

## Habiter l'orléanais

### Vieillesse et mobilité

*Nathalie Martin maître de conférences en psychologie sociale*

[nathalie.martin@univ-orleans.fr](mailto:nathalie.martin@univ-orleans.fr)

Université d'Orléans

membre du CEDETE et membre associé PAVéA (Psychologie des âges de la vie et adaptation)

#### Résumé

Habiter c'est s'approprier un logement mais également un territoire. La ville et les territoires sont structurés selon un principe de mobilité acquise. Les retraités habitent majoritairement en zone périurbaine et en pavillon ce qui les rend fortement dépendant de la voiture. Avec l'avancée en âge, souvent le territoire se rétrécit. La marche est fréquente et le quartier est surinvesti. Les personnes âgées ont essentiellement 2 possibilités pour conserver leurs activités quotidiennes : faire appel aux solidarités et demander de l'aide, ou bien faire venir à elles les biens ou les services, c'est la mobilité inversée. Une enquête sur la mobilité des personnes âgées de la métropole d'Orléans a débuté au mois de mai. Les premiers résultats montrent que dans cette population certaines personnes connaissent des freins à la mobilité liés à leur état de santé. Toutefois, ces personnes se déplacent, sortent quotidiennement de chez elles notamment pour des activités sociales dans leur commune. En cas de difficultés pour se déplacer les solidarités et la mobilité inversée sont rarement envisagées, sauf pour le ménage et les courses.

Mots-clés : habiter, mobilité, personnes âgées, solidarité

#### Abstract

To live is to appropriate a home but also a territory. The city and territories are structured according to a principle of acquired mobility. Older people live mainly in suburban areas and pavilions which makes them highly dependent on the car. With advancing age, often the territory narrows. Walking is frequent and the neighborhood is over-invested. Older people have essentially 2 possibilities to preserve their daily activities: calling for solidarity or to make come to them services, it is reversed mobility. A study on the mobility of elderly people in the Orléans metropolis began in May. The first results show that in this population some people experience mobility barriers related to their state of health. However, these people move, go out daily from home especially for social activities in their municipality. In case of difficulties to move the solidarities and the reverse mobility are rarely considered, except for cleaning and shopping.

Keywords: to live, mobility, elderly, solidarity

Après avoir participé à une recherche sur l'habitat des personnes âgées (habitat intermédiaire), je me suis intéressée aux activités sociales, aux loisirs et à la mobilité de cette population. (Martin, 2016). Ces problématiques sont des dimensions de la qualité de vie et donc des indicateurs.

Le souhait de la plupart des personnes âgées est de rester chez elles le plus longtemps possible. Différents acteurs comme les élus locaux, les médecins, les mutuelles, les bailleurs sociaux, les investisseurs privés, les retraités eux-mêmes, ont dans un premier temps proposé d'adapter les logements des personnes âgées. Des logements neufs, souvent collectifs ont ainsi été prévus : résidences senior, résidences services, MARPA (maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie), logement-foyer (résidence autonomie). Ces structures sont plus ou moins bien implantées selon le territoire, que ce soit en milieu urbain ou rural ou selon le département.

Le confort et la mobilité à l'intérieur du logement sont maintenant de plus en plus pris en compte. Il reste le problème de la mobilité en dehors du logement. Habiter c'est s'approprier un logement mais également un territoire. Que faire lorsque l'autonomie décline, comment fait-on ses courses, les démarches administratives (tout numérique ?), comment se rend-on aux rendez-vous médicaux, comment maintenir ses activités sociales et de loisirs, du lien social et donc rester citoyen si le territoire autour du domicile est difficilement accessible?

Un territoire ayant un bassin de vie est composé des services aux particuliers, de commerces, de structures d'enseignement, de santé, de loisirs et de transports. Sans ces dimensions, la vie sociale dans un territoire est rendue plus difficile (Cholat, 2008). La ville et les territoires se sont structurés selon un principe de mobilité acquise, évidente. Ainsi, une personne évoluant sur plusieurs territoires, territoires résidentiel, de travail, de loisirs, de consommation sera fortement dépendante de la voiture (Cholat, 2008). La majorité des retraités vieillit dans un espace péri-urbain mal aménagé en termes de transports et d'accessibilité (Chapon, 2009). De plus, plus de 2/3 habitent dans un pavillon ce qui les rend dépendants à la voiture (Pochet, 2003) et (Berger, Rougé, Thomann et Thouzellier, 2010).

Le développement du temps libre, des revenus, l'amélioration de la santé, les évolutions technologiques ont favorisé l'essor des mobilités. Une personne a donc une multi appartenance territoriale, des mobilités diverses, mobilité résidentielle, mobilités liées au travail, aux activités sociales et de loisirs et mobilité temporaire (tourisme par exemple) (Talandier, 2018).

Les individus ne sont pas égaux vis-à-vis de la mobilité, chacun à un potentiel de mobilité. Ce que Kaufmann (2002, cité par Cholat, 2018) a appelé motilité. Ce potentiel dépend des capacités physiques, psychologiques, économiques et culturelles à se mouvoir.

La mobilité et donc ce potentiel sont plus faibles chez les enfants et les personnes âgées, c'est le degré d'autonomie qui entre en jeu, qui est en cause (Dumas, 2015).

L'avancée en âge est souvent synonyme d'un rétrécissement du territoire de vie (Morval, 2006, cité par Hallier-Nader, 2011). La mobilité a tendance à diminuer vers 75-80 ans, âge auquel les premières difficultés apparaissent. La mobilité des femmes serait plus impactée que celles des hommes (Hugemin-Richard, Dommes, Granié, 2016). Les modes de déplacements privilégiés sont d'abord la marche, puis la voiture et les transports en commun.

Avec l'avancée en âge la marche est privilégiée dans un espace proche du quartier. Il y a souvent un surinvestissement du quartier (Thomann, 2011). Les déplacements sont d'abord réalisés pour satisfaire des besoins essentiels comme l'alimentation, ainsi les centres commerciaux sont préférés (Hugemin-Richard et al . 2016). Ensuite, les déplacements concernent la santé et les démarches administratives. Ces déplacements sont contraints et ont un coût pour la personne. Enfin, arrivent les déplacements renforçant ou maintenant les liens sociaux comme les relations familiales, amicales, ou étant liés à des activités sociales ou de loisirs. Ces pratiques sociales sont moins présentes chez les personnes âgées de plus de 80 ans en raison de leur perte d'autonomie alors que ce sont ces activités qui leur permettent de rester intégrées à la société, d'être acteur. Se déplacer, c'est éviter la déprise, c'est garder le contrôle sur son existence, c'est donc aussi exister.

L'ensemble de ces pratiques sociales donne de bons indicateurs de qualité de vie (Metz, 2003 ; Banster, Bowling, 2004 cités par Pocher, Corget, 2010).

Pour continuer à se déplacer à pied, même si ce n'est que dans leur quartier, certaines personnes âgées mettent en place des stratégies d'évitement pour contourner les obstacles (Chaudet, 2009). D'autres sollicitent l'entourage (solidarités informelles) ou d'autres encore prennent les transports en commun (solidarités formelles) (Thomann, 2011).

Certains continuent à utiliser leur voiture mais préparent, organisent leurs déplacements afin de prendre le moins de risques et de limiter la fatigue (Membrado, cité par Thomann, 2011). Ainsi, les déplacements en voiture sont rationalisés. Les espaces faciles d'accès sont privilégiés comme les zones commerciales au détriment du centre ville.

Ces personnes âgées face aux difficultés de mobilité mettent en place des stratégies d'adaptation. Le véhicule est le mode de déplacement délaissé en dernier (Pochet, Corger, 2010).

Il existe de nombreux obstacles fonctionnels à la mobilité : une pathologie d'une fonction sensorielle, cognitive remettant en question la liberté de déplacement. Ces

déplacements dépendent aussi du niveau d'accessibilité (trottoir, montée dans les bus, escaliers. .). Ces difficultés d'accessibilité peuvent conduire à freiner la mobilité (Hugelin-Richard et al. 2016).

Dans ces situations de difficultés de déplacement, la solidarité dans le couple, entre voisins, amis, famille est sollicitée. Ainsi, le couple se soutient mutuellement. Le déplacement devient un acte qui se partage (Thomann, 2011).

Les personnes âgées plus aisées sollicitent moins cette solidarité informelle et font plus souvent appel à l'aide à domicile.

Pour accomplir les tâches de la vie quotidienne, pour maintenir la socialisation, 2 possibilités se présentent. Soit la personne âgée dépendante peut se faire accompagner pour conserver de la mobilité. Soit elle fait venir à elle les biens et services (services à la personne, EHPAD...) c'est la mobilité inversée (Cholat, 2018). Moins une personne est en mesure de se déplacer, plus elle « nécessite » de mobilités inversées. Les mobilités inversées permettent de limiter l'isolement mais risquent de provoquer une exclusion sociale. Nous retrouvons là les limites du maintien à domicile. Les seuls liens sociaux sont les visites du personnel de service à domicile.

### **Mobilité des personnes âgées dans la métropole d'Orléans**

L'étude a commencé en mai et va se poursuivre. Il s'agit de prendre en compte les modes et fréquence des déplacements des personnes âgées, ainsi que les freins à la mobilité en tenant compte de l'âge, mais aussi de l'état de santé perçu et du territoire. Les personnes âgées ont été interrogées par l'intermédiaire d'un questionnaire. Celui-ci comprend plusieurs parties :

1) questions socio-démographiques : âge, sexe, état civil, étude, métier, lieu d'habitation

2) Questionnaire sur les relations sociales : version française de l'index de satisfaction de support social (Bailly, Alaphilippe, Hervé et Joulain, 2007)

3) bien-être (Ryff, C.D, Keyes, C.L.M. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995 ; 69 : 719-727.)

4) satisfaction de vie ( Diener,E., Emmons,R.A., Larsen, R.J. & griffin, S.(1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

5) satisfaction santé (un item)

6) auto-efficacité : French Adaptation of the General Self-Efficacy Scale de Dumont, M., Schwarzer, R. et Jerusalem, M. (2000). *French Adaptation of the General Self-Efficacy Scale : Auto-efficacité Généralisée*. Berlin, Germany.

L'échelle est constituée de 10 items en 4 points de pas du tout vrai à totalement vrai.

7) Etat de santé

- satisfaction générale
- auto-évaluation par rapport à d'autres du même âge
- problèmes de vue, pour marcher

8) besoin d'aide au quotidien

- privé/professionnel
- dans quels domaines ?
- sortie seul/accompagné

9) activités de loisirs et déplacements

10) mode de déplacements : transports en commun, véhicule personnel, taxi, vélo, à pied

11) itinéraire

12) lieu de résidence : points forts/faibles

13) difficultés avec véhicule personnel : frein à la mobilité

14) évolution des déplacements ces 5 dernières années

15) auto-évaluation suffisance revenus

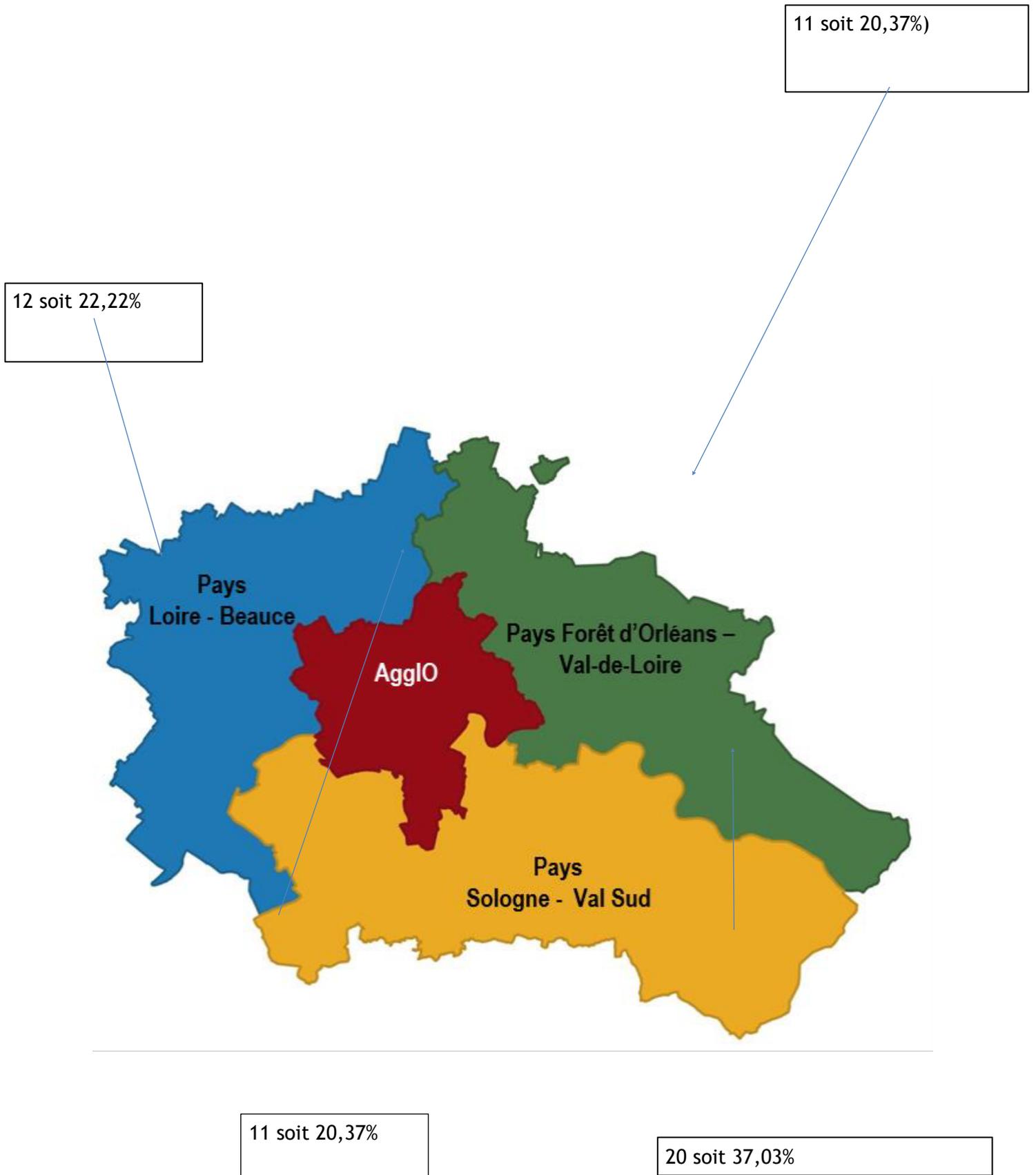
Les principaux résultats sont les suivants :

54 personnes ont répondu au questionnaire dont 15 hommes (27,77%) et 39 femmes (72,23%).

La répartition sur le territoire est la suivante : 21 soit 38,89% vivent en milieu urbain, 10 soit 18,52% en milieu rural et 23 (42,59%) en milieu périurbain.

11 sont sur le territoire de l'agglomération (20,37%), 11 sur pays forêt d'Orléans Val de Loire, 20 (37,03%) Pays Sologne-Val Sud, et 12 (22,22%) pays Loire Beauce. (figure 1)

Figure 1 : répartition de l'effectif selon le territoire(Pays)



L'âge moyen est de 79,85 ans (Ecart Type=8,05, minimum 63 ans, maximum 94 ans). Presque la moitié de cette population est composée de veufs (n=27, soit 49%) depuis en moyenne 13 ans. Dix neuf sont mariés (34,55%). La plupart a le certificat d'étude primaire (n=26 soit 48,25%) et était agriculteur (n=44 soit 78,57%). Cette population habite en majorité dans un pavillon (n=35 soit 64,81%) dont 50% sont propriétaires. Ces personnes âgées habitent leur logement depuis 21 ans en moyenne, on constate une faible mobilité résidentielle. Le choix du lieu de résidence est déterminé par 2 critères essentiellement : l'environnement, la cadre de vie agréable (n=15 soit 30%) et la commodité de services, l'aménagement du territoire (n=10 soit 20%).

Cette population a en moyenne 2 enfants dont 61% sont à moins de 10km (n=33). Ces personnes ont également des amis à moins de 10km de chez elles dans 79% des cas (n=43).

Le soutien social est estimé bon dans cette population, en moyenne 27,3 sur une échelle allant de 7 à 35 (ET 5,28). Le bien-être subjectif, la satisfaction de vie et le sentiment d'être efficace sont des indicateurs également jugés bons (moyennes respectives 11,09 ; 25,15 et 29,14 avec des scores théoriques maximum de 16 ; 34 et 40). Un autre indicateur est important à prendre en compte est l'état de santé. C'est celui-ci plus que l'âge qui va déterminer les possibilités de mobilité. Il n'y a pas de corrélation entre l'âge et le sentiment d'être en bonne santé ( $r=.1391$ ,  $p=.346$ ).

46,29%(n=25) des personnes estiment avoir des problèmes de santé restreignant leur mobilité et 50% (n=27) déclarent avoir besoin d'aide pour assurer leur mobilité. Cette aide est nécessaire essentiellement pour les soins médicaux et le ménage. La plupart, (n=26 soit 63,41%) fait appel à des professionnels pour cette aide. Il s'agit là plutôt de solidarité formelle.

Les problèmes de santé restreignent les sorties mais ne les empêchent pas de sortir de leur domicile régulièrement et seuls (n=39 soit 72,22%). Nous avons la même proportion de personnes possédant le permis de conduire. La moitié des personnes interrogées utilise son véhicule personnel. Les autres modes de transport utilisés sont le bus et véhicule de la famille. Peu de personnes ont répondu aux questions sur les difficultés à prendre son véhicule personnel, à prendre les transports en commun, à se déplacer à vélo. Très peu également, modifient leur itinéraire pour éviter les obstacles dans leur déplacement (n=9 soit 18,37%). Très peu se font livrer des courses (n=7 soit 13,46%).

Avec l'âge, la fréquence des déplacements a diminué durant les 5 dernières années ( $r=.44$ ) ainsi que la longueur des déplacements ( $r=.47$ ). Avec l'âge utiliser son véhicule personnel est moins facile ( $r=.40$ ).

Plus les personnes âgées sont satisfaites de leur état de santé moins la distance de déplacement a diminué ces 5 dernières années ( $r=-.29$ ) et moins la fréquence des déplacements a diminué ( $r=-.30$ ). Nous retrouvons les mêmes résultats pour ceux qui se sentent en meilleure santé par rapport aux personnes de leur âge ( $r=-.37$ ).

Plus utiliser les transports en commun est facile moins la longueur et la fréquence des déplacements ont diminué ces 5 dernières années (respectivement  $r=-.39$  et  $r=-.46$ ). La corrélation est également significative entre la facilité à utiliser les transports en commun et la facilité à utiliser le véhicule personnel ( $r=.52$ ).

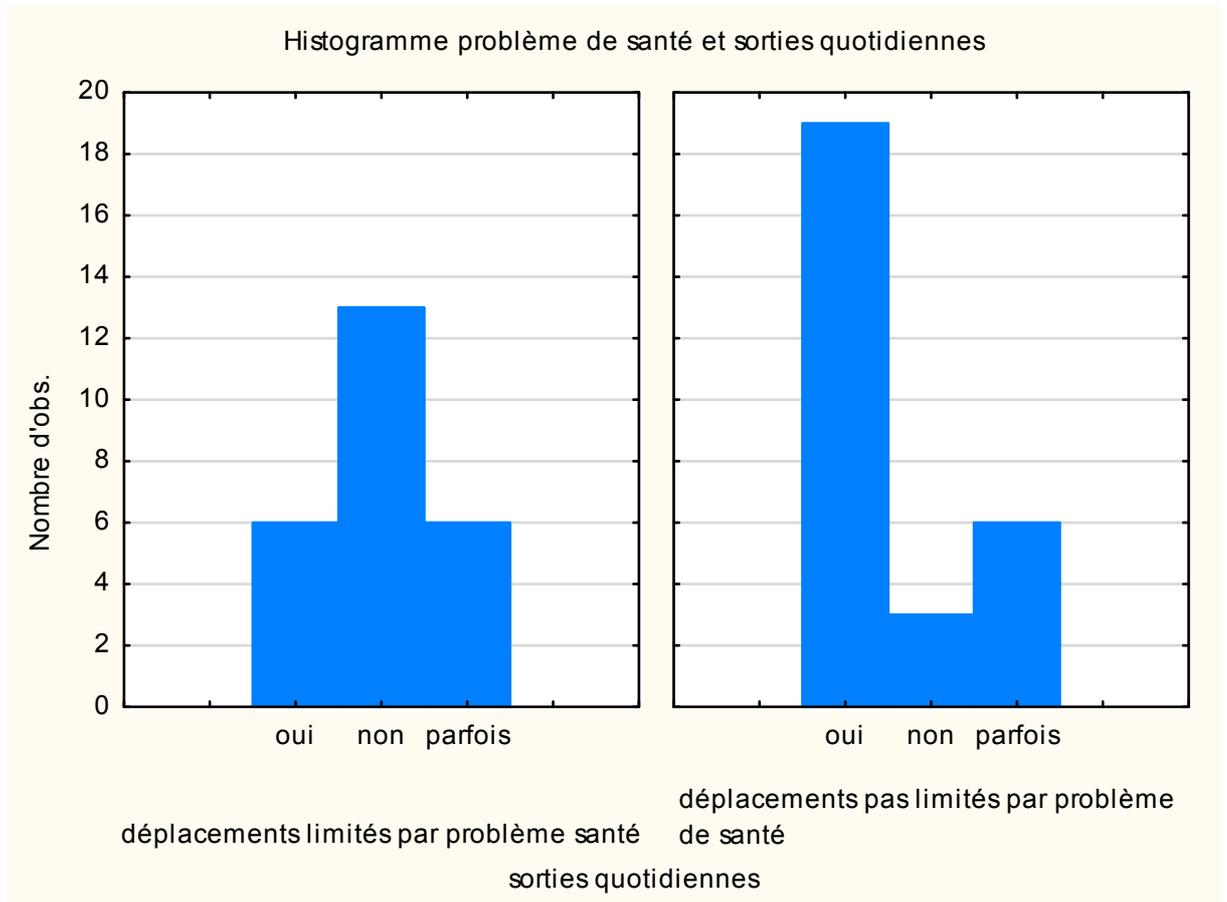
La faculté à utiliser un véhicule personnel est lié au fait de se sentir à l'aise dans le trafic routier ( $r=.52$ ) et à la satisfaction vis-à-vis de sa santé par rapport aux autres de leur âge ( $r=.37$ ). Enfin, le fait d'être à l'aise dans le trafic routier est lié au maintien de la fréquence des déplacements ( $r=-.29$ )

Malgré les problèmes de santé et notamment les difficultés à marcher, 70,37% ( $n=38$ ) ont des activités de loisirs en dehors du domicile, essentiellement dans la commune ( $n=33$  soit 86,84% ont des loisirs dans la commune).

Les soucis de santé sont les freins principaux à la mobilité ( $n=15$  soit 50%, 30 personnes ont répondu à cette question), puis viennent la difficulté à marcher ( $n=9$  soit 30%). Très peu de personnes ont répondu à la question sur les adaptations nécessaires que ce soit au domicile ou bien pour les aménagements urbains (10 réponses sur 54 soit un taux de réponse de 18,52%), comme si les adaptations n'étaient pas envisageables, comme si le fait de ne plus pouvoir se déplacer à un certain âge était une fatalité.

Ceux qui sortent quotidiennement sont majoritairement ceux qui n'ont pas de problème de santé (Chi-deux=12,88 ; DDL=2 ;  $p=.0016$ ). (figure 2)

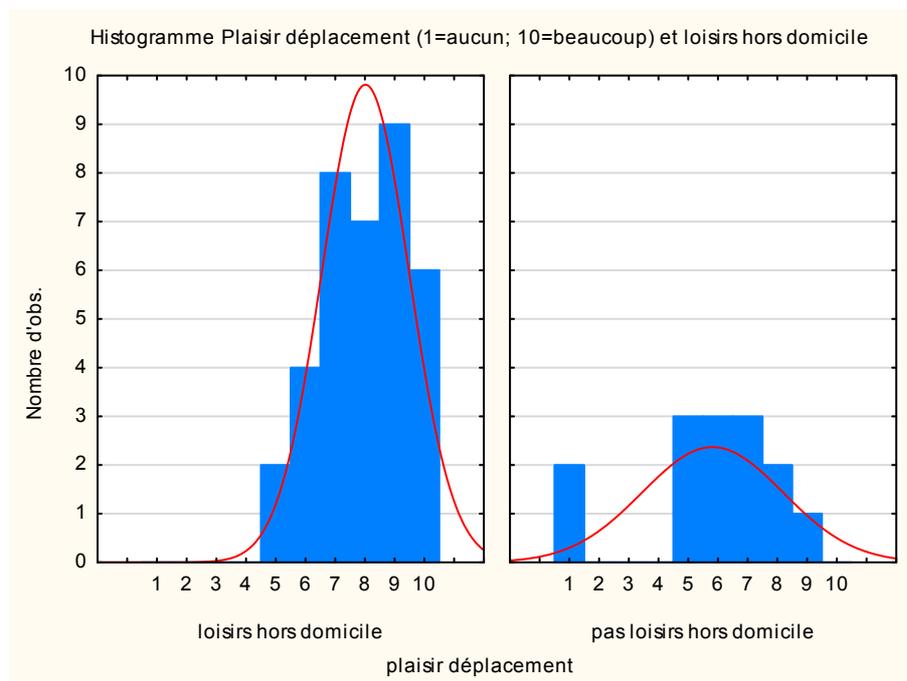
Figure 2 : Effectifs des personnes sortant de chez elles selon la présence ou non de problèmes de santé



Ceux qui ont un besoin d'aide au quotidien sortent moins de chez eux que ceux qui n'ont pas besoin d'aide (Chi-deux=16,87 ; DDL=2 ; p=.0002).

Ceux qui ont des loisirs hors domicile manifestent un plus grand plaisir à se déplacer (moyennes respectives 7,97 et 5,78 ; DDL=48 ; p=.003). (figure 3)

Figure 3 : Effectifs des personnes ayant des loisirs hors domicile selon le plaisir exprimé de se déplacer



## Conclusion

Les indicateurs de qualité de vie sont jugés bons mais cette population de personnes âgées n'hésite pas à exprimer des difficultés de mobilité liées à leur état de santé. Cet état de santé ne les empêche pas de sortir de chez eux. Ces personnes ne sont pas isolées et profitent d'un soutien social de leur famille ou de leurs amis. De plus, cette population a conservé des activités sociales et de loisirs en dehors du domicile.

La plupart possède le permis de conduire et une automobile utilisée pour les déplacements. L'utilisation de la voiture personnelle est liée à l'état de santé, à l'âge (diminution avec âge), au fait de se sentir à l'aise dans le trafic routier. Les autres moyens de transports utilisés sont le bus et un véhicule d'un membre de la famille.

Cette population est donc fortement dépendante de d'automobile et ne se représente pas d'autres moyens pour se déplacer. Elle a très peu d'idée sur les adaptations, les améliorations qui pourraient être apportées. Enfin, les solidarités sont peu envisagées, tout comme les mobilités inversées.

## Bibliographie

Bailly, N., Alaphilippe, D., Hervé, C., & Joulain, M. (2007). Evénements négatifs, support social et santé mentale des âgés. *Année Psychologique*, 107, 2, 221-224.

Berger, M., Rougé, L., Thomann., S. & Thouzellier, C. (2012). Vieillir en pavillon : mobilités et ancrages des personnes âgées dans les espaces périurbains d'aires métropolitaines. (Toulouse, Paris, Marseille) », *Espace populations sociétés* [En ligne], 2010/1 | 2010, mis en ligne le 01 avril 2012, consulté le 10 décembre 2016

Chapon, P. (2009). Planification urbaine et vieillissement. *Retraite et société*, 59,(3), 206-216.

Cholat, F.(2018). Les « mobilités inversées » comme clé de lecture de la dépendance dans les territoires de montagne , *Pour 1* (N° 233), 97-101.

Chaudet, B.(2009). Handicap, vieillissement et accessibilité. Exemples en France et au Québec. Géographie. Université d'Angers, 2009.

Diener E, Emmons R, Larsen J et al. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1) : 71-75.

Dumas, C. (2012). Mobilité des personnes âgées , *Gérontologie et société* 2012/2 (n°141), 63-76.

Dumont, M., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2000). *French Adaptation of the General Self-Efficacy Scale : Auto-efficacité Généralisée*. Berlin, Germany.

Hallier-Nader, B. (2011). Les territoires de vie des 75 ans et plus à Paris : quel environnement urbain pour une qualité de vie durable ? Thèse de doctorat en Géographie. Soutenue le 15-12-2011 458 p.

Huguenin-Richard, F., Dommes, A., Granié, M.A., Cloutier, M.S. & Coquelet, C. (2014). La marche à pied chez les personnes âgées : enjeux de mobilité et de sécurité. Actes du colloque « Bien vieillir en milieu urbain : le parcours dans l'espace et dans le temps ».

Martin, N. (2016). Qualité de vie et estime de soi de personnes âgées autonomes résidant dans un habitat intermédiaire. *Pratiques psychologiques*, Vol.22, 4,335-351.

Pochet, P. (2003). Mobilité et accès à la voiture chez les personnes âgées : évolutions actuelles et enjeux. Recherche, transports, sécurité, Elsevier, 2003, 93-106.

Pochet, P. & Corget, R. (2010). Entre “ automobilité ”, proximité et sédentarité, quels modèles de mobilité quotidienne pour les résidents âgés des espaces périurbains ?. Espace Populations Sociétés, Centre National de la Recherche Scientifique, 2010, 69-81.

Ryff, C.D., &Keyes, C.L. (1995). The Structure of Psychological Well Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29,(4), 719-727.

Talandier, M. (2018). Retraites et développement territorial, *Pour 1* (N° 233), 80-87.

Thomann, S . (2011). Accéder aux ressources (péri)urbaines au fur et à mesure du vieillissement. : Stratégies d'adaptation des périurbains âgés de la Communauté d'Agglomération du Pays d'Aix. *Mobilités spatiales et ressources métropolitaines : l'accessibilité en questions / 11ème colloque du groupe de travail "Mobilités Spatiales et Fluidité Sociale" de l'AISLF*, Mar 2011, Grenoble, France.