

ETUDE



**PRÉFET
DE SEINE-ET-MARNE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

LA PRISE EN COMPTE DES ENJEUX DE VIEILLISSEMENT DANS LES QUARTIERS PRIORITAIRES POLITIQUE DE LA VILLE DE SEINE-ET-MARNE

Réalisée par Nicolas Lauriot dit Prévost
Sociologue



*« Le vieillissement est une préoccupation majeure des sociétés qui doit être abordée selon différents angles, parce qu'elle relève de la plupart des politiques de protection sociale : celles liées aux **conditions de vie dès l'enfance** qui déterminent en partie les conditions de vie aux grands âges (elles passent par la lutte contre la pauvreté dans les familles, contre les inégalités de santé, les inégalités scolaires) ; celles liées au **travail** dont dépendront les ressources des retraités, mais aussi leur **santé** ; celles liées à **l'habitat**; celles liées à la prise en charge des situations **de perte d'autonomie et de vulnérabilité**; celles liées à **l'inclusion sociale**. En ce sens, la pluridisciplinarité est incontournable, et il faut veiller à ce que les conditions soient réunies pour en faciliter le développement (données, interconnaissance des méthodes, collaborations, formations). »*

Bonnet, C., Cambois, E. et Fontaine, R. (2021). Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée. *Population*, 76(2), 225-325. <https://doi.org/10.3917/popu.2102.0225>.

Le vieillissement de la population est aujourd'hui une préoccupation pour la plupart des pays européens et commence à le devenir pour de plus en plus de pays à travers le monde. Ce phénomène démographique et social soulève des enjeux multiples pour assurer l'intégration et la préservation de l'autonomie des personnes avançant en âge. Le contexte français récent semble favorable à des réflexions et débats autour de la prise en compte du vieillissement, sur le plan législatif et des politiques publiques, avec notamment deux lois majeures, sur le « bien vieillir » et la « fin de vie », ayant mis sur le devant de la scène médiatique ce sujet.

Si la politique de la ville s'intéresse depuis longtemps aux jeunes générations qui résident dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et qui y sont notoirement surreprésentées, la part des seniors s'y accroît. Cette évolution démographique provoque de nouveaux besoins et implique de nouvelles solutions pour assurer leur bien-être et mener une action publique efficace. Les QPV sont perçus comme des espaces de populations « jeunes » ; représentation dominante qui, du coup, suscite surtout des actions en faveur des jeunes et des familles avec enfants. Or, ces quartiers sont également des lieux de vie pour les seniors dont le nombre augmente avec le vieillissement de la population. Rapporté aux quartiers prioritaires, le vieillissement croise des problématiques qui traversent tous les piliers des contrats de ville : l'habitat et cadre de vie ; le développement économique local ; la lutte contre le chômage ; la cohésion sociale qui intègre notamment la santé et l'accès aux droits.

Le vieillissement en QPV est un sujet à part entière mais qui ne s'exprime pas aussi intensément ni de la même manière dans tous les QPV. **Plusieurs constats et questionnements ont présidé à notre réflexion :**

- ⇒ Le vieillissement en QPV est un phénomène particulièrement accentué dans le Sud-Ouest et le Nord.
- ⇒ En Île-de-France, Paris et le Val de Marne sont les départements les plus impactés par ce phénomène. Néanmoins, qu'en est-il dans la Seine-et-Marne ? N'y a-t-il pas des disparités dans l'intensité du phénomène à l'échelle infra-départementale ou/et infra-communale ? Et n'y a-t-il pas des dimensions sous-estimées, sous-évaluées voire invisibilisées ?
- ⇒ Quels enjeux communs avec les autres personnes âgées du département et quels défis spécifiques traversent les populations vieillissantes vivant en QPV de Seine-et-Marne ?
- ⇒ Quels enjeux pour les acteurs de la politique de la ville seine-et-marnais mais aussi pour ceux de droit commun souhaitant œuvrer à la prise en compte du vieillissement dans les QPV du département ?

Cette note propose de balayer ces thématiques **au regard de données, recherches en sciences sociales, rapports institutionnels ou associatifs** à propos du vieillissement en général, au niveau départemental et des QPV de Seine-et-Marne lorsque des données et réflexions existent ou lorsqu'elles ont pu être consultées, et ainsi commencer à cerner les enjeux multiples à prendre en compte pour le futur de la politique de la ville dans la Seine-et-Marne. Sur la base donc de données « froides » mises au regard des réflexions issues des sciences humaines et sociales sur le sujet ainsi que des apports institutionnels, nous présenterons ici des **constats**, des **enjeux prioritaires**, quelques **solutions existantes** et **pistes d'approfondissement** soumises aux pouvoirs publics et à tous les acteurs œuvrant à la politique de la ville.

Cette note n'a pas vocation à être exhaustive mais plutôt à **proposer un panorama des points saillants et des vigilances sur le sujet du vieillissement dans les QPV**, afin de **nourrir les réflexions partenariales et les futurs prolongements** que pourront en faire les acteurs de la politique de la ville seine-et-marnais.

Nous tenons à remercier les partenaires et financeurs de Ressources urbaines ainsi que tous les chercheurs, rapporteurs et acteurs locaux pour leurs articles scientifiques, rapports et réflexions précieuses dont nous nous sommes inspirés.

Sommaire

1. Contextualisation : Des défis posés par la montée prévisible des besoins d'une population vieillissante, en termes de financement de la dépendance, d'innovation technologique et d'inventivité sociale	4
2. Le vieillissement dans la Seine-et-Marne et dans ses QPV : quelles tendances ?.....	13
3. Quelle prise en compte des enjeux du vieillissement dans les contrats de ville et schémas territoriaux de la Seine-et-Marne ?	25
4. FOCUS THÉMATIQUE : Vieillissement, logement, habitat et cadre de vie	30
5. FOCUS THÉMATIQUE : Vieillissement et santé	58
6. FOCUS THÉMATIQUE : Vieillissement, accès aux droits et lien social.....	74
7. FOCUS THÉMATIQUE : Vieillissement, maintien des liens familiaux et ancrage relationnel.....	89
Résumé des enjeux et des axes prioritaires pour une meilleure prise en compte des enjeux du vieillissement dans les QPV seine-et-marnais	109
Annexe : Bibliographie et ressources liées au vieillissement et aux QPV	111

1. Contextualisation : Des défis posés par la montée prévisible des besoins d'une population vieillissante, en termes de financement de la dépendance, d'innovation technologique et d'inventivité sociale

« Au niveau macroéconomique, la part croissante des plus âgés soulève des interrogations sur la soutenabilité financière des systèmes de protection sociale, et en particulier ceux très liés à l'âge comme la retraite, les dépenses de santé ou la prise en charge de la perte d'autonomie.

Au niveau individuel, on l'a mentionné, l'allongement de l'espérance de vie modifie de manière importante les "temps" du cycle de vie, les besoins associés aux différents âges et les comportements individuels en matière d'épargne (ou de désépargne), de transferts intergénérationnels (transferts monétaires ou de temps vers d'autres générations) et de comportements sur le marché du travail (dont le départ en retraite).

Il ne fait aucun doute que la diversification des trajectoires professionnelles, familiales ou de santé, et des situations des individus à la retraite rendront nécessaire l'évolution des systèmes de protection sociale. L'ampleur et les modalités d'adaptations restent cependant incertaines. Cette question appelle à une meilleure connaissance des situations économiques des personnes âgées et de leurs besoins. »

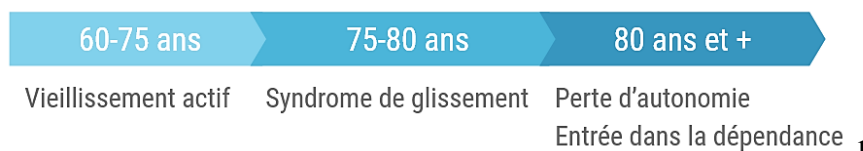
Bonnet, C., Cambois, E. et Fontaine, R. (2021). Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée. *Population*, 76(2), 225-325. <https://doi.org/10.3917/popu.2102.0225>



Le vieillissement : une définition délicate et des réalités hétéroclites

Le vieillissement peut être considéré comme un **processus démographique et sociologique** d'avancée en âge, relié pour partie à la vieillesse et à la sénescence mais qui n'est pas réductible, à l'impact social, économique, psychologique et relationnel.

Conventionnellement, dans notre société et pour les institutions, une personne est considérée comme « âgée » lorsqu'elle atteint l'âge de 60 ans. Le rapport Broussy de 2013 posait alors 3 étapes de la vieillesse, qui impliquent en tendance des problématiques et des réponses différentes :



Si, selon cette convention, le vieillissement correspond à l'augmentation de la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus dans la population totale hexagonale, le **groupe des personnes « âgées » est multiforme**. Aujourd'hui, il y a consensus en sciences humaines et sociales pour dire que le **seuil d'entrée dans la vieillesse varie** donc selon des critères sociaux (la classe sociale, le genre, etc.), physiques et selon les individus et les espaces. Elle touche de manières différentes les individus selon leur sexe, leur âge, leur classe sociale, leur territoire de vie et l'offre de services locale, leur état de santé, leur parcours de soins, l'état de leurs relations sociales, etc. Ce qui nous invite à **parler non pas de la vieillesse mais des vieillesse**s à la croisée des différents rapports sociaux, conditions de vie, parcours et expériences de vie.

¹ Source schéma : « Étude - Le vieillissement dans les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville - Éclairages sur les départements des Yvelines, des Hauts-de-Seine et du Val d'Oise » - Pôle ressource Ville et développement social, Sciences Po Saint-Germain-en-Laye – UVSQ, avril 2020.

Par ailleurs, la population délimitée sous l'expression « personnes âgées » n'est **pas homogène** socialement et économiquement en termes de ressources, de besoins, d'accès aux services, etc. : il est des actifs en « bonne santé », des personnes âgées fragiles, des personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes. De même, le vieillissement ne se vit pas de la même façon selon les territoires².

Enfin, comme l'affirme Juliette Rennes³, l'épidémie de Covid-19 nous a rappelé « *les limites d'une gestion à moindre coût du grand âge, dans le contexte d'une transformation profonde des structures démographiques qui ne saurait se résumer "au vieillissement de la population", dans la mesure où l'âge à partir duquel on est jugé vieux ou vieille s'est déplacé* ».

Nous-mêmes, dans la présente note, **alternons dans le vocabulaire et les mots utilisés** entre « seniors » (qui renvoie à une classe d'âge pouvant commencer dans la cinquantaine et à une idée d'encore actifs), « personnes vieillissantes » (qui renvoient aux personnes soumises au processus de vieillissement social et/ou physiologique, donc un peu plus âgées), « personnes âgées » (qui renvoient plutôt aux personnes les plus avancées en âge parmi les personnes dites vieillissantes, généralement les 75 ans et plus) ou encore les « aînés » (terme plutôt utilisé par les québécois, dans une idée de tentative de déstigmatisation du regard porté par les plus jeunes et la société sur les plus anciens). Ce qui montre bien la polysémie du problème.

En tout cas, il convient d'avoir à l'esprit que **la compréhension sociologique de l'avancée en âge se doit d'être croisée** avec la situation de la personne au sein des **rapports** de classe, de genre, de territoire, de langue, d'origine réelle ou supposée (ce qu'on désigne notamment sous les termes d'articulation ou imbrication des rapports sociaux) et de **conditions de vie économique et relationnelle** ainsi qu'avec les notions de **vulnérabilité** (notre commune condition humaine, répartie inégalement socialement, à être potentiellement « blessé » physiologiquement, psychologiquement, moralement et économiquement) et de **puissance d'agir** (l'ensemble de nos capacités et capacités d'actions sur nos vies et notre environnement).

Ainsi, pour comprendre l'entrelacs complexe de ces dimensions et du **jeu de différences/ressemblances dans les expériences vécues du vieillissement**, nous pouvons paraphraser Sylvie Carbonnelle à propos de la condition des immigrés âgés⁴ : « [...] *S'interroger sur les spécificités de la condition des immigrés âgés ne devrait pas occulter, d'une part, les similarités de l'expérience du vieillir et du grand âge entre personnes issues de l'immigration et celles ne l'étant pas, d'autre part, la grande hétérogénéité des profils et des conditions de vie de ces populations*⁵. »



La France vieillit et devrait continuer à vieillir

En France, comme en Europe, le vieillissement de la population **s'accélère depuis le milieu des années 2010**. En 2021, les personnes de 65 ans ou plus représentaient 21 % de la population de l'Union européenne, contre 18 % en 2011.

La dynamique mondiale tend également vers un relatif vieillissement. Au niveau mondial, les personnes dites âgées représentent la classe d'âge qui enregistre la croissance la plus rapide. Selon l'Organisation

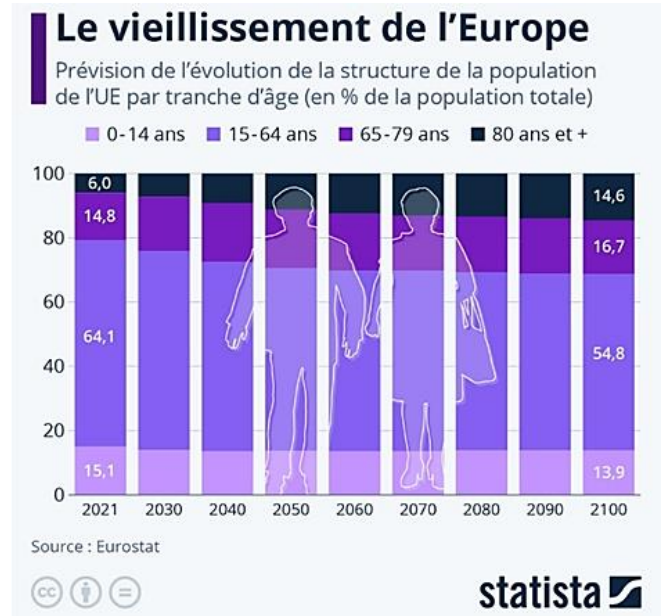
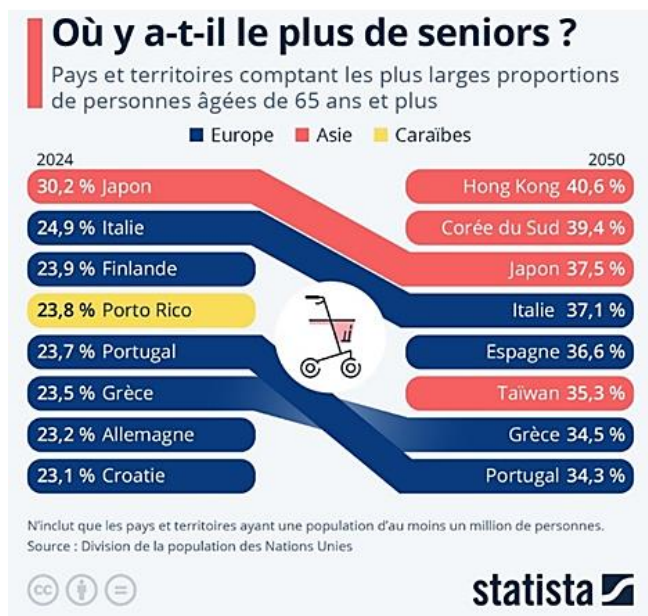
² Étude - *Le vieillissement dans les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville*, Pôle Ressources Villes et développement social, Sciences Po Saint-Germain-en-Laye et UVSQ Université Paris-Saclay, Avril 2021.

³ Rennes, J., (2022), *Âge*, dans « La société qui vient », sous la direction de Didier Fassin, Paris, édition du Seuil, 825-842.

⁴ **À propos de l'écriture inclusive** : L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de ne pas alourdir le texte et d'en faciliter la lecture ; il n'a aucune intention discriminatoire.

⁵ Carbonnelle S., (2009) Les politiques à l'égard des migrants âgés : la construction d'un nouveau risque social ?, *L'observatoire*, n° 61, 2009.

mondiale de la santé (OMS), la part des 60 ans et plus dans la population mondiale passera de 11 % en 2000 à 22 % en 2050⁶. En 2018, le **nombre de personnes de 65 ans et plus** a dépassé le nombre d'enfants de moins de 5 ans. Si la tendance démographique persiste, leur nombre **devrait dépasser celui des adolescentes et des jeunes en 2050**.



Selon le site Statista, « la part des plus de 80 ans dans la population de l'Union européenne devrait être multipliée par deux et demi entre 2021 et 2100, passant de 6,0 % à 14,6 %. Les personnes âgées de plus de 65 ans représenteront 31,3 % de la population de l'UE à la fin du siècle, contre actuellement 20,8 %. En parallèle, la population âgée de 15 à 65 ans diminuera d'environ 10 points de pourcentage au cours de cette période⁷. »

Dans les QPV, des défis communs avec le reste du territoire national et à partager entre acteurs

La responsabilité du maintien de la santé, de l'autonomie et de la citoyenneté des personnes âgées représente une responsabilité à partager entre différents types d'acteurs pouvant intervenir dans les QPV, surtout à anticiper de manière coordonnée pour les années à venir, ceci afin que la traduction locale de notre protection sociale et des solidarités viennent minimiser la mise à l'écart des personnes vulnérables (en situation de précarité et/ou de vulnérabilité) dont peuvent faire partie les personnes vieillissantes hors de la vue des personnes estimées « normales », « jeunes » et « performantes ».

Dans un contexte de virage domiciliaire, la prise en compte du vieillissement ressort des politiques publiques de soutien aux personnes âgées...

Nous pouvons découper les **politiques publiques** de soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie en **deux grands volets**⁸. Un **premier volet** concerne l'**accompagnement** qui intègre toute la chaîne de production de biens et services utiles en vue de compenser la perte d'autonomie. L'État, les institutions

⁶ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). Probabilistic Population Projections Rev. 1 based on the World Population Prospects 2019 Rev. 1: <http://population.un.org/wpp/>.

⁷ STATISTA, « Le vieillissement démographique de l'Europe » de Tristan Gaudiaut, 30 sept. 2022 - <https://fr.statista.com/info-graphie/28372/vieillessement-demographique-europe-evolution-structure-population-selon-age/>

⁸ Gannon, F., Garrec, G. & Touzé, V. (2020). IX / Vivre longtemps et risque de perte d'autonomie : quelles politiques publiques en Europe ? Dans : OFCE éd., *L'économie européenne 2020* (p. 109-122). Paris: La Découverte. <https://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/ouvrage/2020-EU-09.pdf>

afférentes et les collectivités se partagent la responsabilité d'organiser cette filière spécifique qui mixe soins de santé (notamment avec une spécialité gériatrique), aide à domicile, aménagement de l'habitat et construction d'établissements spécialisés (institutions) pour accueillir les personnes âgées dépendantes. Ce volet peut aussi intégrer des politiques préventives en faveur du bien vieillir. Ces politiques visent à agir en amont. L'objectif est alors de détecter très précocement la fragilité et d'identifier des solutions pouvant réduire le risque de perte d'autonomie. Le **second volet** d'intervention des politiques publiques est celui de la **prise en charge financière**. Parmi les 4 grands modèles de politiques publiques en matière de financement de la perte d'autonomie, la France fait partie du modèle dit « hybride ». Ainsi, la Sécurité sociale couvre automatiquement les dépenses médicales des personnes dépendantes. Concernant le financement des autres besoins, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est attribuée après une évaluation médico-sociale. Offrant un taux de prise en charge qui décroît avec le revenu, cette allocation est versée par les départements qui assument une partie du financement. Ces derniers reçoivent aussi une subvention publique *via* la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dont le financement national repose sur divers prélèvements sociaux. De plus, les aides financières peuvent également se matérialiser au travers de dispositifs type déduction d'impôts. La sévérité de la perte d'autonomie mesurée peut être utilisée par les administrations pour établir des grilles de prise en charge. Dans le cadre de l'attribution de l'APA, la France a mis en place la grille AGGIR qui repose sur six échelons : l'échelon GIR6 désigne l'absence de perte d'autonomie tandis que l'échelon GIR1 en marque le niveau le plus élevé. Seuls les échelons 1 à 4 permettent de bénéficier de l'APA. Ce bilan peut aussi être complété par une évaluation de la situation sociale (degré d'isolement, ressources financières) de la personne âgée. Pour affronter la perte d'autonomie, **deux types de réponses** sont envisageables : le **maintien à domicile** (pouvant donner droit sous conditions à l'APAD) ou l'**institutionnalisation** (pouvant donner droit sous conditions à l'APAE).

Pour clore cette sous-partie, rappelons que pour éviter l'apparition de la détérioration de la santé des personnes âgées et faire reculer l'apparition de la « dépendance », **l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande d'agir sur 2 facteurs : l'adaptation de l'habitation** (accessibilité des immeubles et adaptation des logements) et le **maintien de liens sociaux**, importants pour éviter l'isolement des personnes âgées et les risques de dégradation accrue de leur santé mentale et physique.

... mais aussi de toutes les actions et dispositifs en faveur du maintien de l'autonomie et de l'auto-détermination

« On vit aujourd'hui plus longtemps et mieux que jamais. Cela ne doit pas masquer le fait que, lorsqu'on devient médicalement dépendant, le poids – y compris financier – de cette dépendance repose aujourd'hui largement sur les familles, notamment lorsque la personne dépendante est relativement pauvre, dans la mesure où les politiques du maintien à domicile ont pris le pas sur l'amélioration des hébergements spécialisés et où les politiques de la dépendance ont laissé à la charge des personnes et de leur famille les coûts d'hébergement, même lorsqu'ils dépassaient de beaucoup leurs revenus. »

Weber, F. (2017). Politiques et sciences sociales de la vieillesse en France (1962-2016) : de la retraite à la dépendance. *Genèses*, 106, 115-130. <https://doi.org/10.3917/gen.106.0115>

Selon nous, et nous y reviendrons dans plusieurs sous-parties de cette note, le « sens de l'histoire » serait de privilégier au maximum le maintien à domicile lorsque cela est possible. Cependant, cette option nécessite un investissement financier, humain et de coordination important de l'ensemble des acteurs publics et associatifs sur de nombreux axes :

- rénovation et adaptation des logements et de l'habitat ;
- pratiques actives de prévention et de sensibilisation ;
- formation des professionnels aux problématiques sociales, économiques et psychologiques liées au vieillissement et aux modalités possibles d'interventions sociales et médico-sociales ;

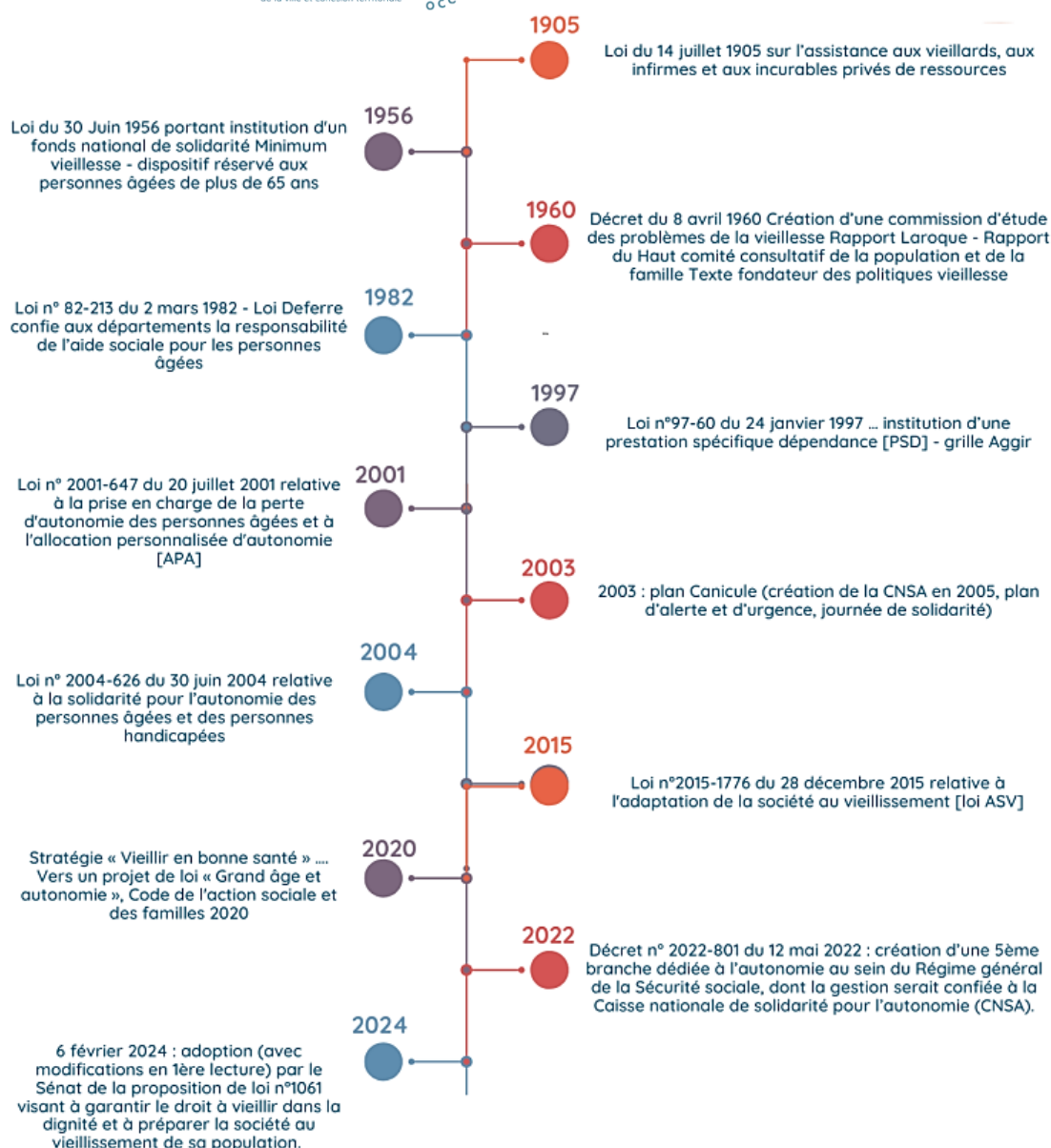
- soutien au développement d'initiatives citoyennes et associatives d'animation sociale et d'accompagnement social ;
- soutien aux proches aidants et aux familles en général⁹ ; etc.

En parallèle, évidemment, l'option de prise en charge en institution pour les situations les plus sévères n'est pas à exclure et les efforts en la matière devront être poursuivis afin de proposer une offre d'établissements adaptés aux besoins sanitaires, sociaux et psychologiques et en matière de soins et de « prendre-soin » à dispenser auprès des aînés vieillissants les plus dépendants¹⁰.



Quelques repères législatifs sur l'autonomie et le vieillissement

Source graphique¹¹ :



⁹ Le proche aidant ou aidant familial ou aidant d'un proche est une personne (femme ou homme), non professionnel qui par défaut ou par choix, vient en aide de façon occasionnelle, récurrente ou permanente à une personne dépendante, en déficit d'autonomie de son entourage. Cette personne proche aidante peut-être le ou la conjoint(e), un fils ou une fille, une sœur ou un frère, un petit-enfant, etc.

¹⁰ Piveteau, D. (2009). Soigner ou Prendre soin ? La place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. *Laennec*, 57, 19-30. <https://doi.org/10.3917/lae.092.0019>

¹¹ « Les enjeux du vieillissement en politique de la ville : comment s'en saisir ? », Fiches ressources, Avril 2024, Villes et Territoires.



Un vieillissement démographique en cours au niveau national dans les QPV en France : un enjeu pour tous les schémas territoriaux y compris pour les contrats de Ville

Globalement, la **population des QPV reste nettement plus jeune** que la moyenne nationale, puisque quatre habitants sur dix ont moins de 25 ans, contre trois sur dix pour l'ensemble de la France (QPV compris).

Cependant, elle **vieillit et la part des plus de 60 ans progresse** : entre 1990 et 2017, le nombre de personnes de 60 ans et plus y est passé de 389 000 à 868 000 et la part des 60 ans et plus est passée de 11,9 % à 17,3 % (contre 25,5 % pour le territoire national en 2017). Du fait de cette sous-représentation, **l'appréhension du vieillissement dans les observations et la politique de la ville n'est que récente**.

Si des chercheurs ont abordé les publics âgés des quartiers prioritaires de manière indirecte (notamment sous l'entrée des personnes immigrées vieillissantes), c'est réellement le CGET¹² qui pose le sujet à partir de la fin des années 2010¹³. Dès lors, tout l'intérêt de ce nouvel objet de recherche réside dans l'émergence de la prise en compte de la longévité et de ses dimensions sociales, économiques, médicales et spatiales dans des espaces historiquement tournés vers les publics jeunes et les familles.

Au niveau national, cette population âgée des QPV présente aussi **certaines caractéristiques propres**.

Ainsi, alors que les **femmes** dans ces quartiers sont plus nombreuses que les hommes dans la tranche d'âge 15-59 ans (notamment du fait des familles monoparentales), la proportion s'inverse entre 60 et 74 ans - sans doute en raison de déménagements une fois ces femmes arrivées à l'âge de la retraite ou après le départ des enfants du foyer -, puis **s'inverse à nouveau à partir de 75 ans (du fait de la plus grande longévité des femmes)**. Ces écarts pourraient toutefois se réduire dans les années qui viennent car, dans les QPV, la part des personnes âgées progresse **beaucoup plus vite parmi les hommes que parmi les femmes**. Passée de 7,4 % à 10,1 % entre 1990 et 2010, la part des hommes rattrape quasiment celle des femmes (10,2 %).

Autre spécificité du vieillissement dans les QPV : les personnes **étrangères** sont surreprésentées parmi les seniors. Elles constituent en effet 25,4 % de la tranche d'âge 60-74 ans, contre 18,8 % tous âges confondus.

Face à cette évolution démographique, la politique de la ville n'est pas restée passive, même si elle peine encore à développer des réponses globales. Le CGET en veut notamment pour preuve la prise en compte du vieillissement dans la plupart des contrats de ville 2015-2020. Mais **cette prise en compte se traduit encore très peu en termes de programmation**. À titre d'illustration, sur les 29 220 actions financées en **2016** dans le cadre des contrats de ville, **seules 2 %** concernent exclusivement des personnes âgées (même si 20,5 % des actions financées « touchent au moins une personne de plus de 65 ans »). Ces dernières se retrouvent ainsi sous-représentées aussi bien en termes de publics touchés que de budgets mobilisés.

¹² Commissariat Général à l'Égalité des Territoires, devenu depuis 2020 l'ANCT, Agence Nationale de la Cohésion des Territoires.

¹³ Source : *Vieillissement de la population : un processus qui touche aussi les quartiers prioritaires de la politique de la ville*. En Bref du Commissariat Général à l'Égalité des territoires (CGET) n°44, Octobre 2017. ; Blanchet, M. (2021). Enjeux et jalons géographiques du vieillissement dans les quartiers politiques de la ville. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, 73, 9-11.

Il ressort que, pour la génération actuelle des contrats de ville, et celles à venir, ainsi que les programmations en général d'opérateurs et acteurs pouvant intervenir dans les QPV, l'effort doit être poursuivi à l'attention des publics des aînés vieillissants y habitant.



Pour une « politique de l'autonomie solidaire » reconnaissant nos interdépendances

« D'abord, si on veut éviter, comme c'est le cas actuellement, que cette notion de perte d'autonomie ne soit un facteur d'exclusion des plus fragiles d'entre nous, il faut faire disparaître cette expression au profit de "besoin de soins ou de prise de soins de longue durée" qui est le terme utilisé en général par les autres pays, en Europe.

Ensuite, il nous faut reconnaître la dépendance, nécessaire relation à l'autre, comme fondement de notre existence individuelle et collective (Elias, 1991). En ce sens notre capacité de choix de mode de vie, notre "autonomie", dépend largement de ceux qui nous entourent et des indispensables soutiens que sont les innombrables structures collectives de la société, ce que d'aucuns ont conceptualisé comme autonomie relationnelle que nous aimons aussi nommer autonomie solidaire (Ennuyer, 2010). »

Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. *Le Sociographe*, -6, 139-157.
<https://doi.org/10.3917/graph.hs06.0139>

Le sens de l'histoire de notre rapport à l'avancée en âge et à sa prise en compte institutionnelle change depuis plusieurs années, comme nous l'avons vu dans notre rapide rappel des avancées législatives, et comme le montre l'actualité avec la mise en œuvre progressive du Service public départemental de l'autonomie sur le territoire français ainsi que la toute récente promulgation en avril 2024 de la loi « Bien vieillir et autonomie ». Cependant, lorsque l'on parle d'autonomie et de vieillissement, il est important de clarifier les notions et de s'appuyer sur des données pour éviter de tomber dans certains préjugés. Pour certains auteurs, **un des préjugés les plus tenaces serait que toutes les personnes âgées ne sont pas autonomes**. Alors que « globalement, même aux âges plus avancés, la large majorité des personnes âgées conserve donc une autonomie significative¹⁴ ». En effet, « la perte d'autonomie concerne essentiellement les âges les plus élevés. Un peu plus de 30 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont ainsi en perte d'autonomie. » Contre environ « 15 % des personnes de 60 ans ou plus témoignent d'une perte d'autonomie et seulement 4,3 % peuvent être considérés en perte d'autonomie sévère¹⁵ ». La **distinction entre deux termes, vieillissement et grand âge**, devient ici pertinence et fructueuse : celle-ci est « cruciale pour éviter les généralisations simplistes¹⁶ ».

Ainsi, il convient sans doute d'envisager le vieillissement bel et bien comme un processus, ayant des seuils variables en fonction des conditions de vie, de l'écosystème de soins et de relations autour de la personne et de l'état de santé global, processus auquel est corrélé le maintien de l'autonomie et la capacité

¹⁴ Capgras, J.-B. (2025). Chapitre 13. Sortir des idées reçues pour cerner les enjeux du vieillissement de la population française. Dans B. Szostak et J. Claveranne (dir.). Vieillesse et vieillissements : Regards croisés (p. 131-138). EMS Éditions. <https://doi.org.icp.idm.oclc.org/10.3917/ems.szost.2025.01.0131>

¹⁵ Capgras, J.-B. (2025). Opus cité ibid

¹⁶ Capgras, J.-B. (2025). Opus cité ibid.

d'agir sur le monde. L'autonomie – celle qui engage à soi et à l'autre – implique une « **éthique de la réciprocité** » entre la liberté et la responsabilité¹⁷.

Pour le dire autrement, les **conditions de l'autonomie individuelle ne peuvent se réaliser que par un minimum d'hétéronomie**. Pour maintenir et préserver son autonomie, et en fonction de son état, la personne âgée nécessite de l'aide, du soutien s'exprimant à travers les différentes formes de solidarités effectives, ce qui suppose non seulement que ces différentes formes leur soient proposées mais qu'en plus la personne âgée accepte ces aides et soutiens. Selon plusieurs enquêtes passées auprès de personnes âgées elles-mêmes, **ce n'est pas vieillir qui présente nécessairement en soi une difficulté**. C'est lorsque la maladie survient que l'expérience de vieillir prend un autre ton, surtout si elle entraîne des pertes fonctionnelles à long terme, et que cette maladie se double d'une stigmatisation et ostracisation sociale. La diminution de certaines capacités exige, pour une part importante des personnes, de réévaluer et de reconsidérer leurs habitudes de vie en fonction de leur énergie résiduelle – ou de leurs capacités restantes – et leurs besoins. Ainsi, l'enjeu devient pour les personnes âgées (et les acteurs désireux de les accompagner dans ces nouvelles étapes de vie) la préservation et la récupération de l'autonomie par-delà les pertes.

Les travaux du sociologue Vincent Caradec¹⁸ montrent que **l'expérience du vieillissement avec les événements qui la jalonnent** induit, en termes d'activités pratiquées, des engagements et des désengagements assortis parfois de réengagements. Les **désengagements et arrêts d'activités** auparavant régulières et investies risquant de se traduire en perte d'autonomie ressortent pour leur part ce que plusieurs spécialistes désignent sous le terme de « **déprise**¹⁹ ».

La déprise n'est pas que pertes et renoncement, c'est un **processus actif où les personnes âgées abandonnent certaines activités pour se concentrer** sur celles qui ont le plus de valeur pour elles :

« Le grand âge se caractérise par un processus de fragilisation trouvant son origine dans une constellation de conditions qui mettent à l'épreuve l'équilibre entre l'individu et son environnement (Lalive d'Epinay et Cavalli, 2013). L'enjeu majeur de cette épreuve réside dans une tension entre "éloignement du monde" et "maintien dans le monde" (Caradec, 2007 : 13) : face aux difficultés croissantes liées au vieillissement du corps, à la baisse de l'envie de poursuivre certaines activités, ou au sentiment plus diffus de ne plus faire partie du monde, l'individu vieillissant s'engage dans un processus de réaménagement de son existence. Ce processus, appelé déprise, recoupe l'ensemble des "reconversions à travers lesquelles les personnes qui vieillissent peuvent certes renoncer à des activités, mais aussi essayer de maintenir leurs engagements antérieurs, voire en réaliser de nouveaux" (Caradec, 2007, p. 15). Autrement dit, la déprise désigne le travail par lequel les individus confrontés à l'épreuve du grand âge renégocient, maintiennent et réinventent leur rapport au monde²⁰. »

Les **engagements et réengagements** sont source de **conservation**, voire **regain de l'autonomie**, les acteurs du social et du médico-social doivent alors en conséquence encourager ces « stimulants » de l'autonomie en fonction des capacités, envies et moyens de la personne considérée (se remettre à conduire,

¹⁷ Malherbe, J.-F., mentionné dans Grenier, J. (2011). Regards d'ânés sur le vieillissement : autonomie, reconnaissance et solidarité. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 36–50. <https://doi.org/10.7202/1008217ar>

¹⁸ Caradec, V. (2015). *La sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, collection 128.

¹⁹ Meidani, A. & Cavalli, S. (2018). Vivre le vieillir : autour du concept de déprise. *Gérontologie et société*, 40(155), 9-23.

²⁰ Riom L., Hummel C. et Burton-Jeangros C., (2018) « "Mon quartier a changé un peu, mais c'est moi qui ai aussi beaucoup changé". Habiter la ville et y vieillir, *Métropoles*, 28 - URL : <http://journals.openedition.org/metropoles/6449>

participer à sa manière et à sa vitesse à un jardin potager, s'engager dans une activité bénévole, découvrir et pratiquer un nouveau jeu de société à plusieurs, etc.).



Accompagner l'autonomie des personnes vieillissantes en QPV : entre investissements urbanistiques, soutien financier, aide technique, aide humaine et encapacitation²¹ adaptée

Nous terminerons cette partie introductive par les mots de Blanchet, qui font office de programme guide pour une partie de nos réflexions que nous soumettons aux lectrices et lecteurs quant à la prise en compte des enjeux du vieillissement dans les QPV :

« Tout d'abord, il est essentiel **d'analyser les conditions d'habitation**, les mécanismes de **solidarité** en direction des aînés, les **pratiques** et les **besoins** des personnes âgées afin de mettre en face les réponses adéquates et sortir des prénotions dont sont chroniquement affligés les quartiers politique de la ville.

En second lieu, la place des personnes âgées et ses différentes composantes en matière **d'habitat, de citoyenneté, de mobilité, de relations avec les autres**, constituent un enjeu essentiel mais peu documenté. Les **commerces de proximité**, autant que les **structures sociales** (centres socio-culturels, maisons de quartier...), de la **mobilité** (services de transport en commun), de **l'habitat** (bailleurs sociaux) ou de la **sécurité**, représentent des lieux à mobiliser afin de rendre compte de l'intégration locale des aînés.

Enfin, le mouvement de **crispation dans le monde occidental entre les générations** – en termes de niveau de vie, de protection sanitaire, de clivages politiques et de servitude (une partie des retraités des grandes villes qui sont accompagnés au domicile, le sont en partie par des travailleurs habitant dans des quartiers prioritaires) – représente un **enjeu géopolitique fondamental**, mais souvent peu objectivé et analysé.

Dans ce cadre, les politiques de la vieillesse nécessiteront d'agir **à la fois en faveur des publics aînés**, notamment par le développement de politiques territorialisées, **et en faveur d'autres domaines d'action** comme l'emploi, les conditions de travail et les conditions d'habitation, et ce, afin de limiter les décalages et les crispations générationnelles et de favoriser, par ricochet, la reconnaissance et les liens avec les aînés dans nos sociétés. »

Blanchet, M. (2021). Enjeux et jalons géographiques du vieillissement dans les quartiers politique de la ville. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, 73, 9-11.
<https://doi.org/10.3917/cdsu.073.0009>

²¹ L'encapacitation est la stimulation et la mobilisation de ressources endogènes pour mener à bien une action de la part d'une personne, d'un groupe de personnes, d'un territoire, etc. (ce que l'on désigne aussi souvent sous le terme d'*empowerment* ou de renforcement du pouvoir d'agir).

2. Le vieillissement dans la Seine-et-Marne et dans ses QPV : quelles tendances ?

« Le vieillissement de la population constitue, en trente ans, l'évolution démographique la plus marquante au sein du parc social, y compris au sein des Quartiers de la Politique de la Ville (QPV) (Ancols, 2018). »

Pottier, L., Rogay, R. et Loggia, G. (2023). Une recherche-action pour prévenir les risques du vieillissement en HLM. *Gérontologie et société*, 45 / n° 171(2), 45-63. <https://doi.org/10.3917/g1.171.0045>



La Seine-et-Marne : un département qui se situe désormais dans la dynamique haute francilienne de vieillissement ; vieillissement qui va s'accroître dans les années à venir

Selon l'Insee, « en 2070, d'après les hypothèses du scénario régional tendanciel, 22 % de la population serait âgée de 65 ans ou plus. Le vieillissement de la population francilienne serait moins rapide qu'au niveau national : la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus serait en hausse de 7 points en Île-de-France par rapport à 2018, contre 10 points de plus pour l'ensemble des autres régions métropolitaines. En 2070, la région se trouverait dans une situation comparable aux actuels départements du Vaucluse, du Tarn-et-Garonne ou de la Loire. L'Île-de-France resterait donc la région la plus jeune de France métropolitaine. En 2070, près de 29 % de la population aurait moins de 25 ans (4 points de plus qu'au niveau national)²². »

Cela étant dit des disparités existent déjà entre les départements franciliens mais tous devraient avoir tendance à vieillir dans les années qui viennent. Qu'en est-il de la Seine-et-Marne ? Le département a vieilli.

Selon les données les plus récentes exposées dans le tableau suivant, la Seine-et-Marne se situe désormais dans la dynamique haute francilienne de vieillissement, sa part de 60 ans ou plus étant même légèrement au-dessus selon les données Insee provisoires 2025 de la moyenne régionale (22 % contre 21,8 %).

Comparaison des parts des 60 ans et plus en Seine-et-Marne avec l'Île-de-France et la France

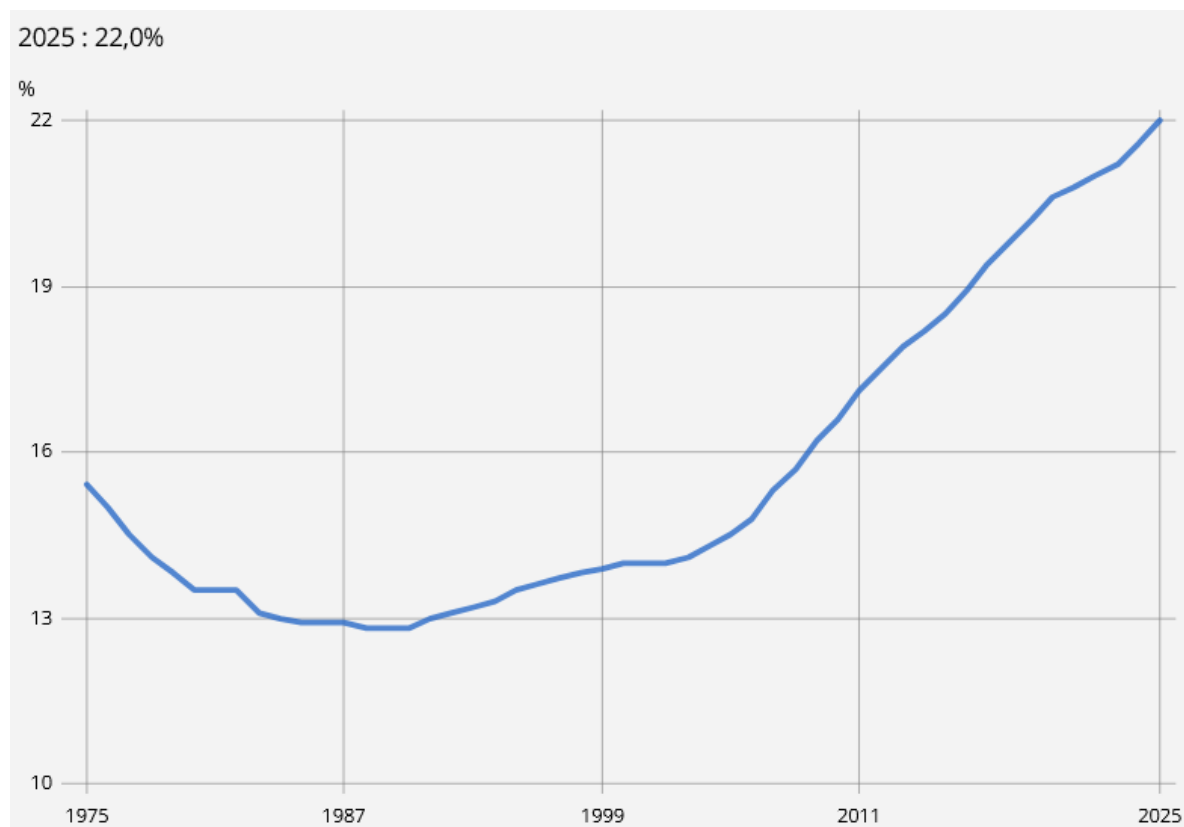
Échelle territoriale	Parts des 60 ans et plus dans la population générale – Données Insee 2025
En France	28,2 % Dont 10,7 % de plus de 75 ans
En Île-de-France	21,8 % Dont 8 % de plus de 75 ans
Dans la Seine-et-Marne	22 % Dont env. 7,6 % de plus de 75 ans <u>Soit en tout environ</u> : 319 527 personnes sur 1 452 399 habitants.

Sources données : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001740940>
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001740911>
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001741186>
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001740852>
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001741127>
<https://batizoom.ademe.fr/indicateurs/population-francaise-agee-de-plus-de-60-et-75-ans>

²² Insee Flash Île-de-France, N° 72, Paru le 24/11/2022, « Projections démographiques en Île-de-France à horizon 2070 : vieillissante, la région resterait la plus jeune de France métropolitaine » <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6666275#titre-bloc-8>

L'augmentation de la part des 60 ans et plus en Seine-et-Marne est **constante depuis le milieu des années 2000**. Ainsi, la population de Seine-et-Marne a vu cette part passer de 16,6 % en 2010 à une estimation de 22 % en 2025, soit +5,4 pts d'augmentation en 15 ans. Sur la même période, la part de 75 ans et plus a également augmenté, passant de 6,5 % à 8 %. Bien que les prévisions démographiques ne soient pas des prédictions, à la lumière de cette courbe, le vieillissement devrait se poursuivre au sein du département de Seine-et-Marne.

Estimations de population – Part des 60 ans et plus – Seine-et-Marne



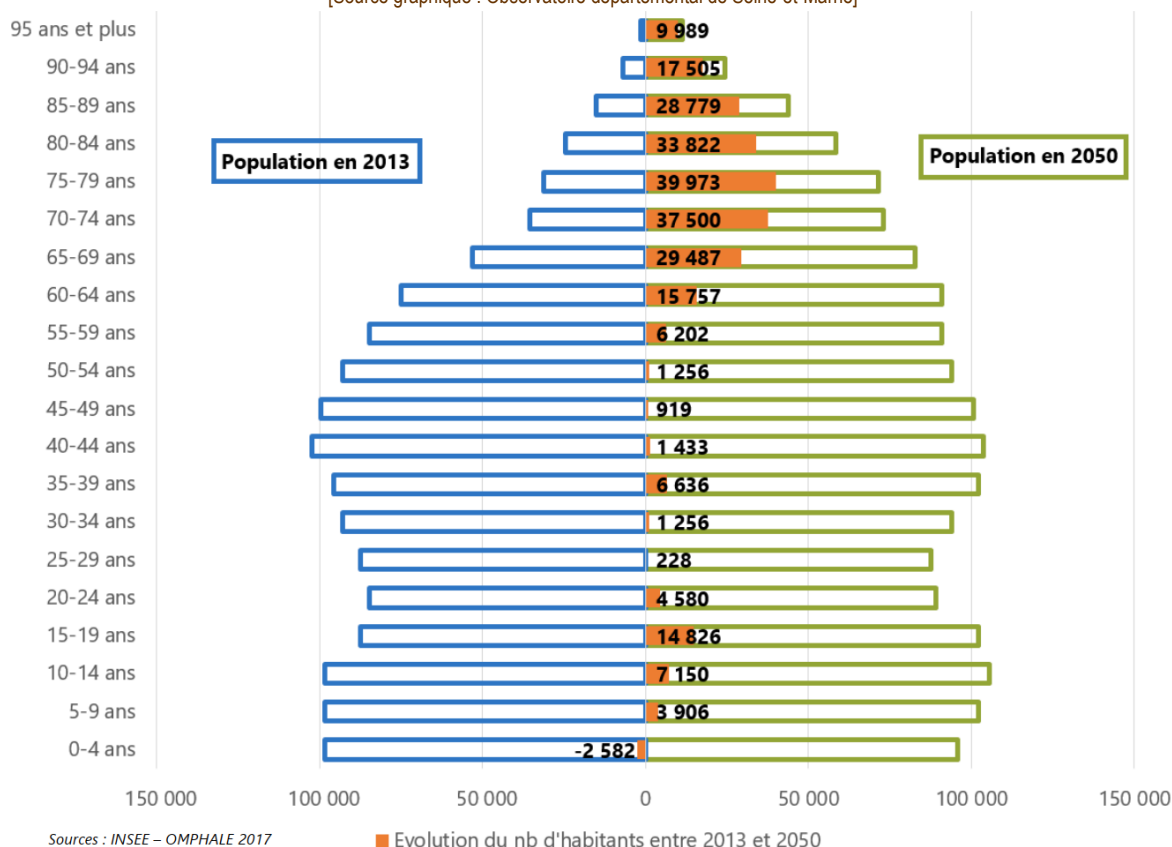
Source : Insee <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001740852>

Si l'on en croit la tendance passée et actuelle des projections faites, notamment par l'Observatoire départemental de Seine-et-Marne, le vieillissement au sein du département va s'accroître dans les années à venir : **« La population départementale devrait augmenter pour toutes les classes d'âge sauf pour les plus jeunes (0-4 ans). Les plus forts taux de croissance sont à prévoir pour les personnes de plus de 60 ans : le vieillissement de la population devrait s'accroître²³. »**

²³ Observatoire départemental du département de Seine-et-Marne - « Les Seine-et-Marnais : Démographie et dynamiques de populations » - novembre 2019 (données 2016) https://www.seine-et-marne.fr/sites/default/files/media/downloads/etude_les-seine-et-marnais_demographie_et_dynamique_de_population.pdf

Pyramide des âges en 2013 et en 2050 en Seine-et-Marne

[Source graphique : Observatoire départemental de Seine-et-Marne]



En 2017, l'Insee avait également projeté « *un vieillissement plus soutenu que dans le reste de l'Île-de-France* », selon le scénario de projection démographique tendanciel : « *En 2013, la Seine-et-Marne compte près de 79 000 habitants âgés de 75 ans ou plus. Selon le scénario tendanciel, ce chiffre pourrait atteindre 205 000 en 2050²⁴.* » Notons au passage que si les tendances se confirment, l'écart entre hommes et femmes en matière d'espérance de vie moyenne serait réduit. En effet, en 2050, « *en Seine-et-Marne, l'espérance de vie à la naissance serait de 88,1 ans pour les hommes et de 90,9 ans pour les femmes, contre respectivement 78,6 ans et 84,1 ans en 2013. Comme en 2013, l'espérance de vie dans le département demeurerait la plus faible de toute la région.* »

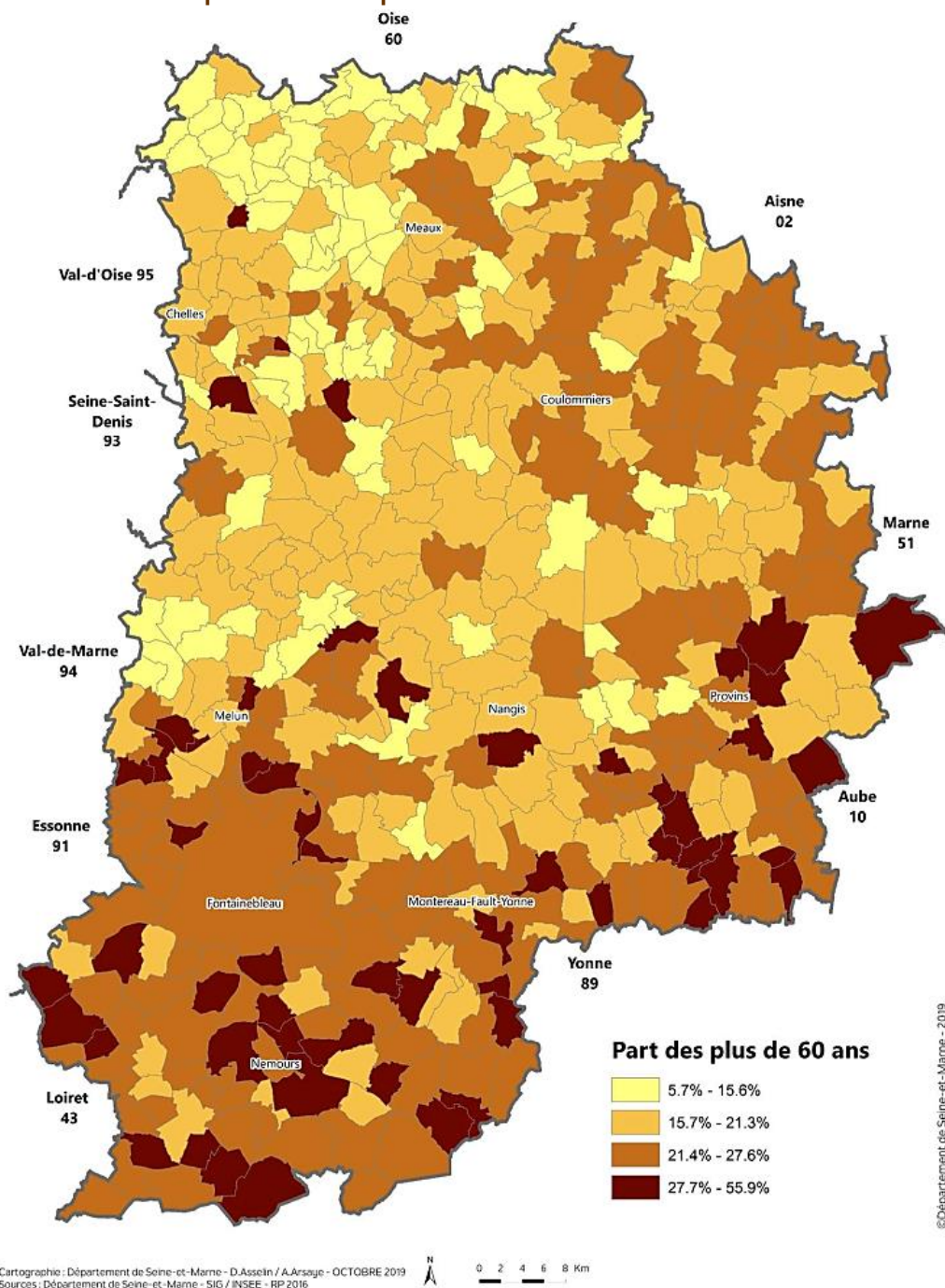
Depuis 2019, et la parution des travaux de son Observatoire départemental, le Département de Seine-et-Marne semble avoir pris conscience de cette tendance au vieillissement en cours et à venir d'une partie de la population de son territoire. Ainsi, il est écrit dans un rapport de 2019, que la « *population seine-et-marnaise est jeune. [...] Mais l'écart tend à se réduire entre population jeune et âgée. Le vieillissement global de la population qui touche la plupart des pays occidentaux est également visible en Seine-et-Marne : l'indice de jeunesse du territoire tend à diminuer et à se rapprocher de la moyenne régionale.* »

La Seine-et-Marne est un **département étendu, avec des disparités de densité de population**. Ainsi, la dynamique démographique connaît des variations selon les territoires, les communes. Le vieillissement n'échappe pas à la règle et toujours selon le même rapport de l'Observatoire départemental de Seine-et-Marne, comme nous pouvons le voir avec la carte suivante, des répartitions géographiques des concentrations de classes d'âge existent : « *Pour schématiser la répartition de la population seine-et-marnaise par*

²⁴ Insee Flash Île-de-France • n° 21 • Novembre 2017 – « La population de la Seine-et-Marne à l'horizon 2050. Une population en hausse et vieillissante » - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3202883>

âge, on peut distinguer une **ligne allant de Melun à Provins** au sud de laquelle les plus de 60 ans sont plus nombreux, alors qu'au nord, les jeunes y sont surreprésentés. »

Part des plus de 60 ans par commune seine-et-marnaise en 2016



Selon d'autres sources, il ne faudra **pas non plus négliger le phénomène de vieillissement dans le nord du département**, cette zone ayant enregistrée la plus forte augmentation des parts de 75 ans et plus sur la période 2013-2019. En effet, « *la croissance est significative dans les départements de la grande couronne (Essonne, sud des Yvelines, nord de la Seine-et-Marne) et dans le périurbain des agglomérations nantaise, lyonnaise, rennais et toulousaine*²⁵ ». En tout état de cause, il conviendra de nous demander si les QPV suivent la tendance de cette géographie communale et départementale du vieillissement.

²⁵ Cf. un rapport de l'ANIL : « Bien vieillir chez soi ? Bilan et perspectives pour les politiques locales de l'habitat », ANIL, mars 2023 <https://www.anil.org/etudes-bien-veillir-chez-soi-bilan-perspectives-politiques-locales-habitat/>



Les QPV seine-et-marnais restent un peu plus jeunes que le reste du département mais n'échappent pas à la tendance départementale au vieillissement

La dimension étendue et rurale du territoire seine-et-marnais ne doit pas masquer une réalité, c'est-à-dire une présence de QPV et une tendance en cours et à venir du vieillissement d'une partie de ses habitants.

Rappelons quelques chiffres sur les QPV²⁶ de Seine-et-Marne : depuis la géographie 2024, **25 QPV** sont répartis sur **15 communes** et font l'objet de **13 Contrats de Ville** répartis sur **13 EPCI**.

En 2020, 90 909 personnes y habitaient, faisant **de la Seine-et-Marne, avec les Hauts-de-Seine, le département francilien avec le moins de QPV et d'habitants y résidant**. Les QPV de Seine-et-Marne, bien qu'en partie polarisés sur l'ouest du département, vers le Grand Paris, sont dispersés sur le territoire du département le plus étendu d'Île-de-France.

Nbre de quartiers prioritaires de la politique de la ville en 2024 et population par département francilien²⁷

Territoire	Nombre de QPV 2024	Population des QPV 2024			
		Nombre d'habitants	Poids de la population dans la région (en %)	Poids dans la population du territoire (en %)	Population moyenne des QPV
Paris	21	122 420	7,2	5,7	5 830
Seine-et-Marne	25	90 909	5,3	6,4	3 636
Yvelines	22	106 524	6,3	7,3	4 842
Essonne	47	181 017	10,6	13,9	3 851
Hauts-de-Seine	19	99 350	5,8	6,1	5 229
Seine-Saint-Denis	75	693 030	40,7	41,9	9 240
Val-de-Marne	47	178 448	10,5	12,7	3 797
Val-d'Oise	42	231 521	13,6	18,5	5 512
Île-de-France	298	1 703 219	100,0	13,9	5 716
France métropolitaine	1 362	5 307 453	//	8,1	3 897

// : Absence de données due à la nature des choses.

Lecture : À compter du 1^{er} janvier 2024, Paris compte 21 QPV où vivent 122 420 habitants, ce qui correspond à 5,7 % des Parisiens.

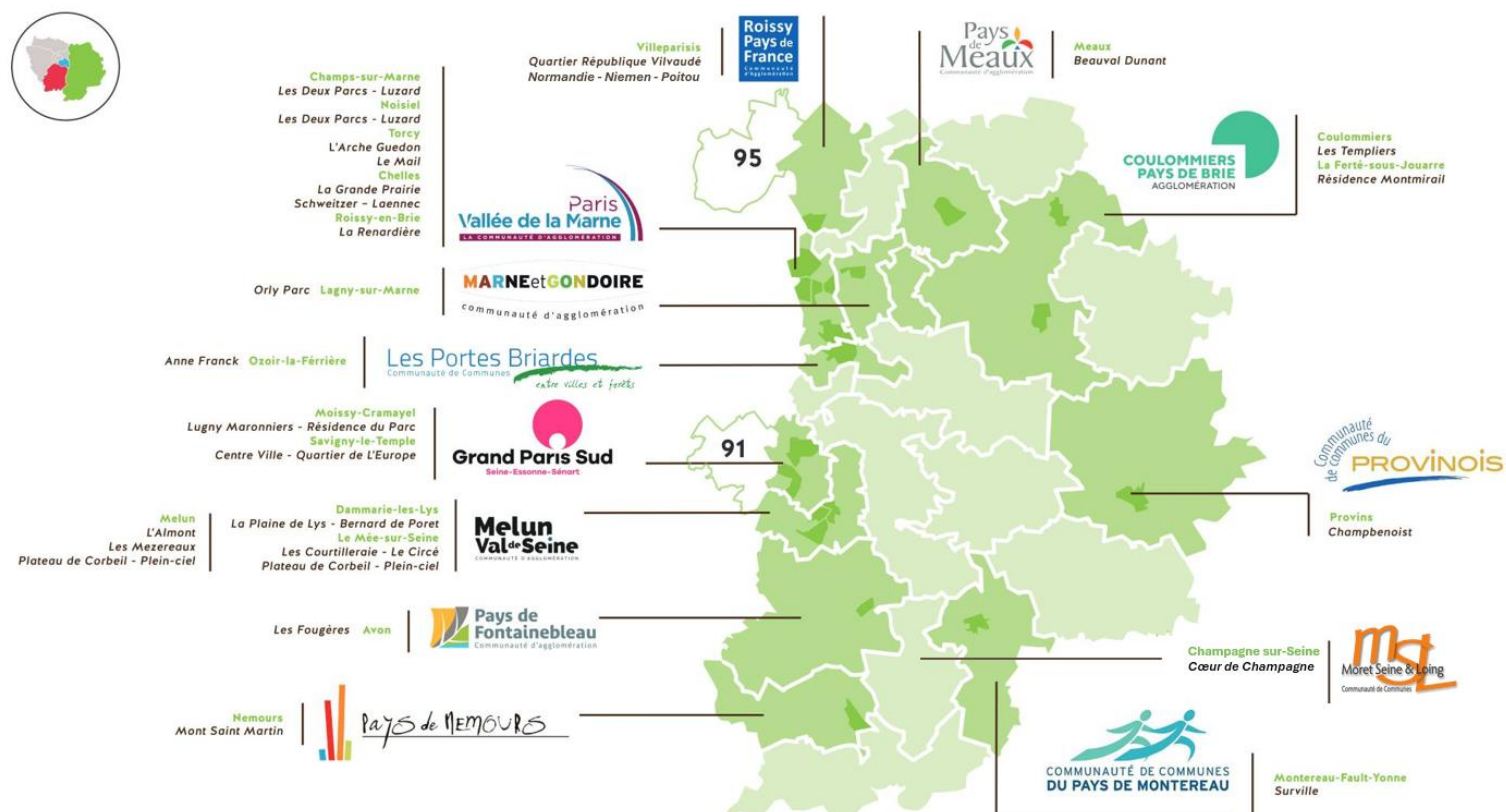
Champ : Population municipale.

Sources : Insee, recensement de la population 2020, exploitation principale ; ANCT.

Nous présentons ci-après **une carte, avec le zonage QPV 2024**, construite sur la base d'une précédente carte du CRPV *Ressources Urbaines* et actualisée, afin de **visualiser la situation des QPV de Seine-et-Marne, sur le territoire, en lien avec les EPCI et les communes d'implantation**, où l'on peut identifier certes leur présence sur l'ouest du département, le plus urbanisé et proche de l'attraction du Grand Paris mais aussi l'existence de QPV dans l'est, le nord et le sud, davantage ruraux bien que ponctués de pôles urbains (Provins, Meaux, Montereau entre autres).

²⁶ Les quartiers politique de la ville sont caractérisés par deux éléments : un « nombre minimal » d'habitants et un « écart de développement économique et social apprécié par un critère de revenu des habitants » (un critère unique est retenu : la part de la population ayant un revenu inférieur à 11 250 euros par an). Seuls les QPV sont bénéficiaires des subventions de l'État au titre de la politique de la ville.

²⁷ Source tableau : Insee Analyses Île-de-France • n° 189 • Septembre 2024 • « En Île-de-France, 14 % des habitants vivent dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville » - https://www.professionbanlieue.org/IMG/pdf/if_ina_189.pdf



Notons dès à présent que 3 communes, Moissy-Cramayel, Savigny-le-Temple et Villeparisis et leurs QPV sont inscrits au sein d'EPCI à cheval sur deux départements (le 91 pour les deux premières et le 95 pour la dernière). Ce qui a son importance par rapport à certaines données et quant au partage de responsabilités entre certains acteurs.

Consultons de plus près, grâce au tableau suivant, les **proportions comparées des 60 ans et plus entre les niveaux nationaux, régionaux et départementaux parmi la population générale et parmi la population des QPV**, pour estimer la tendance actuelle démographique de Seine-et-Marne.

Comparaison nationale, régionale et départementale des parts de 60 ans et plus entre la population générale et celle des QPV

Échelle territoriale	Parts des 60 ans et plus dans la population Données Insee 2025 et 2020 pour comparaison	Parts des 60 ans et plus dans les QPV Données de référence disponibles : Insee 2020, géographie 2024
En France	En 2025 : 28,2 % Dont 10,7 % de plus de 75 ans En 2020 : 26,7 % Dont 9,5 % de plus de 75 ans	En 2020 : 18 %
En Île-de-France	En 2025 : 21,8 % Dont 8 % de plus de 75 ans En 2020 : 20,6 % Dont 7 % de plus de 75 ans	En 2020 : 15,7 %
En Seine-et-Marne	En 2025 : 22 % Dont env. 7,6 % de plus de 75 ans En 2020 : 20,6 % Dont env. 6,4 % de plus de 75 ans	En 2020 : 13,9 % Dont env. 4 % de plus de 75 ans En 2020, environ 85 718 personnes habitent en QPV géographique 2024 sur les 1 428 636 seine-et-marnais : on peut estimer qu'à peu près 11 914 personnes âgées de 60 ans et plus vivent dans les QPV de Seine-et-Marne

Sources données populations générales :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001740940>
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001740911>
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001741186>
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001740852>
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001741127>

<https://batizoom.ademe.fr/indicateurs/population-francaise-agee-de-plus-de-60-et-75-ans>
 Estimations QPV réalisées selon nos propres calculs
 Sources des données QPV Seine-et-Marne et Ile-de-France 2020 :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8237935?sommaire=8186144>
 Sources France : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8236231>

D'une manière générale, bien qu'ils demeurent en moyenne un peu plus jeunes que le reste du département, les **QPV de Seine-et-Marne suivent la tendance nationale, régionale et départementale en matière de vieillissement de leur population : la part des 60 ans et plus est passée de 12,9 % à 13,9 % entre 2016 et 2020.**



Le classement des QPV seine-et-marnais en matière d'indicateurs de vieillissement et de vulnérabilités associées appelle à une vigilance accrue sur certains territoires

Sur la base de nos estimations démographiques (complétées par d'autres indicateurs comme les taux d'activité, taux d'emploi ainsi que la part de femmes et d'étrangers âgés dans les ménages composés d'une seule part, que nous détaillons plus loin dans cette note), nous avons pu établir une sorte de « *scoring* » en matière d'indicateurs de vieillissement dans les QPV seine-et-marnais. Ce classement a pour objectif d'appeler ainsi à une forme de vigilance encore plus accrue vis-à-vis de ces quartiers de la part des acteurs nationaux et locaux de la politique de la ville dans la Seine-et-Marne.

Méthode de calcul de notre classement de vigilance *vieillissement et vulnérabilités associées* des QPV seine-et-marnais

Les données Insee que nous avons mobilisées sont celles de **2020, comparées avec quelques-unes de 2016, complétées par des données socio-économiques sur les revenus disponibles de 2021, agrégées par l'Insee sur les sources Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi).**

Afin d'établir des indicateurs « vieillissement et vulnérabilités associées » et construire le classement du degré de vigilance, nous sommes appuyés sur cette sélection de données démographiques et économiques puis nous avons calculé les écarts à la moyenne entre QPV seine-et-marnais par rapport aux moyennes départementales et régionales lorsque possible pour chacune de celles-ci.

Détails des types de données mobilisées pour construire nos indicateurs de vigilance :

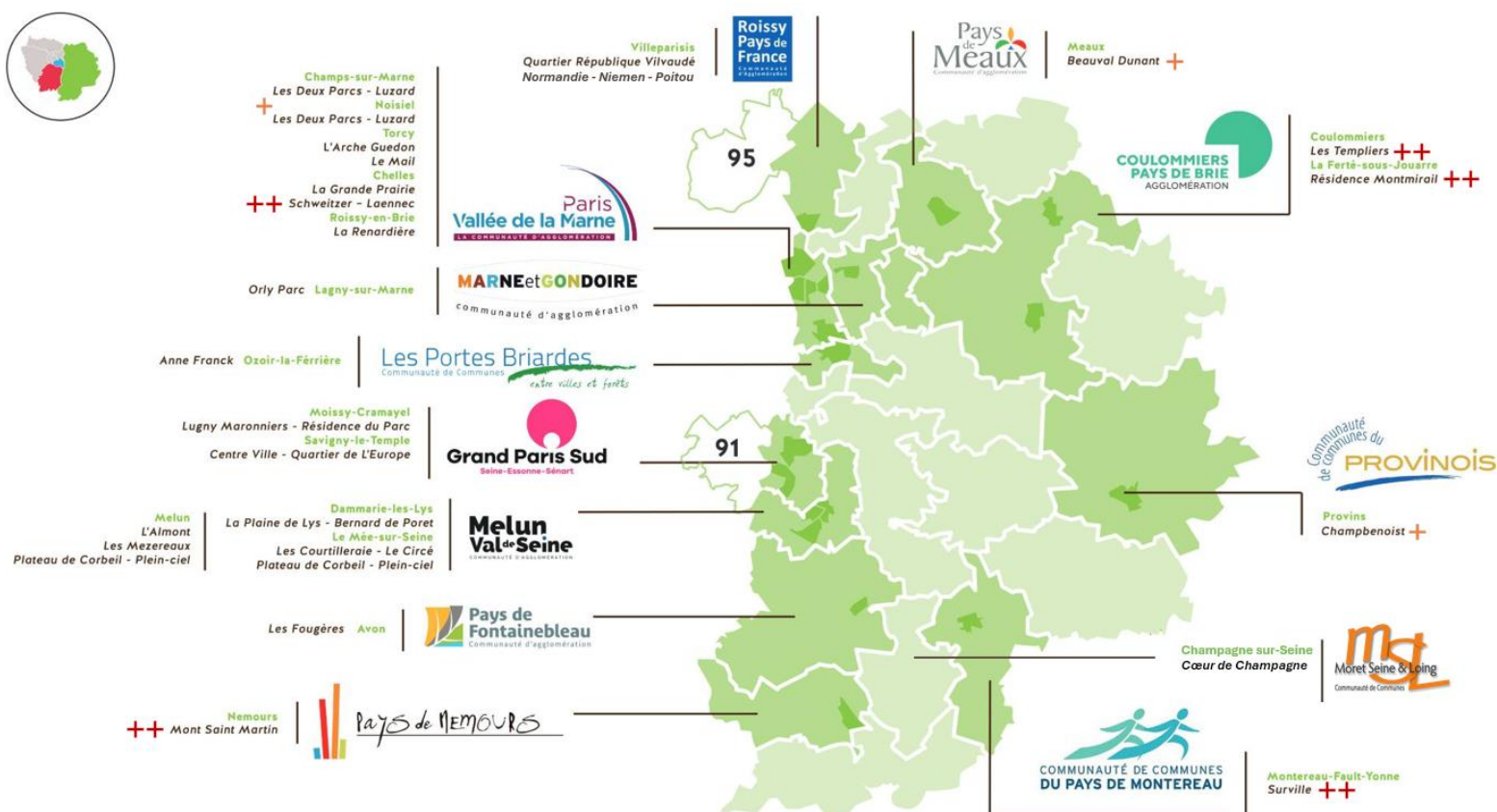
- **Des données pour qualifier et quantifier l'état du vieillissement global du quartier :**
 - Part des 60-74 ans dans la population (partPop60_74), pour 2020 et 2016
 - Part des 75 ans et plus dans la population (partPop75p), pour 2020 et 2016
- **Des données pour qualifier et quantifier l'état du vieillissement des femmes du quartier :**
 - Part des 60-74 ans dans la population des femmes part (Pop60_74F), pour 2020 et 2016
 - Part des 75 ans et plus dans la population des femmes (partPop75pF), pour 2020 et 2016
 - Part des femmes parmi les ménages d'une personne de 60-74 ans (partMen1p60_74F)
 - Part des femmes parmi les ménages d'une personne de 75 ans et plus (partMen1p75pF)
- **Des données pour qualifier et quantifier l'état du vieillissement des personnes étrangères et vieillissement :**
 - Part des 60-74 ans dans la population des étrangers (partPop60_74Et), pour 2020 et 2016
 - Part des 75 ans et plus dans la population des étrangers (partPop75pEt), pour 2020 et 2016
 - Part des étrangers parmi les ménages d'une personne de 60-74 ans (partMen1p60_74Et)
 - Part des étrangers parmi les ménages d'une personne de 75 ans et plus part (Men1p75pEt)
- **Des données pour qualifier et quantifier le niveau de vie local, le type de revenus et le type de ressources mobilisables durant le vieillissement**
 - Taux d'emploi des 55-64 ans (txEmp55_64)
 - Taux d'activité des 55-64 ans (txAct55_64)
 - Part des pensions, retraites et rentes [année 2021], DISP_PPEN_A21
 - Part des revenus du patrimoine et autres revenus [2021], DISP_PPAT_A21
 - Part de l'ensemble des prestations sociales [2021], DISP_PPSOC_A21
 - Taux de pauvreté au seuil de 60 % (%) [2021], DISP_TP60_A21

- Des données pour qualifier et quantifier vieillissement des « ménages solos »
 - Part des ménages d'une personne de 60-74 ans (partMen1p60_74), pour 2020 et 2016
 - Part des ménages d'une personne de 75 ans et plus (partMen1p75p), pour 2020 et 2016
- Des données pour qualifier et quantifier la « vétusté du parc de logements et la nécessité d'adaptation »
 - La série de « Part des résidences principales achevées entre ... » : partResPrincAch19 ; partResPrincAch19_45 ; partResPrincAch46_70 ; partResPrincAch71_90 ; partResPrincAch91_05 ; partResPrincAch06_17
 - Part des résidences principales d'une pièce

• 8 QPV particulièrement concernés par le cumul d'indicateurs démographiques de vieillissement et de vulnérabilités associées

La carte suivante présente les QPV seine-et-marnais aux plus forts cumuls d'indicateurs Insee « vieillissement et vulnérabilités » que nous avons agrégés, en sachant que d'autres peuvent aussi avoir des indicateurs appelant à une certaine vigilance. Ainsi, **5 quartiers se détachent par un cumul élevé d'indicateurs de vigilance** suivi de **3 QPV concernés par un cumul d'indicateurs situé entre modéré et important**.

Carte des QPV de Seine-et-Marne selon leur degré d'intensité et de cumul d'indicateurs démographiques « vieillissement et vulnérabilités » [géographie prioritaire 2024]



En Seine-et-Marne, selon nos calculs, 5 quartiers prioritaires de la politique de la ville se détachent par un cumul élevé d'indicateurs de vigilance :

- **Les Templiers à Coulommiers**
- **Résidence Montmirail à La Ferté-sous-Jouarre**
- **Schweitzer - Laennec à Chelles**
- **Surville à Montereau-Fault-Yonne**
- **Mont Saint Martin à Nemours**

Suivi de 3 QPV concernés par un cumul d'indicateurs situé entre modéré et important :

- **Les Deux Parcs - Lizard à cheval sur Champs-sur-Marne et Noisiel**
- **Beauval Dunant à Meaux**
- **Champbenoist à Provins**

Les autres QPV seine-et-marnais, dont la plupart vieillissent peu à peu également (et de manière de plus en plus importante *a priori* dans les années qui viennent), n'ont que quelques données appelant à une **vigilance relative**.

- **Des disparités entre les EPCI de Seine-et-Marne selon le degré cumulé d'indicateurs de vieillissement de leurs QPV**

Dans le classement des EPCI de Seine-et-Marne selon le degré cumulé d'indicateurs de vieillissement et vulnérabilités associées de leurs QPV, il ressort des disparités en la matière.

Des territoires se détachent en matière d'indicateurs :

- Ainsi, **Coulommiers Pays de Brie** est l'intercommunalité qui comprend le **plus** de QPV avec des indicateurs élevés de vigilance.
- **Pays de Nemours** également comprend un QPV avec un cumul important d'indicateurs de vigilance.
- **Paris Vallée de la Marne**, bien qu'ayant des QPV avec un peu moins d'indicateurs d'alerte, **cumulent plusieurs QPV** invitant à une vigilance accrue sur les questions du vieillissement et des vulnérabilités associées.
- Enfin, bien que soumis à un vieillissement pour l'instant modéré, **Montereau-Fault-Yonne**, comprend un QPV cumulant des indicateurs de précarité de sa population et d'isolement potentiel des personnes âgées (fort taux de ménages solos, parmi les femmes et personnes étrangères âgées).

À l'inverse d'autres se font plus « discrets » :

- **Roissy Paris de France, Grand Paris Sud Seine Essonne Sénart**
- Et le **Pays de Fontainebleau**, hormis quelques QPV et certaines variables, se situent en **retrait** sur la plupart des indicateurs, qui sont souvent proches voire en-dessous des moyennes départementales de l'ensemble des QPV.

Les autres EPCI se trouvent dans des situations intermédiaires.

- **Des communes seine-et-marnaises avec QPV se détachent en matière de cumul d'indicateurs démographiques de vieillissement et de vulnérabilités associées ; d'autres semblent davantage en retrait**

Les **villes de Seine-et-Marne qui semblent les plus concernées** par un cumul d'indicateurs de vigilance en matière de vieillissement vulnérables au sein de leur QPV sont les suivantes :

- Nemours (1 QPV avec 18 indicateurs appelant à une vigilance)
- Montereau-Fault-Yonne (1 QPV avec 12 indicateurs)
- Chelles (11 indicateurs élevés pour un de ses 2 QPV et l'autre avec quelques indicateurs)
- Coulommiers (1 QPV avec 11 indicateurs)
- La Ferté-sous-Jouarre (1 QPV avec 11 indicateurs)

Dans une certaine mesure, Meaux et Provins comportent une part non négligeable d'indicateurs d'alerte.

Au contraire, les communes de Moissy-Cramayel, Savigny-le-Temple, paraissent (pour l'instant) **moins concernées** par ces indicateurs de vigilance.

Les autres communes seine-et-marnaises avec QPV se situent dans des positions **contrastées**, certaines pouvant connaître un ou plusieurs de leurs quartiers avec des cumuls élevés d'indicateurs.

Notons bien qu'étant donné la tendance des QPV seine-et-marnais à concentrer des difficultés économiques et sociales, conjuguées aux effets de péjoration territoriale et surtout des processus propres au vieillissement, une vigilance particulière, malgré des différences de degrés ici énoncées, se doit d'être conservée pour l'ensemble des QPV du département.



Zoom sur les parts notables de femmes et personnes étrangères parmi les tranches d'âge les plus âgées des QPV de Seine-et-Marne, catégories réputées particulièrement vulnérables

Pour mieux caractériser la population âgée qui réside dans les quartiers prioritaires seine-et-marnais, il convient également de s'intéresser aux **données genrées et aux parts d'étrangers**, qui informent sur les problématiques rencontrées par ces personnes, des spécificités sociales impactant le processus de vieillissement et son vécu jouant en la matière.

Les QPV, d'une manière générale, ont davantage de personnes étrangères que le reste de la France métropolitaine. **Les étrangers sont dorénavant particulièrement concernés par le vieillissement, cumulé bien souvent à des formes de précarité** : en 2016, ils représentaient **24,3 %** de la population de la classe d'âge des **60 à 74 ans, contre 21,8 % toutes classes d'âge confondues**. De plus, la part des étrangers parmi les 75 ans et plus résidant en QPV en France a augmenté entre 2010 et 2016 passant de 14,4 % à 19,3 %.

Cela reste vrai pour les QPV seine-et-marnais et cette réalité se retrouve dans les données démographiques de l'Insee de 2020. Bien que les chiffres à propos des parts d'étrangers ne fassent pas partie des catégories de données les mieux renseignées, nous pouvons déceler quelques indices : en Seine-et-Marne, en 2020, les 60 ans et plus représentent 15,2 % des étrangers habitant dans les QPV, ce qui représente 3 570 personnes, soit **près de 30 % des personnes de 60 ans et plus des QPV seine-et-marnais**.

Caractéristiques des personnes âgées dans les QPV seine-et-marnais : part des femmes et des étrangers

Type de données	Populations globales	Parts des plus de 60 ans
Population dans la Seine-et-Marne en 2020	1 428 636 habitants	Part des plus de 60 ans dans la population générale : 20,6 % - Dont env. 6,4 % de plus de 75 ans Soit en tout environ 294 299 personnes.
Population des QPV seine-et-mar-nais en 2020 [géographie 2024]	85 718 habitants	Part des plus de 60 ans dans la population des QPV de Seine-et-Marne : 13,9 % - Dont 4 % de plus de 75 ans Soit environ 11 915 personnes.
Part des femmes dans les QPV seine-et-marnais 2020	52,2 % Soit environ 44 745 femmes	Part des plus 60 ans dans la population des femmes des QPV de Seine-et-Marne : 15 % - Dont 4,7 % de +de 75 ans Soit environ 6 712 femmes, ce qui représente 56 % de femmes de la population des 60 ans et plus des QPV seine-et-marnais .
Part des étrangers dans les QPV seine-et-marnais en 2020	27,4 % Soit environ 23 487 personnes de nationalité étrangère	Part de plus 60 ans dans la population des étrangers vivant dans les QPV de Seine-et-Marne : 15,2 % - Dont 4,6 % de +de 75 ans Soit environ 3 570 personnes, ce qui représente près de 30 % des personnes 60 ans et plus des QPV seine-et-marnais . <i>NB : les données à propos des étrangers sont souvent parmi celles les moins systématiquement renseignées au sein des bases Insee. Cela étant dit, pour celles renseignées, elles servent d'indicateurs de vigilance.</i>

Estimations QPV réalisées selon nos propres calculs
Sources des données QPV Seine-et-Marne et Ile-de-France 2020 :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/8237935?sommaire=8186144>
Sources France : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8236231>

3 QPV en Seine-et-Marne, en 2020, connaissent des parts d'étrangers parmi les 60 ans et plus situés à plus de 20 % :

- Schweitzer – Laennec à Chelles (35,6 % de part d'étrangers parmi les 60 ans et plus)
- Quartier Sud à Choisy-le-Roi (29,4 %)
- Le Mail à Torcy (21,7 %)

Les femmes également sont particulièrement touchées par le vieillissement et la précarité. En Seine-et-Marne, en 2020, les femmes de 60 ans et plus représentent **15 % parmi celles habitant dans les QPV**, ce qui représente environ 6 712 femmes, soit **56 % de femmes de la population des 60 ans et plus des QPV seine-et-marnais**.

Dans le détail, 8 QPV sont au-dessus de la part moyenne de 60 ans et plus parmi leur population de femmes et 3 des QPV de Seine-et-Marne connaissent une part à plus de 20 % :

- Mont-Saint-Martin à Nemours (25,1 % de 60 ans et plus parmi les femmes y habitant)
- Résidence Montmirail à la Ferté-sous-Jouarre (21,3 %)
- Cœur de Champagne à Champagne-sur-Seine (21,2 %)

D'après les mêmes données Insee 2020, on constate que **le taux d'emploi et le taux d'activité diminuent tendanciellement avec l'âge dans la plupart des QPV seine-et-marnais** (comme dans d'autres territoires d'ailleurs). Quand on sait que les **taux moyens d'emploi et d'activité** des femmes et des étrangers y sont tendanciellement **plus faibles** que ceux des hommes et des nationaux et que **le taux de pauvreté** est particulièrement **fort** également pour ces deux catégories de population, on comprend que femmes et personnes

étrangères vieillissantes (notamment celles vivant seules, nous y revenons plus loin) se retrouvent parmi les personnes à être **les plus vulnérabilisées** par le vieillissement.

Bien que ces données Insee ne nous permettent pas de le détailler QPV par QPV seine-et-marnais par un croisement des variables « genre », « personne étrangère » et « personne immigrée », il est documenté par ailleurs que **les femmes représentent des parts de plus en plus importantes parmi les personnes étrangères et immigrées vieillissantes vivant en France**. Les femmes immigrées et étrangères sont ainsi les plus nombreuses parmi les générations d'immigrés et étrangers les plus âgés.

À propos du **constat concernant la faible « visibilité » des femmes migrantes vieillissantes sur les territoires et dans l'espace public**, Rafaël Ricardou, coordinateur antenne Île-de-France du GRDR, ONG intervenant en Afrique et en France dans l'accompagnement des projets des populations immigrées, nous dit :

« De nombreux acteurs sociaux et institutionnels mobilisés lors du programme [NR : un programme pour l'accès aux droits des femmes migrantes vieillissantes] ont fait état de leur méconnaissance des réalités de ces femmes et de leurs besoins. Dix ans après les propos de Blandine Kriegel, alors présidente du Haut Conseil à l'Intégration (HCI), sur l'invisibilité des immigré(e)s âgé(e)s, en particulier des femmes, le constat est toujours d'actualité. Si de plus en plus de connaissances scientifiques ont été produites, leur diffusion et leur traduction opérationnelle restent des enjeux majeurs. Cependant, invisibilité ne veut pas dire passivité. Comme en témoignent de nombreux travaux, on note un paradoxe existant entre l'invisibilité à laquelle sont souvent assignées les migrantes et leurs multiples formes de mobilisation observées sur le terrain²⁸. »

²⁸ Ricardou, R. (2016). Femmes immigrées et avancée en âge : des modalités d'accès aux droits socio-sanitaires inscrites dans les configurations des territoires. *Vie sociale*, 16, 67-78.

3. Quelle prise en compte des enjeux du vieillissement dans les contrats de ville et schémas territoriaux de la Seine-et-Marne ?

Depuis la première note que nous avons pu rédiger pour Ressources Urbaines sur la prise en compte du vieillissement dans les QPV dans les départements franciliens, en 2023, plus d'une quinzaine d'études et de rapports sont parus sur ces sujets, signe d'une accélération certaine d'une préoccupation sociétale et d'une mise à l'agenda politique de ces problématiques longtemps minimisées voire invisibilisées. La considération institutionnelle de ces enjeux cruciaux en matière de justice sociale est ainsi en marche, avec notamment un appel à manifestation d'intérêt dédié à l'« accompagnement au vieillissement dans les QPV » lancé par le CNSA en 2024. Ce dernier ambitionne de financer « un programme d'accompagnement et de prévention de la perte d'autonomie des publics âgés et fragiles (2025-2027) sur un territoire cible dans un quartier prioritaire de la politique de la ville pouvant être assimilé à une résidence autonomie de fait ».

Qu'en est-il de la prise en compte institutionnelle et par les différents acteurs œuvrant au développement social urbain et à la politique de la ville en Seine-et-Marne ?

Est-ce que l'invitation lancée par les Petits Frères des Pauvres d'« inclure de façon systématique un volet vieillissement dans les contrats de ville Engagements Quartiers 2030²⁹ » s'est-elle traduite dans les contrats de ville génération 2024-2030 seine-et-marnais ?



Des contrats de ville 2024-2030 seine-et-marnais : un bilan contrasté, entre prises en compte pertinentes et défaut d'intégration de certains enjeux

Ainsi, nous allons aborder dans cette partie comment certains contrats de ville de la génération 2024-2030 ont intégré pour partie les enjeux du vieillissement et comment d'autres ne prennent pas suffisamment en compte ces enjeux alors même que leurs QPV peuvent cumuler des indicateurs de vieillissement et de vulnérabilités associées. Notre méthode d'évaluation de la prise en compte s'est fondée sur l'analyse des occurrences et champs lexicaux associés (« vieillissement », « vieillissants », « personnes âgées », « seniors », « maintien de l'autonomie / perte de l'autonomie », « dépendance », etc.) dans les différentes parties composant ces contrats de ville : constats/diagnostic des territoires et besoins des populations ; actions existantes ; objectifs stratégiques et objectifs opérationnels ; engagements.

Dans la Seine-et-Marne, 13 contrats de ville ont été contractés pour la période 2024-2030.

Nous détaillons dans les parties suivantes tout d'abord un classement de ces contrats en fonction de leur niveau de prise en compte des enjeux du vieillissement puis nous montrons quelques exemples de traductions concrètes dans les contrats les plus exemplaires en la matière.

²⁹ Petits Frères des Pauvres – « Paroles de vieux de banlieue : des territoires du mal vieillir » - 12 mars 2025 <https://www.petitsfreresdes-pauvres.fr/sinformer/actualites/paroles-de-vieux-de-banlieue-des-territoires-du-mal-vieillir/>

De la lecture attentive de ces contrats ressort une **typologie de trois niveaux de prises en compte des enjeux du vieillissement**, à la fois dans les constats et diagnostics préalables ainsi que dans la traduction en actions ou engagements de la part des acteurs signataires : « *approfondie* », « *intermédiaire* », « *faible* ».

Niveau de la prise en compte	Contrats de ville Engagements Quartiers 2030 seine-et-marnais concernés	Niveau d'indicateurs de vigilance des QPV du périmètre
Prise en compte particulièrement approfondie Nombre important d'occurrences et présence d'une argumentation solide et détaillée, tant dans les diagnostics que dans les pistes d'actions	+ CdV Paris Vallée de la Marne Contrat de ville avec de nombreuses prises en compte des thématiques en lien avec le vieillissement, aussi bien dans les parties de diagnostic, les objectifs stratégiques et opérationnels que dans les actions existantes, dans celles à mener et les engagements. + CdV Pays de Nemours À l'instar du précédent, ce contrat de ville comporte un nombre conséquent de prises en compte des thématiques en lien avec le vieillissement, aussi bien dans les parties de diagnostic, les objectifs stratégiques et opérationnels que dans les actions existantes, dans celles à mener et les engagements.	<i>Le territoire couvert par ce contrat de ville fait partie de ceux pour lesquels nos indicateurs de vigilance « vieillissement et vulnérabilités associées » sont importants et nombreux.</i> <i>Il est donc très bienvenu que la prise en compte au sein de ce contrat soit de haute facture.</i> <i>Le quartier prioritaire du Mont-Saint-Martin est vieillissant et cumule un nombre important d'indicateurs appelant à une vigilance quant à la situation de ses habitants avançant en âge. Il est donc bienvenu que les rédacteurs et signataires de ce contrat de ville semblent avoir pris conscience d'un certain nombre d'enjeux.</i>
Prise en compte intermédiaire Nombre moins important d'occurrences et argumentation un peu moins poussée mais néanmoins existante	≈ CdV Grand Paris Sud Seine Essonne Sénart Surtout le 91 et peu le 77 dans ce contrat de ville d'une agglomération à cheval sur 2 départements. Les acteurs des 2 communes du 77 - Savigny-le-Temple et Moissy-Cramayel - semblent avoir pris conscience d'un enjeu spécifique en lien avec les personnes âgées et le vieillissement, mais les communes du 91 ont un « train d'avance » en matière de traduction opérationnelle et d'engagements, notamment Grigny et Ris-Orangis. ≈ CdV Champagne-sur-Seine Quelques prises en compte, dans différentes parties (diagnostic et actions) et sur différentes thématiques (logement, santé, etc.).	<i>Alors que les communes de Savigny-le-Temple et Moissy-Cramayel ne font pas partie des territoires dont les QPV ont les signaux d'alerte de vieillissement et vulnérabilités les plus élevés selon notre étude. En revanche, dans une logique préventive et "droit commun", il est habile de leur part d'intégrer dès maintenant une certaine vigilance.</i> <i>Le QPV Cœur de Champagne n'est pas concerné par un cumul important d'indicateurs de vieillissement et de vulnérabilités associées. La relative prise en compte représente donc une base pour préparer l'avenir en la matière.</i>

Niveau de la prise en compte	Contrats de ville Engagements Quartiers 2030 seine-et-marnais concernés	Niveau d'indicateurs de vigilance des QPV du périmètre
	≈ CdV La Ferté-sous-Jouarre Quelques prises en compte, en phase avec des enjeux du QPV et du vieillissement, et avec des traductions d'actions ou d'engagements inventifs et pertinents (comme les veilles participatives, les taxis solidaires, les médiations en santé itinérantes, etc.). Cependant, l'échelle et la priorisation au sein du contrat auraient pu être plus intenses. ≈ CdV Roissy Pays de France Des prises en compte notables, notamment dans le domaine de la santé et quelques-unes dans l'habitat et le lien social (avec entre autres un projet de créations de logements adaptés au vieillissement et de colocation intergénérationnelles). D'autres thématiques pourtant en lien avec le vieillissement (accès aux droits en général et l'urbanisme inclusif par exemple) auraient pu être abordées. ≈ CdV Provins Dans ce contrat de ville, on retrouve quelques mentions et initiatives allant dans le sens d'une prise en compte des enjeux du vieillissement (entre autres le projet notable de « projet EHPAD hors des murs³⁰ ») mais le tout reste très orienté « Santé » et quasiment rien dans les autres entrées.	Malgré un vieillissement un peu plus mesuré par rapport à d'autres QPV de Seine-et-Marne, Montmirail <i>fait partie des quartiers de Seine-et-Marne aux d'indicateurs de vieillissement et de vulnérabilités associées les plus élevés</i>. Malgré une volonté affichée et une considération du sujet de l'avancée en âge, la prise en compte mériterait sans doute être encore plus ambitieuse à la vue des enjeux. Dans un territoire partagé entre la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise, les QPV Normandie - Niemen – Poitou et Quartier République Vilvaudé <i>ne figurent pas dans ceux avec les indicateurs les plus préoccupants</i>. Néanmoins, <i>certains points</i>, en particulier pour le Quartier République Vilvaudé, méritent une attention, comme la part des étrangers parmi les ménages d'une personne de 60 ans et plus, population bien souvent vulnérable et éloignée de certains droits et services. Il est donc pertinent que ce contrat de ville ait initié une prise en compte des enjeux du vieillissement, ces derniers étant susceptibles de prendre de l'ampleur dans les années qui viennent. Le QPV de Provins, Champbenoist, <i>fait partie des quartiers aux indicateurs modérés</i> et invitant à une relative vigilance pour l'avenir.

³⁰ Le concept d'EHPAD « hors les murs », également connu sous le nom de DRAD (Dispositif Renforcé d'Accompagnement à Domicile) permet aux personnes âgées dépendantes de bénéficier de services d'un EHPAD tout en restant chez elles. Cette approche, développée à partir de 2018 grâce à l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale, transforme l'image des établissements et répond au désir croissant de vieillir à domicile. Ces structures sont majoritairement portées par des acteurs non lucratifs comme la Mutualité Française ou la Croix-Rouge.

Niveau de la prise en compte	Contrats de ville Engagements Quartiers 2030 seine-et-marnais concernés	Niveau d'indicateurs de vigilance des QPV du périmètre
Prise en compte réduite Peu ou pas d'occurrence et argumentation très réduite.	– CdV Coulommiers – Quartier des Templiers Quelques petites mentions, dans le diagnostic territorial et des actions notables en matière d'ouverture culturelle, cohésion sociale et parcours de santé, mais le tout reste trop léger et pas totalement en phase avec les enjeux actuels et à venir. – CdV Melun Val-de-Seine Quelques mentions, dans les parties de diagnostics (descriptifs de quartier, grandes problématiques de quartier, ressources de quartier), dans le volet santé (sur la pénurie de médecins notamment) mais le tout reste relativement léger et pas suffisamment ajusté aux enjeux à venir. – CdV Avon Quasiment aucune mention des thématiques liées au vieillissement dans le diagnostic territorial, les objectifs, les actions ou les engagements. – CdV Lagny-sur-Marne Contrat de ville ne mentionnant quasiment aucune thématique en lien avec le vieillissement. – CdV CA Pays de Meaux Contrat de ville comprenant 4 mentions avec le vieillissement, avant tout dans le diagnostic de territoire et de population (notamment sur la situation des femmes âgées et l'enjeu de l'aidance du vieillissement à domicile) et peu dans les actions ou engagements. Ce contrat reste focalisé, comme d'autres, sur l'équation « politique de la ville = politique jeunesse ». – CdV CA Montereau-Fault-Yonne Contrat de ville ne comprend que 3 mentions avec le vieillissement, uniquement centré sur la santé et quasiment rien dans les actions ou engagements, hormis une action notable d'un projet au sein du quartier Surville d'une résidence intergénérationnelle en lien avec le NPNRU. Ce contrat reste focalisé sur l'équation « politique de la ville = politique jeunesse ».	Le Quartier des Templiers fait <i>partie des QPV de Seine-et-Marne aux d'indicateurs de vieillissement et de vulnérabilités associées les plus élevés</i>. Une meilleure prise en compte et coordination entre acteurs est sans doute à développer. Et un partenariat est à penser avec l'autre commune avec QPV de l'EPCI, la Ferté-sous-Jouarre – elle aussi concernée par de tels enjeux ? Melun Val-de-Seine n'est <i>pas concerné pas un cumul important</i> d'indicateurs de vieillissement et de vulnérabilités associées. Certes, Avon <i>ne fait pas partie des QPV aux indicateurs d'alerte</i> sur le vieillissement les plus élevés, mais une projection quant aux évolutions à venir serait de mise. Hormis sur <i>quelques points</i>, Lagny-sur-Marne <i>ne fait pas partie des QPV aux indicateurs d'alerte</i> sur le vieillissement les plus élevés, mais une projection quant aux évolutions à venir serait de mise. Le quartier Beauval Dumont à Meaux se situe <i>dans le groupe des QPV avec quelques indicateurs de vieillissement et vulnérabilités associées</i> invitant à une certaine attention. Le quartier Surville, à Montereau-Fault-Yonne, connaît un vieillissement pour l'instant mesuré. Cette donnée masque l'appréhension des besoins, car ce quartier se situe <i>dans le groupe des QPV seine-et-marnais avec un cumul important</i> d'indicateurs de vieillissement et vulnérabilités associées invitant à une attention renforcée pour les années à venir.

Grâce au tableau précédent, nous comprenons que, avec l'échelle des périmètres des contrats de ville seine-et-marnais 2024-2030, des nuances entre territoires existent en matière de cumuls d'indicateurs de vigilance démographiques. Par la mise en regard de nos indicateurs avec leur contenu, **des contrats se détachent, soit par une prise en compte pertinente soit par défaut de celle-ci :**

- 2 CdV de Seine-et-Marne bénéficient d'une prise en compte approfondie et en phase avec les besoins en cours et à venir des personnes âgées et des professionnels ;
- 3 CdV se situent dans une prise en compte intermédiaire ;
- 6 CdV sont en retrait dans leur prise en compte.

Ce qui nous invite néanmoins à redire que, certes, des efforts et vigilance sont à concentrer en particulier sur les territoires aux signaux cumulés les plus forts, mais qu'il ne faut **pas perdre de vue que des situations et risques** liés au vieillissement, associés à de la possible précarité, de l'isolement, de la méconnaissance de l'offre de services et des entraves dans l'accès aux droits **existent potentiellement au sein de tous les QPV** pour les personnes avançant en âge.

En **conclusion**, il serait bienvenu que la totalité de la **future génération** de contrats de ville seine-et-marnais à partir de 2030 intègre à **terme des éléments de prise en compte des enjeux du vieillissement**, mais également que **d'ores et déjà** une **prise de conscience partagée** se fasse par les acteurs de ces différents contrats de ville, prise de conscience qui s'est **initiée pour partie dans certains territoires**.



Quid de la prise en compte du vieillissement des QPV seine-et-marnais dans le Schéma départemental de l'autonomie ?

Les enjeux du vieillissement dans les QPV ne concernent pas uniquement les contrats de ville. D'autres schémas, accords-cadres et conventions peuvent intégrer des réflexions et actions spécifiques sur la prise en compte de ces enjeux dans les QPV.

La mention explicite des termes QPV, politique de la ville ou autres expressions pouvant ressortir du champ lexical du développement social urbain est absente au sein des documents en lien avec le Schéma départemental de l'autonomie 2019-2024 tout comme dans celui de 2024-2028, tout fraîchement mis à disposition sur l'internet au moment d'écrire ses lignes³¹. Nous invitons le Département et ses partenaires à intégrer une réflexion et des actions à valoriser auprès des habitants des QPV seine-et-marnais vieillissants, en perte d'autonomie ou en situation de handicap, au-delà de celles de droit commun déjà mises en œuvre. D'autant plus que nos propres éléments de diagnostic quant à la concentration de certaines formes de vulnérabilités dans certains territoires et un défaut de certaines offres de soins et services rejoignent ceux posés dans le dernier Schéma départemental de l'autonomie. La généralisation à l'ensemble du territoire national à l'œuvre du Service public départemental de l'autonomie (SPDA) et des conférences territoriales de l'autonomie pourrait par exemple représenter une opportunité.

Comme nous le verrons plus avant au sein des focus que nous proposons thème par thème sur des exemples d'actions, nous montrons que malgré l'absence d'une prise en compte explicite du vieillissement des QPV dans le Schéma départemental de l'autonomie, le Conseil départemental peut agir aussi (et le fait déjà) avec d'autres financeurs, institutions et acteurs au sein de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA)³².

³¹ <https://www.seine-et-marne.fr/sites/default/files/media/downloads/dgas-24-brochure-schema-autonomie-web.pdf>

³² <https://www.valdemarne.fr/le-conseil-departemental/solidarites/faciliter-la-vie-des-personnes-agees/conference-des-financeurs-de-la-prevention-de-la-perte-dautonomie-cfppa-une-instance-pour-soutenir>



4. FOCUS THÉMATIQUE : Vieillesse, logement, habitat et cadre de vie

« Vieillesse, logement, habitat et cadre de vie »

Quelques apports issus des sciences sociales

Nous présentons dans ces encadrés de couleur violette quelques apports issus des recherches en sciences sociales sur le focus thématique considéré, afin d'en baliser des enjeux cadres.

L'intégration du vieillissement à la « ville » : la nécessité du dialogue entre politiques publiques, de l'approche intégrée et de la considération des « arts d'habiter » des personnes avançant en âge

La prise en compte du vieillissement dans l'aménagement urbain et l'habitat constitue la condition d'une meilleure inclusion des personnes âgées dans leur quartier, leur communauté et la société, **de la très petite échelle de l'intérieur du logement à une échelle plus large de tissu urbain et économique.**

Ainsi, envisager le vieillissement en ville, et de surcroît dans les QPV, implique de faire « **dialoguer des cultures familiales, gérontologiques et immobilières** qui évoluaient jusqu'alors indépendamment » :

« Dans les pays de l'OCDE qui ont vieilli précocement, les politiques de prise en charge du grand âge se sont d'abord cantonnées à la sphère médicale ; les effets des mutations démographiques ont été intégrés plus tard aux politiques du logement (Ogg et al., 2010).

L'intégration du vieillissement à la ville s'y effectue désormais, en général, à travers deux volets d'action : d'une part, réduire les inégalités d'accès aux soins, afin de permettre à chacun de vivre longtemps sans incapacité ; d'autre part, adapter l'environnement des seniors, afin qu'il leur offre des prises compensant des formes personnelles de déprise. Quand le vieillissement s'accompagne d'une baisse de la vitesse, le quartier devient l'espace de référence des sociabilités (Berger et al., 2010 ; Aragau, Morel-Brochet, 2012).

De ce fait, les spécialistes insistent sur la nécessité de considérer au niveau local les facteurs médicaux, familiaux, sociaux et environnementaux qui favorisent l'autonomie des aînés – ou au contraire, l'empêchent. Il faut pour cela faire dialoguer des cultures familiales, gérontologiques et immobilières qui évoluaient jusqu'alors indépendamment (Argoud, Bessac, Daure, 2006)³³. »

³³ Buhnik, S. (2019). Vieillesse en ville et villes en vieillesse. *L'Information géographique*. 83(2), 122-139. <https://doi.org/10.3917/lig.902.0122>.

De plus, et cette invitation parcourt l'ensemble de nos réflexions, il convient également d'envisager les « arts d'habiter » des personnes avançant en âge, et donc leur accompagnement, dans la possibilité de « maintenir le récit de leur existence ». À ce titre, l'ancrage territorial, l'habiter son quartier, sont essentiels :

« [...] Ces attachements apparaissent uniquement en abordant l'expérience du vieillissement en ville avec les individus, en développant des horizons d'intelligibilité partagés (Zask, 2004) et en se défaisant de tout point de vue "agéocentré" (Kimber Arye et al., 2018). Cette opération est nécessaire pour dépasser les conceptions gérontologistes et essentialisantes du vieillissement (Hummel, 2002) et revisiter la question de l'autonomie. Les arts d'habiter ne concernent pas tant les compétences nécessaires aux individus âgés pour être autonomes que la possibilité de produire leur autonomie (Hennion, et al., 2012), c'est-à-dire de maintenir le récit de leur existence.

En cela, il nous faut reconnaître l'art des individus de (re)composer leur propre monde de vie (Hennion, 2017). Reconnaître l'hétérogénéité du vieillir en ville et insister sur la pluralité et la fragilité des expériences constituent un infléchissement nécessaire pour développer et affiner notre compréhension du vieillir en ville³⁴. »

Une part importante d'allocataires du minimum vieillesse dans le parc HLM des QPV

D'une manière générale, en France, parmi les allocataires du minimum vieillesse (depuis 2006, ASPA, Allocation de Solidarité aux Personnes Agées), la « *plupart sont locataires de leur logement, le plus souvent dans le secteur HLM*³⁵ ».

« *Par ailleurs, la majorité d'entre eux ne sont pas en couple, notamment les femmes* », qui représentent, plus l'âge avance, la majorité des allocataires minimum vieillesse. Ces allocataires déclarent souvent être en mauvaise santé, d'invalidité ou de handicap. Ce public a souvent des difficultés financières, ce qui se « traduit par des privations dans de nombreux domaines. Certains ont recours à l'endettement et aux économies. Ainsi, près d'un allocataire sur deux est pauvre en conditions de vie. »

Cela semble évident mais il est important de le rappeler : la plupart des personnes âgées du parc de logements sociaux, et c'est encore plus le cas des allocataires du minimum vieillesse, ne sont propriétaires d'aucun bien immobilier ou patrimoine.

Certaines personnes migrantes ou issues de l'immigration, ayant conservé des attaches avec un pays d'origine, ont pu construire un bien ou en être propriétaire mais leur état de santé et leur attachement à leur vie française bien souvent ne leur permettent pas toujours de profiter de ce logement. De plus, au bout de tant d'années de présence sur le territoire français, leur ancrage s'est fait, avec un tissu de d'expériences de vie et de relations sociales, amicales tissées et bien souvent des enfants et petits-enfants : comme nous l'avons déjà écrit, pour ces personnes âgées immigrées, le retour au pays d'origine ne sera pas de mise.

³⁴ Loïc Riom, Cornelia Hummel et Claudine Burton-Jeangros, « "Mon quartier a changé un peu, mais c'est moi qui ai aussi beaucoup changé". Habiter la ville et y vieillir », Métropoles [En ligne], 23 | 2018, URL : <http://journals.openedition.org/metropoles/6449>

³⁵ Dress, Études et résultats • N° 863 • Paru le 17/01/2014 • Les allocataires du minimum vieillesse : parcours et conditions de vie.

Isolement social, sentiment de solitude et risques pour la santé physique et mentale

Dans un avis datant de 2017, le Conseil économique, social et environnemental donne la définition suivante de l'isolement social : « *situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger* ».

Selon Laurie Kirouac et Michèle Charpentier, qui cite Jong Gierveld, Fokkema et Van Tilburg (2011) la solitude « [...] est le reflet de l'évaluation subjective que l'individu fait de sa participation sociale ou de son isolement social et constitue le résultat de l'évaluation cognitive d'un écart entre la quantité et la qualité de ses relations sociales existantes, d'un côté, et celles attendues ou espérées, de l'autre » (traduction libre, 2011 : 41-42). Tandis que l'isolement social est communément envisagé comme un état individuel « objectif » et mesurable, qui se caractérise par un minimum de relations interpersonnelles, de contacts et rôles sociaux ou par un bas niveau de participation sociale (Nicholson, 2009 ; Keefe et al., 2006 ; Wenger et al., 1996 ; Molyneux, 1993 ; de Jong Gierveld et Kamphuis, 1985).

Ainsi, là où la solitude renvoie à l'appréciation subjective qu'un individu fait de ses contacts et relations sociales, l'isolement social se veut davantage la mesure objective de la quantité de ses contacts et relations (Havens et al., 2004).

Cela étant dit, tant l'isolement social que la solitude ont des conséquences susceptibles de compromettre à différents degrés l'état de santé et de bien-être des personnes vieillissantes, car bien que l'isolement social et la solitude ne soient pas le propre des catégories les plus âgées, les chercheurs s'entendent en général pour reconnaître que les personnes de cette catégorie d'âge y sont particulièrement vulnérables (risque plus élevé de mortalité, de dépression, d'être atteint d'Alzheimer, de développer des soucis de santé mentale d'une manière générale, etc.).

Nous tenons à prolonger cette distinction des définitions de l'isolement social et de la solitude avec une invitation à une vigilance dans une association un peu rapide entre le fait d'habiter seul et le sentiment de solitude.

Ainsi, dans le prolongement de l'analyse que font Pan Ké Shon et Duthé (2013³⁶) de l'accroissement ou de la « banalisation » du phénomène de la vie sans conjoint, il semble sociologiquement avisé de **remettre en question la pertinence de continuer à interpréter « l'habiter seul » comme principal ou unique facteur de risque de l'expérience de la solitude**. Il faut mettre en regard la composition du ménage **avec d'autres facteurs**, comme le statut, les conditions socioéconomiques, le réseau social de la personne ou le genre, dont les enjeux outrepassent largement ceux de l'avancée en âge dans l'émergence du sentiment de solitude et dans les stratégies que peuvent développer les personnes âgées éprouvant de la solitude pour composer avec elle.

³⁶ Pan Ké Shon, J.-L. et G. Duthé (2013), « Trente ans de solitude... et de dépression », *Revue française de sociologie*, vol. 54, n° 2, p. 225-261.

Un vieillissement qui augmente la part de ménages isolés précaires et qui pèse sur la rotation du parc HLM français

Ce vieillissement de la population des QPV a plusieurs conséquences. Il entraîne tout d'abord une **augmentation de la part des ménages isolés** : 36,7 % des ménages des QPV contre 34 % pour la moyenne nationale. Dans son étude de 2017, le CGET avait insisté sur les conséquences sociales de cette situation, se traduisant notamment sous la forme d'un isolement des femmes âgées (56 % des ménages concernés), d'autant plus prégnant qu'il se cumule avec une grande précarité. Dans le **parc social des QPV, 80 % des ménages âgés de plus de 65 ans appartiennent à la moitié la plus modeste de la population et 47 % appartiennent même au premier quart des personnes les plus pauvres**. Or, selon plusieurs études internationales, **le risque de dépendance est d'autant plus marqué que le revenu est faible**³⁷.

Autre conséquence, qui pèse sur les bailleurs sociaux : **le vieillissement réduit la mobilité résidentielle, ce qui pèse sur la rotation du parc**.

Ce faible taux de rotation peut tenter certains bailleurs et les gouvernements de pousser ces personnes à libérer leur logement pour une surface plus réduite. Un raisonnement qui pourrait de prime abord apparaître comme « rationnel » en termes de politique du logement mais qui risque de se payer par un changement d'environnement et par, effet domino, un taux accru de dépendance et, surtout s'il est plus ou moins contraint, se révélant souvent très déstabilisateur pour une personne âgée, d'autant plus à une période de la vie où les repères, les routines et la fréquentation d'un réseau social connu sont essentiels pour préserver la santé physique, mentale et l'autonomie des personnes.

Le risque de la surestimation par les pouvoirs publics de la « remigration de retraite » des personnes étrangères et immigrées (surreprésentées dans les QPV)

Ainsi, des **débats** existent entre chercheurs en sciences humaines et sociales **quant à la « remigration » et à la possibilité du « retour au pays » d'origine**.

Pour certains, la remigration ne serait pas à exclure : *« Il reste beaucoup à analyser pour comprendre les dynamiques du vieillissement et les phénomènes qui les ont induites, comme ceux qu'elles génèrent. Certains domaines restent encore peu éclairés par la recherche, c'est le cas notamment des liens entre le vieillissement et les migrations. Les politiques d'immigration économique ont cherché à ralentir l'augmentation du rapport de dépendance vieillesse (nombre de retraités par rapport aux actifs). La question des choix et conditions de vie des personnes issues de l'immigration ayant passé leur vie active dans un pays d'accueil se pose aujourd'hui : y passent-elles aussi leur retraite ? Rentrent-elles dans leur pays d'origine et à quel moment ? La remigration (retour dans le pays d'origine ou départ vers d'autres pays) est en effet à prendre en compte dans la manière d'appréhender les migrations et le vieillissement, qu'elles soient pour rejoindre un lieu familial, des proches ou pour des raisons de santé*³⁸. »

³⁷ Gannon, F., Garrec, G. & Touzé, V. (2020). IX / Vivre longtemps et risque de perte d'autonomie : quelles politiques publiques en Europe ? Dans : OFCE éd., *L'économie européenne 2020* (p. 109-122). Paris : La Découverte.

³⁸ Bonnet, C., Cambois, E. et Fontaine, R. (2021). Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée. *Population*. 76(2), 225-325. <https://doi.org/10.3917/popu.2102.0225>.

Pour d'autres, et nos propres indicateurs et connaissances des QPV nous font pencher davantage pour cette hypothèse, **le retour au pays reste souvent fantasmé, faisant alors office d'écran masquant la prise de conscience et la prise en compte par certains professionnels et certaines institutions.**

Car dans les faits, un grand nombre de personnes immigrées resteront vieillir et finir leur vie principalement voire uniquement en France : « *Le vieillissement des populations immigrées en France est une donnée qui a longtemps été occultée. La combinaison de plusieurs facteurs a contribué à laisser dans l'ombre cette problématique pourtant émergente : d'une part, la persistance d'un "mythe du retour" (Sayad, 1999) à l'égard des premières générations de travailleurs maghrébins et africains, venues prêter main-forte à l'économie française durant les Trente Glorieuses. Ce mythe a occulté le fait que le retour au pays d'origine, que ce soit en âge actif ou à la retraite, n'aura pas nécessairement lieu. D'autre part, les regards politiques et scientifiques se sont d'abord focalisés sur des catégories de populations plus visibles et médiatiques, faisant figure de problème social et politique, à l'image des jeunes "issus de l'immigration". La thématique demeure ainsi, un temps durant, relativement marginale, contrastant en cela avec l'attention portée, au niveau national, au vieillissement général de la population (Temine, 2001). [...] Ce sont les années 2000 qui marquent véritablement l'essor de cette thématique et ce, à différents niveaux : à partir de cette période, aussi bien la littérature scientifique que les rapports publics et les enquêtes initiées par des institutions se multiplient sur le sujet (IGAS, 2002 ; HCI, 2005)³⁹. »*

Citons un autre auteur pour compléter quant à cette réserve à propos d'une éventuelle remigration des aînés immigrés, cette dernière étant bien souvent contredite dans les faits : « *En outre, vieillesse et immigration ont longtemps semblé antinomiques, tant on pensait la présence immigrée comme temporaire, uniquement liée à la période de vie active, masculine de surcroît. A. Sayad soulignait que "l'immigration serait un mouvement qui amènerait en France et remmènerait de France dans un perpétuel renouvellement, des hommes toujours nouveaux et toujours identiques" (1977, p. 60). L'immigré serait avant tout un émigré tant la suite logique de sa trajectoire est le retour. On sait désormais que la grande majorité des immigrés vivent leur retraite en France et que les va-et-vient avec le pays d'origine sont plus fréquents que les retours⁴⁰. »*

Enfin, précisons, par rapport à ces pratiques et trajectoires de remigration, d'aller-retour, retour au pays ou ancrage définitif sur la terre d'accueil des personnes immigrées, que **des différences de genre se constatent en la matière, la mobilité résidentielle étant encore plus faible pour les femmes immigrées âgées**, plus soumises à des enjeux de risque de mauvaise réputation en cas de retour définitif en « laissant leurs enfants derrière elle en France » et encore plus soucieuses que les pères à maintenir un lien de proximité avec leurs enfants et petits-enfants : « *Bien loin de l'existence d'une symétrie entre femme et homme dans l'ordre du vieillissement, la vieillesse est perçue et vécue différemment selon que l'on est un homme ou une femme. Les hommes de cette génération ont une relation moins "intime" avec leurs enfants que leurs épouses. Ils peuvent se rendre dans leur pays d'origine, aller finir leurs jours en laissant leurs enfants en France : "parce que maintenant ils sont grands". Les femmes immigrées âgées ont un attachement différent à leurs enfants,*

³⁹ Pian, A. (2014). Désacraliser la solidarité familiale. Quand le cancer touche des immigrés âgés. *Noroi*, 232(3), 67-80. <https://doi.org/10.4000/noroi.5161>.

⁴⁰ Gallou, R. (2016). Vieillir sans conjoint mais vieillir entourées : un défi pour les femmes immigrées. *Gérontologie et société*, 38, n° 149(1), 105-123. <https://doi.org/10.3917/g1.149.0105>.

donc du même coup à la problématique du retour dans le pays d'origine et de la loyauté envers les uns (les époux) et les autres (les enfants) ⁴¹. » [...] Smaïn Laacher relaie dans la foulée les propos de deux femmes : « Je n'ai pas pris de décision à cause de ma fille et de mes petits-enfants. » (Malgache de 65 ans) [...] « La mère ce n'est pas comme le père : les enfants ont toujours besoin de leur mère et moi je dois rester toujours auprès d'eux. Je ne peux pas partir au pays et les laisser. Qui va s'occuper de mes petits-enfants ? » (Marocaine de 65 ans).

Dans le champ de l'adaptation du logement, plusieurs acteurs et secteurs proposent de prendre en compte les spécificités des publics seniors

Ainsi, certains territoires observent **une sous-occupation d'une part des grands logements pourtant très demandés** ou à l'inverse **la mauvaise adaptation des logements et des immeubles aux besoins des personnes âgées** (pannes d'ascenseurs, appartements non-adaptés à la perte de mobilité par exemple).

Selon l'Anil, dans un rapport de 2023, le décompte des besoins en adaptation des logements et les travaux en conséquence représentent un des défis pour les bailleurs sociaux et leurs partenaires. *« Traditionnellement, les bailleurs sociaux ont pour habitude d'adapter des logements au fil de l'eau et au gré des demandes de locataires en respectant néanmoins certaines conditions. À titre d'exemple, les bailleurs ne réalisant généralement pas de travaux d'adaptation sur des logements situés à un étage élevé ou dont la taille excède un nombre m² trop important. Malgré les efforts du monde HLM sur l'adaptation des logements, il reste difficile de quantifier les logements adaptés au sein du parc social. Les travaux menés dans le stock de logements sont peu ou mal comptabilisés, néanmoins le travail de recensement des logements adaptés est plus efficace sur l'offre nouvelle. Du fait d'une augmentation du nombre de demandeurs âgés dans certains territoires (pouvant aller du simple au double), certains bailleurs se fixent aujourd'hui un objectif d'adaptation de leur parc allant de 4 à 15M dans le cas des bailleurs interrogés, voire en matière d'offre nouvelle comme le cas d'un bailleur qui prévoit la livraison systématique de logements adaptés dans le cadre de ces opérations⁴². »*

L'adaptation du logement⁴³, c'est le financement de matériel et de la rénovation. C'est aussi de la domotique efficace, efficiente et adaptée⁴⁴ ainsi que des équipements de cuisine et de pièces d'eau ergonomiques et accessibles. Il convient ainsi également en parallèle de développer des dispositifs accompagnements par un ergothérapeute en vue d'adapter les logements aux capacités, besoins et souhaits de la personne vieillissante. Indiquons, point supplémentaire à attribuer pour la promotion de ce type d'accompagnement, que depuis peu les ergothérapeutes sont autorisés à faire des prescriptions des aides techniques y compris renouveler les prescriptions médicales d'actes d'ergothérapie. Selon nous, cette profession fait partie des métiers ressources au service de projets de « ville

⁴¹ Laacher S., (2014). Femmes immigrées : l'entrée dans la vieillesse. Étude sur le vieillissement des femmes immigrées dans les quartiers en politique de la Ville, pilotée par le Centre de Ressources Politique de la Ville en Essonne, 63 p.

⁴² « Bien vieillir chez soi ? Bilan et perspectives pour les politiques locales de l'habitat », ANIL, mars 2023 <https://www.anil.org/etudes-bien-veillir-chez-soi-bilan-perspectives-politiques-locales-habitat/>

⁴³ « Vieillir chez soi : Enjeux de santé dans l'adaptation des logements » Juin 2016, ORS – IdF.

⁴⁴ La domotique est l'ensemble des techniques de l'électronique, de physique du bâtiment, d'automatisme, de l'informatique et des télécommunications utilisées dans les bâtiments et les logements.

inclusive » pour les aînés et toutes les personnes en situation de handicap⁴⁵. Il existe des postes d'ergothérapeutes dans différentes institutions, établissements et services et ces professionnels exercent aussi en libéral. L'ARS IdF mais aussi les services départementaux dédiés à l'autonomie et les CCAS⁴⁶ des communes de Seine-et-Marne pourraient être à même de lister ces métiers ressources.

L'adaptation du logement et le maintien à domicile représentent un aspect de la prise en compte habitationnelle du vieillissement dans les QPV, l'autre dimension importante en est la diversification des types de logement et des habitats qui leur sont proposés.

Diversifier les logements et types d'habitats à destination des aînés, pour sortir à la fois des risques d'isolement social et du placement systématique en foyer (dont les places font de toute manière en partie défaut)

« Un constat émerge cependant de différents travaux sur l'accès des immigrés aux maisons de retraite, ils seraient quasiment absents des structures d'hébergement gérontologique. [...] Cette transition vers la vieillesse représente une nouvelle étape, "vivre et finir ses vieux jours en institution est en sorte, pour certains, une nouvelle immigration : une immigration dans la vieillesse". »

Plard, M., Martineau, A. & Fleuret, S. (2015). Les immigrés au seuil du grand âge : Un questionnement à ancrer dans les territoires de vie. *Hommes & Migrations*, 1309, 31-37.
<https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3065>

Comme le suggère cette citation précédente à propos du vécu des personnes immigrées vieillissantes, surreprésentées dans les QPV, y compris seine-et-marnais, le mouvement de **désinstitutionnalisation** de la prise en charge de la dépendance s'amplifie en France comme ailleurs en Europe, diversement soutenu par les pouvoirs publics et les réglementations nationales. Ce mouvement se traduit par le « **virage domiciliaire** » mais également le développement d'une **offre alternative d'habitats** que l'on peut qualifier d'« **intermédiaires** », entre le domicile strictement privatif et l'établissement médico-social.

Il répond à l'exigence contemporaine de libre choix de son mode et de son lieu de vie, là où l'hébergement institutionnel est associé à la confiscation de son autonomie et des décisions de la vie quotidienne, faisant de plus en plus souvent effet de repoussoir pour les aînés et leur famille (d'autant plus depuis les récents scandales dans certains EHPAD français). Si les collectivités locales et les acteurs de l'habitat, en particulier les bailleurs sociaux, ont déjà entamé un tournant en faveur de l'inclusion des personnes âgées, par le développement de l'habitat intermédiaire (intergénérationnel, groupé, partagé...), le **défi est encore plus grand pour les personnes vieillissantes en situation de handicap**.

L'habitat inclusif fait partie des offres alternatives au logement autonome et à l'accueil en établissement. L'habitat inclusif s'adresse aux personnes handicapées et aux personnes âgées qui ne souhaitent pas être hébergées en établissement, veulent bénéficier d'un logement de droit commun et être chez elles, mais ne sont pas assez autonomes pour vivre seules. C'est une offre qui vise à dépasser le caractère binaire de l'offre pour personnes âgées et personnes handicapées, classiquement séparée entre « domicile » et « établissement ». Il permet aux personnes âgées et aux personnes handicapées de choisir leur lieu de vie et avec qui le partager, tout en bénéficiant de services et d'une

⁴⁵ <https://revue.anfe.fr/2016/06/01/lergotheapeute-acteur-indispensable-dune-ville-inclusive/>

⁴⁶ Centres Communaux d'Action Sociale.

sécurité liée à un accompagnement quotidien. Certaines questions juridiques et financières freinent son développement mais les pouvoirs publics en ont conscience et s'attellent à se mobiliser sur la question. Dans un esprit d'équité, d'égalité et de justice sociale, l'enjeu est de rendre accessible au plus grand nombre l'offre d'habitats « intermédiaires », y compris aux habitants vieillissants des QPV.

Depuis quelques années, on observe également le développement de l'**habitat intergénérationnel**, comme l'Aorif, l'union sociale pour l'habitat d'Île-de-France, en fait la promotion. Celui-ci est mis en œuvre par CDC Habitat⁴⁷. L'intérêt est de proposer une double solution de logement (pour les plus âgés, pour les jeunes étudiants et actifs) tout en permettant des liens de voisinage intergénérationnels au service de la déconstruction mutuelle des préjugés, de favoriser les solidarités et de préserver l'autonomie des aînés. Ce qui passe par des logements autonomes mais attenants à des parties communes, le tout animé par des règles de vie partagées. Des partenariats sont également tissés avec des acteurs associatifs ou médico-sociaux du territoire.

Bien que plusieurs services soient inclus dans le contrat des résidences de statut privé des « *coliving* » intergénérationnels, les tarifs restent relativement élevés, en tout cas par rapport au budget moyen des habitants des QPV.

À côté de ce type d'habitat, il existe également des systèmes de « **cohabitations intergénérationnelles solidaires** » **au domicile de la personne âgée**. Ce type de système a pour avantage le maintien à son domicile où la personne vieillissante conserve ses repères mais offre un logement pas nécessairement adapté aux besoins seniors, moins de solutions d'animation sociale et de possibilités d'assistance médico-sociale si nécessaire.

Notons qu'il existe également des **résidences « autonomie⁴⁸ »** (anciennement « logements foyers »), qui relèvent de l'action sociale et qui selon la Loi Elan d'octobre 2018 n'appartiennent pas à l'habitat dit inclusif, qui propose de la cohabitation intergénérationnelle. Nous pouvons classer également les « familles gouvernantes », dispositif promu par l'Unaf et les Udaf.

En matière d'habitat inclusif potentiellement à destination des personnes âgées et/ou en situation de handicap existent également les habitats partagés, notamment développés conjointement par CDC Habitat et Domani ou encore soutenus par la Fondation de France.

Existent aussi les habitats dit groupés ; les projets sont, en général, portés par des associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux, comme Envoludia.

Enfin, pour les plus précaires socialement et psychologiquement, il existe des solutions comme les logements accompagnés de l'Alve (Accompagnement Lieux de Vie et Entraide), les résidences accueil, les pensions de famille ou les foyers de vie. Pour ces différents types d'habitat, nous n'avons pas pu obtenir de données de recensement ni de localisation.

⁴⁷ Plus informations ici : <https://www.aorif.org/wp-content/uploads/2020/07/CDC-Plaquette-intergenerationnelle.pdf> ; d'autres infos là : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/autres-solutions-de-logement/lhabitat-intergenerationnel>. Ce dernier lien fait partie du site d'informations à destination des « personnes âgées et de leur proche mis en ligne par l'État » : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

⁴⁸ Les résidences autonomie sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs, souvent construites à proximité des commerces, des transports et des services. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques ou à but non lucratif. Le coût du logement y est relativement modéré.

Les obstacles auxquels font face les porteurs de projet lors du développement de leur opération d'habitat inclusif et de l'offre intermédiaire en général sont multiples. Ils sont liés à une certaine méconnaissance de l'habitat inclusif et de ses acteurs, aux financements des opérations, et à la question de la réservation des logements pour les résidences intergénérationnelles. Les acteurs souhaitant mettre en œuvre des projets d'habitat inclusif n'ont pas toujours connaissance les uns des autres. Certains auteurs estiment que la mise en réseau des acteurs de l'habitat inclusif faciliterait le montage des projets. Nous en convenons.

Adosser le développement d'une offre d'habitats diversifiés à de l'animation sociale, de la médiation sociale et de l'action citoyenne

« Le maintien à domicile est le souhait premier jusqu'à un âge avancé ou très avancé. L'enjeu du maintien à domicile doit donc être mis en lien avec les conditions de logement des migrants âgés, car leur spécificité peut rendre ce souhait difficile à exaucer (foyer de travail-leurs migrants, logement vétuste-indigne). »

Plard, M., Martineau, A. & Fleuret, S. (2015). Les immigrés au seuil du grand âge : Un questionnaire à ancrer dans les territoires de vie. *Hommes & Migrations*, 1309, 31-37.
<https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3065>

Selon nous, pour être pleinement efficace en matière d'accompagnement du vieillissement, il est nécessaire de relier le développement d'une offre diversifiée de logements et habitats à de l'animation sociale, de la médiation sociale et des actions citoyennes.

Parmi les différentes formes de logements, résidences et habitats accueillant des personnes âgées dans les communes comportant des QPV, mentionnons les foyers de travailleurs migrants⁴⁹, qui depuis plusieurs années ont bénéficié d'une prise en compte de l'avancée en âge de leurs résidents.

Des initiatives d'animation sociale et de soutien au « mieux-vieillir » se sont développées ces dernières années. Prenons l'exemple des actions initiées au sein de départements voisins, notamment par les Ligue de l'enseignement du 78 et 92, qui se sont appuyées sur un réseau de médiateurs sociaux intervenant avec les Chibanis⁵⁰, résidents âgés originaires du Maghreb vivant en foyer ADOMA.

Ces personnes âgées au statut ambigu et invisibilisé, vivant de manière aigue la « double absence » énoncée par le sociologue Abdelmalek Sayad, rencontrent des difficultés économiques, sociales, sanitaires et administratives. Ainsi, « deux tiers ne sont jamais allés à l'école et un tiers ont des difficultés à communiquer en français¹⁰ », d'où bien souvent une situation de méconnaissance de l'univers socio-économique et administratif dans lequel ils ont vécu en France liée à la faiblesse persistante de leurs revenus.

⁴⁹ Foyer de travailleurs migrants (FTM). Ici, pour approfondir, un article scientifique sur l'accompagnement social des migrants subsahariens âgés résidents dans les foyers Adoma : Yall, M. (2016). La problématique de l'accompagnement social des migrants subsahariens âgés résidents dans les foyers Adoma. *Vie sociale*, 16, 145-159. <https://doi.org/10.3917/vsoc.164.0145>. Mentionnons également un article de presse récent sur la question du vieillir dans les FTM : <https://theconversation.com/les-foyers-pour-travailleurs-migrants-des-lieux-ou-vieillir-217292>

⁵⁰ *Chibani* vient de l'arabe maghrébin et signifie vieux, vieillard, ancien ou encore « cheveux blancs ». Initialement le terme est utilisé pour désigner dans leur propre langue les familles de combattants harkis, émigrées en France sous la pression de la guerre d'Algérie et des indépendantistes algériens, dont les membres sont parvenus à l'âge de la retraite. Par choix ou, le plus souvent par contrainte, défaut d'un statut clair et par manque d'anticipation, ils n'ont pas pu vivre leur retraite dans leur pays d'origine et se retrouvent fréquemment précarisés en France. À partir du début du XXI^{ème} siècle, le terme est appliqué à une catégorie de population originaire d'anciennes colonies françaises (majoritairement du Maghreb, et dans une moindre mesure Afrique subsaharienne et Extrême-Orient), émigrés en France durant les Trente Glorieuses (1945-1975) sans réussir à se forger une situation stable en France et parvenus à l'âge de la retraite dans des conditions précaires.

Pour citer Choukri Hmed, ces chibanis vieillissants qui ont su développer des liens de solidarité et intergénérationnels à l'intérieur du foyer, une majorité d'entre eux « connaissent ce que l'on a proposé de nommer un processus de "double désaffiliation", qui les tient durablement éloignés à la fois de la société d'origine et de la société d'accueil ».

L'enjeu actuel et à venir sera sans doute de capitaliser sur ces expériences d'animation sociale et de médiation, de les **élargir et d'adapter ces actions aux femmes immigrées et étrangères vivant dans les QPV**, en particulier celles isolées et les plus en marge des parcours de soins.

La ville inclusive comme modèle : opérer le virage domiciliaire suppose d'adapter le logement, le bâti et l'urbanisme

Les données disponibles et l'état actuel des connaissances en sciences humaines et sociales nous invitent à revoir un préjugé selon lequel les personnes âgées vivraient en premier lieu dans des « maisons de retraite ». En effet, *« l'idée selon laquelle la majorité des personnes âgées vivrait en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est erronée. En 2019, environ 700 000 personnes âgées vivaient en EHPAD, représentant seulement 5 % des personnes de 60 ans et plus (Insee, 2023b). [...] Le recensement réalisé par l'Insee montre que la maison de retraite ne devient le premier lieu de vie d'une courte majorité que pour les centenaires. Jusqu'à 95 ans, une majorité de personnes âgées vit à son domicile seule ou en couple⁵¹. »*

De plus, la très grande majorité des personnes âgées vivant en France souhaite pouvoir rester à leur domicile le plus longtemps possible : *« Lorsqu'on interroge les personnes âgées de 50 ans et plus sur leurs préférences, 92 % d'entre elles souhaitent pouvoir vieillir à leur domicile au-delà de 75 ans et 94 % déclarent vouloir tout faire pour que cela se produise (Fourquet et al., 2022)⁵². »*

Garantir l'habitabilité d'un quartier à tout âge : l'aménagement de l'environnement immédiat et des espaces publics conditionne également le bien-être des personnes âgées

« La question des territoires du vieillissement a été, jusqu'à présent, davantage abordée par la question du logement que par celle de la ville ou du quartier (Marchal, 2017). »

Loïc Riom, Cornelia Hummel et Claudine Burton-Jeangros, « "Mon quartier a changé un peu, mais c'est moi qui ai aussi beaucoup changé". Habiter la ville et y vieillir », *Métropoles* [En ligne], 23 | 2018 URL : <http://journals.openedition.org/metropoles/6449>

Penser des **territoires intergénérationnels**, véritablement adaptés au vieillissement nécessite **d'adopter un point de vue global sur les conditions de vie des seniors** : habiter ce n'est pas que « loger », c'est aussi se déplacer, se détendre, consommer, se soigner, maintenir des liens sociaux et continuer à faire des rencontres.

⁵¹ Capgras, J.-B. (2025). Chapitre 13. Sortir des idées reçues pour cerner les enjeux du vieillissement de la population française. Dans *Vieillesse et vieillissements : Regards croisés*, B. Szostak et J. Claveranne (dir.). EMS Éditions. p. 131-138 <https://doi.org/10.3917/ems.szost.2025.01.0131>.

⁵² Capgras, J.-B. (2025). Opus cité ibid.

Repenser l'habitabilité pour rendre la ville inclusive et vivable pour les personnes âgées habitant en QPV nécessite de penser en « **plusieurs cercles** » comme le dit Thomas CHEVANDIER, auteur de la note « Vieillir en logement social » pour la Fondation Jean Jaurès⁵³ :

1. Sortir de sa chambre et pouvoir se promener dans son appartement – **l'adaptation**
2. Sortir de chez soi et de son immeuble – **l'accessibilité**
3. Sortir dans son quartier – la **lutte contre l'isolement et l'urbanisme**

Les bailleurs sociaux, les municipalités, le STIF et l'ANRU se sont déjà mis en mouvement sur ces questions et doivent poursuivre leurs efforts en intégrant de manière systématique les problématiques du vieillissement dans les travaux d'aménagement urbain et de rénovation urbaine. La mobilité et les transports (leur couverture, leur fréquence et leur accessibilité), le tissu de commerces et services publics, les itinéraires piétons aménagés et les accès PMR, sont autant de sujets déterminants pour l'autonomie des seniors. Faciliter les mobilités de proximité, c'est également une action indispensable contre l'isolement des aînés. En améliorant l'aménagement urbain, en aménageant l'espace public de manière adaptée (bancs, trottoirs, passages protégés...), on aide les personnes âgées à pouvoir sortir dans leur périmètre de déplacement et à mieux se réapproprier leur territoire de proximité. Des acteurs comme la Fondation des Petits Frères des Pauvres⁵⁴ invite d'ailleurs les collectivités locales et responsables des rénovations urbaines « à ne pas mettre en place des aménagements dont le nom peut être stigmatisant comme des "bancs seniors". Si des bancs publics sont adaptés aux personnes âgées, ils sont bien pour tout le monde, enfants, familles, promeneurs, sportifs... ».

Cette invitation nous semble d'ailleurs valable pour tous les sujets liés au vieillissement et à la perte d'autonomie : les innovations techniques et les accompagnements sociaux proposés aux plus vulnérables participent selon nous au **développement d'une société du « prendre-soin » pour tous**, ce qui nous permettra de nous rapprocher véritablement du slogan « bien vieillir ensemble » mis en avant depuis plusieurs années par les pouvoirs publics.

Changement climatique, performance énergétique et habitabilité en QPV

À l'heure du dérèglement climatique et des enjeux de transition, la population âgée des QPV est train de devenir particulièrement vulnérable face aux vagues de chaleur en cours et à venir. Une vigilance et des efforts de la part des bailleurs sociaux sont à conserver dans l'adaptation aux normes et exigences des publics « seniors », aussi bien en termes de praticité et accessibilité que de performances énergétiques, les effets en cours et à venir du réchauffement et dérèglement climatique allant impacter encore plus intensément les locataires du parc social.

Dans cette optique, il convient de réfléchir à l'adaptation des logements mais aussi à la déminéralisation des sols dans les espaces partagés et aux cheminements ombragés pourvus d'assises, qui sont autant de manière de préserver les personnes âgées mais aussi l'ensemble de la population. Au-delà de l'octroi d'agrément et d'un sentiment de bien-être, la **végétalisation des espaces urbains des**

⁵³ <https://www.jean-jaures.org/publication/vieillir-en-logement-social-les-defis-de-laccessibilite-et-de-ladaptation/>

⁵⁴ « Les préconisations des Petits Frères des Pauvres », émises à la suite de leur rapport « Solitude et isolement social des personnes âgées en France : quels liens avec les territoires ? » de 2019.

QPV et le ralentissement de l'artificialisation des sols vont dans le sens d'une « **résilience thermique et énergétique** » pour toutes et tous notamment pour les populations les plus vulnérables physiologiquement dont font partie les personnes vieillissantes.

Ainsi, les jardins privés des **maisons pavillonnaires** (souvent non loin des ensembles d'immeubles), les **squares**, les **allées plantées** sont l'un des atouts majeurs de ces quartiers. Beaucoup d'espace a été consommé, notamment à la construction de pavillons ou de zones commerciales et artisanales, mais à présent qu'ils sont là, ils ont « un intérêt climatique majeur », insiste l'APUR. Grâce à « ces vides, poumons extraordinaires », il y fait globalement moins chaud qu'ailleurs dans l'espace urbain lors des canicules. La présence de sols perméables facilite aussi la gestion des eaux pluviales et la prévention des inondations. D'où la nécessité de renforcer les protections pour que les squares, les espaces verts des quartiers et les jardins des pavillons des QPV ou voisins de ces QPV ne deviennent pas des espaces à urbaniser. Il semble pertinent que les acteurs de la politique de la ville et les collectivités accompagnent la végétalisation, par exemple en encourageant la plantation de grands arbres, des feuillus de préférence, pour beaucoup abattus lors de travaux. De plus, il convient d'éviter la tonte dans les différents espaces verts des QPV à ras ou, pire, la mise en place de gazon synthétique, « plus facile d'entretien », pratiques qui ne favorisent en rien la biodiversité.

La revitalisation commerciale et artisanale des QPV : prendre en compte le vieillissement passe aussi par favoriser le maintien des services et commerces de proximité

Les personnes âgées fragilisées et isolées ne peuvent être que favorablement impactées par les actions de redynamisation des QPV. Il est primordial que les élus des collectivités locales et acteurs de la Politique de la Ville englobent la lutte contre l'isolement dans la construction de leurs politiques territoriales et soient très **attentifs aux attentes de nos aînés en matière de maintien des services et commerces de proximité**. Avoir des commerces dans son quartier semble tout aussi important que d'avoir accès à des soins ou droit à de l'aide à domicile. Si le premier **supermarché, commerce alimentaire ou marché** de quartier est à 20 minutes de bus ou à 45 minutes à pied, cela devient évidemment compliqué pour les personnes vieillissantes isolées et d'autant plus par celles les plus entravées dans leur mobilité fonctionnelle. De plus, et le récent mouvement social des pharmaciens vient en témoigner, le **maintien et la réinstallation de commerces et professions paramédicales de proximité** dans les villes ou directement dans les QPV participent évidemment au « bien vieillir ».

Rajoutons qu'en plus de rendre les services auxquels ils sont dédiés, les commerces de proximité permettent le **maintien de liens ténus** avec les commerçants, ces liens dit ténus assurant des repères stables au quotidien dans ses relations sociales intermédiaires **atténuant ainsi le sentiment d'étrangeté** au monde potentiellement grandissant avec l'avancée en âge et assurant également une **possibilité de renégociation de la ville, qui est essentielle dans le vécu de la déprise des habitants vieillissants** : « *De manière générale, la mobilisation des liens ténus – entendus comme des liens éphémères que l'on entretient avec les personnes avec qui l'on partage une certaine familiarité sans pour autant les connaître – est une tactique répandue parmi les personnes que nous avons interviewées (Pennec, 2006 ; Deml, 2017). Ces liens ténus sont mobilisés pour surmonter certaines difficultés. [...] Les liens ténus sont également le vecteur d'un sentiment de familiarité avec son environnement (Morin et Rochefort, 1998 ; Pennec, 2006 ; Blokland et Nast, 2014) – même lorsque ces liens*

semblent, au premier abord, surprenants. Plusieurs personnes interviewées entretiennent ainsi des relations de familiarité avec des SDF. [...] [Ces tactiques] permettent de faire face aux mises à l'épreuve du vieillir en ville et de maintenir ou renouveler un rapport harmonieux avec son environnement. De surcroît, elles suscitent une connaissance fine de son environnement et de ses propres possibilités⁵⁵. »

Ainsi, la revitalisation commerciale et artisanale des QPV représente un enjeu et facteur de prise en compte du vieillissement et profitera de plus à l'ensemble de ces habitants, quel que soit leur âge.

⁵⁵ Riom Loïc, Hummel Cornelia et Burton-Jeangros Claudine, « « Mon quartier a changé un peu, mais c'est moi qui ai aussi beaucoup changé ». Habiter la ville et y vieillir », *Métropoles* [En ligne], 23 | 2018. URL : <http://journals.openedition.org/metropoles/6449>

« Vieillesse, logement, habitat et cadre de vie »

La situation dans les QPV de Seine-et-Marne

Nous présentons dans ces encadrés de couleur rouge sombre des éléments quant à la situation de chacun des focus thématiques dans les QPV de Seine-et-Marne et, à défaut d'informations précises à cette échelle, au niveau de la Seine-et-Marne. Parfois, sur certains sujets, nous n'avons pas pu avec notre méthode d'analyse documentaire obtenir des données et informations localisées.

Un vieillissement qui augmente la part de ménages isolés précaires et qui pèse sur la rotation du parc HLM français

Ainsi, à titre d'indicateurs, la part des ménages ayant emménagé depuis 10 ans ou plus au sein des QPV de Seine-et-Marne est de 47,6 % en 2020 [données Insee, géographie 2024], ce qui est dans la lignée de la moyenne départementale (50,4 %)

Plus précisément, en 2020, **9 des 25 QPV seine-et-marnais avaient plus de 50 % de leurs habitants qui occupaient leur logement actuel depuis plus de 10 ans**, dont 2 quartiers qui connaissent des parts de 60 % : Schweitzer – Laennec à Chelles et Anne Frank à Ozoir-la-Ferrière.

La Seine-et-Marne fait partie du département francilien avec les QPV aux plus forts taux de pauvreté et de précarité, y compris parmi les personnes les plus âgées

Déjà en 2017, l'Insee écrivait que les QPV d'Île-de-France cumulant activité professionnelle précaire, les plus bas revenus et des taux élevés de pauvreté se situaient en grande majorité dans des « communes de Seine-et-Marne : Meaux, Melun, Provins ou encore Nemours⁵⁶ ».

Nous n'avons pas nous-mêmes pu avoir accès à la précision des taux de pauvreté des 60 ans et plus dans les QPV mais nous avons pu croiser différents indicateurs de vulnérabilités avec ceux du vieillissement pour établir le degré et l'intensité de vigilance à avoir pour certains quartiers.

Si l'on isole l'indicateur « Taux de pauvreté au seuil de 60 % en 2021 », la moyenne des QPV en Seine-et-Marne est de 38,2 % alors qu'elle est de 37,8 % pour l'ensemble des QPV d'Île-de-France sur la même année de référence et de 12,4 % sur l'ensemble de la Seine-et-Marne.

Autres preuves de la précarité accrue dans les QPV seine-et-marnais, en particulier pour les plus âgés :

- Le **taux d'activité des 55-64 ans** y est de 59,6 % en 2021 alors que, pour l'ensemble des QPV d'Île-de-France, il est à 62,9 % et que, sur le territoire de Seine-et-Marne, il est de 62,7 % la même année ;
- De plus, les **parts de pensions et de retraites** sont plus faibles dans les QPV seine-et-marnais que sur le reste de son territoire (16,9 % contre 22,5 %, ce qui interpelle fortement : les habitants âgés des QPV font probablement plus souvent partie des « 32 % [qui] n'ont

⁵⁶ « Les quartiers de la politique de la ville en Île-de-France. La pauvreté comme dénominateur commun, mais des profils socio-démographiques différents » - Insee Analyses Ile-de-France – N°57 – Paru le 17/03/2017 - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2658852>

pas demandé tout ou partie de leurs pensions de retraite alors même qu'ils ont cessé leurs activités professionnelles⁵⁷ ») ;

- Enfin, on pouvait s'en douter mais cela est confirmé, les **revenus issus du patrimoine** y sont bien plus faibles que pour l'ensemble du département (1,5 % contre 7 %) alors que les **parts des revenus issus de l'ensemble des prestations sociales** y sont bien plus élevés (19,8 % contre 5,1).

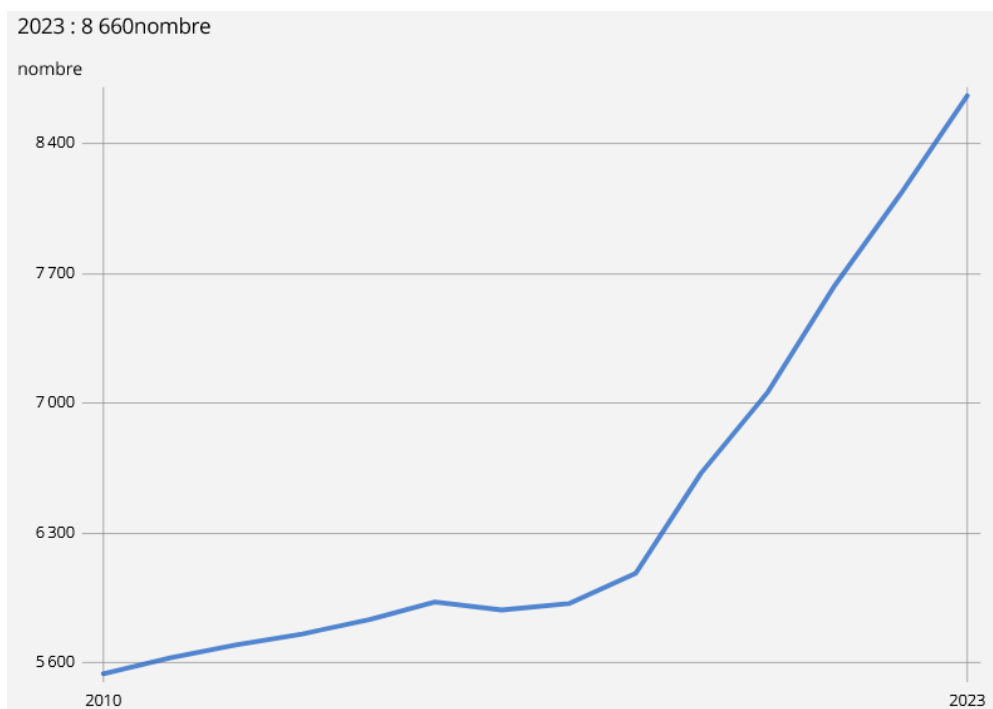
Pour le dire autrement, nos **indicateurs de vulnérabilités économiques**, que l'on peut associer au **vieillissement (aux personnes déjà âgées ou qui vont l'être)**, sont **plus importants dans les QPV de Seine-et-Marne** que la plupart des QPV franciliens et que sur le reste du territoire départemental.

Concernant les **données à propos des bénéficiaires du minimum vieillesse, ASPA**, nous n'avons pas pu obtenir d'informations géolocalisées nous permettant de déterminer la situation dans les QPV seine-et-marnais.

En revanche, nous savons que le nombre de bénéficiaires de l'ASPA n'a cessé d'augmenter dans le **département** depuis 15 ans, passant de 5 540 en 2010 à 8 660 en 2023, soit **une augmentation de près de 64 % de bénéficiaires**.

Bénéficiaires du minimum vieillesse – Seine-et-Marne

Source : Insee - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001757032>



⁵⁷ *Le non-recours aux prestations sociales*, Les dossiers de la DREES, n° 57, juin 2020. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/le-non-recours-aux-prestations-sociales-mise-en-perspective>

Les ménages d’une personne dans les QPV seine-et-marnais : un appel à une vigilance particulière en raison de la précarisation accrue et des risques d’isolement social, notamment des femmes et des personnes étrangères

En 2020, dans les quartiers prioritaires de la ville de Seine-et-Marne, il y a près de 32,1 % de **ménages d’une personne**, ce qui reste proche des 32,6 % de l’ensemble des QPV Franciliens mais au-dessus 30,2 % du département.

Parmi ces ménages composés d’une seule personne, **les 60 ans et plus représentent environ 44,1 %, soit près de 3 points supérieurs à l’ensemble des QVP d’Île-de-France.**

Cette donnée, détaillée dans le tableau ci-dessous, met un coup de projecteur sur le besoin de lutter contre l’isolement potentiel de ses habitants, qui sont majoritairement des femmes, souvent précaires et souvent veuves ou séparées (les femmes âgées de plus de 60 ans et surtout de plus de 75 ans représentant ainsi les parts les plus importantes des ménages d’une personne dans les QPV seine-et-marnais), mais aussi la question de l’occupation et de la typologie du logement social face aux demandes et besoins actuels.

Part des ménages d’une personne constitués d’une personne âgée en 2020 dans les QPV seine-et-marnais

[Données Insee 2020, géographie 2024]

Type de données	Tranche d’âge de 60-74 ans	Tranche d’âge de 75 ans et plus
Part de ménages d’une personne dans les QPV de Seine-et-Marne	28,9 %	15,2 % Soit 44,1 % cumulés de 60 ans et plus ménages d’une personne dans les QPV seine-et-marnais, contre 41,4 % dans l’ensemble des QPV d’Île-de-France
Part des femmes parmi les ménages d’une personne dans les QPV seine-et-marnais	65,7 % (contre 63 % dans l’ensemble des QPV d’Île-de-France)	79,9 % (contre 76,5 % dans l’ensemble des QPV d’Île-de-France)
Part d’ étrangers parmi les ménages d’une personne dans les QPV seine-et-marnais	21,6 % (contre 22 % dans l’ensemble des QPV d’Île-de-France)	18,1 % (contre 63 % dans l’ensemble des QPV d’Île-de-France)

Estimations QPV réalisées selon nos propres calculs
Sources des données QPV Seine-et-Marne et Île-de-France 2020 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8237935?sommaire=8186144>
Sources France : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8236231>

Ainsi, comme le montre ce tableau, la **population des 60 ans et plus** au sein des QPV seine-et-marnais est **très féminisée** et dans des proportions **encore plus élevées** que la moyenne **des QPV d’Île-de-France**.

En effet, les **parts de femmes 60 ans et plus et de 75 ans et plus parmi les ménages d’une personne dans les QPV de Seine-et-Marne** sont particulièrement élevées, dans des niveaux comparables au niveau national des dernières années mais encore un peu plus importants que la moyenne de l’ensemble des QPV d’Île-de-France, celles-ci représentant donc les **grandes majorités des « ménages solos âgés »** de ces territoires : **65,7 % de femmes parmi les 60-74 ans** (+2,7 pts que la moyenne régionale des QPV) et **79,9 % parmi les 75 ans et plus** (+3,4 pts que la moyenne régionale des QPV).

En 2020, **13 des 25 QPV seine-et-marnais** (soit la moitié) ont une part de **femmes âgées de 60 ans et plus parmi les ménages d'une personne** supérieure à la moyenne des QPV d'Île-de-France, dont **7 QPV à plus de 10 points** au-dessus :

- La Renardière à Roissy-en-Brie
- La Grande Prairie et Schweitzer -Laennec à Chelles
- L'Arche-Guedon à Torcy
- L'Almont à Melun
- Champbenoist à Provins
- Anne Frank à Ozoir-la-Ferrière

Toujours selon les données Insee 2020, si nous zoomons sur cette tranche d'âge particulièrement vulnérable, **15 QPV sur 42 de Seine-et-Marne ont une part de femmes âgées de plus de 75 ans au-dessus de la moyenne de l'ensemble des QPV d'Île-de-France**, dont **4 sont à plus de 10 points au-dessus** :

- Mont Saint-Martin à Nemours (où 100 % des femmes âgées de plus de 75 ans habitent seules)
- L'Almont à Melun
- Plateau de Corbeil – Plein ciel à Le Mée-sur-Seine / Melun
- L'Arche Guedon à Torcy

L'autre indicateur d'une plus grande vulnérabilité en lien avec un **possible isolement social et une potentielle solitude** se trouve dans **la part d'étrangers parmi les ménages d'une personne dans les QPV seine-et-marnais** (qui, si l'on suit les recherches en sciences sociales et les études ainsi que notre précédent indicateur, sont souvent des femmes également).

Ces personnes âgées étrangères vivant seules pouvant cumuler les vulnérabilités liées à **l'isolement** mais **aussi au défaut de maîtrise de la langue française et du langage administratif**, représentent **21,6 % des ménages d'une personne** des QPV seine-et-marnais de la tranche d'âge des **60 à 74 ans** et **18,1 % de celle de 75 ans et plus en 2020**, ce qui place les QPV du Seine-et-Marne **au-dessus de ses voisins de l'Essonne et du Val-de-Marne** sur cette situation (*Cf. les notes sur le vieillissement réalisées pour Ressources Urbaines en 2023 et 2024*).

Plus précisément, en 2020, **7 des 25 QPV de Seine-et-Marne avaient une part des étrangers parmi les ménages d'une personne de 60-74 ans, et parfois bien au-delà, au-dessus de la moyenne de l'ensemble des QPV franciliens** (souvent à plus de 35 points) :

- Mont Saint-Martin à Nemours
- Surville à Montereau-Fault-Yonne
- Quartier République Vilvaudé à Villeparisis
- Anne Franck à Ozoir-la-Ferrière
- Plateau de Corbeil – Plein ciel à Le Mée-sur-Seine / Melun
- Le Mail à Torcy
- Schweitzer – Laennec à Chelles

Enfin, **7 QPV seine-et-marnais** ont des parts plus importantes que la moyenne francilienne des QPV de **personnes étrangères parmi les ménages d'une personne de 75 ans et plus**, catégorie réputée particulièrement vulnérable, **dont 6 à plus de 10 points au-dessus**⁵⁸ :

- Mont Saint-Martin à Nemours
- Surville à Montereau-Fault-Yonne
- La Renardière à Roissy-en-Brie
- Le Mail à Torcy
- La Plaine de Lys – Bernard de Poret
- Quartier République Vilvaudé à Villeparisis

Provenance des personnes immigrées en Seine-et-Marne : du Portugal, de l'Algérie puis du Maroc

Parmi les personnes de 55 ans ou plus, le **Portugal** est le pays de naissance des étrangers – personnes immigrées le plus souvent représenté en Seine-et-Marne (département francilien où les parts d'étrangers et d'immigrés sont les moins importantes)⁵⁹, **suivi de l'Algérie et du Maroc**.

Part des immigrés dans les départements de France hexagonale selon le pays de naissance en 2021

Classement 2021	Implantation des immigrés		Principales origines des immigrés en 2021		
	Départements	Part (en %)	1	2	3
1	Seine-Saint-Denis	31,4	Algérie	Maroc	Tunisie
2	Val-de-Marne	22,6	Algérie	Portugal	Maroc
3	Val-d'Oise	20,8	Algérie	Maroc	Portugal
4	Paris	20,6	Algérie	Maroc	Tunisie
5	Hauts-de-Seine	19,5	Maroc	Algérie	Tunisie
6	Essonne	17,8	Portugal	Algérie	Maroc
7	Yvelines	15,5	Maroc	Portugal	Algérie
8	Alpes-Maritimes	15,1	Tunisie	Italie	Maroc
9	Seine-et-Marne	14,7	Portugal	Algérie	Maroc
10	Rhône	13,1	Algérie	Tunisie	Maroc
	France métropolitaine	10,2	Algérie	Maroc	Portugal

Champ : France métropolitaine. 10 départements métropolitains avec la plus forte proportion d'immigrés.

Source : Insee, recensement de la population 2021, exploitation principale. Données réajustées.

Ce qui est conforme à leur « poids » tout âge confondu, selon des données un peu plus récentes d'ailleurs, mais **la part importante de personnes nées au Portugal restent une particularité notable** par rapport aux autres départements franciliens et aux répartitions entre nationalités sur le plan national. Ainsi, en Île-de-France, et parmi les 10 départements de l'hexagone comprenant les

⁵⁸ **NB** : des données sont manquantes pour certains QPV ; le nombre d'entre eux dépassant les moyennes départementales est probablement encore plus important.

⁵⁹ **Sources** : Étrangers - Immigrés en 2019 Département de Seine-et-Marne (77) – Données Insee, paru en juin 2022 - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6455264?sommaire=6455286&geo=DEP-77> ; Étrangers - Immigrés en 2020 Département de Seine-et-Marne (77) – Données Insee, paru en juin 2023 - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7633125?sommaire=7633727&geo=DEP-77>

parts les plus importantes de personnes immigrées, seule l'Essonne et la Seine-et-Marne ont la population d'origine portugaise la plus importante parmi les personnes immigrées.

De plus, en Seine-et-Marne, c'est parmi les étrangers – immigrés d'**origine portugaise que la part de 55 ans et plus est la plus forte**, celle-ci étant d'ailleurs la classe d'âge la plus importante dans cette catégorie de population, alors que les autres catégories de personnes étrangères ou immigrées mises en avant dans le tableau suivant la classe d'âge de 25 à 54 ans est systématiquement la plus nombreuse.

Croisement des classes d'âge avec le pays de naissance – Seine-et-Marne

RP 2020, Insee

	Moins de 15 ans	15 à 24 ans	25 à 54 ans	55 ans ou plus	Ensemble
Portugal	1 123	1 348	12 851	15 983	31 306
Italie	580	415	1 614	2 611	5 220
Espagne	391	209	1 049	3 080	4 729
Autres pays de l'Union Européenne	793	899	6 811	3 816	12 319
Autres pays d'Europe	671	757	4 326	1 790	7 544
Algérie	638	1 064	13 831	6 649	22 182
Maroc	318	743	9 923	4 407	15 391
Tunisie	281	386	4 521	1 956	7 144
Autres pays d'Afrique	2 291	5 874	35 430	9 634	53 228
Turquie	238	714	5 186	1 393	7 531
Autres pays	1 386	2 365	20 837	12 345	36 933
Ensemble	8 711	14 775	116 379	63 664	203 527

Source : Insee, RP2020 exploitation principale, géographie au 01/01/2023.

L'Île-de-France, et en particulier le Val-de-Marne, l'Essonne et donc la Seine-et-Marne, ont été des terres d'accueils de vagues importantes de migration en provenance du Portugal, principalement des années 1950 jusqu'à la fin de la dictature en 1974. Ce qui pourrait expliquer l'âge moyen plus avancé des personnes originaires du Portugal par rapport aux autres pays de provenance, ceux-ci étant probablement plus anciennement implantés sur le territoire français et seine-et-marnais.

Une question demeure : quel pays de naissance est le plus représenté dans les QPV de Seine-et-Marne ? En effet, bien que nous sachions que tendanciellement les parts d'immigrés et d'étrangers sont plus importantes que dans d'autres territoires, le détail par commune et QPV du pays de naissance n'existe pas en France pour l'Insee.

Si l'on croise ces données Insee avec des exploitations d'autres données Insee par les services du ministère de l'Intérieur, on constate que les personnes originaires de pays du Sud de l'Europe (parmi lesquels le Portugal est surreprésenté) sont plus souvent propriétaires de leur logement que

les personnes originaires du Maghreb et surtout moins souvent locataires en HLM (donc *a priori* moins souvent en QPV).

Ainsi, nous pouvons faire l'hypothèse que les personnes originaires de l'Algérie et du Maroc sont probablement plus nombreuses que celles originaires du Portugal dans les QPV seine-et-marnais. Ce qui a son importance en matière d'appréhension des parcours migratoires des personnes âgées immigrées ou étrangères, comme le fait, entre autres, que le Maroc et l'Algérie ont été des pays colonisés par la France (et qu'ils n'ont pas connu les mêmes processus et conditions d'indépendance d'ailleurs), alors que le Portugal non, mais aussi en matière de maîtrise différenciée de la langue française et surtout des registres de langage administratif et judiciaire. Ce dernier point influe sur les situations d'accès et de recours, maximisant d'autant les risques de nonaccès et de non-recours, comme nous le détaillerons plus loin dans cette note. Ce qui peut jouer également en matière de types de relations et solidarités familiales, sans tomber non plus dans un culturalisme réducteur, étant donné les variations grandes dans le « faire famille » en fonction des régions d'origine, du parcours migratoire et d'implantation, des classes sociales, âges des membres de la famille, composition de la famille, activités professionnelles, etc.

Une rénovation du parc de logement sociaux et leur adaptation d'autant plus importantes étant donné leur ancienneté voire leur vétusté

Selon la préfecture de la région Île-de-France, au 1^{er} janvier 2021, l'ancienneté moyenne du parc de logements sociaux de la région Île-de-France est de 44,0 ans, contre 40,0 ans en France métropolitaine⁶⁰. Selon elle, « *l'ancienneté des constructions influe sur le **diagnostic de performance énergétique des logements (DPE)**. En 2021, 79,4 % des logements du parc locatif social de la région ont fait l'objet d'un DPE. Les logements classés en A et B, considérés comme peu énergivores, représentent 9,4 % du parc social disposant d'un DPE renseigné, contre 15,0 % en France métropolitaine. Les logements classés en F et G, qualifiés de "passoires thermiques" et considérés comme très énergivores, en représentent 2,9 % (4,0 % au niveau national).* » En résumé, dans le parc social francilien, plus ancien qu'au niveau national, légèrement moins de passoires thermiques mais moins de logements peu énergivores.

La Seine-et-Marne a une part importante de ses logements sociaux de ses **QPV** déclarés comme résidence principale qui ont été **construits avant 1970** : ainsi, en 2017, selon les données Insee [données 2020, géographie 2024], cette part était de **36,1 %**. Certes, d'autres comme les Hauts-de-Seine et Paris ont davantage de logements anciens de plus de 60 ans et la part francilienne sur cette même période est plus élevée (49,4 %). Cependant, au-delà de la **performance et de la résilience énergétique des logements**, qui ont leur importance sur le caractère vivable des logements à la vue du dérèglement climatique et du réchauffement en cours, c'est bien la question de **l'accessibilité** dont il est aussi question à travers l'ancienneté du parc. La **plupart des logements les plus anciens des QPV, et la Seine-et-Marne n'échappe pas à ce constat, et donc les bâtiments en eux-mêmes et leurs abords proches, ne correspondent pas aux normes accessibilités, dont PMR (Personnes à Mobilité Réduite)**. Un ascenseur qui tombe en panne - et qui le reste pendant plusieurs jours, semaines, voire années -, ce sont plusieurs dizaines voire centaines de personnes impactées, en particulier les personnes à mobilité réduite, dont les personnes âgées font souvent partie. Ainsi, bien que nous n'ayons pas eu à disposition la part de logements sociaux rénovés et adaptés dans

⁶⁰ https://dreal.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/parc_social/2021/ile_de_france/dpe.html

les QPV seine-et-marnais ces dernières années, nous avons deux indicateurs du défi que représentent la rénovation « inclusive » et l'adaptation de ces logements sociaux : seulement 18,4 % d'entre eux ont été construits en Seine-et-Marne entre 2005 et 2017, ce qui reste dans la moyenne francilienne, mais laisse présager une vétusté et une inadaptation de bon nombre de logements et des besoins en matière de travaux.

De plus, l'agencement des passages au sein des parties communes et logements n'est très souvent pas adapté non plus (circuler en fauteuil roulant et parfois même en déambulateur peut s'avérer compliqué). La règle en matière d'accessibilité est **la continuité du parcours entre les différents espaces de vie, services et établissements**, quel que soit le territoire d'ailleurs. Il est donc essentiel d'y réfléchir de manière transversale lors des programmes de rénovations urbaines afin de pouvoir prétendre rendre les QPV inclusifs et plus confortables et praticables pour les personnes âgées y compris en perte de mobilité.

Certains QPV seine-et-marnais sont particulièrement anciens (aux parts conséquentes de logements construits avant 1970, à plus de 60 % de leur parc social) :

- La Grande Prairie et Schweitzer - Laennec à Chelles
- Orly Parc à Lagny-sur-Marne
- Plateau de Corbeil – Plein Ciel à La Mée-sur-Seine / Melun
- Les Fougères à Avon
- Anne Franck à Ozoir-la-Ferrière
- Les Templiers à Coulommiers

Avec les mêmes données Insee 2020, **deux QPV se détachent en matière et de logements anciens construits entre 1946 et 1970 et de parts cumulées importantes d'autres indicateurs de vieillissement/vulnérabilités** : Schweitzer - Laennec à Chelles et Les Templiers à Coulommiers.

Diversifier les types de logements et d'habitats : rapide état des lieux en Seine-et-Marne et ses QPV

Selon le Schéma départemental de l'autonomie de Seine-et-Marne 2024-2028, « *en Seine-et-Marne, au 31/12/2021, les 32 résidences autonomes comptaient au total 2 099 places, soit un taux d'équipement de 26,1 places, nettement inférieur au niveau régional (32,3) mais supérieur au niveau national (20,4). Malgré un taux d'équipement faible, cette offre est jugée insatisfaisante par les partenaires et ne répondant plus aux aspirations des personnes âgées peu dépendantes*⁶¹. »

Le Département reconnaît que l'offre en **habitat inclusif et en accueil familial est à renforcer**. Ainsi, « *l'offre en habitat inclusif est en cours de développement sur le territoire. Le Département a lancé en août 2022, un recueil des initiatives en matière d'habitats adaptés/ partagés/ inclusifs pour les années 2023 à 2027. Quant à l'offre en accueil familial, elle reste une offre clé dans les territoires ruraux à l'est du département. L'enjeu est de s'assurer que les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies.* »

⁶¹ [dgas-24-brochure-schema-autonomie-web-1.pdf](#)

Les **résidences autonomie** également participent de la diversification de l'offre d'habitat. Nous pouvons lister les **communes avec QPV ayant une résidence autonomie**, démontrant une couverture territoriale potentielle des QPV seine-et-marnais relativement satisfaisante malgré un certain nombre de résidences et de place à développer :

- Nemours
- Montereau-Fault-Yonne
- Varennes-sur-Seine (sans QPV mais jouxtant Montereau-Fault-Yonne)
- Coulommiers
- Villeparisis
- Chelles (qui en compte 2)
- Torcy
- Noisiel
- Champs-sur-Marne
- Lagny-sur-Marne
- Meaux

L'est et le nord du département (autour de La Ferté-sous-Jouarre et Provins), ce qui est récurrent pour une grande partie de l'offre en QPV et ailleurs, sont moins bien lotis en la matière.

Bien que la prise en compte du vieillissement dans le logement et l'habitat soit encore parcellaire dans les QPV de Seine-et-Marne et d'ailleurs, la diversification et le développement d'offres d'habitats dits intermédiaires sont en cours et semblent représenter une solution d'avenir à soutenir, 3^{ème} voie entre maintien à domicile et placement en établissements.

Actions inspirantes ou existantes sur le territoire en faveur du logement, de l'habitat et du cadre de vie des personnes avançant en âge

Au sein de ces encadrés bleus, nous mettons en avant des actions inspirantes et quelques exemples d'actions existant sur le territoire de Seine-et-Marne ou ailleurs pouvant agir en faveur des différents enjeux thématiques présentés dans notre note.

Nous n'avons pas pu obtenir des éléments de bilan et d'évaluation de ces actions, nous les listons avant tout pour susciter réflexions et échanges entre acteurs de Seine-et-Marne.

Ici, nous présentons des exemples d'actions œuvrant en faveur du logement, de l'habitat et du cadre de vie des personnes avançant en âge.

Exemples d'actions existantes :

■ Pour maintenir le plus longtemps possible à domicile tout en coordonnant mieux les professionnels et mutualisant les ressources : l'exemple des CRT

Le vieillissement de la population pose des défis majeurs en matière d'accompagnement des personnes âgées. Pour y répondre, la résidence Les Champs à Coulommiers (ville avec QPV dont les indicateurs que nous avons construits invitent à une certaine vigilance) a mis en place un Centre de Ressources Territorial (CRT), inauguré le 22 mai 2025⁶².

Selon nos informations, 2 autres CRT sont portés ou en cours de montage : un par l'EHPAD ACEP Le Patio à Roissy-en-Brie (commune avec QPV également, le QPV de la Renardière n'étant pas très loin et celui d'Anne Franck de la commune d'Ozoir-la-Ferrière non plus) et un autre par l'EHPAD Rosa Gallica à Provins (commune avec QPV aussi ; celui-ci étant situé à proximité).

Le CRT est un dispositif qui vise à retarder l'entrée en EHPAD, en offrant un accompagnement renforcé à domicile lorsque les services classiques ne suffisent plus⁶³. De plus, il ambitionne d'être un outil à la coordination et à la mutation entre acteurs locaux de l'autonomie. Les équipes d'un CRT sont composées a minima comme suit : un médecin coordonnateur ; un coordinateur du CRT ; un infirmier, des aides-soignants, des assistants de soins en gériatrie, des auxiliaires de vie/accompagnants éducatifs et sociaux ; un ergothérapeute ; un psychologue ; un animateur.

Un CRT propose pour les personnes de 60 ans et plus des actions à « domicile » :

- Une volonté d'une meilleure coordination des intervenants en lien avec l'aidant : services d'aide et de soins à domicile, médecins traitants et spécialistes, etc.
- Un accès aux soins et à la prévention qui se veut optimisé par une meilleure coordination des ressources et un partage d'expertise professionnelle.
- Des solutions pour adapter et sécuriser son logement : téléassistance, service d'astreinte 24h/24, 7j/7, conseils pour l'aménagement du domicile, en complément des dispositifs existants (MaPrimeAdapt).
- Une réponse aux besoins du quotidien : présence au domicile en complément des heures de lien social, soutien des aidants, aides dans les démarches administratives.
- Un soutien pour accompagner les accidents de la vie et anticiper les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation.

Et des actions « Près de chez soi »

⁶² Plus de détails sur cette ouverture ici : <https://www.rse-magazine.com/bien- vieillir-chez-soi-coulommiers-maison-retraite-ccompagnement-domicile/>

⁶³ Explications sur les CRT ici <https://solidarites.gouv.fr/centre-de-ressources-territorial> et ici <https://www.ilede-france.ars.sante.fr/centres-de-ressources-territoriaux>

- Des activités de prévention de la perte d'autonomie et de lien social : des activités physiques adaptées, des temps de convivialité, des activités de loisir, des groupes de parole... en lien ou non avec un EHPAD partenaire.
- Des solutions de soutien et de répit pour les aidants, en collaboration avec les acteurs présents sur le territoire (plateforme d'accompagnement et de répit à destination des aidants, psychologues, associations...).

L'État porte l'objectif de développer 500 CRT à l'horizon 2028. Au 31 décembre 2024, 175 CRT étaient installés.

Les EPHAD et les services à domicile seine-et-marnais se saisiront-ils massivement de ce nouveau dispositif ? Il serait en tout cas pertinent d'évaluer l'efficacité de ces nouveaux centres en matière de maintien viable à domicile et d'une meilleure coordination entre professionnels et également d'inclure une réflexion sur l'usage de ces services en expansion par les habitants des QPV seine-et-marnais.

■ **Pour diversifier l'offre d'habitats « intermédiaires et alternatifs » en Seine-et-Marne :**

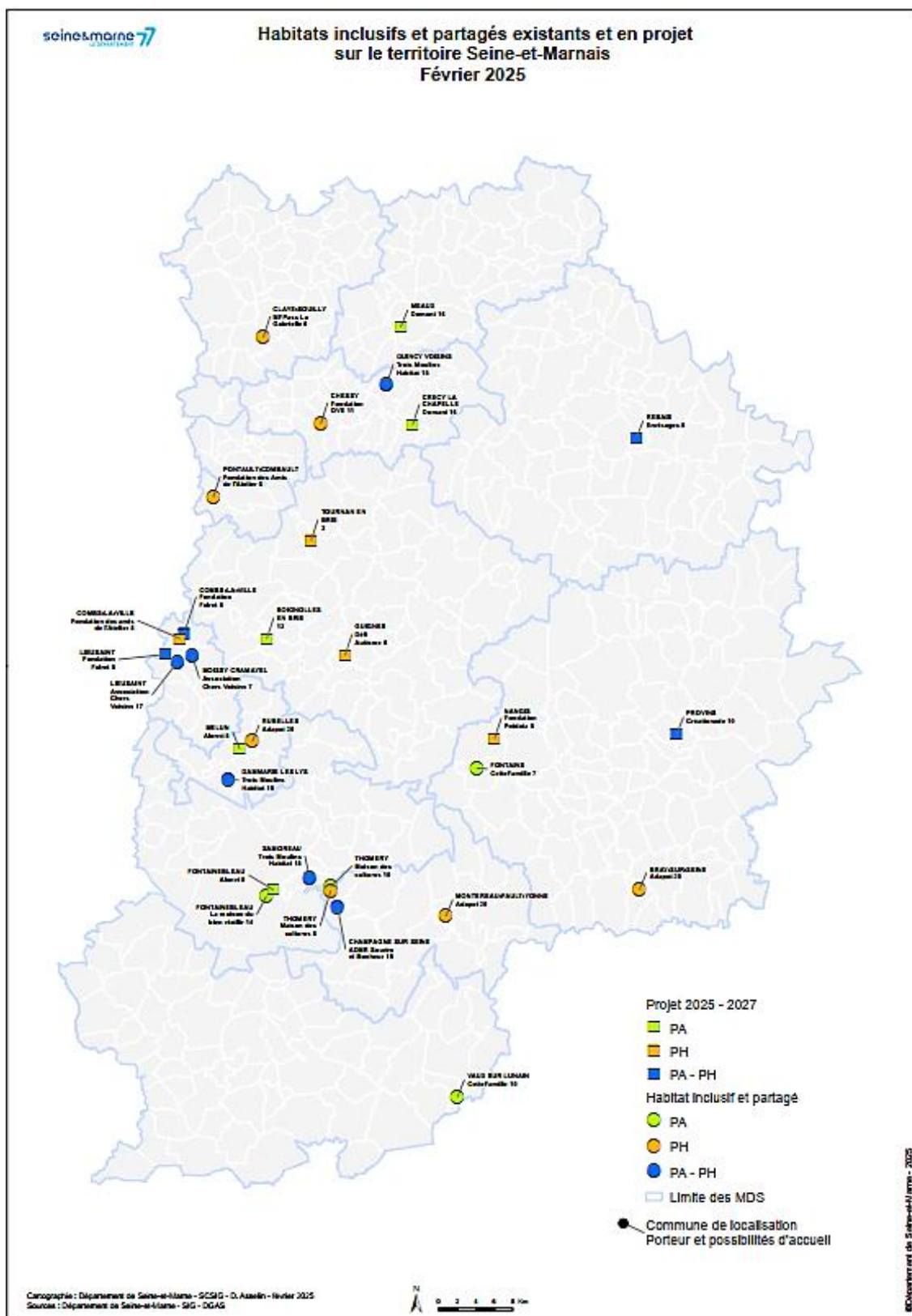
Le Département et ses partenaires sont entrés dans une phase active de soutien au développement de l'offre d'habitats intermédiaires et alternatifs au placement dans un EHPAD, comme les logements inclusifs, dédiés, partagés, qui devrait permettre d'étoffer le choix offert aux personnes en situation de handicap et/ou vieillissantes en Seine-et-Marne.

Dans la carte suivante, nous pouvons identifier 10 habitats alternatifs en capacité d'accueillir des personnes âgées déjà existants en février 2025 et 9 projets à venir dans un futur proche.

Qu'en est-il de la couverture des habitats « alternatifs » à proximité des QPV ?

Des habitats inclusifs, partagés et dédiés aux personnes âgées sont ou seront présents dans un futur proche sur les territoires de :

- Champagne-sur-Seine
- Provins
- Avon pourra bénéficier de ceux de Fontainebleau ou Samoreau
- Melun
- Dammarie-les-Lys
- Meaux



Des communes avec pourtant des QPV vieillissants et indicateurs d'alerte élevés selon notre étude ne bénéficient pas de projets de tels habitats à destination des personnes âgées, comme **Monte-reau-Fault-Yonne**, **Nemours**, **Coulommiers** et la **Ferté-sous-Jouarre**, ainsi que, une fois n'est pas cou-

tume car ce sont des territoires généralement mieux dotés en offres et services de différentes natures, les QPV du nord-ouest du département (ceux des EPCI des Portes Briardes, Marne-et-Gondoire, Paris Vallée de la Marne, Roissy Pays de France).

Des initiatives sur ces territoires seront certainement à soutenir en matière d'habitats alternatifs afin d'y diversifier leur offre à destination des personnes âgées et de leur entourage.

Exemples d'actions inspirantes :

■ Pour rénover les QPV en respectant des principes de ville inclusive

- Dans le département voisin de la Seine-Saint-Denis, le Conseil départemental a publié en 2021 un **référentiel « Seine-Saint-Denis favorable au handicap et au vieillissement⁶⁴ »**. Différentes thématiques y sont abordées dans le but d'aiguiller tout acteur (en particulier les communes) souhaitant prendre en compte les situations de handicap et de vieillissement pour rendre le territoire inclusif et accessible (dans un département fortement urbanisé, avec de nombreux QPV) : la sensibilisation, la communication mais aussi les nouvelles formes d'habiter afin de prendre en compte les enjeux du vieillissement aussi bien au niveau du logement, de l'immeuble que du quartier et des mobilités. Ce référentiel est en lien avec la charte de coopération « pour des quartiers inclusifs en Seine-Saint-Denis » (2021-2023), signée par de nombreuses institutions en charge des politiques de l'autonomie, de l'habitat et de l'aménagement comme le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, l'Agence nationale pour la rénovation urbaine, l'AORIF – Union Sociale pour l'Habitat, l'Agence régionale de santé, la Caisse des dépôts, l'Assurance retraite, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la direction régionale et interdépartementale de l'Hébergement et du Logement.
- À titre d'exemple et d'inspiration d'une rénovation urbaine intégrant la problématique du vieillissement, de la prévention de la perte d'autonomie et de la vivabilité des espaces, nous pouvons également mentionner le projet initié en 2020 du **nouveau programme de renouvellement urbain (NPRU) du quartier sud de Choisy-le-Roi⁶⁵**. Ce projet, qui se veut au service d'« un urbanisme durable, favorable à la santé et adapté aux enjeux du vieillissement », se fonde entre autres sur une étude de *benchmark* d'opérations d'aménagement estimées favorables au vieillissement, ce qui a permis de construire « **un référentiel vieillissement** » pour cette opération. Celui-ci s'est articulé autour de plusieurs thématiques clés : cohérence globale des aménagements ; le confort (intimité, contact avec la nature, points de fraîcheur, assises, marchabilité) ; l'accessibilité (principes d'implantation, voie et accès, feux de signalisation) ; la prévention de la perte d'autonomie (animation et appropriation ; les activités physiques) ; la sécurité (signalétique, visibilité, revêtements et matériaux, entretien, utilisation de l'espace urbain) ; le logement (ergonomie, domotique, salle de bain adaptée et évolutive, circulation dans l'immeuble, etc.). Ce projet s'est appuyé également sur un outil d'aide à l'intégration de la santé dans les opérations d'aménagement, ISadOrA (Intégration de la Santé dans les Opérations d'Aménagement), développé par l'ESHEP. Cette opération de renouvellement urbain pourrait ainsi inspirer des opérations futures sur les territoires QPV de Seine-et-Marne

⁶⁴ Lire ici : <https://seinestdenis.fr/anru-renovation-urbaine-pour-une-seine-saint-denis-inclusive-favorable-au-vieillissement-et-au-handicap/>

⁶⁵ Lire ici : <https://www.grandorlyseinebievre.fr/information-transversale/actualites/quartier-sud-de-choisy-le-roi-un-urbanisme-durable-favorable-a-la-sante-et-adapte-aux-enjeux-du-vieillissement-3801> et ici : <https://www.grandorlyseinebievre.fr/information-transversale/actualites/quartier-sud-de-choisy-le-roi-un-urbanisme-durable-favorable-a-la-sante-et-adapte-aux-enjeux-du-vieillissement-3801>

- **Pour favoriser la mobilité autonome des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie : trouver appui dans la « gérontechnologie » et soutenir les initiatives locales citoyennes y compris « low tech »**

Comme nous le détaillerons plus loin, les interventions à domicile sont à consolider et à diversifier, en particulier pour les personnes les plus dépendantes et isolées socialement et familialement. Cependant, en parallèle, il convient de favoriser leur mobilité. Celle-ci passe par la **diffusion facilitée de matériel** (cannes, déambulateurs, fauteuils roulants) mais aussi par de **l'aide humaine sur les territoires des QPV**. La mise en œuvre de **navettes conformes aux normes d'accessibilité** entre les différents quartiers facilitant les déplacements complémentaires aux lignes de bus régulières peut également compléter le renforcement de la mobilité des personnes vieillissantes.

De plus, en parallèle d'investissements de fond de grande ampleur, des actions plus locales et ciblées comme des « **handi-créathons** » pourraient être développées en complément au niveau de la Seine-et-Marne en partenariat entre le monde associatif, le travail social, les universités et les « premiers concernés » eux-mêmes. Ces initiatives de journées dédiées à la conception et fabrication de solutions peu chères, agiles et coconstruites se développent actuellement en France, comme récemment à l'université de Bretagne occidentale à Brest, qui organise depuis quelques années des journées « **handi-créathons**⁶⁶ ». De ces rencontres entre techniciens, ingénieurs, étudiants ou « **geeks** » de l'informatique avec des étudiants et professionnels du travail social et médico-social, mais aussi avec les premiers concernés par les situations de handicap eux-mêmes, peuvent surgir des innovations techniques adaptées, en mode « **low tech** » inventif. La ou les *low-tech*, littéralement « basses technologies », désignent une catégorie de techniques durables, simples, généralement peu coûteuses à produire, appropriables et résilientes. Nous pourrions les traduire par « technologies douces ». Cela peut se traduire par le façonnage d'objets ergothérapeutiques à l'aide par exemple d'une imprimante 3D.

Les universités, établissements supérieurs, organismes de formation au travail social et soins infirmiers et les mouvements d'éducation populaire de Seine-et-Marne pourraient s'inspirer de ce type d'initiatives.

Ainsi, ces moments partagés de co-construction d'outils au service de la mobilité des seniors porteurs de handicap moteur ressortent de la « gérontechnologie », dans sa version vertueuse car associée à des moments de rencontre, de convivialité et de partage vecteurs de liens sociaux.

La gérontechnologie, définie comme la combinaison de services aux seniors et de technologies innovantes, est ainsi considérée de plus en plus comme une stratégie clé pour aider à satisfaire les besoins d'une population vieillissante.

Quatre types principaux de technologies et de services innovants peuvent être identifiés⁶⁷ :

- ceux qui contribuent aux examens médicaux : instrumentation et biocapteurs, imagerie médicale, dispositifs médicaux, etc. ;

⁶⁶ <https://nouveau.univ-brest.fr/fr/actualite/handi-creathon-3eme-edition> ; <https://ubooopenfactory.univ-brest.fr/Agenda-des-evenements/Handi-Creathon-edition-speciale-Acces-plage-et-littoral>

⁶⁷ Gannon, F., Garrec, G. & Touzé, V. (2020). IX / Vivre longtemps et risque de perte d'autonomie : quelles politiques publiques en Europe ? Dans : OFCE éd., *L'économie européenne 2020* (p. 109-122). Paris: La Découverte.

- ceux de la e-santé et de l'information médicale : partage des dossiers médicaux, applications de santé smartphones et tablettes tactiles, etc. ;
- ceux dédiés à la rééducation, la correction ou la suppléance fonctionnelle des déficiences (par exemple, fauteuil ou lit motorisé) ;
- ceux liés à l'aménagement de l'habitat (par exemple, système de détection des chutes).

Cette gérontechnologie, combinant *hi-tech* et initiatives *low-tech*⁶⁸, représente ainsi un axe à développer en parallèle des autres services existants et chantiers à venir pour une meilleure prise en compte du vieillissement dans les QPV de Seine-et-Marne, à la condition que ce type d'aide technique ne se substitue pas à l'aide humaine et aux activités vectrices de liens sociaux.

Cette prise en compte sur le plan de l'habitat et de l'urbanisme passe également par une compréhension et intégration d'une dimension importante et englobante du processus de vieillissement : l'accompagnement de la transition biographique des personnes vieillissantes, comme nous l'aborderons plus précisément dans la dernière partie thématique, consacrée aux liens sociaux et familiaux.

⁶⁸ Le terme « *low-tech* » est utilisé pour qualifier des objets, des systèmes, des techniques, des services, des savoir-faire, des pratiques, des modes de vie et même des courants de pensée, qui intègrent la technologie selon trois grands principes : Utile, Accessible, Durable.

5. FOCUS THÉMATIQUE : Vieillissement et santé

« Vieillissement et santé »

Quelques apports issus des sciences sociales

Les QPV : en général, des territoires sous-dotés en matière de santé et des indicateurs de santé dégradés

La santé, qui bien souvent s'impose comme l'entrée première lorsqu'on considère le vieillissement, constitue un des chantiers et un des défis pour les acteurs de la politique de la ville dans la prise en compte du vieillissement.

D'une manière générale, les QPV se caractérisent par la concentration des populations vivant en dessous du seuil de pauvreté (situé depuis 2008 en France à 60 % du revenu médian). Les habitants des quartiers et territoires les plus défavorisés cumulent des difficultés sociales et économiques ayant un impact direct sur leur santé. Des conditions de vie plus précaires, tels que le logement dégradé, une mauvaise alimentation, une plus grande sédentarité ainsi qu'une pénibilité au travail, accentuent en effet les risques sanitaires.

Selon l'Institut Montaigne, « au sein des QPV, ces inégalités de santé sont particulièrement accrues et les besoins de santé apparaissent plus importants : on constate ainsi une prévalence importante de certaines pathologies comme l'obésité - plus de la moitié de la population est en surpoids -, le diabète (+7 points par rapport à la moyenne nationale), les maladies cardio-vasculaires (+3 points d'habitants de QPV souffrent d'hypertension artérielle), l'asthme (+6 points) ou la dépression (+4 points). De même, dans ces quartiers seulement la moitié des habitants estiment être en "bonne" ou "très bonne" santé, contre 69 % des résidents d'autres quartiers⁶⁹. »

Les parcours de soins et état de santé des personnes âgées vivant et vieillissant en QPV en sont ainsi d'autant malmenés

En 2022, une étude réalisée par le Crédoc, et citée au sein d'un rapport des Petits Frères des Pauvres⁷⁰, pointait la forte vulnérabilité des personnes âgées vivant dans le parc social :

« Particulièrement insatisfaites de leurs conditions de logement (69 % contre 7 % pour l'ensemble des retraités interrogés), ces personnes âgées présentent également des signes de fragilités sur le plan familial (48 % vivent seules, +17 pts), économique (59 % considèrent que les dépenses liées au logement constituent une lourde charge, +28 pts), et témoignent d'un état de santé plus dégradé

⁶⁹ <https://www.institutmontaigne.org/expressions/inegalites-de-sante-quelle-situation-dans-les-quartiers-pauvres>

⁷⁰ Petits Frères des Pauvres - Paroles de vieux de banlieue : des territoires du mal vieillir - 12 mars 2025 <https://www.petits-freresdespauvres.fr/sinformer/actualites/paroles-de-vieux-de-banlieue-des-territoires-du-mal-vieillir/>

(23 % se déclarent en mauvaise santé, +15 pts). Ils sont ainsi plus nombreux à juger que leur logement est inadapté à leur état de santé (37 %, soit +21 pts). »

Dans les QPV en général : en plus du non-recours, une offre de soins souvent existante mais altérée par la « discrimination et péjoration territoriale⁷¹ »

Outre les points d'attention urbanistiques et sur l'habitat soulevés par le réchauffement climatique et les vagues de chaleur, la santé est évidemment un enjeu essentiel pour assurer le bien vieillir des personnes âgées des quartiers prioritaires.

La crise Covid-19 nous a rappelé avec une acuité certaine les inégalités territoriales de santé, les QPV ayant été les « grands perdants » en termes de contaminations, décès et d'impacts psycho-sociaux et économiques de cette crise⁷². Par exemple, plus exposés à la circulation du virus, les résidents des QPV étaient ainsi deux fois plus fréquemment testés positifs à la Covid-19 en mars 2020.

Cependant, une offre de soins, bien que lacunaire dans certains domaines et quartiers, existe dans les QPV de France. Ceux-ci sont en moyenne moins mal dotés que les communes rurales. Tous ne sont pas logés à la même enseigne mais beaucoup offrent des services de soins de base (médecins généralistes, pharmaciens, etc.), souvent à moins de 15 minutes à pied.

Les éloignements aux soins ne sont pas donc **pas uniquement des distances géographiques et temporelles** dans les QPV mais aussi des **distances économiques et symboliques** qui marquent ces territoires, sur fond de discriminations, de péjoration territoriale de la part de certains soignants et de renoncements aux soins des habitants, en particulier parmi les plus âgés et isolés, renoncements aggravés par le défaut de maîtrise de langues administratives et juridiques et par l'illectronisme, sur lesquels nous reviendrons plus loin dans ce rapport.

La santé mentale : le parent pauvre de l'offre de soins en France⁷³, d'autant plus pour les personnes âgées, et encore plus dans les QPV

« En 2004, l'OMS adopte une définition de la santé mentale qu'elle décrit comme "un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté". Selon cette définition, le bien-être et le bon fonctionnement individuel et social constituent le fondement de la santé mentale. »

Doré, I. & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>

D'après une note réalisée par le Réseau national des centres de ressources politique de la ville (RNCRPV) en 2020, **les fragilités psychiques ont tendance à être plus importantes au sein des QPV** et ont pu être amplifiées par le confinement du fait de la perte de liens sociaux structurants, de la promiscuité, du climat anxiogène, voire de la difficulté à faire le deuil de ses proches.

⁷¹ Lire : Arnaud Alessandrin, Johanna Dagorn (dir.), « Discriminations territoriales. Ville & Banlieue », *Les cahiers de la LCD*, n° 12, janvier 2021, 144 p., Paris, L'Harmattan, en particulier l'article : Vaillant, Z., Bardes, J. et Rican, S. (2021). De la discrimination positive à la discrimination territoriale : les quartiers en politique de la ville, inégaux face à la santé. *Cahiers de la LCD*, 12(1), 67-91. <https://doi.org/10.3917/clcd.012.0067>.

⁷² <https://www.lagazettedescommunes.com/739333/les-quartiers-prioritaires-sont-les-grands-perdants-de-la-crise-sanitaire/>

⁷³ <https://www.stimulus-conseil.com/la-sante-mentale-parent-pauvre-de-la-sante/> ; <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/la-sante-mentale-parent-pauvre-du-systeme-de-soins-francais-20201208>

En **matière de santé mentale, les communes disposent notamment de deux leviers** : la participation à une gouvernance partagée et l'accompagnement social des personnes en situation de fragilité psychique⁷⁴.

Ainsi, *l'état des lieux national sur le fonctionnement des Conseils locaux de santé mentale édition 2023* affirme que la part des CLSM⁷⁵ couvrant des QPV au niveau national est passée de 75 % d'entre eux en 2018 à 83 % en 2023⁷⁶. Cependant, selon le Commissariat général à l'égalité des territoires⁷⁷, ces CLSM ne couvriraient en 2017 que 36 % de l'ensemble des QPV et, selon l'Amif, seulement 50 % de la population des QPV en janvier 2021⁷⁸.

Toujours selon *l'état des lieux national sur le fonctionnement des Conseils locaux de santé mentale édition 2023*, **la santé mentale des personnes âgées n'est une thématique traitée en tant que telle que par 22 % des CLSM**, celle-ci étant la 11^{ème} thématique en fréquence de traitement (après logement et habitat, santé mentale des adolescents, santé mentale des enfants, prévention du suicide, etc.).

La **moindre couverture en général dans les QPV par des outils de coordination et prévention territoriale comme les CLSM est d'autant plus dommageable qu'avec l'avancée en âge** augmentent les **risques** de détérioration de la santé mentale⁷⁹ et la **prévalence** de différents troubles psychiques, parfois associés entre eux et à des troubles physiologiques (dépression, attitude suicidaire, Alzheimer et démence pour les plus âgées, etc.).

Les institutions prennent conscience de l'effort à faire en matière de santé publique dans les QPV et encore plus à destination des aînés

Comme nous l'avons dit, la crise sanitaire Covid-19 a rendu la nécessité d'un effort encore plus intense en matière d'investissement et de santé publique encore plus visible, encore plus urgente, mettant en **lumière l'impact accru sur les habitants des quartiers, plus exposés au risque, pour des questions d'emploi, de logement, de mode de vie, mais aussi plus fragiles car plus concernés par des pathologies et moins accompagnés par l'offre de soins.**

Des acteurs institutionnels comme l'ANRU et l'ARS Île-de-France en ont pris conscience et ont pu récemment mettre en place une dynamique *via le Club ANRU+*, réseau des acteurs de l'innovation dans le renouvellement urbain. Ainsi, un guide des bonnes pratiques « La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain » a été édité en septembre 2021.

⁷⁴ Amif - Groupe de travail Politique de la ville « La santé mentale dans les quartiers prioritaires de la Politique de la ville » - Compte-rendu de la séance du 9 mars 2022.

⁷⁵ Conseils Locaux Santé Mentale, outils de concertation et de coordination entre élus d'un territoire et acteurs de la santé mentale.

⁷⁶ <http://ressources-clsm.org/letat-des-lieux-national-2023-sur-le-fonctionnement-des-clsm-est-en-ligne/> Détaillons les grands objectifs des CLSM : la lutte contre la stigmatisation et les discriminations des personnes vivant avec des troubles ; la promotion de la santé mentale, du bien-être et du rétablissement ; la prévention des troubles de santé mentale ; l'insertion sociale, l'autonomie et la pleine citoyenneté des personnes vivant avec des troubles ; l'accès aux soins et la continuité des soins, en lien avec les parcours de vie. Pour atteindre ces objectifs, ils mettent en œuvre des actions et des politiques locales sur un grand nombre de thématiques, arrêtées par le comité de pilotage qui se base sur un diagnostic local des besoins et/ou sur les préconisations de l'assemblée plénière.

⁷⁷ CGET, remplacé depuis par l'ANCT en 2019.

⁷⁸ Amif, citée *ibid.*

⁷⁹ Définie internationalement par l'OMS, la santé mentale est un état de bien-être, indispensable pour se sentir en bonne santé. Elle ne se définit pas seulement par l'absence de trouble mental ou psychologique. La santé mentale fluctue en permanence parce qu'elle dépend de nombreux facteurs sociaux, économiques, relationnels, environnementaux, physiologiques, etc. Il est possible d'agir sur certains de ces facteurs.

En amont du recours aux soins, les dépistages et préventions des maladies chroniques, physiques et dégénératives sont importants à développer au sein des territoires ; penser la manière d'entrer en contact avec les personnes isolées est donc important.

Enfin, parmi les pratiques existantes de proximité à destination des personnes en fin de vie, dont les personnes âgées, notons qu'il existe des dispositifs œuvrant à offrir des conditions dignes de fin de vie comme les **Équipes Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (EMASP)**. Ces dispositifs se fondent sur une équipe pluridisciplinaire de coordination à disposition des patients ayant une maladie grave nécessitant les soins palliatifs et des professionnels libéraux et institutionnels. Cette équipe travaille généralement en étroite collaboration avec les acteurs du soin en ville (médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens de ville, kinésithérapeutes, ...), les différentes structures de soins hospitalières ainsi que les établissements sociaux et médico-sociaux (EHPAD, MAS, ...).

À notre connaissance, **3 EMASP existent en Seine-et-Marne⁸⁰** : une à Fontainebleau, une à Nemours et une Montereau-Fault-Yonne, ces dernières communes comportant des QPV.

Leur objectif affiché est « *de permettre aux patients de rester dans leur environnement familial tant que la situation l'autorise* » ainsi que d'accompagner les proches de la personne en fin de vie. Ce type de dispositifs est à développer et soutenir afin de pouvoir les proposer le plus facilement possible à l'ensemble des habitants des QPV seine-et-marnais.

⁸⁰ <https://www.ch-sud-seine-et-marne.fr/offre-de-soins/medecine/unite-de-soins-palliatifs/>

« Vieillesse et santé »

La situation dans les QPV de Seine-et-Marne

La perte d'autonomie et la dépendance, en augmentation en Seine-et-Marne, tout comme les parts et nombres de bénéficiaires de l'APA ; l'APA à domicile, qui domine, serait plus importante dans le nord du département

« Pour des raisons historiques, et contrairement à leurs traitements médicaux, les incapacités liées à la vieillesse, au handicap définitif et aux maladies chroniques ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie universelle mais d'abord par l'aide sociale (traditionnellement dédiée aux "bons pauvres", ceux qui sont objectivement incapables de travailler) puis, depuis le 20 juin 2004, par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). [...]

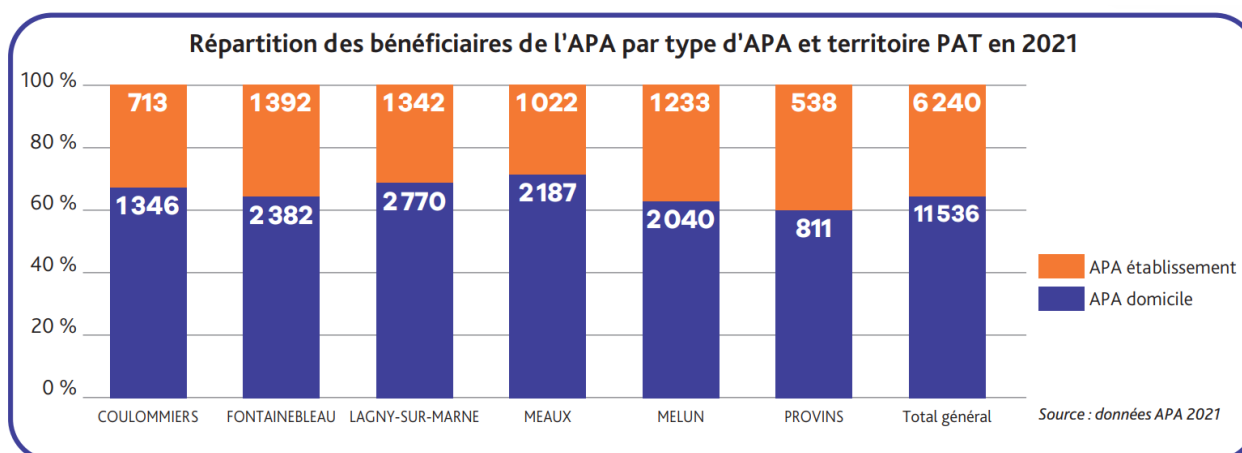
En effet, en passant par l'aide sociale plutôt que par l'assurance maladie, on culpabilise les familles qui souffrent de devoir abandonner leurs vieux et on multiplie les pouvoirs bureaucratiques (conseils départementaux, aides diverses et agences régionales de santé), occasionnant ainsi des dépenses administratives supplémentaires. Le coût de la dépendance est pourtant bien faible au regard du poids financier du système des retraites et du système de santé (Weber 2011), qui sont défendus, eux, par de puissants groupes d'intérêt. »

Weber, F. (2017). Politiques et sciences sociales de la vieillesse en France (1962-2016) : de la retraite à la dépendance. *Genèses*, 106, 115-130.
<https://doi.org/10.3917/gen.106.0115>

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) se décline en 2 sous-catégories, l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile (APAD) et l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement (APAE). Non seulement l'augmentation générale de ces différentes formes d'allocation va représenter un enjeu pour les années à venir mais également sa distribution entre bénéficiaires et l'arbitrage qui en sera fait par les pouvoirs publics, en premier lieu le Conseil départemental, autorité gestionnaire et décisionnaire de son attribution ou non. Derrière se joue le choix politique, financier et organisationnel entre la dominante « établissements », la dominante « domiciliaire » ou encore la troisième voie médiane d'équilibre entre les deux options.

Selon le Schéma départemental de l'autonomie seine-et-marnais 2024-2028, en « 2021, sur le département, 17 704 personnes âgées sont bénéficiaires de l'APA, soit 6,3 % des Seine-et-marnais de 60 ans et plus. Parmi elles, 11 536 vivent à domicile, soit 65 % des bénéficiaires de l'APA. Il est à noter que les territoires du nord de la Seine-et-Marne (notamment Meaux et Lagny-sur-Marne) comptent en proportion davantage d'APA à domicile comparativement aux territoires du sud. »

Selon les informations du Département, les proportions et les nombres de bénéficiaires des APA, APAD et APAE ont augmenté sur le département de Seine-et-Marne, depuis les années 2000 et vont probablement continuer à le faire dans les années qui viennent.



Source schéma : « Schéma de l'autonomie », Département de Seine-et-Marne, 2024-2028

De plus, le Département fait le constat d'une augmentation du taux de grande dépendance à domicile des personnes âgées : « Bien que l'entrée en établissement des bénéficiaires de l'APA ait tendance à augmenter avec l'âge et le degré de dépendance, il est à noter que sur ces dernières années la part des GIR 1-2 bénéficiant de l'APA à domicile est en augmentation : 2 335 bénéficiaires de l'APA à domicile sont en GIR 1-2 en 2021 (soit 20 % des bénéficiaires) contre en 1 862 en 2015. »

Pour les QPV de Seine-et-Marne, nous pouvons formuler l'hypothèse, connue par ailleurs dans les recherches en sciences sociales : « **certains oiseaux se cachent pour vieillir** ». Se fait ainsi le constat de l'existence **d'une plus grande réticence encore des habitants vieillissants des QPV à accepter de vivre dans des établissements ou résidences** accueillant des personnes âgées et ainsi de privilégier le maintien à domicile. Ce qui d'ailleurs correspond aux chiffres avancés par le Département ; Meaux, Coulommiers, Lagny-sur-Marne pour ne citer qu'eux **connaissent proportionnellement des parts importantes d'APA-D et accueillent sur leur territoire un ou des QPV**. Il serait intéressant à l'avenir de creuser la chose et, si cela est possible, de réussir à extraire des chiffres sur l'APA et ses différentes formes au niveau des QPV.

Nous pouvons nous poser **la question également des conséquences d'un éventuel moindre recours à l'APAD dans les QPV**. Cette situation pose les questions des modalités du recours préférentiel à l'APAD, et donc au maintien à domicile, de l'auto-évaluation et perception de l'état de dépendance fait par les personnes elles-mêmes et leur entourage ainsi que les options prises (contraintes ou voulues) par ceux-ci.

Autre point concernant l'évaluation de la situation de l'APA en Seine-et-Marne, concernant les estimations chiffrées départementales des établissements, de la perte d'autonomie en générale et des bénéficiaires des différentes formes d'APA, il faut avoir en tête **les flux de migrations interdépartementales des personnes âgées** souhaitant intégrer un établissement en dehors de leur lieu de résidence : « Toutefois, quelques départements "bénéficient" (au sens où cela fait baisser leur taux de prévalence) de l'exode de personnes âgées en perte d'autonomie vers d'autres départements (Paris et sa petite couronne, ainsi que le Rhône) tandis que d'autres départements accueillent en forte proportion des personnes âgées en perte d'autonomie issues d'autres départements (la Lozère, l'Yonne,

*l'Ain, le Territoire-de-Belfort et dans une moindre mesure, la **Seine-et-Marne**, la Creuse, l'Oise et l'Ardèche) et voient leur prévalence de la perte d'autonomie augmenter⁸¹. »*

Ainsi, la Seine-et-Marne est bien dans une situation d'accueil et on peut se demander si le Conseil départemental **ne financerait actuellement pas davantage de places issues de personnes âgées « migrantes interdépartementales »** que de personnes résidentes depuis plusieurs décennies. Ce qui questionne pour les QPV, quand **on connaît le peu de mobilité résidentielle de leurs habitants**, d'autant plus les plus âgés (qui sont là depuis de nombreuses années bien souvent).

En effet, nous pouvons faire l'hypothèse étant donné leur situation tendancielle plus précaire, leur attachement à leur quartier et la part importante de personnes immigrées et étrangères que cette migration dite de retraite n'est pas souvent le cas de la part des habitants vieillissants des QPV. Lisons le constat de la sociologue Florence Weber quant aux profils socio-économiques dominants au sein de cette migration de retraite, ce qui viendrait étayer notre hypothèse : *« [Cette étude] met également en évidence un phénomène de grande ampleur, qui témoigne de l'émergence d'un "âge de la retraite" comme seconde vie : la migration de retraite des Parisiens. [...] Elle se divise en deux catégories : les retraités parisiens sans attaches, plutôt des cadres supérieurs, et des retraités originaires du village, qui avaient migré pour des raisons professionnelles et considèrent désormais leur vie professionnelle parisienne comme une parenthèse⁸². »*

Comme dit en ouverture de cette sous-partie, les pouvoirs publics, dont les départements, vont devoir faire arbitrage dans les années qui viennent dans leur positionnement par rapport au vieillissement de la population. Le département de la Seine-et-Marne, par rapport aux projections annoncées dans le scénario démographique « haut » devrait avoir de **plus en plus de bénéficiaires d'APA et en particulier d'APAD**.

Le **virage domiciliaire**, si telle est l'option que prendraient les acteurs de la Seine-et-Marne par rapport à ces projections, ne **pourra réussir que si la question de son financement est résolue** :

« En effet, elle est au centre des arbitrages réalisés actuellement par les départements. Or, si dans les années à venir, les personnes âgées dont la perte d'autonomie est sévère restent plus systématiquement à domicile, leurs besoins ainsi que leur coût d'accompagnement seront vraisemblablement plus élevés que celles actuellement à domicile. Il est à craindre que si les financements ne suivent pas, les montants moyens attribués par bénéficiaire risquent de diminuer (comme c'est actuellement le cas lorsque le nombre de bénéficiaires augmente), que l'APA soit moins souvent accordée ou encore que les GIR aient tendance à être davantage sous-évalués. Si tel était le cas, ce sera l'entourage, déjà très sollicité, qui devra assurer la prise en charge. L'instauration d'un tarif de solvabilisation minimum à 22 euros, puis à 23 euros par heure à domicile pour la valorisation d'une heure de service prestataire dans les plans d'aide APA, a permis d'améliorer la rémunération des services d'aide à domicile et les plafonds d'aide ont été relevés ce qui permet de limiter la saturation des plans d'aide liée à cette hausse tarifaire. Par ailleurs, les départements ont reçu des aides

⁸¹ Rapport Institut des Politiques Publiques N° 41 - 16/03/2023 - « Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives », recherche menée par Amélie Carrère, Delphine Roy et Léa Toulemon.

⁸² Weber, F. (2017). Politiques et sciences sociales de la vieillesse en France (1962-2016) : de la retraite à la dépendance. *Génèses*, 106, 115-130. <https://doi.org/10.3917/gen.106.0115>

supplémentaires pour couvrir ce surplus de dépenses, mais celles-ci seront-elles reconduites ? Enfin, le virage domiciliaire ne pourra se faire sans un développement rapide de l'offre à domicile et une meilleure coordination entre les sphères sanitaire et médico-sociale, pour qu'un manque d'offre ne soit pas une cause de sous-consommations de l'aide prévue par les plans d'APA⁸³. »

Nous pouvons clore cette sous-partie en évoquant la **PCH (Prestation Compensatoire du Handicap)**. Depuis le 1^{er} janvier 2021, les personnes dont le handicap répondait avant 60 ans aux critères d'attribution de la PCH, peuvent prétendre à la PCH après 75 ans ([décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020](#)). **En sachant que la PCH n'est pas cumulable avec l'APA. En d'autres termes, à partir de 60 ans**, les personnes qui remplissent les conditions pour prétendre à l'APA peuvent choisir entre le maintien de la PCH ou le bénéfice de l'APA lors du renouvellement de leur droit. Un changement est possible à chaque fin de droits. Selon plusieurs études⁸⁴, les bénéficiaires de la PCH sont proportionnellement plus nombreux dans les QPV et en moyenne reçoivent des montants inférieurs à celui perçu par les habitants des autres territoires.

Selon le Département et son Schéma de l'autonomie 2024-2028, une concentration plus forte des bénéficiaires de la PCH se repère sur les territoires à l'ouest du département. « *En comparaison avec le niveau national et régional, la proportion de bénéficiaires de la PCH dans la population de la Seine-et-Marne fait partie des plus faibles du territoire national avec 3,6 bénéficiaires de la PCH pour 1 000 personnes âgées de moins de 60 ans, contre 5,2 au niveau national. Le diagnostic territorial partagé fait état au 30 novembre 2021 de 4 113 personnes bénéficiaires de la PCH à domicile en Seine-et-Marne. La concentration des bénéficiaires de la PCH suit la logique démographique du département avec une forte concentration de la population dans la partie ouest et urbaine du territoire, notamment sur le territoire de Lagny-sur-Marne (1 568) et de Melun (1 344).* » Ces deux dernières communes intègrent sur le territoire des QPV. À notre niveau, nous n'avons pas pu consulter des données de bénéficiaires PCH dans les QPV, qui seraient intéressantes à obtenir, notamment en fonction de l'âge des bénéficiaires. Ainsi, qu'en est-il de l'usage et maintien de la PCH parmi les personnes de plus de 60 ans et plus de 75 ans en Seine-et-Marne et dans ces QPV ?

À la lumière des informations que nous venons d'exposer et des questions restant en suspens, des **enjeux** se dessinent pour l'avenir non seulement en matière de **financement du maintien à domicile**, comme nous le disions précédemment, mais aussi sur **la capacité des SAAD (Service d'aide et d'accompagnement à domicile) à prendre en charge la grande dépendance au domicile ainsi que les situations complexes**, notamment les personnes âgées les plus en perte d'autonomie et en situation de handicap.

⁸³ Carrère Amélie, Roy Delphine et Toulemon Léa, (2023), Opus cité ibid.

⁸⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER1183.pdf> ; <https://www.banquedesterritoires.fr/handicap-et-territoires-fragiles-la-double-peine>

Le nord-est de la Seine-et-Marne et une partie du sud : territoires les moins bien dotés en matière d'offres d'hébergement, de soins et services médico-sociaux alors que les indicateurs de vieillissement et de vulnérabilités en QPV y sont élevés

Dans son Schéma de l'autonomie 2024-2028, le Département de Seine-et-Marne affirme que « *la présence de professionnels de santé, tant médicaux que paramédicaux, en Seine-et-Marne est parmi la plus faible de France et ne cesse de décroître, malgré les efforts engagés par les différentes autorités compétentes* ».

Selon l'Insee, dans les années qui viennent **la part de 75 ans et plus sera importante** dans le nord du département, alors même **que l'offre de soins et d'hébergement avec soins est d'ores et déjà insuffisante** : « *Si l'on se limite aux seuls équipements de santé, des déficits apparaissent au nord du département (Lizy-sur-Ourq et Saint-Soupplets), mais aussi au nord et au sud du bassin de vie de Provins (La Ferté-Gaucher et Bray-Sur-Seine). [...] Dans ce contexte, la Seine-et-Marne pourrait affronter des difficultés en matière d'équipements. Ce serait particulièrement le cas dans le bassin de vie de Nangis et les secteurs de La Ferté-Gaucher, Coulommiers et La Ferté-sous-Jouarre. Ces territoires sont relativement peu dotés en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus devrait y doubler à l'horizon 2050⁸⁵.* »

Ce qui est d'autant **plus dommageable que Provins (QPV Champbenoist) et surtout Coulommiers et La Ferté-Sous-Jouarre abritent des QPV (les Templiers et Résidence Montmirail)** qui connaissent déjà, selon nos estimations, des indicateurs d'alerte en matière de vieillissement et vulnérabilités associées.

Le **sud du département** n'est pas épargné non plus par des problématiques d'éloignement des services de santé, ainsi, « *dans le bassin de **Montereau-Fault-Yonne**, malgré des équipements relativement nombreux, les difficultés d'accès sont parmi les plus importantes⁸⁶* ». Ce dernier bassin comportant également un QPV avec des indicateurs d'alerte particulièrement élevés, à savoir **Surville**.

Rajoutons que, d'une manière générale, **sur le plan de la santé, l'offre seine-et-marnaise semble pour partie déficitaire** : « *les déficits s'observent toutefois pour certains équipements spécifiques, notamment dans la santé : les établissements de moyen ou long séjour (comme les centres hospitaliers) ou les laboratoires d'analyse médicale⁸⁷* ». Ce qui n'est pas un bon signe pour la prise en compte de la dimension sanitaire du vieillissement seine-et-marnais et en particulier celui des habitant-e-s des QPV, connaissant plus souvent des situations de précarité et non-recours cumulés.

Les **projections faites par l'Insee** et livrées dans cet article de 2021 sur le vieillissement par bassin de vie à l'horizon 2050 invitent à une **vigilance renforcée pour certains territoires**, d'autant plus étant donné la faiblesse en équipement et les distances plus longues à y parcourir : « *Dans ce contexte, la Seine-et-Marne pourrait affronter des difficultés en matière d'équipements. Ce serait particulièrement le cas dans le bassin de vie de Nangis et les secteurs de La Ferté-Gaucher, Coulommiers et La Ferté-sous-Jouarre. Ces territoires sont relativement peu dotés en places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus devrait y doubler à*

⁸⁵ Insee Analyses Île-de-France • n° 133 • Avril 2021 – « Seine-et-Marne : le vieillissement de la population accentuerait l'inégalité des accès aux équipements » - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5355610>

⁸⁶ Insee Analyses Île-de-France • n° 133 • Avril 2021 – Opus cité ibid.

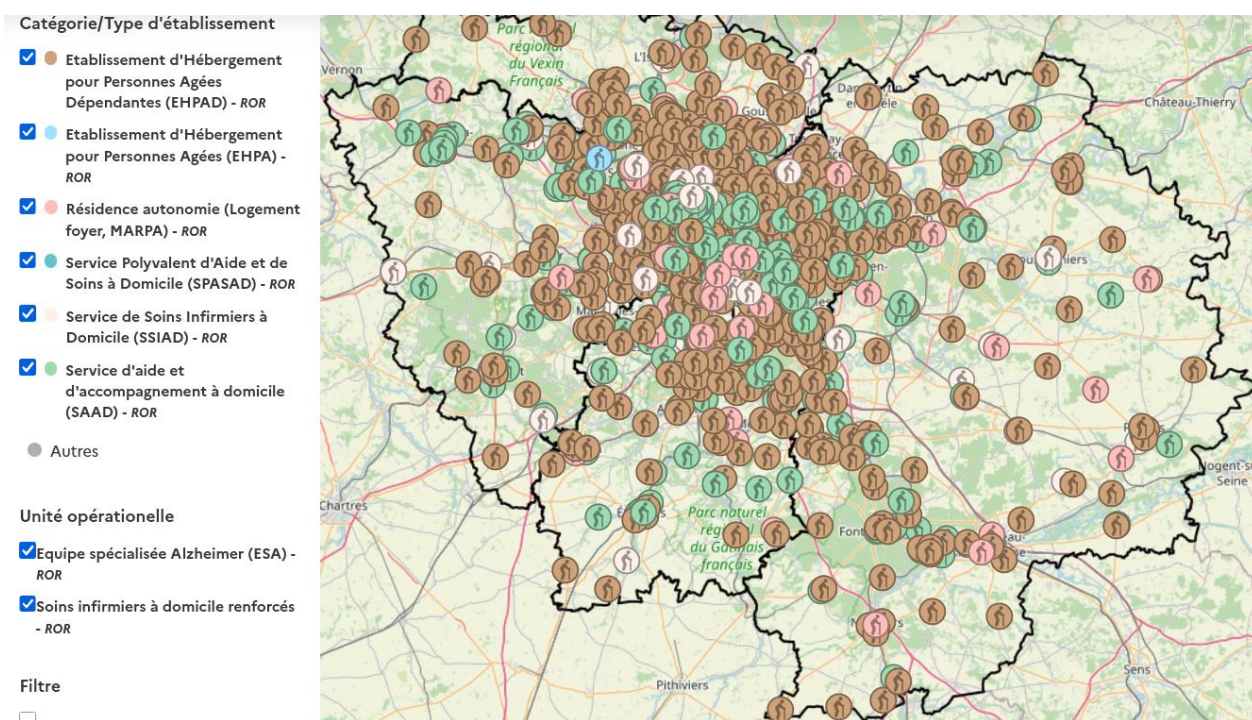
⁸⁷ Insee Analyses Île-de-France • n° 133 • Avril 2021 – Opus cité ibid.

l'horizon 2050. En outre, la configuration de ces espaces est peu propice à la préservation de l'autonomie des personnes les plus âgées : distances importantes à parcourir en voiture, centralité peu dotée en équipements, regroupement hospitalier qui oblige à parcourir des distances importantes, faible développement des transports en commun, coût particulièrement important du transport à la demande (TAD). [...] »

Une autre carte construite par nos soins grâce à l'outil de cartographie interactive mis à disposition par l'ARS Île-de-France, « offre de santé Francilienne⁸⁸ », **confirme bien que les territoires précédemment cités semblent moins bien couverts et moins pourvus en établissements et services dédiés aux personnes âgées.** Pour construire cette carte, nous avons coché toute une série de services et d'offres à destination des personnes âgées : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ; résidence autonomie (Logement foyer, MARPA) ; service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ; service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ; des unités opérationnelles, comme les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) et les soins infirmiers à domicile.

Carte de l'offre de soins à destination des personnes âgées (EHPAD ; EHPA ; Résidences autonomie ; SPASAD ; SSIAD ; SAAD ; ESA ; Soins infirmiers à domicile) dans la Seine-et-Marne et l'Île-de-France

[Selon les données de l'application « offre de santé Francilienne », consultées par nos soins en mai 2025]



À la lecture de la carte précédente, des concentrations de services et établissements apparaissent et l'on repère ainsi d'autres **territoires et communes qui paraissent sous-dotés en unités et établissements dédiés aux personnes âgées** par rapport à leurs enjeux de vieillissement en cours et à venir.

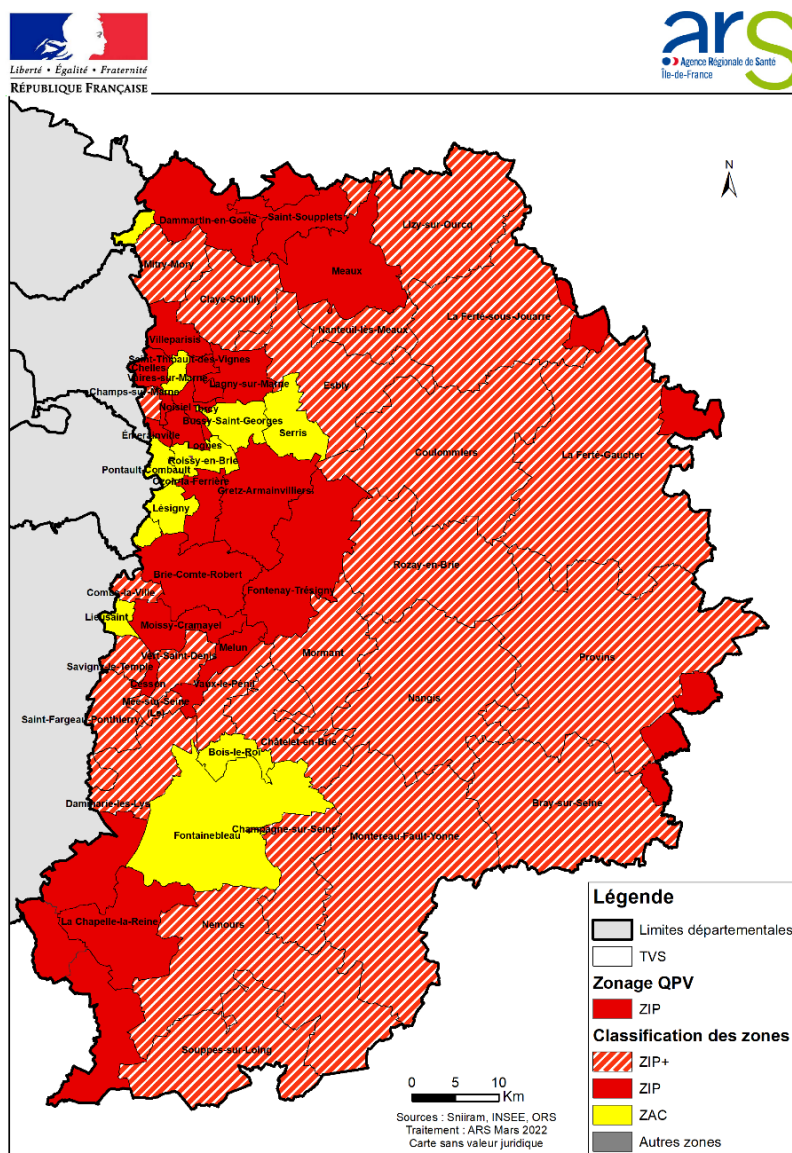
Pour éviter un décrochage social dans un territoire où la dépendance à l'automobile est forte **le soutien au développement d'un transport à la demande et de réseaux de taxi-ambulanciers suffisants et**

⁸⁸ Disponible ici : <https://maillage91.sante-idf.fr/accueil/offre-de-sante-francilienne.html>.

adaptés représente un enjeu majeur et un axe de solutions de confort et d'accès aux soins à proposer aux personnes vieillissantes de Seine-et-Marne y compris des QPV. Réseaux de transports qu'il faudrait **doubler d'un renforcement du réseau de soins à domicile et de son recours**, comme nous le verrons par ailleurs.

La **lutte contre la désertification médicale** est bien sûr centrale pour assurer un accès facile aux soins. Les cartes ci-après nous montrent les ZIP (zones d'interventions prioritaires, bénéficiaires des aides Assurance maladie et État) et ZAC (zones d'actions complémentaires, bénéficiaires des aides de l'État uniquement) dans la Seine-et-Marne, instruments d'aide à l'installation et à la répartition des médecins.

Carte des zones concernées par les aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes pour la Seine-et-Marne [source ARS IdF - 2022]



Selon l'ARS Île-de-France, « si tous les territoires franciliens classés en ZIP sont touchés par la difficulté d'accès à un médecin généraliste, notamment du fait de nombreux départs en retraite, pour certaines zones, en particulier rurales ou défavorisées, cette difficulté est encore accrue par l'absence totale de nouvelles installations. C'est pourquoi l'ARS Île-de-France a fait le choix de distinguer, au sein des zones classées en ZIP, des zones dénommées ZIP+, afin de les soutenir encore davantage par

des incitations financières complémentaires et également par des soutiens à leur exercice dans ces zones les plus en tension⁸⁹. »

La carte des zones concernées par les aides à l'installation et au maintien des médecins généralistes dans la Seine-et-Marne indique bien que les efforts sont faits par les pouvoirs publics, prescripteurs et financeurs, et qu'il est bien de les maintenir, sur des communes aux QPV avec des besoins particuliers d'investissement en la matière.

En outre, il faudrait connaître le détail **des modalités d'accès et des tarifs de l'ensemble des établissements et services seine-et-marnais dédiés aux personnes âgées** afin de savoir s'ils ne sont pas avant tout concentrés sur des territoires où les personnes âgées et leur famille sont davantage aisées économiquement. Pour le dire autrement, l'offre en établissements aux tarifs modérés est-elle adaptée aux besoins, qui vont aller croissant, de personnes âgées aux revenus modestes et à la mobilité réduite ?

L'accès aux soins passe également par **l'adaptation des services proposés** comme la **téléconsultation** – à condition que de la médiation soit faite pour assurer la prise en main des outils numériques. Car, comme nous y revenons plus en détail dans la partie consacrée à l'accès aux droits et à l'illectronisme, des **inégalités en la matière** existent et semblent prégnantes dans les QPV.

Pour les aidants (nous y revenons également plus en détail par ailleurs dans la présente note), des **systèmes de soutien et d'échange**, voire de **relève temporaire**, permettent d'accompagner la santé physique et mentale des seniors et de leurs proches.

Des **entités institutionnelles**, comme l'ARS IdF ou l'appui sur la plateforme nationale « **Fabrique Des Territoires de Santé** », peuvent s'avérer être des ressources utiles dans la prise en compte des aspects sanitaires du vieillissement dans les QPV seine-et-marnais par les différents acteurs de la politique de la ville. Cette dernière plateforme œuvre pour mettre en lien et équiper tous les acteurs concernés par la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment sur les territoires de la politique de la ville.

Ce qui passe **concrètement au niveau des dynamiques territoriales** par la mise en place et l'animation de contrats locaux de santé (CLS), de contrats locaux santé mentale (CLSM), d'ateliers santé ville (ASV) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁹⁰.

Concrètement, une CPTS associe tous les professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes, etc.) qui souhaitent s'organiser ensemble (à leur initiative) pour répondre à des besoins de santé identifiés dans un même territoire. Elle a vocation à être la plus inclusive possible en rassemblant des acteurs du premier et du second recours, des établissements de santé, des EHPAD et autres structures médico-sociales voire sociales. La CPTS se distingue des

⁸⁹ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/zonage-medecins-2022-carte-des-zones-concernees-par-les-aides-linstallation-et-au-main-tien-des>

⁹⁰ Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) traduisent un mode d'organisation et de coordination dans un territoire défini. Parce qu'elles fédèrent des professionnels différents – libéraux, hospitaliers, médico-sociaux voire sociaux – et donc des compétences variées, elles permettent d'améliorer l'accès aux soins des usagers et de recentrer l'exercice de ces mêmes professionnels sur leur cœur de métier. Plus d'infos ici : <https://www.ars.sante.fr/les-communaut-es-professionnelles-territoriales-de-sante>

structures d'exercice coordonné du type maison et centre de santé par le fait qu'elle répond aux besoins de la population d'un territoire et non d'une patientèle attirée.

Selon une carte⁹¹, en avril 2023, 64 % de la population de l'Île-de-France habite un territoire couvert par une CPTS en fonctionnement.

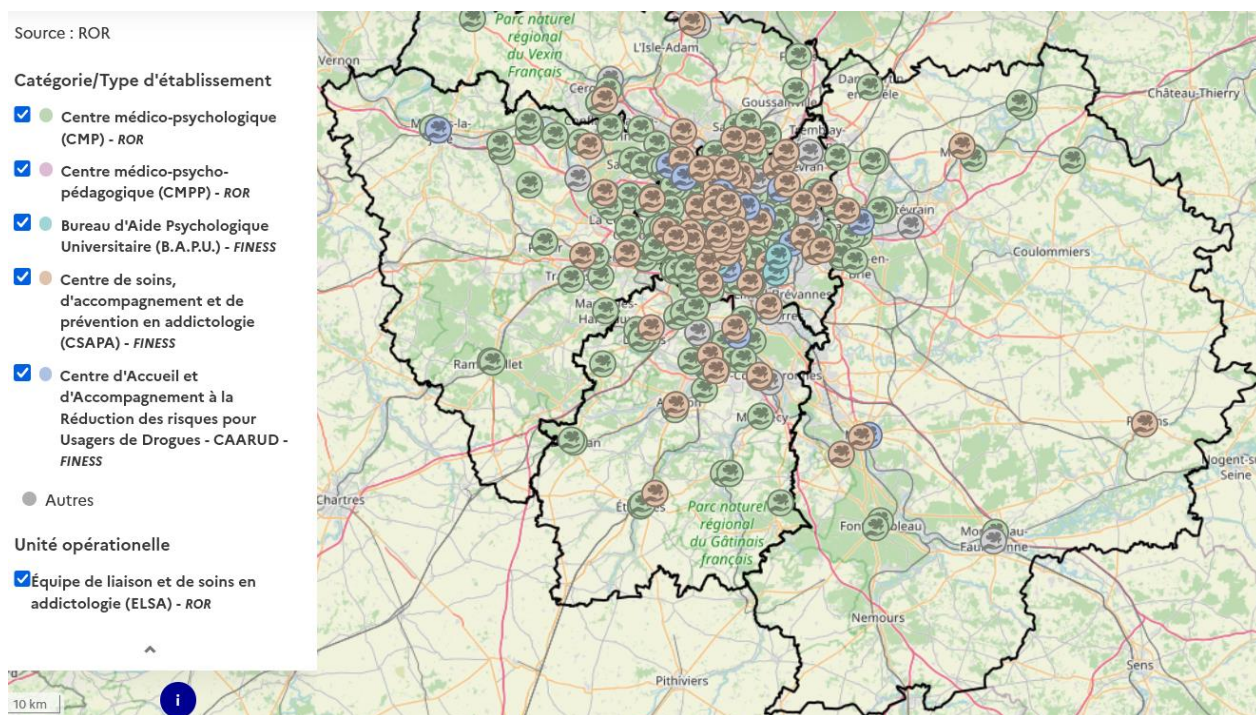
Cependant, la Seine-et-Marne semble moins bien dotée en CPTS. En effet, des **EPCI pourtant vieillissants et comportant des QPV avec des indicateurs appelant à une certaine vigilance ne sont pas encore couverts par des CPTS (ou très partiellement)** : le Provinois ; Coulommiers Pays de Brie ; le Pays de Meaux : le Pays de Montereau ; le Melun Val-de-Seine.

L'encouragement à l'installation et à la mise en lien autour de communautés d'acteurs du soin est à promouvoir en Seine-et-Marne en général et en particulier dans ces territoires avec QPV.

L'état de l'offre de soins en psychiatrie et addictologie dans la Seine-et-Marne ne représente pas un signe encourageant pour le suivi psychologique des personnes vieillissantes des QPV

Carte de l'offre de soins en psychiatrie et addictologie dans la Seine-et-Marne et l'Île-de-France

[Selon les données de l'application « [offre de santé Francilienne](#) », consultées par nos soins en mai 2025)



La carte précédente ne prétend pas résumer et circonscrire l'ensemble des services et acteurs œuvrant à la santé mentale et psychique, à son entretien ou à sa restauration (ceux-ci étant nombreux et divers, allant au-delà de la psychiatrie). Celle-ci nous fournit néanmoins quelques indices sur une partie de l'offre de soins en psychiatrie et addictologie de la Seine-et-Marne : elle reste faible par rapport aux besoins possibles et très éparpillée sur le territoire.

⁹¹ <https://www.thinglink.com/scene/1540037108649951235?buttonSource=viewLimits>

Actions inspirantes ou existantes sur le territoire en faveur de la santé et du recours aux soins des personnes avançant en âge

Exemples d'actions existantes :

■ Action de prévention santé en mode « aller-vers »

Dans le cadre de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) de Seine-et-Marne, un certain nombre d'actions sont financées, certaines se destinant à agir en faveur de la santé et du recours aux soins :

⇒ « **AS MOUVEMENT** ».

AS Mouvement est une « agence spécialisée en prévention », qui travaille avec un réseau de professionnels d'un secteur (APA, ergothérapeutes, diététiciens) afin de proposer des ateliers et suivis auprès des publics fragiles sur toute l'Île-de-France.

Cette agence, via cette action, a souhaité proposer sur l'année 2024 un atelier APAN (activité physique adaptée et nutrition) aux « *seniors de plus de 60 ans alliant APA et nutrition dans un objectif de maintien de l'autonomie et bien vieillir en bonne santé* ».

Les porteurs de cette action ambitionnaient d'intervenir sur « l'ensemble du 77 en privilégiant les ZRR (zones de revitalisation rurale) et QPV.

En tout, 10 ateliers devaient être mis en place. Leur contenu : 1 séance APA – activité physique adaptée (évaluation de la condition physique en séance 1 et 8, travail de l'équilibre et de la proprioception, renforcement musculaire, exercices de mobilité et souplesse, apprentissage de techniques de relevé de chutes...) et 1 séance nutrition (apport théorique sur l'importance d'une alimentation et hydratation adaptée et équilibrée ; mise en situation avec la création d'un plat).

Exemples d'actions inspirantes :

■ En matière de santé mentale :

Comme levier d'actions sur la préservation et restauration de la santé mentale, les communes peuvent améliorer la santé mentale des habitants car elles disposent de compétences pour agir sur les déterminants sociaux de la santé mentale :

- **Action sociale** : aide aux personnes vulnérables, lutte contre l'exclusion.
- **Logement** : l'accès et le maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique sont essentiels pour assurer la continuité des soins et du suivi, tout en favorisant l'inclusion sociale et l'autonomie qui sont des facteurs de rétablissement. Concernant les personnes âgées, comme nous l'avons déjà dit par ailleurs, l'habitat dit inclusif sera une ressource supplémentaire, vecteur de lien social au service de la prévention et du prendre-soin, et ce mode d'habitat peut être une passerelle entre les institutions et les personnes en situation de

trouble psychique. L'habitat reste à développer et à promouvoir, en particulier dans les QPV, pas toujours suffisamment dotés pour l'instant dans la Seine-et-Marne.

- **Éducation, prévention et sensibilisation** : développement des compétences psycho-sociales, rôle de prévention, de dépistage et de repérage d'éventuels troubles psychiques.
- **Urbanisme** : l'aménagement du territoire joue directement et indirectement sur la santé mentale (espaces verts, jardins partagés...).
- **Accès à la culture et au sport** : ceux-ci peuvent aider au rétablissement des personnes vivant avec des troubles psychiques en les associant à la construction et à la réalisation de projets créatifs.

Le site *Psychom, Santé Mentale Info*, a mis en ligne un guide à destination des collectivités pour une meilleure prise en compte de la santé mentale⁹².

Comme **autres ressources possibles et actions de prise en compte de la santé mentale** en général, et des personnes âgées en particulier, mobilisables par les acteurs de la politique de la ville de Seine-et-Marne, nous pouvons citer la formation de **premiers secours en santé mentale (PSSM)** que peuvent suivre tout professionnel, tout bénévole ou tout citoyen. Celle-ci coûte en général aux alentours de 250 € pour 2 jours⁹³. Les collectivités qui n'en ont pas les moyens peuvent se rapprocher de l'ARS pour solliciter une aide et elle est finançable également par le CPF (compte personnel de formation). Typiquement, les **gardiens d'immeuble (lorsqu'il y en a) ou tout autre agent de « conciergerie de proximité »** peut être **formé ou a minima sensibilisé à des rudiments de repérage de détérioration ou de troubles des aînés**, comme a pu le faire la Ville de Cherbourg, en partenariat avec son CLSM et son CCAS⁹⁴, ou encore le CLSM du Val d'Oise Est, qui a formé pendant 1 an des gardiens d'immeubles aux problématiques de santé mentale. Il existe aussi un **N° vert** pour les personnes, leur entourage ou tout professionnel mis à disposition par l'ARS Île-de-France, « Psy Île-de-France⁹⁵ ».

Les **groupes d'entraide mutuelle (GEM)** peuvent représenter également une ressource complémentaire, fondée par l'échange entre pairs et « premiers concernés ». Ceux-ci permettent aux personnes concernées par les troubles psychiques de créer du lien au sein de ces groupes. Il y a une dimension inclusive dans ces GEM. Il existe plusieurs réseaux de GEM en Seine-et-Marne, pouvant accueillir y compris des personnes âgées en leur sein, dont la plupart sont implantés sur des communes avec QPV ou à proximité⁹⁶ :

- **GEM L'Embellie**, à Lagny-Sur-Marne (commune avec QPV)
- **GEM par le lien**, à Coulommiers (commune avec QPV)
- **Oxy'GEM, à Melun** (commune avec QPV)
- **GEM de Nemours** (commune avec QPV)
- **GEM Sud Seine-et-Marne** - Antenne de Varennes-sur-Seine (commune sans QPV mais jouxtant Montereau-Fault-Yonne)

⁹² https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2021/11/PSYCOM_BROCHURE_SANTE_MENTALE_DANS_LA_CITE_VF.pdf

⁹³ <https://pssmfrance.fr/> ; https://www.cnfpt.fr/sites/default/files/programme_1er_secours_en_sante_mentale_vf.pdf

⁹⁴ Un petit guide d'aide au repérage a ainsi été diffusé auprès d'un panel d'acteurs diversifiés de cette commune : https://www.cherbourg.fr/fileadmin/user_upload/Services_et_demarches/Solidarite_et_sante/registre_des_personnes_fragiles/Questionnaire_-_Restons_vigilant_envers_nos_seniors.pdf

⁹⁵ <https://www.ghu-paris.fr/fr/annuaire-des-structures-medicales/psy-ile-de-france>

⁹⁶ <https://www.psycom.org/sorienter/les-groupes-dentraide-mutuelle/>

- **GEM A nouveau**, à Varenne-sur-Seine également (commune sans QPV Montereau-Fault-Yonne)
- **GEM Sud Seine-et-Marne - Antenne de Fontainebleau** (commune sans QPV)

D'une manière générale, les **groupes et initiatives de pair-aidance** représentent un des axes complémentaires à développer à destination des populations (avancées en âge ou non d'ailleurs) sur les sujets du développement de la puissance d'agir, que ce soit sur la santé mentale ou les situations de handicap et perte d'autonomie en général⁹⁷.

■ **En matière de réduction du non-recours pour cause de barrières symboliques et linguistiques**

Une dimension importante, déjà énoncée, est la **part notable au sein des QPV de personnes âgées étrangères et allophones**⁹⁸, ou **maîtrisant insuffisamment les registres de langage juridique, administratif et médical**.

Il est essentiel d'avoir à l'esprit la prise en compte de cette dimension linguistique et symbolique dans le recours aux soins. Il est pertinent pour tout professionnel œuvrant à la santé publique et à la prévention de s'appuyer sur des **outils et méthodes d'interprétariat en santé** (comme ISM interprétariat⁹⁹) et tout autre service d'interprétariat médico-social¹⁰⁰.

D'une manière générale, la mise en réseau de **sensibilisation et coordination sur les questions d'accès aux soins des personnes allophones et migrantes**, à l'instar du réseau exemplaire Louis Guilloux en région Bretagne¹⁰¹, ainsi que la mobilisation de **dispositifs de santé communautaire**¹⁰² représentent un plus pour tenter de parvenir à toucher les publics seniors étrangers et/ou allophones les plus éloignés des pratiques de soins.

Les **associations de communautés culturelles et linguistiques** présentes dans les QPV seine-et-marnais peuvent représenter également **un relais de santé publique et de prévention** à l'égard des aînés en délicatesse linguistique et administrative.

⁹⁷ La pair-aidance repose sur une entraide entre personnes vivant des parcours de santé similaires.

⁹⁸ Une personne allophone est une personne dont la langue de naissance est une langue étrangère, dans la communauté où elle se trouve et où elle vit.

⁹⁹ Inter Service Migrants Interprétariat : <https://ism-interpretariat.fr/>

¹⁰⁰ Piccoli, V., Traverso, V. et Chambon, N. (dir.) (2023). *L'interprétariat en santé : Pratiques et enjeux d'une communication trilingue*. Presses de Rhizome. <https://doi.org/10.3917/chlv.picco.2023.01>.

¹⁰¹ Le réseau de santé de professionnels souhaitant œuvrer selon une **approche globale du soin** des personnes migrantes, qui prend en compte des volets médicaux et sociaux. Louis Guilloux met en place des dispositifs d'interprétariat médico-sociaux ou encore d'accompagnement des professionnels agissant dans l'accès aux soins des personnes migrantes : <https://rlg35.org/>

¹⁰² Des informations sur la santé communautaire ici : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_Planete_publique_05_Sante_communautaire.pdf. Les démarches de santé communautaire peuvent être financées par des programmes régionaux de santé publique, par les collectivités locales via des dispositifs comme les QPV ou les ateliers santé ville (ASV) <https://www.fabrique-territoires-sante.org/dynamiques-territoriales-de-sante/ateliers-sante-ville/presentation-ateliers-sante-ville/> ou par des fondations.



6. FOCUS THÉMATIQUE : Vieillesse, accès aux droits et lien social

« Vieillesse, accès aux droits et lien social » Quelques apports issus des sciences sociales

L'accompagnement dans l'accès aux droits est essentiel pour aider les personnes vieillissantes à faire valoir leurs droits dans différents domaines, mais aussi pour maintenir leurs liens sociaux et ainsi contribuer à leur bien-être et au renforcement de leur pouvoir d'agir.

Des situations de nonaccès et nonrecours particulièrement sensibles, notamment chez les aînés étrangers et migrants et les hommes en couple

« Les personnes âgées dépendantes sont alors censées s'orienter, comme des acteurs rationnels, dans une offre de services multiple (services prestataires, associatifs ou lucratifs, services mandataires, emploi direct entre particuliers) au sein de laquelle ils devraient pouvoir choisir ce qui leur convient le mieux. De nombreux travaux ont néanmoins montré la forte opacité et complexité du champ de l'aide à domicile, et la difficulté pour les personnes âgées – et les professionnels du secteur – à s'y retrouver (Weber, Trabut et Billaud 2014). »

Meuret-Campfort, E. (2017). Il n'est jamais trop tard pour devenir employeur : Les particuliers employeurs âgés et leurs assistantes de vie. *Genèses*, 106, 50-71. <https://doi.org/10.3917/gen.106.0050>

De nos jours, encore **beaucoup de droits et prestations sociales ne sont pas recourus par toutes les personnes qui pourraient pourtant y prétendre.**

Selon Philippe Warin, « le non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – quelle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre ».

Si l'on peut soutenir que faire valoir ses droits relève de la responsabilité de chacun, on ne peut nier que la complexité croissante à la fois de la législation sociale et de sa mise en application rend l'accès aux aides plus difficiles. En cela, il existe un risque réel d'accroître l'exclusion et le coût social de la lutte contre celle-ci. L'augmentation du non-recours peut ainsi être lue comme une conséquence inattendue et contraire au but recherché initialement par l'action politique. Si cette thématique a déjà fait l'objet de nombreuses contributions scientifiques vis-à-vis, par exemple, de certaines prestations (RSA, CMU, etc.) et de populations spécifiques (des jeunes, des personnes sans abri, etc.), celles associées aux dispositifs et droits sociaux des personnes âgées demeurent encore relativement peu explorées et systématisées¹⁰³.

¹⁰³ Citons : Campéon, A., Ramos-Gorand M. et Philippe Warin, (2021) Le non-recours des personnes âgées aux droits et aux services, *Retraite et société*, 87, CNAV ; Yall, M. (2016). La problématique de l'accompagnement social des migrants subsahariens âgés résidents dans les foyers Adoma. *Vie sociale*, 16, 145-159.

Certaines études avancent néanmoins que l'**ASPA** (minimum vieillesse) serait l'une des prestations **les moins recourues** par les ayants droits : ainsi, le non-recours concerne une personne seule sur deux pour le minimum vieillesse et que cette dernière prestation, tout comme l'ensemble des prestations sociales, est encore « *bien moins fréquente parmi les immigrés que parmi les personnes nées en France*¹⁰⁴ ». La même étude rajoute un peu plus loin qu'à « *caractéristiques comparables (âge, configuration familiale, niveau de diplôme, profession... équivalents), être immigré réduit de 9 points la probabilité de connaître assez précisément l'AAH et, en moyenne de 5 points l'APA, le RSA et la prime d'activité* ».

Ainsi, le **non-accès aux droits et le non-recours** aux prestations et services deviennent **facteurs de risques psycho-sociaux pour les personnes vieillissantes en particulier celles en perte d'autonomie et les personnes étrangères**, dont la part est non négligeable dans les QPV seine-et-marnais et notamment parmi les ménages avec une seule personne. Les droits que ces personnes étrangères et migrantes âgées peuvent recouvrer sont de plusieurs ordres : droit à la retraite, droit à la santé, droit aux minima sociaux¹⁰⁵, droit au logement, droit de regroupement familial, droit à la naturalisation, droit à la participation à la vie active, à la collectivité, etc.

Les **causes de non-recours** à ces droits sont généralement liées à la non-connaissance, à la complexité de l'accès à ces droits, à l'estime de soi, aux difficultés à exprimer des besoins, à la crainte de la stigmatisation, au sentiment de discrimination, à la difficulté d'accessibilité (distance, mobilité). Tous ces obstacles peuvent se dresser devant une seule personne en même temps, ce qui, finalement, peut pousser la personne âgée à être en situation de handicap et d'isolement social. Selon une recherche menée au niveau national¹⁰⁶, les hommes âgés en couple auraient d'une manière générale moins tendance à recourir à l'aide humaine d'un tiers professionnel. Les hommes âgés en couple sont aidés dans leur vie quotidienne pour un plus grand nombre d'activités que les femmes (qui risquent ainsi l'épuisement parfois), pourtant ils ont moins souvent recours aux professionnels et déclarent moins souvent un proche aidant.

Les **pouvoirs publics ont conscience depuis longtemps des effets préjudiciables du non-recours sur les personnes les plus précaires et vulnérables**. Ainsi, notons une initiative du Gouvernement via le ministère des Solidarités et de la Famille et de la direction de la Cohésion Sociale « Territoires zéro non-recours¹⁰⁷ ». Cette expérimentation, lancée sur la période 2023-2026, a retenu 39 territoires pour expérimenter et partager les solutions pour lutter contre le non-recours aux droits sociaux. La Seine-et-Marne n'en fait pas partie. Cependant, les acteurs de la politique de la ville et de droit commun, soucieux de ces questions en général et des habitants vieillissants des QPV, pourront s'intéresser aux futurs résultats et évaluations de ces expérimentations, notamment celles menées sur des départements voisins ou aux caractéristiques et enjeux comparables.

¹⁰⁴ DRESS, « Prestations sociales : pour quatre personnes sur dix, le non-recours est principalement lié au manque d'information », Études et résultats, n° 1263, avril 2023. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/prestations-sociales-pour-quatre-personnes>

¹⁰⁵ Les allocations ASPA, APL, RSA, AAH, ARFS, CMU-C, etc.

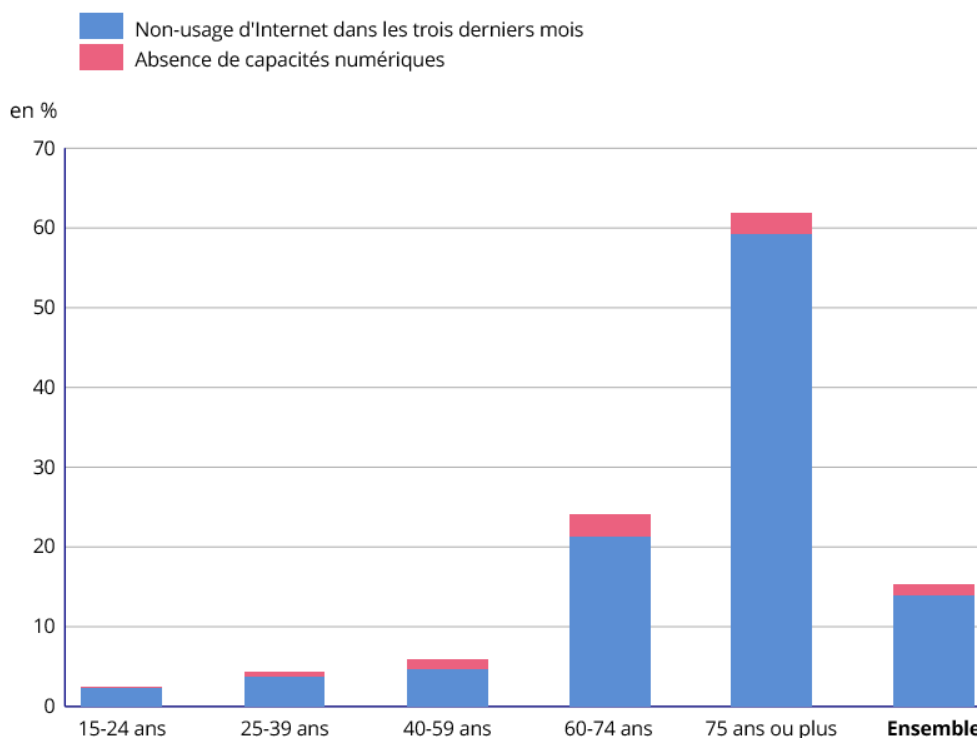
¹⁰⁶ Renaut S., 2021, « Recours inégal aux professionnels pour les femmes et les hommes en couple après 60 ans », Retraite et société, 87, p. 73-93

¹⁰⁷ <https://solidarites.gouv.fr/lancement-de-l-experimentation-territoires-zero-non-recours>

L'illectronisme, nouvelle source de nonaccès et non-recours aux droits, en particulier pour les plus âgés

Un des signes les plus forts actuellement des problématiques d'accès aux droits des personnes vieillissantes peut se lire dans les **situations prépondérantes d'illectronisme parmi les tranches d'âges associées au vieillissement**¹⁰⁸. Ce sont parmi les 60-74 ans et surtout les 75 ans et plus que les taux d'illectronisme et de non-usage régulier des outils numériques sont les plus importants, comme l'indique le graphique suivant pour la situation en France en 2021¹⁰⁹.

Taux et décomposition de l'illectronisme selon l'âge en France en 2021



Lecture : en 2021, 59,2 % des personnes de 75 ans ou plus n'ont pas utilisé Internet dans les trois derniers mois et 2,7 % n'ont pas les compétences numériques de base. Au total, 61,9 % sont en situation d'illectronisme.

Champ : France hors Mayotte, personnes de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire.

Source : Insee, enquête TIC ménages 2021.

Au-delà des équipements et de l'appropriation des usages se posent la question de l'illectronisme et celle de la littératie numérique : l'utilisation des services en ligne requiert non seulement un équipement et une « autonomie numérique » mais aussi une maîtrise du français, une compréhension des termes employés, ainsi qu'une aptitude à comprendre les services administratifs et la structure organisationnelle. De plus, de nombreux services en ligne nécessitent le téléchargement de formulaires certifiés, causant alors une difficulté

¹⁰⁸ Selon l'Insee et Eurostat, l'illectronisme désigne le fait de ne pas posséder les quatre compétences numériques de base (recherche d'information sur des produits et services marchands ou administratifs, etc. ; communication (envoyer ou recevoir des courriels, etc.) ; résolution de problèmes (comme accéder à son compte bancaire par Internet, copier des fichiers, etc.) ; usage de logiciels (comme le traitement de texte, etc.) ou de ne pas se servir d'Internet (incapacité ou impossibilité matérielle).

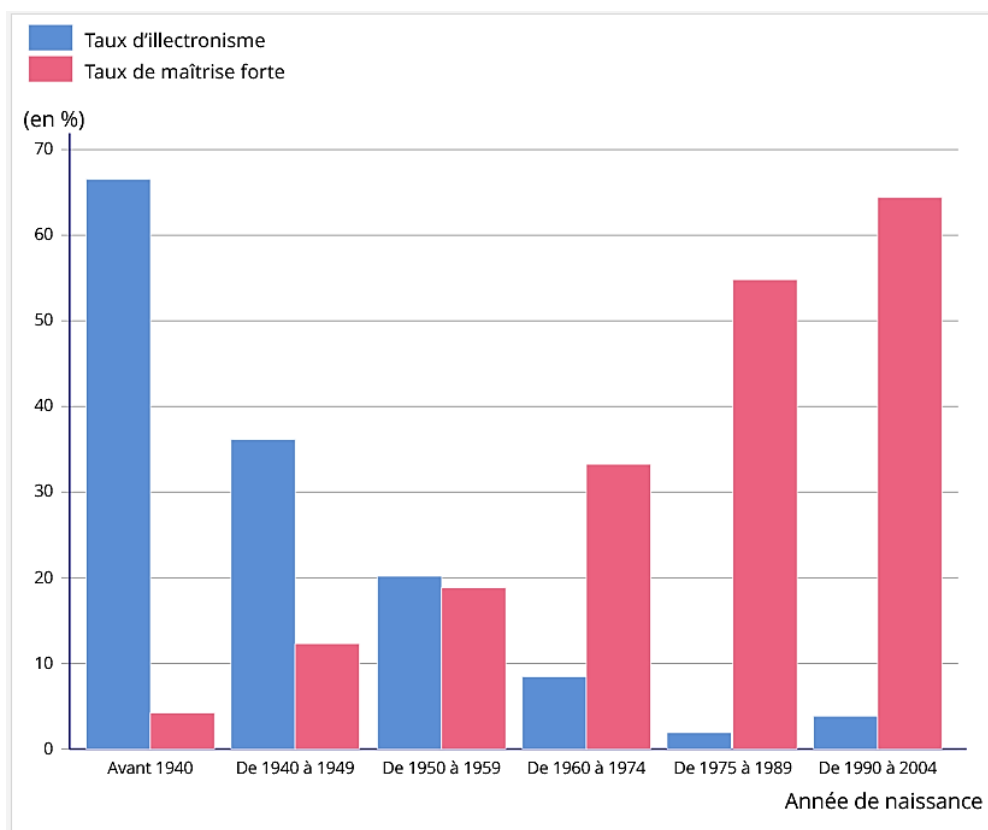
¹⁰⁹ Lire ici : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7633654> Insee Première - N° 1953 – « 15 % de la population est en situation d'illectronisme en 2021 » - Paru le : 22/06/2023

supplémentaire (avoir les outils pour imprimer et scanner les documents, ainsi qu'une compétence technique). Les difficultés rencontrées entraînent parfois l'abandon de la demande en cours de procédure et un repli sur soi générateur de non-recours aux droits.

Avec l'intensification de la dématérialisation des services publics et la diminution des autres modalités d'accès aux informations et aux droits, les retraités figurent parmi les populations les plus fragiles. De plus en plus de démarches de la vie courante s'effectuent sur Internet, comme la recherche d'emploi, des démarches administratives et fiscales ou encore la prise de Rdv médicaux. Si cette dématérialisation peut permettre à certains égards et à certaines conditions la simplification de nombreux procédés, elle n'en constitue pas moins une réelle contrainte pour les personnes rencontrant des difficultés avec les outils numériques et en particulier celles se trouvant en situation d'illectronisme, d'autant plus que la dématérialisation des services coïncide bien souvent avec la fermeture de guichets ouverts auparavant au public, et celle-ci n'est pas toujours compensée par de l'accompagnement et de l'initiation aux usages numériques.

Bien que l'Île-de-France soit la région avec le plus faible taux d'illectronisme et que les taux d'équipement et de maîtrise forte du numérique soient les plus élevés de France, il nous faut dire que **les situations d'illectronisme concernent surtout les personnes les plus âgées, les moins diplômées et les plus éloignées de l'emploi de la région.**

Taux d'illectronisme et de maîtrise forte des outils numériques en Île-de-France par année de naissance, en 2019



Note : estimation par méthode de *scoring*.

Lecture : 3,8 % des Franciliens nés entre 1990 et 2004 sont en situation d'illectronisme en 2019.

Champ : Franciliens âgés de 15 ans ou plus.

Sources : Insee, Enquête sur les technologies de l'information et de la communication auprès des ménages 2019, recensement de la population 2018.

L'Insee nous écrit, qu'en 2019, « *de manière générale, les situations d'illectronisme sont d'autant plus fréquentes que les personnes appartiennent à des générations anciennes. Ainsi, 67 % des Franciliens nés avant 1940 et 36 % de ceux nés entre 1940 et 1949 sont en situation d'illectronisme*¹¹⁰ ».

De plus, un peu plus de 20 % des Franciliens de 60-69 ans sont également touchés par l'illectronisme. D'une manière générale, **37,9 % des retraités Franciliens** sont atteints d'illectronisme. Ces plus anciennes générations non seulement sont moins souvent équipées à titre personnel d'outils informatiques mais se sont aussi moins familiarisés que les plus jeunes avec ces nouvelles technologies, que ce soit durant leurs études ou leurs carrières professionnelles. Notons que peu de données genrées existent à propos de l'illectronisme en Île-de-France mais **étant donné les surreprésentations des femmes parmi les tranches d'âges les plus âgées, notamment les plus de 75 ans**, nous pouvons faire l'hypothèse que **celles-ci doivent encore plus concernées par les situations d'illectronisme**.

Dans une étude plus récente de l'Insee, les variables socio-économiques et selon le niveau de diplôme comme facteur aggravants viennent s'ajouter à l'âge avancé comme risques d'être dans une situation d'illectronisme : « *Toutes choses égales par ailleurs et notamment à âge donné, les personnes sans diplôme ont un risque 7,0 fois plus élevé d'être en situation d'illectronisme que les personnes ayant au moins un bac+3 (figure 2). Les personnes vivant dans un ménage dont le niveau de vie se trouve sous le 1^{er} quintile de niveau de vie, soit les 20 % les plus modestes, ont 6,6 fois plus de risques d'être en situation d'illectronisme que les 20 % les plus aisées. L'illectronisme plus fréquent des personnes vivant seules (30 %) ou en couple sans enfant (20 %) persiste à autres caractéristiques égales : les personnes seules ont ainsi un risque 3,2 fois plus élevé que les couples avec enfants ; vivre avec des enfants favoriserait ainsi l'équipement et les compétences numériques*¹¹¹. »

Ces **risques** semblent *a priori* **plus élevés dans les QPV** étant donné les caractéristiques démographiques et socio-économiques de leurs habitants. Nous en donnons quelques indices dans la partie suivante pour la Seine-et-Marne.

L'illectronisme est un enjeu pour le maintien des liens sociaux et l'accès au droit d'autant plus important qu'il peut se cumuler avec l'illettrisme, ce qui place ces personnes âgées dans les groupes des « *nouveaux publics à faible autonomie administrative*¹¹² ».

¹¹⁰ Illectronisme en Île-de-France : 1,3 million de personnes en difficulté face au numérique, Insee Analyses Ile-de-France, N° 170, Paru le : 31/05/2023 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7624783>

¹¹¹ Insee Première - N° 1953, 2023, opus cité ibid.

¹¹² Kesteman, N. (2020). Entre illettrisme et illectronisme. Les nouveaux publics à faible autonomie administrative. *Revue des politiques sociales et familiales*, 135(2), 65-73. https://doi.org/10.3406/caf_2431-4501_2020_num_135_1_3417

« Vieillesse, accès aux droits et lien social »

La situation dans les QPV de Seine-et-Marne

Malgré une présence d'équipements et de service comparable aux autres départements de grande couronne, un temps d'accès plus long pour les Seine-et-marnais

Selon l'Insee, « en 2018, en Seine-et-Marne, le nombre d'équipements et de services, 32 pour 1000 habitants, est comparable à celui des autres départements de grande couronne. Cependant, compte tenu de la superficie du territoire, les **temps d'accès à ces équipements sont plus longs pour les Seine-et-Marnais**. Ce constat se vérifie particulièrement pour les équipements de santé, pour lesquels les disparités infradépartementales sont importantes. Les bassins de vie de Serris et Fontainebleau comptent parmi les mieux équipés, à l'inverse du bassin de Nangis, pour lequel le taux de pauvreté est un facteur de fragilité supplémentaire. **L'augmentation du nombre de personnes âgées d'ici 2050 constitue par conséquent un enjeu important pour la Seine-et-Marne**¹¹³. »

Le bassin de vie de la ville nouvelle de Sénart, comprenant 2 QPV pas encore parmi les plus vieillissants mais qui devraient l'être dans les années à venir, semble retenir particulièrement l'attention de l'Insee : « La faiblesse générale des taux d'équipement de Sénart, ainsi que la forte hétérogénéité dans les temps d'accès, interroge d'autant plus que le nombre de personnes âgées y augmentera sensiblement et que le territoire connaît déjà des signes de paupérisation. »

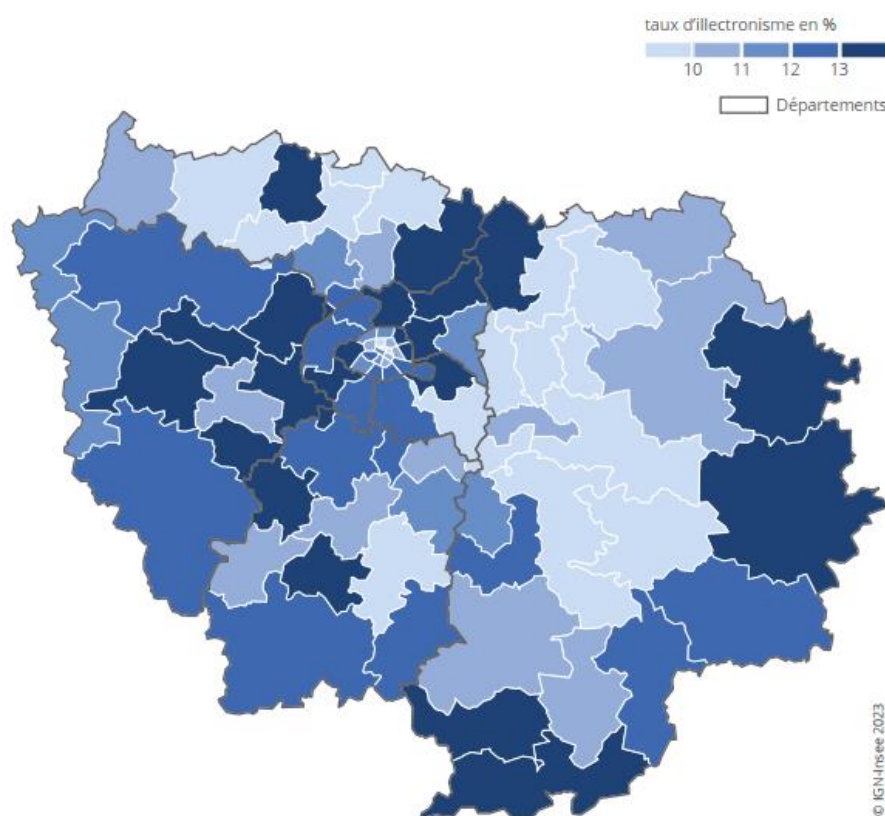
[NB : ATTENTION, d'autres territoires sont concernés par des défauts d'offres, d'accès et du non-recours, notamment en matière de soins Cf. nos parties sur la Santé]

Un illectronisme en Seine-et-Marne qui semble se concentrer sur des territoires vieillissants et où l'offre de services et l'accès à ces services sont réduites

La Seine-et-Marne, comparativement aux autres départements franciliens s'en sort en moyenne plutôt bien en matière d'illectronisme. En revanche, certains territoires semblent plus touchés que d'autres, ce qui peut être préjudiciable en matière de lien social numérique et d'accès à certains services, pour les plus âgés, d'autant plus que certains de ses territoires sont non seulement vieillissants mais aussi avec des difficultés d'accès à des services, notamment de soins, comme nous venons de l'aborder. L'est et le sud de la Seine-et-Marne sont ainsi les territoires les plus concernés.

¹¹³ Insee Analyses Île-de-France • n° 133 • Avril 2021 – « Seine-et-Marne : le vieillissement de la population accentuerait l'inégalité des accès aux équipements » - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5355610>

Proportion de Franciliens en situation d'illectronisme par EPCI, EPT et arrondissement parisien en 2019



Note : estimation par méthode de scoring.

Lecture : 12,4 % des habitants de la communauté d'agglomération Étampois Sud-Essonne sont en situation d'illectronisme en 2019.

Champ : Franciliens âgés de 15 ans ou plus.

Source : Insee, Enquête sur les technologies de l'information et de la communication auprès des ménages 2019, recensement de la population 2018.

Dans la Seine-et-Marne, bien que nous ne puissions pas *via* cette étude aller jusqu'au niveau de détail des QPV, nous pouvons identifier des communautés d'agglomération dont les QPV ont des indicateurs de vieillissement et vulnérabilités par ailleurs élevés qui sont parmi les plus touchées du département par l'illectronisme comme :

- **Le Provinois** : avec un taux de 13,2 % d'illectronisme en 2019.
- **Le Pays de Nemours** : avec un taux de 13,1 % d'illectronisme en 2019.
- Dans une moindre mesure, le **Pays de Montereau et Melun Val-de-Seine** sont également touchés (12,8 % et 12,5 %)

Ces situations d'illectronisme plus prégnantes au sein de certaines communautés d'agglomération et de commune doivent nous alerter à plusieurs titres : l'illectronisme touche en premier lieu les personnes les plus âgées, les moins diplômées, aux revenus les plus faibles et vivant seules : des QPV avec des indicateurs de vigilance y sont présents ; ces EPCI sont situés dans des zones géographiques où des défauts de services, d'accès à ces services et de non-recours sont particulièrement fortes, notamment en matière de santé, comme l'ouest et le sud du département.

Un secteur du service à domicile adapté aux enjeux et besoins du territoire ? En tout cas, une crise des vocations dans l'aide à domicile en général et un moindre recours dans la Seine-et-Marne

En France, les services d'aide à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap font face à des difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels. Les employeurs (et les employées elles-mêmes, la féminisation étant massive dans ce secteur) avancent souvent les explications suivantes : conditions de travail, de rémunération ou de déficit de valorisation sociale. Ce manque d'attractivité alimente d'autant plus des inquiétudes que le secteur devrait connaître plus de 150 000 départs à la retraite d'ici 2025.

En Seine-et-Marne, selon différentes études dont une de l'Insee¹¹⁴, le recours aux aides à domicile serait moindre dans le département par rapport au reste de l'Île-de-France. **L'étendue du territoire seino-marnais semble un premier élément d'explication d'un moindre recours.** Selon l'Insee, « *les difficultés de niveau de vie ou d'éloignement expliquent peut-être le moindre recours aux aides à domicile en Seine-et-Marne*¹¹⁵ ».

Parmi les pistes envisagées d'optimisation et amélioration des services d'aide à domicile, se dessine la mise en place « **d'équipes locales et autonomes** », notamment encouragée par le CNSA. Cette dernière a initié une expérimentation sur 4 territoires en France. La finalité de cette expérimentation est multiple : comprendre en quoi et comment ces équipes locales et autonomes pourraient apporter gain de confort professionnel, de services assurés et de réduction des coûts (ou maîtrise des coûts).

Dans un des documents d'évaluation de cette expérimentation que nous avons pu consulter¹¹⁶, il est écrit : « *Cette productivité et efficacité économique du modèle des équipes locales et autonomes reposerait sur la mobilisation du réseau d'aidants permettant ainsi de réduire le nombre d'heures consommées par rapport à ce qui avait été prévu lors de l'évaluation.* »

C'est là, selon nous (et d'autres auteurs¹¹⁷), qu'une vigilance éthique et politique se fait jour : comme nous l'écrivons par ailleurs, attention à ne pas trop faire porter aux familles et aux aidants la charge et la responsabilité de nos solidarités. Une **nécessaire amélioration des conditions de travail, du service à domicile rendu** et une nécessaire réduction de la maltraitance et des effets délétères des « institutions indignes » pour paraphraser Cynthia Fleury est à mettre en œuvre pour prétendre atteindre une politique de l'autonomie et du vieillissement solidaire, efficace et digne. En revanche, le **prix à payer ne peut pas être un coût accru pour les aidants** et d'une manière générale sur le « *care* » rendu en bénévolat ou surplus, la plupart du temps par des femmes. Ainsi, si de tels dispositifs tendent à se généraliser et se dupliquent notamment dans la Seine-et-Marne et ses QPV, les pouvoirs publics, les employeurs privés et associatifs ainsi que l'ensemble des réseaux d'acteurs souhaitant œuvrer à la prise en compte du vieillissement devront rester attentifs à l'articulation vertueuse entre aide formelle et informelle.

¹¹⁴ Insee Analyses Île-de-France • n° 133 • Avril 2021, Opus cité ibid.

¹¹⁵ Insee Analyses Île-de-France • n° 133 • Avril 2021, Opus cité ibid.

¹¹⁶ Synthèse du rapport d'évaluation à T0 (avant la transformation) – « Évaluation de la transformation organisationnelle de services d'aide et d'accompagnement à domicile en équipes locales et autonomes. » <https://www.cnsa.fr/actualites/transformation-de-saad-en-equipes-locales-autonomes-identifier-les-points-dattention>

¹¹⁷ Le Roy, A. et Puissant, E., (2023), Le marché des services à la personne. Que reste-t-il du modèle originel associatif ?, dans Hély, M. et Simonet, M. (dir.) *Monde associatif et néolibéralisme*. Paris, PUF.

Exemples d'actions inspirantes ou existantes sur le territoire en faveur de l'accès aux droits des personnes avançant en âge

Exemples d'actions existantes

Dans le cadre de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) de Seine-et-Marne, un certain nombre d'actions sont financées, certaines souhaitant agir en faveur de l'accès aux droits :

■ Le développement d'actions « d'aller-vers » et de prévention

⇒ « *Check up Santé en résidence ADOMA* ».

Cette action est portée par la Mutualité française d'Île-de-France.

Elle a lieu en résidences ADOMA, à Meaux, dans le QPV Beauval Dunant et à Chelles où, bien que la commune comporte 2 QPV, la résidence est située hors QPV.

Elle consiste à proposer aux résidents 2 journées de dépistage et de sensibilisation à la prévention santé (santé visuelle, auditive, cardiovasculaire, bucco-dentaire et nutritionnelle), sous la forme de parcours individuel de consultations étalées sur 2 heures, avec remise d'un passeport santé à chaque participant.

Elle permet de proposer des dépistages de santé, des prodiguer quelques conseils voire si besoin de procéder à des orientations et à accompagnements à des prises de Rdv.

⇒ « *Mise en en place du dispositif BVRS à la résidence ADOMA Le Soleil* ».

Cette action est portée par ADOMA/la Caisse des dépôts et des consignations.

Elle a lieu en résidence ADOMA, à Noisiel, qui jouxte le QPV Les Deux Parcs-Luzard, ainsi qu'à la résidence sociale Les Sapins, située dans le QPV Quartier République Vilvaudé.

Elle se destine à proposer aux résidents de plus de 55 ans les actions du dispositif Bien Vieillir en Résidence Sociale, celui-ci étant un dispositif qui « *s'inscrit dans une offre de prévention globale et adaptée aux besoins des résidents de plus de 55 ans des Foyers de Travailleurs Migrants et des Résidences Sociales* ».

Elle consiste à proposer diverses activités : un café social une fois par mois ; des dépistages (diabète, maladie cardio-vasculaire, maladie rénale, MST/VIH) ; des actions collectives avec EOS PSY (un cabinet de psychologues, voir ici : <https://www.eospsy.fr/>) ; des entretiens individuels avec un maximum de résidents ; la mise en place de l'offre sociale ; une réunion d'information sur l'aide à domicile.

Exemples d'actions inspirantes, à valoriser ou à corréliser aux enjeux du vieillissement

■ Pour lutter contre l'illectronisme :

Pour les personnes âgées, l'enjeu de la **lutte** contre l'illectronisme peut prendre la forme **d'un accompagnement de proximité et surtout personnalisé pour acquérir les compétences de base**. L'idée étant de pouvoir utiliser les services dématérialisés, mais aussi des réseaux sociaux qui permettent de garder le contact avec la famille. Des dispositifs s'appliquent aussi pour améliorer l'accès au numérique, simplifier les demandes en ligne, proposer des services d'assistance à domicile. L'enjeu restera alors d'instaurer un lien de confiance et d'éthique car l'accompagnement aux usages numériques implique parfois des risques d'utilisation et de transmission de données personnelles.

Parmi les dispositifs d'accompagnement, par exemple l'ANCT *via* le programme Société numérique finance différents dispositifs **dont des actions auprès des « aidants numériques », la formation de conseillers numériques du réseau France Services ou encore le financement de tiers lieux œuvrant pour l'inclusion numérique et citoyenne¹¹⁸. Nous dressons la liste des structures labélisées France Services ci-dessous.**

- **Pour réduire le non-recours tout en offrant du lien social : s'appuyer sur l'ensemble des acteurs de la médiation sociale et de santé présents sur les QPV seine-et-marnais**

D'une manière générale, les **acteurs de la médiation sociale, de santé et d'accès aux droits et services et les adultes relais peuvent constituer une ressource complémentaire dans la résorption du non-recours et de l'évitement aux droits, services et prestations** auxquels les aînés peuvent prétendre. Une sensibilisation accrue voire des formations spécifiques aux problématiques du vieillissement et des vulnérabilités liées à l'âge restent sans doute à faire auprès d'une partie de ces acteurs de la médiation sociale ; mais nous savons par ailleurs qu'une partie des formations initiales proposent des modules à ce sujet et qu'une offre de formation continue existe sur les sujets des vulnérabilités dont le vieillissement.

La cartographie des acteurs de médiation sociale œuvrant en Seine-et-Marne reste délicate à obtenir (nous donnons néanmoins dans les paragraphes suivants quelques exemples de réseaux existants) et celle des **médiateurs en santé et dans le monde médico-social** l'est encore plus. En effet, ce métier et cette fonction d'interface se situent dans une phase de structuration professionnelle et s'exercent encore souvent en complément d'une autre activité et dans différentes modalités d'emploi (hôpital, établissements de santé, en établissement médico-social, en association, en indépendant, etc.), le repérage de ces professionnels étant alors d'autant plus compliqué. Cela étant dit, pour la médiation sociale, il existe des réseaux déjà constitués et actifs sur plusieurs communes, dont la plupart comportent des QPV. On peut penser au réseau des **PIMMS¹¹⁹**, une partie étant d'ailleurs labélisée France services.

Selon le site de la préfecture de Seine-et-Marne, en mars 2025, **35 structures labellisées France services** sont présente sur le département¹²⁰.

Nous pouvons **recenser leur implantation au sein de commune avec QPV à :**

- Avon
- Chelles
- Coulommiers
- Dammarie-les-Lys (structure située juste à proximité du QPV La Plaine De Lys - Bernard De Poret)
- La Ferté-sous-Jouarre
- Lagny-sur-Marne (structure implantée au sein du QPV Orly Parc)
- Meaux (2 structures dont 1 au sein du QPV Beauval Dunant)
- Melun (les QPV de la commune étant couverts par une ou plusieurs structures labélisées France service, notamment des centres sociaux)
- Montereau-Fault-Yonne (le QPV Surville étant couvert par une structure mobile)
- Nemours et plusieurs communes avoisinantes (couvertes par une structure mobile)

¹¹⁸ En savoir plus ici : <https://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/societe-numerique-55>

¹¹⁹ La carte des structures du réseau PIMMS en Seine-et-Marne est disponible ici : <https://pimms77.org/>.

¹²⁰ Plus de détails ici : <https://www.seine-et-marne.gouv.fr/contenu/telechargement/65995/544565/file/Les%20France%20services%20du%2077%20MARS%202025.pdf>

- Ozoir-la-Ferrière (une structure mobile également)
- Provins
- Roissy-en-Brie
- Savigny-le-Temple
- Torcy

L'atout de la géographie d'implantation des structures labélisées France service est **que l'ensemble des communes avec QPV accueillent au moins une telle structure**. En revanche, à notre niveau, nous ne saurions dire si le public senior et vieillissant des QPV bénéficie bien des services de ces structures.

Le **dispositif des adultes-relais** peut représenter également une porte d'entrée intéressante dans la réduction du non-recours aux droits des personnes âgées, à la condition de ne **pas uniquement les centrer sur les populations de jeunes des QPV**, comme c'est très (trop ?) souvent le cas et de former les personnes adultes-relais aux enjeux du vieillissement. Et à la condition évidente que les pouvoirs publics **continuent à soutenir financièrement ces emplois-aidés**.

Parmi les **acteurs de la médiation à l'accès aux droits**, il y a également ceux en lien avec la **Justice et l'administratif**, comme les maisons de la justice et du droit et autres points d'accès placés sur animation du conseil départemental de l'accès au droit (CDAD). Parmi les personnes sollicitant ces lieux, on trouve des parts importantes de femmes, de personnes étrangères dont des personnes âgées en situation d'allophonie, qui globalement, comme nous l'avons déjà vu, constituent une population éloignée des services publics, de la justice et des tribunaux et qui ne sait pas toujours comment faire valoir ses droits. L'ensemble des points d'accès points-justice de Seine-et-Marne pourrait ainsi être sensibilisé aux enjeux liés à l'éloignement et difficultés d'accès aux droits des personnes étrangères, immigrées et en général vivant dans les QPV. Nous plaçons ci-après une carte d'implantation des différents points-justice seine-et-marnais, qui nous permet de constater que la plupart des communes avec QPV y sont représentées.

Cartographie seine-et-marnaise des structures d'accès au Droit, appartenant au réseau point-justice



Au-delà des sites disponibles en eux-mêmes, avec les publics vieillissants présents dans le QPV en difficulté avec la langue française et les registres de langage juridico-administratif, il convient **d'envisager les actions « d'aller vers » et de « rue » des différents acteurs de la médiation sociale**, en particulier à destination des publics âgés les plus isolés et les plus en évitement et renoncement.

■ Pour atténuer les risques d'isolement social des aînés des QPV :

Parmi les **initiatives et actions de lutte contre l'isolement social des aînés**, notons la plateforme associative *Monalisa*. Cette plateforme collaborative est inscrite dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement, promulguée en décembre 2015.

Le premier volet de cette loi autour de l'anticipation de la perte d'autonomie s'attache à prévenir l'isolement des personnes âgées avec notamment la dynamique *Monalisa*. Le principe est de **développer et permettre**, sous l'égide d'une charte, la **coopération territoriale** entre des membres issus de la société civile, d'institutions, de collectivités, de fondations, d'associations, etc. afin de permettre de coconstruire des outils et pratiques innovantes et de proposer également de la formation de bénévoles.

La mise en réseau s'incarne sous la forme d'« **équipes citoyennes** ». Ces dernières sont chargées d'animer des projets, dont certains se font en QPV. Ces actions et services rendus peuvent prendre la forme d'un café en bas d'immeuble, d'ateliers intergénérationnels, de jeux de société, de visites à domicile par des bénévoles, de mobilité solidaire, d'aide aux aidants, de rencontres de voisinage, etc.¹²¹.

Sur le territoire de la Seine-et-Marne, à proximité des communes avec QPV, quelques équipes citoyennes existent. Depuis 2019, l'association Petits Frères des Pauvres anime **4 équipes citoyennes**, proposant des activités collectives, visites conviviales et visites en établissement : à **Meaux**, avec 3 bénévoles recensés sur le site *Monalisa* ; une autre équipe citoyenne de 11 bénévoles est active à **Chelles** ; à **Combs-la-Ville**, **commune jouxtant plusieurs communes avec QPV**, une équipe de 12 bénévoles officie également ; et, enfin, une autre équipe de 13 bénévoles se mobilise à **Melun**.

Bien qu'encore sporadiques en Seine-et-Marne et dans ses QPV, ce type d'initiative et de mobilisation citoyenne et bénévoles sont à encourager comme ressource et ressort possible contre l'isolement social des aînés en QPV ou ailleurs.

¹²¹ <https://monalisa-asso.fr/monalisa/les-equipes-citoyennes>

■ Pour favoriser le bien-vieillir des personnes âgées immigrées et en particulier des femmes immigrées âgées :

Nous pouvons nous inspirer des recommandations issues de l'enquête de Smaïn Laacher et du CRPV de l'Essonne en 2014 dans la prise en compte de la situation des femmes immigrées¹²² :

Veiller à proposer, dans les lieux associatifs ou municipaux, des espaces de parole « à elles et entre elles »

Accroître la mise en œuvre d'actions préventives

- **Lever la barrière de la non-maîtrise de la langue**, écrite en particulier :
Par des ateliers socio-linguistiques et des cours de FLE
- **Les sensibiliser à la santé au travail** :
Mise en place d'actions destinées à prévenir les risques professionnels (elles sont très nombreuses à avoir subi des chutes sur leur lieu de travail) et dépister les effets néfastes d'une activité professionnelle sur le corps
- **Éviter les situations de non-recours**, à diagnostiquer en amont les besoins des femmes, notamment grâce à de la **communication préventive**

Adapter les services de la protection sociale et la formation des professionnels

- **Proposer des formations aux modes de vie et aux parcours migratoires** est souhaitable pour **tous les corps de métiers** qui concourent à la prise en charge du vieillissement : assistants sociaux, personnel médical, professionnels du développement social, de l'assurance sociale...
- Veiller à ce que les agents « **au guichet** » **prennent le temps nécessaire et évitent la dématérialisation des services administratifs** :
Les agents « au guichet » sont les plus exposés à la demande pas toujours administrativement calibrée des bénéficiaires. Le suivi des dossiers nécessite souvent plus de temps dans le cas de ces femmes immigrées qui ont eu des carrières discontinues et pas toujours déclarées, avec une population bien souvent en difficulté avec le numérique et l'informatique.
- Poursuivre dans la gestion du développement social urbain « **l'aller vers** » **comme référentiel d'action**
- **Ne pas compter sur un éventuel « retour au pays »**
Au sein des politiques de gestion des logements sociaux, prendre en compte qu'il n'y aura que rarement un « retour au pays » : le maintien dans son domicile connu, source du maintien des repères au quotidien, représente une des pistes à privilégier, avec notamment l'adaptation progressive des appartements à la perte d'autonomie, et d'une manière générale dans la prévention de la perte d'autonomie, intégrer cette illusion « retour au pays ».

[NR : D'ailleurs, il conviendrait sans doute de se demander s'il y a des différences en matière de retour, d'aller-retour, d'ancrage, etc., au moment de la retraite entre personnes immigrées originaires du Portugal, de l'Algérie et du Maroc, les 3 pays de provenance le plus représentés parmi la population immigrée seine-et-marnaise.]

¹²² Laacher S., (2014). Opus cité ibid.

Changer de paradigmes

- **Ne plus envisager ces femmes comme des migrantes, mais comme des immigrées :**

Elles vieillissent en terre d'immigration et il y a peu de chances pour qu'elles rentrent un jour dans leur pays d'origine. Partir du principe que les populations sont installées doit méthodologiquement engager une prise en compte différente et intégrée

- Reconnaître à ces femmes la **capacité d'énoncer et de maîtriser** nombre d'aspects de leur trajectoire, en particulier sur leur **refus à aller en « maison de vieillesse »**

Nous pouvons également nous inspirer des recommandations issues de l'enquête des travaux de Baronnet, J. et Carrera, A. (2021) dans la prise en compte de la situation des femmes immigrées¹²³, dont les pistes se recoupent pour partie avec les précédentes

La nécessité d'une appréhension globale et anticipée de la situation des femmes immigrées

« [...] C'est pourquoi l'entrée — on l'a vu, précoce — dans la vieillesse (dès l'âge de 55 ans) est un moment clé : en effet, le bouleversement des conditions d'existence représente, s'il n'est pas accompagné, un facteur de risque de ruptures multiples (familiales, financières...). »

- **Faciliter l'apprentissage de la langue française dès l'arrivée en France par le développement d'ateliers sociolinguistiques**

- **Favoriser l'insertion des femmes sur le marché du travail et les accompagner dans leur parcours professionnel :**

Formation, prévention des risques psycho-sociaux et santé au travail, développement des modes de garde, droits à la retraite, etc.

- **Lutter contre les violences conjugales**

Une prise en charge du vieillissement adaptée aux parcours de ces femmes immigrées avançant en âge et à leurs conditions d'existence, en « envisageant la prise en charge du vieillissement des femmes immigrées dans le cadre d'une politique de maintien à domicile, conjugée à d'éventuels soutiens aux aidants » :

- **Favoriser le maintien à domicile**

Le maintien à domicile impose néanmoins d'offrir des conditions d'habitat décentes et adaptées. Les organismes HLM ont un rôle essentiel à jouer dans le cadre de leur politique d'adaptation des logements, pour laquelle ils bénéficient d'incitations financières (abattement de la taxe foncière sur les propriétés bâties [TFPB], etc.).

Des formes innovantes d'habitat pourraient également être développées à l'instar des expériences menées en matière de colocation accompagnée ou d'habitat inclusif par exemple.

¹²³ Baronnet, J. et Carrera, A. (2021). Vieillir quand on est une femme immigrée. Entre (in)dépendance et isolement. *Recherche sociale*, (239), <https://shs.cairn.info/revue-recherche-sociale-2021-3?lang=fr>

- **Développer une politique d'aide aux aidants adaptée**

En intégrant mieux les aidants dans les activités et services proposés et en articulant « aide de l'entourage » avec le maintien de la solidarité nationale.

[NR : Nous invitons à rester attentifs à ce que la relation d'aidance ne se substitue pas à la solidarité nationale et aux aides professionnelles]

Lutter contre l'isolement :

- **Favoriser et développer les fonctions de veille, de repérage et d'aller vers dans une démarche globale de médiation :**

Pour la veille, s'appuyer sur les bailleurs sociaux par le biais des gardiens [NR : « conciergerie sociale »], sur les médecins généralistes et infirmières, sur les acteurs de la lutte contre l'habitat indigne.

Allier un travail social « d'aller vers » avec des démarches de médiation [NR : et d'interface].

- **Favoriser la participation aux activités associatives tout en répondant aux besoins d'accompagnement individuel :**

Par ex., par la création de lieux dédiés aux femmes et le développement d'activités socialisantes adaptées ; apporter dans un premier temps et simultanément une réponse individuelle aux besoins exprimés par les femmes en situation de précarité sociale, par ex. format « café social », puis orienter vers des associations, des lieux dédiés aux femmes et des thérapeutes si besoin.

S'appuyer sur le bouche-à-oreille et l'accompagnement par les pairs, avec l'appui également de covoiturage ou un équivalent du pédibus.

Améliorer l'accès aux droits sociaux et lutter contre le non-recours :

- **Favoriser une approche globale et intégrée des parcours :**

« La santé (comme le logement) peut être une porte d'entrée pour appréhender la situation de ces femmes dans leur globalité. »

- **Développer les structures de proximité favorisant l'orientation et la médiation vers les services publics :**

Développer des dispositifs d'interface entre ce public et les institutions, visant à réduire l'isolement des femmes immigrées âgées et à diminuer leur sentiment d'illégitimité au regard de quatre facteurs de discrimination possibles : l'origine, l'âge, la classe sociale et le genre.

[NR : Je rajouterai la « péjoration territoriale » comme discrimination possible.]

- **Généraliser la présence de traducteurs et d'écrivains publics dans les services publics :**

Généralisation de services gratuits d'écrivains publics tout comme l'organisation des services d'interprétation à la demande.

7. FOCUS THÉMATIQUE : Vieillesse, maintien des liens familiaux et ancrage relationnel

« Vieillesse, maintien des liens familiaux et ancrage relationnel » Quelques apports issus des sciences sociales

D'une manière générale, tant pour les services et lieux qui leur sont spécifiquement dédiés que pour ceux ouverts à tous, s'appuyer sur une logique de proximité des lieux de vie des aînés

L'objectif de la proximité est que la personne vieillissante continue à vivre dans son quartier, dans un logement adapté à ses besoins, dans son cercle d'appartenance, dans une zone géographique où elle peut garder ses repères et ses habitudes, de déplacements, de consommation, de convivialité.

« Les règlements de zonage doivent être revus de manière à permettre l'ajout de fonctions commerciales (épicerie, dépanneur) et socioculturelles (lieux de socialisation) dans les secteurs résidentiels. Une telle réflexion devrait être menée en parallèle avec l'étude des Naturally Occurring Retirement Communities (NORC) (Hunt & Gunter Hunt, 1986). Ces milieux, sans avoir été conçus pour les personnes âgées, offrent un cocktail de services de proximité et d'espaces de socialisation. Outre l'avantage d'être dans la communauté, on observe plus concrètement qu'ils sont l'objet de choix volontaires. Il y aurait des leçons à en tirer pour la requalification des banlieues. »

Lord, S. et Després, C. (2011). Vieillir en banlieue nord-américaine. Le rapport à la ville des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 34 / n°136(1), 189-204. <https://doi.org/10.3917/gs.136.0189>

« Il importe de ne pas perdre de vue que pour la grande majorité des femmes que nous avons rencontrées, parce qu'elles ne maîtrisent pas la langue française et sont absentes de réseaux de sociabilité, le logement social urbain (même dégradé) reste l'unique occasion de bénéficier, après la dispersion de la famille, d'un voisinage largement communautaire (mais pas exclusivement) avec lequel elles auront des liens sociaux et linguistiques, et qui ainsi leur permettront d'être comprises et de demander de l'aide le cas échéant. C'est dans cette perspective qu'il faut comprendre les réticences de ces femmes âgées à quitter leur logement, autrement dit leur quartier et, au sein de celui-ci, leur voisinage relativement immédiat. »

Laacher S., (2014). *Femmes immigrées : l'entrée dans la vieillesse*. Étude sur le vieillissement des femmes immigrées dans les quartiers en politique de la Ville, pilotée par le Centre de Ressources Politique de la Ville en Essonne, 63 p.

La logique de l'« **aller vers**¹²⁴ » et le **souci de proximité** prennent tout leur sens dans la prise en compte du vieillissement dans les QPV. Proposer des cantines itinérantes « au pied des immeubles » ou tout autre moment de convivialité de proximité, développer les tiers lieux interservices et intergénérationnels, poursuivre les efforts de visites à domicile, s'appuyer sur les conciergeries solidaires, les centres sociaux, sur les réseaux de médiateurs sociaux, etc., tout cela participe au maintien des liens sociaux et à rompre l'isolement social et réduire le sentiment de solitude. Comme nous l'avons vu par ailleurs, les habitats intergénérationnels contribuent également à nourrir les liens sociaux, et par là-même la santé mentale et l'autonomie des aînés.

Favoriser les transactions et reformulations identitaires et relationnelles par les objets et l'habitat pour accompagner la transition biographique : préserver et restaurer des routines temporelles, spatiales et relationnelles

« Si la politique [publique à mener vis-à-vis des personnes vieillissantes] est de pouvoir rester chez soi, alors il faut des politiques qui ne se contentent pas de distribuer des repas.

Il faut agir, construire symboliquement un contexte où l'on peut se raconter la prochaine étape.

Je ne sais pas, des clubs de conversation, par exemple, mais le repas tout seul, non. »

François de Singly, sociologue

Avancer dans l'âge, c'est avancer dans l'expérience de deuils multiples et d'une transition biographique pour reprendre les termes de François de Singly¹²⁵. Passage à la retraite, se retrouver sans ses enfants (ou encore avec eux au moment de la retraite), se redécouvrir et parfois se découvrir de nouvelles passions alors que tout le monde a grandi, a vieilli, parfois en parallèle, bien souvent chacun dans son domaine, ses espaces, ses habitudes.

Bien que les **transitions biographiques** et autre **reformulations identitaires et relationnelles** [Dubar et Nicourd¹²⁶] puissent être diffuses et progressives, les événements impactent la vie des personnes vieillissantes, le récit qu'elles s'en font, les liens qu'elles ont avec l'expérience de la déprise et du sentiment d'« étrangeté au monde » [Caradec¹²⁷]. Différentes phases et différents seuils biographiques plus ou moins réversibles existent et certains événements sont particulièrement déclencheurs de modifications de soi et de son espace social. Selon Marie-Hélène Jacques¹²⁸, ces **facteurs déclencheurs**

¹²⁴ Selon le sociologue Cyprien Avenel, la **logique d'aller au-devant** des populations les plus en marge, dans la rue ou à leur domicile, n'est pas nouvelle et fait partie de l'histoire du travail social et de l'intervention sociale. Avec l'institutionnalisation du travail social, elle était passée au second plan. Elle connaît un regain institutionnel avec le développement de la lutte contre le non-recours et contre le renoncement aux droits et elle permet par là-même l'alimentation du lien social et de la relation à la personne, ceci de manière préventive et anticipée. Philippe Varin définit l'aller vers comme suit : « *L'aller vers est à entendre comme une démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, qu'elle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, d'accompagnement. Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans une pratique pro-active, pour entrer en relation avec ces publics.* »

¹²⁵ Lire entre autres : Singly, F. de (2011). *Séparée. Vivre l'expérience de la rupture*, Paris, Armand Colin, coll. « Individu et Société ».

¹²⁶ Dubar, C. & Nicourd, S. (2017). *Les biographies en sociologie*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.dubar.2017.01> ; Caradec, V. (2009). L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales*, 157, 38-45. <https://doi.org/10.3917/idee.157.0038>

¹²⁷ Caradec, V. (2014). Transitions du vieillissement et épreuve du grand âge. Dans C. Hummel, I. Mallon et V. Caradec (dir.), *Vieillesse et vieillissements : regards sociologiques* (p. 273-288). Rennes, France : Presses universitaires de Rennes. <https://books.openedition.org/pur/68498>

¹²⁸ Jacques, M.-H., Transitions biographiques du grand âge et remaniements de l'espace de vie : une lecture du « devenir conjoint aidant », communication au 4^{ème} congrès international ALEC, *Les aînés dans le monde au XXI^e siècle*, actes publiés en 2021.

peuvent être de diverse nature : se retrouver veuve dans un lieu isolé alors que son conjoint était le seul à conduire ; s'engager bénévolement pour une cause qui va rythmer et stimuler l'activité quotidienne ; devenir retraité alors que toute l'existence reposait sur l'engagement professionnel ; avoir des petits enfants dont on va devoir s'occuper ; le placement d'un conjoint atteint d'Alzheimer et trop lourdement dépendant pour pouvoir continuer à le maintenir et à l'aider à domicile ; etc.

Ainsi, **certains événements ont un effet bénéfique sur l'espace de vie et l'autonomie** (ex : le dynamisme nécessaire pour s'occuper de ses petits-enfants, pour assumer un bénévolat) et **d'autres entraînent un effet délétère sur l'existence** (une maladie suivie d'une perte fonctionnelle, un isolement, par exemple).

Une **transition biographique** [François de Singly] qui ne se fait d'ailleurs **pas toujours au même rythme pour les différents membres du ménage et de l'entourage**. Pour les personnes en couple, une « socialisation par frottements » [Kaufman] est à refaire comme au premier temps de la vie conjugale.

Tout un **accompagnement de la préservation et de la restauration de routines** temporelles, spatiales et relationnelles des personnes âgées vieillissantes semble important à leur proposer, à un moment où la transition biographique vient justement déstabiliser ces routines pourtant essentielles à la structuration identitaire et comportementale du sujet. Les routines sont en effet inscrites dans des temporalités, des lieux physiques ou sociaux et des interactions qui relèvent d'une certaine permanence dans les pratiques, les rôles, les relations, les façons de penser et les usages comme un « *ensemble de croyances, valeurs, normes et modèles qui orientent le comportement*¹²⁹ ».

Tout cela n'est **pas sans tensions**, parfois larvées et souvent nichées dans les détails du quotidien. Ce qui peut aller jusqu'aux retraits, à la **défection secrète** (on ne se parle plus, on s'évite, on se réfugie dans des activités solitaires ou dans le silence) [Michel Bozon], voire jusqu'aux **disputes** et **conflits** qui aboutissent parfois aux séparations et divorces, la période de l'entrée en retraite de l'un ou de l'autre ou des deux faisant partie dorénavant des moments à risque élevé de séparation et rupture conjugales. De plus, la vie, les relations sociales et l'identité sociale s'incarnent au travers également de la relation médiatisée par des objets sensibles.

En QPV, comme ailleurs, il semble donc important afin **d'offrir et cultiver la possibilité de pleinement habiter son logement**, un « chez soi », de favoriser les transactions biographiques [Claude Dubar] par les objets et l'habitat pour accompagner cette transition biographique mais également par la **présence au bon endroit et au bon moment d'un tiers**.

¹²⁹ Christian Lalive d'Epinay cité par Marie-Hélène JACQUES.

Continuer à faire famille et à faire lien en avançant en âge

« Les dynamiques du vieillissement de la population se sont aussi accompagnées de modifications importantes dans les parcours de vie, notamment de vie familiale, avec une diminution du nombre d'enfants, très rapide dans certains pays. L'allongement de l'espérance de vie, en particulier des hommes, conduit à davantage de vie en couple aux âges élevés, en particulier pour les femmes, qui étaient plus souvent confrontées au veuvage auparavant. Parallèlement, les vies conjugales sont moins linéaires ; des séparations et des remises en couples s'observent aujourd'hui plus fréquemment aux grands âges. Ces évolutions encore à l'œuvre amènent de nouvelles questions sur les conditions de vie des plus âgés, les soutiens familiaux dont ils disposent et les liens entre les générations ; des questions qui restent encore largement à explorer. »

Issu du communiqué de presse de : Bonnet, C., Cambois, E. et Fontaine, R. (2021). Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée. *Population*, 76(2), 225-325. <https://doi.org/10.3917/popu.2102.0225>.

Une personne qui connaît le processus de vieillissement physiologique et social n'est pas nécessairement une personne coupée de tout entourage, de toute relation sociale. Nous avons vu les parts importantes de ménages composés d'une seule personne, en particulier de femmes, dans les QPV de Seine-et-Marne.

Cependant, vivre seul, ne veut pas nécessairement dire n'avoir aucune relation sociale, aucun contact. Il faut non seulement envisager le capital social, le réseau social construit par la personne durant ses précédentes étapes de vie mais également l'entretien de celui-ci, sa « vitalité » et son actualité. L'enjeu est ainsi de comprendre le maintien des relations familiales et sociales, en proximité et en régularité en particulier. Les amis et connaissances sont-elles encore en vie ? Continuons-nous de les voir ? Où sont partis vivre nos enfants ? Continuons-nous à nous voir ? Si oui, est-ce plutôt eux qui viennent me voir et moi ? Puis-je encore d'ailleurs me déplacer ?...

Comme déjà dit auparavant, il y a également **le maintien de liens sociaux par les activités associatives bénévoles ou encore de loisirs**. D'ailleurs, une étude plus fine sur les activités associatives des personnes dites âgées en QPV serait ainsi bienvenue (la part de personnes âgées habitant en QPV qui ont une activité associative, laquelle, les bénéfices qu'elles estiment en tirer, leurs besoins d'accompagnement, etc.).

Le processus de vieillissement, parfois ponctué d'étapes de dégradation brutale de la santé physique ou mentale et de l'état de dépendance, **impacte potentiellement fortement le réseau de parenté et l'entourage proche de la personne vieillissante**. Ces moments de vie et situations peuvent provoquer des **distanciations** (sur fond de dégoût, de peur, de rancœur, etc.), des **conflits familiaux voire des ruptures de liens** entre la personne et son entourage mais aussi au sein de cet entourage. Ainsi, les conflits entre conjoints, entre frères et sœurs, avec l'autre parent encore vivant et également avec les professionnels et les institutions sont à avoir à l'esprit dans la prise en compte du vieillissement.

Accompagner les personnes vieillissantes, c'est aussi accompagner leur entourage en ayant conscience que celui-ci peut constituer un appui, une aide mais aussi être bousculé par les conséquences relationnelles, sociales, financières et physiologiques du vieillissement de leur proche.

Entretenir-restaurer les liens familiaux et prévenir les conflits à haute intensité entre personnes avançant en âge et leur entourage

Le tiers vecteur d'ouverture et de « triangulation » peut être **l'aide à domicile**, qui au-delà de l'allègement de la charge effective de tâches domestiques et de l'aide en matière d'hygiène ou sanitaire apportées, offre également une forme de prendre-soin des relations, ou **le médiateur familial**, profession encore trop peu connue et diffusée dans les QPV d'une manière générale.

Ce dernier métier peut s'exercer en libéral ou encore en association avec service de prestation Caf ou non. La médiation familiale a pour objet de travailler sur les conflits familiaux, en offrant un espace-temps sur base de demande spontanée des personnes ou dans le cadre d'un parcours judiciaire, sous la forme d'un processus de quelques séances, aux membres d'une famille ou d'un couple en conflit afin de tenter de restaurer le dialogue, de préserver les liens au-delà du conflit et d'accompagner les personnes dans des décisions concernant ces relations familiales mises en tensions. Cette profession est portée par des personnes favorables à un mode relationnel et humaniste de la gestion des conflits familiaux et se situe depuis sa rapide professionnalisation au centre d'attentes institutionnelles fortes, parfois contradictoires. Cette **profession de « la relation » et « d'aide aux familles »** a monté en professionnalisation et institutionnalisation, se traduisant notamment dans la formalisation d'un diplôme d'État en 2003. Dans les premières années du déploiement du DEMF, la demande institutionnelle et sociale (notamment des Caf et d'une partie des juges aux affaires familiales) s'est surtout structurée sur de la médiation auprès de couples avec enfant(s) séparés ou en train de se séparer, sous le sceau de l'intérêt supérieur de l'enfant et de la norme de l'état pacifié des séparations¹³⁰.

En parallèle de cette centration sur de « la médiation parentale », attentifs aux différentes formes de conflits et de vulnérabilités, les médiatrices et médiateurs familiaux accueillaient d'autres publics et d'autres situations de conflits familiaux, en affutant leurs méthodes, comme les médiations successorales, les médiations intergénérationnelles, les médiations entre frères et sœurs, etc. Très récemment, début 2025, une nouvelle demande institutionnelle s'est faite jour allant dans le sens de la diversification de la pratique de la médiation familiale. Ainsi au sein du « Référentiel national de financement partenarial des services de médiation familiale » de janvier 2025¹³¹, on peut lire plusieurs passages à propos du soutien financier et méthodologique (sous la forme d'expérimentation et de nouvelles offres de formations) des Cafs et de l'Unaf¹³² à propos des « **médiations aidants-aidés** ».

L'adaptation de ce référentiel est justifiée par les arguments suivants : « *Des modifications y ont été apportées pour répondre à la diversification et à l'élargissement du périmètre d'exercice de cette activité et prendre en compte : les nouveaux contextes dans lesquels s'inscrivent les conflits familiaux exigeant une attention accrue des médiateurs familiaux (parents-adolescents, milieu carcéral et intergénérationnels exacerbation des conflits, aidants-aidés...) ; les nouvelles modalités d'intervention en médiation familiale (déplacement à domicile, intervention à distance).* » Bien que les modalités précises des financements et conditions fassent encore débat entre associations de représentation des médiateurs familiaux et pouvoirs publics, tous sont d'accord pour voir dans les savoir-faire et pratiques

¹³⁰ Lire entre autres : Lauriot dit Prévost, N. (2020). Les métiers du couple et de la famille : des tensions professionnelles révélatrices des rapports contemporains entre familles et institutions. *Dialogue*, 227(1), 21-37. <https://doi.org/10.3917/dia.227.0021>.

¹³¹ Disponible en ligne ici : https://www.caf.fr/sites/default/files/medias/cnaf/Partenaires/Page_ParentsetFamilles/Page_Mediation-Familiale/Referentiel_Mediation_Familiale_Dec2024.pdf

¹³² L'Union nationale des associations familiales.

de la médiation familiale une opportunité d'offrir un outil d'aide aux familles en situation d'aidance, notamment avec des personnes avançant en âge.

Cette dynamique actuelle de la profession et dans le champ de leurs prescripteurs/financeurs nous semble représenter une opportunité de valoriser un outil possible parmi d'autres pour une meilleure prise en compte des effets sur les personnes vieillissantes et leur entourage du vieillissement en général mais aussi pour la reconnaissance des besoins dans les QPV. **Il serait pertinent que les décideurs et acteurs de la politique de la ville « attrapent le train en marche » de cette dynamique autour de la médiation familiale**, qui existe également dans ce qui est nommé depuis peu comme étant la « filière de la santé familiale », association regroupant les praticiens de la sexologie, du conseil conjugal et familial et de médiation familiale ; toutes ces professions pouvant à leur manière œuvrer à une meilleure prise en compte du vieillissement y compris dans les QPV.

Aider les aidants, qui très souvent sont des aidantes

« Valoriser les aidants, et plus largement les solidarités concrètes de proximité, revient à rendre visible une autre société qui produit du lien et annonce qu'elle se prend en main, plutôt que s'abandonner au regret de la puissance passée de l'État providence ou tout attendre d'une intervention divine... La traduction politique du soutien à l'aidant, et plus globalement du concept de care ou d'une éthique concrète de la sollicitude, passe par une redéfinition de l'État et de ses solidarités institutionnelles. [...] Il importe que l'État change son approche : il ne s'agit plus de faire pour et à la place des personnes, mais de faire avec. »

Guérin, S. (2016). Les aidants au cœur de la solidarité sociale. *Vie sociale*, 15(3), 159-173.
<https://doi.org/10.3917/vsoc.163.0159>

Selon différentes études, entre 8 et 11 millions de personnes vivant en France sont actuellement en situation d'aidance vis-à-vis d'un proche ou d'un voisin. Selon certaines estimations, parmi eux, « plus de 4 millions de personnes sont proches aidants de personnes âgées en France (Charlap *et al.*, 2019)¹³³ ». Précisons également que l'aidance est encore plus intense en milieu urbain, où « 91 % des seniors en perte d'autonomie reçoivent de l'aide de leur entourage (Insee, 2023b). En milieu rural, l'aide apportée peut être moins régulière en raison des coûts et des temps de déplacement plus élevés, mais elle demeure significative¹³⁴ ».

Parmi tous les services et effets que cette relation d'aidance produit, il convient de dire que cette aide informelle constitue souvent une ressource qui permet de retarder ou d'éviter l'entrée en établissement des personnes âgées. Nous n'omettons pas néanmoins ce que certains auteurs mettent en avant comme la dépendance abusive, des tensions et conflits larvés ou ouverts (Cf. les travaux entre autres de Smaïn Laacher) qui peuvent se loger au sein de cette relation d'aidance, d'autant plus lorsque l'aidant, et ce qui est bien souvent le cas est un « très proche », comme une conjointe ou un conjoint ou encore un enfant.

En milieu urbain, 91 % des seniors en perte d'autonomie reçoivent de l'aide de leur entourage (Insee, 2023b). En milieu rural, l'aide apportée peut être moins régulière en raison des coûts et des temps de

¹³³ Capgras, J.-B. (2025). Chapitre 13. Sortir des idées reçues pour cerner les enjeux du vieillissement de la population française. Dans B. Szostak et J. Claveranne (dir.), *Vielliesse et vieillissements : Regards croisés* (p. 131-138). EMS Éditions. <https://doi-org.icp.idm.oclc.org/10.3917/ems.szost.2025.01.0131>

¹³⁴ Capgras, J.-B. (2025). Opus cité *ibid.*

déplacement plus élevés, mais elle demeure significative. Pour compléter ce portrait démographique, un fait édifiant se présente à nous : **la grande majorité des aidants sont des aidantes.**

Bien que, selon les sources, les proportions varient, nous pouvons citer une étude IPSOS-MACIF datant de 2020, dans laquelle l'estimation porte à 66 % la part des femmes parmi les aidants, avec un âge moyen de 72 ans.

Ces personnes entrant dans une « carrière » de proches aidants se retrouvent dans toutes les couches sociales de la société. **Ces aidants informels, provenant pour la plupart de l'entourage familial (conjointes et enfants le plus souvent), pourraient rencontrer de plus en plus de difficultés dans l'avenir¹³⁵**, celles-ci étant déjà importantes dans la conciliation de leurs différentes activités, en matière de l'entretien des liens sociaux en dehors de la relation d'aidance, en termes de charge mentale et de fatigue physique, au risque de l'épuisement.

D'abord, l'intensification du taux de participation des **femmes** sur le marché du travail, **traditionnellement les premières « aidantes » et pourvoyeuses de soins dans les couples et familles**, réduit leur disponibilité à fournir de l'aide.

Ensuite, à mesure que **s'accroît l'âge moyen des personnes dépendantes**, il en va de même pour les **aidants** potentiels, c'est-à-dire souvent les conjoints et les enfants, **réduisant ainsi leur capacité à fournir de l'aide.**

En tant que proche aidant, un des enjeux est de tenter de **maintenir un lien « digne¹³⁶ »** (pour soi, pour l'autre) malgré des actes de soins parfois intimes effectués sur le corps de l'autre. D'une manière générale, non seulement il y a davantage d'aidantes que d'aidants, mais un **rapport inégal au « care¹³⁷ » en fonction du genre existe : multiplicité et diversité plus grande des tâches d'aide de la part des femmes** (de l'aide organisationnelle aux soins intimes du corps) ; **tendance à davantage déléguer les tâches du soin du corps de la part des hommes.**

Ne pas oublier non plus qu'un aidant, bien qu'il soit plus souvent une « elle », n'a pas toujours le même statut et le même lien de parenté, **n'est pas uniquement la conjointe.** Cela peut être la fille ou le fils, un jeune frère, la petite-fille ou le petit-fils. Qui d'ailleurs **n'habite pas nécessairement au domicile** de la personne aidée, ce qui suppose que l'aide peut être ponctuelle ou fournie à distance.

Ainsi, il faut envisager **l'aide délivrée par un proche dans sa pluralité de types d'aide :**

- financière ;
- organisationnelle (prendre un Rdv par téléphone, à un guichet ou sur l'internet ; interagir avec un professionnel, etc.) ;
- logistique (faire des courses ; préparer des repas, etc.) ;
- ménagère et hygiénique (ménage ; aide aux déplacements ; soins du corps, etc.) ;

¹³⁵ Gannon, F., Garrec, G. & Touzé, V. (2020). IX / Vivre longtemps et risque de perte d'autonomie : quelles politiques publiques en Europe ? Dans : OFCE éd., *L'économie européenne 2020* (pp. 109-122). Paris: La Découverte.

¹³⁶ Entretien avec Fleury, C., Propos recueillis par Navarre, M. (2023). La dignité est l'affaire de tous. *Sciences Humaines*, 363(10), 30-36. <https://doi.org/10.3917/sh.363.0030>

¹³⁷ Pour des chercheurs en sciences humaines et sociales, comme Carol Gilligan, Joan Tronto, Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman entre autres, ce terme est à la fois un verbe d'action qui signifie « s'occuper de », « faire attention », « prendre soin », « se soucier de » et un substantif qui pourrait selon les contextes être rendu en français par soin, attention, sollicitude, concernement.

- d'écoute, de conversation et de présence.

De plus, il convient d'avoir à l'esprit que la relation d'aidance informelle **évolue** au gré de l'état de santé de la personne aidée, des aléas de vie de la personne aidante, des événements dans le parcours d'aidance. Ainsi, **l'aide évolue dans le temps ainsi que les besoins de l'aidant en matière d'accompagnement**.

L'autre enjeu fort de l'aidance est celui de **l'accompagnement des proches aidants, de les soutenir et de leur offrir des moments de répit**. La notion de répit peut se définir comme la prise en charge temporaire physique, émotionnelle et sociale d'une personne en perte d'autonomie dans le but de permettre un soulagement de son aidant principal et ainsi d'éviter un épuisement qui compromettrait aussi bien sa santé que le maintien à domicile de la personne malade. Comme soutien au droit au répit, il existe en France plusieurs solutions : des plateformes d'accompagnement et de répit, qui apportent du soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie (France Alzheimer a beaucoup œuvré en faveur de leur développement et de leur reconnaissance, il existe aujourd'hui 220 plateformes d'accompagnement et de répit en France¹³⁸) ou encore des groupes de paroles et d'entraides, comme les Café des Aidants proposés par l'Association Française des Aidants¹³⁹.

Citons pour finir un des enseignements d'une étude récente de l'Unaf à propos de la relation d'aidance :

« Les pouvoirs publics, pour connaître les besoins des aidants familiaux, ont intérêt à les analyser en fonction de la nature de leur lien familial avec la personne aidée (parent, conjoint, enfant, autre) et de l'âge de la personne aidée. Cette grille de lecture nous apparaît pertinente, en particulier pour l'analyse des résultats à venir de l'enquête Autonomie menée en 2022. L'accent mis sur l'importance du lien familial renforce et approfondit l'étude récemment publiée par la DREES, portant sur la même enquête de 2018, qui en fait un critère d'analyse au même titre que l'intensité de l'aide. L'étude d'Anaïs Cheneau montre que ces critères sont clairement liés : parents d'enfants en situation de handicap et conjoints aidants fournissent en moyenne une aide beaucoup plus intense¹⁴⁰. »

En arrière-fond, il y a bien l'idée du risque de déléguer le maintien de l'autonomie intégralement aux aidants, ce qui serait doublement préjudiciable : pour les personnes « aidées » et pour les personnes « aidantes ». La « **co-production** » des aides de la vie quotidienne entre les professionnels et les proches devraient être le guide et la balise éthique et pratique du soutien aux aidants ainsi que l'inscription de ce soutien dans un **triptyque relationnel** « **personne aidée – personne aidante – professionnels** ».

¹³⁸ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/les-plateformes-daccompagnement-et-de-repit> ; ces plateformes font partie des hébergements temporaires à destination des personnes âgées : l'hébergement temporaire permet aux personnes âgées qui vivent à domicile de trouver des solutions d'hébergement pour une courte durée. Il est ainsi possible d'être hébergé temporairement dans un établissement pour personnes âgées ou chez des accueillants familiaux. L'idée est également d'offrir un droit au répit aux proches aidants, afin de leur permettre de se reposer ou de s'absenter et de passer temporairement le relais. L'hébergement temporaire représente également un sas avant un possible placement définitif dans une maison de retraite. Des aides financières via l'APA ou l'ASH entre autres existent mais les tarifs de la plupart de ces solutions d'hébergement et le restant à payer restent prohibitifs pour les ménages et familles plus modestes, dont on connaît la sur-représentativité dans les QPV.

¹³⁹ <https://www.aidants.fr/>

¹⁴⁰ Unaf, février 2024, Enquête thématique, « Aidants, qui êtes-vous ? Que faites-vous ? », <https://www.unaf.fr/ressources/aidants-qui-etes-vous-que-faites-vous/>

Articuler l'aide fournie par un proche aidant avec le recours à des professionnels

« Comme l'indique Liliane Bernardo, on se demande en effet trop peu souvent quelles compétences sont nécessaires à l'occupation du rôle de particulier employeur, et notamment à l'adoption d'une "logique strictement professionnelle" dans la construction de la relation avec l'employée (Bernardo 2003 : 385). [...] La gestion administrative proprement dite est souvent partagée avec les proches, l'association mandataire si la personne âgée a recours à cette modalité d'emploi, ou bien les salariées elles-mêmes. »

Meuret-Campfort, E. (2017). Il n'est jamais trop tard pour devenir employeur : Les particuliers employeurs âgés et leurs assistantes de vie. *Genèses*, 106, 50-71.
<https://doi.org/10.3917/gen.106.0050>

Comme nous venons de l'écrire juste avant, l'autre point de « l'aide aux aidants », qui représente bien un enjeu local, national et européen, est de ne **pas tout déléguer aux proches aidants, qui demeurent des aidants informels.**

Ainsi, la **coordination et les liens sont à renforcer entre l'aide formelle et celle informelle.** À notre sens, dans une société souhaitant assumer une protection sociale juste, la « proche aide » ne doit pas représenter la seule ou principale forme d'aide humaine à l'attention des personnes en perte d'autonomie.

Pour le dire autrement, la **fonction de providence** de l'État, des départements et de leurs partenaires ne doit **pas disparaître derrière le développement et le soutien aux proches aidants.**

Par rapport à cet enjeu de l'articulation des proches aidants et des aidants professionnels mais aussi avec les personnes vieillissantes elles-mêmes, nous pouvons donner **quelques éléments de compréhension des variables socio-démographiques agissant dans le recours à l'aide d'un proche et à celle d'un professionnel** (du soin, de l'aide domestique et ménagère, de services type bricolage ou sorties, etc.).

Une recherche sur un échantillon national de Sylvie Renault¹⁴¹ a fait ressortir **trois éléments** : les **personnes qui vivent seules mobilisent autant les professionnels que les proches aidants** ; le milieu social limite l'accès aux professionnels pour **les personnes les plus modestes qui se tournent davantage vers les proches aidants** ; l'effet significatif de la configuration du ménage sur le recours aux professionnels est **plus important que celui des limitations fonctionnelles.**

Ainsi, comme déjà évoqué ici par ailleurs, **les hommes âgés en couple ont tendance à moins recourir à des professionnels que les femmes. Le recours aux professionnels est associé pour ces hommes aux limitations fonctionnelles.**

Cependant, nous dit Sylvie Renault, « l'effet significatif de la configuration du ménage sur le non-recours est plus important que celui des limitations fonctionnelles. Indépendamment des caractéristiques individuelles, **les personnes qui vivent à deux en couple ont moins recours aux professionnels que celles qui habitent seules dans leur logement.** La présence du conjoint est centrale, la déclaration du conjoint aidant ou la désignation d'un enfant aidant sont plus influentes que l'intensité des limitations fonctionnelles sur les chances de recours aux professionnels. Le non-recours aux professionnels est toujours plus élevé pour les hommes bien qu'ils déclarent à la fois être aidés pour un plus grand

¹⁴¹ Renault S., 2021, « Recours inégal aux professionnels pour les femmes et les hommes en couple après 60 ans », *Retraite et société*, 87, p. 73-93

nombre d'activités dans la vie quotidienne et qu'ils désignent moins souvent leur conjointe comme aidante. Les déclarations sur l'aide conjugale, croisées entre le conjoint aidé et son conjoint aidant, témoignent de l'investissement différentiel selon le type d'activités. Pour les soins, le recours aux professionnels ne différencie pas les femmes des hommes ; l'aide du conjoint est déclarée et reconnue également par les deux conjoints. Pour les activités domestiques, le recours aux professionnels est plus fréquent pour les femmes ; l'aide conjugale est plus souvent déclarée par le conjoint aidant qu'elle n'est reconnue par le conjoint aidé. »

Ainsi, un programme et des dispositifs souhaitant articuler proche aidance et intervention des professionnels se devra d'avoir ces éléments à l'esprit.

Nous l'avons dit, le **risque de dépendance est d'autant plus marqué que le revenu est faible**.

Ce constat souligne l'importance **d'autant plus cruciale de soutenir les aidants informels dans les milieux populaires, les plus représentés dans les QPV**. Pour favoriser le maintien à domicile des personnes dépendantes, leur préserver une part d'autonomie ainsi que maîtriser les dépenses publiques, **il faut donc soutenir l'aide informelle**.

Outre la **dimension financière**, ce soutien peut prendre trois formes principales :

- D'abord, **faciliter les démarches administratives et fiscales**.
- Ensuite, donner un **statut officiel aux aidants pour pouvoir mieux concilier aide et activités personnelles et professionnelles et accéder à des compensations financières**, ce qui a en partie été permis en France par de récentes lois (2005, 2015, 2020) ouvrant des droits comme le congé de proche aidant¹⁴² et l'allocation journalière du proche aidant¹⁴³. Tout un travail de sensibilisation des proches mais aussi des professionnels et bénévoles pouvant les renseigner reste à faire, notamment sur les conditions d'attribution de cette aide et les cumuls désormais possibles avec d'autres prestations sociales comme le RSA ou encore mieux informer sur la possibilité de mobiliser la prestation de compensation du handicap (PCH), qui peut être utilisée pour indemniser l'aide apportée par un proche, qui n'est plus déduite du RSA non plus mais qu'en plus elle permet, sous conditions, de salarier un proche aidant¹⁴⁴. Ces possibilités, bien qu'apparaissant par endroits restreintes, constituent un apport non négligeable, d'autant plus dans des territoires où les taux de pauvreté et la précarité sont potentiellement plus importants.
- Enfin, **permettre les moments de répit par la création de lieux d'accueil temporaire**. L'enjeu est fort de non seulement les soutenir mais aussi d'articuler de manière efficace leur présence et leur aide avec celle de professionnels du soin et du social ainsi qu'avec celle de la présence possible complémentaire de bénévoles.

¹⁴² <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16920>

¹⁴³ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/solutions-pour-les-aidants/trouver-du-soutien/aidant-familial-proche-aidant-quelles-definitions-et-quelles-aides>

¹⁴⁴ Stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022 : bilan de la mise en œuvre des mesures – 2023. https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-10/Bilan-Strategie-Agir-pour-les-aidants-2020-2023_0.pdf

Vieillesse et rapports intergénérationnels : une thématique insuffisamment renseignée et pas toujours envisagée comme vectrice de réduction des stéréotypes, d'inclusion et de préservation de l'autonomie

« Le triptyque le plus couramment retenu, autour des rapports sociaux de classe, de genre et interethniques, laisse souvent de côté les rapports sociaux d'âge et de génération. Pourtant, ces derniers font également partie des grands modes de classement et de hiérarchisation sociaux. En fonction de leur focale, les recherches sur les immigrés âgés gagneraient sans doute à penser cette articulation, ainsi que le propose Ait Ben Lmadani (2007) qui, pour penser la situation des femmes immigrées âgées, articule les théories intersectionnelles avec celles de la reconnaissance sociale. »

Pian, A. (2014). Désacraliser la solidarité familiale. Quand le cancer touche des immigrés âgés. *Noroi*, 232(3), 67-80. <https://doi.org/10.4000/noroi.5161>

Hormis sous l'angle de l'aide, le **vieillesse est plus rarement abordé directement sous l'angle des rapports et relations intergénérationnels.**

Dans des quartiers et un département supposés « jeunes », comportant de plus une part importante de personnes étrangères ou immigrées, c'est bien pourtant l'un des enjeux de connaître et comprendre les ressorts et réalités de ces relations sur le département et en particulier dans les QPV.

Se vivent-elles sous le sceau de la méfiance ? De l'entraide et de la solidarité ? ... Sans doute un peu des deux mais trop peu de données ou analyses existent à notre connaissance pour pouvoir avancer un état de lieux de ces rapports intergénérationnels dans les QPV de Seine-et-Marne.

Tout au plus, sur la base de la littérature existante par ailleurs sur ce sujet, pouvons-nous dire que l'entrée des rapports intergénérationnels représente un des enjeux à penser à l'avenir, sous l'angle de **l'aide** (en tant que ressources pour les personnes âgées et point d'attention pour leur propre condition de vie, santé physique et mentale, risques d'épuisement, etc.), de la **méfiance mutuelle** (entre voisins ou habitants par exemple) ou de **l'entraide possible**. Cette entrée des rapports intergénérationnels se décline également dans le maintien des liens intrafamiliaux, pour des personnes âgées qui pour une part importante d'entre elles font partie de **familles transnationales**, c'est-à-dire des réseaux familiaux qui conservent et entretiennent des liens par-delà les frontières, entre obligations, attachements et solidarités¹⁴⁵.

Un chantier reste à faire également pour **prévenir les situations d'âgisme**. Selon le Glossaire du site Stop Discrimination publié par l'Union européenne, l'âgisme est un « *préjugé contre une personne ou un groupe en raison de l'âge* ». Selon l'Observatoire de l'âgisme, l'âgisme est pour l'âge ce que le sexisme est au sexe ou ce que le racisme est aux « races ». Comme le précise entre autres Juliette Rennes¹⁴⁶, l'allongement de la jeunesse dans nos sociétés modernes n'empêche pas les entraves à l'accès à toutes sortes de biens sociaux et ainsi d'injustice. Quelque part, l'âgisme reflète le malaise des jeunes et des adultes d'âge mûr face à la vieillesse. Il correspond à une aversion qu'ils peuvent ressentir à l'égard du vieillissement, de la maladie et de l'incapacité ainsi qu'à une peur de l'impuissance et de l'inutilité dans une société surestimant la performance. En tout cas, les **pistes évoquées** à propos de l'habitat et des cohabitations intergénérationnelles représentent un axe, qui reste à compléter

¹⁴⁵ MERLA L., MINONZIO J. (2016). Familles transnationales, familles solidaires. *Informations sociales*, 194, 62-70. <https://doi.org/10.3917/inso.194.0062>

¹⁴⁶ Rennes, J., (2022), *Âge*, dans « La société qui vient », sous la direction de Didier Fassin, Paris, édition du Seuil, 825-842.

par une prise en compte et une intégration plus transversale dans les programmations de différents acteurs de la politique de la ville, y compris par ceux non spécifiquement dédiés aux personnes âgées. C'est ce que l'on désigne dans le champ de l'égalité entre les femmes et les hommes sous le terme des **politiques dites « intégrées »**. Directement ou indirectement, l'intervention sur une grande diversité de problématiques contribue au « bien vivre ensemble » et toute politique publique se devrait d'inclure la thématique du vieillissement et « bien vieillir » comme objet de son action.

Cultures, patrimoine, mémoire et langues : transmettre et échanger pour relier et atténuer les préjugés

« Pour les immigrés restés locataires, le fait de ne pas avoir accédé à la propriété tient autant à leurs ressources économiques souvent plus faibles qu'à l'attachement à "leur" quartier ou cité, où ils comptent parmi les "anciens" du lieu et où ils ont établi des relations devenues essentielles entre pairs d'âge. Une part des personnes âgées immigrées ont cependant pu accéder à la propriété dans leur pays d'origine, et ainsi être pour certains doublement propriétaires. "La maison au pays", construite ou retapée, fait signe d'une réussite sociale qui reste "ici" bien peu lisible. »

Plard, M., Martineau, A. & Fleuret, S. (2015). Les immigrés au seuil du grand âge : Un questionnement à ancrer dans les territoires de vie. *Hommes & Migrations*, 1309, 31-37.
<https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3065>

Les personnes vieillissantes, les aînés des QPV ne vivent et ne subissent pas que le processus de vieillissement sous le sceau de la perte d'autonomie, des maladies, des réductions de leurs capacités, des vulnérabilités et de l'exclusion. Cette génération, **forte de l'expérience accumulée tout du long d'une vie** souvent émaillée d'un parcours migratoire, par l'exil, l'installation dans un pays peu connu ou inconnu, avec l'expérience souvent nouvelle de vie dans des « grands ensembles », incarne une forme de « patrimoine vivant », une **mémoire multiculturelle** qui n'attend que le prétexte d'une rencontre, d'une discussion même fortuite pour resurgir.

Raconter l'histoire du quartier ou **parler sa langue de naissance** (ou une de celles acquises durant sa vie) permet non seulement la transmission mais également de retisser des liens sociaux, familiaux, intergénérationnels et interculturels.

Encourager ces expressions et ces échanges contribue non seulement à cultiver le maintien des liens des plus anciens mais aussi à tisser des ponts avec les plus jeunes, dans des quartiers qui bien souvent ne sont perçus que par des prismes réducteurs et extrêmes (violences urbaines, rixes entre bandes rivales de jeunes et relégation sociale d'un côté et vitalité créative des « cultures urbaines » de l'autre) qui empêchent de se **saisir pleinement de la complexité historique, politique et sociale de ces territoires**.

Favoriser l'implication citoyenne et la prise en compte de la parole des aînés

« On parle plus souvent des personnes âgées qu'elles ne parlent elles-mêmes. »

Renaut S., 2021, « Recours inégal aux professionnels pour les femmes et les hommes en couple après 60 ans », *Retraite et société*, 87, p. 73-93

D'une manière générale, les personnes âgées vieillissantes sont **plus souvent des objets de recherche et de descriptions médicales et démographiques que des sujets de parole**.

Il convient non seulement de mieux comprendre et faire comprendre leur réalité vécue mais aussi de permettre l'expression de leurs souhaits, attentes ou non attentes dans différents domaines de leur accompagnement social, médico-social et relationnel ainsi que de leur permettre d'intégrer ou de continuer à participer à des espaces de débats et de décisions, que ce soit à propos de sujets qui les concernent directement ou la Cité d'une manière générale. Car ce **phénomène de minimisation voire confiscation de leur parole**, de leur part d'auto-détermination et de leur pouvoir d'agir **se cumule avec l'invisibilisation des générations les plus âgées** et des phénomènes de vieillissement en cours et à venir dans les QPV, territoires souvent réputés les plus jeunes de France.

Les associations et maisons de quartiers généralistes des QPV seine-et-marnais ainsi que les centres sociaux doivent poursuivre leurs efforts en matière de programmation et d'inclusion des personnes âgées et de l'intergénérationnel et les institutions doivent les soutenir en ce sens. Les associations et fondations en lien avec différentes problématiques du vieillissement doivent également continuer leur intégration et leurs interventions dans les QPV.

Enfin, faire siéger dès que possible au sein de conseils d'administration d'associations de quartier, au sein de conseil de quartier, etc., les personnes les plus âgées, avec un souci de réfléchir à **permettre l'expression de la parole des personnes les plus dépendantes** : réfléchir au lieu et moment de réunion ; permettre des délibérations et votes sécurisés à distance (ce qui implique de s'atteler à la sensibilisation à l'usage des outils numériques et de lutter contre l'illectronisme) ; etc.

Vieillir, ce n'est pas que perdre et subir, c'est encore agir : la place centrale des personnes âgées dans le bénévolat et le tissu associatif des quartiers

Malgré tous les points d'alerte ici posés, il ne faut pas oublier que toutes les personnes vieillissantes ne sont pas en perte d'autonomie ou en dégradation forte de leurs capacités. Ainsi, ces personnes sont bien souvent, du fait du maintien d'anciennes activités bénévoles et de militance ou de nouveaux engagements, **centrales dans le bénévolat et le tissu associatif, et ceci également en QPV**.

Bien qu'ils ne soient pas au niveau national surreprésentés contrairement à une idée reçue¹⁴⁷, toute une partie des seniors reste impliquée ou s'investit dans de nouveaux champs bénévoles. Non seulement, **ces activités non marchandes rendent service aux autres mais, en plus, maintiennent leurs propres liens sociaux, leur propre sociabilité**. De plus, **plus de la moitié des responsables associatifs seraient des retraités en France**, notamment par la nécessité de disponibilité de temps pour des responsabilités de plus en plus lourdes et complexes.

¹⁴⁷ Lire entre autres l'étude de France Bénévolat, « La place des seniors dans le bénévolat », 2013 <https://www.francebenevolat.org/sites/default/files/uploads/documents/3a6bccff16c0afb00c2e609b5d9681f19fd7f20e.pdf>

La **place des personnes retraitées dans la vie associative**, les conditions auxquelles elles accèdent au bénévolat et leur mode de relation aux responsabilités et au pouvoir constituent donc des enjeux forts à la fois pour eux et pour la vie associative, et plus globalement pour le renforcement du lien social, puisque l'on peut considérer que la qualité et l'intensité de la coopération intergénérationnelle sont d'excellents baromètres de l'état du lien social et de la solidarité.

Tout un travail de **valorisation de leurs engagements ainsi que d'accompagnement des bénévoles seniors** serait ainsi à fournir. Des réseaux d'éducation populaire comme la Ligue de l'enseignement, qui accompagnent la structuration, les postures, la montée en compétences des bénévoles et des associations, pourraient ainsi être mobilisés, en intégrant avec plus d'acuité la question des bénévoles seniors d'une manière générale et dans les QPV en particulier au sein de leurs programmes d'accompagnement de la vie associative des territoires.

Outiller et soutenir une diversité de professionnels et bénévoles dans leur approche du vieillissement : favoriser la mise en réseau et la montée en compétences

Un enjeu central, **avec la coordination entre acteurs institutionnels et acteurs de terrain de tout type, est celui de la formation et de la sensibilisation des professionnels et potentiels bénévoles** œuvrant au service des aînés dans les QPV seine-et-marnais.

Affirmer que le vieillissement est « l'affaire de tous » implique que soit sensibilisée une large variété d'acteurs, au-delà des professionnels du soin et du social spécialistes des personnes âgées. Car l'enjeu est bien d'enclencher une **culture de la vigilance et du repérage** de certaines formes de vulnérabilités liées au vieillissement **tout en ne tombant pas dans une réification et une disqualification âgiste** occultant toutes les capacités, les potentialités et les désirs de vivre et la soif d'autonomie existant chez les personnes avançant en âge¹⁴⁸.

Comme nous l'avons déjà dit ici à plusieurs reprises, les **logiques d'interprofessionnalité, de proximité et de politiques intégrées** (c'est-à-dire prenant en compte le vieillissement et ses problématiques afférentes dans des politiques, actions et service de « droit commun » et « tout venant », à l'instar de ce qui se fait dans les champs de l'égalité femmes-hommes ou de la transition écologique) doivent **guider** les actions à mettre en œuvre. Bailleurs de fonds, bailleurs sociaux, acteurs de la rénovation urbaine, collectivités, associations, acteurs de l'ESS, etc., mais aussi acteurs privés peuvent se saisir de cette question cruciale et former et sensibiliser leurs agents et salariés tant à propos des réalités vécues par ces publics que des solutions possibles. Reste à mettre en œuvre une **politique de formation élargie** des personnes qui fréquentent le quartier c'est-à-dire les professionnels du soin, du social et de l'associatif mais aussi les commerçants, la police, les écoles, les entreprises des lieux où vivent les aînés, pour les sensibiliser à leurs problématiques (à la dégradation sanitaire et morale possible, la perte d'autonomie, aux troubles cognitifs, moteurs, etc. ainsi que toute leur richesse de savoir, de mémoire et de vécu) et favoriser la bienveillance. Ces initiatives permettent de rester **au plus proche du quotidien mais elles ne peuvent fonctionner que si les services de droit commun restent opérants.**

¹⁴⁸ Des mouvements militants précurseurs appelant à une « autre vieillesse » comme les « *grays panthers* » aux États-Unis (littéralement les « panthères grises ») sont là pour nous rappeler le droit à l'auto-détermination des classes subissant les stigmates sociaux liés à l'âge et l'écoute fine qui se doit d'être développée dans le reste de la société.

« Vieillissement, maintien des liens familiaux et ancrage relationnel » La situation dans les QPV de Seine-et-Marne

Des données parcellaires à propos des aidant(e)s en Seine-et-Marne et d'autant plus en QPV

En 2020, le nombre d'aidants au sein du département de Seine-et-Marne était estimé à 180 000 personnes¹⁴⁹, ce qui fait un ratio de 1 habitant sur 8.

Combien d'entre eux (d'entre elles devrait-on dire étant donné la forte féminisation de la population des aidants) se trouvent-ils au sein des QPV seine-et-marnais ?

Difficile de le dire à notre niveau, n'ayant pas pu obtenir des données à cette échelle, ce qui n'est pas certain qu'elles existent. D'ailleurs, de tels chiffres existent-ils ne serait-ce qu'à propos des communes ou EPCI ? Et combien parmi ces aidants sont-ils en lien avec une personne aidée âgée en perte d'autonomie ?

NR : Le diagnostic des besoins, via la méthode documentaire et chiffrée qui fut la nôtre, est délicat à établir pour la Seine-et-Marne et ses QPV sur ces thématiques du maintien des liens familiaux pour les personnes avançant en âge (comme les situations de conflits et de violences, de rupture de liens, etc.), néanmoins les enjeux énumérés dans la partie « apports des sciences sociales » sont très probablement prégnants.

¹⁴⁹ https://actu.fr/societe/seine-et-marne-le-departement-se-mobilise-pour-le-mois-des-aidants_36720625.html

Exemples d'actions inspirantes ou existantes sur le territoire en faveur du maintien des liens familiaux et l'ancrage relationnel des personnes avançant en âge

Exemples d'actions existantes

- **Pour œuvrer à entretenir-restaurer les liens familiaux et prévenir les conflits à haute intensité entre personnes avançant en âge et leur entourage : des réseaux de médiation familiale et de services à domicile existent, concentrés sur l'ouest du département**

En parallèle de la présence de médiatrices et médiateurs indépendants, la Caf Seine-et-Marne finance déjà des **services associatifs de médiation familiale**¹⁵⁰ implantés dans différentes communes du département, dont la répartition indique que la couverture potentielle des **territoires des QPV seine-et-marnais est inégalement répartie sur le territoire, avec des concentrations sur l'est et le sud du département, l'ouest et le nord-ouest étant moins bien dotés et à distance des lieux d'implantation des services**. Nous n'avons d'ailleurs pas d'éléments d'évaluation quant au recours par les personnes vieillissantes et leurs familles en particulier et encore moins pour des problématiques liées au vieillissement.

Nous pouvons néanmoins préciser les lieux d'implantation des services de médiation familiale en Seine-et-Marne, sur la base des structures et professionnels qui paraissent actifs et intervenir sur des territoires avec QPV :

- **CERAF Médiation** : Association intervenant sur 3 départements franciliens, elle propose des permanences et séances de médiation familiale sur 3 villes seine-et-marnaises, à savoir **Chelles, Melun et Meaux**¹⁵¹, **toutes les trois avec des QPV** (respectivement : La Grande Prairie et Schweitzer – Laennec ; L'Almont, Les Mezereaux et Plateau De Corbeil - Plein-Ciel ; Beauval Dunant).
- **Médiateurs 77** : Association basée à Fontainebleau¹⁵². Il n'y a pas de QPV à Fontainebleau mais **deux QPV sont situés sur deux communes voisines : Cœur de Champagne à Champagne-sur-Seine et Les Fougères à Avon**. Selon leur brochure, un partenariat est également tissé avec la Ville de Nemours, qui comporte un **QPV, le quartier de Mont-Saint-Martin**. Précisons que des médiations familiales « à distance » par visioconférence sont également proposées, bien que nous ayons des doutes sur leurs pratiques avec des personnes âgées.

D'autres médiatrices et médiateurs familiaux exercent peut-être en Seine-et-Marne et pourraient être mobilisables avec les habitants vieillissants des QPV et leur entourage, notamment des travailleurs indépendants, mais nous n'en avons pas connaissance.

¹⁵¹ <https://www.cerafmediation.com/mediation-familiale-77-chelles/> ; <https://www.cerafmediation.com/mediation-familiale-77-melun/> ; <https://www.cerafmediation.com/mediation-familiale-a-meaux-77/>

¹⁵² <http://mediateurs77.pro/>

Lorsque l'on fait le détail de ces 12 actions recensées pour l'année 2025 sur cette carte, 5 ont lieu sur des communes avec QPV ou à proximité :

- **Le « Café des Aidants "125" » à Lagny-sur-Marne**

Ce groupe de parole, actif une fois par mois les samedis matin en 2025, ouvert à tous les aidants, est co-animé par une psychologue et un travailleur social. Il se veut comme un *« espace pour partager son vécu, poser des mots sur ce qu'on traverse et trouver du soutien auprès d'autres personnes concernées »*. Il se déroule à Lagny-sur-Marne, non loin du QPV Orly Parc. L'association Reliage, qui organise cette action, porte par ailleurs une plateforme d'évaluation des besoins des retraités et le PAT (Point Autonomie Territorial) de Lagny-sur-Marne et Meaux, qui propose donc des Cafés des aidants ainsi que de la *« gym senior¹⁵⁵ »*. L'association fait partie du réseau de l'Association Française des Aidants.

- **« Halte répit », à Dammarie-les-Lys**

Cette action d'aide au répit, soutenue par le CCAS de la ville de Dammarie-les-Lys se destine à proposer une *« prise en charge des aidés à travers des ateliers thérapeutiques, pour offrir aux aidants un temps de répit »*.

- **« Parole partagée », à Saint-Pierre-lès-Nemours, ville voisine de Nemours, commune avec QPV**

Ce groupe de parole, *« destiné aux aidants et animé par deux psychologues, se réunit une fois par mois à l'annexe de la MDS. Libre d'engagement (aucune obligation de présence d'une séance à l'autre) et sans thématique préétablie, il offre un espace d'échange sur le quotidien des aidants et favorise le soutien mutuel au sein du groupe. L'inscription, obligatoire par téléphone ou par mail, permet également de participer à des ateliers de sensibilisation à la sophrologie, organisés une fois par trimestre. »*

- **« Parole partagée », à Nemours**

Ce groupe de parole est organisé par le département comme la précédente action ayant lieu non loin, pour les aidants, animé par deux psychologues. *« Il se réunit une fois par mois à l'annexe de la MDS. Participation libre, sans obligation de régularité ni thématique imposée. Échanges autour du quotidien et soutien entre pairs. Inscription obligatoire par téléphone ou mail. Ateliers de sophrologie proposés chaque trimestre. »*

- **« Groupe de parole », à Nemours également**

Groupe de parole soutenu par le CCAS de Nemours, en vue de proposer aux aidants d' *« exprimer [leurs] préoccupations, [de] bénéficier d'un soutien, [d']obtenir des informations sur la maladie, les dispositifs d'aide à domicile ou les établissements d'accueil »*.

¹⁵⁵ <https://reliage.fr/>

Nous pouvons rajouter à ces actions recensées sur le site du Département d'autres actions que nous avons identifiées par ailleurs : **Le Café des aidants à Meaux**, organisé également par l'association Reliage.

Nous venons de citer **l'Association Française des Aidants**. Cette association propose des plaidoyers au niveau national depuis plusieurs années pour une meilleure prise en compte et reconnaissance du statut d'aidant mais elle essaye de fédérer également des actions de soutien aux aidants sous deux principaux formats : **Les Cafés des aidants®** qui sont des lieux, des temps et des espaces d'information, de rencontres et d'échanges, animés par un travailleur social et un psychologue ayant une expertise sur la question des aidants. Ils sont ouverts à tous les proches aidants, quels que soient l'âge et la pathologie de la personne accompagnée ; **L'Atelier Comprendre pour agir** qui a pour objectif de se questionner et d'analyser les situations vécues dans la relation avec son proche afin de trouver les réponses adéquates à ses situations, mais également de mieux connaître et mobiliser les ressources existantes près de chez soi.

Sur le territoire de la Seine-et-Marne, seulement deux cafés des aidants de leur réseau se trouvent sur des communes avec QPV ou à proximité : ceux de **Lagny-sur-Marne et de Meaux** et aucun « atelier Comprendre pour agir » ne semble pour l'instant proposé¹⁵⁶.

Ainsi, **une dynamique de développement de Café des aidants et de groupes de paroles entre aidants est à consolider en Seine-et-Marne, en général et dans les QPV, notamment pour les communes situées à l'est et au sud du département.**

Rajoutons qu'à côté des cafés, groupes de paroles et autres ateliers de sensibilisation et de formation, d'autres solutions existent pour offrir du répit aux aidants, comme **l'accueil temporaire en famille d'accueil pour personnes âgées**¹⁵⁷. Nous n'avons pas pu obtenir des données cartographiées à propos de l'offre et/ou du recours à cette offre. Néanmoins, selon des entretiens avec des personnes ressources, ce **recours serait assez faible** sur le département et loin derrière l'hébergement en établissement ou résidence.

Des **solutions d'interventions complémentaires ou alternatives à domicile**, professionnelles ou d'entraide peuvent être encouragées, notamment pour les personnes les plus dépendantes et les moins mobiles (livraisons de repas, visites pour de la conversation ou des moments ludiques intergénérationnelles par de jeunes bénévoles, interventions d'aidants numériques à domicile...).

¹⁵⁶ Cf. la carte suivante : <https://www.aidants.fr/vous-etes-aidant/participer-a-une-action-pres-de-chez-soi/presentation-de-toutes-actions/>

¹⁵⁷ <https://www.valdemarne.fr/a-votre-service/habitat/logement/accueil-familial-social-afs>

Exemples d'actions inspirantes

Nous utiliserons cette sous-partie non pas pour présenter des actions inspirantes mais plutôt pour inviter à poursuivre les efforts sur l'existant et dans le développement d'actions sur certains axes :

- Des actions et services existent en Seine-et-Marne tant à destination des personnes âgées que dans leur entourage pouvant les aider. Néanmoins, l'offre est inégalement répartie. En effet, **des territoires abritant des communes avec QPV sont bien moins pourvus et dotées**, notamment dans **l'est et le sud du département**. Des dynamiques y seront à encourager.
- L'angle **formation des professionnels et bénévoles** (mais aussi encouragement de leurs recrutements et engagement !), au-delà de ceux officiant dans le soin, est essentiel : il sera bienvenu de poursuivre les efforts avec tous les acteurs « **de la relation** » et du « **prendre-soin** » des personnes avançant en âge et de leur entourage.
- À ce titre, tous les **acteurs de l'animation sociale**, tels les **centres sociaux** et autres **associations de proximité** **représentent** un maillage incontournable de la préservation et de l'entretien des liens sociaux et de l'ancrage résidentiel des personnes âgées.
- Enfin, **l'appui sur les initiatives, les capacités, la mémoire des premiers concernés, les aînés**, représente un vecteur de leur propre inclusion dans leurs lieux de vie, valorisation et mise en avant de leurs **histoires** et source de **rencontres** avec les autres habitants, notamment les plus jeunes.

Résumé des enjeux et des axes prioritaires pour une meilleure prise en compte des enjeux du vieillissement dans les QPV seine-et-marnais

Comprendre et cartographier pour mieux agir

- Une **prise de conscience et une prise en compte des enjeux du vieillissement, y compris dans les QPV, est en train de se développer** parmi une communauté de plus en plus large de financeurs et d'acteurs de France, d'Île-de-France et de Seine-et-Marne.
- **Poursuivre commune par commune, EPCI par EPCI, de manière concertée entre acteurs, le repérage gradué des quartiers prioritaires** face à l'importance des enjeux liés au vieillissement, un « classement » qui permet de cibler et prioriser les actions lorsque nécessaire.
- En parallèle, **poursuivre le recensement des actions existantes et inspirantes** dans les différentes thématiques (habitat, lien social, santé, prévention, action sociale, soutien des aidants...).
- Selon nous, **si 5 QPV de Seine-et-Marne** [géographie 2024 – données démographiques et économiques 2020] se **détachent** particulièrement en matière d'indicateurs cumulés très élevés ou élevés en matière de vieillissement et vulnérabilités associées, **tous les QPV de Seine-et-Marne** se doivent de bénéficier d'efforts concertés entre les acteurs de la politique de la ville.
 - Impulser des **efforts de rattrapage et de soutien de dynamiques locales** notamment sur les **territoires de l'est et du sud du département**.
 - **Consolider les réseaux existants et soutenir le développement de nouveaux, en particulier des acteurs des services à domicile**.
 - Avoir une attention particulière auprès des publics qui semblent encore **plus vulnérables que d'autres** (les femmes âgées isolées, les personnes âgées étrangères et allophones, les personnes âgées en situation de handicap, etc.) ou encore **d'avantage en situation de non-recours et d'éloignement en termes d'accès aux droits et services** (les hommes en général et ceux étrangers isolés en particulier).
 - Cependant, les **effets cumulés de péjoration territoriale et de précarisation, accrus par l'avancée en âge**, doivent inviter à des efforts sur l'ensemble des QPV.

Programmer en combinant approches ciblées et politique intégrée du vieillissement

- **À côté de la poursuite d'investissements et programmes de fond**, notamment dans la **rénovation urbaine et des logements des QPV au service d'une ville inclusive et intergénérationnelle**, privilégier **l'approche globale de la santé et des personnes vieillissantes** s'incarnant dans des actions de proximité, de prévention, de médiation et d'aller-vers est à privilégier et servir ainsi de guide éthique d'actions.
- **« L'affaire de tous » : La logique de politique intégrée du vieillissement est à développer au sein des programmations des différents acteurs** de la politique de la ville en Seine-et-Marne quelle que soit leur entrée avec la personne avançant en âge (soin, prendre-soin, social, culture et loisirs, ...) et quel que soit leur statut (agence d'État et services déconcentrés de l'État, collectivités, CCAS, établissements sanitaires ou spécialisés, services de prévention, associations...).
 - Intégrer les enjeux du vieillissement au sein des **Contrats de ville**.
 - Mais aussi dans tous les **projets** stratégiques, les **schémas** cadres et autres **conventionnements** de l'ensemble des acteurs œuvrant directement ou indirectement dans les QPV de Seine-et-Marne représenterait un horizon pertinent.

Coordonner, piloter, se concerter pour avancer ensemble

- **Inclure des acteurs de la politique de la ville au sein d'instances de pilotage, de concertation et de coordination entre acteurs et financeurs**
 - **Faire participer des acteurs de la politique de la ville** au sein de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) de Seine-et-Marne **et/ou mettre à l'ordre du jour des discussions la problématique des QPV** : bailleurs sociaux ; associations ; institutionnels ; etc.
 - **Mettre à l'ordre du jour les enjeux du vieillissement dans les QPV au sein du futur service public départemental de l'autonomie (SPDA) et de la conférence territoriale de l'autonomie**
 - Envisager une **charte de coopération « pour des quartiers inclusifs »** favorisant tant le « bien vieillir » que la prise en compte de situations de handicap.
 - Optimiser la **cohérence et la coordination entre les zonages prioritaires ZRR et QPV** dans leurs approches conjointes et respectives, dans un **territoire étendu à cheval sur des problématiques urbaines, péri-urbaines et rurales**.
 - Réfléchir à l'**optimisation partenariale** entre les contrats de ville, schémas départementaux, mais aussi à comment mieux **mobiliser des labels et autres programmes** nationaux ou internationaux au sein des territoires QPV comme le réseau des « Villes amies des aînés ».
- **S'appuyer sur les actions exemplaires et inspirantes menées sur le terrain tout en maintenant les efforts de financement et d'accompagnement de ces initiatives et en tissant des liens**

Changer de regard sur le vieillissement et favoriser l'engagement citoyen des personnes avançant en âge

- **Vieillir, ce n'est pas que perdre et subir, c'est aussi continuer à agir et s'inscrire dans la Cité**
 - S'appuyer sur les **engagements**, la **militance** et le **bénévolat** existant des **séniors eux-mêmes**, souvent encore acteurs moteurs de nombre d'associations dans les QPV.
 - S'appuyer sur l'**attachement** qu'ont souvent les personnes à leur quartier, à leur ville, permettant une prise essentielle sur l'environnement de vie.
 - **Cultiver leur participation citoyenne** constitue un atout en matière de leur **présence** dans la Cité et dans l'entretien de leur **autonomie et puissance d'agir**.
 - **Tisser des liens** entre des instances comme le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées (CDCA, à condition que cette instance soit active et effective) et des **associations intervenant au sein des QPV** (centres sociaux ; éducation populaire ; solidarités ; acteurs de l'ESS ; etc.).
 - Dans les supports et les modalités de **communication**, **orienter gains de confort** plutôt que *perte d'autonomie*, afin de réduire les non-recours et être plus attractifs envers les seniors.
- **En parallèle, agir sur les stéréotypes et une vision unilatérale de la vieillesse et du vieillissement augmentant les risques d'âgisme**
 - Par un travail sur les rapports intergénérationnels, notamment en **favorisant des lieux et moments de rencontres**, d'échanges et d'activités partagées et d'entraide.
 - En poursuivant les **efforts de formation de la diversité des acteurs** œuvrant pour la politique de la ville dans la Seine-et-Marne aux enjeux du vieillissement, quelles que soient leurs entrées avec les personnes avançant en âge et leur entourage.
 - Envisager la **rédaction de guides et référentiels** aidant à la prise en compte du vieillissement pour les acteurs intervenant en QPV, du type « **bien vieillir en QPV** ».

Annexe : Bibliographie et ressources liées au vieillissement et aux QPV

Articles de revue, de presse et billets de blog ou de sites :

Assises de l'habitat seniors - penser l'adaptation du logement au vieillissement - France urbaine – 3 avril 2025 <https://franceurbaine.org/actualites/assises-de-lhabitat-seniors-penser-ladaptation-du-logement-au-vieillissement/>

La Revue des seniors – « **Prise en charge des personnes âgées à travers le monde** » - 22 février 2024 [article de revue] - <https://www.la-revue-des-seniors.com/prise-en-charge-des-personnes-agees-a-travers-le-monde/>

STATISTA, **Où y a-t-il le plus de seniors ?** de [Valentine Fourreau](#), 26 févr. 2024 [article de presse – intéressant pour son graphique comparatif international actuel et prospectif] <https://fr.statista.com/infographie/31810/pays-qui-comptent-le-plus-de-seniors-dans-le-monde/>

STATISTA, « **Le vieillissement démographique de l'Europe** » de [Tristan Gaudiaut](#), 30 sept. 2022 - <https://fr.statista.com/infographie/28372/vieillissement-demographique-europe-evolution-structure-population-selon-age/> [article de presse – graphique comparatif européen]

Publications institutionnelles ou associatives

ANIL, mars 2023, « **Bien vieillir chez soi ? Bilan et perspectives pour les politiques locales de l'habitat** ». <https://www.anil.org/etudes-bien-veillir-chez-soi-bilan-perspectives-politiques-locales-habitat/>

CGET, Octobre 2017, « **Vieillissement de la population : un processus qui touche aussi les quartiers prioritaires de la politique de la ville** », En Bref du Commissariat Général à l'Égalité des territoires (CGET) n°44. https://transferts.anct.gouv.fr/EQC_FocusVieillissementPVD/EnBref44.pdf

Département de Seine-et-Marne - **Schéma des solidarités 2019-2024** - <https://www.seine-et-marne.fr/fr/publications/schema-des-solidarites-2019-2024>

Département de Seine-et-Marne - **Schéma autonomie 2024-2028** - <https://www.seine-et-marne.fr/fr/publications/schema-autonomie>

Drees, Études et résultats • N° 863 • Paru le 17/01/2014 • « **Les allocataires du minimum vieillesse : parcours et conditions de vie** » <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-allocataires-du-minimum-vieillesse-parcours-et-conditions-de>

Drees Les dossiers de la DREES • n° 57 • juin 2020 • « **Le non-recours aux prestations sociales** » <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/le-non-recours-aux-prestations-sociales-mise-en-perspective>

France Bénévolat, « **La place des seniors dans le bénévolat** », 2013 <https://www.francebenevolat.org/sites/default/files/uploads/documents/3a6bceff16c0afb00c2e609b5d9681f19fd7f20e.pdf>

Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2019, **Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales**, <https://www.vie-publique.fr/rapport/38286-politiques-de-soutien-lautonomie-des-personnes-agees-comparaisons>

Insee Analyses Île-de-France • n° 189 • Septembre 2024 • « En Île-de-France, 14 % des habitants vivent dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville » - https://www.profession-banlieue.org/IMG/pdf/if_ina_189.pdf

Insee Flash Île-de-France • n° 72 • Novembre 2022 • « Projections démographiques en Île-de-France à horizon 2070 : vieillissante, la région resterait la plus jeune de France métropolitaine » - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6666275#titre-bloc-8>

Insee Première • n° 1953 • Juin 2023 « 15 % de la population est en situation d'illectronisme en 2021 » - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7633654>

Insee Analyses Île-de-France • n° 133 • Avril 2021 • « Seine-et-Marne : le vieillissement de la population accentuerait l'inégalité des accès aux équipements » - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5355610>

Insee Analyses Île-de-France • n° 133 • Octobre 2019 • « La Seine-et-Marne : un département résidentiel et contrasté » <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4231910>

Insee Flash Île-de-France • n° 21 • Novembre 2017 • « La population de la Seine-et-Marne à l'horizon 2050. Une population en hausse et vieillissante » - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3202883>

Insee Analyses Île-de-France • n° 57 • Mars 2017 • « Les quartiers de la politique de la ville en Île-de-France La pauvreté comme dénominateur commun, mais des profils socio-démographiques différents » - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2658852>

Institut Montaigne, septembre 2022, « Inégalités de santé : quelle situation dans les quartiers pauvres ? » <https://www.institutmontaigne.org/expressions/inegalites-de-sante-quelle-situation-dans-les-quartiers-pauvres>

Institut des Politiques Publiques - Rapport N° 41 - 16/03/2023 - « Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives », recherche menée par Amélie Carrère, Delphine Roy et Léa Toulemon. https://www.ipp.eu/wp-content/uploads/2023/03/Rapport_IPP_41_vieillir_a_domicile_synthese.pdf

ONU - Leaving No One Behind In An Ageing World - World Social - Report 2023 - <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2023/01/2023wsr-fullreport.pdf>

Observatoire départemental de Seine-et-Marne – « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie en Seine-et-Marne, un portrait de la dépendance des personnes âgées » - Juin 2021 - Cahier thématique <https://www.seine-et-marne.fr/sites/default/files/media/downloads/od-brochure-les-beneficiaire-de-lapa-vf-web-com-presse.pdf>

Observatoire départemental du département de Seine-et-Marne - « Les Seine-et-Marnais : Démographie et dynamiques de populations » - novembre 2019 (données 2016) https://www.seine-et-marne.fr/sites/default/files/media/downloads/etude_les-seine-et-marnais_demographie_et_dynamique_de_population.pdf

ORS, IAU, Juin 2017, Impact du vieillissement sur le recours à l'APA en Île-de-France. Enjeux départementaux à l'horizon 2040 - https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1498/2017_impact_vieillissement_apa_ORIS_IAU.pdf

ORS – IdF, Juin 2016, « Vieillir chez soi : Enjeux de santé dans l'adaptation des logements » <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/vieillir-chez-soi-enjeux-de-sante-dans-ladaptation-des-logements/>

Pôle ressource Ville et développement social, Sciences Po Saint-Germain-en-Laye – UVSQ, avril 2020, Étude – « Le vieillissement dans les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville - Éclairages sur les départements des Yvelines, les Hauts-de-Seine et du Val d'Oise » <https://www.lepole-ressources.fr/app/uploads/2020/09/Projet-collectif-Le-vieillissement-dans-les-QPV-IEP-UVSQ.pdf>

Petits Frères des Pauvres - Paroles de vieux de banlieue : des territoires du mal vieillir - 12 mars 2025 <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/sinformer/actualites/paroles-de-vieux-de-banlieue-des-territoires-du-mal-vieillir/>

Stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022 : bilan de la mise en œuvre des mesures – 2023. https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-10/Bilan-Strategie-Agir-pour-les-aidants-2020-2023_0.pdf

Unaf, février 2024, Enquête thématique, « Aidants, qui êtes-vous ? Que faites-vous ? », <https://www.unaf.fr/ressources/aidants-qui-etes-vous-que-faites-vous/>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). Probabilistic Population Projections Rev. 1 based on the World Population Prospects 2019 Rev. 1: <http://population.un.org/wpp/>

Villes et Territoires, Avril 2024, « Les enjeux du vieillissement en politique de la ville : comment s'en saisir ? », Fiches ressources. https://villes-et-territoires.fr/wp-content/uploads/2024/03/Vieillissement-dans-les-QPV-comment-agir-en-politique-de-la-ville_Villes-et-Territoires-Occitanie.pdf

Publications scientifiques :

Baronnet, J. et Carrera, A. (2021). Vieillir quand on est une femme immigrée. Entre (in)dépendance et isolement. *Recherche sociale*, (239), <https://shs.cairn.info/revue-recherche-sociale-2021-3?lang=fr>

Blanchet, M. (2021). Enjeux et jalons géographiques du vieillissement dans les quartiers politique de la ville. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, 73, 9-11. <https://doi.org/10.3917/cdsu.073.0009>

Boisson-Cohen, M., Garabige, A., Klein, A. et Morey, P. (2025). L'action publique face aux vieillissements extraordinaires Panorama des soutiens accordés par la CNSA. *Gérontologie et société*, 47/ n° 176(1), 159-167. <https://doi-org.icp.idm.oclc.org/10.3917/gsl.176.0159>

Bonnet, C., Cambois, E. et Fontaine, R. (2021). Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée. *Population*, 76(2), 225-325. <https://doi.org/10.3917/popu.2102.0225>

Buhnik, S. (2019). Vieillissement en ville et villes en vieillissement. *L'Information géographique*, 83(2), 122-139. <https://doi.org/10.3917/lig.902.0122>

Campéon, A., Ramos-Gorand M. et Philippe Warin, (2021) Le non-recours des personnes âgées aux droits et aux services, *Retraite et société*, 87, CNAV. <https://shs.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2021-3?lang=fr>

- Carbonnelle S., (2009). Les politiques à l'égard des migrants âgés : la construction d'un nouveau risque social ?, *L'observatoire*, n° 61, 2009. <https://revueobservatoire.be/Les-politiques-a-l-egard-des-migrants-ages-la-construction-d-un-nouveau-risque>
- Caradec, V. (2015). *La sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, collection 128.
- Caradec, V. (2014). Transitions du vieillissement et épreuve du grand âge. Dans C. Hummel, I. Mallon et V. Caradec (dir.), *Vieillesse et vieillissements : regards sociologiques* (p. 273-288). Rennes, France : Presses universitaires de Rennes. <https://books.openedition.org/pur/68498>
- Caradec, V. (2009). L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales*, 157, 38-45. <https://doi.org/10.3917/idee.157.0038>
- Carrère, A. (2021). Vivre en établissement pour personnes âgées dépendantes ou rester à domicile : le rôle du contexte territorial. *Population*, vol. 76(2), 327-357. <https://doi.org/10.3917/popu.2102.0327>
- Capgras, J.-B. (2025). Chapitre 13. Sortir des idées reçues pour cerner les enjeux du vieillissement de la population française. Dans B. Szostak et J. Claveranne (dir.), *Vieillesse et vieillissements : Regards croisés* (p. 131-138). EMS Éditions. <https://doi-org.icp.idm.oclc.org/10.3917/ems.szost.2025.01.0131>
- Courbebaisse, A. (2023). Les grands ensembles, supports au vieillissement ? Études de cas à Toulouse et Bruxelles. *Gérontologie et société*, vol. 45 / n° 171(2), 19-44. <https://doi-org.icp.idm.oclc.org/10.3917/gsl.171.0019>
- Doré, I. & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. *Le Sociographe*, HS6, 139-157. <https://doi.org/10.3917/graph.hs06.0139>
- Fleury, C., (entretien avec), Propos recueillis par Navarre, M. (2023). La dignité est l'affaire de tous. *Sciences Humaines*, 363(10), 30-36. <https://doi.org/10.3917/sh.363.0030>
- Gallou, R. (2021). Déménager au cours de la retraite, la recherche d'un équilibre entre idéal et compromis. *Retraite et société*, 86(2), 91-116. <https://doi.org/10.3917/rs1.086.0092>
- Gallou, R. (2016). Vieillir sans conjoint mais vieillir entourées : un défi pour les femmes immigrées. *Gérontologie et société*, 38, n° 149(1), 105-123. <https://doi.org/10.3917/gsl.149.0105>
- Gannon, F., Garrec, G. & Touzé, V. (2020). IX / Vivre longtemps et risque de perte d'autonomie : quelles politiques publiques en Europe ?. dans : OFCE éd., *L'économie européenne 2020* (p. 109-122). Paris: La Découverte. <https://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/ouvrage/2020-EU-09.pdf>
- Giraud, O. et Le Bihan-Youinou, B. (2022). 7. Les politiques de l'autonomie : vieillissement de la population, handicap et investissement des proches aidants. Dans O. Giraud et G. Perrier *Politiques sociales : l'état des savoirs* (p. 115-133). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.girau.2022.01.0115>
- Grenier, J. (2011). Regards d'âinés sur le vieillissement : autonomie, reconnaissance et solidarité. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 36-50. <https://doi.org/10.7202/1008217ar>

Guérin, S. (2016). Les aidants au cœur de la solidarité sociale. *Vie sociale*, 15(3), 159-173.

<https://doi.org/10.3917/vsoc.163.0159>

INED – « Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés » - Communiqué Publié le 15 Septembre 2021 - <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/le-vieillissement-de-la-population-sE28099accelere-en-france-et-dans-la-plupart-des-pays-developpes/>

Joublin, H. (2010). Genèse de la proximologie. *Le proche de la personne malade dans l'univers des soins : Enjeux éthiques de proximologie* (p. 269-301). Érès. <https://shs.cairn.info/le-proche-de-la-personne-malade-dans-l-univers-des--9782749212517-page-269?lang=fr>

Kesteman, N. (2020). Entre illettrisme et illectronisme. Les nouveaux publics à faible autonomie administrative. *Revue des politiques sociales et familiales*, 135(2), 65-73. https://doi.org/10.3406/caf_2431-4501_2020_num_135_1_3417

Laacher S., (2014). *Femmes immigrées : l'entrée dans la vieillesse*. Étude sur le vieillissement des femmes immigrées dans les quartiers en politique de la Ville, pilotée par le Centre de Ressources Politique de la Ville en Essonne, 63 p.

Le Roy, A. et Puissant, E., (2023), Le marché des services à la personne. Que reste-t-il du modèle originel associatif ?, dans Hély, M. et Simonet, M. (dir.) *Monde associatif et néolibéralisme*. Paris, PUF.

Lord, S. et Després, C. (2011). Vieillir en banlieue nord-américaine. Le rapport à la ville des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 34 / n°136(1), 189-204. <https://doi.org/10.3917/gs.136.0189>

Mallon, I. et Le Bihan-Youinou, B. (2017). Le poids des émotions. Une réflexion sur les variations de l'intensité de l'(entra)ide familiale auprès de proches dépendants. *Sociologie*, vol. 8(2), 121-138. <https://doi.org/10.3917/socio.082.0121>

Meidani, A. & Cavalli, S. (2018). Vivre le vieillir : autour du concept de déprise. *Gérontologie et société*, 40(155), 9-23. <https://doi.org/10.3917/gsl.155.0009>

Messu, M. (2019). La solidarité familiale. Heurs et malheurs d'un syntagme « affectif ». *Recherches familiales*, 16(1), 65-82. <https://doi.org/10.3917/rf.016.0065>

Meuret-Campfort, E. (2017). Il n'est jamais trop tard pour devenir employeur : Les particuliers employeurs âgés et leurs assistantes de vie. *Genèses*, 106, 50-71. <https://doi.org/10.3917/gen.106.0050>

Pan Ké Shon, J.-L. et G. Duthé (2013), « Trente ans de solitude... et de dépression », *Revue française de sociologie*, vol. 54, n° 2, p. 225-261. <https://doi.org/10.3917/rfs.542.0225>

Pian, A. (2014). Désacraliser la solidarité familiale. Quand le cancer touche des immigrés âgés. *Noroi*, 232(3), 67-80. <https://doi.org/10.4000/noroi.5161>

Piccoli, V., Traverso, V. et Chambon, N. (dir.) (2023). *L'interprétariat en santé : Pratiques et enjeux d'une communication triadique*. Presses de Rhizome. <https://doi.org/10.3917/chlv.picco.2023.01>

- Pinel, J., Leroy, E., Gallou, R., Aouici, S. et Bonvalet, C. (2024). Vieillir à proximité ou à distance de la famille Analyse des configurations familiales au cours de la retraite. *Revue des politiques sociales et familiales*, 152(3), 61-78. <https://doi.org/10.3917/rpsf.152.0061>
- Piveteau, D. (2009). Soigner ou Prendre soin ? La place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale. *Laennec*, 57, 19-30. <https://doi.org/10.3917/lae.092.0019>
- Plard, M., Martineau, A. & Fleuret, S. (2015). Les immigrés au seuil du grand âge : Un questionnement à ancrer dans les territoires de vie. *Hommes & Migrations*, 1309, 31-37. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3065>
- Pollier, M. (2021). [Propos recueillis par], Quand la politique de la ville s'intéresse aux personnes âgées : retour sur des initiatives dans l'agglomération grenobloise. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, 73(1), 32-33. <https://doi-org.icp.idm.oclc.org/10.3917/cdsu.073.0032>
- Pottier, L., Rogay, R. et Loggia, G. (2023). Une recherche-action pour prévenir les risques du vieillissement en HLM. *Gérontologie et société*, 45 / n° 171(2), 45-63. <https://doi-org.icp.idm.oclc.org/10.3917/gsl.171.0045>
- Renaut S., (2021), « Recours inégal aux professionnels pour les femmes et les hommes en couple après 60 ans », *Retraite et société*, 87, p. 73-93. <https://doi.org/10.3917/rs1.087.0073>
- Rennes, J., (2022), *Âge*, dans « La société qui vient », sous la direction de Didier Fassin, Paris, édition du Seuil, 825-842.
- Ricardou, R. (2016). Femmes immigrées et avancée en âge : des modalités d'accès aux droits socio-sanitaires inscrites dans les configurations des territoires. *Vie sociale*, 16, 67-78. <https://doi.org/10.3917/vsoc.164.0067>
- Riom L., Hummel C. et Burton-Jeangros C., (2018) « "Mon quartier a changé un peu, mais c'est moi qui ai aussi beaucoup changé". Habiter la ville et y vieillir », *Métropoles*, 28 - URL : <http://journals.openedition.org/metropoles/6449>
- Vaillant, Z., Bardes, J. et Rican, S. (2021). De la discrimination positive à la discrimination territoriale : les quartiers en politique de la ville, inégaux face à la santé. *Cahiers de la LCD*, 12(1), 67-91. <https://doi.org/10.3917/clcd.012.0067>
- Weber, F. (2017). Politiques et sciences sociales de la vieillesse en France (1962-2016) : de la retraite à la dépendance. *Genèses*, 106, 115-130. <https://doi.org/10.3917/gen.106.0115>
- Yall, M. (2016). La problématique de l'accompagnement social des migrants subsahariens âgés résidents dans les foyers Adoma. *Vie sociale*, 16, 145-159. <https://doi.org/10.3917/vsoc.164.0145>

Autres ressources en ligne :

Inset d'Angers, Cnfpt, dossier documentaire, (2020), *Être pauvre quand on est une personne âgée*

Inset d'Angers, Cnfpt, dossier documentaire, (2014), *Les personnes âgées immigrées, comprendre pour agir*

Jacques, M.-H., Transitions biographiques du grand âge et remaniements de l'espace de vie : une lecture du « devenir conjoint aidant », communication au 4^{ème} congrès international ALEC, *Les aînés dans le monde au XXI^e siècle*, actes publiés en 2021. <https://www.unilim.fr/trahs/4285>

Une page dédiée aux « âges » sur le site de l'observatoire des inégalités : <https://www.inegalites.fr/Ages>

« Vieillir sur terre », une série radiophonique pour explorer la place et le traitement réservé aux personnes âgées à travers le monde – janvier et février 2023 - <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-vieillesse-un-defi-mondial>

ressources-urbaines.org

Accélérateur de cohésion territoriale



Ressources urbaines en tant que centre de ressources politique de la ville de l'Essonne, du Val-de-Marne et de la Seine-et-Marne s'inscrit dans un réseau de 19 centres de ressources politique de la ville, en France métropolitaine et outre-mer.

Définies par le cadre de référence national des centres de ressources politique de la ville, ses missions sont dédiées aux acteurs de la politique de la ville et s'articulent autour de trois pôles :

Ressources urbaines en tant que centre de ressources politique de la ville de l'Essonne, du Val-de-Marne



ANIMER DES RÉSEAUX D'ACTEUR.RICE.S



ACCOMPAGNER LA MONTÉE EN COMPÉTENCES



**CAPITALISER ET DIFFUSER LA CONNAISSANCE
ET LES RETOURS D'EXPÉRIENCES**

ANIMER DES RÉSEAUX D'ACTEUR.RICE.S

Ressources urbaines

Association loi 1901, Maison Départementale de l'Habitat,

1 boulevard de l'Ecoute-S'il-Pleut, 91000 EVRY-COURCOURONNES Tél. : 01 64 97 00 32 · sophie.correia@ressourcesurbaines.org