caractère extraverti, son hédonisme, son look légèrement excéntrique, ses rapports « décomplexés » avec les hommes, ses mini-jupes et ses épaules dénudées, en font l'image d'une femme « moderne », mais cette image positive est contrebalancée par différents traits que la discussion avec les participants devrait faire facilement apparaître : ainsi, sa liberté se double d'une certaine solitude qu'elle assume tant qu'elle est portée par ses rêves de carrière de danseuse. Quand elle se heurte à des refus multipliés, elle cède alors au désespoir.

Si l'on observe en outre les autres personnages qui entourent Waris à Londres, on constate de très grands contrastes entre les individus : si la jeune Somalienne pénètre presque par miracle dans le monde de la mode avec son luxe éclatant et sa superficialité évidente, d'autres sont cantonnés à des emplois subalternes comme Neil, l'homme à tout faire de l'hôtel, mal habillé, les cheveux gras, le physique peu engageant : on se souvient d'ailleurs comment il essaiera de profiter bien maladroitement du mariage blanc qu'il a contracté avec Waris pour essayer d'avoir des relations sexuelles avec elle.

La liberté se « paie » donc de grandes inégalités aux niveaux économique et social mais également en termes de qualités individuelles : tout le monde n'a pas le talent de danseuse dont rêve Marilyn, ni la beauté ou l'élégance naturelle de Waris, ni le charme ou la séduction qui seraient nécessaires à Neil pour séduire la jeune mannequin. Ainsi, dans les sociétés modernes, l'individu semble à présent seul responsable de sa valeur personnelle, qu'il s'agisse de talent (pour Marilyn) ou de



beauté (pour Waris), ou d'un mélange des deux. Mais la beauté est une qualité inégalement répartie, et cette inégalité naturelle est évidemment survalorisée par les médias et le « système de la mode ». De la même manière, le talent ne semble dépendre que de l'individu, mais celui-ci n'a pas nécessairement prise sur son talent... ou son absence de talent. De ce point de vue, des personnages d'arrière-plan comme Neil ou même la tenancière de l'hôtel sont révélateurs de ces inégalités et des effets qu'elles induisent, comme la solitude évidente du jeune homme ou la froideur de l'hôtesse.

La liberté sexuelle en particulier, qu'incarne notamment Marilyn, entraîne également de grandes inégalités, et tout le monde n'en « profite » vraisemblablement pas de la même manière. En outre, si l'on ne peut sans doute plus parler de normes contraignantes comme dans les sociétés « traditionnelles », on observe facilement l'importance et la prégnance des modèles – et en particulier des *top models* – dans la constitution d'une certaine image sociale de la féminité (et aujourd'hui de la « masculinité »). Si le parcours de Waris symbolise certainement un chemin vers la liberté, on comprend aussi combien ce parcours est exceptionnel sinon même chanceux et devait dépendre de cette beauté unique, qui n'est évidemment pas donnée à tous ni à toutes.

Ces réflexions rapidement esquissées pourront nourrir la discussion avec les participants mais ne prétendent pas représenter la « vérité » du film ni consti-

tuer une quelconque norme en la matière. Il s'agit plutôt, comme on l'a dit, de s'appuyer sur les différentes composantes du film – événements, personnages principaux ou secondaires... – pour interroger ces configurations complexes, multiples et ambivalentes que constituent nos « sexualités ».

**Michel Condé**

Docteur ès lettres, animateur,  
avec la collaboration d'**Anne Vervier**,  
Centre culturel Les Grignoux,  
Liège, Belgique.

1. En situation scolaire, on peut ainsi être confronté à des personnes qui préfèrent pour toutes sortes de raisons rester muettes et taire des sentiments ou des opinions qui les - exposeraient - désagréablement au reste du groupe.

2. Certains enseignants ont pu refuser de voir ce film en séances scolaires parce qu'ils soupçonnaient que certaines de leurs élèves avaient sans doute subi ce genre de mutilations. On comprend évidemment cette prudence de la part d'enseignants qui ne se sentent pas formés pour aborder une telle situation. Mais, dans ce cas, le silence ou le non-dit se confond aussi avec l'inaction, et il nous semble que la parole est une étape indispensable et préalable pour changer (éventuellement) les attitudes. Un débat autour d'un film comme *Fleur du désert* est sans doute l'occasion d'une telle prise de parole, même s'il ne s'agit en aucun cas d'amener les participants à exposer des faits intimes ou personnels. Par ailleurs, on évitera de stigmatiser les populations concernées par ces pratiques en signalant notamment que des associations locales luttent également contre ces pratiques.

**Pour en savoir plus :**

<http://www.grignoux.be/dossiers-pedagogiques-298>

## L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids

Pascale Bergeron, Stefan Reyburn, Roseline Lambert



Cet avis scientifique a été produit à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux québécois. Il s'adresse principalement aux responsables de santé publique, mais également à tous les décideurs et professionnels dont le travail a un impact sur l'environnement bâti. Il synthétise les plus récentes connaissances scientifiques relatives à l'impact de l'environnement bâti sur les habitudes de vie et le poids. Il explore également diverses pistes en matière d'interventions environnementales et de politiques publiques applicables, qui permettraient d'aménager notre environnement bâti afin qu'il contribue davantage à la prévention des maladies chroniques et des problèmes liés au poids.

L'avis vise notamment à répondre à la question suivante : quel est l'impact de l'environnement bâti sur la pratique d'activité physique, l'alimentation et le poids ? D'autres questions y sont également traitées : Un lien est-il documenté entre l'environnement bâti et les habitudes de vie (activité physique et alimentation) ? Un lien est-il documenté entre l'environnement bâti et le poids corporel ? L'environnement bâti dans certains milieux comme les quartiers moins favorisés et le voisinage des écoles, présente-t-il des caractéristiques particulières ? Quels éléments de l'environnement bâti seraient associés à l'adoption de saines habitudes de vie et à la prévention de l'excès de poids ? Existe-t-il des interventions environnementales ou des politiques publiques efficaces ou prometteuses afin de rendre l'environnement bâti plus favorable à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie et à la prévention de l'excès de poids ?

Afin de répondre à ces interrogations, ce document a été rédigé sur la base de diverses sources d'informations : une recension d'articles scientifiques, des revues systématiques de la littérature, des travaux de synthèse menés par divers organismes reconnus en santé publique ; en complément de ces ressources, des consultations d'experts québécois ont également été réalisées. Ce document s'inscrit dans la lignée d'autres publications gouvernementales, notamment le Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes liés au poids (Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006) et le document produit par Kino-Québec, *Aménageons nos milieux de vie pour nous donner le goût de bouger* (Québec, Kino-Québec, 2005).

**Sandra Kerzanet**

Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2010, 98 pages.

Avis intégral

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1108\\_Impact\\_Environ-Bati.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1108_Impact_Environ-Bati.pdf) [dernière consultation le 18/01/2011]

Synthèse

[http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1109\\_Impact\\_Environ-Bati\\_Synthese.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1109_Impact_Environ-Bati_Synthese.pdf) [dernière consultation le 18/01/2011]

## Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?

Réflexions critiques, analyses en contexte et perspectives historiques.

Coordonné par Claire Crignon-De Oliveira et Marie Gaille



Comment expliquer les attentes de plus en plus fortes des patients à l'égard de leur médecin ? Toujours plus informés, exigeants quant à leur traitement, ceux-ci attendent également du médecin un rapport plus personnel, plus humain. Comment les médecins conçoivent-ils leur métier et le bon exercice de celui-ci ? Comment réagissent-ils à l'évolution de la demande qui leur est adressée ? Ces questions se posent dans le for intime de chacun, la nature de la relation entre médecin et patient suscitant affect, jugement et examen critique de part et d'autre. Mais ce que

l'on exige de chacun d'eux est aussi une question centrale pour la société, qui se définit notamment par la manière dont elle conçoit la relation de soin du point de vue éthique, politique, juridique et économique.

Cet ouvrage entend contribuer à éclairer, par son approche empirique et critique, ce questionnement concernant la relation soignant/soigné. Il propose ainsi, à travers une série de contributions issues d'un dialogue entre médecins et spécialistes en sciences humaines et sociales, une analyse des attentes normatives énoncées à l'égard du patient et du médecin. Il s'agit aussi de formuler des propositions théoriques pour qualifier et évaluer ces attentes, d'examiner des contextes singuliers et concrets dans lesquels elles s'expriment ; puis d'en livrer une mise en perspective historique. Ce livre s'adresse aux professionnels de la santé, aux chercheurs en sciences humaines et sociales et, au-delà, à tous ceux qui partagent la conviction que les questions relatives à la santé et au soin doivent occuper une place centrale dans la réflexion collective.

**S. K.**

Paris : Seli Arslan, 2010, 304 pages, 27,50 €.

## Promouvoir la santé et prévenir maladies et accidents : argumentaire

Reto Wiesli, Jean Simos



Qui a la responsabilité de faire de la promotion de la santé et de la prévention ? Comment le faire et avec quelles ressources ? Ce document contribue à apporter des réponses à ce type de questions. Il explique concrètement ce que sont la promotion de la santé et la prévention, les résultats que ces démarches permettent d'atteindre, ainsi que les raisons pour lesquelles chacun doit s'engager en leur faveur, dans son propre intérêt et pour celui de sa communauté. Cet argumentaire est le fruit d'une collaboration entre Promotion

santé Suisse et la commission Prévention et promotion de la santé du Groupement des services de santé publique (GRSP). Ce plaidoyer doit permettre aux professionnels de prendre conscience du sens de leur engagement et en quoi il est indispensable d'encourager sur cette voie les décideurs, non seulement du secteur de la santé, mais aussi des autres secteurs qui ont souvent une grande influence sur l'état de santé des populations.

**S. K.**

Lausanne : Promotion santé Suisse, 2010, 27 pages.

En ligne : [http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf\\_doc\\_xls/f/gesundheitsfoerderung\\_promotion\\_staerken/Tipps\\_Tools/A4\\_Argumentaire\\_Promotion\\_sant\\_f.pdf](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/gesundheitsfoerderung_promotion_staerken/Tipps_Tools/A4_Argumentaire_Promotion_sant_f.pdf) [dernière consultation le 18/01/2011]



## Sociologie des risques domestiques. Des accidents invisibles ?

Michèle Lalanne



Les accidents domestiques et de la vie courante, bien que provoquant dix-neuf mille décès chaque année en France – soit quatre fois plus que les accidents de la circulation – peinent à être perçus comme un problème de santé publique : en dépit des efforts de sensibilisation et de prévention, ils semblent rester méconnus du grand public, sous-estimés des professionnels de santé, souvent ignorés des médias et quasi-absents de l'agenda politique. L'auteur,

Michèle Lalanne, sociologue, maître de conférence à l'université Toulouse 2 LeMirail, vise à travers cet ouvrage à une meilleure compréhension du phénomène. Soumis à la fois à des variations sociales et territoriales, les accidents domestiques souffrent d'une difficile publicisation, d'où une reconnaissance très hétérogène des risques. En outre, les données statistiques de mortalité et de morbidité, bien que significatives, ne suffisent pas à faire émerger ces questions dans la sphère publique, ni à encourager la recherche sur ces questions. À l'origine de cet ouvrage, l'étude menée par l'auteur et son équipe a porté sur la qualification de ces accidents, sur leur chiffrage et sur les conditions d'organisation de leur prévention : mobilisation d'acteurs locaux, soutiens politiques nationaux, mais également acteurs internationaux.

**Céline Deroche**

Paris : Lavoisier, coll. Science du risque et du danger, 2010, 188 pages, 45 €.

## Nouvelles approches de la prévention en santé publique

Olivier Ouiller, Sarah Sauneron (coord.), Centre d'analyse stratégique



Ce rapport fait suite à un séminaire sur les nouvelles approches de prévention en santé publique organisé, en 2009, par le Centre d'analyse stratégique dans le cadre d'un programme d'études intitulé « neurosciences et politiques publiques ». Réalisé en collaboration avec des chercheurs français et internationaux issus de plusieurs instituts et disciplines (marketing, psychologie, économie comportementale), ce rapport présente des stratégies de

prévention jugées efficaces menées en France. Plus précisément, trois exemples de stratégies sont développés et étudiés principalement sous l'angle des sciences comportementales : la lutte contre le tabagisme, les empoisonnements accidentels et domestiques, la prévention de l'obésité.

**Laetitia Haroutunian**

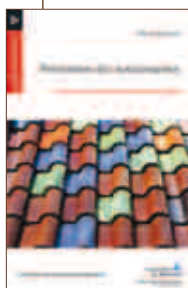
Paris : La Documentation française, coll. Rapports et documents n° 35, 2010, 139 pages, 10 €.

En ligne : [http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_25\\_Prevention\\_Web.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_25_Prevention_Web.pdf) [dernière consultation le 18/01/2011]

## Prévention des toxicomanies.

### Aspects théoriques et méthodologiques

Pierre Brisson



Pierre Brisson est responsable de formation à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et coordonnateur du Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (Cran) à Montréal.

Dans cet ouvrage, il présente les évolutions de la prévention en matière d'intervention publique, et plus particulièrement dans le domaine de la toxicomanie. Au cours des cinquante dernières années se sont succédées les approches dites de « réduction de l'offre et de la demande », puis de promotion de la santé, pour aboutir aujourd'hui à celle de « réduction des méfaits ».

Après ce focus théorique, l'auteur expose un cadre méthodologique d'intervention : comment définir et analyser un problème, planifier l'action ? Il propose également une typologie de stratégies d'intervention : communicationnelles, éducatives, environnementales, avec les moyens d'adaptation à la situation rencontrée. Enfin, il décrit les conditions d'efficacité de ces actions ainsi que les démarches évaluatives à adopter. Guide pratique, cet ouvrage s'adresse aussi bien aux étudiants qu'aux professionnels de terrain : intervenants en santé mentale, éducateurs ou travailleurs sociaux.

**C. D.**

Montréal : Presses de l'Université de Montréal, coll. Paramètres, 2010, 318 pages, 27 €.

## Santé publique. L'état des savoirs

Sous la direction de Didier Fassin, Boris Hauray



Didier Fassin est anthropologue, sociologue et médecin, il enseigne à l'Institute for Advanced Study de Princeton et à l'École des hautes études en sciences sociales de Paris. Boris Hauray, sociologue, est chargé de recherche à l'Inserm. En partenariat avec l'Inserm et entourés d'une soixantaine d'auteurs (chercheurs, praticiens), ils dressent un panorama contemporain de la santé publique française, tout en la comparant à d'autres modèles internationaux. Après avoir décrit les disciplines constitutives de la santé publique (épidémiologie, biomédecine mais aussi économie, sciences de gestion ou de la société), cet ouvrage collectif s'inté-

resse aux grandes questions de santé actuelles (cancer, pathologies émergentes, accidents, nutrition, crises sanitaires, etc.) et aux politiques et structures mises en place pour y répondre. Cet état des savoirs s'achève sur une réflexion relative aux enjeux de santé publique : une place importante y est consacrée aux inégalités sociales de santé, mais également à l'innovation et à l'éthique. À noter : un chapitre est consacré à la prévention. Signé par Pierre Arwidson, directeur des Affaires scientifiques de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), il évoque la nécessité de placer la dimension santé au sein de toutes les politiques (*health in all policies*) : emploi, famille, environnement, etc. Ainsi, toute décision politique devrait être examinée sous l'angle de son impact sur la santé.

**C. D.**

Paris : La Découverte, 2010, 544 pages, 25 €.

## Comité régional d'éducation pour la santé (Cres) Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)

<p><b>ALSACE</b>  <i>Pdt Joseph Becker</i>                  Dir. Dr Nicole Schauder                  Hôpital civil de Strasbourg                  Ancienne clinique                  ophtalmologie – 1<sup>er</sup> étage                  1, place de l'Hôpital – BP 426                  67091 Strasbourg Cedex                  Tél. : 03.88.11.52.41                  Fax : 03.88.11.52.46                  Mèl : info@cresalsace.org                  www.cresalsace.org</p>	<p><b>BOURGOGNE</b>  <i>Pdt Dr Pierre Besse</i>                  Dir. Dr Isabelle Millot                  Parc Tertiaire Mirande                  14 H, rue Pierre de Coubertin                  21000 Dijon                  Tél. et fax : 03.80.66.73.48                  Mèl : contact@ireps-bourgogne.org                  www.ireps-bourgogne.org</p>	<p>Bd Louis Campi                  20090 Ajaccio                  Tél. : 04.95.21.47.99                  Fax : 04.95.28.36.76                  Mèl : contact@ireps-corse.fr                  www.ireps-corse.fr</p>	<p><b>LORRAIN</b>  <i>Pdt Dr Jeanne Meyer</i>                  Dir. Olivier Aromatario                  1, rue de la Forêt                  54520 Laxou                  Tél. : 03.83.47.83.10                  Fax : 03.83.47.83.20                  Mèl : contact@ireps-lorraine.fr</p>	<p><b>PICARDIE</b>  <i>Pdt Pr Gérard Dubois</i>                  Dir. Cédric Pedre                  Espace Industriel Nord                  67, rue de Poulainville                  80080 Amiens                  Tél. : 03.22.71.78.00                  Fax : 03.22.71.78.04                  Mèl : cres@crespicardie.org                  www.crespicardie.org</p>	<p><b>REUNION</b>  <i>Pdt Dr Benjamin Bryden</i>                  Dir. Cédric Pedre                  13, rue Roland-Garros                  97460 Étang-Saint-Paul                  Tél. : 02.62.71.10.88                  Fax : 02.62.71.16.66                  Mèl : accueil.ireps.reunion@orange.fr                  www.irepsreunion.org</p>
<p><b>AQUITAINE</b>  <i>Pdt Pr François Dabis</i>                  Dir. Vincent Van Lucken                  6, quai de Paludate                  33800 Bordeaux                  Tél. : 05.56.33.34.10                  Fax : 05.56.33.34.19                  Mèl : direction@ireps-aquitaine.org                  www.educationsante-aquitaine.fr</p>	<p><b>BRETAGNE</b>  <i>Pdt Dr Jeanine Pommier</i>                  Dir. Christine Ferron                  4 A, rue du Bignon                  35000 Rennes                  Tél. : 02.99.50.64.33                  Mèl : contact@irepsbretagne.fr                  www.irepsbretagne.fr</p>	<p><b>FRANCHE-COMTE</b>  <i>Pdt Jeanette Gros</i>                  Dir. Pascale Angiolini                  3, avenue Louise Michel                  25000 Besançon                  Tél. : 03.81.41.90.90                  Fax : 03.81.41.93.93                  Mèl : contact@ireps-fc.fr                  www.ireps-fc.fr</p>	<p><b>MIDI-PYRENEES</b>  <i>Pdt Yvon Fau</i>                  Dir. Laurence Birelichie                  77, allée de Brienne                  31000 Toulouse                  Tél. : 05.61.23.44.28                  Fax : 05.61.22.69.98                  Mèl : siege@irepsmp.fr                  http://ireps.midi-pyrenees.fnes.fr</p>	<p><b>POITOU-CHARENTES</b>  <i>Pdt Eric-Pascal Satre</i>                  Dir. Julien Tran                  17, rue Salvador-Allende                  86000 Poitiers                  Tél. : 05.49.41.37.49                  Fax : 05.49.47.33.90                  Mèl : poitiers@educationsante-pch.org</p>	<p><b>GUYANE</b>  <i>Pdt François Rezi</i>                  Dir. Hélène Lamaison                  Association Guyane Promo Santé                  59, avenue Voltaire                  97300 Cayenne                  Tél. : 0594.30.13.64                  Fax : 0594.35.84.80                  Mèl : contact@gps.gf                  www.gps.gf</p>
<p><b>Auvergne</b>  <i>Pdt Gilbert Condat</i>                  Dir. Ginette Beugnot le Roch                  30, rue Étienne-Dolet                  63000 Clermont-Ferrand                  Tél. : 04.73.91.96.67                  Fax : 04.73.93.42.56                  Mèl : auvergnepromotionsante@wanadoo.fr                  www.auvergne-promotion-sante.fr</p>	<p><b>CENTRE</b>  <i>Pdt Pr Emmanuel Rusch</i>                  Dir. Luc Favier                  Fraps                  54, rue Walvain                  37000 Tours                  Tél. : 02.47.37.69.85                  Fax : 02.47.37.28.73                  Mèl : fraps@centre.org                  www.frapscentre.org</p>	<p><b>HAUTE-NORMANDIE</b>  <i>Pdt Patrick Daime</i>                  Dir. Marion Boucher Le Bras                  129, avenue Jean Jaurès                  76140 Petit-Quevilly                  Tél. : 02.32.18.07.60                  Fax : 02.32.18.07.61                  Mèl : cres.haute.normandie@orange.fr                  www.ireps-hn.org</p>	<p><b>NORD-PAS-DE-CALAIS</b>  <i>Pdt Pr Jean-Marie Haguenoer</i>                  Dir. Loïc Cloart                  Parc Eurasanté                  235, avenue de la Recherche                  BP 86                  59373 Loos Cedex                  Tél. : 03.20.15.49.40                  Fax : 03.20.15.49.41                  Mèl : ireps-npdc@orange.fr                  www.ireps-npdc.org</p>	<p><b>COTE D'AZUR</b>  <i>Pdt Pr Jean-Marc Garnier</i>                  Dir. Zeina Mansour                  178, cours Lieutaud                  13006 Marseille                  Tél. : 04.91.36.56.95                  Fax : 04.91.36.56.99                  Mèl : cres-paca@cres-paca.org                  www.cres-paca.org</p>	<p><b>MARTINIQUE</b>  <i>Pdt Dr Didier Chatot-Henry</i>                  Centre d'affaires Agora                  Bât. G – niveau 0 – BP 1193                  Étang Z'abricot – Pointe des Grives                  97200 Fort-de-France                  Tél. : 0596.63.82.62                  Fax : 0596.60.59.77                  Mèl : cres.martinique@orange.fr                  http://ireps.martinique.fnes.fr</p>
<p><b>BASSE-NORMANDIE</b>  <i>Pdt Dr Pascal Faivre-d'Arcier</i>                  Dir. Jean-Luc Veret                  1, place de l'Europe                  14200 Hérouville-St-Claire                  Tél. : 02.31.43.83.61                  Fax : 02.31.43.83.47                  Mèl : ireps.bn@orange.fr</p>	<p><b>CHAMPAGNE-ARDENNE</b>  <i>Pdt Yvonne Logeart</i>                  Dir. Kévin Gouraud                  89, rue Étienne Oehmichen                  51000 Châlons-en-Champagne                  Tél. : 03.26.68.28.06                  Fax : 03.26.68.97.60                  Mèl : cres.cha@wanadoo.fr                  http://champagne-ardenne.fnes.fr</p>	<p><b>ILE-DE-FRANCE</b>  <i>Pdt Antoine Lazarus</i>                  74, rue Marcel Cachin                  93017 Bobigny Cedex                  Tél. et Fax : 01.48.38.77.01                  Mèl : contact@ireps-iledefrance.org                  www.ireps-iledefrance.org</p>	<p><b>PAYS-DE-LA-LOIRE</b>  <i>Pdt Pr Pierre Lombrail</i>                  Dir. Dr Patrick Lamour                  Hôpital Saint-Jacques                  85, rue Saint-Jacques                  44093 Nantes Cedex 1                  Tél. : 02.40.31.16.90                  Fax : 02.40.31.16.99                  Mèl : ireps@irepspd.org                  www.santepaysdelaloire.com</p>	<p><b>RHONE-ALPES</b>  <i>Pdt Jacques Fabry</i>                  Dir. Olivier François                  9, quai Jean-Moulin                  69001 Lyon                  Tél. : 04.72.00.55.70                  Fax : 04.72.00.07.53                  Mèl : contact@education-sante-ra.org                  www.education-sante-ra.org</p>	<p><b>GUADELOUPE</b>  <i>Pdt Roberte Hamousin-Métregiste</i>                  Dir. Pascale Melot                  6, résidence Casse                  Rue Daniel Beauperthuy                  97100 Basse-Terre                  Tél. : 0590.41.09.24                  Fax : 0590.81.30.04                  Mèl : ireps@ireps.gp                  http://guadeloupe.fnes.fr</p>

## Au niveau départemental

<p><b>Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé (Fnes)</b>  <i>Pdt : Pr Jean-Louis San Marco</i>                  Vice Pdt : Loïc Cloart                  Délégué : Eric Bourgarel                  Siège social                  Immeuble Etoile Pleyel                  42, bd de la Libération                  93200 Saint-Denis                  Tél. : 01.42.43.77.23                  Fax : 01.42.43.79.41                  Mèl : fnes@fnes.info                  www.fnes.info</p>	<p><b>04 PROVENCE</b>  <i>Pdt Dr Georges Guigou</i>                  Dir. Anne-Marie Saugeron                  Centre médico-social                  42, bd Victor Hugo                  04000 Digne-les-Bains                  Tél. : 04.92.32.61.69                  Fax : 04.92.32.61.72                  Mèl : codes.ahp@wanadoo.fr</p>	<p>21, rue Irénée Carré                  08000 Charleville-Mézières                  Tél. : 03.24.33.97.70                  Fax : 03.24.33.84.34                  Mèl : CO.DES.08@wanadoo.fr                  http://champagne-ardenne.fnes.fr</p>	<p><b>13 BOUCHES-DU-RHÔNE</b>  <i>Pdt Pr Jean-Louis San Marco</i>                  Dir. Nabidie Merle                  8, rue Jules Moulet                  13006 Marseille                  Tél. : 04.91.04.97.30                  Fax : 04.91.04.97.25                  Mèl : contact@codes13.org                  www.codes13.org</p>	<p><b>18 CHER</b>  <i>Pdt Dr Michel Verdier</i>                  Dir. Marie Côté                  4, cours Avaricum                  18000 Bourges                  Tél. : 02.48.24.38.96                  Fax : 02.48.24.37.30                  Mèl : codesducher@wanadoo.fr                  www.codes18.org</p>	<p><b>23 CREUSE</b>  <i>Pdt Dr Françoise Léon-Dufour</i>                  Résidence du jardin public                  Porche A                  27, avenue de la Sénatorerie                  23000 Guéret                  Tél. : 05.55.52.36.82                  Fax : 05.55.52.75.48                  Mèl : codes23@wanadoo.fr</p>
<p><b>01 AIN</b>  <i>Pdt Jean-Claude Degout</i>                  Dir. Juliette Fovet-Julieron                  Adessa Education Santé Ain                  Parc Les Bruyères                  293, rue Lavoisier                  01960 Peronnas                  Tél. : 04.74.23.13.14                  Fax : 04.74.50.42.98                  Mèl : ades01@wanadoo.fr                  http://ain.education-sante-ra.org</p>	<p><b>05 HAUTES-ALPES</b>  <i>Pdt Dr Gilles Lavernie</i>                  Dir. Brigitte Nectoux                  Immeuble « Les Lavandes »                  1 Place Champsaur                  05000 Gap                  Tél. : 04.92.53.58.72                  Fax : 04.92.53.36.27                  Mèl : codes05@codes05.org                  www.codes05.org</p>	<p><b>09 ARIEGE</b>                  Ireps Midi-Pyrénées/Antenne Ariège  <i>Pdt Yvon Fau</i>                  Dir. Thérèse Fruchet                  6, cours Irénée Cros                  09000 Foix                  Tél. : 05.34.09.02.82                  Fax : 05.61.05.62.14                  Mèl : antenne09@irepsmp.fr</p>	<p><b>14 CALVADOS</b>                  S'adresser à la région Basse-Normandie</p>	<p><b>19 CORREZE</b>  <i>Pdt Dr André Cigana</i>                  Dir. Isabelle Schill                  Centre hospitalier                  Ancienne Entrée                  1, bd du Dr Verhac                  19312 Brive-la-Gaillarde Cedex                  Tél. : 05.55.17.15.50                  Fax : 05.55.17.15.57                  Mèl : codes.19@wanadoo.fr</p>	<p><b>24 DORDOGNE</b>                  Ireps Aquitaine Antenne Dordogne  <i>Pdt Pr Françoise Dabis</i>                  Dir. Dr Martine Sibert                  48 bis, rue Paul-Louis Courier                  24016 Périgueux Cedex                  Tél. : 05.53.07.68.57                  Fax : 05.53.06.10.60                  Mèl : contact24@ireps-aquitaine.org                  www.educationsante-aquitaine.fr</p>
<p><b>02 AISNE</b>  <i>Pdt Gérard Dubois</i>                  1A, rue Émile Zola                  Zac Le Champ du Roy                  02000 Chambry                  Tél. : 03.23.79.90.51                  Fax : 03.23.79.48.75                  Mèl : aisne@crespicardie.org</p>	<p><b>06 ALPES-MARITIMES</b>  <i>Pdt Dr Claude Dreksler</i>                  Dir. Chantal Patuano                  61, route de Grenoble                  06002 Nice                  Tél. : 04.93.18.80.78                  Fax : 04.93.29.81.55                  Mèl : codes.am@wanadoo.fr</p>	<p><b>10 AUBE</b>  <i>Pdt Sylvie Le Dourmer</i>                  Dir. Cathy Julien                  Mezzanine des Halles                  Rue Claude Huez                  10000 Troyes                  Tél. : 03.25.41.30.30                  Fax : 03.25.41.05.05                  Mèl : codes10@orange.fr                  http://champagne-ardenne.fnes.fr</p>	<p><b>15 CANTAL</b>  <i>Pdt Dr Danièle Souquière-Degrange</i>                  Bâtiment de l'Horloge                  9, place de la Paix                  15012 Aurillac Cedex                  Tél. : 04.71.48.63.98                  Fax : 04.71.48.91.80                  Mèl : codes15@wanadoo.fr                  http://www.codes15.fr</p>	<p><b>21 COTE-D'OR</b>                  Ireps Bourgogne                  Antenne Côte-d'Or  <i>Pdt Dr Pierre Besse</i>                  Parc Tertiaire Mirande                  14 H, rue Pierre de Coubertin                  21000 Dijon                  Tél. et fax : 03.80.66.73.48                  Mèl : codes21@wanadoo.fr                  www.ireps-bourgogne.org</p>	<p><b>25 DOUBS</b>  <i>Pdt André Grosperin</i>                  Dir. Elisabeth Piquet                  4, rue de la Préfecture                  25000 Besançon                  Tél. : 03.81.82.32.79                  Fax : 03.81.83.29.40                  Mèl : codes25@wanadoo.fr                  www.codes25.org</p>
<p><b>03 ALLIER</b>  <i>Pdt Jean-Marc Lagoutte</i>                  Dir. Annick Anglarès                  2, place Maréchal de Lattre-de-Tassigny – 03000 Moulins                  Tél. : 04.70.48.44.17                  Mèl : abes-codes03@wanadoo.fr</p>	<p><b>07 ARDECHE</b>  <i>Pdt Dr Jean-Marie Bobillo</i>                  Dir. Gisèle Bollon                  2, passage de l'Ancien-Théâtre                  07000 Privas                  Tél. : 04.75.64.46.44                  Fax : 04.75.64.14.00                  Mèl : adessa-codes.07@wanadoo.fr                  http://perso.wanadoo.fr/adessa</p>	<p><b>11 AUDE</b>  <i>Pdt Dr Pierre Dufranc</i>                  14, rue du 4 septembre                  11000 Carcassonne                  Tél. : 04.68.71.32.65                  Fax : 04.68.71.34.02                  Mèl : codes11@wanadoo.fr                  http://codes11.over-blog.com</p>	<p><b>16 CHARENTES</b>                  Ireps Poitou-Charentes                  Antenne Angoulême  <i>Pdt Eric-Pascal Satre</i>                  Dir. Lucia Adrover                  Centre hospitalier de Girac                  16470 Saint-Michel                  Tél. : 05.45.25.30.36                  Fax : 05.45.25.30.40                  Mèl : angouleme@educationsante-pch.org                  www.education-pch.org</p>	<p><b>22 COTES D'ARMOR</b>  <i>Pdt Anne Galand</i>                  15 bis, rue des capucins                  BP 521                  22005 Saint-Brieuc Cedex 1</p>	<p><b>26 DROME</b>  <i>Pdt Dr Luc Gabrielle</i>                  Dir. Laurent Lizé                  Drôme Prévention Santé                  36 B, rue de Biberach                  26000 Valence                  Tél. : 04.75.78.49.00                  Fax : 04.75.78.49.05                  Mèl : ades26@free.fr</p>

## 27 EURE

S'adresser à l'Ireps  
Haute-Normandie

## 28 EURE-ET-LOIR

*Pdt Dr François Martin*  
*Dir. Myriam Neullus*  
CESEL – Hôtel Dieu  
34, rue du Dr Maunoury  
BP 30407  
28018 Chartres Cedex  
Tél.: 02.37.30.32.66  
Fax: 02.37.30.32.64  
Mél: cesel@cesel.org

## 29 FINISTERE

*Pdt Henri Héuaff*  
*Dir. Pascale Bargain*  
9-11 rue de l'Île d'Hourat  
29000 Quimper  
Tél.: 02.98.90.05.15  
Fax: 02.98.90.11.00  
Mél: codes29@wanadoo.fr  
www.codes29.org

## 30 GARD

*Pdt Christian Polge*  
7, place de l'Oratoire  
30900 Nîmes  
Tél.: 04.66.21.10.11  
Fax: 04.66.21.69.38  
Mél: CDES30@wanadoo.fr

## 31 HAUTE-GARONNE

S'adresser à l'Ireps Midi-Pyrénées

## 32 GERS

Ireps Midi-Pyrénées  
Antenne Gers  
*Pdt Yvon Fau*  
*Dir. Pascale Fémy*  
80, rue Victor Hugo  
32000 Auch  
Tél.: 05.62.05.47.59  
Fax: 05.62.61.25.91  
Mél.: antenne32@irepsmp.fr

## 33 GIRONDE

S'adresser à l'Ireps Aquitaine  
Antenne Gironde

## 34 HERAULT

*Pdt Dr Eric Peralat*  
*Dir. René Fortes*  
Résidence Don Bosco  
54, chemin de Moularès  
34000 Montpellier  
Tél.: 04.67.64.07.28  
Fax: 04.67.15.07.40  
Mél: chesfraps@wanadoo.fr  
www.chesfraps.com

## 35 ILLE-ET-VILAINE

*Pdt Gérard Guingouain*  
*Dir. Pascale Camis*  
4A, rue du Bignon  
35000 Rennes  
Tél.: 02.99.67.10.50  
Fax: 02.99.22.81.92  
Mél: codes.35@wanadoo.fr

## 36 INDRE

*Pdt Francis Martinet*  
*Dir. Séverine Drophy*  
73, rue Grande  
36019 Chateauroux Cedex  
Tél.: 02.54.60.98.75  
Fax: 02.54.60.96.23  
Mél: codes.36@wanadoo.fr

## 37 INDRE-ET-LOIRE

Ireps Centre  
Antenne Indre-et-Loire  
Tél.: 02.47.25.52.87  
Mél: cdrd37.fraps@orange.fr

## 38 ISERE

*Pdt Dr Pierre Dell'Accio*  
*Dir. Jean-Philippe Lejard*  
23, av. Albert 1<sup>er</sup>-de-Belgique  
38000 Grenoble  
Tél.: 04.76.87.06.09  
Fax: 04.76.47.78.29  
Mél: adessig@wanadoo.fr

## 39 JURA

*Pdt Pierre Benicbou*  
*Dir. Agnès Borgia*  
35, avenue Jean-Moulin  
39000 Lons-le-Saunier  
Tél.: 03.84.47.21.75  
Fax: 03.84.24.89.73

## 40 LANDES

Ireps Aquitaine  
Antenne Landes  
*Pdt Pr François Dabis*  
*Dir. Sylvie Ramis*  
Hôpital Sainte-Anne  
Bâtiment Ritournelle  
782, avenue de Nonères  
BP 10262  
40005 Mont-de-Marsan Cedex  
Tél.: 05.58.06.29.67  
Fax: 05.58.75.05.52  
Mél: contact40@ireps-aquitaine.org

## 41 LOIR-ET-CHER

Ireps Centre  
Antenne Loir-et-Cher  
*Pdt Emmanuel Rusch*  
*Dir. Luc Favier*  
34, avenue Maunoury  
41000 Blois  
Tél.: 02.54.74.31.53  
Fax: 02.54.56.04.30  
Mél: fraps41@orange.fr

## 42 LOIRE

*Pdt Dr Gérard Mathern*  
*Dir. Mohamed Boussour*  
26, avenue de Verdun  
42000 Saint-Étienne  
Tél.: 04.77.32.59.48  
Fax: 04.77.33.89.28  
Mél: direction@codes42.org  
www.codes42.org

## 43 HAUTE-LOIRE

*Pdt Louis Teysier*  
8, rue des Capucins  
43000 Le Puy-en-Velay  
Tél.: 04.71.04.94.86  
Fax: 04.71.04.97.41  
Mél: codes43@wanadoo.fr  
www.codes43.fr

## 44 LOIRE-ATLANTIQUE

S'adresser à l'Ireps Pays-de-la-Loire  
Pôle Loire-Atlantique  
Mél: ireps44@irepspdl.org

## 45 LOIRET

*Pdt Danièle Desclerc-Dulac*  
*Dir. Romain Lantisse*  
Espace Santé  
5, rue Jean-Hupeau  
45000 Orléans  
Tél.: 02.38.54.50.96  
Fax: 02.38.54.58.23  
Mél: info@codes45.org  
www.codes45.org

## 46 LOT

Ireps Midi-Pyrénées  
Antenne Lot  
*Pdt Yvon Fau*  
*Dir. Céline Thierry*  
377, avenue du 7<sup>e</sup> R. I.  
(2<sup>e</sup> étage)  
46000 Cahors  
Tél.: 05.65.22.64.77  
Fax: 05.65.22.64.50  
Mél: antenne46@irepsmp.fr  
http://perso.wanadoo.fr/codes.46/

## 47 LOT-ET-GARONNE

Ireps Aquitaine  
Antenne Lot-et-Garonne  
*Pdt Pr François Dabis*  
*Dir. Vincent Van Lacken*  
Lieu dit « Toucaut »  
Route de Cahors  
47480 Pont-du-Casse  
Tél.: 05.53.66.58.59  
Fax: 05.53.47.73.59  
Mél: contact47@ireps-aquitaine.org  
www.educationsante-aquitaine.fr

## 48 LOZERE

*Pdt M.-C. Giraud-Jalabert*  
1 bis, allée des Soupriers  
48000 Mende  
Tél.: 04.66.65.33.50  
Fax: 04.66.49.26.77  
Mél: codes48@wanadoo.fr

## 49 MAINE-ET-LOIRE

Ireps Pays-de-la-Loire  
Pôle Maine-et-Loire  
*Dir. Janey Pacaud*  
15, rue de Jérusalem  
49100 Angers  
Tél.: 02.41.05.06.49  
Fax: 02.41.05.06.45

Mél: ireps49@irepspdl.org  
www.sante-pays-de-la-loire.com

## 50 MANCHE

S'adresser à l'Ireps  
Basse-Normandie

## 51 MARNE

*Pdt Patrick Bourlon*  
*Dir. Anne Patris*  
Pôle Dunant Education  
1, rue du docteur Calmette  
BP 7  
51016 Châlons-en-Champagne  
Tél.: 03.26.64.68.75  
Fax: 03.26.21.19.14  
Mél: codes.51@wanadoo.fr  
http://champagne-ardenne.fnes.fr

## 52 HAUTE-MARNE

*Pdt Robert Mercy*  
*Dir. Eva Bardet*  
5 bis, bd Thiers  
52000 Chaumont  
Tél.: 03.25.32.63.28  
Mél: codes.52@wanadoo.fr  
http://champagne-ardenne.fnes.fr

## 53 MAYENNE

Ireps Pays-de-la-Loire  
Pôle Mayenne  
*Dir. Christel Fouache*  
90, avenue Chanzy  
53000 Laval  
Tél: 02.43.53.46.73  
Fax: 02.43.49.20.72  
Mél: ireps53@irepspdl.org

## 54 MEURTHE-ET-MOSELLE

S'adresser à l'Ireps Lorraine

## 55 MEUSE

S'adresser à l'Ireps Lorraine

## 56 MORBIHAN

*Pdt Marie-Odile Barbier*  
Zone tertiaire de Kerfontaine  
Rue Loïc Caradec  
56400 Plunéret  
Tél.: 02.97.29.15.15  
Fax: 02.97.29.16.50  
Mél: codes.56@wanadoo.fr

## 57 MOSELLE

Ireps Lorraine  
Site de Metz  
*Pdt Jeanne Meyer*  
*Dir. Olivier Aromatario*  
20, rue Gambetta  
BP 30273  
57006 Metz Cedex 1  
Tél.: 03.87.68.01.02  
Fax: 03.87.68.11.89  
Mél: contact.metz@ireps-lorraine.fr

## 58 NIEVRE

*Pdt Dr Thierry Lemoine*  
Résidence Blaise-Pascal  
3 bis, rue Lamartine  
58000 Nevers  
Tél.: 03.86.59.35.19  
Fax: 03.86.61.57.18  
Mél: codes58@wanadoo.fr

## 59 NORD

S'adresser à l'Ireps  
Nord-Pas-de-Calais

## 60 OISE

*Pdt Alfred Lorriaux*  
11, rue Jean-Monet  
Parc d'activité « Le Chêne bleu »  
60000 Beauvais  
Tél.: 03.44.10.51.90  
Fax: 03.44.10.00.90  
Mél: oise@crepicardie.org

## 61 ORNE

*Pdt Pierre Chastrusse*  
14, rue du Cuirage  
61000 Alençon  
Tél.: 02.33.82.77.70  
Fax: 02.33.82.77.71  
Mél: codes61@wanadoo.fr

## 62 PAS-DE-CALAIS

*Pdt Gérard Pezé*  
*Dir. Virginie Tintinger*  
3, rue des Agaches – BP 80505  
62008 Arras Cedex  
Tél.: 03.21.71.34.44

Fax: 03.21.51.25.73  
Mél: codes62@nordnet.fr

## 63 PUY-DE-DOME

*Pdt Marie-Gentile Gardies*  
*Dir. Jean-Philippe Cognet*  
Espace Guy Vigne  
30, rue Etienne-Dolet  
63000 Clermont-Ferrand  
Tél./Fax: 04.73.34.35.06  
Mél: codes63@wanadoo.fr

## 64 PYRENEES-ATLANTIQUES

Ireps Aquitaine  
Antenne Pyrénées-Atlantiques  
*Pdt Pr François Dabis*  
*Dir. Mélanie Rolland*  
15, allée Lamartine  
64000 Pau  
Tél.: 05.59.62.41.01  
Mél: contact64@ireps-aquitaine.fr  
www.educationsante-aquitaine.fr

## 65 HAUTES-PYRENEES

Ireps Midi-Pyrénées  
Antenne Hautes-Pyrénées  
*Pdt Yvon Fau*  
CPAM  
8, place au Bois  
65021 Tarbes Cedex 9  
Tél.: 05.62.51.76.51  
Fax: 05.62.51.76.53  
Mél: antenne65@irepsmp.fr

## 66 PYRENEES ORIENTALES

*Pdt Dr Marie-José Raynal*  
12, avenue de Prades  
66000 Perpignan  
Tél.: 04.68.61.42.95  
Fax: 04.68.61.02.07  
Mél: codes66.po@wanadoo.fr

## 67 BAS-RHIN

S'adresser à l'Ireps Alsace

## 68 HAUT-RHIN

Ireps Alsace  
Antenne Haut-Rhin  
8, avenue Robert Schuman  
68100 Mulhouse  
Tél.: 03.89.46.59.06  
Fax: 03.89.46.58.52

## 69 RHONE

*Pdt Dr Bruno Dubessy*  
*Dir. Sylvain Jorabek*  
292, rue Vendôme  
69003 Lyon  
Tél.: 04.72.41.66.01  
Fax: 04.72.41.66.02  
Mél: info@adesr.asso.fr  
www.adesr.asso.fr

## 70 HAUTE-SAONE

*Pdt Alain Cusentier*  
*Dir. Michel Jassez*  
4, cours François-Villon  
70000 Vesoul  
Tél.: 03.84.76.16.30  
Fax: 03.84.75.00.77  
Mél: codes70@wanadoo.fr

## 71 SAONE-ET-LOIRE

*Pdt Jean-Claude Guillemant*  
17, place des Tulipiers  
71000 Mâcon  
Tél.: 03.85.39.42.75  
Fax: 03.85.39.37.10  
Mél: codes71@wanadoo.fr

## 72 SARTHE

*Pdt Joël Barault*  
*Dir. Laurence Dijardin*  
92/94, rue Molière  
72000 Le Mans  
Tél.: 02.43.50.32.45  
Fax: 02.43.50.32.49  
Mél: codes72@ahs-sarthe.asso.fr  
www.codes72.fr

## 73 SAVOIE

*Pdt Gérard Vanzetto*  
306, rue Jules Bocquîn  
73000 Chambéry  
Tél.: 04.79.69.43.46  
Fax: 04.79.62.10.22  
Mél: contact@sante-savoie.org  
www.sante-savoie.org

## 74 HAUTE-SAVOIE

*Pdt Marc Rabet*  
*Dir. Magali Châtelin*  
14, avenue de Berthollet  
74000 Annecy  
Tél.: 04.50.45.20.74  
Fax: 04.50.45.34.49  
Mél: ades74@voila.fr

## 76 SEINE-MARITIME

S'adresser à l'Ireps  
Haute-Normandie

## 78 YVELINES

*Pdt Jean-Pierre Costeron*  
*Dir. Isabelle Grouas*  
47, rue du Maréchal-Foch  
78000 Versailles  
Tél.: 01.39.49.58.93  
Fax: 01.39.51.47.48  
Mél: CYES@wanadoo.fr  
www.cyes.info

## 79 DEUX-SEVRES

Ireps Poitou-Charentes  
Antenne Deux-Sèvres  
*Pdt Eric-Pascal Satre*  
10 bis, avenue Bujault  
79000 Niort  
Tél.: 05.49.28.30.25  
Fax: 05.49.24.93.66  
Mél: niort@educationsante-pch.org

## 80 SOMME

S'adresser à l'Ireps Picardie

## 81 TARN

Ireps Midi-Pyrénées Antenne Tarn  
*Pdt Yvon Fau*  
*Dir. Meggie Daubian*  
4, rue Justin-Alibert  
81000 Albi  
Tél.: 05.63.43.25.15  
Fax: 05.63.43.18.08  
Mél: antenne81@irepsmp.fr

## 82 TARN-ET-GARONNE

S'adresser à l'Ireps Midi-Pyrénées  
Mél: antenne82@irepsmp.fr

## 83 VAR

*Pdt Dr Jacques Lachamp*  
*Dir. Christine Madec*  
Immeuble le Verdon  
82, bd Léon-Bourgeois  
83000 Toulon St-Jean du Var  
Tél.: 04.94.89.47.98  
Fax: 04.94.92.80.98  
Mél: codes.var@wanadoo.fr

## 84 VAUCLUSE

*Pdt Dr Claude Sautif*  
*Dir. Alain Doullier*  
13, rue de la Pépinière  
84000 Avignon  
Tél.: 04.90.81.02.41  
Fax: 04.90.81.06.89  
Mél: codes84@wanadoo.fr  
www.codes84.fr

## 85 VENDEE

Ireps Pays-de-la-Loire  
Pôle Vendée  
*Dir. Élise Guth-Quédennec*  
Maison de la santé  
CHD Les Oudairies  
Bd Stéphane Moreau  
85925 La Roche-sur-Yon Cedex 9  
Tél.: 02.51.62.14.29  
Fax: 02.51.37.56.34  
Mél: ireps85@irepspdl.org

## 86 VIENNE

S'adresser à l'Ireps  
Poitou-Charentes

## 87 HAUTE-VIENNE

*Pdt Evelynne Robert*  
5, rue Monte à regret  
87000 Limoges  
Tél.: 05.55.37.19.57

## 88 VOSGES

S'adresser à l'Ireps Lorraine

## 89 YONNE

*Pdt Sylvie Pitois*  
56 bis, avenue Jean-Jaurès  
89000 Auxerre  
Tél.: 03.86.18.83.83  
Fax: 03.86.51.49.89  
Mél: codes89@orange.fr

## 90 TERRITOIRE DE BELFORT

*Pdt Dr Albert Pontes*  
*Dir. Valérie Berton*  
22, rue Gaston-Defferre  
90000 Belfort  
Tél. et fax: 03.84.54.09.32  
Mél: codes90@wanadoo.fr

## 91 ESSONNE

*Pdt Didier Hoellgen*  
*Dir. Claude Giordanela*  
Immeuble Boréal  
5, place Copernic  
Courcouronnes  
91023 Evry Cedex  
Tél.: 01.60.79.46.46  
Fax: 01.60.79.55.27  
Mél: codes91@orange.fr  
www.codes91.org

## 93 SEINE-SAINT-DENIS

*Pdt Antoine Lazarus*  
*Dir. Laurent Bauer*  
UFR Médecine  
74, rue Marcel-Cachin  
93017 Bobigny Cedex  
Tél. et fax: 01.48.38.77.01  
Mél: codes93@hotmail.com  
www.codes93.org

## 95 VAL-D'OISE

*Pdt Hussein Mokhtari*  
*Dir. Isabelle Beutaigne*  
CODESS 95  
2, avenue de la Palette  
BP 10215  
95024 Cergy-Pontoise Cedex  
Tél.: 01.34.25.14.45  
Fax: 01.34.25.14.50  
Mél: codes@valdoidse.fr  
www.codes95.org

## MAYOTTE

*Pdt Ali Ahmed*  
Cotes  
Bâtiment du dispensaire  
De Mt'sarpéré  
97600 Mamoudzou  
Tél. et fax: 0.269.61.36.04

## SAINT-PIERRE ET MIQUELON

*Pdt Dr Bourdeloux*  
DDASS  
Rue Abbé Pierre-Gervain  
BP 4200  
97500 Saint-Pierre et Miquelon  
Tél.: 0.508.21.93.23

## NOUVELLE-CALÉDONIE

*Dir. Dr Bernard Rouchon*  
Agence sanitaire et sociale  
de la Nouvelle-Calédonie  
16, rue du Général Gallieni  
BP P4  
98851 Nouméa Cedex  
Tél.: 00.687.25.07.60  
Fax: 00.687.25.07.63  
Mél: bernard.rouchon@ass.nc

## POLYNESIE FRANÇAISE

*Dir. Dr R. Wongfui*  
Rue des Poius-Tahitiens  
BP 611 – Papeete  
98601 Tahiti  
Tél.: 00.689.42.30.30  
Fax: 00.689.43.00.74



# Huitième UNIVERSITÉ d'ÉTÉ francophone en SANTÉ PUBLIQUE



Pour la 8<sup>e</sup> année consécutive, la Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon et l'Agence régionale de santé (ARS) de Franche-Comté, ainsi que leurs partenaires, organisent une Université d'été francophone en santé publique.

Elle se déroulera à Besançon, du 26 juin au 1<sup>er</sup> juillet 2011.

Cette semaine de formation et d'échanges s'adresse particulièrement aux professionnels, élus, usagers œuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs.

Tout au long de cette rencontre, chaque participant prendra part au module qu'il aura choisi parmi les quinze grands thèmes de santé publique proposés, dont cinq nouveaux qui n'ont encore jamais été donnés :

- Démocratie sanitaire : approche et mise en œuvre
- La santé dans les territoires : entre démarches communautaires et contrats locaux de santé

- Environnement et santé : prévenir les expositions et limiter les risques individuels
- Recherches en santé publique
- Production et utilisation de données qualitatives dans le champ de la santé publique

Des tables rondes, des présentations de travaux personnels, des stands de diverses institutions ou associations... seront organisés tout au long de la semaine pour faciliter les échanges entre participants et intervenants originaires de nombreux pays de la francophonie. Chaque matin, le journal de l'Université d'été donnera les dernières nouvelles sur la vie du campus.

Pour la première fois en 2011, trois Universités "sœurs" se dérouleront au printemps à Bruxelles (du 11 au 15 avril), en été à Besançon (du 26 juin au 1<sup>er</sup> juillet) et en automne à Dakar (du 16 au 21 octobre).

## POUR TOUT RENSEIGNEMENT OU INSCRIPTION :

Solène Boichat,  
Courriel : [solene.boichat@ars.sante.fr](mailto:solene.boichat@ars.sante.fr)

UNIVERSITÉ D'ÉTÉ FRANCOPHONE  
EN SANTÉ PUBLIQUE,  
Faculté de médecine et de pharmacie,  
Place Saint-Jacques,  
25030 Besançon cedex.

Site Internet :  
[www.ars.sante.fr/Univete.96210.0.html](http://www.ars.sante.fr/Univete.96210.0.html)

**BESANÇON, FRANCE**  
du 26 juin au 1<sup>er</sup> juillet 2011

