

Université de Montréal

**La prise en compte des aînés et de leurs activités : étude du
projet Vendôme à Montréal dans la perspective de
l’ergonomie et du design urbain**

par Isabelle Feillou

Sciences humaines appliquées
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des arts et des sciences
en vue de l’obtention du grade de doctorat (PhD)
en Sciences Humaines Appliquées

Février 2017

© Isabelle Feillou, 2017

Université de Montréal
Faculté des arts et des sciences

Cette thèse intitulée :

**La prise en compte des aînés et de leurs activités : étude du projet Vendôme à Montréal
dans la perspective de l'ergonomie et du design urbain**

par Isabelle Feillou

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Pierre De Coninck

Président rapporteur, Université de Montréal, faculté d'aménagement

Juan Torres

Directeur de recherche, Université de Montréal, faculté d'aménagement

Marie Bellemare

Co directrice de recherche, Université Laval, faculté des sciences sociales

Geneviève Vachon

Membre du jury, Université Laval, École d'architecture

Steve Vezeau

Évaluatrice externe, Université du Québec à Montréal, École de design

Violaine Lemay

Représentante du doyen de la faculté des études supérieures, Université de Montréal

Résumé

L'objectif de la thèse est, dans un contexte de vieillissement de la population, de contribuer aux connaissances portant sur la prise en compte des aînés et de leurs activités dans les projets d'aménagement urbain au Québec. Pour y répondre, une perspective interdisciplinaire a été bâtie sur des rapprochements entre deux disciplines tournées vers l'action, l'ergonomie et le design urbain. Un modèle d'analyse nommé PEACI (Personne-Environnement-Activité-Contexte-Intervention) a été développé de façon itérative à partir du cadre conceptuel et des résultats issus de la recherche. Ce travail a été mené au travers de l'étude d'un cas spécifique, le projet Vendôme, au stade de l'étude de faisabilité. Les données proviennent principalement d'observations, d'entrevues auprès de parties prenantes du projet et de participants périphériques au projet, de même que du recueil de documentation. Une analyse qualitative de ces matériaux a été réalisée en utilisant le modèle développé au cours de la thèse.

Quatre systèmes de représentation d'aînés distincts (« vulnérabilité », « fragilité », « lenteur », « répit ») émergent de l'analyse, dont l'un (« vulnérabilité ») est plus particulièrement véhiculé dans le projet Vendôme, projet dont la thèse offre une description détaillée. Les résultats montrent l'intérêt de l'utilisation du modèle PEACI pour identifier des enjeux liés au déploiement de la prise en compte du vieillissement dans les projets d'aménagement urbain. La discussion ouvre sur deux pistes de recherche autour de la traduction de la notion d'environnements capacitants pour les aînés en milieu urbain et de la conceptualisation de « situations de vie » des aînés. La conclusion rappelle les principaux défis liés à l'intégration du vieillissement dans les projets d'aménagement urbain - notamment celui de l'intersectorialité - et l'inscription de la thèse dans une perspective interdisciplinaire tournée vers l'action.

Mots-clés : usagers, personnes âgées, aînés, environnement urbain, accessibilité universelle, environnements capacitants, activité, relation personne-environnement, projet d'aménagement, transport, hôpital, ergonomie de l'activité, design urbain, interdisciplinarité

Abstract

The objective of the thesis is, in a context of population's aging, to contribute to knowledge regarding how to take into account elder people and their activities in urban project in Quebec. To respond to this objective, an interdisciplinary perspective was built on links between two disciplines, ergonomics and urban design.

An analysis model, named PEACI (Person-Environment-Activities_Context_Intervention) was iteratively developed, based on the conceptual frame and results from the research. This work relies on the study of a specific case, the Vendôme project, very detailed in the thesis, at the feasibility phase. Data mainly come from observations, stakeholders and key informant interviews and documentation collection. A qualitative analysis of these materials was realized, using the model elaborated during the thesis.

Four distinct representation systems (“vulnerability”, “frailness”, “slowness”, “respice”) emerge from the analysis. One of them (“vulnerability”) is mainly conveyed by the Vendôme project. Results show the interest of using the PEACI model to identify issues related to the implementation of ageing preoccupation in urban projects.

The discussion opens two research avenues: the first one on the translation of the notion of enabling environments for elder people in urban settings and the second one on the conceptualization of “life situations” of elder people (as reference of “work situations”).

The conclusion reminds the main issues related to the integration of aging in urban projects- in particular the intersectorality- and the interdisciplinary and action-oriented scientific approach of the thesis

Keywords : users, elders, urban environment, activity, universal design, enabling environments, person-environment relation, urban project, transportation, hospital, activity ergonomics, urban design, interdisciplinarity

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	x
Liste des sigles.....	xii
Liste des abréviations.....	xiii
Remerciements.....	xv
Introduction.....	1
PREMIÈRE PARTIE : PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE	5
1 Pertinence sociale.....	7
1.1 Un vieillissement de la population mondiale observé aussi au Canada et au Québec	7
1.2 Un phénomène essentiellement urbain	8
1.3 Risques d'exclusions en milieu urbain	10
1.4 Politiques récentes du vieillissement au Québec	14
1.5 Des prescriptions à la pratique en aménagement en milieu urbain.....	16
Conclusion	18
2. Pertinence scientifique.....	21
2.1 Les connaissances sur le vieillissement traversent de nombreuses disciplines.	21
2.2 Vieillissements et vieillesse plurielles : perspectives de compréhension.....	24
2.3 Connaissances sur les liens entre les aînés et leur environnement physico spatial ..	37
2.4 Vieillissement et projets d'aménagement	40
Conclusion	49

DEUXIÈME PARTIE : CADRE CONCEPTUEL, QUESTIONS DE RECHERCHE ET	
	OPERATIONNALISATION DE LA RECHERCHE 53
3	Un cadre conceptuel inscrit dans l'interdisciplinarité 55
3.1	Question de recherche provisoire..... 56
3.2	Pertinence et pratique de l'interdisciplinarité 57
3.3	Au cœur de deux disciplines récentes tournées vers l'action : l'interdisciplinarité.. 62
3.4	Figures d'usagers et centralité dans les démarches en ergonomie et design urbain . 70
3.5	Que fait l'utilisateur et dans quel contexte : les concepts d'activité et d'environnement 85
3.6	Quels dialogues entre ergonomie et design urbain ? Retour sur l'interdisciplinarité93
	Conclusion 97
4	Modèle d'analyse..... 101
4.1	Modélisation Personne-Environnement-Activité (modèle PEA)..... 102
4.2	Projets en aménagement 107
4.3	Modèle d'analyse Personne-Environnement-Activité-Contexte-Intervention (PEACI)..... 113
4.4	Seconde formulation de la question de recherche..... 115
5	Méthodologie..... 117
5.1	Une approche de recherche qualitative 117
5.2	La stratégie d'opérationnalisation de la recherche..... 118
5.3	Le recrutement des participants 124
5.4	La stratégie d'échantillonnage 125
5.5	Méthodes de recueil des données..... 129
5.6	La structuration de l'échantillon final..... 133
5.7	L'analyse des données 139
TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS ET APPORTS DE LA RECHERCHE..... 145	
6	Présentation du projet Vendôme 147
6.1	Un site avec des enjeux d'accès piétonniers et d'intégration aux transports en commun 147

6.2	De nombreuses parties prenantes.....	151
6.3	Présentation du projet Vendôme : origine, chronologie du projet et contraintes....	159
6.4	Un projet sous contraintes.....	167
	Conclusion	170
7	Systèmes de représentations des aînés	175
7.1	Les quatre systèmes de représentation.....	175
7.2	Le système vulnérabilité	177
7.3	Le système fragilité.....	193
7.4	Le système lenteur	201
7.5	Le système répit	203
7.6	Comparaison des aînés, de leurs activités et de leurs environnements dans les quatre systèmes.....	205
	Conclusion	214
8	Les interventions favorables aux aînés, issues des différents systèmes de représentations	217
8.1	Les trois caractéristiques des interventions explorées	217
8.2	Système vulnérabilité.....	218
8.3	Système fragilité	225
8.4	Système lenteur et système répit.....	231
	Conclusion	232
9	Défis de la prise en compte des aînés et de leurs activités dans le projet Vendôme	235
9.1	Le « réflexe aîné » est-il présent dans le projet au stade de l'étude de faisabilité ?	236
9.2	La politique Vieillir et vivre ensemble est peu favorable à la prise en compte du « réflexe aîné » dans le projet.....	249
9.3	Influence du contexte de la STM et de l'AMT sur leur prise en compte du vieillissement dans le projet	254
9.4	Influence du contexte du CUSM sur la prise en compte du vieillissement dans le projet.....	269
9.5	Quels sont les enjeux sur lesquels les parties prenantes essaient d'influencer les choix du projet ?	274

Conclusion	286
10 Le vieillissement en aménagement : une discussion	291
10.1 Portée pratique de la recherche : défis de l'intégration du vieillissement dans un projet d'aménagement	291
10.2 Réflexion de la chercheuse sur le processus de thèse	302
10.3 Portée théorique de la recherche : intérêt du modèle PEACI pour la compréhension de la prise en compte des aînés dans les projets d'aménagement	306
10.4 Pistes de recherche	308
10.5 Limites de la recherche	316
Conclusion	321
Bibliographie.....	327
Annexe 1 : Préoccupation grandissante envers les aînés à de multiples échelons depuis les années 1990	ccclxi
Annexe 2 : Attentes des parisiens et parisiennes envers les transports en commun et l'environnement urbain en fonction de leurs attitudes de mobilité	ccclxiii
Annexe 3 : Représentations de la vieillesse et du vieillissement chez des professionnels dans l'habitat, le transport et la santé	ccclxiv
Annexe 4 : Analyse du projet de Vendôme à partir des critères de choix du cas	ccclxvi
Annexe 5 : Formulaire de consentement écrit des parties prenantes.....	ccclxvii
Annexe 6 : Procédure de recueil des consentements oraux et formulaires	ccclxxi
Annexe 7 : Journaux de bord des entrevues et observations	ccclxxv
Annexe 8 : Guide d'entrevues	ccclxxvi
Annexe 9 : Principales données secondaires analysées.....	ccclxxx
Annexe 10 : Contribution des données aux thèmes d'analyse	ccclxxxiv
Annexe 11 : Principales étapes du projet de redéploiement du CUSM	ccclxxxvi
Annexe 12 : Caractéristiques des environnements constituant des ressources à la réalisation des activités dans le cadre du système vulnérabilité.....	ccclxxxviii

Annexe 13 : Caractéristiques des environnements constituant des ressources à la
réalisation des activités dans le cadre du système fragilité ccclxxxix

Annexe 14 : Extrait d’entrevue - B5..... cccxc

Liste des tableaux

Tableau I.	Définitions courantes de la vieillesse et vieillissement.....	22
Tableau II.	Réponses apportées aux critères justifiant le choix d'une étude de cas.....	119
Tableau III.	Critères pour le choix du terrain de recherche	121
Tableau IV.	Territoires pressentis pour l'étude de terrain.....	122
Tableau V.	Conditions d'intégration du vieillissement dans le projet Vendôme (contexte macro, meso et micro).....	126
Tableau VI.	Récapitulatif des sources de données de l'étude de cas	134
Tableau VII.	Observations d'activités choisies au cours du projet.....	135
Tableau VIII.	Provenance des parties prenantes au projet	137
Tableau IX.	Répartition des participants périphériques rencontrés (n=15) selon leur fonction et leur secteur d'activité	138
Tableau X.	Tableau de codage des participants à l'étude	138
Tableau XI.	Données exploitées sous QDA Miner.....	139
Tableau XII.	Unités d'analyses associées aux méthodes de recueil de données.....	141
Tableau XIII.	Composition des membres de la CIQ et couverture territoriale	156
Tableau XIV.	Dispositifs de participation mobilisables dans le cadre du projet Vendôme	158
Tableau XV.	Les objectifs par organisme concernant le projet Vendôme.....	165
Tableau XVI.	Une gestion du projet essentiellement technique.....	170
Tableau XVII.	Distinctions entre systèmes de représentation en fonction des figures d'aînés et des environnements et activités reliés	176
Tableau XVIII.	Autres usagers en lien avec les aînés	180
Tableau XIX.	Activités exprimées dans le système vulnérabilité	182
Tableau XX.	Stratégies présentes dans le système vulnérabilité.....	185
Tableau XXI.	Caractéristiques environnementales évoquées par les participants en lien avec le système vulnérabilité.....	187
Tableau XXII.	Quelques facteurs impliquant la transformation de ressources en quasi ressources	190

Tableau XXIII. Obstacles accrus à la mobilité des aînés liés au cumul de contraintes environnementales.....	192
Tableau XXIV. Activités évoquées dans le système fragilité	197
Tableau XXV. Comparaison des quatre systèmes de représentation à partir de la personne, de son environnement et de ses activités (en blanc, éléments évoqués et en grisé éléments non évoqués par les participants).....	205
Tableau XXVI. Finalités des interventions et changements visés en lien avec le système vulnérabilité	218
Tableau XXVII. Finalités des interventions et changements visés en lien avec le système fragilité	225
Tableau XXVIII. Différents types d'usagers potentiels pris en compte au sein du groupe promoteur du projet.....	236
Tableau XXIX. Figures d'aînés véhiculées par les membres du groupe promoteur du projet	239
Tableau XXX. Orientations stratégiques de la politique Vieillir et vivre ensemble	251
Tableau XXXI. Influence du cadre juridique et normatif sur les plans de développement de la STM et de l'AMT (en grisé : organisme non assujéti).....	255
Tableau XXXII. Ressources dédiées à la prise en compte des personnes en situation de handicap - dont les aînés à la STM et l'AMT	258
Tableau XXXIII. Pratiques favorables à la prise en compte des personnes en situation de handicap - dont les aînés à la STM et l'AMT	259
Tableau XXXIV. Plans de développement internes et démarches mises en œuvre par le CUSM concernant la prise en compte des aînés et de l'accessibilité universelle.....	270
Tableau XXXV. Ressources et pratiques favorables à la prise en compte des aînés dans les projets d'aménagement du CUSM	273
Tableau XXXVI. Caractéristiques des systèmes de représentation évoqués dans les trois dispositifs de participation étudiés.....	281
Tableau XXXVII. La liaison Vendôme, une intervention vers l'augmentation des capacités des aînés	293

Liste des figures

Figure 1. Activité et processus de régulation en situation de travail. Adapté de Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg, Kerguelen (2001) et de St. Vincent <i>et al.</i> (2011).....	87
Figure 2. Le modèle d'analyse PEA	102
Figure 3. Le modèle d'analyse PEACI	113
Figure 4. Vue d'ensemble de l'implantation du site Glen et du CUSM. Source : données de carte, Google Earth, Google (2016).....	148
Figure 5. Un site d'implantation enclavé - vue rapprochée du site Glen et du CUSM. Source : données de carte, Google Earth, Google (2016).....	148
Figure 6. Abords de la station Vendôme en hiver. Source : « Snow Day! » (2011) par Zvi Leve, avec l'autorisation de l'auteur.....	150
Figure 7. Présence d'escaliers dans la station Vendôme. Source : « Station Vendôme 09 » (2015) par JeanGagnon—travail personnel, sous licence CC-BY-SA-3.0.	150
Figure 8. L'échangeur Turcot au Sud du site Glen. Source : Échangeur Turcot (s.d.) par le Centre d'écologie urbaine de Montréal (CEUM), avec l'autorisation de l'auteur	151
Figure 9. Parties Prenantes du projet Vendôme. Sources : (1) “Glen Site of the McGill University Health Centre 17” (2014) par Jeangagnon — travail personnel, sous licence CC BY-SA 3.0; (2) « Snow Day! » (2011) par Zvi Leve— travail personnel, avec l'autorisation de l'auteur, (3) « Gare Vendôme » (2013) par Abdallah, sous licence CC BY-2.0.....	152
Figure 10. Affiliations ministérielles du projet	153
Figure 11. Concept de raccordement du projet Vendôme. Source : STM (2013) - documentation déposée à l'OCPM dans le cadre de la consultation publique du PPU Saint Raymond.	164
Figure 12. Liaison entre la station Vendôme et le CUSM dans le cadre des mesures transitoires. Source : données de carte, Google Earth, Google (2016).....	166
Figure 13. Illustration des mesures transitoires entre la station Vendôme et le CUSM Sources : TCAIM (s.d.), avec l'autorisation de l'auteur.....	167
Figure 14. Lien entre la politique québécoise Vivre et vieillir ensemble et les ministères dont dépendent les membres du groupe promoteur	250

Figure 15.	Un processus de conception en spirale. Tiré de Zeisel (2006)	304
Figure 16.	Modèle de la situation de vie à partir du modèle de la situation de travail centrée sur la personne en activité, adapté de Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen (2001) et de St-Vincent <i>et al.</i> (2011)	314

Liste des sigles

AAPA : Approche adaptée à la personne âgée

AMT : Agence métropolitaine de transport

ARUC : Alliance de recherche universités-communautés

CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée

CIQ : Concertation inter-quartier

CLSC : Centre local de services communautaires

CP : Canadian Pacific

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

CUSM : Centre universitaire de santé McGill

GISM : Groupe infrastructure santé McGill

MADA : Municipalité amie des aînés

MFA : Ministère de la famille

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

MTQ : Ministère des Transports, de la Mobilité durable et de l'Électrification des transports

OCPM : Office de consultation publique de Montréal

OMS : Organisation mondiale de la santé

ROPASOM : Regroupement des organismes pour aînés et aînées du sud-ouest de Montréal

RUTA : Regroupement des usagers du transport adapté

SAD : Schéma d'aménagement et de développement

SST : Santé et sécurité au travail

STM : Société de transport de Montréal

TCAIM : Table de concertation des aînés de l'île de Montréal

Liste des abréviations

etc. : Et cætera

i.e. : Id est

vs. : versus

Pour ma famille

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier mon mari pour m'avoir suivie et soutenue à tous points de vue dans cette aventure. Mes enfants aussi, Gabin, Héloïse et Lucile qui ont vécu de très près les hauts et les bas du voyage intérieur impulsé par le travail de thèse et ont été des « motivateurs extrinsèques » puissants ! Merci à mes parents, Jacques et Lucienne, pour m'avoir soutenue moralement mais aussi financièrement dans les moments difficiles, merci maman pour toujours croire en moi. A ma sœur pour les relectures, à mon frère pour l'aération en montagne, mes neveux pour nos discussions trop rares mais combien chaleureuses (et tardives !). A mes beaux-parents aussi, qui ont relu une partie de cette thèse et ont été très présents tout au long de ces années pour notre famille.

Ce voyage a été partagé avec mes collègues du doctorat en sciences humaines appliquées, mon « binôme fantôme » Daniel Prud'homme (dit « DP »), avec qui nous avons échangé régulièrement sur l'avancement de nos thèses respectives (« go go, on est capables ! »), avec mes fantastiques amies de travail Véronique et Virginie rencontrées par l'entremise de « Théséz-vous ! ». Un grand merci à cette famille élargie, avec un merci spécial pour mon amie Alexia ma coach de dernière ligne droite, Isabelle pour la possibilité de « prendre congé » de la famille quelques temps pour écrire et pour Monica pour sa belle énergie et son enthousiasme. Merci aussi à Josée du service aux étudiants de l'UdeM qui m'a particulièrement aidée durant la dernière année de thèse et grâce à qui j'ai compris (entre autres) comment j'écrivais.

Bien entendu, je le mentionne à plusieurs reprises dans cette thèse, ce travail résulte de bien des échanges avec mon directeur Juan Torres et ma codirectrice Marie Bellemare. Merci à vous deux pour vos conseils, vos commentaires, votre patience, votre soutien sans faille, votre belle empathie. C'est une belle alchimie qui a porté cette thèse.

Merci pour le soutien financier du programme de doctorat en Sciences Humaines Appliquées, de la faculté des études supérieures et du CREUM de l'UdeM, de l'Aruc Mega Projets au Service des communautés de McGill, du Cinbiose de l'Uqam.

Introduction

L'histoire de cette thèse doctorale s'inscrit dans une trajectoire personnelle qui m'a amenée à une réorientation professionnelle comme ergonomiste à plus de 30 ans. La formation en *ergonomie de l'activité* me paraissait apte à réconcilier plusieurs centres d'intérêts ainsi que des **valeurs** ancrées dans une histoire familiale d'engagement social et politique. Le projet d'une discipline tournée vers l'action, « comprendre le travail pour le transformer », trouvait plusieurs couches de résonance en moi.

Après avoir pratiqué comme consultante et professionnelle de recherche en ergonomie, je suis partie avec ma famille au Québec avec l'intention d'aller plus loin dans mes apprentissages. Le doctorat en ergonomie n'existe cependant pas au Québec. Après des discussions avec plusieurs chercheurs en ergonomie j'ai choisi alors de postuler au doctorat en Sciences Humaines Appliquées dont un des diplômés, chercheur avec qui je travaillais alors, m'avait dit « qu'il lui avait appris à penser ». L'orientation bien particulière de ce doctorat qui dans son projet fondateur soutient l'intérêt de l'interdisciplinarité mais aussi les liens indissociables et féconds entre pratique et recherche, correspondaient bien à mes intérêts personnels et ma façon de voir le monde.

En tant que professionnelle de recherche, je travaillais depuis mon arrivée au Québec sur des projets portant sur le travail des soignants en Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée (CHSLD). J'ai eu l'envie d'adopter un point de vue complémentaire dans mon doctorat, qui ne porterait pas tant sur les professionnels travaillant avec les personnes vieillissantes, que sur les personnes vieillissantes elles-mêmes, de passer des *travailleurs* aux *usagers*, terme sur lequel nous reviendrons dans la suite de la thèse. Mais je souhaitais aussi aborder des problématiques de conception de projets puisque c'était une pratique professionnelle que je souhaitais développer par la suite. Une première revue de littérature autour de la conjonction du vieillissement et des projets a rapidement montré d'une part l'intérêt de se pencher sur cette problématique et d'autre part, le peu d'écrits s'y rapportant.

Alors que Marie Bellemare, professeure en ergonomie à l'Université Laval, avait déjà donné son accord pour me suivre dans cette aventure, c'est à un chercheur en design urbain, Juan Torres, que j'ai demandé de m'accompagner à l'Université de Montréal. *A posteriori*, c'était un choix peu banal pour nous deux, puisque ergonomie et design urbain ne sont pas considérés comme des disciplines (au sens habituel du terme) ni des métiers ayant des habitudes de collaboration. L'approche de la recherche par le projet, l'importance accordée aux savoirs qui se dégagent de l'action, un intérêt pour la participation d'utilisateurs peu pris en compte dans les processus de participation (les enfants et les aînés), des projets disciplinaires qui semblaient propices à la rencontre... et un « clic » personnel, nous ont amené finalement tous les trois à travailler ensemble. C'est donc une aventure qui s'est amorcée entre une néo-québécoise et deux professeurs dont les disciplines auraient eu peu de chances de se croiser si ce n'est au travers de cette thèse. L'objectif empirique de la thèse s'est donc doublé peu à peu d'objectifs théoriques portant sur la fécondité du rapprochement de ces disciplines, autour d'une interdisciplinarité « académique » comme proposé par Lenoir (1995).

Nos rencontres ont été l'occasion d'échanger sur le positionnement de la « chercheuse en devenir » qui ne devait pas chercher à devenir designer urbain mais plutôt à comprendre les relations possibles entre les deux disciplines et à articuler cette compréhension avec tout un pan de connaissances traitant du vieillissement. D'un point de vue personnel, il semble donc important de faire preuve d'une nécessaire ouverture et sensibilité à d'autres disciplines que l'ergonomie de l'activité, pour traiter la problématique de la thèse, en se gardant humblement de penser pouvoir en saisir tout le « capital accumulé » (Bourdieu, 2001). Par ailleurs ces rencontres ont aussi été l'occasion de comprendre peu à peu, dans les échanges, quelles étaient nos différences et nos points de rencontre entre ergonomie de l'activité et design urbain en développant un « état d'esprit » d'ouverture et d'humilité propre à l'interdisciplinarité selon Pacaud (1970).

Certains concepts et théories ont été très propices au dialogue et au voyage entre les disciplines : la théorie de l'activité développée en ergonomie qui venait préciser des propositions déjà élaborées en psychologie environnementale, par des auteurs influents en design urbain comme Rapoport. Les « environnements capacitants » (Falzon, 2005) s'appuyant sur les propositions d'Amartya Sen sur le développement humain, ont aussi suscité le dialogue disciplinaire. Ce

concept fonde une nouvelle dynamique en ergonomie et a été l'occasion lors de la thèse de rassembler des chercheurs de multiples disciplines lors d'une journée de réflexion¹.

De par la préoccupation envers les aînés, la gérontologie s'est aussi invitée dans la recherche et s'il est certain que plusieurs thématiques de la thèse s'inspirent de cette dernière, il ne s'agit pas du cœur de ma recherche. Celle-ci est bien celle d'une ergonome qui aime explorer les frontières de sa discipline et qui se définit autant comme « praticienne » que comme « chercheuse ». On ne s'étonnera donc pas de l'attention portée dans la thèse aux liens entre connaissances et pratiques et à ce que nous apprend un projet contemporain d'aménagement urbain sur les enjeux de l'intégration du vieillissement dans les projets qui façonnent nos milieux de vie.

Cette thèse n'a pas bénéficié de financements majeurs, mais plusieurs bourses de diverses universités ont permis de la mener à bien. J'ai continuellement travaillé durant celle-ci, toujours dans des projets d'ergonomie en lien avec les CHSLD, mais aussi dans des organisations ou des recherches portant sur l'urbanisme, la participation sociale et les enjeux de santé publique. Elle se nourrit des échanges avec mes directeurs et de multiples rencontres avec des professionnels, des chercheurs et des étudiants en ergonomie, design (design urbain, design d'intérieur, design industriel, urbanisme, architecture) et vieillissement (géographes, sociologues, urbanistes, anthropologues, etc.) au travers de discussions informelles, de colloques, d'enseignements et de productions scientifiques communes.

Le questionnement empirique à l'origine de la thèse portait donc sur la prise en compte des aînés dans les projets d'aménagement en milieu urbain : tant comme futurs usagers des environnements qui seraient créés qu'en tant qu'acteurs dans les processus de conception de ces projets. En 2011, date à laquelle j'ai commencé à chercher des opportunités pour investir un terrain de recherche porteur de ces deux problématiques, les occasions étaient rares de trouver de tels projets. Les rencontres, les conseils de professionnels oeuvrant en ergonomie ou aménagement urbain m'ont finalement amenée à contacter le CUSM pour savoir s'il serait intéressé par une telle recherche. Des discussions exploratoires avec des architectes du CUSM

¹ L'atelier interdisciplinaire « L'aménagement d'environnements capacitants : opportunités et contraintes pour la pratique et la recherche », a été organisé en mai 2013 avec l'appui du Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal (CRÉUM) et de l'Observatoire Ivanhoé-Cambridge du développement urbain et immobilier. Il a réuni plus d'une trentaine de participants, praticiens et chercheurs, en provenance du design urbain, design d'intérieur, de l'architecture, de l'ergonomie, de la gérontologie, de l'éthique organisationnelle et de la géographie humaine.

et avec d'autres acteurs liés au CUSM m'ont permis d'identifier le projet Vendôme comme un projet porteur pour explorer ces questionnements. Le vieillissement n'était pas présenté comme étant au cœur des enjeux du projet, mais finalement, cela m'a semblé une façon intéressante de documenter un contexte qui était probablement (et sûrement encore maintenant) largement répandu.

La thèse s'organise en trois grandes parties. La première partie pose la problématique sociale et scientifique de la thèse (chapitres 1 et 2). La seconde partie articule une première formulation de la question de recherche et pose les bases théoriques et méthodologiques puis articule une seconde formulation de la question de recherche (chapitres 3,4, et 5). La troisième partie est celle des résultats (chapitres 6 à 9), de la discussion des résultats et de la conclusion finale de la thèse (chapitre 10 et chapitre conclusion).

PREMIÈRE PARTIE : PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE

1 Pertinence sociale

Ce chapitre a pour objectif de poser les différents éléments relatifs à la pertinence sociale de la recherche doctorale. Les trois premières sections s'intéressent à la conjonction de deux phénomènes mondiaux : le vieillissement de la population, qui se traduit aussi au niveau québécois (Azeredo et Payeur, 2015), d'une part, et l'urbanisation, d'autre part. Cette conjonction se traduit par des risques d'exclusions sociales pour les aînés si certaines conditions ne sont pas mises en place au niveau urbain, telles que le développement de services de proximité, de transports en commun accessibles physiquement et disponibles à différentes plages horaires dans la journée.

La quatrième section apporte un bref éclairage sur les politiques québécoises récentes. Depuis 2007, un tournant s'est opéré dans les politiques québécoises qui embrassent le phénomène de vieillissement de la population et visent à favoriser un vieillissement « en santé » ou « actif ». Parmi les leviers identifiés par ces politiques, le développement d'un environnement urbain plus favorable aux aînés est mis en avant.

Or la dernière section montre qu'il reste encore beaucoup à faire pour passer des prescriptions portées par ces politiques à l'intégration d'un « réflexe aîné » dans les projets d'aménagements. Elle aborde aussi la relative rareté des recherches s'intéressant au passage de ces prescriptions en faveur d'une prise en compte des aînés à leur concrétisation dans les projets d'aménagement.

1.1 Un vieillissement de la population mondiale observé aussi au Canada et au Québec

Nous vivons au niveau mondial un vieillissement de la population qui va encore s'accroître dans les années à venir. À l'heure actuelle dans les pays développés le nombre de personnes âgées (60 ans et plus) a déjà dépassé le nombre d'enfants de moins de 15 ans ; on s'attend à ce qu'en 2100 le nombre de personnes âgées soit presque deux fois plus important que celui des enfants. On s'attend aussi à ce que la population de personnes âgées fasse plus que tripler d'ici 2100, passant de 784 millions en 2011 à 2 milliards en 2050 et 2,8 milliards en 2100. Par ailleurs

la part de la population des 80 ans et plus est celle qui augmente le plus rapidement : de 1,6 % de la population en 2011, elle devrait passer à 7,8% en 2100 (United Nations, 2013b).

Le vieillissement de la population est un phénomène qui s'observe aussi au Canada et au Québec (Statistique Canada, 2015). Au Canada, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus va augmenter plus particulièrement entre 2013 et 2030, période où les baby-boomers atteindront 65 ans. Dépendamment des sources de données et des scénarios démographiques utilisés, cette population devrait s'approcher après 2063 du quart de la population générale².

Le Québec connaît lui aussi un accroissement de sa population générale, plus prégnant dans les zones urbaines et marqué par le vieillissement (Institut de la statistique du Québec, 2014; Statistique Canada, 2015). La part des personnes âgées de plus de 65 ans passera de 16% de la population en 2011 à 28% en 2061 selon le scénario de référence de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) (Institut de la statistique du Québec, 2014, p. 7). Toutes les régions du Québec connaîtront une augmentation importante de la proportion et de l'effectif des personnes de 65 ans et plus, bien que ce phénomène soit amené à évoluer différemment d'une région à l'autre (Institut de la statistique du Québec, 2014).

Par ailleurs une autre tendance s'observe ici tout comme au niveau mondial : la part des personnes très âgées (80 et plus) est celle qui connaît la croissance la plus forte au sein des aînés canadiens (Statistique Canada, 2015). Ceci se traduit aussi par l'augmentation de la part des personnes centenaires³. On note par ailleurs au Québec le même phénomène anticipé que pour le reste du Canada (Institut de la statistique du Québec, 2014).

1.2 Un phénomène essentiellement urbain

Le vieillissement se conjugue avec une urbanisation croissante à l'échelle mondiale, ce qui se traduit par un accroissement des personnes âgées vivant en milieu urbain (Organisation Mondiale de la Santé, 2015). Plus de la moitié de la population vit dans une ville dans le monde

² Selon Statistique Canada, la population des 65 ans et plus devrait s'établir entre 23,8% et 27,8% de la population en 2063, représentant plus du double de la population d'aînés observés en 2013, alors que les Nations Unies évaluent la part des aînés au Canada à 21 % en 2100, classant le pays parmi les 29 les plus vieillissants au monde (Nations Unies, 2013, p. 95).

³ Qui reste toutefois inférieur à 1% de l'ensemble de la population des aînés, quels que soient les scénarios de projection utilisés par Statistique Canada.

et « la population urbaine mondiale dépasse maintenant la population rurale du monde » (UN-HABITAT, 2008). La majorité de la croissance de la population mondiale dans les trente prochaines années se fera dans les zones urbaines ; en 2050, on s'attend ainsi à ce que 70% de la population soit concentrée dans les villes (UN-HABITAT, 2008). Le Canada n'échappe pas à ce phénomène. En constante progression, la proportion de canadiens vivant dans des régions classées « urbaines » est passée de 76% en 1986 à 80% en 2006 (Lindsay, 2007).

Quelles sont les perspectives au niveau montréalais, territoire dans lequel s'ancre le terrain de recherche ? Les statistiques de la Ville de Montréal (Ville de Montréal, 2014a, 2014b), établies à partir du recensement 2011 de Statistique Canada, permettent de dresser le portrait existant de l'agglomération de Montréal, de la Ville et des villes associées ainsi que des différents arrondissements.

La population de la ville de Montréal et celle de l'agglomération comptent une proportion équivalente d'aînés, soit un peu plus de 15% de 65 ans et plus et autour de 4,5 % de 80 ans et plus (Ville de Montréal, 2014a, 2014b). À Montréal, les hommes sont deux fois moins nombreux que les femmes dans les tranches d'âge supérieures à 80 ans et plus d'un aîné sur trois vit seul (Ville de Montréal, 2014a). Ces chiffres varient cependant fortement selon les villes ou les arrondissements de l'agglomération ; ainsi par exemple la ville de Westmount⁴ compte quant à elle plus de 21,4% de personnes de 65 ans et plus dans sa population alors que l'agglomération de Montréal en compte 15,4 % selon le recensement de 2006 (Ville de Montréal, 2011).

En termes d'évolution, l'agglomération montréalaise devrait continuer à croître selon les projections démographiques menées par l'ISQ jusqu'en 2036 (Institut de la statistique du Québec, 2014). Le vieillissement sera moins marqué dans la région administrative de Montréal que dans d'autres régions du Québec ; la part des aînés dans la population augmenterait toutefois de 59 % pour l'agglomération de Montréal entre 2011 et 2036⁵ (Institut de la statistique du Québec, 2014, p. 43) pour s'établir à 20,8% en 2036, soit l'équivalent de 466 000 personnes de 65 ans et plus.

⁴La ville de Westmount, tout comme l'arrondissement Notre Dame de Grâce et l'arrondissement Sud-Ouest font partie du territoire d'implantation du projet étudié dans le cadre de la thèse.

⁵ Par comparaison, la région métropolitaine de Gatineau verra une augmentation de 157% de la part des aînés dans sa population (Institut de la Statistique du Québec, 2014, p. 43).

On constate, et ce quel que soit l'ensemble géographique, que la population âgée de 75 ans sera celle qui prendra le plus d'expansion d'ici 2031 (Ville de Montréal, 2011). Il existe donc des enjeux bien réels concernant le vieillissement sur le territoire montréalais, même si celui-ci est moins marqué que dans d'autres territoires du fait de l'apport migratoire et de la répartition par âge des immigrants (Institut de la Statistique du Québec, 2014).

1.3 Risques d'exclusions en milieu urbain

Le vieillissement est donc un phénomène essentiellement urbain. Or, en tant que support à de nombreuses activités humaines, les villes peuvent être sources d'inclusion et de participation tout autant que d'exclusion et de marginalisation (UN-HABITAT, 2008).

“Some residents find the city as the place where social and political life takes place, knowledge is created and shared, and various forms of creativity and art are developed; other residents find that the city denies them these opportunities. Cities can therefore be places of inclusion and participation, but they can be also places of exclusion and marginalization” (UN-HABITAT, 2008, p. VIII).

A notre époque, la ville reste la manifestation tangible de la ségrégation sociale. Parmi les groupes les plus vulnérables concernés par la montée des exclusions urbaines se retrouvent les femmes et les enfants, les personnes âgées, les personnes présentant des déficiences, les personnes peu éduquées et celles issues de groupes ethniques minoritaires (UN-HABITAT, 2008).

Ainsi des chercheurs s'interrogent sur les enjeux en lien avec l'inclusion sociale des aînés. (Billette et Lavoie, 2010; Billette, Lavoie, Séguin et Pevenage, 2012). Ils identifient sept dimensions ou domaines de **l'exclusion sociale** : l'exclusion symbolique (images et représentations négatives des aînés, invisibilité), identitaire (identité réduite à un seul groupe d'appartenance par exemple « vulnérables » ou « fragiles »), sociopolitique (accès difficile à la participation citoyenne et aux sphères d'influence), institutionnelle (accès réduit aux services), économique (manque de ressources financières), territoriale (confinement chez soi, diminution de la liberté géographique), l'exclusion des liens sociaux significatifs (Billette et Lavoie, 2010 ; Billette, Lavoie, Séguin et Pevenage, 2012; Burns, Lavoie et Rose, 2012). L'environnement urbain et le transport sont identifiés comme sources possiblement contributives de cette exclusion.

La présence ou l'absence de « supports » dans l'environnement urbain (tels que des transports, la proximité de commerces, la présence de bancs) participent aux inégalités dans les processus de vieillissement (Caradec, 2010, 2014). La dépréciation d'un quartier ou sa gentrification et leur impact sur les aînés commencent aussi à être étudiés (Burns, Lavoie et Rose, 2012).

“Gentrification is simultaneously a physical, economic, social, and cultural phenomenon classically defined in the literature as involving the “invasion” of previously working- class neighbourhoods by middle or upper-income groups and the subsequent displacement of many of the original residents” (Burns, Lavoie et Rose, 2012, p. 2).

Des quartiers peu favorisés, avec des taux de criminalité importants affectent négativement l'expérience de vie des aînés et leur appropriation des espaces publics (Phillipson, 2007, 2011; Smith, 2009). Mais le phénomène de gentrification peut aussi affecter les aînés (Buffel, Phillipson et Scharf, 2012) : la diminution des lieux sociaux dédiés aux aînés renforce leur exclusion sociale et diminue leur pouvoir politique dans la planification du quartier (Burns, Lavoie et Rose, 2012). À l'opposé, l'environnement urbain peut être source d'inclusion, tout dépendamment de la structuration et de l'emplacement de cet environnement.

« Vivre dans des quartiers centraux permet à ces aînés d'entretenir et de créer de nouveaux liens, parfois interculturels et intergénérationnels, d'avoir accès à des services et à des lieux d'implication sociale, en toute sécurité, de voyager dans la ville même s'ils ne conduisent plus, bref, de renforcer leur sentiment d'autonomie, et ce, même s'ils ont développé des incapacités » (Blein et Guberman, 2011, p. 105).

Les enjeux d'exclusion territoriale sont d'autant plus prégnants qu'il existe un mouvement de fond au Québec visant à valoriser le vieillissement chez soi, porté maintenant par la politique québécoise de 2012 *Vieillir et Vivre Ensemble Chez Soi, dans sa communauté*. « Soutenir les personnes âgées plus vulnérables et leurs proches [...] requiert d'abord de favoriser le soutien à domicile le plus longtemps possible » (Gagnon et Savoie, 2008, p. 39) selon les participants à la consultation publique de 2007⁶.

La possibilité de vieillir chez soi, pourtant tant appelée par la société, peut donc se traduire par un isolement accru, si les personnes âgées n'ont pas les moyens de sortir de chez elles, pour des questions de santé mais aussi d'inadéquation de l'environnement urbain à leurs capacités, tout

⁶ Cette consultation portait sur les « différents aspects des conditions de vie des aînés : dans leur famille, dans la société et dans les différents milieux de vie : au sein de leur environnement local, municipal et territorial, dans le cadre du soutien à domicile et des milieux de vie substituts » comme par exemple les CHSLD (Centres hospitaliers de soins de longue durée) (Gagnon et Savoie, 2008, p. 39).

particulièrement lorsque les aînés sont relégués dans les quartiers périphériques de la ville (Blein et Guberman, 2011).

« À travers la question de l'exclusion territoriale se pose également la question de l'adaptation de la ville, du mobilier urbain et des systèmes de transport public aux personnes âgées » (Blein et Guberman, 2011, p. 107).

La présence de commerces de proximité et d'un réseau de transport en commun dense donnant l'accès à des multiples services sont des facteurs permettant de contrer cette exclusion territoriale, en favorisant l'accès aux ressources (Blein et Guberman, 2011). L'accès théorique à ces ressources ne garantit pas cependant que les personnes âgées vont pouvoir **effectivement** y avoir accès. Cette distinction met l'emphasis sur la « capacité » des individus (Falzon, 2005; Sen, 1999) entendue **comme la « latitude » effective et non théorique d'un individu, ses marges de manœuvre effectivement possibles,**

« Comme l'ensemble des fonctionnements humains disponibles à un individu, qu'il s'en serve ou non. [...] d'après ce modèle, ce qui compte ce sont les capacités effectives de chaque individu, de façon à assurer une réelle liberté de choix à toutes les étapes de la vie et ainsi de garantir la possibilité du développement personnel » (Falzon, 2005, p. 7).

La peur de chuter, d'être agressé ou encore de ne pas avoir le temps de traverser les rues restent encore des raisons avancées par les aînés pour ne pas utiliser davantage les transports en commun ou se déplacer en ville (Table de concertation des aînés de l'île de Montréal, 2013a). La TCAIM avance ainsi plusieurs mesures à adopter par la Ville pour améliorer l'espace public, notamment le réaménagement des intersections, l'accroissement de l'éclairage, l'apaisement de la circulation routière et, plus généralement, l'application des principes d'accessibilité universelle.

Une autre tendance concerne plus particulièrement les villes à savoir le « nouveau paradigme de mobilité » que nous vivrions actuellement (Amar, 2010; Sheller et Urry, 2006) et qui toucherait toutes les sphères de la vie sociale. Dans ce nouveau paradigme, la mobilité est centrale dans nos expériences de vie (Sheller et Urry, 2006). « Le terme même de mobilité s'est récemment imposé voire substitué à ceux de « transport », « déplacement », « trafic » ou « circulation » », et nous rentrerions, comme le propose Amar (2010) dans l'ère de « l'Homo Mobilis », une ère dans laquelle « la mobilité est désormais le mode de vie et de fonctionnement

dominant de notre société [...]. La mobilité est comprise comme création de liens, d'opportunités et de synergies » (Amar, 2010, p. 15-16).

Dans ce paradigme, les déplacements ne sont plus appréhendés selon une perspective linéaire qui les envisagerait uniquement comme des mouvements entre deux lieux intéressants où se dérouleraient diverses activités. Le déplacement devient lui-même un temps d'activités sociales qui conduit peu à peu les concepteurs de systèmes de transport à ne plus raisonner seulement en termes de temps gagné ou perdu mais aussi en fonction de l'expérience des usagers qui travaillent, discutent, échangent durant ces déplacements (Sheller et Urry, 2006). Sheller et Urry (2006), des chercheurs préconisant la prise en compte de ce nouveau paradigme dans les sciences sociales, mettent cependant en garde contre une vision trop optimiste de la mobilité, qui si elle peut être source de connexion et « *d'empowerment* » dans certains cas, dans d'autres elle peut être source d'exclusion sociale, tout dépendamment des accès réels ou des barrières politiques ou économiques à cette mobilité (Féré, 2013). Ainsi, être privé du « droit à la mobilité » (Ascher, 2004) devient un vecteur d'exclusion sociale (Bergmann et Sager, 2008; Mignot *et al.*, 2001).

Nouvelle norme sociale (Féré, 2012), la mobilité dans son aspect physique s'ancre dans un tissu urbain modelé en partie par l'approche moderniste qui a conduit, en Amérique du Nord, à donner une place centrale aux déplacements en voiture (Kenworthy et Laube, 1999; Newman et Kenworthy, 2006), et ce, quel que soit l'âge (Bussière et Thouez, 2005) . En effet, à l'heure actuelle, « le mode auto (conducteur et passager) est de loin le mode dominant (61.4 %) » pour les personnes âgées, d'autant plus pour celles vieillissant en banlieue (Lord et Després, 2011). En vieillissant toutefois, le mode auto-conducteur cède de la place à d'autres modes tels que « auto-passager, autobus, à pied [qui] gagnent en importance, avec une diminution du train et du métro » (Bussière et Thouez, 2005, p. 237). En vieillissant, les personnes dépendent de plus en plus d'une tierce personne pour les véhiculer, en particulier les plus âgés sans permis de conduire ou n'ayant plus les habiletés ou le désir de conduire (Turcotte, 2012) et les femmes, même si ce pourcentage diminue dans les nouvelles cohortes (Institut de la statistique du Québec, 2009; Korner-Bitensky, Toal-Sullivan et Von Zweck, 2006).

En banlieue, les sorties s'organisent autour de la « ville accessible » (Lord et Després, 2011, p. 199) : les aînés évitent les rues avec du fort trafic, se déplacent en voiture hors des heures de

pointe et choisissent leurs destinations en fonction de leur accessibilité universelle. Dans l'ensemble du Canada, relativement peu d'ainés utilisent les transports en commun (Turcotte, 2012). Les raisons données sont surtout des sorties moins fréquentes ainsi que des modes d'habitat généralement dans des secteurs à faible densité résidentielle comme la banlieue. Il faut noter toutefois que les services de transports de ces secteurs sont dans une logique pendulaire peu adaptée aux habitudes de transport des aînés qui évitent de se déplacer durant les heures de pointe (Alsnih et Hensher, 2003; Villard et Cerda, 2012).

Dans les quartiers plus centraux, les personnes âgées dépendent aussi comme indiqué précédemment de l'état de leur environnement urbain, de la proximité des ressources... bref de leurs possibilités réelles de se déplacer à pied ou en transport en commun alors que « la mobilité est essentielle à l'engagement, à l'épanouissement et à la participation sociale des personnes aînées » (MFA et MSSS, 2012, p. 158).

[Néanmoins] « les conditions et possibilités d'accès ne sont pas égales pour tous, du fait d'inégalités d'accessibilité à la ville et aux aménités urbaines, d'inégalités de compétences, de ressources ou de moyens » (Féré, 2012, p. 2).

Ceci est particulièrement vrai pour les personnes âgées pour lesquelles le « droit à la mobilité » semble encore loin d'être acquis, plus encore lorsque ces personnes âgées sont des femmes. En effet, la grande majorité des personnes expérimentant des problèmes de transport (par voiture, métro, etc.) au Canada sont des femmes et ce sont elles qui utilisent aussi le plus les transports en commun (Dupuis, Weiss et Wolfson, 2007). Il n'est pas facile de savoir ce que recourent les « transports en commun » dans ces études. Certaines études confirment la préférence des femmes âgées pour le bus (Espinasse, 2012), mais montrent cependant une préférence du métro pour les hommes, pour sa « fiabilité, sa rapidité et sa fréquence » (p. 9). A partir de 75 ans cependant, le métro devient un mode de transport jugé peu accessible.

1.4 Politiques récentes du vieillissement au Québec

Ce phénomène du vieillissement pose de nouvelles questions éminemment politiques à notre société (PUCA, 2007). Cette préoccupation politique grandissante vis-à-vis des aînés se traduit à différents paliers internationaux, nationaux, provinciaux et municipaux et par différentes

politiques, plans d'actions ou réglementations (annexe 1)⁷. Dans cet agenda, une attention particulière est portée à la création d'environnements urbains favorables à la santé et à la participation sociale des personnes âgées.

Ainsi le plan d'action international est adopté par les Nations Unies en 1982, suivi par les principes des Nations Unies pour les personnes âgées adoptés en 1990, puis la déclaration politique et le plan d'action international de Madrid sur le vieillissement en 2002. Les pays participants, dont le Canada, y reconnaissent que « le monde connaît une transformation démographique sans précédent » et y déclinent les moyens pour créer une « société pour tous les âges » ainsi que les objectifs à atteindre : la promotion de la santé et du bien-être jusque dans le troisième âge, la création d'environnements porteurs et favorables et l'intégration du vieillissement aux questions de développement économique.

Au Québec, l'année 2007 marque un tournant dans la politique relative aux aînés (Ministère de la Famille et des Aînés, 2012). À la suite de la tenue d'une consultation publique le *rapport Lalonde* (Des Rivières et Michaud, 2005) est rédigé et déposé auprès de l'Assemblée Nationale du Québec. Ce rapport devait établir des constats et proposer des pistes d'intervention pour favoriser la participation sociale des aînés. De fait, les constats établis portent sur la participation sociale, mais aussi les conditions de vie des aînés pouvant contribuer ou nuire à cette participation. L'importance des lieux de vie (l'habitat, le quartier, la ville) y est soulignée à plusieurs reprises.

L'équipe de travail, composée de membres du conseil des aînés, du réseau FADOQ⁸ et de professeurs de l'Université Sherbrooke notamment, y établit dix-sept recommandations dont certaines susceptibles d'amorcer des changements dans la façon de prendre en compte le vieillissement au Québec (p. 12). La première recommandation porte sur la nécessité d'élaborer une politique de vieillissement en vue d'assurer la cohérence des lois et des actions du gouvernement relativement aux aînés. Le rapport identifie le transport collectif et individuel entre villes et villages comme devant être pris en compte par cette politique. Pour être capables de vieillir chez eux comme ils le souhaitent, les aînés devraient trouver à proximité de leur

⁷ N'ont été retenus ici que quelques étapes à titre d'illustration

⁸ Anciennement : Fédération de l'Age d'Or du Québec

domicile des services de base tels qu'épicerie, banque et transport. Une future politique devrait aussi, selon les auteurs, essayer de pallier à certaines difficultés exprimées par les aînés. Parmi celles-ci, le transport doit s'assurer de « répondre adéquatement à tous les besoins » :

« Le transport : pour les personnes qui habitent à l'extérieur des zones bien desservies par le transport en commun, la possibilité de se déplacer est essentielle pour participer à la vie de la collectivité. Les participants de plusieurs régions semi-urbaines ont mentionné des difficultés à ce sujet. La question du transport devra également être examinée dans les villes desservies par le transport en commun afin de s'assurer de répondre adéquatement à tous les besoins » (Des Rivières et Michaud, 2005, p. 60).

Dans la foulée du rapport Lalande, le gouvernement Charest met en place une série d'actions et la politique québécoise intégrée portant sur le vieillissement « *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec* » voit le jour en 2012, ainsi que son plan d'action stratégique 2012-2017. Cette politique et son plan d'action,

« s'inspirent de la vision du vieillissement actif prônée par l'Organisation mondiale de la Santé : Vieillir en restant actif est un processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse. » (Ministère de la Famille et des Aînés, 2012, p. 41).

Ces politiques publiques « contribuent fortement à structurer l'expérience du vieillissement » (Modin, Lavoie et Billette, 2010, p. 7) puisqu'elles définissent plusieurs paramètres (tels que l'âge du départ à la retraite) qui influencent les parcours de vie des personnes. Elles contribuent aussi à structurer les interventions auprès des personnes âgées, en fonction des orientations et des ressources qui sont attribués et alimentent les représentations sociales du vieillissement (Mallon, Hummel et Caradec, 2014).

1.5 Des prescriptions à la pratique en aménagement en milieu urbain

La prescription de la prise en compte du vieillissement pour bâtir une société pour tous les âges est donc forte et portée à de multiples niveaux par de nombreuses instances et organisations. Elle se traduit à différentes échelles et dans différents secteurs. La thématique de la nécessité d'intégrer un « réflexe aîné » dans les projets fait peu à peu son apparition dans l'espace public (OCPM 2013a; ROPASOM (Regroupement des organismes pour aînés et aînées du sud-ouest de Montréal), 2011; Table de concertation des aînés de l'île de Montréal, 2013).

En cohérence avec ces objectifs politiques et sociaux, des recherches (Clarke et Nieuwenhuijsen, 2009; Kerr, Rosenberg et Frank, 2012) et des démarches se développent pour favoriser un « vieillissement en santé » ou ses figures apparentées le « vieillissement réussi » (aux États-Unis), le « bien vieillir » (en France) ou le « vieillissement actif » (au Québec). Elles visent, notamment, à améliorer l'environnement et les conditions de vie des personnes, à créer des milieux de vie sécuritaires et développer des environnements urbains (physiques et sociaux) et des transports accueillants pour les aînés (Broome, Worrall, Fleming et Boldy, 2013; Broome, Worrall, McKenna et Boldy, 2010; Organisation Mondiale de la Santé, 2002; Plouffe et Kalache, 2010; Raymond, Gagné, Sévigny et Tourigny, 2008) qui leur permettent de garder leur autonomie, de préserver leur santé et leur participation sociale. A l'échelle du territoire et des villes, l'emphase est mise au Québec sur les projets Municipalités Amies des Aînés (MADA) inspirés de la démarche « Ville Amie des Aînés » portée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2002, 2007) avec l'originalité d'être des projets accompagnés depuis leur début par des équipes de recherche de l'Université de Sherbrooke.

Or, lorsqu'il est question d'améliorer l'environnement des aînés, il n'est pas aisé de mettre en place ces mesures parce qu'une diversité de parties prenantes participe à l'aménagement de l'environnement urbain et que les processus de conception et de mise en œuvre de projets sont très complexes (Boutinet, 1990). La prise en compte d'un « réflexe aîné » nécessite une collaboration interprofessionnelle et intersectorielle et des changements de pratiques, de regard et de formation des professionnels, ce qui ne va pas de soi (Clark et Glicksman, 2012; Clark, 2014; Coudsi et Dreyer, 2008) :

« Désormais, on ne peut plus envisager le vieillissement sous l'angle unique du médico-social. Le décloisonnement des disciplines engage la collaboration entre associatifs et professionnels [...]. A travers cette dynamique territoriale, l'enjeu reste le changement de regard des professionnels, des élus et de l'ensemble de la société civile sur le vieillissement. On doit pouvoir nommer le vieillissement sans qu'il fasse systématiquement référence à des notions de dépendance, de coût et de charges pour les générations à venir, mais comme une richesse facteur de développement. Qu'implique le développement d'une politique prenant en compte le vieillissement ? Comment la traduire concrètement dans les différents territoires urbains, périurbains et ruraux ? » (Fondation de France, 2004, p. 43).

Ainsi à Montréal, bien qu'une étude récente (Villard et Cerda, 2012) sur l'ensemble de mesures visant à faciliter « l'accessibilité des transports publics aux personnes à mobilité réduite en général et aux aînés en particulier » mises en place par les autorités de transport Montréalaises fasse état de réelles avancées, il n'en demeure pas moins qu'on reste globalement dans une

logique de transport pendulaire peu adaptée aux habitudes de transport des aînés qui évitent de se déplacer durant les heures de pointe (Alsnih et Hensher, 2003; Villard et Cerda, 2012).

Par ailleurs, certaines ambiguïtés sont engendrées par le flou de concepts tels que l'accessibilité universelle (Rocque, Langevin, Chalghoumi et Ghorayeb, 2011), utilisé pourtant largement à la fois par les acteurs de la société civile porteurs de préoccupations relatives au vieillissement, par les politiques publiques ou encore les promoteurs en charge de projets d'aménagement.

Les connaissances portant sur les processus (Moulaert et Garon, 2016) les effets de ces interventions (Broome, Worrall, Fleming et Boldy, 2013; Fitzgerald et Caro, 2014) commencent à émerger, mais il s'agit d'un pan de connaissances restant encore largement à explorer et plutôt minoritaire dans les recherches s'intéressant au vieillissement. Ces connaissances sont principalement développées autour des projets en lien avec la démarche « villes amies des aînés » impulsée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Conclusion

Ce chapitre a mis en évidence plusieurs faits saillants. Tout d'abord, il existe des enjeux populationnels en lien avec le vieillissement et des enjeux spécifiques de santé des personnes âgées et d'exclusion en lien avec le vieillissement en milieu urbain. Le manque d'accès aux ressources dans l'environnement urbain, incluant le transport, est identifié comme facteur d'exclusion sociale des aînés, en particulier en ce qui concerne les effets négatifs sur leur mobilité.

Par ailleurs, la prise en compte des enjeux du vieillissement urbain par de multiples acteurs (politiques, communautaires, chercheurs) est un levier pour des interventions visant à modifier l'environnement des aînés, avec leur participation dans le cas des projets villes amies des aînés. Quelques caractéristiques de ces interventions ont été soulevées. Elles sont orientées et structurées par certaines représentations du vieillissement et par les ressources allouées par les politiques publiques. Elles exigent une pluridisciplinarité et des changements de pratiques dont nous avons vu que leur mise en œuvre n'allait pas « de soi ». Elles se fondent aussi sur des concepts qui méritent encore d'être questionnés, car engendrant une certaine ambiguïté.

Ces faits saillants amènent plusieurs interrogations. L'accessibilité a été citée comme un concept flou, les termes « vieillissement » et « aînés » ne recouvrent-ils pas cependant eux aussi des réalités multiples ? Quelle est notre compréhension des relations entre les aînés et leur environnement ? Quelles sont les représentations sociales du vieillissement et comment sont-elles articulées dans et par les interventions en aménagement ? Quelles sont les conditions favorables au développement d'interventions visant à transformer l'environnement, et plus largement au développement de projets intégrant le réflexe aîné ?

Il apparaît socialement pertinent de s'intéresser aux orientations, aux déroulements et aux résultats des projets qui façonnent l'environnement urbain (Boutinet, 1990) en lien avec la prise en compte du vieillissement. Nous verrons cependant dans le chapitre suivant que le positionnement de recherche consistant à interroger le déroulement de projets et non seulement son contexte ou ses résultats reste original.

2. Pertinence scientifique

Le premier chapitre a posé la justification sociale de s'intéresser aux projets en contexte urbain visant à modifier l'environnement en lien avec la prise en compte du vieillissement. Celui-ci expose des connaissances scientifiques et des modèles du vieillissement qui contribuent à donner une riche vision de la vieillesse et du vieillissement.

Le vieillissement se conjugue au pluriel et les notions de vieillesse et vieillissement ne se réfèrent pas uniquement des phénomènes biologiques mais aussi des constructions sociales pouvant être traversées par des antagonismes. Après avoir défini les termes de vieillesse et vieillissement et montré que plusieurs disciplines s'intéressent au vieillissement et à la vieillesse, je m'attarderai plus spécifiquement sur l'exploration des liens entre le vieillissement et les conditions du milieu dans lesquelles il s'opère. Cette exploration amène plusieurs questionnements : comment caractériser ce lien ? Quelles sont les influences des environnements sur les personnes âgées ? Comment ces personnes expérimentent-elles et s'approprient-elles leur environnement ? Ces questions sont fondamentales pour la thèse étant donné l'intérêt porté aux projets pouvant aboutir à des transformations de ces environnements en contexte urbain.

La dernière partie du chapitre s'intéresse aux connaissances portant sur les projets d'aménagement et le vieillissement. Plus précisément, il porte sur les représentations sociales du vieillissement portées par les professionnels dans ces projets ainsi que sur les processus et contextes des projets qui pourraient favoriser ou rendre plus difficile l'intégration d'un « réflexe aîné » dans ces projets. Nous verrons qu'il s'agit pour l'instant d'un relatif angle mort de la recherche.

2.1 Les connaissances sur le vieillissement traversent de nombreuses disciplines.

Un passage vers les définitions courantes de la vieillesse et du vieillissement laisse deviner que ce dernier n'est pas un phénomène simple à appréhender. Le tableau ci-dessous reprend des

définitions issues de l'Office québécois de la langue française (1999) et du Grand Robert de la langue française (2015).

Tableau I. Définitions courantes de la vieillesse et vieillissement

Sources	Vieillessement	Vieillesse
Office québécois de la langue française (1999)	<p><i>Définition générale</i> Processus naturel de transformation graduelle que subit tout organisme vivant du fait de son avancée en âge</p> <p><i>Vieillessement physiologique</i> Modification normale avec l'avancée en âge de l'aspect, de la morphologie, des aptitudes et des fonctions d'un organe ou d'un organisme.</p>	<p><i>Vieillesse (sociologique et sous domaine gérontologie) :</i> Dernière étape normale de la vie. On ne peut fixer sans arbitraire un point de départ à la vieillesse. Cet état se caractérise par le fait que les vieux ont vécu plus longtemps que la plupart de ceux qui les entourent et qu'ils ont moins de temps à vivre que celui qu'ils ont déjà vécu.</p>
Grand Robert de la langue française (2015).	<p>Le vieillissement pour une personne est le fait de devenir vieux ou de s'affaiblir par l'effet de l'âge. (<i>Sociol.</i>) Vieillessement d'une population : augmentation de la proportion de vieillards.</p>	<p>Dernière période de la vie humaine normale, qui succède à la maturité, caractérisée par un affaiblissement global des fonctions physiologiques et des facultés mentales et par des modifications atrophiques des tissus et des organes. Fait d'être vieux (pour un être humain).</p>

Nous voyons que le **vieillessement** se caractérise comme étant un **processus**, la **vieillesse** s'envisage plutôt comme un **état**. **Plusieurs facettes** du vieillissement et de la vieillesse sont évoquées : un aspect collectif ou sociodémographique, une dimension individuelle essentiellement biologique, et une dimension sociétale au travers de la construction sociale de la vieillesse et des représentations véhiculées. Enfin, les définitions sont données en se référant à **plusieurs disciplines** (physiologie, gérontologie, sociologie).

La gérontologie en a fait son objet de recherche principal, mais elle s'est elle-même diversifiée dans ses approches (Charpentier *et al.*, 2010). Depuis les années 80, se développe une perspective « biopsychosociale » du vieillissement. L'accent est mis sur le fait que les changements dus au vieillissement sont multi déterminés et se manifestent au niveau social, biologique et psychologique (Marshall et Bengston, 2011).

D'autres disciplines n'ont pas le vieillissement comme objet principal de recherche. Mais, du fait des enjeux associés au vieillissement, ces disciplines se posent la question de l'articulation de leur objet de recherche principal avec le vieillissement. C'est le cas de la sociologie, de la géographie, de l'architecture, de l'urbanisme, du travail social, des sciences politiques, de l'ergonomie, de la psychologie du développement, des études sur le handicap, des études féministes, etc.⁹ Ces disciplines nourrissent elles-mêmes les différents courants de la gérontologie : il y a en effet un appel à la multidisciplinarité très fort et à l'interdisciplinarité (Aquino, 2007; Charpentier *et al.*, 2010; Instituts de recherche en santé du Canada, 2013) lorsqu'on s'intéresse au vieillissement.

Le partage des connaissances¹⁰, le transfert vers les politiques publiques (Organisation Mondiale de la Santé, 2015) et la circulation des connaissances entre la recherche et les praticiens devient aussi un enjeu des recherches sur le vieillissement (Glicksman, Clark, Kleban, Ring et Hoffman, 2014). Au Québec, cet enjeu est porté par plusieurs chaires et centres de recherches sur le vieillissement affiliés à des universités, des hôpitaux universitaires et des Centres Intégrés Universitaires de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS).

Au Canada, l'institut du vieillissement des IRSC dans son dernier plan stratégique met de l'avant d'associer les « utilisateurs de connaissances » dès le début des processus de recherche dans le cadre de sa priorité 4 (« des soins et des services de santé sous le signe de la continuité, de l'innovation et de l'efficience »).

« La participation des utilisateurs de connaissances, en particulier les responsables et gestionnaires des services de santé, mais aussi des individus plus âgés eux-mêmes, doit être encouragée » (Instituts de recherche en santé du Canada, 2013, p. 26).

Cependant les apprentissages portant sur les conditions de la mobilisation des connaissances académiques dans les pratiques professionnelles ont encore peu de visibilité. Ils se reflètent peu dans les colloques sur le vieillissement par exemple. Les questionnements relatifs à ces conditions semblent plutôt portés par des disciplines ayant des visées transformatives, telles que les *disability studies* (Lid, 2014), certaines disciplines de l'aménagement (architecture, design

⁹ Voir par exemple : http://www.vies.ucs.inrs.ca/?page_id=19, consulté le 16 avril 2016

¹⁰ <http://www.sparc.ac.uk/>

d'intérieur, etc.) ou encore l'ergonomie (Fletcher *et al.*, 2015) au travers du design universel. La santé publique (Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny, 2008), le travail social (Moulaert et Garon, 2016) ou l'urbanisme (Clark, 2014) s'y intéressent via des démarches telles que « ville amie des aînés/*Age friendly cities* » ou « Vieillir dans son quartier, son village » et des modèles comme le « vieillissement en santé ».

2.2 Vieillissements et vieillesse plurielles : perspectives de compréhension

2.2.1 Le vieillissement comme fait social

Il n'existe pas une seule définition de la vieillesse et du vieillissement, comme nous le laissait déjà supposer l'introduction. *A contrario*, il existe plusieurs « définitions controversées de l'âge » (Grenier et Ferrer, 2010, p. 35), en fonction de la société et de l'époque à laquelle nous vivons (Bowling, 2007; Coleman et O' Hanlon, 2004; Grenier et Ferrer, 2010; Van Gorp, 2013) (Bowling, 2007; Coleman et Hanlon, 2004; Grenier et Ferrer, 2010; Van Gorp, 2013). Plusieurs vocables et catégories sont utilisés pour parler des personnes âgées et du vieillissement (Caradec, 2012; Foucart, 2003; Grenier et Ferrer, 2010; Pecolo, 2011), selon les périodes et les pays.

« Cette question de vocabulaire est l'expression de conflits, d'enjeux sociaux. Elle indique la nécessité d'aborder la vieillesse comme une construction sociale » (Foucart, 2003, p. 7).

Du point de vue sociologique, le vieillissement peut être considéré comme « l'avancée en âge des individus dans la succession des strates d'âge », une strate d'âge étant définie comme un « âge de la vie » (Caradec, 2012). La sociologie étudie la strate d'âge de la vieillesse, c'est-à-dire la construction sociale de cet âge de la vie et les représentations associées notamment. L'âge chronologique, fonctionnel (ou physiologique) et les étapes de la vie sont trois marqueurs de cette construction sociale du vieillissement (Grenier et Ferrer, 2010; Caradec, 2012).

Le choix des seuils de 60 ou de 65 ans, que l'on retrouve dans la plupart des enquêtes sociodémographiques et sur l'état de santé des personnes âgées, reflète **l'âge chronologique auquel la société considère que les personnes deviennent âgées** (Gauthier, Jean, Langis, Nobert et Rochon, 2004). Ce seuil détermine l'âge auquel les gens peuvent accéder à divers

services, à des tarifs réduits pour leurs déplacements¹¹, à leur pension de retraite (Grenier et Ferrer, 2010), etc. Ce seuil est cependant mouvant. Au Canada, le gouvernement conservateur a fait passer dans son budget 2012 la hausse progressive de l'âge de la retraite de 65 à 67 ans entre 2023 et 2029 pour avoir droit à la pension de la sécurité vieillesse et le supplément de revenu garanti.

L'âge physiologique quant à lui correspond aux marqueurs extérieurs du vieillissement biologique. Or ces marqueurs qui désignent une personne comme « vieille et déclinante » dans le regard des autres n'ont que peu de rapport avec la perception individuelle d'être âgé (Caradec, 2012; Grenier et Ferrer, 2010). Plus encore, l'influence des stéréotypes accolés au vieillissement a des impacts négatifs sur la qualité de vie des aînés, leur construction identitaire, la perception de leur état de santé et leurs comportements qui peuvent être modifiés pour se conformer au stéréotype (Lagacé, Tanguay, Lavallée, Laplante et Robichaud, 2012; Mansour Robaey, 2015; Moliner, Ivan-Rey et Vidal, 2008).

Les étapes de la vie marquent aussi la construction de la vieillesse. Avec la mise en place de systèmes de retraite apparaît une nouvelle catégorie, celle de retraité, qui prend de l'ampleur après la seconde guerre mondiale (Caradec, 2012).

Le terme de troisième âge est diffusé à partir des années 70 avec le développement de clubs, universités, agences de voyage (Caradec, 2012, p. 18). Il est défini en opposition à la vieillesse. Le troisième âge comme temps des loisirs apparaît comme un nouvel âge de la vie entre l'âge adulte et la vieillesse, destiné à être une nouvelle jeunesse. Récemment, il est remplacé par le terme de « séniors » en France ou d'aînés au Québec (Turcotte et Schellenberg, 2007) où on parle aussi de l'« l'âge d'or » ou du « bel âge ».

Comme le troisième âge s'est bâti en opposition à la vieillesse, il a laissé la tranche la plus âgée de la population de côté. En France, cet ensemble a été identifié comme « 4^{ème} âge » puis comme « personnes âgées dépendantes » avec le développement de politiques spécifiques. On retrouve aussi de plus en plus une distinction des personnes âgées en trois groupes distincts (Direction de la recherche de l'évaluation et de la statistique du ministère de la famille, 2015; Turcotte et

¹¹ <http://www.stm.info/fr/infos/titres-et-tarifs/carte-opus-et-autres-supports/opus-enregistree-avec-photo-tarif-reduit>

Schellenberg, 2007) censés refléter plus justement des états fonctionnels différents : les 65 à 74 ans (“*young old*” dans la littérature anglo-saxonne, les 75 à 84 ans (“*medium old*”) et les 85 ans et plus (“*oldest old*”). Au Québec, le terme « aînés » recouvre cependant toute personne de 65 ans et plus dans les communications publiques, notamment territoriales (Pecolo, 2011).

Plusieurs chercheurs étudient les représentations sociales des vieillissements et des vieillesse associées à ces constructions. Ce terme, proposé en 1961 par Serge Moscovici et dont la définition semble encore « problématique » (Mannoni, 2010, p. 7) est utilisé par de nombreuses disciplines dans les sciences humaines (Jodelet, 2003; Mannoni, 2010). Dans le cadre de cette thèse, je m’appuierai sur la définition qu’en donne Jodelet (2003).

« C’est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d’une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 2003, p. 53).

Les représentations sociales ont toujours « un sujet et un objet, elles sont toujours représentations de quelque chose pour quelqu’un » (Mannoni, 2010, p. 119). Elles sont construites socialement et à la fois participent à cette construction.

Par ailleurs, les représentations sociales constituent des systèmes d’interprétation qui orientent nos conduites sociales (Jodelet, 2003) et sont des « phénomènes cognitifs » (Jodelet, 2003, p. 53). Il existe une continuité entre les représentations mentales (portées par des individus) et les représentations sociales. Les représentations mentales constituent des « images » mentales qu’une personne produit de son monde extérieur, selon un échange avec son milieu et en fonction de ses orientations internes. Mannoni (2010) parle de « flux » ou de « perméabilité » entre les univers individuels et sociaux et envisage la représentation sociale comme une représentation mentale ayant acquis une « valeur socialisée (partagée par un grand nombre) et une fonction socialisante » (p. 18).

« Il y a lieu d’envisager la production des représentations mentales dans l’échange que chaque sujet entretient avec son milieu, puisque aussi bien ce sont les caractéristiques du milieu qui, à travers les situations vécues, mettent en jeu la production de telle ou telle représentation mentale [...]. Il existe, bien entendu, une opérativité fondamentale des représentations qui, dans la plupart des cas, sont orientées par les préoccupations praxéologiques du sujet. Elles sont utilisées par celui-ci pour organiser et planifier son action, participent aux projets comme à leur exécution et se trouvent en permanence dirigées par une intention pragmatique » (Mannoni, 2010, p. 12).

Les représentations sociales du vieillissement sont alimentées par les politiques publiques (Bickerstaff, 2003; Charpentier *et al.*, 2010; Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007; Mallon,

Hummel et Caradec, 2014; Pecolo, 2011), les médias (Bachand, 2015, Bickerstaff, 2003; Lagacé, Laplante et Davignon, 2011; Van Gorp, 2013), le monde du travail (Desmette, Yzerbyt et Iweins, 2015; Lagacé et Laplante, 2015) ou encore les différentes perspectives de recherche (Aquino, 2007; Bickerstaff, 2003; Caradec, 2012; Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007; Lagacé, 2015). Mais elles sont aussi alimentées par les représentations de professionnels au contact ou non avec des personnes âgées (Charpentier et Soulières, 2007; Chevrier, 1999; Clément, 2006; Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007; Coudsi et Dreyer, 2008; Lagacé, Medouar, Loock et Davignon, 2011). Les représentations s'incarnent dans leurs pratiques mais sont aussi créées par leurs pratiques (Mallon, Hummel et Caradec, 2014).

« Une façon d'approcher la vieillesse est de l'étudier au travers de dispositifs matériels : on s'intéresse à l'utilisateur d'un dispositif. Les utilisateurs d'un dispositif ou les usagers d'un service se trouvent en effet « configurés » par les concepteurs qui objectivent ainsi leurs représentations » (Caradec, 2012, p. 35).

Deux grandes représentations majoritaires traversent les sociétés occidentales à propos du vieillissement (Aquino, 2007; Caradec, 2012; Grenier et Ferrer, 2010). Dans nos sociétés « jeunistes » (Coleman et Hanlon, 2004) les aînés sont soit placés sous le signe de la dépendance et du quatrième âge soit sont considérés comme des retraités actifs, avec des loisirs, etc., et qui doivent rester jeunes.

La première représentation s'articule autour du déclin et de la vulnérabilité (Caradec, 2012; Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007; Lagacé, Laplante et Davignon, 2011). Les cultures occidentales envisagent le vieillissement encore majoritairement comme un fardeau économique et un déclin alors qu'il n'en est pas forcément de même ailleurs (Coleman et Hanlon, 2004; Foucart, 2003).

« Les définitions sociales de la vieillesse sont à relier au contexte macro social. Chaque société a les vieillards qu'elle mérite. Chaque type d'organisation socio-économique et culturelle est responsable du rôle et de l'image de ses vieux » (Foucart, 2003, p. 10).

Cette orientation a longtemps teinté les recherches scientifiques sur le vieillissement ainsi que notre imaginaire collectif et teinterait encore les politiques publiques (Charpentier, 2010; Caradec, 2012; Coleman et Hanlon, 2004). Si nous associons cependant le vieillissement au déclin dans les sociétés occidentales, c'est peut-être parce ce que nous ne valorisons pas assez les gains au détriment des pertes (Coleman et Hanlon, 2004).

La seconde représentation s'articule autour de l'aîné « actif » ou « en santé », du « vieillissement réussi » et d'une conception fonctionnelle de la santé. Cette représentation est véhiculée par les théories et les démarches visant à promouvoir le « vieillissement actif » (et d'autres modèles proches tels que le « bien vieillir », le « vieillissement en santé », le « vieillissement réussi ») qui donnent une vision plus optimiste du vieillissement que des perspectives antérieures (Caradec, 2012).

Cependant plusieurs auteurs critiquent cette vision. Selon eux, elle se construit encore en référence au déclin et cherche donc à développer des moyens pour le contrer (Caradec, 2012). Si le vieillissement peut être réussi alors cela signifie qu'il peut être raté et alors, à qui la faute ? Le vieillissement « en santé » devient une injonction normative tendant à reporter la faute sur les aînés s'ils n'y arrivent pas (Aquino, 2007; Rochman et Tremblay, 2010; Stephens, Breheny et Mansvelt, 2014). Il existerait donc un risque de marginalisation et d'exclusion accrue pour ceux qui « ne rentrent pas dans le moule » qui leur a été attribué (Aquino, 2007). La notion de vieillissement réussie est aussi critiquée car elle se base sur le postulat que ce vieillissement réussi est placé sous le contrôle des personnes et dépend de leurs initiatives, tout en ignorant les contraintes sociales et les inégalités d'ethnies¹², de pauvreté, de genre ou d'états de santé par exemple (Stephens *et al.*, 2014).

“The assumptions of age- friendliness are, first, that older people have unique needs, characteristics, and preferences that are different from those of younger people, and second, by creating environments that cater for these needs we can improve older peoples' participation and functioning” (Broome, Worrall, McKenna et Boldy, 2010, p. 436).

Plutôt que d'utiliser les concepts de “*healthy aging*” ou de “*successful aging*” perçus comme contributifs d'une idéologie néo-libérale, certains tentent de comprendre les éléments valorisés par les aînés eux-mêmes en termes de santé à travers d'autres concepts. Stephens, Breheny et Mansvelt (2014) se basent sur le concept de capacité développé par A. Sen (2003) afin de mener leur étude, interrogent des aînés sur ce qu'ils valorisent pour vieillir en santé. Les résultats de cette étude amènent des points de vue différents sur ce qui constitue la santé pour les aînés, et notamment le fait de pouvoir garder la capacité d'éprouver du plaisir (*enjoyment*) en continuant à réaliser les activités qu'ils aiment et en continuant à contribuer à la société (par

¹² Le terme exact est « race » et non ethnique, mais la traduction imparfaite est volontaire, étant donné qu'il n'existe qu'une seule « race » d'humains.

exemple en faisant du bénévolat). Ce type d'études permet de s'éloigner de représentations plus fonctionnelles de la santé.

“From a capability perspective, research, intervention and policy would focus on all older adults being capable of achieving the values of healthy ageing rather than being responsible to produce health (as a sort of commodity). [...] It suggests an evaluation of what people actually value, followed by work to develop communities which enable people to do and be those things that are valued within their society” (Stephens, Breheny et Mansvelt, 2014, p. 15).

Ainsi, au niveau collectif, la vieillesse se présente comme une « construction sociale et historique » (Foucart, 2003, p. 13). Deux représentations majoritaires de la vieillesse traversent les sociétés occidentales et se font écho : la vieillesse comme déclin ou la vieillesse « en santé », comme « seconde jeunesse ». Ces représentations sont porteuses pour certains de visions réductrices de la santé, assimilée à une santé « fonctionnelle » d'où est absente la notion de plaisir (Stephens, Breheny et Mansvelt, 2014) pourtant convoquée par les personnes âgées elles-mêmes lorsqu'elles définissent ce que pourrait être un vieillissement en santé.

2.2.2 Le vieillissement du point de vue biologique

Du point de vue **biologique**, le vieillissement individuel réfère aux changements prenant place dans l'organisme au cours de la vie d'un individu (Hooyman et Kiyak, 2005). Il s'agit d'un **processus universel et continu depuis la naissance**. La plupart du temps cependant ce **vieillissement est assimilé à la sénescence** i.e. au processus de **déclin de nos fonctions organiques et sensorielles** (Yates, 2007): la marche est plus lente, la masse grasseuse augmente alors que la masse musculaire diminue (De Jaeger, 2008; Hooyman et Kiyak, 2005), des changements s'opèrent dans les fonctions sensorielles affectant l'habilité à voir, sentir, entendre, toucher et goûter (Hooyman et Kiyak, 2005). Certains de ces changements, plus que d'autres, affectent les activités de la vie quotidienne : l'équilibre est moindre ; il devient plus difficile de faire des activités dans la durée et nécessaire de faire des pauses pour se reposer, reprendre son souffle ou aller aux toilettes. La sénescence est un processus normal qui n'est pas **automatiquement la cause du développement de pathologies** (De Jaeger, 2008; Hooyman et Kiyak, 2005).

Plusieurs théories s'affrontent à l'heure actuelle (De Jaeger, 2008; Desfossés et Paquette, 2011; McClearn, 2007) afin d'expliquer ses mécanismes sous-jacents sans qu'aucune ne soit totalement adéquate pour expliquer l'ensemble des phénomènes à l'œuvre (De Jaeger, 2008; Hooyman et Kiyak, 2005). Un des objectifs poursuivis par les recherches sur le vieillissement du point de vue biologique est de distinguer les mécanismes d'un vieillissement normal ou usuel de ceux d'un vieillissement pathologique ainsi que de retarder les effets du vieillissement.

Le vieillissement usuel, s'il est universel, est aussi personnel (De Jaeger, 2008). Le vieillissement biologique n'affecte pas tous les individus de la même manière. Les **changements évoqués ne possèdent pas de caractère homogène** : il existe de grandes différences entre le rythme et la sévérité de ce déclin d'une personne à l'autre et d'une fonction à une autre. Ainsi, le déclin dans les fonctions auditives commence avant celui des fonctions visuelles et affecte plus d'individus (Hooyman et Kiyak, 2005). On parle de **vieillissement différencié** (De Jaeger, 2008) tant du point de vue **interindividuel** (variations entre individus) qu'**intra-individuel** (variations entre fonctions pour un même individu).

Ce vieillissement a longtemps été abordé uniquement sous l'angle du déclin, mais les connaissances actuelles montrent qu'il peut s'exprimer aussi par des gains. **Les effets des changements ne sont pas tous irréversibles** : ainsi, par exemple, la **plasticité cérébrale**, selon Baltes (1999) permettrait de retrouver un équilibre en compensant les pertes d'intelligence mécanique (capacité de percevoir des relations, de former des concepts, de traiter une information nouvelle, de résoudre des problèmes) par des mécanismes utilisant davantage les habiletés pragmatiques. L'intelligence dite 'cristallisée' ou 'pragmatique' i.e. la capacité d'évoquer automatiquement une information stockée ou d'utiliser des connaissances et habiletés acquises (expérience, culture, éducation, sagesse, expertise) pourrait être préservée voire améliorée jusqu'à la fin de la vie (Desfossés et Paquette, 2011).

Malgré un phénomène biologique commun à tous, le vieillissement s'exprime différemment chez chacun, menant à des vieillissements différenciés et des variabilités interindividuelles dans la vieillesse.

Alors qu'il a été longtemps assimilé au déclin des fonctions organiques, cognitives et sensorielles qui touche tous les êtres humains, des recherches récentes montrent que des changements affectant certaines fonctions sont réversibles et compensables par des améliorations d'autres fonctions. Le vieillissement, sous l'angle biologique, peut donc aussi s'exprimer par des gains.

2.2.3 Le vieillissement du point de vue biopsychosocial

Différentes théories du vieillissement se sont bâties depuis les années 50, certaines développées en réaction à d'autres qui avaient une vision très pessimiste du vieillissement et qui justifiaient une « mise à l'écart » des aînés (Caradec, 2012). Les recherches contemporaines abordent le vieillissement selon une approche intégrée, telle que proposée par les Instituts de recherche en santé du Canada.

« Une approche intégrée de l'étude de la trajectoire du vieillissement incluant les dimensions biologiques, psychologiques et sociales et prenant en considération d'autres dimensions dont l'environnement. Le caractère intégré de l'approche est crucial afin de permettre de comprendre non seulement chacune de ces dimensions, mais les influences réciproques de chacune d'elles » (Instituts de recherche en santé du Canada, 2013, p. 19).

Ces approches qualifiées de « biopsychosociales » s'inspirent de théories du développement humain dite *lifespan* qui mettent l'accent sur la multi-détermination des changements au cours du développement, non seulement au niveau biologique mais aussi social, psychologique, structurel et relationnel (Grenier et Brotman, 2010; Marshall et Bengston, 2011). Le développement d'une personne est considéré comme étant le produit d'une interaction complexe de la personne avec son environnement, cette interaction n'étant pas fondamentalement la même dans tous les environnements (Kail et Cavanaugh, 2015).

La perspective "*life span*" du développement (« tout au long de la vie »), plus particulièrement développé depuis les années 1980, considère que le développement se poursuit tout au long de la vie et adopte le point de vue que :

« L'adulte, loin d'être dans un état stable qui contrasterait avec les transformations que traverse l'enfant, est lui-même appelé à se modifier, qu'il s'agisse des conséquences de ses expériences accumulées, des réponses aux restructurations affectant son environnement, ou encore de la mise en œuvre de stratégies cognitives compensant la baisse avec l'âge des possibilités sensorielles et motrices » (Netchine, 1999, p. 10).

En gérontologie, cette perspective, en montrant **qu'il n'existe pas seulement une trajectoire de développement mais plusieurs**, met l'accent sur un **vieillissement différencié** (Coleman et O'Hanlon, 2004; Kail et Cavanaugh, 2015). Les différenciations des trajectoires de vie individuelles se font en lien avec des facteurs personnels et sociaux tels que le genre, l'orientation sexuelle, le milieu social d'appartenance, les expériences de travail, l'expérience de déficiences ou d'incapacités (Caradec, 2012; Charpentier *et al.*, 2010; Putnam, 2002). Il n'existe donc pas « un » vieillissement mais bien « des » vieillissements (Charpentier *et al.*, 2010; Grenier et Brotman, 2010). Ces vieillissements individuels peuvent se comprendre à la croisée de la trajectoire passée mais aussi du contexte présent (Caradec, 2012, p. 115), dans une interaction personne-environnement dynamique.

« Le vieillissement est ainsi fonction de la trajectoire passée et des ressources qui en proviennent. Mais on vieillit aussi comme son environnement immédiat permet de le faire : le vieillissement est un phénomène relationnel et dépend plus largement du contexte de vie présent, plus ou moins riche en supports » (Caradec, 2012, p. 115).

L'importance du contexte présent dans les trajectoires de vieillissement est bien illustrée par les accidents des personnes âgées vivant à domicile. En 2008, 4 % avaient été victimes de chutes assez graves pour entraîner des limitations de leurs activités quotidiennes. Dans 70 % des cas, les chutes se font à domicile et dans 26 % des cas dans les espaces publics. En termes d'environnement, les escaliers (17%) ainsi que les surfaces glissantes non enneigées (41%) ou enneigées ou verglacées (17%) sont les principales circonstances de chutes (MSSS, 2012).

Par ailleurs, certaines recherches se donnent pour objectif de **donner la parole aux aînés** dans des perspectives herméneutiques et constructivistes (Bouisson, 2007; Charpentier et Soulières, 2007; Mallon, 2005; Marchand, Quéniart et Charpentier, 2010). En effet, bien souvent les gens parlent à la place des aînés en particulier pour les plus âgés d'entre eux (Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007), qu'il s'agisse de praticiens ou de chercheurs. Les aînés y sont considérés comme des sujets exerçant du pouvoir sur leur propre vie, « acteurs – citoyens [...] ayant un droit et un pouvoir d'agir » (Charpentier et Soulières, 2007, p. 132). Par exemple, Charpentier et Soulières (2007) s'intéressent aux aînés qui ne sont pas hébergés à domicile mais dans des résidences privées ou des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Les

auteurs rappellent les « représentations négatives largement véhiculées » sur les aînés dans ces milieux tout en s’opposant à une vision misérabiliste :

« Les personnes hébergées sont perçues comme totalement dépendantes, pour ne pas dire misérables. Sans nier les réalités et facteurs de vulnérabilité qui affectent ces individus du grand âge, on ne saurait les voir uniquement comme des victimes passives et dominées » (Charpentier et Soulières, 2007, p. 130).

Le développement des aînés acteurs s’envisage au travers de concepts proches tels qu’*empowerment*, pouvoir d’agir ou marges de pouvoir (Charpentier et Soulières, 2007; Grenier et Simard, 2011; Rochman et Tremblay, 2010). Le concept d’*empowerment* est abordé via les stratégies développées par les aînés au quotidien. Les auteurs s’approprient la dimension individuelle mais aussi collective du concept (Hur, 2006). *L’empowerment* est caractérisé comme un **processus d’autonomisation, une « mobilisation du pouvoir personnel »** qui peut aussi contribuer à un accroissement du pouvoir collectif.

« *L’empowerment* est compris comme un processus qui vise à développer ou renforcer l’autonomie des individus et des groupes exclus socialement. [...] Le concept d’*empowerment* comporte une dimension individuelle, mais aussi sociale, voire collective, et [...] il renvoie ainsi au processus de mobilisation du pouvoir personnel, interpersonnel, social et politique » (Charpentier et Soulières, 2007, p. 131-132).

Loin de prétendre à l’exhaustivité, les études évoquées dans cette section sont dans le champ du transport (Espinasse, 2012), de l’habitat collectif (Charpentier et Soulières, 2007) ou de l’environnement urbain et du vieillissement en santé (Stephens, Breheny et Mansvelt, 2014). Elles alimentent nos connaissances sur le vieillissement en apportant une plus grande finesse quant au vécu du vieillissement et aux attentes des aînés et apportent des points de vue complémentaires sur le vieillissement en valorisant les aînés comme des acteurs-citoyens. Ces recherches s’intéressent aux aînés en tant qu’individus mais aussi aux aînés comme membres de collectifs. Lorsque les auteurs s’intéressent aux aînés en termes de développement de leur « pouvoir d’agir » individuel ou de leur “*empowerment*” au niveau collectif (Charpentier et Soulières, 2007; Mallon, 2000), ils s’intéressent aussi aux **conditions du milieu** qui permettent ou entravent ce développement **en mettant l’accent sur les possibilités réelles** de réaliser différentes activités (de participation sociale, de déplacement, etc.).

Les approches biopsychosociales soulignent le caractère multi déterminé du processus de vieillissement. La diversité des vieillissements se comprend comme la résultante de relations dynamiques et complexes entre une personne et son environnement. Ces relations s’expriment

dans les trajectoires passées mais aussi dans le quotidien actuel des personnes. Cette différenciation de trajectoires mène à des inégalités dans la vieillesse et à un accroissement des diversités individuelles avec l'âge (Kalache, 2009) qui s'expriment dans des vieillesse plurielles. Certaines recherches, en donnant la parole aux aînés dans leurs dispositifs méthodologiques, alimentent notre compréhension de ce vieillissement différencié et fait surgir aux côtés des figures des aînés « dépendants » vs. « en santé » celle de l'aîné « acteur-citoyen ».

2.2.4 Des vieillesse plurielles

L'âge en tant que tel peut être un marqueur de diversité mais il n'est pas le seul : comme nous le verrons, cette diversité peut aussi s'exprimer au sein d'une même tranche d'âge et dans le vécu même de son propre vieillissement.

La diversité s'exprime **en fonction de l'âge lui-même**. Les personnes de 80 ans et plus diffèrent de celles de 65 ans et plus, par exemple concernant l'engagement bénévole, la pratique des loisirs ou l'état de santé qui se détériore (Camirand et Fournier, 2012)¹³ : si 63% des personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent à domicile se considèrent en bonne santé globale, ce chiffre passe à 56,1 % pour les 75-84 ans et 39,9% pour les 84 ans et plus, montrant donc un affaiblissement avec l'âge.

« Le taux d'incapacités modérées ou graves, qui ont davantage d'effet sur la qualité de vie des aînés, passe de 9 % chez les 55-64 ans, à 15 % chez les 65-74 ans et à 32 % chez les 75 ans et plus [...]. C'est principalement le déclin de la santé fonctionnelle qui explique le déclin avec l'âge de la santé globale des personnes âgées [...] ces données confirment l'importance de distinguer les différents groupes parmi les aînés en raison de l'évolution avec l'âge de plusieurs indicateurs de santé » (Gauthier, Jean, Langis, Nobert et Rochon, 2004, p. 290).

Ces données montrent ainsi que **si les 65 ans et plus sont généralement en bonne santé globale**, ce n'est pas le cas de tous et surtout **il convient de prendre la mesure des contrastes existant entre les plus jeunes et les plus âgés de ce groupe**. Comparativement à la population générale, c'est une population plus touchée par des problèmes « d'incapacité » tel que défini

¹³ Dans cette enquête, la santé est appréhendée au travers d'un indicateur de « santé globale » incluant la perception, par les répondants, de leur santé en général, de la santé mentale et de la santé fonctionnelle et porte sur trois groupes d'âges : 65-74 ans, 75-84 ans et 85 ans et plus. La santé fonctionnelle est définie à partir de huit attributs (encadré p 11 du document) : la vision, l'ouïe, l'élocution (capacité de parler et d'être compris), la marche (capacité à se déplacer), la dextérité (capacité de se servir de ses mains et ses doigts), l'émotion (sentiment de bonheur), la cognition (mémoire et pensée) et la douleur.

dans l'étude EPLA.¹⁴ Au vu de l'accroissement des plus de 80 ans, chez qui se manifestent des problèmes de santé plus graves, la société québécoise comptera dans l'avenir un nombre plus important de personnes dans la population souffrant de problèmes d'incapacités ayant des incidences sur leurs activités quotidiennes, dans leur logement ou à l'extérieur. Le critère d'âge chronologique tend ainsi à être remplacé dans plusieurs travaux par celui d' « **âge fonctionnel** » (Caradec, 2012) en lien avec les « **habiletés fonctionnelles** » et la santé par celle de santé fonctionnelle.

“[Functional Abilities are the] Ability to perform activities of daily living that require cognitive and physical well-being” (Hooyman et Kiyak, 2005, p. 7).

Mais la diversité **s'exprime aussi de façon interne aux tranches d'âge, qu'il s'agisse de caractéristiques individuelles ou des usages des personnes.** Si l'on considère encore la population des aînés vivant à domicile, quatre personnes sur cinq au Québec parmi les 65 ans et plus sont autonomes dans leurs activités de la vie quotidienne, c'est-à-dire qu'elles peuvent les réaliser sans aide ; cependant 21% en moyenne ont besoin d'aide pour effectuer ces activités (Camirand et Fournier, 2012). L'appartenance à un milieu social particulier fait aussi en sorte que certains aînés sont plus proches dans leurs pratiques ou leur état de santé de personnes d'autres cohortes d'âge que de personnes de leur propre cohorte (Caradec, 2012). L'expérience passée, les habitudes, le type d'objet lui-même ou l'état de santé influencent l'utilisation des objets avec lesquels interagissent les aînés (Caradec, 1999; Specht, Sperandio et De La Garza, 1999). Les modalités d'apprentissages au travail sont aussi influencées par les expériences antérieures des travailleurs plus que par leur âge en tant que tel (Gaudard et Weill-Fassina, 1999; Rogalsky et Marquié, 2004) .

La diversité s'exprime aussi individuellement dans **la façon que chacun a de percevoir et de vivre son propre vieillissement** et sa vieillesse (Charpentier, 2010; Charpentier et Soulières, 2007; Espinasse, 2012). Ce point est illustré par deux études menées dans des contextes différents (transport et environnement urbain et habitat) qui se basent sur la parole des aînés pour comprendre leur vécu. Ces deux études font apparaître des attitudes différentes face au

¹⁴ « L'incapacité est définie comme étant des limitations d'activités ou des restrictions à la participation qui découlent d'un état, d'une condition ou d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée » (EPLA). L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2006 est une enquête canadienne menée par Statistique Canada

vieillessement qui entraînent des attentes spécifiques de « supports » (pour reprendre le langage de Caradec) dans leur environnement.

Une enquête menée auprès de 118 Parisiens âgés de 65 ans et plus établit ainsi des vécus et des attentes différents d'hommes et de femmes envers le transport en commun et des espaces publics en fonction de leurs « situations de vieillissement » (Espinasse, 2012). Ce terme recouvre des agencements spécifiques de variables regroupant des caractéristiques individuelles relatives à leur âge, leur état de santé, leur situation sociale et financière, leur expérience des réseaux de transport et des modes de mobilités distincts (pour plus de détails, voir annexe 2). Cette étude y souligne par exemple **l'ambivalence vis-à-vis de la lenteur** des personnes âgées. Pour beaucoup, la **lenteur** est identifiée dans les entrevues comme une **caractéristique subie** du vieillissement. Elle vient se heurter au rythme d'une ville trépidante, aux « valeurs de la modernité » telles que « la valeur vitesse » et la « notion de flux » (p. 45). Elle place les aînés dans des situations contraignantes (marcher dans la foule, traverser une artère) compte tenu des dispositifs urbains existants. Cependant la **lenteur** est abordée aussi dans une optique positive. L'auteur reprend les propos de « Stéphane Juguet, anthropologue qui met en exergue l'émergence d'une revendication à la décélération, voire d'un droit à la lenteur et à la contemplation » (p. 45) et indique aussi que :

« L'attente générique de rythme calme et de confort sont associées à l'attente contextualisée de verdissement et de ré enchantement des itinéraires pédestres parisiens. La notion de plaisir esthétique est mainte fois reprise et peut être considérée comme une attente contextualisée, spécifiques aux Parisiens, à leurs rapports à leur ville » (Espinasse, 2012, p. 45).

De façon intéressante une autre étude, menée cette fois-ci dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et donnant elle-aussi la parole aux personnes âgées, caractérise des figures d'ainés qui ne sont pas sans rappeler celles évoquées précédemment. Le « prisonnier » fait écho à « l'immobile », le « soumis » au « résigné », le « sage » au « résistant » et « l'indépendant » à « l'expert en mobilité choisie ».

« Les analyses en profondeur des entretiens ont permis de relever quatre profils types de résidents, allant de la passivité-dépendance à l'activité-résilience : 1) le résident prisonnier qui ne fait que survivre, se sentant condamné ; 2) le résident soumis qui s'en remet à Dieu ou aux autres ; 3) le sage qui vit et vieillit avec sérénité, acceptant ses pertes ; et 4) l'indépendant qui entretient ses parcelles d'autonomie et veut préserver ses droits et libertés » (Charpentier et Soulières, 2007, p. 140).

Les variabilités dans la vieillesse sont reliées à une multitude de facteurs qui interagissent entre eux : les trajectoires passées du vieillissement mais aussi le genre des personnes (Charpentier, 2010), leur âge, leur état de santé, les habitudes de mobilité (Espinasse, 2012; Negron-Poblete, 2012; Séguin, Negron-Poblete et Apparicio, 2012; Table de concertation des aînés de l'île de Montréal, 2013a; Turcotte, 2012), les activités professionnelles ou bénévoles, les situations familiales, la relation au travail, le lieu d'habitation (Lord, 2011; Lord et Després, 2011; Negron-Poblete et Séguin, 2012), les revenus financiers, (Hooyman et Kiyak, 2005), l'appartenance ethnique (Lichtenberg, MacNeill et Mast, 2000) mais aussi les attitudes face à son propre vieillissement.

Cette diversité se traduit, face à l'environnement dans lequel vieillissent les personnes, par des attentes spécifiques qui complexifient les réponses à apporter en termes de « supports » (physiques, financiers ou relationnels par exemple).

2.3 Connaissances sur les liens entre les aînés et leur environnement physico spatial

En fonction des intérêts et des problématiques étudiées par les chercheurs, l'accent est mis dans les recherches qui s'intéressent au lien entre les aînés et leur environnement physico spatial sur l'influence de l'environnement sur les aînés ou sur l'expérience de leur environnement par les aînés.

2.3.1 Les aînés et leur expérience environnementale

Les premiers travaux ont porté principalement sur l'environnement de proximité et la construction du « chez soi ». Adoptant une perspective phénoménologique, les chercheurs ont cherché à comprendre les mécanismes qui permettent aux personnes de donner du sens et de personnaliser leur environnement en se l'appropriant, passant du concept d'espace extérieur ("*space*") à celui de place ("*place*") ou de celui de maison ("*house*") à celui de « chez soi » ("*home*") (Rubinstein, 1989) particulièrement important par exemple lors des relocalisations dans la vieillesse, qu'il s'agisse de changer de lieu d'habitation personnel ou de partir en établissement de santé tels les CHSLD et de recréer un « chez soi ». L'expérience des espaces publics est mise de l'avant quant à elle via deux figures opposées du vécu de l'environnement :

d'une part, la perception des espaces publics où l'on se sent en sécurité et bienvenu et où il est alors possible de développer un sentiment d'appartenance et d'identification ; d'autre part, celle des espaces qui semblent hostiles et suscitent la peur (Rowles et Bernard, 2013). On retrouve ici certains critères mis en l'avant dans l'étude d'Espinasse (2012) dans laquelle des Parisiens identifient le confort, le calme, la sécurité et la convivialité des lieux comme des aspects recherchés dans le cadre de leurs expériences de la ville et de leurs déplacements quotidiens.

2.3.2 Influence de l'environnement sur les aînés

Lorsque le focus est mis sur l'environnement, celui-ci est alors analysé comme une contrainte ou une ressource pour les aînés, s'appuyant notamment sur le modèle *Competence-Environmental Press* de Lawton (Petitot *et al.*, 2010). Ce modèle développé à partir des années 70 par Lawton et ses collègues (Lawton, 1982, 1985; Lawton et Nahemow, 1973) est un modèle fondateur de la gérontologie environnementale et sociale (Hooyman et Kiyak, 2005, p. 8-10) et fournit un cadre pour comprendre les adaptations des personnes âgées à leur environnement (Hooyman et Kiyak, 2005; Lichtenberg, MacNeill et Mast, 2000). Dans ce modèle, les compétences réfèrent aux capacités individuelles des personnes. Une compétence se définit comme "*The theoretical upper limit of the individual to function in areas of biological health, sensation-perception, motives, behavior and cognition*" (Lawton, 1975, p. 7). La « pression environnementale » (*environmental press*) réfère aux influences exercées par l'environnement sur les personnes et auxquelles les personnes âgées doivent s'adapter en lien avec leurs capacités. Pensée au départ pour les personnes âgées, cette théorie est utilisée pour tous les âges de la vie actuellement.

Une littérature abondante se développe ces dernières années sur l'influence de l'environnement bâti sur les aînés, leur santé et leur participation sociale (Beard et Petitot, 2010; Cachadinha, 2012; Clarke et Nieuwenhuijsen, 2009). Certains soulignent l'emphase trop importante donnée à ces influences, notamment en termes de vieillissement en santé (Iwarsson, Horstmann, Carlsson, Oswald et Wahl, 2009; Wahl, Iwarsson et Oswald, 2012). Celle-ci se ferait au détriment d'une approche intégrant réellement la congruence (le « fit ») entre la personne et son environnement ainsi que des perspectives life span dont il a été question précédemment.

Les aînés apparaissent souvent sous l'angle de leur vulnérabilité face aux pressions de l'environnement dans cette littérature. La vulnérabilité peut s'entendre comme une caractéristique qui serait « intrinsèque » à certains groupes de populations « prédisposées » à subir les effets de leur environnement, tels par exemple que des chutes ou des accidents. L'exemple ci-dessous, en provenance de la sociologie de la santé, se transpose facilement ici, étant donné la proximité contemporaine entre les thèmes « cadre bâti » et « santé » lorsqu'il est question des aînés.

« Les « vulnérables » sont souvent pré-identifiés : enfants, femmes enceintes, personnes âgées, groupes marginalisés. La vulnérabilité est appréhendée comme étant une *prédisposition* de ces individus ou groupes à être affectés par une maladie et étroitement liée à la question des inégalités sociales comme à celle de la pauvreté » (Becerra, 2015, p. 11).

Elle peut s'envisager aussi du point de vue des processus, qui ne postulent pas cette prédisposition. On parlera alors plutôt de « vulnérabilisation » des populations.

« Celles-ci ne sont pas d'emblée considérées comme vulnérables, mais plutôt comme étant sur un « itinéraire de vulnérabilité » » (Becerra, 2015, p. 11).

Des critères de design d'environnements urbains favorables aux aînés commencent à émerger dans la littérature (Cachadinha, 2012). Ils sont cependant principalement axés sur la facilitation des activités des aînés en lien avec leurs capacités fonctionnelles et peu en lien avec leurs expériences de leurs environnements (Wahl, Iwarsson et Oswald, 2012) et mettent l'accent sur la « santé fonctionnelle » comme souligné par Stephens, Breheny et Mansvelt (2014). Lorsque l'expérience de l'environnement est abordée, c'est principalement sous du « sentiment de sécurité » dans l'espace public.

Notons que plusieurs chercheurs pensent cependant, malgré ce qui a été dit ci-dessus, que cette perspective Personne-Environnement n'est toujours pas suffisamment prise en compte en gérontologie, alors qu'elle semble dominante dans les sciences du développement ou la psychologie appliquée aux adultes et enfants. Lorsqu'elle est prise en compte en gérontologie c'est plus particulièrement la composante sociale de l'environnement qui est étudiée (Wahl et Lang, 2004; Wahl, Iwarsson et Oswald, 2012) et peu la composante physique, même si elle se développe fortement ces dernières années sous l'influence de recherches qui s'intéressent au

« vieillissement en santé » à la croisée de l'urbanisme, la géographie et de préoccupations en santé publique comme mentionné auparavant.

“In some contrast, although Lawton and Nahemow (1973) conceptualized aging well as involving a Person (P)–Environment (E) interchange dynamic, the role of the immediate physical, spatial, and technical environment has largely been neglected in gerontological research (e.g., Wahl & Weisman, 2003; Wahl & Oswald, 2010). This is all the more surprising because as Lawton and Nahemow (1973) argued almost four decades ago, it is the late phase of the human life span that is particularly sensitive to the nature and character of P–E interactions” (Wahl, Iwarsson et Oswald, 2012, p. 306-307).

Les études portant sur les aînés et leur expérience de leur environnement ainsi que celles portant sur l'influence de l'environnement sur les aînés se sont développées ces dernières années. Toutefois, dans l'ensemble de la littérature sur le vieillissement l'intérêt porté à l'environnement physico-spatial des aînés reste encore à développer (Wahl, Iwarsson et Oswald, 2012). Le souhait de rapprochement de la gérontologie avec des disciplines plus ancrées dans l'environnement physique, tels le design urbain, s'explique d'autant plus facilement qu'elles ont de leur côté développé des connaissances sur la dimension physique de l'environnement dans le champ d'études Personne-Environnement.

“While basing its knowledge of people on the findings and approaches of a number of social and behavioural sciences, it differs from them by its stress on the physical environment which, by and at large these disciplines have neglected” (Rapoport, 1977, p. 1).

Par ailleurs seuls de rares chercheurs se sont appliqués à expliciter la composante relationnelle entre l'individu et son environnement en utilisant des concepts comme celui d'activité issu de l'ergothérapie (Iwarsson, Stahl et Lofqvist, 2013).

2.4 Vieillissement et projets d'aménagement

Dans cette section la prise en compte du vieillissement dans les projets d'aménagement sera abordée sous trois angles : les représentations du vieillissement qui orientent et sont véhiculées par les projets, les connaissances sur les projets d'aménagements façonnant les environnements urbains pour répondre aux enjeux posés par le vieillissement de la population et enfin les connaissances sur les pratiques de conception lors de ces projets.

2.4.1 Représentations du vieillissement et projets d'aménagements

Les connaissances développées sur les praticiens dans plusieurs disciplines (Argyris, Putnam et McLain Smith, 1985; Daniellou, 1999, 2006a; Darses et Wolff, 2006; Schön, 1994; St Arnaud, 1997; Vidal-Gomel et Rogalski, 2007) montrent comment les représentations et les valeurs des professionnels guident l'action mais sont aussi construites par elle. La façon de concevoir les projets et leurs destinataires, et sous-jacent, la vision de l'humain portée par les concepteurs, conditionnent le mode d'intervention dans le projet (Ledoux, 2000). Dans leur revue de littérature portant sur les « figures de la vieillesse attachées à l'univers de "l'habiter" », Clément, Rolland et Thoen-Fabre (2007) constatent ainsi que « différents textes signalent que les personnes âgées sont négligées en tant qu'usagers ou citoyens à part entière » dans les interventions des professionnels.

“The so-called ‘paradox of neighbourhood participation’ (Buffel et al., 2012) applies especially well to older people, i.e. they tend to spend a lot of time in their neighbourhood (being part of the city), but are often among the last to be engaged when it comes to decision-making processes within their neighbourhood (taking part in the city)” (Buffel *et al.*, 2012, p. 607).

Ces représentations ne font pas toutefois qu'orienter l'action mais elles sont aussi véhiculées et créées par les projets et les pratiques des professionnels (Mallon, Hummel et Caradec, 2014).

« Les vieilles ne sont pas construites seulement par les politiques sociales : il apparaît tout aussi important d'analyser la manière dont des professionnels, spécialistes ou non des personnes âgées ou du vieillissement, contribuent à construire des vieilles socialement différenciées » (Mallon, Hummel et Caradec, 2014, p. 389).

Que faut-il entendre par représentations ? Dans une optique cognitive, l'intérêt se porte sur la façon dont les professionnels interprètent mentalement une situation et mobilisent cette interprétation dans leur travail, influençant le choix des solutions finales retenues dans des situations de design (Darses et Wolff, 2006).

“Consider mental representations as knowledge tools which enable people to act and solve in a situated context” (Darses et Wolff, 2006, p. 759).

Daniellou (1999) en explorant différentes perspectives cognitives identifie que les représentations comportent des « modes d'exploration spontanés » (p. 44-45) qui sont des enchaînements d'interactions entre le contexte et la structure d'interprétation propre à l'individu et que ces modes d'exploration s'inscrivent dans des « faisceaux personnalisés d'objectifs » (p.

50). Il propose la définition suivante de « représentation » qui permet de replacer les représentations des professionnels dans un contexte social et personnel¹⁵ :

« Enchaînement d'interactions entre le contexte et une structure d'orientation, marquée aussi par l'histoire de l'individu et les représentations sociales (habitus) » (Daniellou, 1999, p. 60).

Cette définition est proche d'autres concepts qui renvoient à la même idée, comme les "*governing variables*" d'Argyris et Schon ou les conceptions en science de l'éducation qui se « construisent par l'interaction entre nous et le monde qui nous entoure » (Clément, 2010, p. 55) et dont le didacticien reconnaît le caractère « situé » en fonction des situations dans lesquelles elles se déploient (le contexte évoqué par Daniellou). Les conceptions peuvent s'analyser comme des interactions entre connaissances scientifiques, valeurs et pratiques sociales (Clément, 2010, p. 64). Les pratiques sociales incluent les pratiques professionnelles alors que les valeurs se réfèrent à « ce qui fonde le jugement » donc ce qui peut être retrouvé à la base des opinions, des croyances, des idéologies, des positions philosophiques ou politiques » (Clément, 2010, p. 64).

Il existe différentes façons d'approcher ces représentations dans des projets, notamment par des recueils de verbalisations entre concepteurs ou parties prenantes au cours de rencontres de travail (Darses et Wolff, 2006) ou par l'analyse des objets intermédiaires (tels que plans, maquettes...) (Linovski et Loukaitou-Sideris, 2012; Southworth, 1989) qui circulent lors des projets.

"Plans are key documents which record the values, intentions, and methods for managing an environment" (Southworth, 1989, p. 362).

Les représentations peuvent aussi s'étudier **au travers des dispositifs technologiques, des objets ou des lieux** qui « cristallisent » alors les représentations de leurs concepteurs (Béguin, 2007; Caradec, 2012). Les « modèles » ou figures d'utilisateurs véhiculés, s'ils sont réducteurs, peuvent alors être à l'origine de difficultés pour les futurs usagers.

¹⁵ Les représentations dont il est question ici sont des représentations au niveau des individus. Clément explicite le passage des conceptions aux représentations sociales comme le passage d'un niveau individuel au niveau collectif. Les conceptions collectives- ou représentations sociales- se construisent à partir de mises en évidence de cohérences entre des conceptions individuelles identifiées chez plusieurs personnes (Clément, 2010, p. 58). Le passage des représentations individuelles aux représentations sociales se fait lorsqu'un ensemble de conceptions est « partagé par un groupe social » et le caractérise, et identifié chez un nombre suffisant de personnes. C'est pourquoi l'on peut dire que les représentations des professionnels alimentent les représentations sociales.

« [...] tout dispositif technique, tout artefact, « cristallise » une connaissance, une représentation, et au sens le plus large un modèle de l'utilisateur et de son activité. Or une fois cristallisés dans l'artefact [...] ces modèles peuvent être sources de difficultés pour les personnes (voire d'exclusion) s'ils sont faux ou insuffisants. Prévoir des escaliers pour accéder aux locaux repose sur la représentation de sujets valides, qui une fois cristallisée dans l'artefact s'impose à tous. Au risque d'exclure des personnes en fauteuil roulant : ces derniers ne pourront pas accéder à l'étage » (Béguin, 2007, p. 108).

L'explicitation des représentations des concepteurs ou celle des représentations véhiculées par les objets qu'ils créent semble être ainsi les deux côtés d'une même médaille :

« [...] Il est important de porter l'attention sur la manière dont sont définies les « personnes âgées » dans ces processus qui conduisent à des innovations technologiques. Soit ce travail de définition est explicité et assuré au sein d'un projet sociopolitique qui désigne la place qu'il est proposé à ces personnes d'occuper dans nos sociétés, et à ce moment-là les décisions techniques sont subordonnées à ce projet, soit cette définition n'est pas assurée ou explicitée et c'est alors l'objet technique lui-même qui la véhicule » (Clément, Dubreuil et Milanovic, 1999, p. 141).

Une façon d'approcher la manière dont le vieillissement est pris en compte dans les projets d'aménagements est donc de s'intéresser aux figures « d'usagers aînés » construites et mobilisées dans le cadre des projets. Il s'agit alors de « suivre, tout au long de la conception, l'utilisateur tel qu'il est représenté, inscrit, traduit dans les choix qui sont effectués (techniques ou autres) » (Akrich, 1990, p. 2). Les utilisateurs d'un dispositif ou les usagers d'un service se trouvent en effet « configurés » par les concepteurs qui objectivent ainsi leurs représentations (Caradec, 2012, p. 35), les usages de certains objets (Clément, Dubreuil et Milanovic, 1999), lieux ou dispositifs assignant des identités d'âge à leurs usagers (Caradec, 2012, p. 113).

Or, Caradec (2012) souligne que ces connaissances, relatives aux représentations du vieillissement portées par les professionnels, sont rares. Ce manque de connaissances n'est pas propre aux professionnels en lien avec l'aménagement.

« La construction de la vieillesse par les personnes travaillant auprès de publics âgés n'est que rarement abordée pour elle-même. Les travaux sur les professionnels au contact des personnes âgées [...] insistent moins sur la manière dont ces derniers produisent ou construisent des vieillesse différenciées que sur la manière dont ils composent avec une vieillesse conçue essentiellement sur un mode déficitaire » (Mallon, Hummel et Caradec, 2014, p. 389).

Dans la littérature consultée dans le cadre de la thèse, le tableau de l'annexe 3 récapitule les études qui abordent les représentations des personnes âgées véhiculées par des professionnels, dans le domaine de l'habitat au sens large (environnement urbain, domicile, résidences et transport). Les études répertoriées, peu nombreuses comme le souligne Mallon, Hummel et Caradec (2014), étudiaient les représentations :

- Sous l'angle des discours véhiculés par les professionnels, éventuellement dans le cadre de leurs interactions avec les usagers en tant que bénéficiaires d'un service (Lagacé, Medouar, Looock et Davignon, 2011) ou en réponse à des questionnaires portant sur leurs croyances ou attitudes face aux personnes âgées (Coudsi et Dreyer, 2008)
- Sous l'angle des effets possiblement néfastes des représentations sociales négatives des lieux de vie des aînés (ici les CHSLD) sur les attitudes et représentations des soignants (Bickerstaff, 2003) ou dans une approche normative visant à expliciter la nécessaire sensibilisation des concepteurs afin de nuancer leurs représentations des personnes âgées (Dreyer, 2008)
- Sous l'angle des figures d'usagers aînés configurés par les dispositifs créés par les professionnels (Chevrier, 1999; Clément, 2006; Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007; Villard et Cerda, 2012).

Au niveau du transport collectif et de l'environnement urbain, les personnes âgées sont souvent appréhendées sous le mode de la déficience par les politiques publiques ou les concepteurs. La personne âgée est qualifiée à partir de ses « insuffisances et ses faiblesses » (Chevrier, 1999) et considérée comme une « sous-partie » homogène des personnes en situation de handicap.

- La figure de l'utilisateur aîné est associée le plus souvent à celle des Personnes à Mobilité Réduite (PRM) (Chevrier, 1999; Clément, 2006; Clément, Rolland et Boer-Favre, 2007; Villard et Cerda, 2012) risquant possiblement de gêner le flux des voyageurs et pour lesquelles on déploie des mesures d'accessibilité universelle (Villard et Cerda, 2012).
- Elle apparaît parfois comme une PAR (personne à autonomie réduite) ayant des difficultés à interpréter les informations de son environnement ou comme une personne fragile, possiblement victime d'incivilités et pour laquelle il faut alors mettre en place des mesures de sécurité (Chevrier, 1999).

Dans le secteur de l'habitat, la figure du citoyen apparaît, alors qu'elle était absente dans le transport, mais il s'agit encore, selon les auteurs, d'une perspective minoritaire (Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007).

On retrouve ici dans les représentations véhiculées par les professionnels la dichotomie évoquée précédemment au niveau des représentations sociales (Aquino, 2007; Caradec, 2012). D'un côté des représentations des aînés liées à la dépendance, le handicap, l'autonomie réduite et de l'autre

des représentations des « séniors » plus actifs, plus jeunes que les précédents et dont les besoins, notamment en termes de conception des lieux de vie, se distingueraient de ceux de leurs prédécesseurs.

2.4.2 Processus et contexte de projet

Nous avons vu jusqu'à présent que les connaissances se développent à la fois sur les multiples réalités du vieillissement et de la vieillesse et sur les conditions (au niveau de l'individu et de son environnement, passé et actuel) qui influencent ce vieillissement. Ceci se traduit par une meilleure connaissance des types d'environnements favorables au vieillissement, qu'ils soient sociaux ou physiques, extérieurs ou à domicile par exemple.

Deux questions émergent cependant. Premièrement, comment ces connaissances sont-elles appropriées et utilisées par les professionnels, qu'il s'agisse de professionnels du design (architectes, designers d'intérieur, urbanistes, etc.), des professionnels amenés à intervenir auprès des aînés (ergothérapeutes, etc.) ou à représenter leurs droits en situation de projet d'aménagement ? Deuxièmement, les recherches ont-elles produit des connaissances à partir de projets dans lesquels la prise en compte du vieillissement était un objectif explicité ? En effet, les projets d'aménagements mobilisent de nombreuses parties prenantes (Torres, 2016) et la prise en compte du vieillissement dans ces projets suscite des questionnements chez certains chercheurs à propos de l'interdisciplinarité pratique, des collaborations professionnelles et intersectorielles et des conditions de ces collaborations (Clark et Glicksman, 2012; Coudsi et Dreyer, 2008; Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme, 2007; Fletcher *et al.*, 2015; Fondation de France, 2004; Lid, 2014) nécessaires au développement de ces projets.

Il existe en fait à l'heure actuelle peu de recherches menées à partir de ces deux questionnements. Cependant, celles que nous évoquons par la suite montrent que les réponses sont à chercher tant du point de vue de la technique que des processus sociaux à l'œuvre dans les projets et des contextes dans lesquels ils se déroulent. Les principales connaissances développées sont en lien avec le design universel pour lesquels les personnes âgées sont une partie de la population à considérer dans les projets et les projets menant à des "*elder-friendly environments*" centrés spécifiquement sur les aînés.

Le concept de design universel, dénommé accessibilité universelle au Québec, reste ambigu, comme le montrent Rocque, Langevin, Chalghoumi, et Ghorayeb (2011) qui ont recensé pas moins de 32 définitions différentes lors d'une revue de littérature. Selon ces auteurs,

« On observe une grande confusion quant à la signification de ce concept dont la définition change d'un auteur à l'autre et dont aucune ne couvre toutes les dimensions identifiées par l'ensemble des textes » (Rocque, Langevin, Chalghoumi, et Ghorayeb, 2011, p. 7).

La définition pilote de l'accessibilité universelle que se sont donnés plusieurs acteurs de la société civile, de la municipalité ainsi que des chercheurs réunis au sein du comité montréalais d'étude sur l'accessibilité universelle¹⁶ est la suivante :

« L'accessibilité universelle est le caractère d'un produit, procédé, service, information ou environnement qui, dans un but d'équité et dans une approche inclusive, permet à toute personne de réaliser des activités de façon autonome et d'obtenir des résultats équivalents » (Rocque, Langevin, Chalghoumi et Ghorayeb, 2011, p. 12).

Les recherches sont encore rares à l'heure actuelle sur la dimension procédurale de l'accessibilité universelle.

“To date, UD [Universal Design] research initiatives have focused overwhelmingly on built outcomes of design rather than the processes that lead to such” (Jones, 2014, p. 1372).

Les écrits sur l'accessibilité universelle montrent que son influence grandit mais qu'elle est encore faible dans la société et dans plusieurs professions (Fletcher *et al.*, 2015) et ce, en lien avec plusieurs facteurs. Au niveau technique par exemple, les professionnels du design manquent encore d'outils et de normes anthropométriques sur lesquels s'appuyer pour adapter les environnements et objets à créer aux utilisateurs âgés (Canadian Institutes of Health Research-Institute of Ageing, 2010) :

“[Consider] the challenges for researchers when developing tools to support and encourage designers to design inclusively, not just for older people. Design practitioners need more support because information to assist inclusive design is patchy. Tools for handling data are not user-friendly. For example, helping the designer to develop an empathy for ‘the individual as user’ and thus being prepared to handle the resulting variability does not come easily, especially when there are time and budget constraints. Data on the capabilities of older people are often out of date, not appropriate to specific design tasks, limited in scope and accuracy, the latter because of small sample sizes. There are difficulties when handling data from the extremes of the population, and whilst data on physical capabilities may be available, there is little which takes account of the impact of, say, cognitive impairment” (Canadian Institutes of Health Research-Institute of Ageing, 2010, p.19).

¹⁶ Ce comité informel comprend des chercheurs du Groupe DÉFI Accessibilité, des regroupements d'organismes communautaires et un représentant de la direction de la diversité sociale de la Ville de Montréal.

Au niveau social, les auteurs notent l'influence de six facteurs principaux (Fletcher *et al.*, 2015; Jones, 2014; Lid, 2014) : 1) le contexte national, 2) la structuration des formations initiales et les apports en formation continue, 3) les pratiques ancrées et la difficulté à ouvrir le processus de participation aux usagers, 4) la difficulté de bâtir des collaborations interprofessionnelles et des référentiels communs sur les principaux concepts utilisés (comme celui d'accessibilité), 5) les intérêts divergents portés par différentes parties prenantes dans le processus en fonction des groupes de population avec déficiences représentés et 6) les budgets et le temps à disposition pour intégrer la variabilité des utilisateurs (pas seulement des aînés) au cœur des projets.

Selon Fletcher *et al.* (2015), seule la collaboration interprofessionnelle et la participation des utilisateurs visés par le processus (ou leurs représentants) permettra d'accentuer ce développement. Il s'agit toutefois ici d'une recommandation et non d'une étude sur les difficultés de cette collaboration.

“Implementing UD in various arenas must integrate professional knowledge from rehabilitation and spatial planning together with situated knowledge from disability advocates” (Lid, 2014, p. 1348).

Dans bien des cas en aménagement, l'accessibilité universelle reste un terme « ombrelle » désignant une finalité en ce qui concerne le design ainsi qu'un ensemble de ressources techniques, plutôt qu'une approche qui s'appuierait notamment sur la participation des usagers (Jones, 2014).

Relativement aux recherches menées sur les “*elder friendly environments*” il existe une abondante littérature portant sur des descriptions empiriques d'études de cas (Ball et Lawler, 2014; Fitzgerald et Caro, 2014) de projets de recherche-action ou de description normative des méthodes d'implantation des projets (Chapon, 2009) qui servent de plaidoyer pour accélérer les changements et suivre les projets pilotes menés. Les évaluations des projets sont encore rares (Beard et Montawi, 2015; Broome, Worrall, McKenna et Boldy, 2010) et portaient jusqu'à récemment sur les résultats des projets principalement (Broome, Worrall, Fleming et Boldy, 2013; Fitzgerald et Caro, 2014).

Très récemment des recherches émergent qui ne portent pas seulement sur un « idéal » de ville amie des aînés ou d'environnements amis des aînés mais aussi sur leurs développements et modalités d'implantations (Moulaert et Garon, 2016). Ces recherches montrent que l'implantation de ces projets est sensible aux contextes locaux et nationaux, aux modes de gouvernance, aux politiques publiques en place (Buffel *et al.*, 2014). Les modes de pensée et les structurations organisationnelles en silos sont des défis à relever, étant donné qu'il s'agit de développer des collaborations interprofessionnelles et intersectorielles pour mener à bien ces projets (Lawler, 2009). Par ailleurs, la participation des aînés eux-mêmes dans les processus de prise de décision est un enjeu porté par ces démarches. Des difficultés de participation à des activités structurées sont rapportées dans différentes études, et ce depuis plusieurs années (Bernard Brunhes Consultant, 1997; Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007) et les contextes facilitant la participation commencent à être documentés (Delisle, 2009; Raymond, Gagné, Sévigny et Tourigny 2008).

Dans cette section, les représentations du vieillissement par les professionnels dans les projets d'aménagements ont été étudiées, ainsi que les processus et contextes dans lesquels se déploient de tels projets. Cette exploration a montré que ce champ de connaissances restait encore largement à explorer.

Les enseignements évoqués ne permettent pas de se pencher sur les délibérations menées entre professionnels dans des projets qui touchent à l'aménagement de l'environnement (qu'il s'agisse de conception ou d'adaptation) ou de connaître les compromis élaborés en fonction des différentes logiques des parties prenantes quant à la prise en compte du vieillissement dans les projets.

Il serait donc intéressant d'en apprendre plus à ce sujet en ce qui concerne la prise en compte des aînés par les professionnels dans les projets d'aménagements urbains.

Conclusion

La revue des connaissances s'est penchée sur plusieurs perspectives de compréhension du vieillissement, tant du point de vue individuel que collectif. Le vieillissement individuel, dans les recherches contemporaines qui adoptent un point de vue biopsychosocial, s'appréhende dans les relations passées, existantes et à venir que tissent les personnes avec leur environnement, qu'il soit social ou physico spatial. Vieillesse et vieillissement se conjuguent au pluriel, qu'il s'agisse de la diversité que ces termes recouvrent ou que du point de vue des disciplines qui s'y intéressent.

Une tension se dessine entre la considération de l'hétérogénéité et de la diversité des vieillissements et les spécificités caractéristiques de ce groupe d'âge, comme souligné par Caradec (2012). Au final, si la diversité interne est si grande, y a-t-il un sens à s'intéresser au groupe des personnes âgées ?

[Du point de vue de la sociologie] « différents travaux [...] permettent de s'interroger sur la consistance sociale de ce groupe d'âge : constitue-t-il un ensemble aux spécificités marquées ? Rassemble-t-il des individus dont les manières de vivre et de penser se ressemblent ? [...] Envisagée du point de vue des modes de vie, la catégorie des « personnes âgées » apparaît assez peu consistante. Elle présente bien une certaine spécificité mais elle tend à s'atténuer. Par ailleurs sa grande hétérogénéité apparaît dans les résultats des enquêtes quantitatives et surtout à travers les typologies. Cette diversité est si évidente que nombre de recherches ne portent que sur l'une de ses composantes. En fait, ce qui rapproche les personnes âgées, est avant tout leur position commune dans le parcours des âges [...]. C'est pourquoi, en dépit de son peu de consistance, ce groupe d'âge, en vient, parfois, à se mobiliser » (Caradec, 2012, p. 44 et 86).

L'utilisation des critères d'incapacités fonctionnelles dans certaines politiques publiques (en France par exemple) plutôt que d'âge chronologique tend ainsi à délégitimer la prise en compte de ce groupe en tant que tel (Caradec, 2014). Cependant cette diversité ne doit pas justifier l'abandon des préoccupations envers les personnes âgées. Certaines situations d'exclusions sociales s'accroissent en vieillissant et les stéréotypes envers la vieillesse restent vifs (Billette, Charpentier et Lavoie, 2010). Il existe des manques ou des inadaptations des services offerts aux aînés (Rochman et Tremblay, 2010). On pourrait même dire au contraire qu'elle renforce la nécessité de créer une véritable « société de tous les âges », qui soit attentive aux diversités des personnes, de leurs parcours, de leurs situations de vie (Grenier et Ferrer, 2010).

Cela pose aussi la question de la considération de l'âge dans les critères de design : si les besoins des aînés sont si différents entre eux, sur quelles caractéristiques doit-on s'appuyer pour

développer des projets qui adoptent un « réflexe aîné » (Garon, 2014, p. 8) ? De quelles personnes âgées (de quels « aînés » pour reprendre le terme utilisé au Québec) parle-t-on et à qui destine-t-on les environnements à concevoir ?

Au travers de la question des représentations sociales du vieillissement, deux perspectives principales ont été évoquées. Une première perspective qui associe vieillissement, déclin, dépendance et vulnérabilité et une seconde qui se développe autour de l'image d'un aîné actif, qui se doit de « vieillir en santé ». Dans ces deux cas, la conception de la santé semble être une conception plutôt « fonctionnelle », en lien avec les capacités fonctionnelles des personnes âgées et les interventions visant à développer des environnements favorables aux aînés semblent s'articuler autour de cette approche, plus particulièrement lorsqu'il est question de mobilité et d'environnement urbain. Des perspectives de recherche qui donnent la parole aux aînés montrent toutefois que ces derniers peuvent avoir des points de vue différents, ou en tous les cas, plus nuancés, sur leur santé ou leurs attentes vis-à-vis de leur environnement. Ainsi, la capacité d'éprouver du plaisir est associée à la santé, alors qu'un environnement « ré-enchanté » est associé à la possibilité de vivre la ville à son propre rythme, sans que la lenteur soit perçue comme une contrainte aux déplacements.

En sus de ces figures d'aînés en déclin\ en santé, deux autres figures d'aînés émergent de la littérature consultée : les figures de l'aîné passif\l'aîné acteur-citoyen. Alors que l'aîné acteur-citoyen est envisagé au travers de son rôle actif dans la conception de son environnement et dans son appropriation au quotidien, l'aîné passif est celui à qui on destine un équipement ou un environnement, mais sans réellement chercher à connaître ses attentes et sans le consulter dans sa conception.

Par ailleurs, les représentations véhiculées dans le cadre de projets par les professionnels ou les environnements ou dispositifs qu'ils créent sont rarement explicitées et peu connues. Or les objets ou les environnements créés pour les aînés ou dans une optique de design universel ne sont pas « neutres » ; *a contrario*, ils véhiculent des représentations des aînés (Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007), tout comme les professionnels eux-mêmes (Coudsi et Dreyer, 2008; Lagacé, Medouar, Loock et Davignon, 2011; Mallon, Hummel et Caradec, 2014).

Ainsi dans le transport, comme déjà évoqué (Chevrier, 1999; Clément, 2006; Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007; Villard et Cerda, 2012) l'image des aînés semble tronquée, évoluant essentiellement autour de la figure de la personne à mobilité réduite. Soulignons aussi que la plupart des études recensées pour ce chapitre se concentraient autour des rapports individuels entre une personne et son environnement. N'y a-t-il pas ici un risque d'appauvrissement des critères de design des environnements destinés à répondre aux attentes des aînés si ces rapports sont toujours envisagés d'un point de vue individuel et jamais d'un point de vue collectif ?

« Lorsqu'il s'agit de penser l'innovation, pour des services ou des structures d'accueil, le portrait de « l'isolé dépendant » constitue une sorte d'écran qui empêche de s'interroger véritablement sur les usages » (Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007, p. 159).

Enfin, les contextes d'implantation des démarches mises en œuvre pour favoriser le développement d'environnements « favorables aux aînés » commencent à peine à être documenté, tout en restant à un niveau macroscopique ne permettant pas réellement d'appréhender les processus à l'œuvre durant l'implantation, les délibérations entre professionnels et les représentations véhiculées dans les projets.

Ainsi, ces différents points montrent que les connaissances à la jonction entre les pratiques des professionnels, les projets, le vieillissement et la participation des aînés restent encore largement à explorer et à construire. Plusieurs questionnements émergent lorsqu'il est question de la prise en compte des aînés et du vieillissement dans les projets d'aménagements.

Comment s'opérationnalise l'impératif de l'intégration d'un « réflexe aîné » dans des projets visant la transformation des espaces urbains pour mieux répondre aux besoins des aînés ? Quelles sont les conditions favorables au développement de ces projets ?

Considérant les multiples perspectives autour de l'âge et du vieillissement, quelles sont celles qui sont intégrées dans les projets d'aménagement urbain ? Quels sont les aspects du vieillissement qui orientent les concepteurs et, plus largement, les parties prenantes et qui sont véhiculées par ces dernières, dans les projets d'aménagement, tant du point de vue substantif (quels environnements vont être créés) que procédural (comment sont-ils être créés) ? Autour de quelles représentations des aînés, de leur environnement et des liens entre les deux ?

DEUXIÈME PARTIE : CADRE CONCEPTUEL, QUESTIONS DE RECHERCHE¹⁷ ET OPERATIONNALISATION DE LA RECHERCHE

¹⁷ Les questions de recherche sont intégrées dans les chapitres dédiés au cadre conceptuel (chapitre 3) et au modèle d'analyse (chapitre 4).

3 Un cadre conceptuel inscrit dans l'interdisciplinarité

La conclusion précédente a mis en exergue l'intérêt de creuser la conjonction entre le vieillissement et les projets d'aménagement, qu'il s'agisse de la prise en compte des particularités éventuelles des aînés dans ces projets ou de leur participation au processus de projet, dans un contexte de vieillissement de la population au Québec comme ailleurs dans le monde.

Le vieillissement est abordé par de nombreuses disciplines, qu'il soit au cœur de leur projet comme pour la gérontologie ou qu'il soit articulé avec leur objet de recherche principal, comme pour l'ergonomie ou le design urbain. Les approches biopsychosociales du vieillissement individuel se construisent au carrefour de plusieurs disciplines dans une perspective de recherche s'intéressant aux personnes, à leurs environnements et aux relations entre les deux. La raison du recours à l'interdisciplinarité dans ces approches tient en premier lieu « aux nécessités imposées par l'objet » (Vinck, 2003, p. 59).

De même, l'étude du milieu urbain et plus particulièrement des projets d'aménagement, mobilise aussi de nombreuses disciplines telles que le design urbain, la sociologie urbaine, la géographie ou encore l'anthropologie.

« Certains objets sont, par nature, interdisciplinaires. L'étude du travail humain, de la ville, des mutations industrielles, etc. exige ainsi typiquement le concours de plusieurs disciplines » (Vinck, 2003, p. 59).

Les préoccupations portées par cette thèse se trouvent ainsi à la conjonction de deux objets appelant, pour chacun d'eux (les projets d'aménagement et le vieillissement), des démarches interdisciplinaires. Cette conjonction est interrogée à partir de l'ergonomie de l'activité, qui est ma discipline de rattachement et du design urbain, dans une perspective interdisciplinaire.

L'objectif de ce chapitre est de proposer une question de recherche provisoire en lien avec la problématique de la conjonction du vieillissement et des projets d'aménagement, ainsi que d'explicitier le regard particulier développé dans la thèse pour y répondre. Le chapitre suivant posera le modèle d'analyse utilisé pour opérationnaliser ce regard.

Après avoir posé la question de recherche et les sous-questions associées dans la première section, la seconde distingue interdisciplinarité, multi et transdisciplinarité et positionne ma recherche dans une approche constructiviste. Elle conclut sur une interrogation quant au potentiel de rencontre entre l'ergonomie et le design urbain.

Les trois sections suivantes explorent des réponses à cette interrogation au travers de l'évolution et des projets des deux disciplines (section 3.3), de leur traitement des personnes, envisagées comme des « usagers » de leur environnement, dans leurs démarches (section 3.4), et de ce que font ces usagers (leurs « activités ») dans ces environnements (section 3.5).

La sixième section synthétise les similitudes et les possibilités de dialogue entre les deux disciplines et revient sur les impensés de chacune qui surgissent lors de leur comparaison. Je conclue sur l'intérêt que recèle le regard proposé pour aborder la conjonction du vieillissement et des projets d'aménagements.

3.1 Question de recherche provisoire

La question de recherche provisoire est la suivante : dans un contexte de vieillissement de la population québécoise, comment les usagers âgés et leurs usages sont-ils pris en compte dans des projets d'aménagement urbain ?

Les sous-questions de recherche associées à cette question sont les suivantes :

- Quelles figures d'ânés orientent les concepteurs et plus largement les parties prenantes ou sont véhiculées par ces dernières dans les projets d'aménagement, tant du point de vue substantif (quels environnements vont être créés) que procédural (comment sont-ils créés) ?
- Quelles caractéristiques, au niveau des environnements urbains conçus par le projet, sont associées à ces figures d'ânés ?
- Quel est (si tant est que la participation existe) le niveau de participation des ânés dans ces projets ?
- Quelles sont les conditions favorables ou celles qui présentent des défis pour le développement de projets intégrant un « réflexe âgé » ?

3.2 Pertinence et pratique de l'interdisciplinarité

3.2.1 Définition du terme interdisciplinarité

Les termes trans, inter et multidisciplinarité sont parfois employés comme synonymes de différentes approches (Casilli, 2011; Hammel, 1995). La *multidisciplinarité* telle que définie par Bibeau (2010) et Casilli (2011) est une juxtaposition de disciplines réunies à l'occasion d'un travail scientifique, sans création d'un langage partagé, de « vraies relations » ou de « coopération systématique » (Bibeau, 2010, p. 12). *L'interdisciplinarité* propose un partage autour d'un projet commun et la recherche de « points de contacts » (Casilli, 2011) tout en supposant, selon Bibeau (2010), une « hégémonie » (p. 12) de l'une des disciplines sur les autres dans la démarche. Quant à la *transdisciplinarité* elle aurait un objectif plus fort de création de paradigme, englobant des savoirs scientifiques ensemble et aboutissant à la création d'un champ distinct (Bibeau, 2010; Casilli, 2011).

« La transdisciplinarité se propose de dépasser les barrières des disciplines grâce à une théorie/méthode/paradigme, [...] avant tout elle se fixe comme but de permettre une intégration voire une sublimation de toutes les disciplines dans un savoir unique et reconfiguré ». (Casilli, 2011, p. 68).

Cette thèse se place dans une perspective d'analyse et un « état d'esprit » (Pacaud, 1970) interdisciplinaires où la recherche de « points de contacts » (Casilli, 2011) se fait à l'usage d'une meilleure compréhension de la question étudiée. Sans toutefois parler « d'hégémonie » de ma discipline de rattachement initiale (l'ergonomie de l'activité) comme le propose Bibeau (2010, p. 12) dans cette démarche interdisciplinaire, il est toutefois certain que l'exploration de ponts vers le design urbain s'est faite à partir de celle-ci et qu'elle reste prépondérante dans ma démarche.

3.2.2 L'interdisciplinarité, un état d'esprit

Lenoir (1995) identifie l'émergence de préoccupations relatives à l'interdisciplinarité après la seconde guerre mondiale, à un moment de « diversification vertigineuse » (p. 21) des savoirs scientifiques qui se distancient du paradigme positiviste jusqu'alors dominant. Il identifie trois axes ayant mené au questionnement interdisciplinaire : un souci de délimiter les disciplines entre elles et de les organiser à partir de l'exploration de leurs frontières ; les demandes sociopolitiques autour de sujets émergents qui demandent un traitement interdisciplinaire

(rejoignant en cela les propos de Vinck soulignés en début de chapitre et de Hammel (1995) et enfin les nécessités « techniques » liés aux « besoins industriels » qui appellent des réponses en provenance de plusieurs disciplines, comme cela est le cas pour l'ergonomie de l'activité.

Les deux premiers axes relèvent d'une « interdisciplinarité académique » (p. 247) dans laquelle il s'agit essentiellement « d'explorer les frontières des disciplines et les zones intermédiaires des disciplines » (Berger, 1972, p. 50, cité par Lenoir, p. 247). Le troisième axe relève d'une « interdisciplinarité instrumentale » (p. 247) qui « procède de la volonté d'une nouvelle adéquation des activités universitaires aux besoins socioprofessionnels ou économiques d'un pays donné » (Berger, 1972, p. 50, cité par Lenoir, p. 247). L'interdisciplinarité académique suppose-t-elle pour un chercheur de maîtriser non pas une mais plusieurs disciplines ou d'abandonner toute discipline ? Au contraire nous dit Lemay (2011), l'interdisciplinarité se nourrit de la disciplinarité.

« L'interdisciplinarité n'est donc pas un composite statique où s'aggloméreraient, pêle-mêle, des bouts de savoir d'origines indistincte. [...] Elle est mouvement de va et vient entre deux disciplines scientifiques aux frontières bien définies et aux us méthodologiques clairement distincts ». (Lemay, 2011, p. 29).

Mais telle que comprise et pratiquée dans cette thèse, l'interdisciplinarité est aussi une façon décloisonnée de penser le monde, avant tout pour certains un « état d'esprit ».

« L'interdisciplinarité n'est pas l'association des techniques. Elle n'est pas, non plus, un dialogue entre les spécialistes ! L'interdisciplinarité est un mode particulier de penser. Personne ne doute aujourd'hui que le progrès scientifique s'accomplit aux charnières. Mais il ne s'agit pas seulement de rendre les charnières amovibles en dialoguant entre les spécialistes ! Ce dialogue est indispensable, il n'est pas suffisant ! Il nous faut, à chacun, « décloisonner » dans notre propre esprit, dans notre propre mode de penser » (Pacaud, 1970, p. 147).

Si l'appel à l'interdisciplinarité croissant fait peser un impératif normatif sur de nombreux praticiens et chercheurs (Couturier et Chouinard, 2003; Hamel, 1995, 2012), comment concrètement travailler dans cet état d'esprit ? Comment, aussi, promouvoir l'interdisciplinarité comme une « identité savante complémentaire et critique », cherchant à construire un « projet diagonal » en réponse aux « crises multiples du contexte contemporain » (Lemay, 2011) ?

Daniellou (2006b), Stengers (1999) et Vinck (2003) posent l'importance d'explicitier les critères épistémologiques de chaque discipline à l'œuvre et de décloisonner les institutions. La pratique de l'interdisciplinarité pose des questions épistémologiques, opératoires (Wisner, 1996) et institutionnelles (Casilli, 2011; Enriquez 2001; Wisner, 1996) puisque chaque discipline a ses

propres critères de validité, son propre langage, ses enjeux d'institutionnalisation et de territoires d'influence. Pour reprendre Daniellou (2006b), une partie de la réponse apportée au franchissement de ces obstacles concerne le « projet commun » poursuivi dans l'interdisciplinarité :

« Pour traiter des questions vives soulevées par la société [...] on ne peut faire l'économie d'une confrontation « hétérogène » entre disciplines visant le contrôle des facteurs et disciplines visant l'affrontement à la complexité dans l'action. Cette confrontation n'a aucune chance d'aboutir si les chercheurs concernés considèrent les règles propres de leurs disciplines comme s'imposant aux autres. Elle peut au contraire être féconde dès lors que le « projet commun » [...] constitue un mobile plus fort que les barrières disciplinaires [...] » (Daniellou, 2006b, p. 35).

Cependant cette explicitation selon Vinck peut prendre des allures de « palabres interminables » ; elle est souvent plus « un résultat du travail interdisciplinaire qu'un préalable » (Vinck, 2003, p. 60). Comment alors explorer les différences entre disciplines ?

Entre autres, par une « acculturation » entre disciplines et un « dispositif informel d'apprentissage collectif réciproque » (Teiger et David, 2003, p. 15) rendu possible par un dialogue de qualité soutenu par des « objets intermédiaires » produits et mobilisés dans l'interaction » (Vinck, 2003, p. 63) : lectures et débats de textes en commun, objet tangible tel qu'un instrument de recherche ou un travail commun sur un terrain. Le travail pour la présente thèse a ainsi été ponctué de jalons durant lesquels de tels « objets intermédiaires » sous forme de plans, présentations, sections de thèse ou encore dessins faits lors des rencontres...ont été discutés avec les directeurs, avec lesquels un tel dialogue de qualité a eu lieu durant le processus de recherche (cf. introduction de la thèse).

3.2.3 Une approche constructiviste

Le choix a été fait de poser un regard combinant l'ergonomie de l'activité et le design urbain pour explorer cette conjonction. Parler de **choix** n'est pas anodin. Dans une approche constructiviste, les chercheurs sont des personnes bien vivantes (donc avec des désirs, des affects, des « habitus »), qui possèdent des marges discrétionnaires dans leurs actions. Il existe dans chaque science une part de politique, de pouvoir et de valeurs (Bourdieu, 2001; Daniellou, 2008; Stengers, 1997) qui sont des parts niées dans une optique positiviste.

La façon de voir le monde influence d'une part les problèmes sur lesquels chacun choisit de travailler, mais aussi la façon de les aborder, leur formulation et les choix politiques qui peuvent

en découler...lesquels choix influencent en retour la façon de voir (et faire) la science (Enriquez, 2001; Schön, 1994). En soi, la façon d'aborder une problématique, de poser les questions de recherche n'est pas neutre et révèle les choix faits en amont par le chercheur. Dans cette optique, la science ne devient pas légitime dans l'absolu, mais bien par rapport à un but à atteindre. Dès lors que la science est pensée comme un instrument pour résoudre un problème et non comme un miroir de la « réalité », alors cette part de choix dans le travail du chercheur apparaît.

Albert Jacquard (1978) dit ainsi :

« Une réponse exacte à une question mal posée ou trop partielle peut constituer une tromperie. Nous savons maintenant que la science ne peut pas être neutre ; son objectif principal ne doit pas être de répondre aux questions, mais de préciser le sens de ces questions » (Jacquard, 1978, p. 191).

Dans cette approche, la science ne se place pas au-dessus de toute autre forme de connaissance mais envisage les praticiens comme producteurs d'idées et de théories, comme maillons indispensables à la production de connaissances (Schön, 1994, p. 75).

Cette thèse procède tout à la fois d'une interdisciplinarité académique, en explorant les frontières de l'ergonomie de l'activité et ses passerelles avec le design urbain et d'une interdisciplinarité instrumentale puisqu'elle est mobilisée au service d'une problématique sociale. C'est aussi un « état d'esprit » interdisciplinaire qui a été mobilisé tout au long de la thèse par l'équipe constituée de mes directeurs, ergonomes et designers urbains, et moi-même.

Elle se place dans une approche constructiviste qui reconnaît la création de savoirs issus des praticiens chercheurs (Schön, 1994) et la place des valeurs du chercheur dans sa façon d'appréhender des questions sociales et scientifiques.

3.2.4 Quelles possibilités de rencontre entre le design urbain et l'ergonomie de l'activité ?

Le choix d'un regard combinant à l'ergonomie de l'activité des apports du design urbain suppose de bâtir des ponts entre deux disciplines qui se fréquentent peu¹⁸ mais qui chacune se nourrit de diverses influences, se dit interdisciplinaire dans son essence même (Ellin, 1999; Schurch 1999; Teiger 1993) et tournée vers l'action. Il existe des différences entre nos disciplines qui tiennent à nos objets d'analyse et d'intervention, mais ces différences n'empêchent pas la convergence et le dialogue (Torres et Feillou, 2011). La section 4.2 développera ces différents aspects au travers de l'évolution et des projets de chacune et dégagera les similitudes éventuelles en termes de portée, de spécificités épistémologiques et d'enjeux éthiques.

Par ailleurs, une façon de questionner la conjonction entre le vieillissement et les projets d'aménagement est de porter un double questionnement, en lien avec la nature des projets. Un projet, « figure emblématique de notre modernité » (Boutinet, 1990) comporte à la fois des dimensions substantielles (ce qui est créé, selon quel dessein) et des dimensions procédurales (comment cela est créé, selon quel déroulement, etc.).

Dans sa dimension substantielle, le projet crée des environnements avec lesquels interagissent les personnes et ce, quel que soit leur âge. Dans quelle mesure et comment ces personnes, envisagées comme des usagers, utilisent-elles et s'approprient-elles ces environnements ? Dans sa dimension procédurale, le projet fait intervenir une diversité de parties prenantes. Il s'agit alors ici de questionner la participation des usagers dans les projets.

Ce double questionnement sera abordé par l'exploration des termes usager, activité et environnement en ergonomie et en design urbain dans les sections 4.3 et 4.4.

¹⁸ Une recherche avec les mots clés *ergonomics* et *urban design* dans deux bases de données importantes (Science direct et Web of Science) depuis 1990 montre un nombre de résultats pertinents inférieur à 100, principalement en lien des études ergonomiques portant sur la signalétique, la conception de véhicules de transport collectifs et individuels. Une recherche complémentaire avec les mots clés *ergonomics* et *urbanism* depuis 1990 sur Science Direct sur tous les champs donne 39 occurrences. Une équipe de recherche reliant ces deux disciplines semble active au Brésil ainsi que quelques chercheurs en France au sein du Centre d'études sur les réseaux de transport et l'urbanisme (CERTU) ou praticiens à la Mairie de la Ville de Paris.

3.3 Au cœur de deux disciplines récentes tournées vers l'action : l'interdisciplinarité

3.3.1 De l'ergonomie de l'activité à l'ergonomie constructive

Plusieurs auteurs (Lancry, 2009; Laville, 2004; Lortie, 2009; Teiger, 1993; Wisner, 1996), se sont penchés l'évolution de l'ergonomie¹⁹. **L'ergonomie est une discipline relativement récente** qui présente la particularité dès sa naissance d'être fortement reliée à des enjeux sociaux. Elle se constitue en Grande Bretagne dans les années 1940, apparaît en France dans les années 1950 et se constitue institutionnellement dans les années 1960. L'ergonomie visait alors « l'adaptation du travail à l'Homme » et les disciplines constituantes en étaient alors la « physiologie du travail, l'anthropométrie, la psychologie scientifique [expérimentale] et la biomécanique » (Wisner, 1996, p. 32).

Une des caractéristiques de l'ergonomie est la présence d'une **interdisciplinarité forte** dès sa création, que l'on pourrait qualifier d'interdisciplinarité instrumentale et qui se double peu à peu d'une interdisciplinarité académique. Certains considèrent que l'ergonomie est seulement une application de connaissances produites par d'autres disciplines, d'autres qu'il s'agit d'une discipline scientifique, « discipline-carrefour, intégratrice » (Teiger, 1993), qui produit ses propres connaissances (Daniellou, 1996, 1999). Cette situation de carrefour n'empêche pas les conflits entre différentes disciplines constitutives ayant chacune leur propre positionnement épistémologique (Wisner, 1996, p. 32). Si l'ancrage initial de l'ergonomie se situe dans les sciences expérimentales, celle-ci n'a cessé d'évoluer depuis en s'appropriant des savoirs et des méthodologies issues d'autres disciplines (Daniellou, 1999; Lancry, 2009; Wisner, 1996)²⁰, ce qui pose la question de la frontière de la discipline mais aussi de sa pratique. A ce propos,

¹⁹ Une synthèse plus complète que celle présentée dans cette section est disponible dans (Feillou, 2012).

²⁰ Différents auteurs indiquent sa proximité ou ses dialogues féconds avec l'anthropologie cognitive, l'antropotechnologie, la didactique, la psychodynamique du travail, l'ergologie, la psychologie ergonomique, la sociolinguistique, la médecine, la physiologie, la psychologie du travail et la psychologie cognitive, la sociologie, l'économie et la gestion (Daniellou, 1999; Lancry, 2009; Wisner 1996).

Daniellou (2008) répond sur le terrain des valeurs : « Ce que nous avons encore en commun, ce sont des valeurs, que nous sommes prêts à mettre au service de l'action » (p. 16).

Son émergence puis ses variations entre pays sont fonction des enjeux économiques, politiques et scientifiques en place. Wisner (1996, p. 30) indique que c'est sous « la pression intense de la bataille d'Angleterre pour faire travailler ensemble des scientifiques appartenant à des disciplines très différentes et pourvus, de ce fait, de modes de pensée distincts et, a priori, incompatibles » que l'ergonomie se développe en Grande Bretagne. Laville (2004) détaille comment, en France, l'ergonomie se développe en réponse à des demandes industrielles d'accroissement de la productivité et de préoccupations étatiques de renforcement de la législation en termes de santé. L'ergonomie diverge assez rapidement selon les pays (Laville, 2004; Lortie, 2009; Wisner, 1996).

L'ergonomie de l'activité, alors essentiellement francophone, se construit en cherchant à comprendre l'activité de travail là où elle se déroule et non en laboratoire. L'analyse ergonomique est située - ou contextualisée- (Daniellou, 1999) et se réalise dans une perspective de transformation des situations de travail et des représentations des différents acteurs sur le travail. La participation des utilisateurs est inhérente à l'ergonomie de l'activité (St Vincent *et al.*, 2011). Sa démarche est basée sur l'écart entre le travail prescrit et le travail effectivement réalisé ; la compréhension de cet écart ne peut se réaliser sans faire appel aux travailleurs et plus largement aux usagers. L'ergonomie de l'activité s'affirme en tant que science tournée vers l'action (Daniellou et Béguin, 2004), ancrée dans un double projet, scientifique et social et fondée tout à la fois sur des critères épistémologiques et éthiques (Teiger, 1993).

« L'ergonomie [est] une discipline d'action. Une caractéristique essentielle de toute intervention ergonomique est qu'elle ne se contente pas de produire une connaissance sur les situations de travail ; elle vise l'action » (Daniellou et Béguin, 2004, p. 336).

En contrepoint, dans le monde anglo-saxon, l'ergonomie va se limiter aux courants des *Human Factors* et de l'*Human Engineering* (efficacité des systèmes Hommes Machines) dans lesquels une grande importance est donnée aux aspects de normalisation et aux travaux en laboratoires. Plus récemment, le courant des *Human Factors* s'est engagé dans des démarches d'ergonomie participative dans des perspectives d'amélioration continue (St Vincent *et al.*, 2011).

L'évolution de l'ergonomie se lit aussi comme l'évolution de ses paradigmes de référence. Elle prend ses racines dans les sciences expérimentales et un paradigme positiviste.

« Le paradigme premier [concernant] la place que tiennent les sciences expérimentales vis-à-vis de l'ergonomie [...] est celui de « l'application ». L'ergonomie met en œuvre les connaissances fournies par la physiologie ou la psychologie pour agir sur les situations de travail » (Daniellou, 1999, p. 148).

Ce paradigme envisage les praticiens comme appliquant seulement les connaissances fournies par les autres disciplines. Dans cette perspective, l'ergonome est positionné comme un « expert en activité humaine » qui apporte ses connaissances sur l'humain au démarrage des projets (Martin, 2000) et son intervention se résume bien souvent à la création de guides d'utilisation.

Or un certain nombre d'ergonomes récusent ce modèle de sciences appliquées à l'heure actuelle et se positionnent comme des acteurs de la conception à part entière et qui cherchent à influencer la conduite de projet (Béguin, 2004; Daniellou et Béguin, 2004; Martin, 2000). L'ergonome est alors lui-même porteur de prescriptions auprès des concepteurs de « métiers » (architectes, ingénieurs par exemple) et cherche à élargir l'espace des représentations des concepteurs sur les utilisateurs, l'usage ou le travail afin d'éviter que des « représentations erronées de l'activité engendrent des difficultés de tous ordres pour les opérateurs » (Martin, 2000, p. 33). Toutefois, **plusieurs constatent l'insuffisance de la prise en compte de l'activité humaine au cours des processus de conception, qu'il s'agisse de produits ou de systèmes, est encore partagé par bon nombre d'ergonomes** (Béguin, 2004; Lamonde, Richard, Langlois, Dallaire et Vinet, 2010). L'ergonome se présente comme un médiateur permettant le dialogue entre futurs utilisateurs des systèmes et concepteurs (Martin, 2000).

Ces ergonomes soulignent les apports de connaissances mutuels entre la pratique et la recherche, l'intérêt des connaissances acquises par les interventions (Daniellou, 1999, p. 151-153) ainsi que l'apport des savoirs des usagers dans les démarches d'intervention. Daniellou (1999) situe ce renversement de perspective dans les années 1980, au moment du développement des activités des praticiens en ergonomie. C'est l'action même sur les situations de travail qui pousse au constat de l'insuffisance des connaissances existantes.

Il serait faux de penser que ces paradigmes se sont succédés dans le temps de façon linéaire. Au contraire, différentes positions sont concomitantes et se déclinent notamment en différents programmes de recherches²¹.

Enfin, Laville (2009) insiste tout particulièrement sur le lien entre l'histoire intellectuelle et sociale de la discipline, l'histoire du travail et celle de sa profession. Lancry (2009) replace l'évolution de l'ergonomie dans un ensemble d'évolutions politique, économique, technologique, managériale et sociétale. Il indique à propos de l'ergonomie,

« [...] cette science du travail (de « ergos » travail, et « nomos », normes) est une discipline nécessairement en évolution puisque son domaine, (l'homme au travail, c'est à dire tous les aspects de l'activité au travail et les conditions de sa réalisation), est en perpétuel changement » (Lancry, 2009, p. 4).

Deux évolutions récentes de l'ergonomie de l'activité apparaissent importantes à souligner dans le cadre de la thèse. Si l'activité est le concept clé à partir duquel s'articulent les démarches ergonomiques (section 4.4), elle s'étend maintenant de l'activité de travail à l'activité humaine en général. On peut sans doute relier cette évolution à la tertiarisation du travail qui nécessite d'envisager différemment les usagers dans la démarche ergonomique (section 4.3).

« L'ergonomie est une discipline orientée vers le système, qui s'applique aujourd'hui à tous les aspects de l'activité humaine » (CNAM, s.d)²².

Cette évolution se reflète dans la définition la plus récente de l'ergonomie donnée en 2000 par l'IEA (*International Ergonomics Association*)²³, (cité par Falzon, 2004, p. 19) dans lequel le terme de travail disparaît aussi au profit de celui de système²⁴.

²¹ Source : http://www.ce2-ergo.fr/vie_association/index.html. Collège des enseignants chercheurs en ergonomie

²² <http://ergonomie.cnam.fr/ergonomie/index.html>

²³ L'IEA regroupe l'ensemble des associations professionnelles en ergonomie, qu'elles soient à tendance *Human Factors* ou centrées sur l'analyse de l'activité de travail est la suivante.

²⁴ L'ergonomie (ou *Human Factors*) est la discipline scientifique qui vise la compréhension fondamentale des interactions entre les humains et les autres composantes d'un système, et la profession qui applique principes théoriques, données et méthodes en vue d'optimiser le bien être des personnes et la performance globale des systèmes. (IEA, 2000)

Par ailleurs, le projet scientifique et social de la discipline s'enrichit d'une perspective développementale qui propose, dans un « manifeste » récent (Falzon, 2013, p. 9), de faire évoluer l'ergonomie de l'activité vers une « ergonomie constructive ».

« L'ergonomie ne peut se satisfaire d'une vision ponctuelle, statique, de l'adaptation, qui réduirait l'objectif de l'ergonomie à la conception de systèmes adaptés au travail tel qu'il est défini à un moment donné, aux opérateurs tels qu'ils sont à un moment particulier aux organisations telles qu'elles opèrent là et maintenant. L'objectif de l'ergonomie doit être le développement » (Falzon, 2013, p. 1).

Le développement s'y envisage comme le développement conjoint des personnes et des organisations. Dans cette perspective, l'ergonomie passe d'une position « défensive » (p. 2) qui consistait à diminuer les contraintes auxquelles étaient soumis les travailleurs à une position qui vise « la maximisation des opportunités » (Falzon, 2013, p. 2). La section 4.4 sera l'occasion de revenir sur cette perspective.

En synthèse, l'ergonomie de l'activité procède d'une double logique d'analyse et de transformation des systèmes. Il s'agit d'une discipline récente, bâtie sur l'interdisciplinarité et tournée vers l'action. Son projet d'humanisation du travail s'ancre dans des préoccupations scientifiques mais aussi sociales, considérant qu'il s'agit d'une part d'adapter le travail à la diversité des individus et non l'inverse et d'autre part de mener ce changement de façon participative.

Je m'inscris dans l'approche qui considère que l'ergonomie, en tant que discipline, produit des connaissances *sur* et *pour* les interventions ergonomiques mais aussi *par* les interventions, la pratique étant appréhendée comme perspective légitime de production de connaissances scientifiques. Dans la suite de la thèse, lorsque le terme ergonomie sera employé, il le sera pour l'ergonomie de l'activité qui est le courant dans lequel je me situe. Je m'inspire plus particulièrement de l'ergonomie constructive qui place le développement des personnes au cœur du projet ergonomique.

3.3.2 Naissance et évolution du design urbain

Le terme de « design » évoque tout à la fois une intention et le résultat de cette intention et il apparaît étroitement relié au projet d'aménagement (Torres, 2007, p. 8-10). Lorsque le terme *design* est accolé à celui d'*urbain*, l'aménagement en question est alors celui des villes ou d'une partie des villes.

L'aménagement de l'espace urbain est une entreprise qui mobilise une grande diversité de pratiques professionnelles, dont l'architecture, l'urbanisme, l'architecture du paysage et le génie, pour ne nommer que celles-là. Depuis le milieu du 20^e siècle, l'arrimage entre ces pratiques (Raynaud et Wolff, 2009; Schurch 1999) a d'ailleurs été préconisé par les instigateurs d'une approche d'intervention postmoderne : le design urbain²⁵ (Ellin, 1999; Schurch 1999).

Le design urbain, qu'il s'agisse de théorie ou de pratique, s'est bâti en réaction à une certaine fracture entre les usagers et les aménagistes professionnels qui commence dès la Renaissance (Broadbent, 1990; Dobbins, 2009; Gehl, 1987).

“There is the artificial way in which a master plan is prepared ; streets laid out, squares and urban blocks on to which buildings are then placed according to some planners' sense of order” (Broadbent, 1990, p. 5).

Cette fracture s'amplifie avec l'application des principes modernistes dans la conception des villes occidentales, notamment en réaction aux transformations urbaines engendrées par la révolution industrielle et entre les deux guerres. Le projet moderniste comporte un volet social indéniable : il s'agit d'offrir des logements moins chers en s'appuyant sur de nouvelles technologies (notamment de transport et d'ingénierie) et, par l'architecture, de répondre à des normes d'hygiène permettant de limiter les proliférations de maladies, par exemple en cherchant à favoriser l'ensoleillement dans les logements (Dobbins, 2009; Gehl, 1987; Jacobs et Appleyard, 1987; Raynaud et Wolff, 2009).

“They [modernists] saw it [modernism] as a way to improve health, to introduce light and air into both habitations and workplaces, and to bring parks and cultural institutions more affordably within reach of ordinary citizens. Furthermore, modernism purported to meet head-on –the-demands of the newly emerging, soon-to-become-dominant form of transport, the car” (Dobbins, 2009, p. 56).

L'être humain et son bien-être semblent *de prime abord* au cœur du projet des modernistes. Et pourtant, le modernisme est la cible de critiques virulentes aussi bien d'usagers que d'urbanistes depuis les années cinquante, qui lui reprochent de ne pas avoir tenu ses promesses et d'avoir tué

²⁵ Le terme original est 'urban design', dont ma traduction libre par « design urbain » est la plus commune. Les termes « *Civic Design, Urban Design, City Design ou Environmental Design* » sont utilisés dans le monde anglosaxon (Cutbert, 2007). En Europe on parle de « composition urbaine », de « projet urbain », « d'urbanisme par projet » ou de « design urbain » (Raynaud et Wolff, 2009). Raynaud et Wolf après avoir analysé ces différentes appellations (p 13) en concluent que nous pouvons actuellement envisager que « design urbain et urban design puissent correspondre à une seule et même pratique » malgré la persistance de différences en lien avec les systèmes d'acteurs et les contextes socioéconomiques différents entre les Etats Unis et l'Europe.

la ville (Ellin, 1996, p. 16), par l'emphase portée aux immeubles et à ce qui se passe à l'intérieur, plutôt qu'à la vie publique qui se déroule dans l'espace urbain, entre les bâtiments (Gehl, 1987; Jacobs, 1956; Jacobs et Appleyard, 1987). Les effets pervers du modernisme, selon ce point de vue, contribuent à déshumaniser les villes.

“While the medieval city with its design and dimensions collected people and events in streets and squares [...] a functionalistic suburban areas and buildings projects do precisely the opposite. [...] If a team of planners at any time had been given the task of doing what they could to reduce life between buildings, they hardly could have achieved more thoroughly what has inadvertently been done in the sprawling suburban areas [...]” (Gehl, 1987, p. 48).

Face aux problèmes urbains et à la vision réductrice de l'être humain du modernisme (Gehl, 1987), le design urbain naît officiellement aux États Unis en 1956 (Gosling, 2003, p. 34, Raynaud et Wolff, 2009, p. 35). Cette naissance peut se lire en partie comme des tentatives par les aménagistes pour réduire le fossé creusé aussi bien avec leurs clients qu'avec les usagers de l'espace public (Zeisel, 2006, p. 49), au travers d'un projet visant à « ré humaniser » la ville en redonnant sa place à l'utilisateur et plus particulièrement au piéton. Pour Jacobs (1956), il faut étudier ce qui fait la vitalité des villes et s'en inspirer. Pour Sert (1956), le design urbain doit opérer une synthèse entre les différentes avancées de l'architecture, du paysagisme et de l'urbanisme et s'ouvrir à d'autres disciplines.

Le design urbain est souvent défini comme le chevauchement de diverses pratiques d'aménagement, dont l'urbanisme, l'architecture et l'architecture de paysage (Schurch 1999), ou encore une interface entre ces différentes disciplines : « le design urbain emprunte ses outils à plusieurs domaines : l'architecture, l'architecture du paysage, l'ingénierie ou la planification » (Raynaud et Wolff 2009, p. 17). Il s'en démarque,

« autant par son objet (sa composante substantielle) que par sa démarche (sa composante procédurale). En ce qui concerne la **composante substantielle**, le design urbain porte sur la dimension physico-spatiale du milieu urbain en ayant comme objet privilégié d'intervention la relation entre les bâtiments et les espaces ouverts, entre les espaces privés et publics » (Torres, 2016, p. 2).

Les espaces publics sont envisagés comme les espaces extérieurs entre les bâtiments, même si « par extension on considère souvent dans la catégorie d'espaces publics les lieux intérieurs

mais accessibles au public » (Torres et Rastouin, 2010)²⁶, tels que les centres commerciaux. Ainsi, alors que l'architecte aura tendance à porter son attention sur les bâtiments puis sur leur insertion dans l'environnement, le designer urbain contemporain adopte une démarche inverse. L'attention se porte en premier lieu sur les espaces entre les bâtiments, puis sur les bâtiments eux-mêmes dont la forme, l'implantation sont pensées en fonction de leur environnement. Raynaud et Wolff (2009, p. 17) soulignent aussi sa « différence d'échelle, en lien avec l'échelle de préhension humaine » avec l'urbanisme.

« Quant à la composante procédurale, le design urbain s'inscrit dans ce que Boutinet (2005) appelle la culture de projet, suscitant l'intervention d'une grande diversité de parties prenantes pour la transformation effective de l'environnement » (Torres, 2016, p. 2).

Cette lecture du design urbain par Torres (2016) rejoint celle de Madanipour (1997) pour qui les designers urbains sont intéressés tout à la fois par le processus menant au façonnage des environnements urbains et par les espaces ainsi créés. L'intervention en design urbain relève par ailleurs de deux dimensions en dialogue : une dimension cognitive consistant à comprendre le milieu à aménager et une dimension transformative consistant à aménager le milieu que l'on comprend (Torres, Feillou, 2011) ; dans les mots de Alexander :

“Understanding the field of the context and inventing a form to fit are really two aspects of the same process” (Alexander, 1964, p. 21).

L'évolution du design urbain dans les soixante dernières années montre un foisonnement de mouvements, de recherches et de théories au sein du postmodernisme, aux États-Unis et en Europe. Certains auteurs proposent des synthèses de cette évolution (Broadbent, 1990; Ellin, 1996; Gosling, 2003), rythmée entre autres par la naissance de mouvements participatifs dès les années 1960, qui revendiquent la légitimité de la participation des usagers dans les processus de prise de décision (Dobbins, 2009) : les designers ne peuvent ignorer la demande citoyenne de participation et de partage de pouvoirs (Raynaud et Wolff, 2009). Les usagers font partie de la diversité des parties prenantes engagées dans les processus de design urbain évoqués par Torres (2016), au côté des promoteurs et des régulateurs.

²⁶ Par ailleurs, d'un point de vue législatif certains espaces tels que les stationnements extérieurs de supermarchés sont des espaces privés. Mais du point de vue de son utilisation, il s'agit d'un espace que l'on peut considérer comme public car partagé collectivement Antoine Fleury, <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article482>, encyclopédie de géographie en ligne.

En guise de récapitulatif, rappelons que le design urbain est une discipline récente tournée vers l'action : elle n'envisage pas seulement d'étudier les environnements urbains d'un point de vue physico-spatial mais aussi de les transformer dans l'optique d'une meilleure qualité de vie pour ceux et celles qui les pratiquent.

Ce projet est toutefois marqué par des tensions dans une pratique à l'interface de demandes de plusieurs parties prenantes - les promoteurs, les régulateurs et les usagers - parfois contradictoires (Madanipour, 2006). L'interdisciplinarité instrumentale et académique est au cœur du design urbain qui semble encore avoir, comme discipline, de la difficulté à se définir en tant que telle plutôt que par rapport à ce qu'elle n'est pas (Cuthbert, 2007).

Comme en ergonomie, différents paradigmes d'action et de recherche sont présents en design urbain (section 4.3.2). Dans le paradigme constructiviste, les designers urbains revendiquant eux-aussi la validité des connaissances produites par les interventions (Torres, 2007).

3.4 Figures d'usagers et centralité dans les démarches en ergonomie et design urbain

3.4.1 Usager : un terme polysémique

La conceptualisation des usagers en ergonomie et en design urbain est une des facettes d'un questionnement bien plus large en sciences humaines et sociales qui s'interroge sur les réalités mouvantes du terme usager.

Alors que le terme anglophone "*user*" désigne à la fois un usager et un utilisateur, les deux termes recouvrent des acceptations différentes en français. Une première différence s'entend au travers des contrastes sphère publique/sphère marchande et usage d'un service/d'un produit. Ainsi, un usager est une « personne qui a recours à un service public ou qui utilise un bien du

domaine public »²⁷. Pour sa part, l'utilisateur est une « personne physique ou morale qui a recours aux services d'une entreprise privée ou qui utilise un bien acquis à titre personnel »²⁸. L'utilisateur serait donc un client, engagé dans une relation marchande, personne physique ou personne morale.

Cependant, le terme d'usager se superpose parfois aussi avec celui du client, brouillant les frontières entre utilisateur et usager :

« Le terme usager souligne la primauté de la valeur d'usage sur la valeur d'échange. Toutefois, il est maintenant admis d'appeler client l'usager d'un service public à qui une organisation gouvernementale peut proposer des biens ou des services qui entrent en concurrence les uns avec les autres dans une relation marchande »²⁹.

L'usager devient un « objet sociologique » (Boussard, Loriol et Caroly, 2006, p. 211) qui s'envisage au travers de différentes « figures ».

« La notion de « figures » permet de rendre compte des représentations en désignant une caractéristique, une qualité de l'usager, par un nom utile dans la construction d'une réalité » (Largier, 2010, p. 122).

Pflieger (2002) souligne que si « l'usager représente une figure relativement stable jusque dans les années 80 », elle se scinde maintenant en trois catégories : « le client, le consommateur et le citoyen », chaque catégorie mobilisant des sphères sociales ou disciplinaires différentes. L'usager-client peut se distinguer de l'usager-consommateur en étant déjà client de l'entreprise alors que le consommateur « reste à conquérir » et le terme « usager-citoyen indique un rapport politique au service public » (Fijalkow, 2002, p. 10).

S'intéresser aux figures d'usagers mobilisées dans certains contextes spécifiques dévoile les enjeux organisationnels ou professionnels (Borzeix, 2011; Boussard, Loriol et Caroly, 2006; Largier, 2010) dans lesquels ces figures se déploient et leur contribution au processus de construction identitaire des professionnels (Boussard, Loriol et Caroly, 2006) en relation de service avec eux. Largier (2010) dénombre plusieurs figures véhiculées dans les recherches menées par la Société nationale des chemins de fer français (SNCF) : « l'usager-client », « l'usager insécurisé », « l'usager-délinquant », « l'usager errant ». Boussard, Loriol et Caroly (2006, p. 213) identifient les figures de « victimes », « citoyens » ou « mis en cause » comme

²⁷ Grand dictionnaire terminologique de l'office québécois de la langue française 2009

²⁸ Grand dictionnaire terminologique de l'office québécois de la langue française, 2009

²⁹ Grand dictionnaire terminologique de l'office québécois de la langue française, 2009

significatifs de valeurs ou d'objectifs défendus par des groupes professionnels chez les policiers. Par ailleurs, la caractérisation de figures d'utilisateurs distinctes peut permettre de redéfinir et de spécifier des offres de service (Largier, 2010).

« Dire qui est l'utilisateur, [...] c'est adapter les ressources adéquates au traitement des demandes spécifiques. [...] Les recherches évoquées ici soulignent l'intérêt qu'il y a à appréhender les utilisateurs, non pas uniquement comme des segments de clientèle partageant des caractéristiques sociodémographiques ou des pratiques de consommation, mais comme des individus réunis autour d'activités (se renseigner, voyager, s'abriter, etc.). [...] l'identification des multiples figures de l'utilisateur ne peut qu'affiner [la] coproduction de l'offre de service » (Largier, 2010, p. 127).

Ailleurs, on parle de « bénéficiaire » ou « d'assujéti » en sciences sociales ou médico-sociales (Laroque, 2005, p. 10) à propos des aînés en résidence – on retrouve ici un vocabulaire proche de celui utilisé pour décrire certains aînés comme « dépendants ». Certains mettent pourtant en avant l'importance de promouvoir le statut d'acteurs-citoyens des aînés, même en résidence, dont il s'agit de reconnaître (et de valoriser) le pouvoir d'agir sur les décisions qui les concernent (Charpentier et Soulières, 2007).

Le contraste entre ces dénominations d'utilisateurs « assujétis » ou au contraire « citoyens » ou « acteurs » montre l'existence d'une autre catégorisation possible de l'utilisateur, complémentaire à celle d'utilisateur/client. Celle-ci pourrait s'envisager en fonction de la posture de l'utilisateur face à son environnement : posture de passivité ou *a contrario* d'acteur.

La polysémie du terme utilisateur recouvre donc une grande diversité en termes de statuts, de caractéristiques, de contextes dans lesquels le terme est employé et renvoie à une littérature scientifique féconde touchant plusieurs domaines.

Les figures des utilisateurs sont multiples (Caroly, 2007). Leur caractérisation s'avère particulièrement intéressante pour étudier l'action de professionnels. Les « figures d'utilisateurs » sont des constructions sociales qui tout à la fois orientent et définissent l'action de professionnels et sont elles-mêmes une résultante de cette action. (Boussard, Lorient et Caroly, 2006). Ces figures peuvent se caractériser selon des attributs spécifiques tels que leur statut d'objet ou d'acteurs vis-à-vis de leur environnement.

Par ailleurs l'utilisateur ou l'utilisateur est toujours en situation d'usage de « quelque chose ». S'intéresser aux utilisateurs c'est alors s'intéresser à ses usages (Ranjard, 2009), *i.e.* à ses relations

avec ses environnements. C'est notamment (mais pas uniquement) dans la compréhension de cette relation que résident des passerelles entre ergonomie et design urbain ainsi que dans les dispositifs participatifs permettant de renforcer le pouvoir des usagers.

3.4.2 Ergonomie participative : des utilisateurs centraux et des usagers périphériques dans les démarches

Par « usager » en ergonomie, il faut entendre tout à la fois « utilisateur » d'un produit – travailleur et consommateur – et « usager » d'un service. La première figure est celle de **l'utilisateur-consommateur**, envisagé dans le cadre d'une relation marchande, établie ou à établir³⁰ et plus particulièrement explorée par l'ergonomie des produits et des interfaces.

La seconde figure est celle de **l'utilisateur-travailleur**. Là encore, le travail peut nécessiter d'utiliser des outils ou des équipements au sens large (ex : bâtiment), dont les caractéristiques à envisager pour qu'ils servent au mieux l'usage qui va en être fait vont déterminer le type de connaissances que l'ergonome peut être amené à utiliser. Il est cependant évident de voir que ces différentes figures se recoupent. Par exemple, une voiture sera utilisée par un « consommateur » sur son temps libre qui se transformera en « travailleur » lorsqu'il en fera un usage sur son temps de travail.

L'enjeu des outils et produits est celui de l'utilisation qui en est faite « en quoi les technologies informatiques modifient-elles les situations de travail » s'interroge Caroly (2007, p. 2). Au-delà de la figure de l'utilisateur, c'est donc bien **l'usage** qui préoccupe ici en tant que **lien spécifique entre l'utilisateur et son environnement dans un contexte particulier** – dans l'exemple, les équipements informatiques.

Que nous permet cet éclaircissement de la figure de l'usager en tant que travailleur utilisateur d'un produit ou d'un équipement ? Dans le cadre du travail, une personne peut être amenée à être utilisatrice d'un objet, d'un équipement ou d'un espace de travail. Mais son travail ne se résume pas à cet usage, même dans des secteurs où l'utilisation de certains outils (par exemple, les ordinateurs) est centrale. Elle utilise l'outil ou le produit *pour* faire quelque chose ; l'objet

³⁰ Nous ne ferons pas de différences entre l'usager-client et l'usager-consommateur ici.

ou l'environnement avec lequel la personne interagit se présente alors comme une ressource ou une contrainte pour son activité.

Peut-on dire qu'un travailleur chargé de la maintenance d'un équipement est un utilisateur de cet équipement ? Alors que dans le cas précédent, la personne est mobilisée dans un usage *pour*, dans ce cas elle est mobilisée dans un usage *sur*. L'outil ou l'équipement passe de ressource ou contrainte, à objet du travail.

Dans les deux cas, si la finalité est différente, la personne est en relation avec l'objet et plus largement avec son environnement³¹ dans le cadre de son travail (Weill-Fassina et Rabardel, s.d.).

L'ergonomie porte une attention particulière à la diversité et la variabilité des usagers-travailleurs (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2006) : « le travailleur moyen » n'existe pas » (p. 81). Par cette affirmation³², les auteurs entendent souligner la « diversité interindividuelle » (p. 81) entre les travailleurs. Cette diversité est fonction de plusieurs dimensions : les caractéristiques anthropométriques (Ranger, 2010), le genre, l'âge, l'état de santé, les limitations fonctionnelles, les compétences, l'expérience, la formation, l'expérience personnelle, etc. Cette diversité se double d'une variabilité intra-individuelle, avec des variations à court terme (c'est le cas de l'état de vigilance qui fluctue dans la journée) ou avec l'âge (p. 82).

Ces variabilités se traduisent par l'adoption de postures, stratégies, raisonnements, etc. distincts et teintent la relation entre l'utilisateur-travailleur et son environnement. Au-delà de la compréhension de ces relations, l'enjeu de l'ergonomie est en quelque sorte de requalifier cette relation, permettant aux utilisateurs de passer d'un statut *d'utilisateur passif* à qui on impose un équipement (et plus largement un environnement de travail) au statut *d'utilisateur acteur* à qui on reconnaît un potentiel de transformation de cet équipement par son usage et une légitimité dans le processus de création de cet équipement (Lewis, Imada et Robertson, 1988).

Lors de sa transformation par son usage, l'outil ou l'équipement passe alors « d'artefact » *i.e.* d'« objet fabriqué dans ses dimensions matérielles et symboliques » à « instrument » dans les

³¹ Le terme environnement sera défini dans la section 3.5

³² Qui se justifie très bien ne serait-ce que d'un point de vue anthropométrique, voir (Ranger, 2010)

main de l'utilisateur acteur : « entité composite qui comprend d'une part un artefact et d'autre part une composante liée à l'action. C'est l'association des deux, organisée en système, qui forme l'instrument » (Béguin, 2007, p. 371).

« Une clé anglaise est un artefact qui ne forme pas instrument en lui-même, on peut l'utiliser comme un marteau. Rabardel (1995) a proposé d'appréhender cette composante liée à l'action via le concept de schème (par exemple le schème « frapper ») développé à partir de l'équipement biologique et de l'expérience de l'individu » (Béguin, 2007, p. 371).

Dans une perspective d'analyse, l'ergonomie vise à rendre compte des processus par lesquels l'opérateur/l'utilisateur **s'approprie** le travail des concepteurs et le remet en mouvement. Le schème d'appropriation peut être « assimilateur » (il peut s'appliquer à différents artefacts) mais aussi « accommodateur » (il peut se transformer lorsque la situation change). Béguin (2007) propose de rendre compte de l'appropriation par l'évolution du schème et par celle de l'artefact lorsque l'utilisateur s'appuie sur ses propriétés pour lui attribuer de nouvelles fonctions.

En termes de transformation, Béguin et Cerf (2004) proposent de viser une **certaine flexibilité ou plasticité**³³ lors de la conception afin de concevoir des systèmes qui soient modifiables par l'utilisateur dans un espace de « formes possibles » permettant leur appropriation. La « **plasticité** diachronique » peut être recherchée afin de concevoir un « système [qui] évolue dans le temps après le processus de conception » (p. 59) ainsi que la « plasticité synchronique » consistant à « concevoir des systèmes de travail qui laissent des « marges de manœuvre » aux opérateurs à un moment donné » (p. 59).

Ce mouvement de requalification de la relation est **créé par la participation des utilisateurs à la conception ou à la « re » conception de leur environnement**, ne serait-ce que par la prise en compte de l'usage effectif qu'ils font de leur environnement dans le processus de conception ; l'ergonomie étant là pour soutenir et structurer cette prise en compte (Alvarez, Lortie et Vezeau, 2007; Darses et Rezeau, 2004). Cette conception participative émerge dans les pays scandinaves sous une impulsion légale pour développer la démocratie sur les lieux de travail (Darses et Rezeau, 2004). Elle s'est ensuite développée sous l'influence de nouvelles méthodes d'organisation par projets dans les entreprises. Des retours d'expérience sur les implantations

³³ Les termes « plasticité » et « flexibilité » sont employés de façon similaire dans l'article.

de solutions en entreprises ont en effet montré que celles-ci doivent être convenables techniquement mais aussi correspondre à la culture d'entreprise et que la participation des acteurs de l'entreprise favorise une meilleure acceptabilité sociale (St Vincent, Toulouse et Bellemare, 2000).

La participation des utilisateurs (“*users*”) est donc un enjeu à la fois humaniste et pragmatique pour l'ergonomie de l'activité, permettant aux utilisateurs de passer, dans le processus de conception, d'utilisateur-passif à utilisateur-acteur co-concepteur de son futur environnement. Cette figure de l'usager acteur s'exprime aussi lors du processus d'appropriation de leur environnement physique avec lequel les usagers interagissent, l'environnement passant alors d'outil à instrument dans ce processus.

Par contre, alors que les utilisateurs, dans le regard de l'ergonome, sont perçus comme des acteurs, **les « usagers » en tant que destinataires d'un service ont longtemps été négligés avant d'être envisagés comme partenaires dans l'activité déployée par les travailleurs.** Falzon et Lapeyrière (1998) identifient comment l'usager, dans l'analyse ergonomique, « semble souvent perçu comme un objet gênant de l'environnement [de l'opérateur au travail], objet dont on se passerait volontiers » (Falzon et Lapeyrière, 1998, p. 76) pour peu à peu devenir un usager considéré comme co-acteur de la situation de service. Ils identifient quatre figures d'usagers qui jalonnent ce changement de perspective **dans le regard de l'ergonome** :

- *L'usager absent* : les hypothèses sont que l'amélioration des conditions de travail des opérateurs améliore le service rendu aux usagers. L'usager est donc bénéficiaire potentiel et indirect des améliorations. Ceci a conduit à négliger longtemps (et parfois encore) l'usager qui ne « travaille pas ».
- *L'usager comme facteur des conditions de travail de l'opérateur* : l'ergonome s'intéresse à l'usager car les conditions d'usage dans lesquelles il est placé retentissent sur les conditions de travail de l'opérateur.
- *L'usager comme objet du travail de l'opérateur* : ce que cherche à transformer l'opérateur, c'est la personne qui lui fait face (les auteurs donnent l'exemple du malade et du médecin). L'usager garde une position d'extériorité puisque, dans cette perspective, il n'est pas perçu comme contribuant à la réalisation de la tâche.

- *L'utilisateur comme partenaire d'une situation de travail coopératif* : l'utilisateur est considéré comme co-acteur de la situation.

Dans cette dernière perspective, l'utilisateur change réellement de statut pour l'ergonome. La notion d'utilisateur ne renvoie pas alors à un sujet passif qui reçoit un service, mais bien à **un usager acteur de la relation et du service** (Cerf et Falzon, 2005, p. 224) et qui l'utilise **dans le cadre de son propre développement**. Dans ce cadre, Falzon et Lapeyrière (1998) soulignent l'importance de confronter les points de vue du travail des opérateurs et des activités des usagers afin d'enrichir le cadre d'analyse et de transformations plutôt que mener des interventions se déroulant en parallèle, pouvant aboutir à des conceptions contradictoires.

Il faut noter toutefois que les démarches participatives avec des usagers (de service) sont encore relativement rares. Dépendamment des auteurs abordés, les démarches participatives décrites sont relatives à des « opérateurs » ou des « travailleurs », la première dénomination étant plutôt employée en France et la seconde au Québec, des « utilisateurs » ou des « clients ». Le terme « usager » est rarement employé de façon explicite. Dans le domaine architectural, l'Association paritaire pour la Santé et la Sécurité du Travail du secteur Affaires Sociales (ASSTSAS) (1996) précise que les usagers sont impliqués dans le comité de pilotage mais pas dans les groupes de travail aux côtés des travailleurs, sans expliciter toutefois ce qui est entendu par « usager ». De même, on retrouve la présence d'usagers chez Martin (2000) et Bellemare *et al.* (2005) dans des interventions au sein de projets architecturaux hospitaliers et de bibliothèques. Au travers des exemples de situations données et des groupes de travail mis en place, leur prise en compte semble cependant plutôt procéder d'un usager objet du travail que d'un usager co-concepteur des situations.

Par « usager » en ergonomie, il faut donc entendre tout à la fois « utilisateur » d'un produit – travailleur et consommateur - et « usager » d'un service. L'utilisateur des services est rapatrié peu à peu au cœur des analyses ergonomiques et non plus en périphérie, ce qui a pour effet d'enrichir les analyses et les préconisations en termes de design.

Dans ce mouvement, l'utilisateur a acquis en ergonomie son statut d'acteur à part entière, tout comme l'utilisateur, même si les démarches participatives mises en place visent encore peu les

usagers de services. La figure de l'utilisateur acteur relève de deux dimensions : l'utilisateur – acteur dans son appropriation de son environnement et l'utilisateur-citoyen interpellé lors des démarches de conception participative.

3.4.3 Design urbain : des usagers virtuels aux usagers acteurs dans les démarches

La question : « qui sont les usagers en design urbain ? » appelle plusieurs niveaux de réponse. Les usagers peuvent être définis simultanément comme les **clients finaux** des designers urbains et des projets d'aménagement, dans le sens où ils sont « ceux à qui sont destinés les aménagements » et comme des **utilisateurs** des aménagements créés, puisque ce sont eux qui vont les utiliser par la suite (Raynaud et Wolff, 2009). Ils apparaissent sous deux figures principales caractérisées par leur mode de mobilité. La figure de l'utilisateur-automobiliste est la figure centrale du modernisme et les figures de l'utilisateur-piéton ou cycliste celles du design urbain postmoderne.

Le modernisme définit quatre fonctions fondamentales, structurant l'aménagement urbain : dormir, travailler, se recréer (activités de loisirs), circuler, tel que postulé par la Charte d'Athènes de 1933 du congrès international d'architecture moderne (CIAM). Le comportement humain est réduit à des fonctions « primaires » séparées spatialement (Dobbins, 2009; Raynaud et Wolff, 2009). Cette théorie d'activités soi-disant incompatibles se fait sans analyse permettant réellement de justifier une telle position (Dobbins, 2009, p. 57). Leur mise en œuvre signifie, au niveau de la ville, de penser des zones spécifiquement dédiées à chacune des activités, ce qui a été rendu possible par des changements dans les zonages des villes en Amérique du Nord (Dobbins, 2009, p. 57). Cette séparation n'opère qu'en s'appuyant sur la voiture qui permet aux personnes de faire le lien entre les zones dédiées aux habitations, aux loisirs ou au travail. Les solutions préconisées autour de la figure centrale de *l'utilisateur automobiliste* ont ainsi pour effet d'orienter l'urbanisme des villes de façon à privilégier l'accès aux voitures, ce dont nous mesurons maintenant les effets pervers : problèmes de congestion rendant difficiles la compatibilité travail et hors travail, problèmes de pollution et de santé publique, créations de

pans entiers de ville peu propices au déplacement des piétons, quels que soient leur âge ou leur condition physique.

Comme évoqué dans la section relative à sa naissance, le design urbain émerge en réaction à la composante substantielle du modernisme incarnée par les principes d'aménagement de l'urbanisme moderniste évoqués précédemment. Un mouvement de fond en design urbain et en urbanisme vise à redonner leur place aux *piétons* ainsi qu'aux *cyclistes* dans la conception des aménagements (Torres, 2012), non plus considérés comme des usagers périphériques aux côtés des automobilistes mais comme des usagers centraux des aménagements proposés. Deux objectifs concourants sont alors de travailler l'environnement urbain de façon à développer sa « marchabilité » (Ewing, Handy, Brownson, Clemente et Winston, 2006; Linovski et Loukaitou-Sideris, 2012; Torres, 2012) ou sa facilité à se déplacer en vélo ("*bikeability*") (Linovski et Loukaitou-Sideris, 2012) et à développer différents types de mesures limitant la place accordée aux voitures en ville et leur vitesse (Torres, 2012).

Une autre réponse peut être apportée à la question « qui sont les usagers » au travers de l'intérêt accordé à la diversité des usagers dans les processus d'aménagement et de leur place dans ce processus. Ici encore s'inscrit une dichotomie entre le modernisme et ses figures d'usagers qualifiés ici de *virtuels* et *prétextes* et le design urbain qui articule ses démarches autour d'*usagers explicités* et d'*usagers acteurs\citoyens*.

La première figure est caractéristique du modernisme qui véhicule et utilise des représentations des usagers qui ne sont que des modèles abstraits des êtres humains. Les personnes y sont envisagées sous l'angle physiologique, sans faire mention des aspects sociologiques et psychologiques (Gehl, 1987, p. 45), ce qui dénote une vision réductrice de l'être humain selon Gehl. Le *Modulor* développé par Le Corbusier en est un bon exemple : représentation idéale de l'humain qui sert de mesure dans les conceptions architecturales, il est défini comme « la mesure harmonique à l'échelle humaine applicable universellement à l'architecture et à la mécanique » (Le Corbusier, 1955, p. 34). Ses mesures « idéales » servent d'étalon à des normes de conception supposément universellement applicables. Cette figure devrait être dépassée mais perdure pourtant dans l'enseignement contemporain (Dobbins, 2009; Sandercock, 1998) car elle présente des façons de faire facilement transmissibles, applicables et réutilisables. L'utilisateur est

ici « virtuel » au sens où il ne correspond en rien à un être humain véritable. Nul besoin de le consulter pour mieux le connaître : contrairement à ce que laisse supposer Le Corbusier dans son ouvrage « La parole aux usagers » de 1955, l'utilisateur n'est pas au cœur de la démarche et fait juste office de « *prétexte* ». En s'affranchissant de la participation des usagers supposément au cœur de leur projet, les modernistes ont véhiculé des visions très orientées de ce que devait être, selon eux, le futur de la ville.

“Common to all these functional, [...] technological approaches was the absence of the intended beneficiaries of all this high level thinking. The theorists bypassed direct interaction with the broad citizenry that was supposed to live in the places they were designing. Uninformed by or dismissive of how people really live or what they really value [...] these precepts began to seep across the architecture and planning professions” (Dobbins, 2009, p. 56).

C'est ainsi que le modernisme s'insère dans un paradigme positiviste et qu'à la figure de *l'utilisateur-prétexte* décrite ici répond celle du *praticien-expert* dont parle Torres (2007).

Par contraste, les différents courants du design urbain postmoderne prennent en compte la diversité des personnes auxquelles ils s'adressent (Madanipour, 2006), dont il s'agit de réconcilier des intérêts, des « styles de vie » (Rapoport, 1977) et des besoins parfois divergents (Linovski et Loukaitou-Sideris, 2012) en fonction de leur genre, de leur ethnie, de leur âge ou de leurs capacités (Linovski et Loukaitou-Sideris, 2012). Une attention plus particulière est apportée dans ces démarches à certaines catégories d'utilisateurs. C'est le cas des aînés (Lord et Després, 2011; Negron Poblete et Seguin, 2012), des enfants (Cloutier et Torres, 2010; Morency *et al.*, 2011) ou encore des personnes avec limitations fonctionnelles. La compréhension du vieillissement se fait sous l'angle de l'expérience de l'environnement urbain par les aînés (Lord et Després, 2011; Negron-Poblete et Séguin, 2012) où l'accent est mis sur les entraves à la mobilité des aînés et les risques encourus dans leur pratique de la ville.

Dans une volonté de repenser les projets d'aménagement pour rendre la ville plus vivable et cherchant à réduire le fossé creusé entre usagers et concepteurs (Zeisel, 2006), ces designers ont ainsi envisagé des façons d'intervenir différemment, de mieux comprendre les usagers en mobilisant des connaissances portant sur les rapports entre personne et environnement et d'utiliser cette nouvelle compréhension pour améliorer le projet d'aménagement.

L'émergence de ce champ d'études personne-environnement est portée par Lewin (psychologue environnemental). Il propose l'équation suivante $B=f(PE)$ où le comportement (*behavior*, B) est

fonction de l'interaction entre une personne (P) et son environnement (E). Dans les années 1960, la psychologie environnementale considère les relations entre l'environnement et le comportement selon deux perspectives principales : lorsque les comportements sont considérés comme les résultats de l'environnement physique – les aspects « réactifs » du comportement humain sont étudiés – ; lorsque c'est le comportement qui est considéré comme « cause » de l'environnement physique (surtout de ses dégradations) – ce sont des formes plus « actives » des processus psychologiques qui sont alors étudiés (Bonnes et Boaniuto, 2001).

C'est cette relation que le design urbain qualifie « d'usage ».

“The field of environment, behaviour and society has emerged in an attempt to develop empirically-based understanding of the reciprocal interaction among individuals, social groups, cultures and the environments in which they live, and to apply such understanding to the better planning and design of the built environment. [...] Any findings about human preferences, perception, cognition, behavior, sociocultural variables and so on will, in principles, has an impact on our understanding of urban form and through that will influence the way cities are organized and the criteria used in planning and design to supplement those now used” (Rapoport, 1977, p. 383).

Différentes dénominations ont été données depuis à ce champ – « Environment Behavior Studies » (PES) (Zeisel, 2006), « Environment, Behaviour and Society » (PES) (Moore, 2006), « People-Environment Studies » (PES) (Graumann, 2001) – qui dépasse très largement la psychologie environnementale (Moore, 2006) et dans lequel se côtoient différentes théories et disciplines. Au travers de deux façons distinctes d'aborder les relations entre les usagers et leur environnement s'y dessinent les figures de *l'usager passif* et de *l'usager acteur*.

L'usager-passif : certaines approches qualifiées de « **déterministes** » envisagent les relations entre l'environnement et les usagers du point de vue **d'une détermination du comportement des usagers par leur environnement. L'usager est alors considéré comme un simple récepteur passif** qui s'adaptera, quoi qu'il en soit, aux environnements proposés. C'est l'approche « traditionnelle » du design urbain selon Rapoport (1977).

L'usager-acteur : d'autres considèrent plutôt l'environnement comme un « **substrat** » (« setting ») pour les activités humaines et s'intéressent à la perception de leur environnement par les personnes (Bronfenbrenner, 2005; Gibson, 1979; Rapoport, 1977). Ainsi, Lynch, en s'interrogeant sur *l'image de la cité* (1960), porte son attention sur la forme des villes, sa représentation et son **expérimentation par les usagers**. En s'intéressant à la **ville perçue**, il

cherche à dégager **des critères de conception** de la ville « **tangible** »³⁴. Son ouvrage examine la qualité visuelle des villes américaines selon un critère de « lisibilité » (“*imagibility*”) *i.e.* de clarté apparente pour ses usagers. La clarté d’une ville permet aux individus de s’en faire une image mentale, propre à chacun. Cependant l’image résultant de cette conception ne s’impose pas, **c’est l’usager qui la construit** à partir d’une recherche active d’informations dans son milieu ; il est envisagé comme un **acteur** de son milieu dans cette perspective.

« L’environnement suggère les distinctions et des relations et l’observateur [...] choisit, organise et charge de sens ce qu’il voit. L’image ainsi mise en valeur limite et amplifie alors ce qui est vu [...]. Aussi l’image d’une réalité donnée peut présenter des variations significatives d’un observateur à l’autre » (Lynch, 1960, p. 7).

Cette proposition fait écho à la théorie des affordances développée initialement par Gibson (1979) dans sa théorie écologique de la perception. Ce néologisme est formé sur le verbe *to afford* (fournir, offrir la possibilité) et représente les possibilités d’interaction entre l’animal, plus largement la personne et son environnement : “*The affordances of the environment are what it offers the animals, what it provides or furnishes, either for good or ill*” (Gibson, 1979, p. 127). Ces affordances seraient « réelles » dans le sens où elles existeraient « en soi » dans notre environnement et s’offriraient directement à la perception. La perception telle qu’envisagée par Gibson n’est cependant pas simple réception de signaux mais **recherche active** de l’information déjà disponible dans son environnement ce qui rejoint les observations faites en ergonomie. Par exemple, dans un environnement sonore « envahissant » comme il peut l’être en milieu de travail ou en milieu urbain, l’*audition*, captation passive et indifférenciée de tous les sons présents, se superpose à l’*écoute*, recherche active d’informations (Desnoyers, 2004). Toutefois, chercher cette information et la trouver suppose qu’elle nous « parle », que nous sachions qu’elle peut exister, que nous ayons appris sa signification : “*the process of pick up is postulated to be very susceptible to development and learning*” (Gibson, 1979, p. 250).

Par ailleurs, le rôle actif de l’usager ne se limite pas à celui d’un être qui se construit sa propre image à partir de ses perceptions, il s’étend à celui **d’un sujet capable d’agir sur cet environnement, en se l’appropriant**. L’appropriation de l’espace urbain comporte une composante d’usage ainsi qu’une composante identitaire. Cette dernière s’exprime par

³⁴ Dans mes mots et non les siens

l'identification à son quartier et le sentiment de « posséder » son environnement urbain, que celui-ci nous appartienne en propre ou non (Jacobs et Appleyard, 1987). Cette appropriation est facilitée par la conception de systèmes soutenant la **plasticité** des relations entre une personne et son environnement, composante fondamentale du développement de l'être humain.

“The relations between an active individual and his or her active and multilevel ecology constitute the driving force of human development. [...] The plasticity of these relations, and thus, the ability to maximize the possibility for adaptive developmental regulations, defines the essence of being human within Bronfenbrenners's system” (Lerner, 2005, p. xix).

La plasticité réfère ici à certaines caractéristiques liées aux personnes et à celles de leur environnement et leur capacité à fournir un substrat développemental.

“This effort to identify and conceptualize developmentally relevant characteristic of the person has [...] suggested the notion of conceptualizing analogous developmentally instigative elements at each environmental level from the proximal to the distal” (Bronfenbrenner, 2005, p. 100).

Par proximal, l'auteur désigne ce qu'il appelle le microsystème dont les possibilités doivent être envisagées au sein d'un macrosystème particulier selon les théories sociohistoriques développées par Vygostky et Luria³⁵.

“[it] include[s] reference to social, physical, and symbolic aspects of the immediate setting that **invite, permit, or inhibit** (je souligne), engagement in sustained, progressively more complex interaction with and activity in the immediate environment [...]. The potential options for individual development are defined and delimited by the possibilities available in a given culture at a given point of history” (Bronfenbrenner, 2005, p. 100).

L'utilisateur-acteur est aussi un usager – citoyen. Dès 1960, Lynch trace le chemin pour des démarches participatives (Torres et Breux, 2010). Selon Rapoport (1977) une partie des difficultés résultant de la fracture entre usagers et designers peut être levée en faisant participer les usagers au processus de choix, bien que tout ne puisse pas être fait **avec** (je souligne) les usagers. Le designer peut alors chercher selon lui à approcher les usagers et leurs usages au travers de l'étude de leur style de vie (“*lifestyle*”). Ainsi, l'expérience des usagers-citoyens est saisie à partir de plusieurs types de dispositifs : réalisation de cartes mentales de l'environnement urbain, marches accompagnées avec des usagers, groupes de discussion, observations larges et systématiques d'un quartier existant ou analogue, entrevues avec les

³⁵ Théories qui inspirent par ailleurs la clinique de l'activité ainsi que la perspective instrumentale en ergonomie

acteurs clés du projet, utilisation de photographies illustrant le tissu urbain exploré, etc. (Dobbins, 2009; Gosling et Gosling, 2003; Lynch, 1960; Torres, 2007).

L'usager peut aussi s'envisager comme une des parties prenantes des processus d'aménagement en design urbain et se présente sous la figure du citoyen, du résident ou d'acteurs collectifs tels que des organisations communautaires (Clément, 2009; Dobbins, 2009; Linovski et Loukaitou-Sideris, 2012; Torres, 2016). La participation peut prendre plusieurs formes (Linovski et Loukaitou-Sideris, 2012) : « charrettes », ateliers de travail, consultation publique (« public hearing »), enquêtes terrain, etc. et s'envisager à différentes étapes du processus de projet (Centre d'écologie urbaine de Montréal (CEUM), 2010, 2015).

Enfin, la lecture de ces écrits, avec un regard d'ergonome, fait aussi émerger une autre figure : celle des *usagers oubliés : les travailleurs*. La lecture de différents auteurs des “*People Environment Studies*” et du design urbain (Dobbins, 2009) fait apparaître de façon marquante des **représentations réductrices du travail**. Ainsi par exemple une catégorisation proposée par Dobbins (2009) des activités ayant lieu dans les “*workplaces*” sont : “*making, working, earning, providing, investing*” (p 131). Ce qui se passe à la maison (“*living, eating, sleeping, procreating, nurturing*”) dans les “*Marketplaces*” (“*buying, selling, exchanging, trading, marketing, shopping, vending, hanging out*”) et dans les “*institutions*” (“*learning, teaching, policing, soldiering, tending to health*”, etc.) n'aurait donc rien à voir avec le travail. Au-delà du manque évident de substance relativement à ce que peut être le travail, on peut s'étonner d'une telle catégorisation qui prête aisément le flanc aux critiques féministes selon lesquelles envisager la maison comme n'étant pas aussi un lieu de travail porte une vision masculine de la société et du travail (Ellin, 1996, p. 70). Le développement du travail à domicile, du télétravail, des soins à domicile pour les personnes âgées est une autre tendance qui viendrait appuyer ce propos. Cette approche semble être véhiculée entre autres par **certains courants des études personne-environnement (PES) dont s'inspire le design urbain, tels que les *visitors studies*** (Bitgood, 2001). La prise en compte des relations existant entre les usagers et les personnes travaillant *dans* et *sur* l'espace était absente des lectures consultées, de même que les compromis devant être faits entre différentes logiques d'usage d'un même espace public par des travailleurs et les autres usagers.

Retenons que le design urbain se démarque par l'importance accordée aux usagers et à leurs interactions avec leur environnement (Rapoport, 1977; Wapner et Demick, 2001). A la figure de l'utilisateur absent ou prétexte du modernisme répondent plusieurs figures d'usagers mobilisées dans le design urbain postmoderne : usagers passifs sous la dépendance de leur environnement, usagers acteurs dans leur milieu, en tant qu'utilisateurs de l'espace et que citoyens dans des démarches participatives. La centralité de la figure de l'utilisateur automobiliste s'efface aussi peu à peu au profit de l'utilisateur piéton ou cycliste, utilisant des modes de « transport actif » (Torres, 2012).

Des stratégies procédurales et substantielles permettent aux designers urbains de se rapprocher des besoins d'une diversité d'usagers : des mécanismes de participation et de connaissance des usagers à qui sont destinés les environnements ainsi que le design d'un environnement qui soit flexible, redonne du « contrôle » aux usagers sur leur environnement (McCoy, 2001; Zeisel, 2006) et favorise leur appropriation. Cette approche développementale du Design Urbain, fondée sur des approches telles que celles de Bronfenbrenner (dont il a aussi été question dans la revue de littérature portant sur les approches développementales du vieillissement) visent à maximiser les possibilités d'adaptation des usagers à leur environnement.

Les usagers-travailleurs semblent cependant être oubliés par le design urbain, tant dans les démarches participatives que dans leurs futurs usages des lieux, ce qui appauvrit la capacité du design à anticiper les compromis à faire entre les besoins de ces catégories d'usagers et d'autres, alors que cette dimension du design urbain est soulignée par plusieurs auteurs (Linovski et Loukaitou-Sideris, 2012; Rapoport, 1977)

3.5 Que fait l'utilisateur et dans quel contexte : les concepts d'activité et d'environnement

3.5.1 Ergonomie

L'usage se définit comme la relation entre une personne et son environnement. Cependant, dans cette perspective, ce que fait la personne, ses intentions et le cadre dans lequel elle le fait sont étudiés. C'est ici que la modélisation de l'activité comme partie centrale de la « situation de travail » ou de la « situation d'usage » permet une caractérisation plus fine de la relation.

« Le postulat est que les caractéristiques de la situation de travail, i.e. les conditions de travail matérielles, techniques, organisationnelles, peuvent constituer des ressources ou des contraintes pour l'activité, avec des impacts sur l'efficacité du travail » (Weill-Fassin et Rabardel, s.d., p. 3).

L'activité représente ce que fait concrètement un utilisateur (un usager, un opérateur) pour répondre aux exigences de la tâche, en fonction des moyens dont il ou elle dispose. L'explicitation de *l'activité* en ergonomie est indissociable de celle de la *tâche*. Par *tâche* on désigne :

« Ce qui est à faire, ce qui est prescrit par l'organisation. **L'activité est ce qui est fait, ce qui est mis en jeu par le sujet pour effectuer la tâche.** [...]. L'activité est finalisée par le but que se fixe le sujet, à partir du but de la tâche. Elle inclut de l'observable et de l'inobservable : l'activité intellectuelle, ou mentale » (Falzon, 2004, p. 24).

L'ergonome accède au « comment » de l'activité (St Vincent *et al.*, 2011, p. 42) par son observation, l'explicitation des comportements observés et leur description, selon une méthodologie abondamment explicitée dans les manuels d'intervention (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2006; St Vincent *et al.*, 2011).

Au-delà des aspects physiques (comportementaux) et mentaux, l'activité s'envisage aussi au niveau de sa composante sociale *i.e.* au niveau de tout ce qui relève des interactions d'une personne avec son entourage (collègues, clients, élèves, patients, etc.) (Falzon 2004; St Vincent *et al.*, 2011). Ces trois aspects sont indissociables et donnent lieu à des modélisations dont l'une est illustrée dans la Figure 1. Cette modélisation porte la marque des possibilités d'action des personnes sur leur environnement, par le biais des effets de leurs activités et définit les interrelations qui lient un sujet et son environnement dans la perspective ergonomique.

Sur la figure apparaît la notion de « processus de régulation ». La régulation se rapporte au contrôle exercé par l'usager par lequel il tente de réduire l'écart entre la tâche assignée et les résultats effectivement obtenus mais aussi de répondre à ses propres objectifs tels que « ménager sa santé, accroître son confort » (Leplat, 2006, p. 31). Plus les exigences de la tâche sont élevées, plus ces régulations peuvent être coûteuses pour les individus et « les possibilités de régulation dépendent de la marge de manœuvre de l'opérateur : celle qu'on lui donne et/ou celle qu'il se crée » (Coutarel, Caroly, Vézina et Daniellou, 2015). Les marges de manœuvres peuvent être d'origine externe à l'usager (elles sont alors fournies par son environnement) ou interne (c'est l'usager qui se les crée).

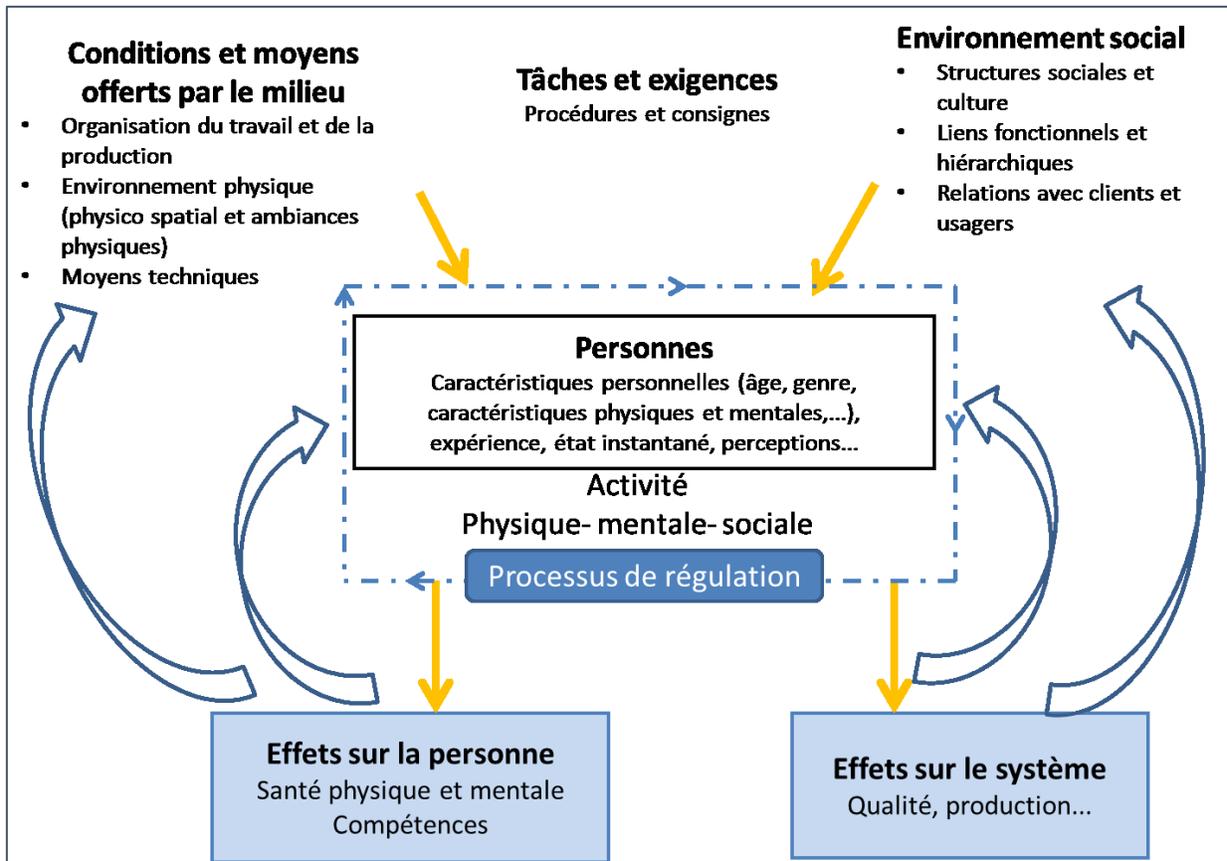


Figure 1. Activité et processus de régulation en situation de travail. Adapté de Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg, Kerguelen (2001) et de St. Vincent *et al.* (2011)

Plutôt que de parler de régulation dans la suite de la thèse, le terme de « stratégie » sera privilégié, étant donné qu'il s'agit d'un vocabulaire repéré dans plusieurs textes de design urbain mais aussi plus largement dans les approches personne-environnement. Major et Vézina (2011) soulignent l'emploi du terme « stratégie » dans les écrits en ergonomie de l'activité lorsqu'il s'agit d'explicitier l'activité de travail qui se déploie dans les espaces de compromis acceptables pour les personnes, tout en soulignant le manque de définition précise du terme. Les stratégies sont développées par les opérateurs afin de répondre aux objectifs fixés par la tâche tout en tenant compte de leurs propres capacités et de leur santé. Les auteurs (Major et Vézina, 2011) insistent sur le caractère intentionnel des stratégies au travers de leurs analyses de différents travaux en ergonomie, stratégies qui sont finalement des façons de composer et de s'adapter à son environnement et qui peuvent être individuelles et collectives.

« Ces travaux mettent en évidence l'ajustement, l'adaptation ou la régulation que met en place le travailleur pour rencontrer les exigences de production tout en tentant de préserver sa santé » (Major et Vézina, 2011, p. 4).

Elles proposent la définition suivante du terme stratégie, qui présente l'intérêt de s'envisager selon une perspective dynamique et de s'appliquer dans le cadre d'une activité humaine au sens large, dépassant le strict cadre du travail.

« Les *stratégies* ou *modalités de régulation* sont des comportements, des savoir-faire, des attitudes que la personne développe pour parvenir à maintenir l'équilibre entre ce qu'elle est et son environnement » (Major et Vézina, 2011, p. 5).

Cette activité est située : elle se déroule dans un contexte spécifique. L'environnement se partage entre les *conditions et moyens offerts par le milieu et l'environnement social* (St Vincent *et al.*, 2011). Ces conditions et moyens réfèrent à l'organisation du travail et de la production, aux structures hiérarchiques, mais aussi à l'environnement physique et aux dispositifs techniques. Ces derniers comprennent l'aménagement des postes de travail, les caractéristiques des machines ou des outils. L'environnement physique recouvre les espaces de travail, l'aménagement des lieux, les aires de circulation et les « ambiances physiques » telles que les ambiances sonores, visuelles ou thermiques (Desnoyers, 2004; St Vincent *et al.*, 2011; Weill-Fassina et Rabardel, s.d.). L'environnement social réfère aux relations avec les collègues, les supérieurs ou encore les clients dans le cas de relations de services (St Vincent *et al.*, 2011).

L'environnement est considéré comme un facteur qui influence, oriente l'activité (Weill-Fassina et Rabardel, s.d.) sans toutefois la déterminer. L'environnement est plutôt envisagé par les concepteurs du modèle comme fournissant un substrat aux activités des personnes, source de ressources ou de contraintes sur lesquelles s'appuie ou auxquelles tente de répondre l'utilisateur par ses stratégies. La proposition récente de l'ergonomie constructive (Falzon, 2013) d'envisager l'environnement sous l'angle de l'accroissement des capacités des individus fait le pont entre ces contraintes ou ressources de l'environnement et les stratégies déployées par les usagers. Le développement d'« environnements capacitants » (Pavageau, Nascimento et Falzon, 2007)³⁶ vise à donner plus de marges de manœuvres aux individus dans la réalisation de leurs

³⁶ Les critères sont en cours d'opérationnalisation en ergonomie à l'heure actuelle et donnent lieu à une littérature de plus en plus abondante.

activités. Cela se traduit par une attention toujours présente aux changements à apporter aux facteurs environnementaux, mais aussi à des **solutions qui soient sources de développement pour les personnes concernées, considérées comme actives dans cette démarche.**

« Du point de vue préventif, un environnement capacitant (EC) est un environnement non délétère pour l'individu, qui présente les capacités futures d'action.

Du point de vue universel, un EC est un environnement qui prend en compte les différences interindividuelles (liées aux caractéristiques anthropométriques, mais aussi au sexe, à l'âge, à la culture) et qui compensent les déficiences individuelles (liées au vieillissement, à la maladie, aux incapacités).

Du point de vue développement, un EC est un environnement qui permet le développement de nouvelles compétences et de nouveaux savoirs, et l'élargissement des possibilités d'action et du degré de contrôle sur la tâche et sur l'activité. Un EC est donc un environnement qui favorise l'autonomie et contribue au développement cognitif des individus et des collectifs, qui favorise l'apprentissage » (Pavageau, Nascimento et Falzon, 2007, p. 4).

3.5.2 Design urbain

Le concept d'activité humaine est un concept clé en « ergonomie de l'activité » comme présenté auparavant. Il est donc intrigant de découvrir que le terme « activités humaines » est couramment employé en design urbain et plus largement dans les études sur le rapport personne-environnement (Bronfenbrenner, 2005; Dobbins, 2009; Gehl, 1987; Lewin, 1936; Lynch, 1960; Mangin et Panerai, 1999; Rapoport, 1977). C'est un terme qui est cependant assez flou et dont la perspective varie selon les auteurs, mais qui en soi semble porteur d'opportunités de dialogue. Deux auteurs phares sur lesquels s'appuie le design urbain (Gehl et Rapoport) sont présentés ici pour illustrer le propos.

Gehl s'intéresse aux bâtiments, aux connexions, aux rues et à ce qui s'y passe.

“It is [...] about everyday activities and their specific demands on the man-made environment. It is on these daily situations that our cities and city districts must function and provide enjoyment. If they do so, this constitutes in itself, a highly valued activity” (Gehl, 1987, p. 9).

La « vie urbaine » est considérée sous l'angle des activités, que l'auteur décline en trois sous-groupes (p. 11-15).

- *Necessary activities : under all conditions* : aller à l'école, faire des courses, attendre le bus, etc. La plupart sont des activités reliées à la marche. “*These activities will take place throughout the year, under nearly all conditions, and more or less independent of the*

exterior environment”. L’auteur ne dit pas cependant comment ces activités essentielles auront lieu et à quel coût (pour la santé, la sociabilité, le stress, etc.).

- *Optional activities* : activités qui existent seulement s’il y a **désir et possibilité de participer**. Elles ont lieu “*only under favorable exterior conditions*” : aller prendre l’air, prendre le soleil sur un banc, etc. Pour cet auteur, les activités de loisirs extérieurs entrent dans cette catégorie : “*these activities are especially dependent on exterior physical conditions*”. Un bon environnement « de qualité » encourage ces activités et les précédentes.
- *Social activities* “*are all activities that depend on the presence of others in public spaces*”. Parmi les exemples donnés on retrouve : les jeux des enfants, les contacts d’amitiés, les simples rencontres dans la rue. Ce sont des activités considérées comme résultant des précédentes.

Selon lui, l’environnement urbain physique ne peut pas influencer directement ces activités. Par contre, sa configuration peut les faciliter ou les entraver et on retrouve ici l’idée de l’environnement comme substrat aux activités :

“the physical framework does not have a direct influence on the quality, content, and intensity of social contacts, architects and planners can affect the **possibilities** [je souligne] of meeting, seeing and hearing people” (Gehl, 1987, p. 15).

Un aménagement insuffisamment pensé en fonction des activités sociales qui peuvent y avoir lieu, non seulement, ne favorisent pas leur tenue, mais peut aussi avoir été fait en vain.

“When benches do not face activities, either they will not be used- or they will be used in non traditional ways” (Gehl, 1987, p. 29).

Le terme activités est ainsi employé dans un sens différent de celui dont on a l’usage en ergonomie. Il recouvre à la fois des actions physiques (marcher), des actions de communication (parler), des capacités sensorielles propres aux individus (entendre, voir), des actions collectives envisagées séparément. Elles semblent relever essentiellement de comportements observables et sont situées dans l’espace public – ce qui, en soi, rejoint la contextualisation de l’activité en ergonomie. Mais l’activité humaine est aussi envisagée, d’une certaine manière, au travers des **compromis nécessaires** pour l’exercer ainsi que des facteurs facilitant ou entravant présents dans l’environnement en particulier envers certaines catégories d’acteurs comme les personnes

en situations de handicap ou la population vieillissante (évoqués brièvement dans le chapitre 4 du livre de Gehl) et en cela rejoint l'analyse ergonomique.

Selon Rapoport, il faut cependant **distinguer le comportement des activités**. Il propose d'analyser toute activité selon quatre composantes (p. 19) : 1) **L'activité « en tant que telle »** : manger, faire des courses, boire, marcher ; 2) **La façon spécifique de mener cette activité** : boire dans un bar, marcher dans la rue, manger avec une autre personne ; 3) **Les activités additionnelles**, adjacentes ou associées qui deviennent partie d'un système d'activité. Par exemple, il cite le fait d'échanger des plaisanteries durant des courses ; 4) **L'aspect symbolique des activités** : faire du shopping comme "*conspicuous consumption*", cuisiner en tant que rituel, etc.

C'est la **variabilité** qui réside dans la façon de faire qui va avoir des impacts majeurs dans le design : "*an understanding of this total system is then necessary in order properly to design and plan for it*" (p. 19). L'activité dans cette acceptation est contextualisée, propre à chaque individu, et porteuse de sens ; elle est aussi fortement dépendante des « styles de vie », eux-mêmes influencés par des éléments d'ordre culturel, entendus comme "*set of values and beliefs which are learned and transmitted which create a system of rules and habits and lead to a lifestyle*" (p. 266). Selon lui, **les activités sont le meilleur outil pour accéder à la compréhension d'un système**. L'accès aux **représentations intérieures**, dans cette acceptation des activités, est ainsi un défi très important pour le designer.

La **distribution temporelle des activités** est importante à prendre en compte **pour éviter des conflits d'usages** en fonction des temporalités d'activités de chaque groupe et des difficultés de synchronisation qui peuvent en résulter (p. 269). Rapoport met ainsi en évidence le « cercle vertueux de l'usage » ou encore son « cercle vicieux » : plus un espace est utilisé... plus il est utilisé ou, inversement, moins il est utilisé... moins il est utilisé... plus il a de chances d'être dégradé... et moins il a de chances d'être utilisé. **Un des défis du design urbain est très certainement de se situer dans un cercle vertueux ou de briser un cercle vicieux.**

Les relations entre la personne et son environnement ont été discutées à plusieurs reprises en évoquant les assises du design urbain (mais aussi de la gérontologie environnementale). Que

doit-on entendre par environnement dans ces approches ? Le terme est lui-même polysémique et différentes définitions du mot environnement peuvent être privilégiées en fonction des disciplines qui s’y intéressent (Torres, 2005) mais aussi des postures épistémologiques (Torres, 2007).

Torres (2007) identifie dans sa thèse la perspective de « conjonction, » dans laquelle l’environnement est considéré comme « objet connaissable objectivement : différents observateurs, à différents moments, feraient par exemple les mêmes observations d’un quartier » (Torres, 2007, p. 47). Cette approche serait celle adoptée par le positivisme (Torres, 2007) qui pose un déterminisme environnemental (Rapoport, 1977) en envisageant les relations entre l’environnement et les personnes du point de vue d’une détermination du comportement des personnes par leur environnement.

Dans la perspective qualifiée de « complexité », Torres met l’accent sur « l’environnement subjectif » (Torres, 2007, p. 49) qui se révèle dans l’interprétation que font les personnes qui expérimentent leur environnement. L’environnement s’y présente comme un substrat (“*setting*”) aux activités humaines (Bronfenbrenner, 2005; Gibson, 1979; Rapoport, 1977).

Wapner et Demick (2001) définissent trois dimensions pour l’environnement : l’environnement physique, interpersonnel et socioculturel.

“The person is comprised of mutually defining physical/biological (e.g. health), psychological (e.g. self-esteem), and sociocultural (e.g. role as a worker) aspects; and the environment is comprised of mutually defining aspects, including physical (natural and built), interpersonal (e.g. friend, spouse), and sociocultural (rules of home, community and culture aspects)” (Wapner et Demick, 2001, p. 5).

Lawton (1983) envisage l’environnement comme un milieu physique, social et institutionnel. Bronfenbrenner le définit quant à lui dans une approche écologique : il envisage l’environnement comme faisant partie de systèmes multiscalaires (micro, méso, macro, exo) et dans ses composantes physiques, sociales et organisationnelles (2005).

Finalement, un ensemble de caractéristiques de l’activité humaine, telle que théorisée en ergonomie, se dégage de ces différentes perspectives. A savoir :

1. Une activité comme déploiement de stratégies opératoires (façons de faire une activité selon Rapoport) et comme réalisation de compromis ;

2. Une activité ayant des composantes sociales, culturelles, cognitives, biologiques et qui tient compte de la variabilité des contextes et des individus ;
3. Une activité dépendante de caractéristiques de l'environnement comme autant de contraintes extérieures ou de ressources mais aussi de caractéristiques internes propres au sujet. Par exemple, ses propres capacités physiques, le sens symbolique porté par l'activité, l'expertise en ce qui concerne son milieu (Lynch, 1960; Torres, 2007) ;
4. Une dimension collective de l'activité au travers notamment de la notion de réseaux entre individus que l'ergonomie approche au travers des notions de « travail collectif » ou de « collectif de travail » mais aussi de stratégies collectives.

3.6 Quels dialogues entre ergonomie et design urbain ? Retour sur l'interdisciplinarité

3.6.1 Similitudes disciplinaires et professionnelles

La place des valeurs et de l'éthique, tout comme l'interdisciplinarité intrinsèque du design urbain et sa dimension procédurale sont des points de convergence avec l'ergonomie (Torres et Feillou, 2011). Ce sont toutes deux des disciplines récentes et qui, au cœur de leur projet, procèdent d'une volonté de compréhension du contexte afin de le transformer. Elles présentent la particularité commune d'être des disciplines tournées vers l'action.

Toutes deux s'intéressent aussi aux pratiques mêmes des professionnels comme sources de connaissances et d'apprentissage pour la recherche (Torres, 2012). Elles cherchent aussi à développer des connaissances sur les usagers³⁷ qui puissent être utilisées par la suite par des professionnels pour transformer qui le travail, les produits ou équipements, et qui l'environnement urbain. Le développement de connaissances par les projets est ainsi un des aspects fondamentaux au niveau épistémologique, des courants du design urbain et de l'ergonomie de l'activité qui s'insèrent dans un paradigme constructiviste. Les connaissances développées sur les projets et les pratiques des professionnels, qui seront abordées dans le

³⁷ Au sens large, utilisateurs et usagers de services.

modèle d'analyse, seront utiles pour explorer la conjonction entre le vieillissement et les projets d'aménagement.

Les sections précédentes ont aussi montré une convergence dans l'évolution des pratiques de professionnels, tels que les ergonomes et les designers urbains, engagés dans des situations de service. Cerf et Falzon (2005) élaborent une typologie des situations de service basée sur une série de huit critères³⁸ qui sont autant d'indicateurs permettant de décrire des situations de service. Parmi les types de situations de service envisagées, le métier d'ergonome relève selon les auteurs de la situation de conseil et d'accompagnement, ainsi que celui d'architecte. La liste des métiers pourrait être vraisemblablement étendue aux métiers d'urbaniste, d'architecte paysagiste ou de designer urbain.

« Le conseil est l'activité d'un agent qui met temporairement à la disposition d'un client ses compétences [...] pour aider le client à prendre une décision [...] ou à réaliser les actions pour mettre en œuvre ses décisions » (Cerf et Falzon, 2005, p. 15).

Deux types d'attitudes se rencontrent ici : une **attitude d'expert** où le conseiller a une position surplombante et dit au client ce qu'il pense être bon pour lui. Une attitude plus coopérative où la **décision est co-construite** entre le conseiller et son client. Les situations de service vécues par ces praticiens coopératifs se caractérisent par « la résolution coopérative de problèmes » mais aussi par « l'activité de médiation » déployée.

L'évolution des pratiques des ergonomes et des designers urbains tendent vers cette attitude coopérative. Le professionnel se rapproche de l'utilisateur, cédant le pas à « l'expertise surplombante » pour aller vers des interventions participatives, dans lesquelles l'expertise propre aux usagers (aux travailleurs) est prise en compte. D'expert, l'intervenant doit devenir médiateur (Martin, 2000) compréhensif de l'activité des sujets et il leur délègue une partie de son pouvoir (Lemay, 2011). D'un processus de conception où le seul concepteur envisagé est celui dont c'est la profession (le designer, l'ingénieur, l'architecte) on passe à des processus de

³⁸ Les critères retenus par les auteurs sont : les facteurs temporels, les objectifs de la relation, du point de vue de l'opérateur, le degré de dépendance du client (usager), l'espace dans lequel est exercé l'activité de l'agent, le caractère marchand de la relation, qui permet de définir notamment la différence entre un client et un usager, le degré de formalisation de « conventions » réglant le déroulement de l'interaction, les contraintes institutionnelles imposées à la relation, les supports existants pour conduire l'interaction.

conception où plusieurs acteurs peuvent se revendiquer concepteurs. La conception n'est ainsi plus envisagée du point de vue de la profession mais de l'activité. On parlera alors de co-construction, co-conception, conception collaborative, etc. Le « contrat » (Falzon, 2004) entre les concepteurs et les usagers change de sens.

Cette sortie d'un cadre « d'expertise » n'est possible qu'au regard d'une évolution des demandes des clients (les commanditaires) ou des citoyens qui, à leur tour, doivent sortir d'une posture de délégation envers les concepteurs. Elle va de pair avec un questionnement réflexif croissant sur leur propre pratique par des « designers-chercheurs » au sens de Schön (1994).

Mais nous avons vu aussi que cette posture n'est pas unique. En design urbain, certains s'interrogent sur la persistance du paradigme de la science appliquée dans la formation actuelle des designers et la posture qu'elle engendre chez l'intervenant (Sandercock, 1998). En ergonomie, la définition de l'ergonomie telle que proposée par l'IEA en 2000 montre encore la persistance d'un modèle des sciences appliquées. Par ailleurs, la participation des usagers ne se décrète pas. En particulier, elle est facilitée par la présence d'un médiateur, ergonomiste ou designer urbain dans le cas présent, qui assure la traduction des enjeux des usagers (et de leurs activités) ou la traduction de ceux des représentants des usagers auprès des concepteurs.

Ainsi à l'heure actuelle, on peut supposer que dans les projets d'aménagement coexistent différentes attitudes pouvant s'envisager dans un continuum (au sein d'une même organisation, selon les acteurs, selon les projets...) laissant entrevoir des sources potentielles de conflits mais aussi de difficultés professionnelles pour des concepteurs insuffisamment préparés durant leur parcours pédagogique et dont le cadre de référence les entrave plutôt que les aide (St Arnaud, 1997), en particulier s'il est réduit à des compétences techniques.

3.6.2 Passerelles conceptuelles

Le concept d'activité humaine, tel que proposé par l'ergonomie, paraît être une première passerelle. L'activité humaine est certes abordée en design urbain mais sa description manque d'un cadre intégrateur qui faciliterait la connaissance des usagers dans la composante procédurale du design urbain. Celui-ci en retour pointe l'importance d'inclure plus fortement certaines composantes de l'activité comme la composante affective dans cette analyse, car celle-

ci peut mener au rejet d'un environnement ou d'un produit créé lors du processus de design, voire à sa dépréciation (Rapoport, 1977).

L'explicitation de l'environnement « subjectif », tel que perçu par les usagers en design urbain enrichit sa conceptualisation par l'ergonomie. Le design urbain nous amène à comprendre, en tant qu'ergonome, que **le symbolisme des environnements** peut procurer différents types **d'émotions** aux usagers. L'environnement subjectif, tel qu'il est perçu par les usagers, participe de son appropriation. L'histoire des objets joue ainsi un rôle important dans les qualités que leur attribue une personne (Lewin, 1936). L'ergonomie s'est penchée assez peu sur cette dimension affective dans le travail en lien avec des éléments symboliques ou esthétiques de l'environnement. La notion de « plaisir » dans l'utilisation d'un produit commence à être explorée par certains ergonomes, notamment ceux travaillant dans des situations de design d'interfaces informatiques ou de design de produits (Dejean et Naël, 2004; Norman, 2004). Pour certains, le plaisir prendrait même le dessus sur la fonction. Expliciter ce qui procure du plaisir devient donc un élément important de la démarche, tout comme expliciter, en milieu urbain, ce qui peut dans la perception de l'environnement procurer sentiment de confort ou d'insécurité. Ce dernier point est souvent d'ailleurs abordé lorsqu'il est question de la perception de leur environnement (Jacobs 1993) par les aînés comme un obstacle à son utilisation.

Par ailleurs, les réflexions menées autour de l'appropriation de leur environnement par les usagers dans les deux disciplines, autour de la figure de l'utilisateur-acteur, soulève des préoccupations semblables. En ergonomie la volonté est de rendre du pouvoir d'agir aux usagers et de développer leurs marges de manœuvres, encore désignées par « degrés de liberté » ou « éventail des possibles » (Coutarel *et al.*, 2015)³⁹. Cette notion de « pouvoir » semble proche de celle de « contrôle » sur leur environnement par les usagers, développée en psychologie environnementale (Mc Coy, 2001; Zeisel, 2006) et reprise par le design urbain.

Envisager l'environnement urbain comme un instrument permettant le développement humain par son appropriation supposerait ainsi de concevoir des artefacts « flexibles » que les usagers

³⁹ Le terme est souvent confondu avec celui de « pouvoir d'agir ». La revue « travail humain » consacre un numéro spécial en 2015 pour les éclaircir, sans qu'il soit possible ici d'entrer dans le niveau de détail discuté.

pourraient modifier – et donc de donner du pouvoir aux usagers – mais aussi « lisibles » *i.e.* possédant des « affordances » perceptibles par les usagers dans le cadre de conventions culturelles particulières – ce qui pose la question du traitement de la multiculturalité dans les villes, de la grande variabilité de ses usagers et de leur éducation à leur environnement urbain⁴⁰.

Plus largement il s’agirait d’envisager la conception d’environnements « capacitants » comme proposé par Falzon (2005), s’appuyant, dans leur aspect développemental, sur des environnements flexibles et qui soutiennent le développement de stratégies par les usagers.

3.6.3 Des impensés dans chaque discipline et l’impact en design

La confrontation des points de vue de l’ergonomie et du design urbain fait surgir des « impensés » ou des « peu pensés » dans chacune des disciplines. L’usager qui travaille manque d’épaisseur en design urbain, alors que c’est l’usager des services qui en manque en ergonomie de l’activité. La réflexion menée ici autour des notions d’usagers alerte sur les « usagers impensés », dont les futures activités risquent d’être oubliées lors de la conception, voire même de développer des conceptions contradictoires en fonction des usagers (Falzon et Lapeyrière, 1998) amenés à utiliser les espaces et produits créés.

Conclusion

Il existe des possibilités de convergence et de dialogue (Torres et Feillou, 2011) entre les deux disciplines. Ce dialogue pourrait s’envisager comme une opportunité permettant une meilleure adéquation entre une forme urbaine et son contexte et un projet commun d’humanisation des milieux de vie, par le biais de démarches participatives et d’une meilleure connaissance de la diversité d’usagers amenés à utiliser et transformer ces environnements.

Le type de réflexion menée ici a amené à questionner un certain nombre d’implicites dans la discipline de rattachement. Comme déjà souligné auparavant (Feillou, 2012) l’exercice de l’interdisciplinarité pousse à la réflexivité, à l’explicitation et force à préciser le projet

⁴⁰ Par exemple, pour un aveugle, savoir ce que signifie un signal sonore à un feu ou pour un enfant, quelles sont les significations des couleurs des lumières.

scientifique et politique de la discipline d'appartenance initiale. Il pousse ainsi à préciser le vocabulaire employé de part et d'autre pour que la construction d'un « monde commun » (Béguin, 2005) s'avère possible. Ceci ne veut pas dire que tout peut se traduire, mais que des concepts ou des auteurs semblent agir à titre de « passeurs de monde ». Les concepts d'activité et d'environnements capacitants sont très certainement de tels passeurs entre l'ergonomie et le design urbain, mais aussi avec la gérontologie.

Les réflexions portées par l'ergonomie et le design urbain s'insèrent dans une approche Personne-Environnement, tout comme les recherches contemporaines sur le vieillissement. Le design urbain amène des méthodes originales (comme par exemple les marches exploratoires) pour saisir, de façon très contextualisée, les difficultés vécues par les aînés dans certains environnements. Il amène aussi une préoccupation envers les compromis d'usages de ces environnements par différents types d'usagers, incluant les aînés. Quant à l'ergonomie de l'activité, elle a développé des connaissances sur les stratégies développées par les travailleurs vieillissants dans le cadre de leur activité pour faire face aux contraintes de leur environnement de travail. Elle vise aussi, sans que cela soit spécifiquement en lien avec les travailleurs vieillissants, à donner du pouvoir d'agir aux usagers, envisagés comme des usagers-acteurs. Or la recension des écrits a souligné la volonté de certains chercheurs de considérer les aînés comme des acteurs dans leur milieu et de mettre en place des conditions favorisant le développement de leur pouvoir d'agir (Charpentier et Soulières, 2007). Cette vision, enlignée avec la vision développementale du vieillissement en ergonomie amène à réfléchir, en termes de design, à ce que pourraient représenter des environnements capacitants pour les aînés conçus lors de projets d'aménagement. Que seraient des environnements « capacitants » qui permettraient de (re) donner du pouvoir d'agir aux aînés ?

De plus, les rapprochements entre les deux disciplines ont balayé un certain nombre de thématiques relativement aux usagers et à leur prise en compte dans les projets. Ces thématiques sont autant d'hypothèses (ou de questionnements) qui peuvent se décliner dès lors qu'il est question de la prise en compte des aînés dans les projets d'aménagements : leur expertise est-elle reconnue par les professionnels qui interviennent dans les projets d'aménagement ? Les aînés sont-ils perçus comme des « objets du design » ou comme des partenaires ? Les usagers-

ânés sont-ils des *usagers-prétextes* qui n'interviennent pas dans le processus de conception ou des dispositifs sont-ils mis en place dans les projets pour comprendre leurs activités qui seront impactées (ou créées) et influencer les futurs environnements créés ? Les usagers âgés sont-ils envisagés uniquement selon leurs activités « vitales » ou « nécessaires » ou aussi dans leurs activités sociales ? Leur variabilité d'état, de statuts, de motifs, d'activités, d'expériences, etc., sont-elles prises en compte lors des processus de conception ?

Le modèle d'analyse propose de revenir plus précisément sur le modèle PE, qui sera envisagé plutôt comme un modèle PEA (personne-environnement-activité) dont nous verrons, au travers des résultats, qu'il fournit les bases d'une compréhension des figures d'ânés mobilisées dans le projet étudié. Dans ce modèle, l'apport de l'ergonomie, enrichie par les apports du design urbain, outre ses propres connaissances et sa vision du vieillissement, est de proposer, par le biais de l'activité, une modélisation de la relation entre la personne âgée et son environnement, dans une perspective développementale.

Le modèle général Personne-Environnement-Activité-Contexte-Intervention (PEACI) qui englobe le précédent abordera aussi des connaissances sur les projets, le processus de conception et les interventions visant à amener des changements par le projet, développées en ergonomie et en design urbain. Le modèle PEACI introduit la dimension de passage à l'action qui est absente du modèle PEA.

Ces connaissances permettront par la suite de proposer un cadre pour analyser les projets d'aménagement et l'intégration de la préoccupation du vieillissement et de la participation des ânés (compris comme des changements visés par des intervenants) en fonction de plusieurs facteurs.

4 Modèle d'analyse

La question de recherche empirique se présente autour de deux concepts principaux et de leur articulation : le vieillissement d'une part ; le projet d'autre part, qui fait référence dans le cadre de la thèse au projet d'aménagement ; la prise en compte du vieillissement dans le projet comme conjonction. L'étude de cette conjonction, qui représente l'objectif principal de cette thèse, se fait par l'exploration des figures des usagers âgés et du vieillissement, tout à la fois véhiculées par les parties prenantes du projet et qui orientent leurs actions.

L'étude des figures d'usagers (et notamment des usagers aînés), en lien avec des pratiques professionnelles⁴¹ et des contextes spécifiques, est pertinente à plusieurs égards (Borzeix, 2011; Boussard, Lorient et Caroly, 2006; Largier, 2010), comme cela a été montré au chapitre précédent. Premièrement, c'est une façon d'approcher la vieillesse au travers des représentations véhiculées par les professionnels dans le projet qui contribuent elles-mêmes aux représentations sociales du vieillissement (Mallon, Hummel, et Caradec, 2014). Deuxièmement, c'est aussi une façon d'explorer les représentations qui orientent les actions de ces professionnels. Celles-ci influencent leur mode d'intervention (Ledoux, 2000) dans le projet ainsi que l'issue du projet au travers de la création d'un dispositif urbain particulier qui « véhicule » (Clément, Dubreuil et Milanovis, 1999) « objective » (Caradec, 2012) ou « cristallise » (Béguin, 2007) leurs représentations (et leurs possibilités d'action). Troisièmement, il s'agit d'un domaine dans lequel peu de connaissances ont encore été développées (Mallon, Humel et Caradec, 2014), comme argumenté dans la partie problématique de la thèse.

L'objectif de ce chapitre est de proposer un modèle d'analyse permettant, *in fine*, de développer des connaissances sur les facteurs favorables et les difficultés à la prise en compte d'un « réflexe aînés » dans les projets. Ce modèle a été développé à partir du cadre conceptuel (chapitre 3) et de connaissances issues de l'ergonomie, du design urbain et d'approches biosychosociales du vieillissement.

⁴¹ Qu'il s'agisse, dans le cas qui nous intéresse, de praticiens qui doivent intégrer la problématique du vieillissement dans les projets ou qui visent à influencer cette prise en compte.

La première partie présente la modélisation PEA (personne-environnement-activité) développée pour aborder le vieillissement. Dans la seconde partie, ce sont différentes perspectives et connaissances pour aborder les projets d'aménagement qui sont abordées.

La troisième partie analyse la prise en compte du vieillissement comme l'intégration d'une nouvelle préoccupation porteuse de changements pour les parties prenantes en relation avec le projet et s'appuie sur un modèle du changement développé en ergonomie (basé sur l'analyse d'interventions externes en santé et sécurité au travail). Le modèle final, présenté dans cette partie, fait la synthèse des propositions précédentes et introduit deux dimensions absentes du modèle PEA, à savoir les interventions (I) et le contexte dans lesquelles ces interventions se déroulent (C).

4.1 Modélisation Personne-Environnement-Activité (modèle PEA)

Le modèle Personne-Environnement-Activité est schématisé très simplement sous la forme d'un triangle reliant trois pôles : le pôle personne, le pôle environnement et le pôle activité.

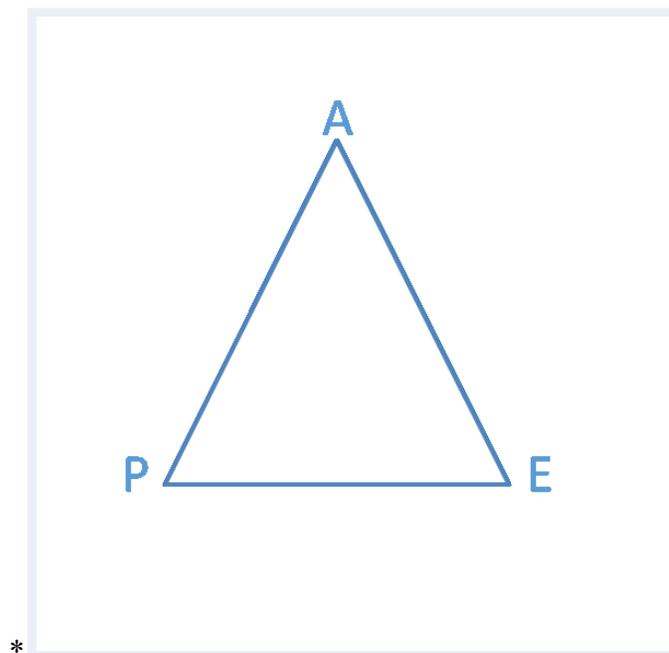


Figure 2. Le modèle d'analyse PEA

4.1.1 Le pôle Personne

Les aînés sont positionnés dans le pôle « Personne »⁴². Ce pôle repose sur un modèle de l'être humain envisagé dans ses dimensions biologiques, psychologiques, cognitives, sociales (Daniellou, 1996; Ghel, 1987) ou encore culturelles (Rappoport, 1977) et émotionnelles (Dejean et Naël, 2004; Norman, 2004). On y retrouve aussi ses compétences, expériences et intentions (Weill-Fassina et Rabardel, s.d.) ainsi que ses capacités ou compétences (Lawton, 1985), définies comme « savoir ou savoir-faire » (Falzon, 2013, p. 3).

Dans une perspective développementale, l'être humain est envisagé comme un acteur dans son milieu. En tant qu'usager, ceci se traduit par une relation dynamique avec son environnement durant laquelle il s'approprie son milieu et en tant que citoyen par sa participation à des processus de conception ou des démarches participatives dans l'espace public.

Par ailleurs, la variabilité (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2006; Hosking, Waller et Clarkson, 2010,) des êtres humains, aussi bien intra individuelle qu'inter-individuelle apparaît comme une composante fondamentale de ce pôle. La variabilité intra-individuelle (vécue par une même personne) peut s'exprimer sur des échelles temporelles très courtes (à l'échelle de la journée) ou beaucoup plus longues, principalement en lien alors avec le phénomène du vieillissement. Celui-ci participe aussi à la variabilité interindividuelle (entre différentes personnes) : la diversité parmi les êtres humains augmente avec le vieillissement (Kalache, 2009).

Le vieillissement est envisagé ici comme un développement différencié selon les individus (Coleman et O'Hanlon, 2004; Kail et Cavanaugh, 2013), entrelacé de pertes et de gains. Le vieillissement en tant que développement n'est donc pas seulement un processus d'adaptation conçue, sous un mode réactif, d'une personne déclinante – aux prises avec une diminution de ses ressources personnelles – face à son environnement, comme le laisse présager le modèle de Baltes et Baltes (1990), mais aussi un processus d'adaptation dynamique qui se bâtit sur l'expérience acquise ou de nouveaux apprentissages.

⁴² Ce terme aîné est utilisé couramment plutôt que le terme « personnes âgées » au Québec. Bien que manquant d'une définition claire (Statistiques Canada, 2007) et que la thèse questionne son homogénéisation implicite des différentes personnes qu'il est censé représenter, il sera privilégié pour la suite de la thèse puisque celle-ci s'ancre dans un contexte Québécois.

Cette capacité d'adaptation des aînés se baserait sur le développement de mécanismes de compensation ("*styles of coping*") spécifiques et individualisés, qui reposeraient sur des stratégies d'adaptations face aux stressseurs de l'environnement et à leur propre état (Cavanaugh, 2013; Coleman et O'Hanlon, 2004.). Plusieurs modèles de stratégies d'adaptation ont été proposés : l'un des plus connus est le modèle de "*selection optimization with compensation*" (SOC) de Paul et Margaret Baltes (Baltes et Baltes, 1990). Selon ce modèle, les personnes sélectionnent certaines activités essentielles et en laissent volontairement d'autres de côté, se concentrant dans des domaines correspondant à leurs habiletés et leurs situations. Vient par la suite une recherche d'optimisation des comportements par les personnes âgées de façon à rencontrer à la fois leurs objectifs et les défis du milieu. Enfin, les mécanismes de compensation se développent en réponse à un environnement difficile : c'est l'apparition de l'usage de moyens alternatifs pour atteindre un but et pour garder sa performance à un certain niveau (utilisation de canes par exemple ou de sonotones).

Envisager que des gains peuvent s'opérer dans le vieillissement c'est considérer le vieillissement comme un processus d'apprentissage (Bélangier, 2016; Falzon, 1996; Rogalsky et Marquié, 2004) dans lequel les aînés développent leurs stratégies et permet de s'interroger sur les leviers au développement de ces apprentissages.

4.1.2 Le pôle activité

L'activité se définit comme une réalisation de compromis entre les capacités des personnes et leur environnement. Elle se compose de dimensions mentales, cognitives, sociales et affectives. Elle s'exprime sur une base individuelle mais aussi collective (Rappoport, 1977; St-Vincent *et al.*, 2011). Sur la base du design urbain on peut distinguer trois niveaux d'activités en milieu urbain : nécessaires, optionnelles et sociales (Gelh, 1987). Dans certaines conditions, l'activité peut être « empêchée » (Clot, 1999), générant souffrance, perte de sens pour les individus et amputation de leur « pouvoir d'agir » (Clot et Simonet, 2015).

« Par empêchement (action d'empêcher) on entend un processus qui rend l'action difficile, la paralysie, la bloquer, qui obstrue, inhibe ou fait obstacle à l'exécution d'une action. Le concept d'empêchement s'applique quand le sujet n'a pas d'autre choix que de céder, de s'arrêter de faire, de s'arrêter de « fonctionner », de s'arrêter « d'être » » (Sznalwar, Mascia et Bouyer, 2006, p. 28-29).

Le terme « pouvoir d’agir » mériterait d’être précisé puisqu’il est abordé aussi bien en gérontologie et en travail social (Charpentier et Soulières, 2007; Grenier et Simard, 2011), qu’en ergonomie (Béguin et Cerf, 2004; Caroly, 2010; Coutarel *et al.*, 2015) et semble se rapprocher de la notion de « contrôle » utilisée en design urbain (Mc Coy, 2001; Zeisel, 2006). On y retrouve associés les termes de « marges de manœuvres », « marges de manœuvres situationnelles » et « d’environnements capacitants » (Coutarel *et al.*, 2015; Falzon, 2005, 2013; Pavageau, Nascimento et Falzon, 2007) en ergonomie et ailleurs de « marges de pouvoir », « marge de manœuvre » ou « marge d’autonomie » pour désigner les marges dont disposent les aînés face aux contraintes de leur environnement (Charpentier et Soulières, 2007).

Il ne peut être question ici de discuter de l’ensemble des subtilités entre ces concepts. Certains y ont récemment contribué en ergonomie dans une édition spéciale du Travail humain consacrée aux « marges de manœuvres et pouvoir d’agir dans la prévention des TMS et des RPS »⁴³ et spécifiquement centré sur les situations de travail. Les marges de manœuvre y sont abordées comme des composantes du pouvoir d’agir. Celui-ci s’envisage selon un axe temporel long à l’échelle de l’individu alors que les marges de manœuvre s’y définissent dans un temps « court ».

Ces écrits s’inscrivent dans une perspective développementale des individus, compatible avec une vision développementale du vieillissement et une vision des aînés comme des acteurs. A partir de la proposition de Coutarel *et al.* (2015), les marges de manœuvre sont considérées ici comme une résultante d’une rencontre située (contextualisée, souvent renouvelée) entre les caractéristiques d’un individu et celles de son milieu. Une des définitions de la marge de manœuvre est la suivante :

« En ergonomie, la marge de manœuvre est définie comme la possibilité ou liberté dont dispose un travailleur pour élaborer différentes façons de travailler afin de rencontrer les objectifs de production, et ce, sans effet défavorable sur sa santé » (Durand *et al.*, 2008, p. 2).

Elle présente l’intérêt de mettre l’accent sur les « possibilités », « ce qui pourrait être fait », bref, la nature potentielle des marges de manœuvre. Dans le cadre de cette thèse, la définition suivante de marge de manœuvre est proposée : la marge de manœuvre est définie comme la possibilité

⁴³ <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2015-1.htm>

dont dispose un individu pour élaborer différentes stratégies afin d'atteindre ses objectifs, et ce, sans effet défavorable sur sa santé. Cette définition est élaborée à partir de la définition de Durand *et al.* (2008) et en utilisant la définition de stratégie telle que définie par Major et Vézina (2011)⁴⁴ :

Le développement des marges de manœuvre est à rapprocher des facteurs de conversion définis comme « l'ensemble des facteurs qui facilitent (ou entravent) la capacité d'un individu à faire usage des ressources à sa disposition pour les convertir en réalisations concrètes » (Fernagu-Oudet, 2012, p. 10). Des facteurs de conversion facilitateurs recouvrent les conditions favorables permettant de passer des capacités aux capacités réelles des individus (Falzon, 2013). « La "capabilité" » est définie comme l'ensemble des fonctionnements réellement accessibles à un individu » (Falzon, 2013, p. 3). Dit autrement, la capabilité « s'appuie sur un ensemble de ressources mobilisables (internes et externes à l'individu) qui vont subir des conversions afin de s'actualiser dans des réalisations ou conduites choisies » (Fernagu-Oudet, 2012, p. 10). La présence d'une ressource (interne ou externe) ne suffit donc pas, encore faut-il pouvoir l'utiliser.

4.1.3 Le pôle environnement

Le développement des marges de manœuvre des aînés par des interventions sur l'environnement peut donc s'envisager comme le développement des ressources à leur disposition dans cet environnement ainsi que des facteurs de conversion favorables à l'utilisation de ces ressources. L'environnement, en tant que substrat aux activités des individus, peut s'envisager tour à tour comme ressource ou contrainte pour celles-ci. Cette idée de ressource est aussi présente dans l'aspect développemental des environnements capacitants (Falzon, 2013; Pavageau,

⁴⁴ Le concept de stratégie, déjà présenté dans le cadre conceptuel est le suivant :

« Les stratégies ou modalités de régulation sont des comportements, des savoir-faire, des attitudes que la personne développe pour parvenir à maintenir l'équilibre entre ce qu'elle est et son environnement » (Major et Vézina, 2011, p. 5).

Nascimento et Falzon, 2007), tels qu'évoqués dans les sections 3.5.1 et 3.6.2 (à propos des passerelles conceptuelles entre ergonomie et design urbain).

L'environnement se définit aussi dans ses dimensions physiques (naturelles et construites), sociales et organisationnelles (Bronfenbrenner, 2005) comme présenté dans le cadre conceptuel, ainsi que par ses composantes objectives mais aussi subjectives (Torres, 2007).

4.2 Projets en aménagement

4.2.1 Définitions préalables autour des mots conception, design et projet

Dans un premier temps que signifient les termes « conception » et « design » ? Pour le dictionnaire Larousse, la *conception* est

« L'action d'élaborer quelque chose dans son esprit, de le concevoir ; le résultat de cette action. C'est aussi la manière particulière de comprendre une question ; opinion, représentation, idée que l'on peut se faire de quelque chose »⁴⁵.

Une autre définition de conception dit que

« la conception (terme anglais : design) est l'activité créatrice qui consiste à élaborer un projet, ou une partie des éléments le constituant, en partant des besoins exprimés, des moyens existants et des possibilités technologiques dans le but de créer un bien ou un service »⁴⁶.

Au travers de ces deux définitions, surgissent plusieurs aspects de la conception : c'est à la fois une activité cognitive particulière portée par une personne, un processus, une méthode, un résultat, une intention (envisager quelque chose) qui s'inscrit dans une activité de projet. La conception comporte une dimension procédurale (le processus) et substantielle (le résultat du processus). Le mot *design* en anglais, selon qu'il est employé comme nom fait référence à « l'agencement, l'arrangement et la forme d'un produit quelconque » (Torres, 2007, p. 8) et en tant que verbe à une action délibérée, une intention. En français, le terme de « design » reste entaché d'une dimension esthétique et formelle qui le rattache à l'objet conçu alors que l'action délibérée se rapprochera plutôt du terme de conception.

⁴⁵ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conception>

⁴⁶ Grand dictionnaire terminologique de l'office québécois de la langue française

« Le terme design doit être évité en ce sens [de conception]. En français, le mot design est réservé aux activités qui visent une harmonisation esthétique de l'environnement humain à partir des formes données aux productions industrielles. Il ne faut pas l'étendre à toutes les activités créatrices »⁴⁷.

Cette définition du design est cependant très réductive de la pratique du design dont une définition plus large a été donnée par l'ICSID en 2002.

“Design is a creative activity whose aim is to establish the multi-faceted qualities of objects, processes, services and their systems in whole life cycles. Therefore, design is the central factor of innovative humanisation of technologies and the crucial factor of cultural and economic exchange” (ICSID, 2002)⁴⁸.

Dans la réflexion portée par la thèse, les termes de design ou de conception sont employés indifféremment. D'une part parce qu'elle s'ancre plus largement dans un contexte québécois où l'on parle de *design* urbain et non de *conception* urbaine et d'autre part parce que les auteurs en ergonomie consultés parlent indistinctement de conception ou de design, tout dépendamment de la langue dans laquelle ils écrivent. Les deux aspects du design, à savoir sa dimension procédurale (processus) qui comporte aussi des aspects stratégiques et de résolution de problème et sa dimension substantielle (le résultat) seront abordés sous l'angle de la prise en compte des usagers et des usages.

Par ailleurs les définitions du terme *conception* le rapprochent de celle de *projet*. Dans le projet, « figure emblématique de notre modernité » (Boutinet, 1990), nous retrouvons les dimensions procédurales et substantielles de la conception. Tout d'abord un projet procède d'une intention, d'un dessein. En ce sens, il se rapproche de l'italien *progetto* qui se rapporte spécifiquement à l'activité intellectuelle d'élaboration du projet, de l'idée. Mais ce projet doit être réalisé, au travers d'une planification et d'un programme. C'est le *progettazione* italien qui recouvre les activités de conception et, notamment, celles liées aux dessins, plans, maquettes, etc. et celles de réalisation, mais aussi les structures organisationnelles nécessaires à l'avancement du projet. Un projet de design urbain peut donc s'entendre comme un projet d'aménagement en milieu urbain et l'activité de conception comme une des dimensions du projet. Pour les ergonomes, intervenir en conception, en amont de projets et non en aval, une fois les dispositifs conçus et les investissements financiers réalisés, donne des leviers plus importants pour agir sur les conditions de travail et d'usage et la santé des travailleurs (Daniellou, 2004; Pavageau,

⁴⁷ Grand dictionnaire terminologique de l'office québécois de la langue française

⁴⁸ www.alliance-francaise-des-designers.org/definition-du-design.html Repéré en janvier 2017

Nascimento, Falzon, 2007). En effet, c'est là que se développe la vision du projet et que se prennent un certain nombre de décisions s'exprimant dans des critères de conception, menant peu à peu à un ensemble de solutions jugées convenables et amenant au choix de réaliser matériellement le projet (Zeisel, 2006).

4.2.2 Trois niveaux de compréhension sur les projets

L'attention du design urbain se porte non seulement sur le résultat du processus (les milieux de vie, les espaces publics, les usages) mais aussi sur la façon dont on aboutit à ce résultat. En termes de recherche, cela se traduit par l'attention portée aux connaissances développées POUR le projet mais aussi PAR le projet (Findeli, 2001). Des recherches en ergonomie ont ainsi développé des connaissances sur le déroulement de projets de conception architecturale et industrielle (Darses, Détéienne, et Visser, 2004; Ledoux, 2000, Martin, 2000). Trois niveaux d'analyses du projet d'aménagement sont abordés ici.

Le premier concerne le niveau du projet lui-même. Les projets sont des constructions progressives et collectives de choix, mettant en jeu des logiques hétérogènes d'acteurs (Ledoux, 2000). Le projet architectural ou urbain ne serait qu'une manifestation d'un projet plus large, d'une vision pour l'avenir. Dans cette perspective, qui dit « étude de cas » au sein de projets, dit aussi analyse de l'histoire du projet, des acteurs et de leurs intentions et des structures mises en place (conduite de projet). Par ailleurs, comme l'ont montré ces auteurs, le projet est un processus qui peut s'envisager selon un déroulé temporel, depuis le « projet »/l'intention initiale, sa conception, sa réalisation matérielle et sa prise en main par des usagers.

Un second angle d'analyse des projets se situe au niveau de l'étude plus fine des activités de conception ayant lieu lors des projets. La conception s'envisage comme un acte collectif, délibératif⁴⁹ (Daniellou, 2003; Forester, 1999) mettant en présence des acteurs avec des logiques

⁴⁹ « La distinction entre décision et délibération est que les décisions se passent dans un seul registre de rationalité c'est-à-dire autour du critère d'efficacité. La délibération porte sur le processus de prise de décisions qui, elles, concernent non seulement l'efficacité, mais aussi, entre autres, le domaine des valeurs. [...] un processus de conception ce n'est pas seulement un processus d'optimisation de décisions mais qu'à de très nombreuses reprises il y a des délibérations qui impliquent les acteurs. Il y a donc place pour des confrontations de valeurs » (Daniellou, 2003, p. 180-181)

hétérogènes, possédant chacun des savoirs, rôles et valeurs particulières et qui conduit à l'élaboration de compromis (Cahour, 2002; Darses, Détienne et Visser, 2004; Lamonde, Richard, Langlois, Dallaire et Vinet, 2010). La conception est ainsi un espace de négociations entre acteurs de la conception. De plus, cette activité est dite souvent *médiée* par des « objets » particuliers. Visser, Darses et Détienne (2004) (entre autres) soulèvent ainsi les multiples rôles des *représentations externes* (plans, maquettes) dans les processus de conception. Ce terme recouvre « les ressources nécessaires au développement de la solution », mais aussi les « figurations des états intermédiaires de l'artefact ». Les dessins ne sont pas seulement des représentations d'idées mentales, mais aussi une cristallisation des compromis effectués en cours de conception ou d'orientations prises en amont. Ce sont ainsi, dans le vocabulaire de l'ergonomie emprunté à la sociologie de l'innovation, des *objets intermédiaires* entre acteurs de la conception pour lesquels on peut envisager deux fonctions : ils participent à la modélisation mais sont aussi des vecteurs de coopération ou de coordination entre acteurs. L'étude de ces objets intermédiaires est une façon d'analyser les usages qui sont intégrés ou non dans la conception ainsi que les cristallisations des représentations des figures d'usagers véhiculées par les professionnels, comme discuté en introduction.

Enfin, le troisième concerne les mécanismes de participation des usagers aux projets. La structuration des projets, les mécanismes de participation et les parties prenantes concernées sont fortement dépendantes du cadre institutionnel dans les pays. En contexte québécois, les acteurs communautaires représentants d'usagers sont très présents dans les processus participatifs (Ninacs, 2000). L'activité même de conception se module en fonction des caractéristiques socioculturelles et réglementaires dans lesquels les concepteurs évoluent (Bonnet, 1998). Les questions à se poser sont du type : quelles sont les prescriptions des institutions dans la structuration des projets étudiés ? Y a-t-il des liens avec les choix de prise en compte des usages dans les projets considérés ?

Malgré la présence de professionnels tels qu'ergonomes ou designers urbains en charge de la médiation avec les utilisateurs dans les projets, la participation ne va pas « de soi » (Madanipour, 2006; Martin, 2000; Reuzeau, 2001). Ainsi, huit problèmes similaires aux différentes modalités de participation sont successivement soulevés (Reuzeau, 2001, p. 223) : 1) la diversité des

situations de conception participative, 2) les différentes motivations pour instaurer la conception participative, 3) les conditions de mise en œuvre de la conception participative, 4) le problème de définition du cadre participatif, 5) le choix des utilisateurs, 6) la nécessité d'outils, de méthodes et de techniques pour supporter le processus, 7) les difficultés de la conception participative et enfin 8) le rôle des ergonomes (ou des professionnels de l'aménagement) dans les démarches participatives. Cette proposition rejoint le positionnement de Martin (2000), à savoir que la participation des utilisateurs, et plus largement des acteurs des projets, est « un outil privilégié et incontournable de la conduite de projets » en ergonomie mais que « si les méthodes participatives sont incontournables, elles n'apportent pas automatiquement une meilleure adéquation entre le projet et l'activité qui s'y déroule » (Martin, 2000, p. 126-127).

Compte tenu des problématiques relatives à la participation des utilisateurs, les difficultés soulevées par Martin pour la mise en place des démarches participatives ne sont pas étonnantes :

« Le choix des participants [...], la gestion du nombre de personnes participants [...], la multiplicité des logiques des intervenants [...], la gestion du temps sur le long terme qui entraîne des modifications dans la constitution des groupes ou décideurs [...]; le risque d'une participation inflationniste en termes d'exigences [...]; la participation [qui] implique la reconnaissance des compétences de chacun des acteurs » (Martin, 2000, p. 127).

Les démarches participatives peuvent être classées en fonction des **degrés de participation des utilisateurs** déterminés par leur niveau décisionnel dans le processus. Selon Darses et Reuzeau (2004) la participation s'envisage selon trois modalités (informer, consulter, décider) et cinq niveaux de participation. Le premier niveau correspond à une activité d'information des opérateurs sur les plans d'action décidés par les managers, alors que le second correspond à la collecte d'informations et d'expériences des utilisateurs. Seul le cinquième niveau correspondant à « une prise de décision conjointe entre les différentes parties impliquées » caractériserait la participation en conception.

« La prise de décision conjointe [...] convie tous les acteurs concernés à examiner conjointement certaines décisions de conception et à produire ensemble des solutions alternatives » (Darses et Reuzeau, 2004, p. 410).

Ce classement est similaire à la proposition de Arnstein (1969) qui définit des échelles d'intensité de participation distinguant, avec des variantes, l'information, la consultation, la conciliation, le partenariat, la délégation de pouvoir et le contrôle citoyen.

Le modèle de Wilson et Haines (1997) adopté par St Vincent *et al.* apporte une vision dynamique de la participation. Ce modèle envisage la participation sur l'ensemble d'un projet et non durant la phase de conception uniquement. Le niveau de participation des utilisateurs à leurs projets est décrit sous le mode du « couplage direct » (les idées des participants influencent fortement la démarche) et du « couplage à distance » où les idées des participants sont plutôt filtrés par l'ergonome. Il paraît intéressant à cet égard de souligner ainsi que la participation des utilisateurs appréhendée relativement à leur pouvoir décisionnel varie non seulement en fonction des interventions, mais aussi à l'intérieur d'une même intervention, à différents temps de la démarche.

Bacqué (2009) et Bacqué et Gauthier (2011) font état des multiplications d'expériences participatives dans le monde occidental, que cela concerne le champ de l'aménagement, de l'urbanisme ou de la programmation architecturale. Cette « floraison d'expériences participatives autour d'enjeux urbains » (Bacqué et Gauthier, 2011, p. 37) prend des modalités différentes selon les pays. Elle émerge dans un contexte de redéfinition des rôles des états et des politiques publiques et une remise en question d'une science « omnipotente » (Bacqué, 2009) qui pose plus de questions qu'elle n'en résout. Différents acteurs en position d'expertise tels que,

« responsables administratifs, politiques et experts, se trouvent ainsi de plus en plus dans l'obligation d'argumenter pour convaincre, d'écouter, de prendre en compte l'expérience et les savoirs des citoyens dans le projet comme dans ses modes de gestion » (Bacqué, 2009, p.19).

Au cœur de ces changements, se trouve l'essor du projet urbain, dans le contexte français, que l'on pourrait désigner par design urbain au Québec. Selon Bacqué (2009, p. 20) : « la démarche de projet repose sur une adhésion et une mobilisation des acteurs, elle appelle à l'intégration de dispositifs de participation dans le processus du projet lui-même ». Elle souligne la grande diversité procédurale des dispositifs participatifs. Les modèles mis en œuvre varient selon les pays : referendums, conseils de quartiers, développement communautaire plus particulièrement présent dans le monde anglo saxon, mais aussi au Québec (Ninacs, 2000). Ce qui différencie ces modèles est leur mode d'organisation et le public auquel ils s'adressent :

« Citoyens organisés (associatifs), mobilisés (citoyens volontaires et leurs délégués), échantillon représentatif ou ensemble des citoyens qui sont les « citoyens ordinaires » » (Bacqué, 2009, p. 22).

4.3 Modèle d'analyse Personne-Environnement-Activité-Contexte-Intervention (PEACI)

La prise en compte du vieillissement s'envisage dans le cadre de la thèse comme l'intégration par des intervenants d'une nouvelle préoccupation porteuse de changements pour les parties prenantes, en relation avec le projet. La modélisation propose de mettre en relation cinq dimensions d'analyse :

- Les dimensions PEA explicitées auparavant.
- Les dimensions d'intervention (I) sur les environnements, caractérisées tout à la fois par leurs processus (regroupant notamment les trajectoires des interventions, les activités de conception qui y sont menées et la participation des usagers) et les résultats visés.
- La dimension contextuelle (C) dans laquelle opèrent ces interventions et qui influence tout à la fois leurs processus et leurs résultats. Le projet (et son propre contexte) est en soi une des constituantes du contexte des interventions.

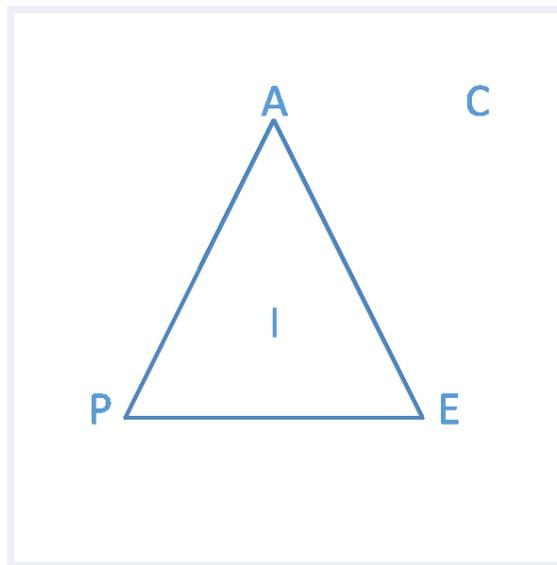


Figure 3. Le modèle d'analyse PEACI

Cette modélisation PEACI (figure 3) s'appuie sur un modèle du changement développé en ergonomie (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004, 2007), basé sur l'analyse d'interventions externes en santé et sécurité au travail.

Ce modèle du changement a été développé à l'occasion d'une thèse (Baril-Gingras, 2004) et d'une étude (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004) qui cherchaient à améliorer la compréhension de chercheurs et de praticiens à propos des « conditions permettant de contribuer à la production de transformations visant la prévention, dans les entreprises » (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004, p. 3). Il présente l'avantage pour l'étude menée dans la thèse d'articuler différents niveaux d'analyse de facteurs d'ordre structurels et relationnels, tenant compte des interactions entre acteurs mais aussi de leurs « dispositions » individuelles à agir et de leurs capacités. Ces concepts de « dispositions »⁵⁰ et « capacités » ont été développés à l'origine par Dawson, Willman, Bamford et Clinton (1988, cités par Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004). Les auteurs montrent la proximité entre les représentations et les dispositions des acteurs. Les représentations orientent l'action des professionnels et sont donc constitutives de leurs dispositions à agir. Plus largement c'est leur compréhension des enjeux des projets qui se traduit dans leurs dispositions à agir.

Ce modèle examine différentes conditions pouvant influencer la production de transformations. Ces conditions ont trait au **contexte des intervenants** eux-mêmes (les ressources et missions de leurs organisations) et au **contexte des organisations**, caractérisées par des facteurs externes et des facteurs internes. Les facteurs externes recouvrent les aspects législatifs dans lesquels évoluent ces organisations, soit la législation en santé et sécurité au travail dans le cadre de ces études.

Les facteurs internes sont les caractéristiques structurelles des organisations telles que leur taille, leurs capacités financières, le niveau de formation de leurs employés, etc. (Baril-Gingras, Bellemare, Poulin et Ross, 2010) mais aussi leur niveau de développement de la prévention. Ce niveau de développement est fonction des structures de prévention développées dans les organisations ainsi que des activités qui y sont menées. Il se comprend à la lumière des capacités en prévention de l'organisation, mais aussi des dispositions des acteurs relativement aux enjeux soulevés par l'intervention et des relations des acteurs de l'organisation entre eux. Les capacités

⁵⁰ Le terme anglais est "*willingness*" que les auteurs auraient pu traduire par le terme de volonté. Cependant ce terme suggère que le passage à l'action est seulement sous la dépendance individuelle des acteurs et ne permet pas d'introduire l'influence des conditions dans lesquels opèrent ces acteurs et qui peuvent aussi contribuer à leurs dispositions à agir.

en prévention recouvrent des « capacités organisationnelles » (les dispositifs participatifs existants, la capacité financière) mais aussi des capacités individuelles des acteurs, que les auteurs distinguent en capacités techniques et capacités politiques.

« Les capacités politiques réfèrent à l'autonomie décisionnelle, telle qu'elle est non seulement « accordée » formellement, mais « prise », définie dans l'action et l'interaction [...]. Une autre capacité d'ordre politique est celle d'influencer l'action d'un autre acteur.

Les capacités « techniques » [...] réfèrent à la formation acquise en SST; l'expérience dans le domaine; la proximité des activités en prévention avec les activités habituelles de travail; les ressources en temps disponibles, des dispositions à utiliser et à développer ces capacités » (Baril-Gingras, Bellemare et Brun, 2004, p. 74).

Le terme « partie prenante » a été préféré dans le cadre de la thèse à celui d'acteurs. En effet, la notion de partie prenante inclut à la fois des groupes et des individus actifs dans les processus (décideurs, professionnels de l'aménagement, certains groupes de la société civile, acteurs économiques), mais aussi tout groupe ou individu potentiellement affecté par les objectifs du projet sans en être acteur. Ainsi, l'usager d'un territoire soumis à un projet – un touriste, un passant régulier, un automobiliste, un commerçant, un riverain – est de fait une partie prenante du projet sans en être forcément un acteur, à moins d'être directement impliqué ou représenté par un groupe d'intérêts dans le projet (Viel, Lizarralde, Maherzi et Thomas-Maret, 2012). Par ailleurs, il inclut des acteurs internes aux organisations qui mènent les projets et des acteurs externes alors que le modèle initialement développé est centré sur les acteurs internes aux organisations dans lesquelles se déroulent les interventions.

4.4 Seconde formulation de la question de recherche

Suite à la présentation du cadre conceptuel et du modèle d'analyse, la formulation de la question de recherche devient la suivante :

Comment les usagers âgés et leurs activités sont-ils pris en compte dans des projets d'aménagements urbains par les différentes parties prenantes ?

Par ailleurs ce questionnement empirique se double d'un questionnement théorique, à savoir :

Dans quelle mesure le modèle utilisé pour faire l'analyse des conditions de cette intégration est-il un modèle opérant ?

5 Méthodologie

La description de la méthodologie s'organise autour de six sections : l'approche de recherche choisie, la stratégie d'opérationnalisation au travers de l'étude de cas, le recrutement des participants, la stratégie d'échantillonnage, le recueil des données, leur analyse et l'éthique de la recherche.

Afin de renforcer la validité externe de l'étude de cas et plus particulièrement la généralisation « expérientielle » (Gendron, 2001), la méthodologie cherche à expliciter les choix faits durant le processus, les critères de décision, les boucles d'itération. Ceci, dans un esprit de transparence, car expliquer la démarche est aussi une façon, outre la triangulation des données, de s'assurer d'une meilleure validité interne de la recherche (Barbier et Legresley, 2011).

5.1 Une approche de recherche qualitative

La problématique et les questions de recherche qu'elle soulève invitent au choix d'une posture de recherche qualitative. Comme le rappellent Pinard, Potvin et Rousseau (2004) :

« Le choix d'une approche de recherche se fonde sur plusieurs éléments. A part ceux relatifs à la problématique, la nature de la question ou des objectifs de recherche, d'autres contribuent de façon plus ou moins implicite à ces choix, tels le contexte professionnel et les intérêts de l'intervenant-chercheur associés à ce contexte. [...] La position épistémologique du chercheur peut aussi jouer un rôle [dans le choix de l'approche] » (Pinard, Potvin et Rousseau, 2004, p. 60).

Tout d'abord la **nature de la problématique** nécessite de se questionner sur les représentations des parties prenantes du projet sur le vieillissement, sur la façon dont ces parties prenantes interagissent entre elles et leur contexte d'action. La stratégie de recherche privilégiée doit donc permettre la compréhension du phénomène étudié dans son contexte. Or les approches qualitatives mettent l'accent sur l'importance du contexte, des acteurs en jeu, de leurs comportements, de leurs relations ; sur des moments, des événements ou des dispositifs particuliers (Gagnon, 2005). De plus, problématique et questions de recherche sont orientées par un « comment » plutôt que par un « quoi » et appellent une réponse d'ordre qualitatif (Eisenhardt, 1989; Gagnon, 2005; Yin, 2004), qui se sera traitée par le biais de l'étude de cas.

Par ailleurs, **tout chercheur vient avec sa propre posture de recherche**, produit de sa posture épistémologique, de son identité, de ses compétences et envies, dont il convient de prendre conscience. Pour Bourdieu dans *choses dites* (1987, p.45), « le fait de savoir que j’investis dans ma recherche des pulsions personnelles, liées à toute mon histoire, me donne une petite chance de savoir les limites de ma vision ».

En filiation avec ma formation en ergonomie de l’activité, le projet de recherche se situe dans une perspective de recherche qualitative qui s’intéresse à la fois aux individus selon une approche herméneutique (Daniellou, 1999) donc préoccupée par les acteurs et le sens qu’ils donnent à leurs actions mais aussi aux structures dans lesquelles évoluent ces acteurs et aux processus impliqués et ce, dans une visée transformative. Dans cette approche, l’être humain est considéré dans l’ensemble de ses composantes psychique, émotionnelle, sociale, physique, dans ses valeurs et son histoire.

Ainsi, ce projet de recherche a été abordé en étant porteuse de multiples identités, dont celle d’ingénieur agronome fortement influencée par les approches systémiques du vivant, d’ergonome, de consultante et de doctorante dans un programme interdisciplinaire de sciences appliquées intéressée au design urbain.

5.2 La stratégie d’opérationnalisation de la recherche

5.2.1 Pertinence de l’approche par étude de cas

Étant donné les objectifs de la recherche, l’étude de cas a été l’approche privilégiée. Comme le mentionne Eisenhardt dans un article portant sur la construction de modèles théoriques à partir d’études de cas : “*case studies can involve either single or multiple cases [...] the evidence can be qualitative (eg. words) or quantitative (e.g. numbers)*” (Eisenhardt, 1989, p. 534). La stratégie de l’étude de cas se distingue donc du choix d’une approche qualitative et se justifie par son intérêt pour répondre à la question de recherche et comprendre le phénomène observé.

L’étude de cas est une méthode très employée généralement en sciences humaines et sociales (Gagnon 2005; Leplat, 2002; Roy, 2006) notamment lors qu’il s’agit d’analyser des situations complexes telles que des projets en aménagement, urbanisme ou construction (De Blois, 2012; Flyvbjerg, 2006; Yin, 2009). Son utilisation s’y justifie dès lors qu’il s’agit d’appréhender en

profondeur un phénomène (Fortin, 2010), influencé par et inscrit dans un contexte spécifique (Roy, 2006; Yin, 2009), présentant de multiples acteurs dont il s’agit de comprendre les relations ou encore soulevant des questions pratiques pour lesquelles l’expérience des acteurs et leur contexte sont importants (Gagnon, 2005).

“The goal [of case study] is to practice sound research while capturing both a phenomenon (the real-life event) and its context (the natural setting). [...] Another strength is that the method enables you, as a social scientist, to address “how” and “why” questions about the real-life events, using a broad variety of empirical tools” (Yin, 2004, p. XII).

Elle s’y justifie aussi lorsqu’il s’agit de mener des recherches exploratoires portant sur des problématiques ayant encore été peu ou pas explorées (Gagnon, 2005; Roy, 2006) et suppose d’utiliser plusieurs sources de données qui sont triangulées pour donner une meilleure compréhension du phénomène (Gagnon, 2005; Roy, 2006; Yin, 2009).

Le tableau ci-dessous met en évidence la pertinence de l’étude de cas comme stratégie méthodologique à partir des réponses apportées aux critères relevés chez Benbasat, Goldstein et Mead (1987, p. 372), Gagnon (2005, p. 111) et Yin (2004).

Tableau II. Réponses apportées aux critères justifiant le choix d’une étude de cas

Critères	Réponses
1 : Le phénomène qui est l’objet d’intérêt doit-il être étudié dans son contexte naturel pour être vraiment compris ?	Oui
2 : Faut-il mettre l’accent sur les événements contemporains dans l’étude de cette problématique ?	Oui, la prise en compte du vieillissement dans les projets d’aménagements urbains est contemporaine
3 : La connaissance du phénomène peut-elle être acquise sans avoir à contrôler ou à manipuler les sujets ou les événements en cause ?	Oui, la problématique du traitement de la vieillesse dans les projets d’aménagements se fait à partir de projets réels
4. La base théorique qui existe au sujet de la problématique sous étude comporte-t-elle des éléments non expliqués ?	Oui, puisqu’ il a été montré dans la revue de littérature qu’il existait peu de connaissances sur le déroulement des projets urbains et la prise en compte du vieillissement lors des phases amont du projet.
5. L’étude a-t-elle une dimension exploratoire ?	Oui, à deux niveaux : 1) La problématique est de type exploratoire. Sa pertinence sociale et scientifique est forte, mais elle n’a été que peu explorée jusqu’à présent.

Critères	Réponses
	2) Le modèle conceptuel développé n'a jamais été utilisé pour documenter les phénomènes à l'étude et je cherche à savoir s'il est opérant dans de telles circonstances.
6. Met-elle l'accent sur le pourquoi ou le comment ?	La question de recherche met l'accent sur le comment. Je m'intéresse ici aux dimensions substantielles mais aussi procédurales des projets d'aménagement.

5.2.2 Qu'est-ce qu'un cas ?

Robert Yin, un des auteurs sur lequel s'appuient de nombreux chercheurs en sciences sociales, donne la définition suivante d'un cas :

«A contemporary phenomenon in its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident» (Yin, 1981, p. 59).

Selon Dumez (2013) la notion centrale à retenir dans cette définition est celle de **frontière** qui présente une certaine ambiguïté puisqu'elle est censée à la fois contenir le cas tout en étant floue.

« Un cas est délimité par une frontière plus ou moins floue et c'est à peu près la seule chose qu'on puisse dire sur sa nature. [...] Derrière cette définition du cas, il y a l'idée qu'en traçant une frontière autour d'un phénomène, on le définit et on doit pouvoir ainsi rendre compte de la totalité du cas, par une description exhaustive [...] ce qui est un mythe » (Dumez, 2013, p. 14).

Pour reprendre les mots de Leplat (2012), un cas est **situé**. Il peut recouvrir des dimensions très variables, cela peut être un individu, un petit groupe, un objet, un événement, une situation, un dispositif, une organisation (Leplat, 2012; Miles et Huberman, 2003; Yin 2004), constituant une ou plusieurs unités d'analyse (Yin 2004).

D'autres définitions d'un cas mettent de l'avant son « **essence narrative** » (Dumez, 2013). Le cas peut être vu dans une certaine « perspective narratrice » dans laquelle le cas peut avoir connu une série « d'états antérieurs ». Ceci revient à l'idée exprimée par Leplat (2012) à savoir que le cas possède une certaine épaisseur temporelle. Le temps peut ainsi devenir une dimension de l'analyse. Avec le temps, certaines dimensions du cas changent ou s'éclairent (Leplat, 2012) et l'on peut se questionner sur les ruptures ou la continuité avec les états antérieurs (Dumez, 2013).

5.2.3 Le projet Vendôme dans sa phase de faisabilité

La recherche doctorale s'est penchée sur l'étape de l'étude de faisabilité d'un projet mené conjointement par trois organisations, dénommées dans la suite de l'étude comme les organisations membres du groupe promoteur du projet : le Centre universitaire de santé Mc Gill (CUSM), la Société de transport de Montréal (STM) et l'Agence métropolitaine de transports (AMT).

Ce projet, dénommé ici projet Vendôme, dans sa phase de faisabilité, constitue le cas qui sert de support empirique à cette étude doctorale. Ce projet vise à développer un nouvel édicule universellement accessible à la station Vendôme à Montréal ainsi qu'un lien souterrain permettant de relier ce nouvel édicule à l'hôpital. Le choix final du concept de raccordement et du futur édicule a été fait durant la phase de faisabilité. L'objectif de la phase d'étude de faisabilité était de montrer la viabilité et la pertinence du développement de cette liaison et du nouvel édicule afin d'obtenir du financement de la part du gouvernement du Québec pour mener à bien ce raccordement.

Une présentation détaillée de ce projet est donnée dans le chapitre 6 qui fournit une description empirique du cas.

5.2.4 Pourquoi ce choix de cas ?

Deux critères principaux ont présidé au choix du projet Vendôme comme terrain de recherche.

Un premier critère de pertinence théorique portant sur la « capacité [du cas] à éclairer le mieux possible le phénomène à l'étude » (Laperriere, 1997, p. 314) ; ce critère s'est décliné en deux niveaux : procédural et substantiel. Un deuxième critère a été un critère de faisabilité de la recherche. Le tableau suivant synthétise les différents critères de choix utilisés pour l'identification du cas à traiter.

Tableau III. Critères pour le choix du terrain de recherche

Niveau procédural	Niveau substantiel	Opportunité/faisabilité
Démarche de conception avec la participation de représentants d'aînés.	Le projet doit porter sur un aménagement ou un réaménagement d'espaces publics.	Possibilité d'avoir accès à la documentation du projet et aux parties prenantes.

Niveau procédural	Niveau substantiel	Opportunité/faisabilité
Projet contemporain conception en cours ou terminée depuis moins d'une année.	Choix du quartier : territoires de Montréal avec une population importante d'aînés (actuels ou à venir) qui y résident ou que les aînés vont être amenés à fréquenter en nombre important.	Facilité d'entrer sur le terrain/ contacts préalables avec des acteurs du projet.
	Impacts/effets structurants à long terme sur l'environnement urbain.	

Au niveau du quartier, les territoires les plus propices ont été cernés à partir des statistiques de population publiées par la ville de Montréal et Statistique Canada. Les quartiers ou villes liées sélectionnées avaient au démarrage du choix du terrain soit un taux de personnes âgées supérieur à 15,2 % (proportion moyenne d'aînés pour la ville de Montréal) soit une population d'aînés supérieur à la moyenne Montréalaise, soit les deux (tableau IV).

Tableau IV. Territoires pressentis pour l'étude de terrain

Critères	Territoires pressentis
Territoires avec une forte proportion ou un fort nombre d'aînés	Arrondissements : Anjou, Saint-Léonard, Montréal-Nord, Côte-des-Neiges–Notre-Dame-de-Grâce, Ahuntsic-Cartierville, Rosemont–La Petite-Patrie Villes liées : Côte St Luc, Westmount ⁵¹

Par la suite, divers projets ont été identifiés via des discussions informelles avec des professionnels (urbanistes, travailleurs communautaires travaillant sur des dossiers de vieillissement et de planification urbaine, ergonomes, architectes) et des chercheurs. Au final, le choix s'est porté sur le projet de liaison Vendôme, évoqué dans la section précédente. Bien que celui-ci ne satisfaisait pas pleinement tous les critères de choix considérés et que certaines interrogations subsistaient quant à la possibilité de recueillir facilement toutes les données et à la dimension politique du projet (cf. annexe 4), ce cas demeurait le plus approprié et prometteur.

⁵¹ Source : Statistiques Canada, recensement de la population 2006.

Certains pourraient considérer ce projet comme un projet essentiellement architectural, mais il est avant tout un projet d'aménagement urbain, inscrit dans le projet de redéploiement du CUSM sur un nouveau site (cf. section précédente). De plus, l'arrivée de ce méga-hôpital a de nombreux impacts urbains (Burns, Lavoie et Rose, 2012; Chan, 2008), tout comme cela a été documenté par ailleurs pour d'autres hôpitaux universitaires (Fleuret, 2010).

« Outre le fait qu'un tel établissement ait un impact fort sur les politiques régionalisées de planification sanitaire et les politiques locales de répartition de l'offre de soins, un centre hospitalier de l'importance d'un CHU constitue un élément d'urbanisme fort. [...] Cet espace [l'emplacement de l'hôpital] constitue parfois une rupture dans certaines continuités urbaines » (Fleuret, 2010, p. 44).

Le choix du Projet Vendôme comme **cas unique** correspond à un design de recherche par étude de cas simple plutôt qu'à cas multiple (Yin, 2009). Le design initial prévoyait toutefois une étude de cas multiple opérée à partir de deux cas pour des raisons de pragmatisme et de robustesse théorique accrue (Yin, 2004). A mi-parcours de thèse, la décision a été prise de ne pas exploiter ce second cas dans le cadre de la thèse étant donné : 1) la complexité du premier cas et le volume de données à traiter dans le temps de la thèse et 2) la différence trop importante entre les deux cas et les écarts de postures de recherche adoptées⁵². Ceci étant dit, ce choix a permis d'éviter une collecte d'informations de « surface » qui peut advenir dans les études de cas multiples (Gagnon, 2005, p.41).

Ainsi, la méthodologie présentée par la suite s'appuie sur une étude de cas unique, à multiples dimensions d'analyse et détaillée en profondeur, au regard des possibilités de réaliser effectivement les analyses, tout en étant consciente des limites accrues en termes de généralisation des résultats.

⁵² L'autre étude de cas visait à documenter un processus de recherche-action portant sur la revitalisation d'un territoire urbain. Il devait permettre de documenter plus en profondeur la notion de participation dans les processus urbains et voir dans quelle mesure il était possible de favoriser la participation des aînés dans de tels processus. Dans ce terrain de recherche la posture était une posture de chercheure-intervenante, où la dimension d'intervention a pris le pas sur celle de recherche. Le vécu par l'intérieur d'un projet de design urbain a toutefois facilité la compréhension des principes de la discipline et les difficultés pratiques de la participation citoyenne. Malgré plusieurs efforts de mobilisation, il ne nous a ainsi pas été donné de développer la participation des aînés dans le projet.

5.2.5 La négociation du terrain

Des rencontres préalables de présentation du projet de thèse ont été faites à une des architectes du CUSM travaillant sur le projet et au directeur par intérim, pour le redéploiement, la planification et la gestion immobilière entre juin et juillet 2012. Ces rencontres ont donné lieu à une lettre de soutien à cette recherche de la part du CUSM en août 2012.

Finalement la STM et l'AMT ont donné leur accord, après présentation du devis de recherche aux directeurs de projets impliqués dans le projet de liaison Vendôme au début de l'automne 2012. Certains membres du projet ont toutefois émis quelques réticences quant à l'intérêt de venir observer la phase amont du projet plutôt que les phases subséquentes, étant donné qu'il s'agissait selon eux d'une phase essentiellement technique concernant peu les usagers. Cet aspect est effectivement ressorti dans les résultats et est discuté dans le cadre de la thèse.

L'accord a été donné à l'observation de rencontres au sujet du projet Vendôme et à la réalisation d'entrevues, sous réserve de l'obtention du certificat d'éthique de l'Université de Montréal et du respect de la confidentialité de certaines informations obtenues.

Cette « négociation » du terrain s'est poursuivie tout au long du projet de recherche. Des échanges informels avec divers participants à l'occasion d'activités périphériques au projet ont contribué à la compréhension du cas et ont favorisé le recrutement de nouveaux participants. Ils ont aussi permis la familiarisation des différentes parties prenantes avec la présence de la chercheuse en tant qu'observatrice du projet.

5.3 Le recrutement des participants

Le recrutement des participants a été effectué à la suite de l'obtention du certificat d'éthique pour la recherche au 31 août 2012. Les personnes à contacter initialement ont été identifiées par le biais de mon réseau professionnel. Elles ont été contactées par courriel ou téléphone en utilisant leurs coordonnées professionnelles. Une ligne téléphonique dédiée le temps de la thèse doctorale⁵³ a été ouverte en sus de l'adresse courriel universitaire

⁵³ Cette ligne téléphonique a été ouverte dès le dépôt du projet à la commission d'éthique et restera en service jusqu'au dépôt final de la thèse dans Papyrus.

Pour les participants le désirant, un feuillet décrivant le projet a été envoyé avec les formulaires de consentement (voir annexe 5 pour un exemple de formulaire de consentement à l'attention de parties prenantes). Une partie du processus de recrutement s'est aussi effectué par la technique dite de « boule de neige », certains participants intéressés m'ayant mis en contact avec d'autres pertinents pour l'étude. Ceci a notamment été le cas pour le recrutement de participants périphériques au projet Vendôme.

Par ailleurs, en cours de projet, certaines données ont été recueillies dans le cadre d'activités publiques pour lesquelles aucun recrutement n'a été nécessaire en tant que tel. Un formulaire de consentement oral (annexe 6) a été développé en janvier 2013 pour permettre la documentation de ces activités et distribué aux participants après avoir présenté le projet de recherche en début d'activité selon une procédure approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Montréal. La procédure de recueil des consentements oraux a été développée en collaboration avec la conseillère à l'éthique de l'Université de Montréal.

Le recrutement des participants s'est articulé autour du recrutement de « parties prenantes » au processus et « d'informateurs clés » selon la typologie utilisée lors du dépôt de la demande de certificat d'éthique et dans les formulaires de consentement. Il faut souligner qu'au début du travail de terrain, le terme de « partie prenante » a été pris comme synonyme à celui d'« acteur ». Cette définition s'est avérée trop restrictive puisqu'elle couvrait uniquement les acteurs membres du groupe promoteur du projet Vendôme. De fait, certains « informateurs clés » se sont révélés par la suite être des parties prenantes au projet.

Dans le cadre d'observations ponctuelles de rencontres entre parties prenantes n'appartenant pas au groupe promoteur du projet Vendôme, ou entre ces parties prenantes et des membres du groupe promoteur du projet, le formulaire de consentement oral a alors été utilisé et la possibilité d'observer a été validée par l'ensemble des personnes présentes.

5.4 La stratégie d'échantillonnage

5.4.1 Choix d'échantillon

Dans une étude qualitative, un cas peut se composer d'individus, de rôles détenus, des groupes, d'organisations, de programmes, de cultures. Même lorsque le cas est un individu, le chercheur

qualitatif prend des décisions d'échantillonnage intra-cas (Miles et Huberman, 2003, p. 60) : il se demande quelles *activités*, quels *processus*, quels *événements*, quelles *périodes de temps*, quels *lieux* et quelles *personnes* sélectionner. Il ne s'agit donc pas tant de viser à une exhaustivité illusoire (Dumez, 2013), que de prendre des décisions menées par la recherche d'une représentativité théorique.

La période de temps du recueil des données a été définie de façon à délimiter l'étude de cas dans le temps et à un moment significatif du projet. La « tranche de vie » du projet étudié a été déterminée pour correspondre à une échéance claire.

Les activités, les lieux observés, la documentation publique, les revues média et la documentation du projet collectée ont été choisis de façon à pouvoir documenter les conditions qui influencent la prise en compte du vieillissement dans le projet Vendôme. Ces conditions relèvent du contexte macro du projet (assimilable aux facteurs externes évoqués dans le modèle de Baril-Gingras, Bellemare et Brun en 2004) et du contexte meso et micro du projet (assimilable aux facteurs internes du modèle).

Tableau V. Conditions d'intégration du vieillissement dans le projet Vendôme (contexte macro, meso et micro)

Contexte macro du projet	Législations applicables et politiques en cours (hospitalier et transport) Contraintes et ressources fournies par ce contexte. Représentations véhiculées
	Dynamique territoriale du projet : Type de parties prenantes intéressées au projet : citoyens vs. organisations (privées, publiques, communautaires), enjeux d'intégration urbaine autour de l'arrivée du CUSM et de la conception d'un nouveau raccordement du site à la station Vendôme
Contexte meso et micro du projet	Caractéristiques structurelles des parties prenantes (dans le cas des organisations) : taille, missions, secteurs d'appartenance
	Processus du projet : origine, déroulement, participation des futurs utilisateurs au projet
	Capacités à agir pour intégrer le vieillissement, organisationnelles et individuelles
	Dispositions à agir et représentations du vieillissement (sens donné au vieillissement par les parties prenantes) Critères de choix dans le processus de conception

Au travers des participants périphériques au projet, il était recherché de l'information complémentaire concernant le contexte propre au projet. Un des objectifs était donc que les participants soient eux-mêmes porteurs de logiques hospitalières ou de transports collectifs. L'objectif était aussi de mieux comprendre les enjeux autour du vieillissement et plus particulièrement de son intégration dans des projets autres que celui étudié, qui pourraient servir de point de comparaison pour la caractérisation du projet de liaison Vendôme. La sélection de ces participants s'est faite à partir des critères suivants :

1. Avoir participé à des projets visant le développement d'environnements inclusifs,
2. Porter des préoccupations envers la prise en compte du vieillissement dans les processus de conception (à la fois au niveau procédural et substantif),
3. Avoir participé à des projets d'aménagement en lien avec le secteur hospitalier et/ou le secteur des transports collectifs et/ou l'aménagement urbain,
4. Avoir éventuellement collaboré ou œuvré au sein de la STM, de l'AMT ou du CUSM.

5.4.2 Le processus itératif de l'échantillonnage

L'**impact des problèmes pratiques** (p. 65) fait en sorte qu'un premier cadre d'échantillonnage doit souvent être « infléchi et recadré ». La stratégie d'échantillonnage peut se heurter à la réalité et à ce qu'il est possible de faire sur le terrain ; ceci peut amener à diversifier l'échantillon différemment de ce qui était prévu au départ afin de répondre à une certaine représentativité théorique.

Il a parfois été difficile d'être présente pour faire des observations de réunions, les membres du groupe promoteur ne pensant pas toujours à m'avertir étant donné ma posture de recherche externe au processus étudié. Certaines rencontres ont aussi été jugées trop sensibles pour pouvoir y assister. Le nombre de participants périphériques à la recherche a donc été augmenté afin de pallier au déficit d'observations d'activités qui devaient au départ constituer le pivot de la recherche.

Mais c'est aussi l'**émergence de nouvelles hypothèses ou de questionnements** en cours de recherche ou une meilleure compréhension de ce qui se passe sur le terrain qui vont amener à infléchir le cadre initial. Dans la recherche, il est apparu rapidement que la compréhension des enjeux du projet nécessitait d'élargir le champ des observables à des activités périphériques au

projet et à des activités publiques. Elle nécessitait d'élargir aussi l'empan temporel des analyses, aussi bien en amont de l'étude de faisabilité qu'en aval.

Des actions itératives d'échantillonnage ont opéré par vagues successives (Miles et Huberman, 2003, p. 62). Dans ce sens l'échantillonnage relève d'une stratégie d'investigation permettant de clarifier des idées, des modèles, établir des contrastes, identifier des exceptions ou des incohérences.

Le recrutement de participants périphériques au projet, comme proposé par Miles et Huberman (2003) a été capital pour cette recherche. Selon Miles et Huberman (2003, p. 70), l'échantillonnage périphérique i.e. de « personnes qui ne sont pas au centre du phénomène mais qui en sont proches [...] est souvent fructueux » en termes d'investigation. D'abord parce qu'il est possible d'apprendre sur le cas à partir de ces personnes, ensuite parce que le chercheur recueille alors des informations « qui autorisent les contrastes et les comparaisons qui contribuent à notre compréhension du phénomène » (p. 70).

Ces recrutements ont permis d'affiner (par le biais d'entrevues) la compréhension des enjeux sur le territoire d'implantation, des enjeux de vieillissement et leur traitement en lien avec le projet de liaison Vendôme. Elles ont surtout permis, de par leur richesse, de modéliser des systèmes de représentation du vieillissement qui ont, à leur tour, servis de points de référence pour analyser les représentations véhiculées dans le projet.

5.4.3 Empan temporel et participants

Concernant l'empan temporel déterminé pour suivre l'évolution du projet Vendôme, l'échantillon final recouvre une période temporelle allant de 1997 à 2016. La période comprise entre 1997 et 2010 a servi surtout à étudier la chronologie du projet et l'évolution du contexte législatif et sociétal des membres du groupe promoteur qui pouvait influencer la prise en compte du vieillissement dans leurs organisations.

La période comprise entre 2010 et 2014 correspond à l'étude de faisabilité. Elle a commencé avant le démarrage de la recherche et a abouti à la remise d'un mémoire détaillé au gouvernement du Québec afin d'obtenir les fonds nécessaires à sa conception détaillée, début

2014⁵⁴. À partir de 2014, cette période correspond à l'évolution du projet couverte dans les médias en lien avec le financement du projet par le gouvernement québécois.

Concernant les participants, 28 personnes au total ont été rencontrées dans le cadre de la thèse, dont 13 étaient des parties prenantes au projet et 15 des participants périphériques au projet. Les participants ayant donné leur consentement oral lors d'observations n'ont pas été comptabilisés dans l'échantillon des participants.

5.5 Méthodes de recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide de plusieurs outils : observations de l'environnement urbain du projet et expérience piétonnière, observations non participantes, entrevues semi dirigées et recueil de documentation.

5.5.1 Observations de l'environnement urbain du projet et expérience piétonnière

Les observations visaient à se faire une première idée des enjeux du territoire en lien avec l'arrivée de l'hôpital et la construction d'un second édicule de métro ainsi qu'à mieux comprendre l'expérience piétonnière aux alentours évoquée par plusieurs participants à l'étude.

Deux méthodes complémentaires ont été utilisées : une observation postée aux alentours, deux activités d'exploration du site⁵⁵, dont une marche commentée et un déplacement en voiture commenté.

Durant la marche, il a été demandé au participant d'explicitier son choix de parcours, l'ensemble des difficultés existantes rencontrées dans le parcours notamment en termes d'accès physique au futur hôpital et d'orientation, ainsi que les modifications du tissu urbain autour du site, susceptibles d'advenir dans le futur.

⁵⁴ Les rencontres entre membres du groupe promoteur du projet se sont espacées à partir de l'été 2013, l'étude de faisabilité étant sur le point d'être complétée. Il n'a pas été possible d'assister aux rencontres ayant éventuellement eu lieu après la période de l'été 2013.

⁵⁵ À plusieurs reprises, afin d'assister à des rencontres du projet ou des activités publiques, j'ai également utilisé la ligne de métro arrivant à la station Vendôme et me suis rendue à pied dans les lieux de rencontres.

Les commentaires réalisés durant la marche exploratoire et l'exploration en voiture ont été enregistrés et ont donné lieu à une synthèse écrite.

5.5.2 Observations non participantes de rencontres

La nature des rencontres auxquelles il a été possible d'assister n'ayant pas permis leur enregistrement pour des raisons de confidentialité, les observations ont donc été consignées au fur et à mesure dans un cahier de notes puis retranscrites sous forme de synthèse. La prise de notes suivait une trame établie à l'avance. En premier lieu, la date, le lieu et le nom des participants à la rencontre étaient indiqués, ainsi que le rôle attribué durant la rencontre si tel était le cas (présentateur, secrétaire, gardien du temps...). Par la suite, la feuille de notes était divisée en deux. Dans la partie gauche les initiales des participants qui prenaient la parole étaient inscrites ainsi, régulièrement, que l'heure. Dans la partie droite, le déroulement de la rencontre au travers des thèmes abordés (les points à l'ordre du jour) était recueilli, ainsi que les propos significatifs échangés entre participants, les attitudes non verbales le cas échéant, les documents utilisés. Un stylo de couleur différente était utilisé pour noter des questions ou des commentaires sur lesquels il pouvait s'avérer pertinent de revenir durant des entrevues ou discussions informelles.

Les notes d'observation ont été systématiquement relues pour préparer certaines entrevues et observations subséquentes.

Chaque observation a fait l'objet d'un journal de bord précisant les objectifs spécifiques à atteindre au cours de l'observation, le type d'informations à récolter ainsi que les résultats de l'observation du point de vue du contenu mais aussi de l'expérience du chercheur (difficultés, commentaires, suivis à faire, etc.). Le journal de bord est un outil de préparation et d'analyse réflexive et exploratoire des démarches sur le terrain (Lamonde, 2001). Un exemplaire de journal de bord vide se trouve en annexe 7. Le journal de bord a été bâti en s'inspirant de journaux de bord utilisés dans des recherches menées antérieurement (Bellemare, Marier et Allard, 2001).

5.5.3 Entrevues semi-dirigées

Préparation

Un guide d'entrevue général a été développé pour l'ensemble des entrevues par grandes thématiques à aborder (annexe 8). Certains thèmes ont été explorés avec plus ou moins de profondeur en fonction des participants vus en entrevues. Par ailleurs, les thèmes abordés ont tenu compte de l'avancement dans la compréhension du projet de liaison Vendôme. Ainsi en fonction des participants, certaines parties d'entrevues ont servi à valider des hypothèses ou répondre à des questionnements sur le projet alors que d'autres ont servi à expliciter leur point de vue sur les problématiques du vieillissement par exemple. Chaque entrevue a aussi fait l'objet d'un journal de bord (annexe 7).

Les entrevues ont été préparées en relisant les notes ou retranscriptions préalables pertinentes ainsi qu'en collectant systématiquement sur Internet des informations sur les organisations des participants afin de mieux situer leurs discours par rapport à la mission de leur organisation.

Par ailleurs, pour l'ensemble des entrevues auprès des parties prenantes et de participants périphériques au projet, ont été utilisés des documents permettant d'ancrer le discours en évitant les généralités normatives (du type « normalement on fait cela ») et de faciliter les échanges autour des thématiques :

- Une carte (de type « google map ») du site avec les principales rues et édifices visibles.
- Une carte du territoire distribuée à ses clients par la STM où l'on retrouve mentionnés les arrêts de bus, de métro, etc.
- Certains documents du projet distribués lors des présentations publiques, tels que les images du concept proposé lorsque celles-ci ont été rendues publiques ou encore des ententes de partenariats entre parties prenantes du territoire.

Déroulement des entretiens

La conduite des entrevues s'est déroulée en trois temps avec l'ouverture, l'entrevue proprement dite et la clôture (Savoie-Zajc, 2006). Durant l'entrevue proprement dite, les documents apportés ont été à de nombreuses reprises utilisés comme des objets intermédiaires avec les

interlocuteurs : ils ont été manipulés, discutés, voire commentés par écrit durant les entrevues. Durant certaines entrevues, de la documentation du projet préparée par les participants (des plans de concepts, des plans de circulation, des guides, des mémoires ou des présentations internes) ont aussi servi de support à l'échange. Hormis en ce qui concerne la documentation qui était tombée dans le domaine public, il n'a pas été possible de conserver par la suite cette documentation pour des raisons de confidentialité.

Toutes les entrevues sauf une seule ont été enregistrées et ont donné lieu à des retranscriptions mot à mot. Deux entrevues retranscrites ont par ailleurs été relues par les participants à leur demande afin de valider les informations non confidentielles pouvant être utilisées dans le cadre de la thèse.

5.5.4 Recueil de documentation

Concernant la documentation publique, l'identification de cette documentation a été faite au fur et à mesure de l'étude lorsque la compréhension des enjeux s'affinait ainsi qu'à partir de documents cités par les participants lors des entrevues et qui semblaient significatifs selon eux pour poser la problématique et comprendre les enjeux du projet. L'annexe 9 récapitule l'ensemble des données secondaires recueillies puis analysées dans ce cadre. Plusieurs types de documents s'y trouvent :

- Des procès-verbaux de rencontres publiques,
- Des mémoires déposés lors de consultations publiques en lien avec le projet,
- Des politiques publiques, des lois,
- De la documentation technique (plans de concept, études de circulation, appels d'offres) et stratégiques (plans de développement, plans stratégiques, politiques internes),
- Des extraits de site internet,
- Des articles de presse, des communiqués, des comptes rendus d'échanges parlementaires sur le projet.

Concernant la documentation du projet, celle-ci s'est faite de façon « opportuniste » en fonction des rencontres auxquelles il a été possible d'assister et des interlocuteurs. Au final, la grande majorité de la documentation du projet analysée est disponible publiquement. Les ébauches et

plans réalisés au cours du projet ont pu être visualisés lors d'observations ou d'entrevues mais n'ont pas été conservés étant donné leur confidentialité au moment du projet.

Le suivi média du projet a été fait en mettant en place une alerte Google à partir des mots clés « Vendôme », « CUSM », « MUHC », « accessibilité universelle ». Les articles pertinents ont ensuite été conservés dans un dossier « revue de presse ».

5.5.5 Organisation des données

Une étude de cas génère une multitude de données. Le travail de classement et d'organisation des données a donc été un travail constant. La documentation papier (formulaires de consentement signés, notes d'observations, notes des rencontres avec les directeurs, documentation distribuée lors des entrevues, documentation publique imprimée le cas échéant) a été identifiée, listée, classée et conservée dans des classeurs séparés en fonction du niveau de confidentialité. Un listing informatique a été mis à jour régulièrement dans le dossier « méthodologie ».

L'ensemble des données primaires informatisées (transcriptions d'entrevues, transcriptions d'observations, journaux de bord) a été classé dans un dossier informatique dédié (« données brutes ») puis dans des sous-dossiers protégés par mot de passe et identifiés selon la méthode de collecte (entrevues, documentation, observations). Par ailleurs, certaines données ont été réduites dès leur collecte afin de travailler sur les synthèses des éléments pertinents uniquement. C'est par exemple le cas des données relatives aux cadres légaux dans lesquels évoluent les organisations du groupe promoteur du projet.

5.6 La structuration de l'échantillon final

5.6.1 Description générale de l'échantillon final des données

L'échantillon final est composé de données primaires (observations, entrevues et courriels échangés avec les participants) et de données secondaires (documentation projet, documentation en provenance du projet et articles). Le tableau VI récapitule les différentes sources de données. L'ensemble des données secondaires ayant été analysées dans le cadre de la thèse sont listées dans l'annexe 9.

Elles proviennent d'observations, d'entrevues⁵⁶ et de documentation publique et documentation du projet. Leur triangulation a contribué à la compréhension des différents thèmes du projet visés par l'analyse. Des échanges informels avec divers participants lors du recueil des données ont aussi contribué à cette compréhension. L'annexe 10 récapitule la contribution empirique des différentes données recueillies.

Tableau VI. Récapitulatif des sources de données de l'étude de cas

Description des données	Méthode de recueil des données	N
Données primaires		
Données sur l'environnement urbain et l'expérience piétonnière aux alentours du site	Observations de l'environnement urbain du projet : métro, alentours du métro Expérience piétonnière : exploration des alentours du site Glen par marche exploratoire et trajet en voiture exploratoire	3
Réunions des promoteurs projet, réunions entre parties prenantes, activités publiques	Observations non participantes de rencontres	11
Entrevues avec des membres du groupe promoteur, des parties prenantes externes et des participants périphériques au projet	Entrevues semi dirigées (dont deux collectives)	26
Données secondaires		
Documentation du projet : ordres du jour, comptes rendus, analyses de circulation, présentations, rapports, mémoire, etc.	Recueil de documentation du projet (publique)	±25
Documents en lien avec des participations publiques	Recueil de documentation publique	±30
Politiques et réglementation, plans de développement, plans stratégiques, etc.	Recueil de documentation publique	±15
Articles de presse (La Gazette, La Presse, Le devoir...), communiqués	Recueil de documentation publique (médias)	±40
<u>Total</u>		<u>±110</u>

5.6.2 Observations de l'environnement urbain

Une observation postée a eu lieu en août 2012 à partir d'un café donnant sur la place de la station Vendôme. Elle a permis de saisir certaines difficultés vécues par les piétons aux alentours de la

⁵⁶ Certains courriels significatifs échangés avec les participants ont été traités comme du matériel d'entrevue en termes d'analyse de données.

station et de repérer des éléments dans l'environnement urbain pouvant constituer des obstacles ou des ressources pour les déplacements, l'orientation des piétons et les moments d'attente.

Une marche commentée (Petiteau et Pasquier, 2008; Thibaud, 2008) de deux heures autour du site Glen durant l'hiver 2012 a eu lieu avec une des parties prenantes externes au projet très familière avec les enjeux de celui-ci, durant laquelle nous sommes partis de la station Vendôme pour nous rendre à la station St-Henri.

Un déplacement commenté en voiture autour du site Glen a eu lieu avec une partie prenante externe au projet et vivant dans le quartier.

Ces observations ont permis une meilleure compréhension de la topographie des lieux et des principaux enjeux en termes d'accès physique au site, de marchabilité et de sécurité aux abords⁵⁷.

5.6.3 Observations de réunions de projet et d'activités périphériques au projet

Les observations ont contribué à la compréhension de la façon dont la problématique du vieillissement était traitée dans le projet, par les membres du groupe promoteur mais aussi par certaines parties prenantes du territoire et par les citoyens s'exprimant au travers des comités de bon voisinage ou des consultations de l'OCPM. Elles ont aussi contribué à identifier les enjeux urbains en lien avec l'arrivée du CUSM et le projet Vendôme.

Les observations sont synthétisées dans le tableau ci-dessous. Elles ont été effectuées entre septembre 2012 et février 2013.

Tableau VII. Observations d'activités choisies au cours du projet

Types d'observations
Observations de rencontres du groupe promoteur du projet <ul style="list-style-type: none">- 2 réunions de coordination- 2 réunions techniques
Observations de rencontres entre parties prenantes externes ou avec le CUSM <ul style="list-style-type: none">- 2 rencontres CIQ-CUSM

⁵⁷ Pour une question de disponibilité des participants et de la chercheuse, il n'a pas été possible d'organiser des marches commentées de façon systématique comme prévu dans les formulaires de consentement.

Types d'observations
<ul style="list-style-type: none">- 1 rencontre interne CIQ- 1 rencontre CIQ-Université Mc Gill- organisme en accessibilité universelle
Observations de rencontres publiques
<ul style="list-style-type: none">- 2 rencontres du comité de travail sur les orientations du PPU et abords du CUSM (rencontres préparatoires à la consultation publique menée par l'OCPM)- 2 rencontres publiques (séance d'information annuelle du CUSM-décembre 2013), séance d'information publique de l'office de consultation publique de Montréal (OCPM) sur le plan particulier d'urbanisme (PPU) St Raymond et abords du CUSM (février 2013)- 3 rencontres du comité de bon voisinage

Des observations de certaines activités centrales du projet ont été effectuées. Les deux réunions de coordination observées duraient deux heures et rassemblaient de 7 à 10 représentants des promoteurs du projet. Celles-ci permettaient de faire le point sur l'avancement des différentes parties de l'étude de faisabilité et le partage des responsabilités quant à l'avancement de différentes parties de l'étude.

Deux rencontres techniques portant sur la conception du tunnel de raccordement entre le nouvel édicule et l'hôpital ont aussi été observées. Chacune d'elle durait autour de 2h et rassemblait de 5 à 7 personnes (sous-traitants en ingénierie, chargés de projets STM, AMT et CUSM pour l'étude de faisabilité).

Les observations de rencontres entre parties prenantes (rencontres internes CIQ, rencontre CIQ-CUSM, rencontre CIQ-Université McGill) ont aussi favorisé la compréhension de leur dynamique autour du projet de redéploiement du CUSM et les enjeux de chacune d'elle.

Des activités publiques impliquant des parties prenantes locales ont été l'occasion de rencontrer des membres du groupe promoteur du projet de façon plus informelle et ont aussi permis de recueillir des informations sur le contexte du projet.

Le fait d'être présente dans le cadre de différentes activités a aussi permis de prendre des informations régulièrement sur l'avancement du projet, de me familiariser avec différentes parties prenantes, de faciliter les mises en relation et le recrutement par effet boule de neige.

5.6.4 Entrevues

Les entrevues ont permis de rencontrer 28 personnes dans le cadre de la thèse, au cours de 25 entrevues. Chacune d'elle a duré de 60 à 90 minutes.

L'échantillon final des parties prenantes s'est distribué quasiment à parts égales entre les membres du groupe promoteur (parties prenantes « internes » au projet) et les parties prenantes externes (tableau VIII).

Tableau VIII. Provenance des parties prenantes au projet

Membres du groupe promoteur du projet	6
Parties prenantes externes	7

L'échantillon final concernant les participants périphériques au projet s'est distribué à parts égales entre des membres d'organisations appartenant au secteur public ou au secteur associatif (tableau IX). L'ensemble des organisations du secteur associatif avaient, de par leurs missions, un objectif de représentation de leurs membres (membres individuels ou membres associatifs, dans le cas de table de concertation) auprès d'instances décisionnelles à différents niveaux : national, régional ou municipal⁵⁸. De par leurs fonctions ou leurs secteurs d'appartenance, neuf participants avaient développé une expérience professionnelle dans des projets ou des dispositifs de concertation en lien avec le transport collectif, trois dans des projets touchant au secteur hospitalier et neuf en lien avec l'aménagement d'espaces publics intérieurs ou extérieurs⁵⁹. En termes d'expertises spécifiques, cinq avaient une expertise en lien avec le vieillissement, neuf en lien avec des démarches d'accessibilité universelle.⁶⁰

Les participants à l'étude ont ensuite été codés en fonction de leurs organisations d'appartenance (tableau X).

⁵⁸ Il n'a pas été possible dans le temps de la thèse de rencontrer des représentants d'utilisateurs en milieu hospitalier.

⁵⁹ L'échantillon ciblé sur l'aménagement urbain a été élargi pour y inclure un conseiller ayant développé la prise en compte de l'accessibilité universelle dans des projets d'aménagement d'édifices institutionnels.

⁶⁰ Toutefois, huit personnes sur les dix impliquées dans les démarches en accessibilité universelle avaient été amenées à collaborer régulièrement dans des projets impliquant des représentants d'utilisateurs âgés et avaient été fortement sensibilisées aux problématiques du vieillissement de ce fait.

Tableau IX. Répartition des participants périphériques rencontrés (n=15) selon leur fonction et leur secteur d'activité

	Secteur public-intervenants internes					Secteur associatif (communautaire et économie sociale)
	Hospitalier	Transport collectif	Aménagement urbain	Éducation supérieure	Santé publique	
Fonctions	Chargés de projet (3)	Conseillers accessibilité universelle (3)	Conseiller aménagement (1)	Conseiller prévention (1)	Chargés de projet (2)	Chargés de projet (3) Direction (2)
Total	3	3	1	1	2	5

Tableau X. Tableau de codage des participants à l'étude

Appartenance des participants	Codage	Nombre de participants
Organisations promotrices du projet	A1-A11	11
Organisations localisées sur les territoires adjacents au CUSM	B1-B7	7
Autres organisations	C1-C10	10

5.6.5 Documentation et suivi média

Le recueil de données secondaires relativement au projet, à son contexte et son évolution, à l'implication des parties prenantes ainsi qu'au contexte législatif et sociétal des membres du groupe promoteur s'est tenu principalement de juin 2011 à mai 2015.

5.7 L'analyse des données

5.7.1 Organisation des données

L'objectif initial était d'analyser l'ensemble des données disponibles sous format texte à l'aide du logiciel QDA Miner fourni gratuitement par l'Université de Montréal et avec lequel j'étais familière pour l'avoir utilisé dans des projets précédents. Il s'agissait donc d'importer toutes les données dans ce logiciel. Celui-ci, en théorie, permet l'analyse de documents sous format word ou pdf, les deux formats principaux de documents utilisés dans mon étude. Il est alors possible d'extraire par requête des extraits de texte soit à partir de codes, soit en utilisant des recherches par mots clés. Un certain travail de mise en forme est nécessaire par la suite pour rendre les données plus exploitables. Ces requêtes permettent toutefois de rassembler tout le matériel disponible par thème d'analyse et facilite le travail de comparaison et de triangulation des données.

Dans la pratique, il n'a pas été possible d'analyser l'ensemble des données par ce moyen. Des difficultés pratiques en lien avec les limites de l'outil (mauvaise importation de pdf, mises en forme du texte initial non respectée, difficulté de codage de tableaux) ont circonscrit son utilisation à certaines données identifiées ci-dessous (tableau XI). Chacun de ces types de données a été traité dans un fichier QdA distinct, les catégories d'analyses plus ou moins détaillées pouvant être différentes en fonction de l'utilisation des données (cf. annexe 10, contribution des données).

Tableau XI. Données exploitées sous QDA Miner

Données exploitées	Intérêt ou limites
Entrevues parties prenantes et groupe promoteur	Chaque entrevue est identifiée comme une unité analytique (un « CAS » dans le vocabulaire du logiciel) dans QDA Miner. Facilitation des analyses intra-entrevues et les comparaisons inter-entrevues Difficulté de codage dû au format du texte- sous forme de tableaux. Les retranscriptions comportaient une colonne pour le verbatim et une colonne pour les commentaires lors d'une première lecture du document avant l'importation dans QDA.
Entrevues acteurs périphériques	
Procès-verbaux des comités de bon voisinage	Facilitation des thèmes récurrents ou absents dans les procès-verbaux.

Données exploitées	Intérêt ou limites
Législation, plans stratégiques, plans de développement (STM, AMT)	Intérêt pour une recherche rapide par mots clés et une extraction sous Excel des passages correspondants

Tous les autres documents comportant éventuellement des images ou des tableaux (comme c'est le cas pour des présentations publiques ou des rapports de circulation par exemple) ont été exploités « à la main ». Dans certains cas, une utilisation détournée du logiciel gratuit de gestion de la littérature Mendelley a facilité l'extraction des données pertinentes de ces documents pour leur analyse.

5.7.2 Stratégie d'analyse

La stratégie de recherche générale est une combinaison d'approches déductives et inductives. Loin de s'opposer, les allers retours entre approche inductive et déductive forment un « jeu fécond » qui « assure à la fois le recul d'une construction et la pertinence de cette construction par rapport à l'objet » de recherche (Quivy et Van Campenhoudt, 2006, p. 134). L'ancrage conceptuel a orienté la construction de la problématique et guidé la collecte des données à plusieurs niveaux : au niveau du choix du cas, des outils de collecte et des données à recueillir. Cet ancrage a guidé aussi l'analyse qualitative des données en fournissant des premières catégories de codage.

L'approche adoptée n'est cependant pas uniquement déductive. Le dispositif méthodologique a été aussi guidé, en ce qui concerne les acteurs périphériques à rencontrer ou la documentation complémentaire à analyser, par les questionnements surgis au fur et à mesure qu'une analyse préliminaire des données en lien avec le projet étudié avait lieu. En effet, une certaine analyse en continue sous forme de « faits saillants » a été effectuée tout au long du projet, comme cela est recommandé (Yin, 2009). Ainsi, la relecture de notes *ad hoc* avant des entrevues par exemple se traduisait immédiatement par certains objectifs spécifiques identifiés dans les journaux de bord en lien avec les entrevues à mener.

Par ailleurs, le modèle final d'analyse des données PEACI s'est structuré lors des trois étapes d'analyse menées dans le projet, il n'était pas préexistant à l'étude de cas.

L'analyse des entrevues effectuées avec des participants périphériques au projet a fait émerger des systèmes de représentations d'usagers vieillissants qui ont été structurés selon un modèle Personne Environnement Activité (chapitre 7 des résultats). Cette structuration a montré des liens forts entre le registre du sens donné au vieillissement par les acteurs interrogés et celui de l'action. Elle a mis en évidence les liens entre des interventions spécifiques sur l'environnement (I) et des systèmes de représentations spécifiques (chapitre 8 des résultats). La catégorie d'analyse « I » a donc émergé du dispositif de recherche.

Dans une troisième étape d'analyse, le modèle PEAI a été utilisé comme grille de lecture pour donner du sens aux représentations du vieillissement véhiculées par les parties prenantes du projet étudié (chapitre 9 des résultats). Les analyses menées dans le projet informent par ailleurs, de façon très générale, sur les conditions (le contexte) dans lesquelles se déroulent ces interventions. Une catégorie supplémentaire d'analyse « C » a émergé et finalement le modèle PEACI a été constitué.

5.7.3 Modalités d'analyse

Les données ont tout d'abord été regroupées par méthode de recueil (observations, entrevues, documentation) puis analysée par unité d'analyse comme synthétisé dans le tableau XII.

Tableau XII. Unités d'analyses associées aux méthodes de recueil de données

Méthodes de recueil	Unités d'analyse
Observations	Site Rencontres groupe promoteur (GP) Rencontres parties prenantes (PP) Rencontres publiques-OCPM Rencontre publiques- info sessions Rencontres publiques- comité de bon voisinage
Entrevues	Groupe promoteur Organisations locales- parties prenantes externes Acteurs périphériques- « experts » en vieillissement et-ou accessibilité universelle
Documentation	Documentation projet interne Documentation sur le projet (appels d'offres, présentations publiques, processus de PPP...) Cadres législatifs et normatifs

Méthodes de recueil	Unités d'analyse
	Orientations internes des directions _GP (politiques, plans de développement, démarches de projets spécifiques...) Articles et communiqués de presse

Le matériel recueilli a fait l'objet d'une analyse de contenu qualitative qui a procédé par itérations successives comme présenté dans la stratégie d'analyse et catégorisation des données. Les données ont été regroupées par unités de sens au sein de macro-catégories, catégories et sous-catégories plus restreintes le cas échéant. Ces différents niveaux de catégories sont identifiés dans le « livre de code » du logiciel QDA Miner⁶¹.

Au démarrage de l'analyse, six macro-catégories ont été créées : projet, personne, activités, environnement, ainsi que organisme et secteur, ces deux dernières servant essentiellement au classement des données.

La macro catégorie « projet » était divisée en deux catégories : « projet Vendôme » et « autres projets ». Par défaut, toutes les observations et documentations rentraient dans la sous- catégorie « projet Vendôme ».

Par la suite, deux nouvelles macro-catégories ont été créées de façon à mieux refléter le modèle en cours de construction : « intervention » et « contexte ».

- La lecture flottante de plusieurs entrevues, l'identification de faits saillants et la rédaction de fiches synthèses par entrevue permettant de dégager les logiques d'action des participants a fait émerger la macro-catégorie *Intervention* reflétant le processus technique de conception menant à la conception d'environnements (E). Cette macro-catégorie est intimement liée aux macro-catégories PEA.
- La macro-catégorie « contexte » regroupe les conditions dans lesquelles les interventions se déroulent. Elle comprend les catégories « Projet Vendôme » et « Autres projets » et les sous catégories « processus » et « contextes internes/externes ». Le

⁶¹ Dans le cas où le codage par QDA n'était pas possible, des fiches ont été établies à partir d'extraits de texte et de codage par catégories et sous catégories dans le texte à l'aide de couleurs et de zones dédiées pour des commentaires.

niveau projet est vu comme faisant partie du contexte dans lequel se déroulent les interventions.

Certains extraits ont donc été codés plusieurs fois, dépendamment du stade d'avancement de la recherche.

La dimension temporelle (Dumez, 2013; Leplat, 2012) a fait l'objet d'une attention spécifique en ce qui concerne le niveau des projets et des relations entre parties prenantes en lien avec ces projets.

Des triangulations intra type et inter types ont été effectuées entre les données dépendamment des objectifs recherchés. Par exemple, la plupart des entrevues ont donné lieu à une analyse « interne » avant d'être comparées avec des entrevues similaires (par exemple entre entrevues de participants périphériques) afin de faire ressortir, le cas échéant, des similitudes dans les discours ou encore de compléter des informations recueillies. Des triangulations inter types ont aussi été effectuées entre observations, entrevues et documentation pour saisir la dynamique du projet et ses contraintes. Cette façon de procéder renvoie à la proposition de Dumez (2013) pour qui chaque cas est en fait constitué de plusieurs « cas » qu'il convient d'analyser et de comparer entre eux, chacun d'eux étant précédé d'états antérieurs dont il s'agit de tenir compte dans l'analyse.

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS ET APPORTS DE LA RECHERCHE

6 Présentation du projet Vendôme

Ce chapitre présente le projet Vendôme, dans le contexte du déploiement du centre hospitalier universitaire CUSM sur le site Glen situé dans l'Ouest de l'île de Montréal, à l'emplacement d'une ancienne gare de triage. Ce projet consiste à créer une liaison piétonnière entre le nouvel hôpital, la station de métro Vendôme et les bâtiments de l'hôpital adjacents à la station, ainsi qu'un nouvel édicule pour cette station, tous deux universellement accessibles.

Ce projet utilisé comme « prétexte » pour questionner la prise en compte des usagers âgés dans les projets s'inscrit dans un processus très vaste et complexe, dont les détails sont nombreux et difficiles à couvrir de manière exhaustive dans une thèse.

L'objectif du chapitre, volontairement descriptif, est de mettre en contexte le travail empirique présenté dans le chapitre 9. Il vise à donner des éléments de compréhension du projet propres à éclairer les enjeux de l'intégration du vieillissement dans celui-ci.

Les deux premières sections replacent le projet Vendôme dans son contexte territorial en s'intéressant à son territoire d'implantation et aux différentes parties prenantes en présence intéressées par le projet. Les deux sections suivantes présentent l'origine, la chronologie du projet Vendôme ainsi que les objectifs poursuivis par ses promoteurs et ses contraintes.

6.1 Un site avec des enjeux d'accès piétonniers et d'intégration aux transports en commun

Dans cette section, les enjeux d'accès piétonniers au site de l'hôpital pour les résidents des quartiers environnants et d'accès en transports en commun, notamment pour les usagers avec des problèmes de mobilité, sont soulevés. Il s'agit d'une problématique importante au regard du projet Vendôme puisque le territoire sur lequel est implanté l'hôpital présente une forte proportion d'ânés (dans Westmount et Notre Dame de Grâce) et que le projet Vendôme pourrait diminuer les difficultés d'accès à celui-ci.

Le site Glen sur lequel est maintenant implanté le CUSM, de l'avis de plusieurs participants, constituait avant l'arrivée de l'hôpital une véritable fracture dans l'environnement urbain.

Les figures ci-dessous (figures 4 et 5) donnent une vue d'ensemble puis une vue rapprochée du site, alors que l'hôpital y est implanté.

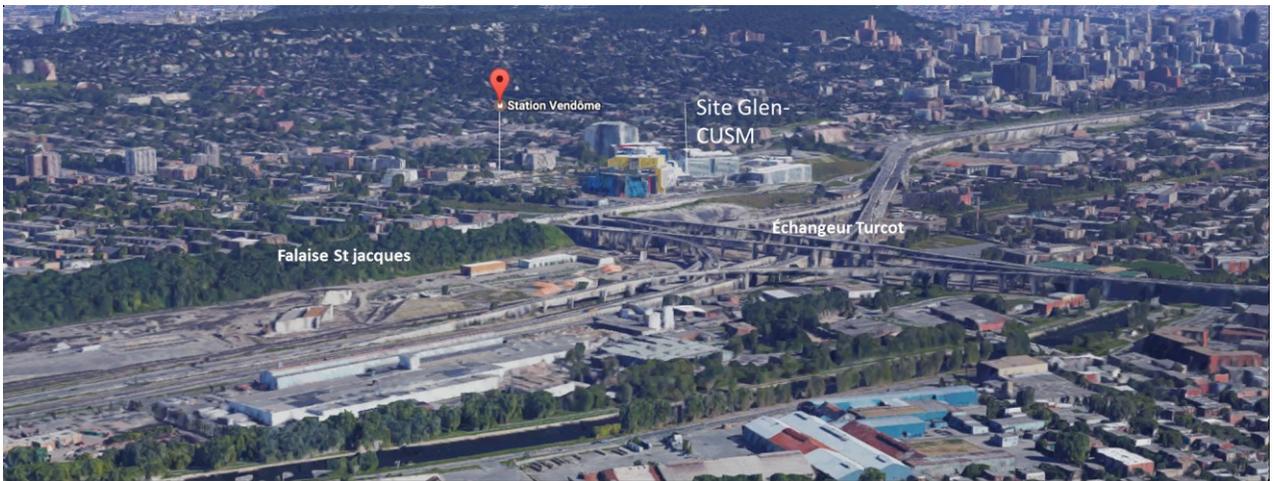


Figure 4. Vue d'ensemble de l'implantation du site Glen et du CUSM. Source : données de carte, Google Earth, Google (2016)



Figure 5. Un site d'implantation enclavé - vue rapprochée du site Glen et du CUSM. Source : données de carte, Google Earth, Google (2016)

Ce site d'une grande superficie (330 000 m²) était occupé par une gare de triage avant l'arrivée de l'hôpital, bordé au Sud et à l'Ouest par un dense réseau autoroutier, par l'échangeur Turcot ainsi que la falaise St Jacques et au Nord par les rails de chemin de fer, ce qui posait des défis en termes de déplacements piétonniers entre le Sud et le Nord du secteur.

Plusieurs éléments ont été avancés⁶² à l'appui de cette perception du site. Premièrement, la grande superficie et la topographie du site à aménager avec la présence d'une falaise au sud (falaise St Jacques), à cheval sur deux arrondissements de la ville de Montréal et sur la ville de Westmount. Deuxièmement, les abords sont jugés peu conviviaux et peu sécuritaires autour de la station de métro Vendôme (aussi bien en termes d'accidentologie que de criminalité) alors qu'il s'agit d'un important carrefour en termes de transport sur le territoire.

La station Vendôme, positionnée entre le boulevard Maisonneuve et les rails du chemin de fer au Nord du site Glen, est un site important d'interconnexion de réseaux de transport en commun : les trains de banlieue, la ligne orange du métro et plusieurs lignes d'autobus⁶³. La station ne présente pas d'accessibilité universelle et l'édicule actuel ne saurait être rendu accessible universellement. Les figures 6 et 7 illustrent le manque d'abribus aux alentours de la station, particulièrement sensible en période hivernale, ainsi que la présence d'escaliers dans la station.

⁶² Arguments repris à la fois durant nos entrevues, dans une charrette de design autour des accès Sud-Ouest à l'hôpital à laquelle j'ai pu participer et dans divers documents publics.

⁶³ Il s'agit de l'une des 4 stations d'interconnexion métro\train de banlieue de la ligne orange, avec les stations de la Concorde, Lucien L'Allier et Bonaventure. Elle permet aux passagers de la ligne de train Vaudreuil-Hudson de rejoindre le réseau de métro plus rapidement que la station Lucien L'Allier. La station Vendôme est aussi un important terminus de bus. Les lignes 37, 90, 102, 104, 105 et 124 circulent dans la boucle d'autobus autour de la station ; quant à la ligne 17, la correspondance se fait à une centaine de mètres de la station sur le boulevard Decary. La ligne 17 permet la jonction avec le Sud-Ouest, alors que les autres desservent entre autres Notre Dame de Grâce et Westmount



Figure 6. Abords de la station Vendôme en hiver. Source : « [Snow Day!](#) » (2011) par Zvi Leve, avec l'autorisation de l'auteur⁶⁴.



Figure 7. Présence d'escaliers dans la station Vendôme. Source : « [Station Vendôme 09](#) » (2015) par JeanGagnon—travail personnel, sous licence CC-BY-SA-3.0.⁶⁵

⁶⁴ <https://www.flickr.com/photos/zvileve/5506392680/>

⁶⁵ https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Station_Vendome_09.JPG?uselang=fr#filehistory

Par ailleurs la présence des rails de trains de banlieue empêche le franchissement à pied par des passages à niveau. Enfin les abords du site sont jugés franchement hostiles à la marche et pollués dans les environs du complexe autoroutier Turcot au sud du site.



Figure 8. L'échangeur Turcot au Sud du site Glen. Source : Échangeur Turcot (s.d.) par le Centre d'écologie urbaine de Montréal (CEUM), avec l'autorisation de l'auteur

A l'opposé de l'image de « desserte exceptionnelle » qui est abordée par la suite, certaines parties prenantes n'hésitent donc pas à parler « d'enclavement » du site pour les piétons lors des entrevues.

6.2 De nombreuses parties prenantes

6.2.1 Le groupe promoteur du projet et les ministères d'affiliation

La complexité du projet tient en partie au nombre de parties prenantes impliquées, du fait notamment de l'imbrication du projet dans le redéploiement du CUSM. Au cœur du projet Vendôme se trouvent les organisations à l'origine du projet, soit le CUSM, la STM et l'AMT. Elles constituent le **groupe promoteur** du projet (figure 9).

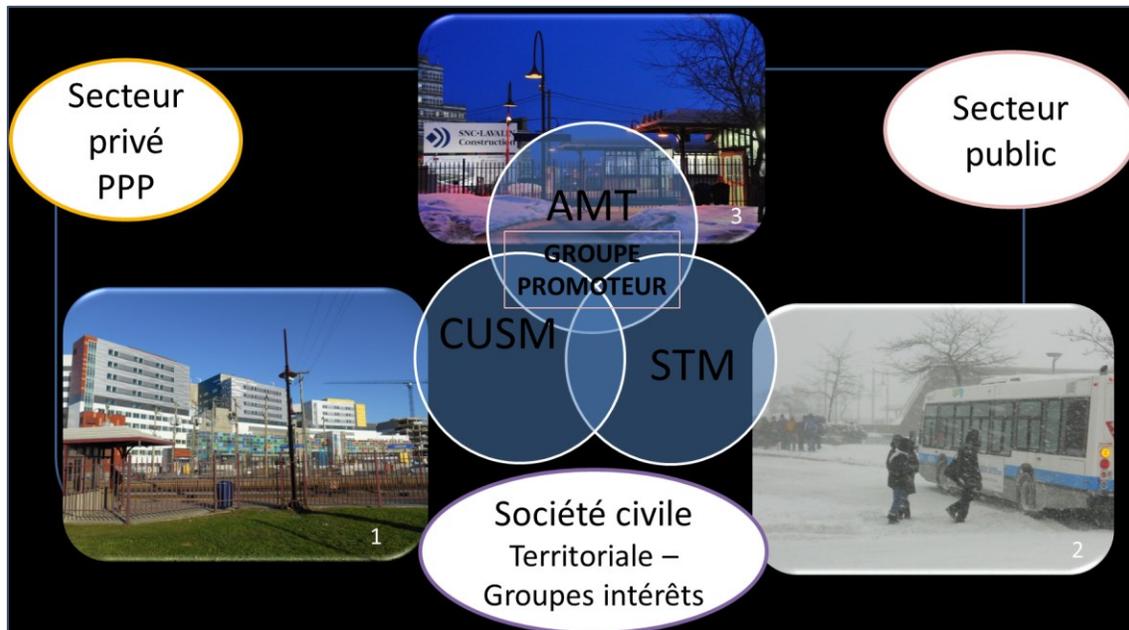


Figure 9. Parties Prenantes du projet Vendôme. Sources : (1) “[Glen Site of the McGill University Health Centre 17](#)” (2014) par Jeangagnon — travail personnel, sous licence CC BY-SA 3.0⁶⁶; (2) « [Snow Day!](#) » (2011) par Zvi Leve— travail personnel, avec l’autorisation de l’auteur, (3) « [Gare Vendôme](#) » (2013) par Abdallah, sous licence CC BY-2.0⁶⁷

Le **CUSM** est un centre hospitalier universitaire régional de grande envergure⁶⁸, fondé en 1994 par la fusion de plusieurs hôpitaux Montréalais affiliés à l’université Mc Gill situés dans divers territoires de l’île de Montréal. Son ministère de rattachement est le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS).

Le gouvernement du Québec a décidé de regrouper ces divers services hospitaliers (hormis l’hôpital général) sur un seul site, le campus Glen, situé dans l’Ouest de l’île de Montréal, à l’emplacement d’une ancienne gare de triage. Ce complexe hospitalier dont la construction démarrait lors de mon étude et dont l’ouverture a eu lieu en 2015 rassemble l’hôpital Royal Victoria, l’Hôpital de Montréal pour enfants, l’Institut thoracique de Montréal, le Centre du cancer et l’Institut de recherche du CUSM sur un même site. Ce site accueille également

⁶⁶ <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=32781440>

⁶⁷ <https://www.flickr.com/photos/husseinabdallah/8580915937/in/faves-146889800@N05/>

⁶⁸ Il regroupe regroupant 14 000 infirmières et employés d’hôpital (3,029 infirmières), 1 587 médecins et 600 chercheurs. Source : <http://cusm.ca/newsroom/page/stat-en-clin-doeil>, accédé en janvier 2015

l'Hôpital des Shriners pour enfants. Le CUSM prévoyait 500 lits sur son nouveau site dont 346 réservés à une clientèle adulte et au niveau ambulatoire plus de 110 000 visites pour les adultes et 85 000 visites pour la clientèle pédiatrique lors de l'étude (Lemay et associés, 2005).

Le redéploiement du CUSM est placé sous le contrôle **du bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal**⁶⁹ dont le directeur exécutif a pour mission de s'assurer que les projets de modernisation de la médecine universitaire respectent les « balises réglementaires » du gouvernement, les budgets et les coûts alloués. Ce bureau est sous la responsabilité du Ministère de la Santé et des services Sociaux (MSSS) (figure 10).

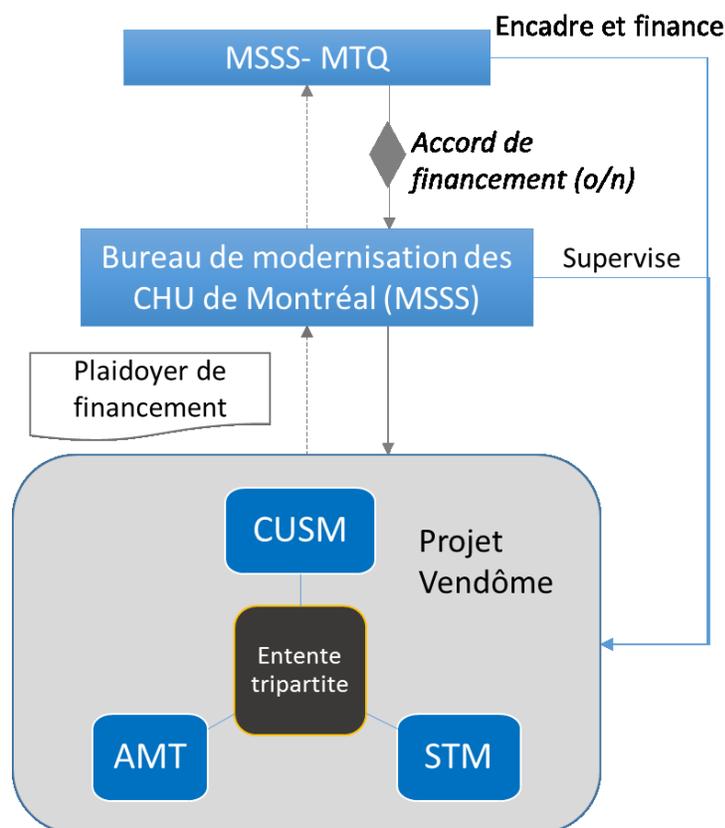


Figure 10. Affiliations ministérielles du projet

⁶⁹ http://construction3chu.msss.gouv.qc.ca/fr_mandat_mission.phtml, consulté en janvier 2015

La **STM** est une société de transport en commun de l'agglomération Montréalaise, régie par la loi sur les transports en commun. Elle regroupe notamment les réseaux de transport en commun dits réguliers (bus et métro) ainsi que le transport adapté 'porte à porte' à destination d'une clientèle restreinte⁷⁰.

L'**AMT** est une agence gouvernementale instituée en 1996 et régie en fonction de la Loi sur l'Agence Métropolitaine de Transport. Elle a notamment pour mission de « soutenir, développer, coordonner et améliorer les services de train de banlieue, d'en assurer le développement » ; elle a une compétence exclusive pour exploiter les trains de banlieue et participe au financement des sociétés de transports. Le ministère de rattachement de la STM et de l'AMT est le ministère des transports (MTQ)⁷¹.

Selon les participants à la recherche, la décision a été prise par les directions des trois organismes, ainsi que le MSSS et le MTQ, de piloter le projet Vendôme à partir d'un seul ministère. Le projet a ainsi été placé sous la supervision du directeur exécutif du bureau de modernisation des CHU de Montréal, au sein du MSSS. Un chargé de projet a été nommé pour faire la liaison avec le projet Vendôme au sein de ce bureau. C'est via le bureau de modernisation qu'un plaidoyer sous forme de mémoire a été envoyé au gouvernement afin de demander un accord de principe pour dégager des fonds pour permettre la réalisation du projet Vendôme⁷².

6.2.2 Les autres parties prenantes

Une autre dimension s'ajoute à la complexité du projet Vendôme, reliée au nombre et à la diversité des acteurs impliqués dans le redéploiement du CUSM. La conception-construction du nouveau site se fait en partenariat public privé (PPP) avec un consortium d'ingénierie et architecture, le Groupe immobilier de santé McGill (GISM). De nombreux acteurs publics et privés sont inscrits dans cette relation de PPP.

⁷⁰ <http://www.stm.info/fr/transport-adapte/propos/quest-ce-que-le-transport-adapte>

⁷¹ À l'automne 2015, le gouvernement du Québec a adopté le « Projet de loi n°76 : Loi modifiant principalement l'organisation et la gouvernance du transport collectif dans la région métropolitaine de Montréal », qui permettra à terme la mise en place d'une nouvelle autorité régionale de transport dans la métropole.

⁷² La procédure classique pour les projets de plus de 40 millions de dollars comme cela est le cas pour le projet Vendôme, une fois les accords de principe obtenus du gouvernement sont alors des allers retours à différentes phases d'avancement du projet avec Infrastructures Québec. Cette partie-là du projet n'a pas été documentée.

Le CUSM a aussi des partenariats avec d'autres parties prenantes :

- La Ville de Montréal ainsi que le ministère des Transports du Québec (MTQ) concernant les travaux à mener aux alentours du site.
- La Concertation interquartiers (CIQ) qui est une coalition d'organismes concernés par l'impact de l'arrivée du CUSM sur la communauté.

La CIQ regroupe neuf organisations implantées dans les trois territoires touchés par l'arrivée du CUSM. Les préoccupations des membres de la CIQ concernaient :

- Le développement économique et social, portées principalement par le regroupement économique et social du Sud-Ouest (RESO) et la Corporation d'employabilité et de développement économique communautaire (CEDEC).
- Les conditions de vie de la communauté et la participation à la prise de décisions collective, portées principalement par Solidarité St Henri, l'Association Municipale de Westmount, le Conseil Communautaire de Notre Dame de Grâce (NDG).
- Et la santé et le bien être communautaire, portées par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), membres de la communauté qui pourraient être influencés par l'arrivée du CUSM. Parmi ces organisations (tableau XIII), le centre Contactivité dans Westmount est plus particulièrement préoccupé par les conditions de vie des aînés et leur santé.

« Au bout d'un certain processus il s'est formé ce qui s'appelle maintenant la concertation interquartier, dans laquelle il y a des représentants des trois territoires qui sont voisins du site Glen où l'hôpital va s'implanter. Il y avait aussi une volonté d'avoir une certaine représentation sur cette concertation pour lui donner un peu une légitimité, d'avoir des représentants du milieu communautaire, du milieu du développement économique et du milieu de la santé. [...]. L'idée initiale de la concertation c'était, plutôt que de partir en guerre contre le projet, tenter d'établir un dialogue avec l'hôpital pour en arriver à des collaborations et maximiser les retombées positives locales de l'implantation et en même temps d'assurer l'intégration la plus harmonieuse possible dans son environnement urbain » (B1, propos recueilli en 2012).

Très tôt dans le projet, cette coalition de parties prenantes se rapproche de l'hôpital pour ouvrir le processus de conception, étant donné l'impact urbain inhérent à l'arrivée d'une telle structure. Après trois ans de négociations avec le conseil d'administration du CUSM, un protocole d'entente est signé en novembre 2004 entre le CUSM et la CIQ. La CIQ est épaulée dans ses démarches par l'alliance de recherche universités-communautés (ARUC) « Mega projets au

service des communautés »⁷³. L'entente crée un comité conjoint visant à la collaboration entre les partenaires. Ce comité devait comprendre deux à quatre représentants du CUSM et trois à quatre de la CIQ et organiser des rencontres quatre fois par an.

Tableau XIII. Composition des membres de la CIQ et couverture territoriale

Organisations	Quartiers avoisinants le site
Conseil communautaire de NDG, CDEC Côte-des-Neiges/Notre-Dame-de-Grâce Centre local de services communautaires (CLSC) Métro (CSSS de la Montagne) CLSC Notre-Dame-de-Grâce (CSSS Cavendish)	Côte des Neiges- Notre Dame de Grâce
Association municipale de Westmount Centre Contactivité	Ville de Westmount
Solidarité Saint-Henri, RESO CLSC Saint-Henri (CSSS du Sud-Ouest)	Arrondissements du Sud-Ouest (quartier St-Henri)

L'entente signée pour la période 2011-2015 pose les règles de la participation entre la CIQ et l'hôpital : celle-ci prévoit du partage d'informations et des réponses à des requêtes spécifiques de la CIQ envers l'hôpital. Les recommandations du CIQ devront être « considérées » par le CUSM.

L'entente précise aussi les thèmes à travailler afin de viser à l'amélioration de l'intégration de l'hôpital dans son voisinage. Trois tables de travail y sont définies : la table d'intégration urbaine, la table emploi et la table développement économique. La table d'intégration urbaine porte sur le transport, la performance environnementale du site ainsi que la planification urbaine et l'aménagement du site. Le raccordement à la station Vendôme fait partie des questions sur lequel le CUSM s'engageait à consulter la CIQ. Toutefois, c'est le CUSM qui est désigné comme étant l'interlocuteur avec les organisations responsables des infrastructures et des projets de transport locaux et à grande échelle, en ce qui concerne le projet Vendôme.

⁷³ L'ARUC « Mégaprojets au service des communautés » est « un projet de recherche-action qui explore comment les projets de développement urbain de grande échelle peuvent avoir un impact sur les communautés et la ville en général. [...] la recherche est concentrée sur la relation entre le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) sur le site de la cour Glen et les communautés dans les quartiers avoisinants » <https://www.mcgill.ca/urbanplanning/fr/node/21/mpc>

Le projet Vendôme est aussi tributaire des ententes spécifiques avec la STM et l'AMT qui elles-mêmes collaborent avec des groupes communautaires pan-montréalais représentant les aînés et les personnes handicapées dans leurs projets d'infrastructures de transport ou de matériel roulant (autobus, rames de métro, etc.).

Ainsi, en sus du groupe promoteur du projet Vendôme, les parties prenantes sont issues de différentes sphères d'activité :

- La sphère publique, avec des acteurs institutionnels de différents paliers de gouvernement tels que le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) et le Ministère des Transports du Québec (MTQ) au niveau provincial, la Ville de Montréal, la Ville de Westmount et les arrondissements de Notre Dame de Grâce et de St Henri. On y retrouve aussi l'office de consultation publique de Montréal (OCPM), organisation publique dédiée spécifiquement aux consultations citoyennes et mobilisée à deux reprises au cours du projet pour organiser des consultations et émettre des recommandations.
- La sphère civile : des citoyens (résidents et travailleurs du quartier) des représentants d'usagers spécifiques, des groupes communautaires territoriaux, des représentants d'usagers de l'hôpital.
- La sphère privée : consortium du PPP, sous-traitants en ingénierie et architecture pour divers mandats pour le projet.

6.2.3 Différents dispositifs de participation

Plusieurs dispositifs de participation représentent des opportunités de dialogue entre le projet Vendôme et les usagers qui vont emprunter le nouvel édifice et la liaison menant vers l'hôpital (tableau XIV). Certains dispositifs sont préexistants au projet Vendôme et au déploiement du CUSM sur le site Glen et illustrent des pratiques de participation chez chacun des organismes promoteurs. D'autres dispositifs ont été créés spécifiquement en lien avec le déploiement de l'hôpital avec divers mandats. C'est le cas du comité de bon voisinage, initié par le CUSM à la demande de la Ville et qui a été uniquement actif durant la durée des travaux d'implantation du CUSM.

Tableau XIV. Dispositifs de participation mobilisables dans le cadre du projet Vendôme

Dispositifs de participation	Participants	Ouvert au public général (o-n)
Comités des organismes promoteurs du projet préexistants au déploiement du CUSM		
Comité Accessibilité Universelle STM	Représentants accessibilité universelle de la STM, représentants des groupes communautaires	n
Table métropolitaine sur le transport des personnes handicapées (y compris le transport régulier)	AMT, RUTA de Longueuil, de Laval, de Lanaudière et de Montréal, l’alliance des regroupements des usagers du transport adapté du Québec (ARUTAQ) et la Table de concertation sur le transport des personnes handicapées du regroupement des organismes de promotion du Montréal métropolitain (ROPMM) et du comité régional des associations pour la déficience intellectuelle (CRADI)	n
Comité des usagers du CUSM	Membres du comité	n
Dispositifs en lien avec le déploiement du CUSM		
Comité bon voisinage	Toutes personnes et organismes intéressés	o
Infos sessions	Toutes personnes et organismes intéressés	o
Consultations menées par l’OCPM (2005, 2013) dans le cadre du déploiement du CUSM et du plan particulier d’urbanisme touchant son secteur d’implantation	Toutes personnes et organismes intéressés	o
Rencontres CIQ-CUSM	CIQ, CUSM et personnes invitées uniquement	n

Ainsi, de nombreux canaux permettraient de s’adresser aux futurs usagers du projet Vendôme. Cela dit, l’analyse menée dans la suite de la thèse amène à croire que la multiplicité de ces canaux rend la participation difficile à organiser pour les promoteurs du projet et a pu diluer l’influence des acteurs de la société civile sur celui-ci.

6.3 Présentation du projet Vendôme : origine, chronologie du projet et contraintes

6.3.1 Origine du projet

L'histoire du projet Vendôme s'étire sur plusieurs années tout au long du processus de redéploiement du CUSM sur le site Glen. Trois étapes dans le déploiement de l'hôpital se dégagent à partir de l'analyse des données⁷⁴. Une première de 1997 à 2004, en lien avec la création du CUSM et le choix du site, une seconde entre 2004 et 2007 avec le choix du mode de construction en PPP pour l'hôpital en 2006 et une troisième de 2007 à 2015 correspondant à la phase des travaux de construction et l'ouverture de l'hôpital. La seconde et la troisième étape sont aussi marquées par la coalition de neuf groupes et organisations communautaires du territoire qui vont constituer la CIQ en réponse à l'arrivée de l'hôpital sur le territoire.

Rapidement après le choix d'implantation du CUSM sur le site Glen, la question de l'accessibilité de proximité au site est soulevée par les pouvoirs publics au niveau provincial et municipal (Ville de Montréal, 2005).

« [Nous recommandons que] le nouvel hôpital du CUSM soit construit sur le site de la cour Glen, sous la seule réserve que soient effectués les travaux d'aménagement des accès de proximité nécessaires afin de rendre ce site plus facilement accessible » (Commission d'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal (CHUM) et du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), 2004, p. 7).

En 2005, la consultation publique menée dans le cadre de l'OCPM révèle aussi des premiers questionnements des citoyens quant à l'accessibilité piétonnière du site. Or alors que l'ouverture du nouveau CUSM se fait en 2015, plus de dix ans après l'approbation de son déploiement sur le site Glen, l'hôpital n'est toujours pas universellement accessible en transports en commun et à pied.

Cet état de fait s'explique notamment par des mécanismes de dérogations mis en place dans le cadre du choix du PPP fait par le gouvernement comme détaillé dans la section suivante. C'est dans ce contexte que prend naissance le projet Vendôme, en marge du PPP.

⁷⁴ Pour le détail des étapes, voir l'annexe 13

6.3.2 Des dérogations qui aboutissent à une proposition de passerelle dans le cadre du PPP

L'arrivée de l'hôpital sur le site Glen nécessite de revoir le plan d'urbanisme de Montréal et le règlement d'urbanisme de l'arrondissement (OCPM, 2005). Les projets de règlements proposés « doivent faire l'objet d'une audience publique sous l'égide de l'Office de consultation publique de Montréal » (OCPM, 2005, p. 1).

Dans ce cadre, le préconcept architectural du futur CUSM réalisé en amont du choix de mode PPP est présenté à la population. Il fait état de trois accès piétons au Nord du site, dont deux en lien avec la station intermodale Vendôme : un accès nord-ouest reliant l'hôpital à l'édicule existant et un accès nord-est reliant l'hôpital à un nouvel édicule à concevoir. Ces liens sont particulièrement importants. En effet, les estimations de 2005 font état de 44 % des usagers de l'hôpital qui utiliseront le transport en commun aux heures de pointe (Dessau Soprin, 2005, p. 2). Étant donné les choix architecturaux opérés sur le site, on peut estimer que la très grande majorité des arrivées en transport en commun se feront via les transports de la station Vendôme ou à proximité pour les bus.

Ce second lien reliant l'hôpital à un nouvel édicule est indiqué comme étant une option « envisagée » dans l'étude de circulation réalisée par Dessau-Soprin pour le compte du CUSM (Dessau-Soprin, 2005, p. 69). Toutefois, il est représenté graphiquement dans plusieurs plans déposés par le CUSM lors de la consultation (Arbour et Associés, 2005, p. 69; Dessau-Soprin, 2005, figure 6.2, p. 73). Sa concrétisation est cependant ambiguë puisque dans les mêmes rapports (Arbour et Associés, 2005, p. 75) il est indiqué que des discussions devront être faites avec l'AMT et la STM pour déterminer l'opportunité de créer un second point d'accès au métro avec un nouvel édicule.

L'intégration de l'hôpital dans son environnement urbain de proximité est considérée comme « déficiente », notamment concernant les liens avec les environs de la station Vendôme dans le rapport final de l'OCPM (OCPM, 2005, p. 17-20). Les recommandations de l'OCPM (OCPM, 2005, p. 26) suggèrent à cet effet de revoir l'intégration urbaine pour fournir des accès piétons plus nombreux et conviviaux, sans que ce terme soit clairement défini. À la suite de ces recommandations, le CUSM présente un nouveau plan d'accessibilité lors d'une présentation

publique à la population (CUSM, 2005). Dans ce plan, alors que les accès à l'édicule existant de métro et au passage au niveau de l'avenue Claremont sont clairement identifiés, la seconde liaison avec le métro est dessinée mais n'a pas de légende contrairement aux autres accès (CUSM, 2005, p. 2).

Toutefois dès 2005, la STM, l'AMT et le CUSM collaborent dans l'objectif d'améliorer le lien avec la station Vendôme. Entre 2005 et 2008 cette collaboration aboutit à la nécessité de créer un second lien et un second édicule qui ne figurait pas sur les plans déposés en 2005 à l'OCPM. La création d'un second lien (édicule et tunnel) est alors incluse dans le devis des consortiums en PPP à l'automne 2008 lors de l'appel à propositions.

« Pour nous c'était très clair, il fallait inclure dans ce projet des liens efficaces avec les transports en commun. Dans les deux documents d'appel d'offres avec les soumissionnaires ils avaient la responsabilité de construire des liens avec les transports en commun. Dans le volume 2C, les requis techniques du projet, il y avait des exigences très précises à ce niveau-là. **On demandait un minimum de deux liens. Donc ce qu'on demandait c'était un raccordement du côté Ouest, l'existant, et un deuxième lien dans l'alignement de la propriété du 5110 Maisonneuve** [je souligne] [...] qui devait être complet, fonctionnel, nouvel édicule, nouvel accès aux trains et jusqu'à la bâtisse » (A2, propos recueilli fin 2012).

Suite aux interactions avec la STM et l'AMT pour monter leurs propositions, les consortiums reviennent vers le CUSM et signalent qu'il leur sera impossible de réaliser un second lien ainsi qu'un nouvel édicule dans les conditions financières proposées. Une dérogation est mise en place, qui restreint la liaison la plus à l'est à un lien permettant d'aller du CUSM jusqu'en limites de propriété pour éventuellement se raccorder à un futur édicule. Par la suite, alors que les propositions déposées par les deux consortiums en PPP dépassent les limites budgétaires du gouvernement, le budget alloué au lien Est se trouve encore restreint.

« Donc on a accepté une dérogation où le lien Est encore, était réduit. Donc c'est là où il était plus couvert ni chauffé. D'où la passerelle qu'on a actuellement [au cahier des charges] » (A2, propos recueilli fin 2012).

Finalement la proposition du consortium GISM retenu en avril 2010 prend la forme, en ce qui concerne le lien le plus à l'est, d'une passerelle enjambant les voies de chemin de fer, à l'air libre et avec plusieurs volées de marches, d'une hauteur correspondant à environ quatre étages à gravir pour les personnes arrivant depuis la station de métro. Bien que cette proposition soit celle qui figure encore au cahier des charges de GISM lors de l'étude de faisabilité, cette proposition s'avère peu satisfaisante pour la STM, l'AMT et le CUSM.

D'une part, il n'est plus question dans le cadre du PPP de réaliser un second édicule pour la station de métro. D'autre part, la solution retenue dans le PPP, selon les membres du groupe promoteur, n'est pas fonctionnelle. Les participants relatent qu'elle pose des problèmes de dégagement sécuritaire pour les trains de banlieue. Elle ne permet pas non plus selon eux de répondre aux besoins des personnes présentant des problèmes de mobilité, qu'il s'agisse de parents avec poussettes, d'aînés ou de personnes avec des limitations fonctionnelles du fait de la présence de marches. Enfin, c'est une solution qui ne permet pas de se déplacer en étant protégé des intempéries puisque la passerelle ne serait pas couverte.

6.3.3 Évolution des propositions de raccordement

Les trois partenaires (CUSM, STM et AMT) qui collaborent ensemble depuis 2005 au travers d'ententes⁷⁵ ont ainsi pour objet de concevoir une proposition alternative et d'en demander le financement au gouvernement. Plusieurs études de pré faisabilité se succèdent.

Avant même l'arrivée de l'hôpital, l'édicule Vendôme est quasiment à saturation. Par ailleurs les études réalisées par la STM montrent qu'il serait très difficile techniquement d'agrandir cet édicule. Ainsi, les études de pré faisabilité envisagent rapidement la construction d'un deuxième édicule qui serait placé le plus loin possible de l'édicule existant pour des raisons de sécurité incendie.

« On en est venus rapidement à la conclusion qu'il fallait rajouter un deuxième édicule. Parce qu'en plus, comme c'est un raccordement pour un hôpital, on voudrait qu'il soit accessible, faut mettre des ascenseurs. Ce serait plus simple de le faire dans un nouvel édicule, de rajouter des escaliers de chaque côté, de mettre des ascenseurs et de permettre le raccordement dans un nouvel édicule qui permettrait d'augmenter la capacité et de donner à la gare Vendôme de nouveaux accès plutôt qu'essayer de le faire dans ce mini édicule là. Parce que même mettre des ascenseurs dans cet édicule-là, on était obligés d'en mettre trois parce que cet édicule a plusieurs niveaux [...]. C'est une station très complexe à cause de la façon dont elle est construite » (A5, propos recueilli en 2012).

Trois scénarios de raccordement sont alors identifiés pour raccorder cet édicule à l'hôpital. Ils sont analysés dans le cadre du projet et présentés à la CIQ pour recueillir leurs préférences.

« Ils avaient analysé [...] la possibilité d'un tunnel qui passait sous le métro, un autre qui passait entre le métro et la surface et aussi l'hypothèse d'une passerelle qui passerait par-dessus. Ils avaient discuté ces hypothèses avec l'AMT et la STM en calculant les dénivelés aussi. La STM était vraiment pas intéressée, un tunnel sous leur tunnel ils n'aimaient pas cela. Au-dessus leur convenait mieux. La passerelle ici en

⁷⁵ Une première entente a couvert les études de pré faisabilité fin 2010-début 2011 et une seconde les études de faisabilité fin 2012 (information recueillie auprès d'un participant en avril 2013)

haut il y avait des problématiques parce que l'AMT, les rails ici, il y a aussi des trains de marchandise avec des doubles wagons, ils doivent avoir l'espace d'un troisième wagon en haut, la longueur de la passerelle était telle qu'il fallait des renforts...il y avait des enjeux techniques de norme, de sécurité en cas de déraillement, si le train fonce là-dedans tout s'écroule. En plus la passerelle était à une hauteur équivalente à quatre étages. La première fois ils nous ont sollicité sur nos préférences, nous ont demandé ce qu'on en pensait » (B1, propos recueillis en 2012).

Finalement une première solution technique est trouvée à l'été 2011. Dans cette solution, le raccordement entre l'édicule et l'hôpital se fait par un tunnel qui place l'hôpital à une distance d'environ soixante-dix mètres du métro. Par ailleurs, étant donné que le métro est fermé la nuit mais que l'hôpital doit conserver une ouverture 24h\24h, l'aménagement doit considérer des zones donnant des accès séparés.

« Une séparation de zones métro-métro et des gens qui voudraient utiliser le tunnel sans avoir à utiliser le métro, avec deux zones séparées pour des questions de sécurité et d'exploitation » (A7, propos recueillis en 2013).

En 2011, l'AMT envisage alors de rajouter une quatrième voie de train, ce qui invalide l'implantation technique de la solution. Au final, le second édicule se rapproche du premier car la première solution ne respectait plus les contraintes de dégagement ferroviaires.

« Il a fallu qu'on se déplace parce que ici passait le train et on n'avait plus les dégagements possibles par rapport aux corridors ferroviaires pour mettre l'édicule » (A5, propos recueillis en 2012).

6.3.4 Le concept retenu dans le cadre du projet de liaison Vendôme

Les études de préfaisabilité aboutissent à un choix de concept. L'étude de faisabilité, dont le déroulement a été suivi en partie dans le cadre de cette recherche, approfondit les diverses contraintes en lien avec celui-ci à partir de 2012. Ce choix semble moins satisfaisant pour les partenaires car l'édicule du métro est moins visible depuis la rue et les distances entre le métro et l'hôpital doublent. Mais les contraintes techniques du site laissent peu de marges de manœuvre.

« On avait trouvé un scénario qui fonctionnait, mais lorsque la 4^{ème} voie est apparue le scénario ne fonctionnait plus. On a dû retourner à la table de dessin et d'où la solution qu'on a actuellement devant nous qui laisse à peu près aucune marge de manœuvre, à qui que ce soit, de s'améliorer dans son positionnement, sa location, on est tellement coincés que... » (A2, propos recueillis en 2012).

La proposition est la suivante : un deuxième édicule de la station Vendôme sera construit, un peu plus à l'Est que le premier et sera accolé à l'édifice que possède le CUSM au Nord du site. Un tunnel partira de cet édicule pour rejoindre l'hôpital, donnant l'accès à l'hôpital aux usagers en provenance du train et du métro.

Par ailleurs une partie de l'édicule sera ouverte 24h sur 24h permettant ainsi aux personnes arrivant par bus ou à pied depuis les quartiers adjacents de se rendre directement au tunnel sans emprunter la partie payante de l'édicule et plus généralement, donnant un accès protégé des intempéries en tout temps à l'hôpital. Ceci permettra aussi le déplacement de personnes (travailleurs, patients, visiteurs) entre le campus principal et les bâtiments hospitaliers jouxtant le métro. Dans une optique d'accessibilité universelle, le nouvel édicule sera doté d'ascenseurs permettant aux personnes éprouvant des difficultés de mobilité de circuler dans l'édicule et le tunnel et de se rendre à l'hôpital (figure 11).

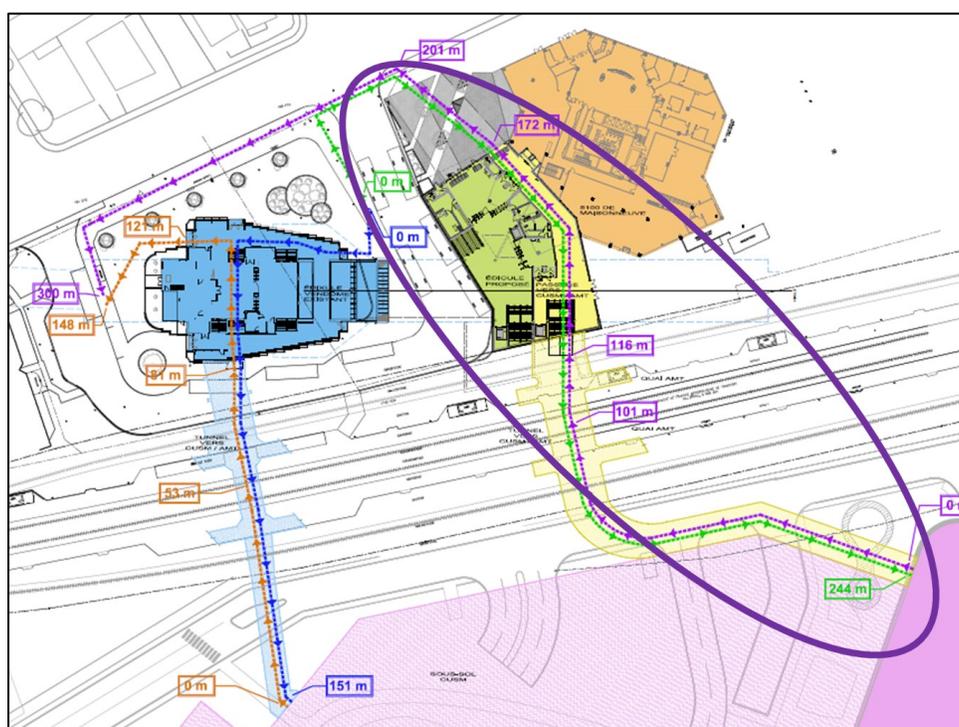


Figure 11. Concept de raccordement du projet Vendôme. Source : STM (2013) - documentation déposée à l'OCPM dans le cadre de la consultation publique du PPU Saint Raymond.

La proposition de concept est présentée à la population en novembre 2013 lors des séances d'informations publiques organisées par le CUSM. Elle permet (tableau XV), selon les membres du groupe promoteur de répondre aux objectifs des trois membres du groupe projet qui s'expriment en termes d'efficacité et de sécurité de la liaison face à l'augmentation prévue de la fréquentation, ainsi que d'accessibilité universelle.

Tableau XV. Les objectifs par organisme concernant le projet Vendôme

CUSM	STM	AMT
<p>Disposer d'un deuxième lien piétonnier efficace, direct et accessible universellement avec le pôle intermodal Vendôme pour sa clientèle – en sus du premier, qui est le prolongement du tunnel de l'AMT existant et qui est déjà inclus au contrat de son partenaire, le Groupe immobilier de santé McGill (GISM).</p> <p>Disposer d'un passage piétonnier jusqu'à la rue de Maisonneuve Ouest.</p>	<p>Améliorer la fluidité des déplacements de la station et sa capacité d'accueil pour répondre à l'augmentation de l'achalandage.</p> <p>Permettre le raccordement à la station d'un nouveau lien piétonnier avec le CUSM.</p> <p>Rendre la station accessible universellement.</p> <p>Améliorer l'efficacité opérationnelle de la STM.</p> <p>Améliorer le temps-réponse pour l'évacuation en situation d'urgence.</p> <p>Ne pas entraver le terminus d'autobus de la STM.</p>	<p>Diminuer la congestion future dans le tunnel existant de la gare Vendôme.</p> <p>Porter une attention particulière à l'efficacité des transferts intermodaux afin d'améliorer le temps de déplacement de la clientèle provenant du train et du CUSM.</p> <p>S'assurer que le nouveau bâtiment (édicule et passage piétonnier au nord des voies ferrés) a les dégagements requis pour répondre aux critères de sécurité du CP et au maintien de l'emprise au nord des deux voies existantes, et de la troisième voie à venir au sud.</p>

En effet, alors que l'hôpital allait s'installer sur le site Glen, la station de métro existante a été identifiée comme allant arriver rapidement à saturation à l'ouverture et la construction d'un nouvel édicule comme étant nécessaire pour accueillir l'augmentation de l'achalandage de l'AMT principalement. Selon un des membres du groupe promoteur du projet la fréquentation de la station Vendôme a augmenté de 25% depuis 2009 du fait de l'augmentation des trains de l'AMT et devrait continuer à augmenter si une quatrième voie est construite. L'augmentation de la fréquentation due à la présence du CUSM apparaît plus marginale comparativement à cette augmentation.

« De mémoire, 30 000 entrées et sorties à l'hôpital par jour. De ce total, il y en a qui sont des patients et ensuite ce sont des employés. Ils visent à 50 % en transport en commun vs. automobile pour leurs employés. Si on fait la courbe d'arrivée dans la journée, à 6h du matin les gens arrivent, ensuite il y a un deuxième quart de travail et un quart de nuit. Mettons 20 000 entrées et sorties, on divise par deux, 10 000 entrées par jour, 3000 en une heure le matin, séparée moitié moitié transport en commun et automobile [...]. Les gens en clinique externe ce sera tôt le matin avant d'aller travailler, les horaires seront différents. Les visites ne se font pas au pic de fréquentation. Quand on décompose l'arrivée des gens, l'impact est non négligeable mais ce n'est pas la catastrophe » (A10, propos recueillis en 2012).

L'étude de faisabilité est quant à elle finalisée courant 2013 et donne lieu à la rédaction d'un mémoire envoyé au gouvernement qui doit décider si des fonds vont être accordés ou non à la solution proposée. Cette démarche est soutenue par la CIQ.

Si le projet semble être parvenu à s'imposer sur l'agenda politique du gouvernement en 2014, il faut attendre mi-2015 pour que le financement soit finalement accordé par le gouvernement, sans précision sur le moment auquel les sommes seront versées.

« Il faut un deuxième édicule au métro Vendôme et un deuxième tunnel reliant le métro au CUSM. C'est pourquoi nous avons inscrit ce projet prioritaire au Plan québécois des infrastructures dès notre premier mandat. Les usagers peuvent donc s'attendre à ce qu'une solution durable soit mise en place dès que possible. Comme la solution permanente est assujettie à la Directive sur la gestion des projets majeurs d'infrastructure publique, l'échéancier et les coûts seront à préciser très prochainement » (Ministre Poëti, 2014)⁷⁶.

Dans l'attente de cette décision des « mesures transitoires » ont été mises en œuvre à la station Vendôme afin d'améliorer la fluidité et la sécurité des passagers qui utilisent la station existante et de ceux qui se rendent à l'hôpital (figure 12).



Figure 12. Liaison entre la station Vendôme et le CUSM dans le cadre des mesures transitoires. Source : données de carte, Google Earth, Google (2016)

Elles ont consisté notamment à réaménager l'intérieur de la station Vendôme, ainsi qu'à construire un tunnel de neuf mètres de long dans le prolongement de la station actuelle (comme prévu au PPP), permettant aux piétons de rejoindre l'hôpital jusqu'à une marquise centrale sur

⁷⁶ Journal des débats de la Commission des transports et de l'environnement, 25 juin 2014

son terrain. Les piétons empruntent ensuite un escalier et finissent les derniers mètres jusqu'à l'hôpital à l'extérieur (figures 12 et 13).



Figure 13. Illustration des mesures transitoires entre la station Vendôme et le CUSM
Sources : TCAIM (s.d.), avec l'autorisation de l'auteur

Les figures ci-dessus illustrent cependant le manque d'accessibilité universelle de ces mesures (présence d'escaliers, absence de bancs dans le tunnel, derniers mètres non protégés des intempéries).

L'annonce du débloqué officiel de l'argent est faite dans les médias en janvier 2016 soit plus de dix ans après le démarrage du projet de solution alternative par les membres du groupe promoteur, ce qui vient atténuer quelque peu les propos tenus lors de la commission des transports et de l'environnement et mettant de l'avant une mise en place « dès que possible » de cette solution.

6.4 Un projet sous contraintes

Comme le rapportent plusieurs participants, lors de l'élaboration du concept les concepteurs se sont trouvés face à d'importantes contraintes physiques et techniques en lien avec la configuration du site et les besoins spécifiques des différents partenaires.

« Voici les voies ferrées actuelles, le bâtiment on est au niveau sous-sol [...]. Cela c'est une voie qui est potentiellement là dans le futur. Le métro passe sous l'emprise ferroviaire. La fondation du bâtiment [de l'hôpital à proximité du futur édicule] est appuyée contre le tunnel de métro. On ne peut pas travailler beaucoup ici. Il y a une boucle d'autobus en surface ici, qu'on ne peut pas déplacer facilement, il n'y a pas d'espace de retournement d'autobus ici. Il y a la rue là, les voies ferrées. C'est pour cela qu'on arrive à une solution ici. Autre contrainte, le tunnel est très près du sol. Si on regarde en coupe, on a le tunnel de métro et le sol ici, on ne peut pas passer un passage ici entre le sol et le haut de tunnel de métro. [...]. Ici on ne peut pas faire une voie ferrée parce qu'on n'a pas d'espace pour s'insérer car le métro est pas assez profond, donc on est obligé de se déplacer. Ce sont des contraintes techniques, cela revient à cela » (A10, propos recueilli en 2012).

Ces contraintes pèsent sur les possibilités en termes d'aménagement et d'accessibilité universelle.

« L'ascenseur tu rentres par ici [entrée à l'avant de l'ascenseur] et tu sors par là [sortie de l'autre côté]. En bas la porte ouvre de l'autre côté. On essaie d'avoir toujours des *pass through* dans toutes les stations où on met des ascenseurs. C'est recommandé par les gens de l'accessibilité universelle. Par contre la façon de positionner les ascenseurs dans le cas-ci ce sont des contraintes d'emprise. Si on avait mis l'ascenseur là, cela ne rentrerait pas. Les contraintes structurales et la place qu'on a, c'est l'aménagement qui fonctionnait le mieux » (A7, propos recueilli en 2012).

Par ailleurs, les contraintes financières de chacun des organismes impliqués ont pesé sur la viabilité du projet. Du côté du CUSM, il s'agit d'un projet à financer hors du cadre du PPP. Quant à la STM, même si les plans d'accessibilité 2012-2015 identifient la station Vendôme comme une des cinq stations devant être équipées d'ascenseurs d'ici 2017, elle signale que cette implantation pose des problèmes techniques dans la station d'origine. Le développement d'un second édicule devient donc essentiel pour répondre aux priorités dégagées par la STM, mais aucun financement n'est prévu dans le plan⁷⁷.

Comme l'a énoncé un membre du groupe promoteur du projet, cette phase de faisabilité devait donc principalement répondre à la question : « que peut-on faire techniquement et à quel coût ? », et « faire remonter le projet sur la pile » auprès de chacune des directions des organismes impliqués, avant d'aller solliciter le gouvernement pour un financement *ad hoc* sur une solution stabilisée techniquement.

⁷⁷ Par ailleurs, la mise en accessibilité universelle des stations de métro, présentée comme intéressante pour augmenter l'achalandage de la clientèle, notamment celle des personnes âgées, ne bénéficie pas d'un financement propre, les sommes étant « prises à même le budget de maintien des actifs et d'entretien des systèmes essentiels au fonctionnement et à la sécurité du métro », ce qui limite le développement de l'accessibilité universelle du réseau de la STM, quels que soient les projets.

Toutefois, même s'il peut exister des désaccords entre le CIQ et le CUSM, le projet bénéficie de l'appui politique de la CIQ pour faire avancer le projet auprès du gouvernement.

« La CIQ, nous on a décidé qu'on va écrire une lettre au ministre des transports et à toute une panoplie de gens pour dire que, nous aussi, comme communauté, on souhaite qu'il y ait un accès important pour les transports en commun et durables. Qu'on est de pair [solidaires] avec le CUSM, qu'on considère que c'est une infrastructure prioritaire et urgente. Au final c'est toujours le même bailleur de fond qui finance » (B1, propos recueilli en 2012).

Enfin, pour chacun des organismes, le projet s'insère dans des structures spécifiques et représente des défis particuliers.

Dans le cas de la STM c'est un projet jugé « gros » et très politique. Pour la STM le niveau de détail impliqué dans la solution technique du projet au niveau de l'édicule (rendus nécessaires au vu des contraintes techniques) le fait rentrer *de facto* dans les études de faisabilité voire de plans et devis, ce qui veut dire, en termes de gestion de projet, qu'un certain nombre d'options se figent à l'étape documentée par la thèse.

Dans le cas de l'AMT, c'est un projet fortement atypique qui ne rentre pas dans la gestion de projets classique. Pour l'interlocuteur de l'AMT, cela reste un « petit projet » encore au stade de la préfaisabilité, avec moins de préoccupations sur la nécessité d'aller dans le détail que la STM.

Pour le CUSM, le projet est géré par les équipes qui s'occupent du redéploiement et de la gestion immobilière et plus spécifiquement par les équipes en lien avec les éléments en périphérie du site tels que les raccordements avec le métro ou les travaux à effectuer auprès de la ville. D'après la compréhension des entrevues effectuées, il n'y a pas, au stade de la faisabilité documenté, de lien formel de travail établi entre ce projet et d'autres projets de l'hôpital. A ce stade, le personnel en charge du projet de la signalétique à l'intérieur de l'hôpital et à l'extérieur n'est pas mis à contribution. De même, il n'y a pas de collaboration avec les équipes qui s'occupent de la démarche « Hôpital Ami des aînés ». Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en aura pas.

Les différents membres du projet se retrouvent régulièrement pour faire le point sur l’avancée du projet lors de réunions de coordination, ainsi que pour traiter des points spécifiques plus en profondeur lors de rencontres techniques, pouvant à l’occasion s’ouvrir aux prestataires externes ainsi qu’au consortium du PPP. Des rencontres plus stratégiques regroupent aussi certains acteurs du groupe promoteur⁷⁸ pour discuter de gestion des risques du projet ou d’aspects financiers, et peuvent alors s’ouvrir à des parties prenantes externes du secteur public (gouvernement, ville de Montréal).

Les ressources attribuées au projet sont des ressources essentiellement techniques ou de gestion (tableau XVI).

Tableau XVI. Une gestion du projet essentiellement technique

Membres du groupe promoteur	Types de professions impliquées étroitement dans l’étude de faisabilité
STM	Architecte, chargé de projet technique (ingénieurs), ingénieurs civils
AMT	Ingénieur réseau
CUSM	Gestionnaire, architecte

Il n’y a pas de chef de projet attitré en tant que tel, ni de ressource dédiée spécifiquement à la participation avec les usagers ou à la prise en compte centralisée des différents besoins des futurs usagers. Par contre des ressources internes en communication et relations publiques sont associées aux présentations publiques.

Conclusion

L’hôpital présente des enjeux importants en termes d’accessibilité de proximité pour les riverains et plus largement les usagers se déplaçant à pied et en transports en commun. Par ailleurs, la fréquentation de la station Vendôme et les contraintes techniques inhérentes à la station rendent nécessaire la construction d’un second édicule. Le projet Vendôme viendrait

⁷⁸ Concernant ces rencontres, il ne m’a pas été possible d’y assister du fait de leur niveau de confidentialité et de leur charge politique

ainsi répondre à des enjeux propres aux résidents du quartier mais aussi au groupe promoteur du projet en termes d'accessibilité et de fréquentation.

Alors que l'intégration urbaine de l'hôpital et son accessibilité aux transports en commun sont fortement mises en avant par le gouvernement dès l'origine du projet de redéploiement du CUSM ainsi que lors de consultations publiques (OCPM, 2005), peu à peu, une liaison ambitieuse comprenant un raccordement de l'hôpital à un nouvel édicule intermodal se restreint, dans le cadre du PPP, à une simple passerelle au-dessus de voies du train, non protégée et impossible à pratiquer pour des personnes avec des difficultés de mobilité. La construction d'un second édicule ainsi que d'une liaison piétonnière au nord-ouest du site Glen s'est ainsi perdue dans le processus de déploiement de l'hôpital et est sortie du PPP pour des questions essentiellement financières.

Le projet Vendôme s'est défini comme une alternative à ce raccordement entre l'hôpital et la station Vendôme, toujours prévu au cahier des charges de GISM et jugé peu adapté aux conditions d'utilisateurs présentant des difficultés de mobilité par le CUSM, l'AMT et la STM. Sa conception est un processus itératif où la recherche d'une solution jugée acceptable par le groupe promoteur s'accompagne d'une redéfinition concomitante de son « problème » de départ (Ledoux, 2000; Zeisel, 2006). Ainsi la volonté de l'AMT de développer une quatrième voie pour ses trains de banlieue desservant la station Vendôme a modifié le problème de départ du projet et nécessité une nouvelle recherche de solution acceptable.

Il aura fallu plus de dix ans entre le début de la collaboration de la STM, de l'AMT et du CUSM pour obtenir le financement par le gouvernement d'une nouvelle liaison universellement accessible et la construction d'un nouvel édicule. Ceci alors que l'édicule existant ne pouvait accommoder sans modifications la nouvelle fréquentation due à l'arrivée du CUSM dans le quartier. Les dernières années (depuis 2013) ont été accompagnées de revendications citoyennes relayées par les médias et de plusieurs articles de presse⁷⁹ pour dénoncer ce retard à l'ouverture

⁷⁹ Quelques exemples : Moelle Épinière et Motricité Québec, décembre 2013, *Communiqué sur l'accessibilité de la station Vendôme* ; Radio Canada, octobre 2013, *Marcel Côté permet un meilleur accès au métro près du CUSM* ; CBC News, novembre 2013, *Vendôme WheelChair Access 'Technically Impossible' for now* ; Radio Canada Mobile, janvier 2014, *Accessibilité au Métro Vendôme, les élus pressent Québec d'agir* ; La Presse, juin 2015, *Toujours pas d'échéancier pour le 2^{ème} édicule de la station Vendôme*.

de la nouvelle liaison. Il faudra encore de deux à trois ans pour finaliser les études et bâtir la liaison et le nouvel édicule, selon les estimations de participants membres du groupe promoteur. Ainsi il faudra attendre au plus tôt 2019 (La Presse, 2015)⁸⁰ pour que le CUSM soit raccordé au nouvel édicule, soit quatre ans après son ouverture. Dans quelle mesure, une fois la liaison ouverte, sera-t-elle alors véritablement empruntée par ceux n'ayant pas la possibilité de se rendre en transport en commun à l'hôpital jusque-là ? En effet, entretemps, l'image qui se sera construite dans la population sera celle d'un hôpital difficilement accessible pour ceux ayant des problèmes de mobilité, qu'il s'agisse d'aînés, de personnes ayant des incapacités fonctionnelles quel que soit leur âge, de familles avec des poussettes, etc.

Le projet Vendôme est typique d'un projet d'aménagement (Boutinet, 1990; Ledoux, 2000; Viel, Lizarralde, Maherzi et Thomas-Maret, 2012) pouvant rendre difficile son appréhension dans la temporalité d'une thèse⁸¹ : Il s'agit d'un projet sous contraintes, financières et techniques. Le projet Vendôme présente une complexité accrue étant donné son insertion dans le déploiement d'un hôpital s'apparentant à un « méga projet urbain » (Bornstein, 2007) très exposé médiatiquement et politiquement.

“Mega projects conform to a model of urban development that many governments favor high-profile strategic projects with the potential to satisfy immediate aims [...], attract external capital [...] and redefine a neighbourhood or the city as a whole. It is pursued with rhetoric of positive outcome” (Bornstein, 2007, p. 3).

Certaines particularités du projet méritent d'être soulevées au regard de la préoccupation portée dans la thèse quant à la prise en compte des aînés dans les projets d'aménagement. L'organisation interne du projet n'a pas de ressources spécifiquement dédiées et transversales à l'accessibilité universelle dans le projet et ni à la participation des futurs usagers (dont les aînés). Le projet n'a pas de « chef de projet » interne visant à homogénéiser les visions des différents acteurs sur le terrain. Or on sait en ergonomie que ces deux composantes sont généralement

⁸⁰ Repéré à <http://plus.lapresse.ca/screens/beabea90-a207-4928-beb3-278919f77eef%7C8ynDgKIn9cGe.html>

⁸¹ Les quatre premiers points constituent très certainement des défis, ou tout du moins une différence, avec les projets d'aménagements habituellement traités par l'ergonomie qui s'intéresse plus traditionnellement à des projets dans des lieux et des temporalités plus délimités.

défavorables à l'insertion de préoccupations envers les usagers dans les projets de conception (Daniellou, 2004).

Par ailleurs, le projet nécessite la collaboration entre trois organisations en provenance de secteurs d'activités différents et n'ayant pas eu d'historiques de collaboration préalable, ce qui peut constituer un obstacle. Mais il s'agit aussi d'une caractéristique qui rend son étude d'autant plus intéressante. En effet, les premiers chapitres de la thèse ont montré d'une part la nécessité d'une intersectorialité croissante pour traiter les problématiques de vieillissement et d'autre part le manque de connaissances relatives aux pratiques intersectorielles sur le terrain.

Enfin, loin d'être neutre, tout projet d'aménagement traduit les valeurs et les ressources pour l'action des différentes parties prenantes impliquées (Daniellou, 2004; Ledoux, 2000). Deux des membres du groupe promoteur du projet s'entendent ainsi officiellement pour placer l'accessibilité universelle comme un des objectifs du projet afin de permettre à une grande diversité d'utilisateurs d'utiliser le nouvel édicule et de le relier à l'hôpital. Comme cela a été montré, la recherche d'une solution alternative plus inclusive et fonctionnelle que celle prévue au départ afin de raccorder l'hôpital à la station Vendôme est un des arguments présentés comme justifiant en partie le projet de liaison Vendôme, ce qui devrait favoriser l'accès à l'hôpital pour toute personne en perte de mobilité, ce qui peut recouvrir certains aînés.

Cependant, il est justifié de se demander si derrière cet objectif commun se retrouvent ou non des compréhensions et des applications différentes du concept d'accessibilité universelle, étant donné que les acteurs décisionnels impliqués appartiennent à trois institutions différentes, chacune pouvant être potentiellement porteuse de sa propre culture en accessibilité universelle.

Par ailleurs, le groupe promoteur du projet voit-il la population des aînés comme une « cible » particulière du projet qui appellerait des aménagements spécifiques ? Ou bien, ne sont-ils considérés que dans la mesure où ils bénéficieraient des mesures d'accessibilité universelle (ce qui reposerait sur une vision parcellaire des aînés comme le montre le prochain chapitre de la thèse) ? Les différents membres du groupe promoteur du projet ont-ils des positions similaires sur cette question ?

Quant aux parties prenantes de la société civile, qui sont intéressées au projet Vendôme, quels sont leurs points de vue sur cette question ? S'il existe des divergences de points de vue relativement aux enjeux en lien avec les aînés dans le projet, est-il possible de les identifier ?

Ces questionnements sont abordés dans le dernier chapitre des résultats de la thèse, à l'aide notamment des outils théoriques développés dans les deux prochains chapitres.

7 Systèmes de représentations des aînés

Quatre systèmes de représentations des aînés, de leurs activités et de leurs environnements émergent de l'analyse des données. Ces systèmes ont été modélisés selon le triptyque personne (P)-environnement (E)-activité (A) tel que proposé lors du cadre conceptuel. Ces systèmes ont été nommés : système « vulnérabilité », système « fragilité », système « lenteur » et système « répit », en fonction des caractéristiques spécifiques de chacun. Le premier système est celui pour lequel le plus d'informations était présente dans les données. Les trois autres systèmes émergent du discours des participants, mais à des niveaux moins détaillés que le premier.

La première section expose les différentes dimensions des quatre systèmes. Étant donné la prépondérance dans le discours des participants des éléments relatifs au système « vulnérabilité », les dimensions de ce système sont présentées par la suite en profondeur. Les sections suivantes abordent les autres systèmes de représentations, au travers de leurs contrastes ou de leurs similitudes avec le premier système. Enfin, la comparaison des différents systèmes entre eux met de l'avant les figures absentes dans le discours des participants.

L'objectif du chapitre est d'explicitier les particularités des systèmes afin d'être à même de les utiliser comme grille de lecture servant à comprendre et positionner les représentations des aînés des diverses parties prenantes dans l'étude du projet Vendôme.

7.1 Les quatre systèmes de représentation

Chacun des systèmes de représentation présentés ici est construit autour de figures d'aînés, d'environnements spécifiques et d'activités qui permettent de les distinguer (tableau XVII). Les multiples façons de considérer les aînés par les participants (par exemple en tant qu'usagers, en tant qu'experts impliqués dans la conception d'environnements, ou que citoyens ayant une participation sociale) alimentent les distinctions entre ces figures d'aînés.

Tableau XVII. Distinctions entre systèmes de représentation en fonction des figures d'aînés et des environnements et activités reliés

Systèmes	Figures d'aînés	Environnements	Activités
Système vulnérable	<p>Aîné vulnérable en tant qu'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usager des transports collectifs - Usager des espaces urbains en tant que piéton - Retraité, seul <p>Aîné vulnérable en tant que citoyen et expert de ses limitations fonctionnelles</p>	<p>Milieus urbains</p> <p>Environnement bâti et espaces publics intérieurs et extérieurs</p> <p>Mobiliers et dispositifs techniques</p> <p>Infrastructures de transport</p>	<p>Se déplacer</p> <p>Attendre</p> <p>Accéder à des activités sociales et à des soins de santé</p>
Système fragile	<p>Aîné fragile en tant qu'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personne malade - Entouré - Avec une histoire <p>Aîné fragile et infantilisé en tant que citoyen</p>	<p>Milieu hospitalier</p> <p>Espaces publics essentiellement intérieurs ou extérieurs à proximité de l'hôpital (entrées, stationnements)</p>	<p>Se déplacer</p> <p>Attendre</p> <p>Recevoir des soins</p>
Système lentueur	<p>Aîné spectateur et flâneur en tant qu'usager</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contemplatif et immobile - Flâneur - Retraité - Seul 	<p>Milieu urbain</p> <p>Environnements animés</p> <p>Intérieurs ou extérieurs</p> <p>Lieux : parcs, centres commerciaux</p>	<p>Contempler</p> <p>Flâner</p>
Système répit	<p>Aîné en souffrance en tant que personne</p>	<p>Milieu hospitalier</p> <p>Environnement bâti extérieur, dans la limite de responsabilité de l'hôpital</p>	<p>Se ressourcer</p>

Dans ces systèmes, l'activité est évoquée au travers de « ce que font » réellement les aînés ou de ce qu'ils aimeraient faire mais ne font pas ou avec difficultés, ainsi qu'au travers de « ce qu'expérimentent les aînés » d'un point de vue plus subjectif. L'environnement tel que décrit par les participants apparaît multi scalaire et recouvre l'environnement physique,

l'environnement social et l'environnement organisationnel⁸². L'environnement s'exprime en milieu urbain ou en milieu hospitalier, en lien avec la provenance des participants.

Par ailleurs, l'environnement est aussi abordé au travers des caractéristiques que les participants souhaitent développer par leurs interventions pour les rendre plus favorables aux aînés. Ce point sera abordé dans le chapitre 8 des résultats.

7.2 Le système vulnérabilité

Ce système a été évoqué par les participants issus d'organismes établis sur l'île de Montréal, qu'il s'agisse d'organismes de la société civile (dont la mission est la représentation des aînés ou des personnes avec incapacités) ou d'organismes publics intervenants dans l'aménagement des espaces publics et du transport. Il est ancré dans le milieu urbain (cf. tableau XVII).

Les aînés apparaissent ici sous deux figures liées par la place importante donnée à leurs limitations fonctionnelles. Ils sont présentés comme des **usagers vulnérables** à un **environnement** considéré comme globalement hostile, bien que possédant plusieurs ressources ou « quasi ressources », terme qui va être explicité par la suite. Les **activités** évoquées par les participants montrent que ces usagers sont assimilés en premier lieu à des piétons, mais aussi à des personnes seules et à la retraite.

Par ailleurs, l'évocation de la figure de l'aîné vulnérable dans ce système est étroitement reliée à celle du **citoyen-expert**. Et plus spécifiquement encore, à celle du citoyen-empêché en termes de participation sociale et à celle de l'expert de ses limitations et devant être mobilisés dans des projets de conception d'équipements (exemple : conception de nouvelles rames de métro) ou d'aménagements qu'ils seront amenés à utiliser.

Ici, la mobilité des personnes est présentée comme étant tout à la fois un droit et un objectif à atteindre : c'est par la mobilité que les aînés pourront accéder selon les participants, comme toute personne, à un ensemble de services ou d'équipements mais aussi participer, comme tout citoyen le désirant, à la vie collective.

⁸² En référence à Brofenbrenner évoqué dans le cadre théorique et qui parle de trois dimensions dans l'environnement : social, organisationnel et physique.

7.2.1 Des aînés vulnérables et néanmoins experts de leur vulnérabilité

La vulnérabilité des aînés en tant qu'usagers se décline sous l'angle de la vulnérabilité de leurs corps vieillissants et de leur vulnérabilité psychique, sociale et financière. Ces quatre dimensions de la vulnérabilité présentes dans le discours des participants seront abordées tour à tour. La seconde partie de la section développera la figure du citoyen-expert.

Les particularités des aînés sont décrites du point de vue du vieillissement biologique, entraînant des pertes progressives, fonctionnelles et motrices multiples : apparition de problèmes de vision et d'audition, difficultés de mobilité nécessitant parfois un appareillage (canes, fauteuil roulant, triporteurs, etc.) pour se déplacer.

« Usagers aînés, vieillissants en perte [d'autonomie], on va tous passer par là. Il y a beaucoup de similitudes avec les personnes qui ont des limitations fonctionnelles, on a beaucoup de points en commun. [...] C'est parce que souvent, eux, cela va être des pertes à plusieurs niveaux. Des pertes légères auditives, des pertes légères visuelles, des pertes légères de mobilité. Il y a quand même des différences. Tout le sentiment de sécurité, se sentir vulnérable. Je pense que cela semble plus présent que les personnes qui ont une limitation motrice » (C7).

Ces pertes sont présentées comme multiples, ce qui les distinguerait, selon des participants, de personnes handicapées dès un plus jeune âge. Ces multi limitations les rendraient plus difficiles à appréhender dans les démarches d'accessibilité universelle selon ce qu'en disent les participants, et seraient une caractéristique spécifique des aînés évoquée ici.

« En fait une personne âgée présente des limitations progressives. Des pertes de capacités auditives, visuelles, motrices. [...] C'est quand tu tombes dans les combinaisons de limitations que cela devient plus compliqué [de] trouver des solutions en accessibilité universelle. Et la personne âgée combine les limitations. Cela se complexifie pas mal » (A9).

Les participants insistent aussi sur l'hétérogénéité de cette population et sa variabilité interindividuelle, tout aussi importante que celle de la population des personnes avec incapacités fonctionnelles et motrices. Mais une hétérogénéité envisagée principalement via la manifestation des pertes vécues par les aînés et les diverses dimensions du déclin pouvant être expérimentées.

« Premièrement, il y a la non prise en considération de la variabilité des usagers [en parlant des aînés]. [...] On reste beaucoup influencés par le pictogramme de la chaise roulante [...]. Mais c'est beaucoup plus subtil, cela peut être avec des marchettes, avec des cannes, voire aucun signe. [...] Donc dans le cas où on consulte les personnes qui ont une limitation visuelle, auditive et motrice, on va considérer que cela ne vaut pas la peine de consulter les aînés, parce que de toutes les façons les gens qui ont une limitation visuelle ou auditive ou motrice sont révélatrices des problèmes qui peuvent être rencontrés par les aînés. C'est partiellement vrai parce que c'est vrai qu'ils peuvent rencontrer tout cela [...] » (C3).

Bien que cette hétérogénéité soit mise de l'avant par les participants, la vitesse de marche est présentée comme une caractéristique commune aux aînés. Cette vitesse est abordée avec des termes apparentés à celui de « lenteur » qui selon le dictionnaire Larousse, se réfère à « ce qui se fait dans un temps relativement long, par comparaison avec d'autres » ou qui est un signe de « manque de vivacité ». La vitesse de marche est ainsi véhiculée comme un défaut ou un manque vis-à-vis du reste de la population. Ce manque nécessiterait, dans les interventions sur l'espace, d'être corrigé en adaptant l'environnement de façon à ramener, en termes de performance, les aînés (et surtout les aînées) au niveau du reste de la population.

« A Montréal, les feux de circulation étaient réglés [selon une vitesse de] 1,2 m par seconde. Moi, j'ai fouillé un peu, parce qu'on parlait de 0,9 m par seconde pour les aînés, etc. [...] Un homme va traverser en 0,9 m par seconde, mais une femme en 0,8 m par seconde. C'est ce que j'avais fait ressortir à la Ville. C'est qu'il y a beaucoup plus de femmes aînées, donc il faut s'adapter. Les aînées femmes sont plus présentes que les hommes, étant donné qu'elles deviennent veuves et vivent plus longtemps » (C4).

La vulnérabilité psychique est évoquée au travers de termes tels que « sécurité », « peur », « insécurité », « se sentir pas bien », employés par plusieurs participants concernant l'usage des espaces publics et des transports en commun par les aînés. La peur de chuter, du fait d'un sol inégal ou de la foule ou la peur de se faire heurter par les voitures, est souvent mise en avant par les participants comme une préoccupation des aînés. L'importance accordée à leur perception de leur sécurité, encore plus accentuée chez les aînées, serait ainsi un caractère distinctif qui influencerait leur choix et leur mode d'utilisation des espaces publics ou des réseaux de transport.

C'est aussi une image de vulnérabilité sociale qui se forme au travers des discours des participants lorsqu'il est question des interactions des aînés avec leur environnement social. Les aînés sont dépeints comme dépendants ou effrayés par « les autres » et non pas en position de faire preuve eux-mêmes d'entraide. Ces autres types d'utilisateurs peuvent être répartis en trois catégories : les accompagnateurs, les fournisseurs de services et les « co-usagers » d'environnements communs (tableau XVIII). Dans le discours des participants, ces autres utilisateurs peuvent être en position d'aidants ou manifester des comportements potentiellement perçus comme hostiles par les aînés.

Tableau XVIII. Autres usagers en lien avec les aînés

	Aidants	Potentiellement hostiles
Accompagnateurs	X	
Fournisseurs de services	X	X
Co-usagers	X	X
Autres aînés	S/O	S/O

L'interaction des aînés avec d'autres co-usagers dans l'espace public semble imaginée majoritairement sous l'angle de l'opposition et de la compétition. Les aînés seraient plus prudents, voire auraient peur au contact de certains « autres » ayant des comportements ou activités bien spécifiques : les adolescents qui « flânent » en groupe, parfois les itinérants qui dorment sur des bancs, les automobilistes ou les cyclistes pressés. Les « autres » sont ainsi souvent évoqués comme sources de dangers (accidents avec voitures, criminalité, bousculades).

« La perception, le sentiment de sécurité au niveau de la perception est très important. Les TANDEM s travaillent beaucoup avec les personnes âgées sur la perception de la criminalité. Par exemple, des jeunes qui seraient dans les parcs ou dans les autobus, des regroupements, des choses comme cela » (C4).

Les « autres » sont aussi évoqués comme compétiteurs potentiels pour certaines rares ressources dans l'environnement, telles que les places assises dans les autobus. Ainsi la présence de la foule viendrait limiter le déplacement des aînés et modifier leurs habitudes de par les sentiments de craintes engendrées par le partage d'une même ressource. La mise en compétition entraîne la peur de ne pas pouvoir s'asseoir, la peur de tomber, en lien avec la vulnérabilité psychique des aînés.

« Le changement aussi au niveau de la lenteur vs la vitesse, cela fait qu'on a la sensation d'être bousculé beaucoup, on ne trouve pas sa place quand il faut concurrencer les familles, avec les poussettes, etc. Les aînés prennent souvent le transport en commun en dehors des heures de pointe car ils sont plus sûrs d'avoir une place dans l'autobus » (C3).

L'incivisme et le manque d'attention à l'égard des aînés est souvent évoqué lorsqu'il est question d'autres co-usagers, voire de fournisseurs de services. Les participants évoquent ainsi les chauffeurs de bus qui freinent trop brusquement ou ceux qui passent devant les arrêts d'autobus dédiés sans s'arrêter. Ils évoquent aussi les cyclistes qui circulent sans prêter attention aux piétons, alors qu'eux-mêmes demandent plus d'attention de la part des automobilistes à leur égard.

« Les cyclistes ne s'arrêtent pas aux intersections. Ils pensent plus en termes de fluidité. Ils vont regarder les voitures, mais ils ne regarderont pas les piétons. Je vois souvent des personnes âgées qui attendent, attendent, attendent » (C4).

Enfin, l'image de dépendance aux autres co-usagers ou prestataires de service se dégage de la façon dont les participants parlent des aînés. En effet, dans certaines situations, les aînés atteints d'incapacités spécifiques n'auraient pas d'autre choix que de demander de l'aide autour d'eux ou d'attendre de l'aide, sans savoir si elle va arriver, si aucun système dans l'environnement ne lui fournit d'indications.

[À propos d'aînés mal voyants et de leur difficulté pour trouver des bus dans des endroits avec beaucoup de monde] « Une personne qui ne voit pas, si c'est la première fois, elle va être obligée de demander. Elle n'aura pas le choix. C'est encore plus complexe s'il y a des autobus qui partent sur le même arrêt. Tu entends l'autobus arriver, mais tu ne sais pas si c'est le tien. Tu espères que le monsieur va s'arrêter, qu'il va ouvrir sa porte et qu'il va te demander quel autobus tu prends » (C5).

Les relations sociales des aînés eux-mêmes (telles que leurs proches, leurs amis) sont uniquement évoquées en lien avec des situations spécifiques, reliées à l'utilisation de transport en commun pour se rendre à l'hôpital et pour lesquels les aînés pourraient être éventuellement accompagnés. Ce sont les aînés les plus vulnérables sur le plan financier qui devront peut-être se rendre dans les hôpitaux accompagnés d'amis (sans précision d'âge) qui n'auraient pas les moyens de venir en taxi. Hormis ce cas très spécifique, la possibilité que ces derniers soient eux-mêmes accompagnés par d'autres aînés lors de leurs déplacements et qu'ils puissent alors s'entraider n'est évoquée par aucun participant, ce qui s'apparente à une figure d'aîné social absente.

L'aîné est aussi envisagé comme un citoyen « empêché » et expert de ses limitations.

Les participants mettent de l'avant l'intérêt et la nécessité de faire participer les aînés à la prise de décisions les concernant, rappelant que les voix des aînés ont longtemps été inaudibles dans l'espace politique. La figure de l'aîné citoyen se superpose dans le discours à celle de l'aîné vulnérable car ce sont principalement les obstacles (financiers, physiques) à l'exercice de la participation sociale des aînés qui est mise de l'avant.

« Il est très difficile aussi de mobiliser les aînés. Il faut plutôt aller vers eux que les faire venir car il faut payer les déplacements par exemple et ils n'ont pas toujours les budgets. Parfois, les consultations publiques comme MADA se situent dans des endroits peu accessibles pour les aînés. Et nous avons dû sensibiliser les organisations [en charge de] la démarche, de façon à ce qu'il y ait trois lieux d'échanges et non un seul » (C3).

Lorsqu'il est question de processus de conception, l'aîné citoyen envisagé est en fait un usager appelé à participer à divers projets en tant qu'expert. Expert de son propre vieillissement mais aussi des usages faits de l'environnement et des activités qu'il y tient, compte-tenu de ses capacités. C'est cependant la connaissance intime de leurs limitations qui est mise de l'avant en tant que fondement de cette expertise, à tel point que c'est en fonction de leurs limitations qu'ils sont recrutés pour participer aux projets de conception.

« Les utilisateurs qui ont des limitations fonctionnelles, ce sont des experts dans leurs limitations » (A9).

7.2.2 Des activités liées aux déplacements, à la participation sociale et à l'accès aux soins de santé

Dans cette section, ce sont tout d'abord les trois catégories d'activités évoquées par les participants qui sont explorées. Puis différentes stratégies que développeraient les aînés, selon les participants, pour leur permettre de réaliser ces activités sont présentées, compte tenu des environnements dans lesquels elles se déroulent et des propres capacités des aînés.

Les activités de ce système sont associées aux caractéristiques du vieillissement biologique entendu comme déclin fonctionnel et aux différentes dimensions de la vulnérabilité évoquées précédemment (psychique, sociale, financière). Ces activités relèvent de **trois grandes catégories** : des activités de déplacements, des activités de participation sociale (de type magasinage, loisirs, activités citoyennes) et des activités en lien avec l'accès à des soins de santé (tableau XIX).

Tableau XIX. Activités exprimées dans le système vulnérabilité

DÉPLACEMENT
<p>Se déplacer à pied</p> <p>En cours de déplacement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se reposer - S'orienter - Accéder aux infrastructures - Demander des explications pour s'orienter à d'autres usagers ou à des fournisseurs de service (guichetier dans les transports par exemple) - Accéder à des toilettes et les utiliser - Accéder à et utiliser des services (guichets automatiques par exemple) ou des équipements (ex : bus, métro) permettant le déplacement

Attendre
<ul style="list-style-type: none"> - Entre deux déplacements en transport en commun - Entre un déplacement à pied et un déplacement en transport en commun
PARTICIPATION SOCIALE
<p>Une fois l'objectif du déplacement atteint, accéder à l'intérieur des lieux et :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des activités organisées (loisir) - Fréquenter des commerces et utiliser des services publics (bibliothèque, piscines, ...) - Participer à des activités « citoyennes » (voter, participer à des consultations publiques, etc)
SOINS DE SANTÉ
<p>Une fois l'objectif du déplacement atteint :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accéder aux établissements de santé

L'attention est mise sur les déplacements en tant que tels – déplacements piétons avant tout, puis en transport collectif – et sur le maillage entre les différents déplacements mais aussi sur le lien de dépendance entre la participation sociale et les déplacements. La participation sociale est en effet conditionnelle aux possibilités réelles de se rendre dans les lieux où elle s'exprime.

L'âné usager vulnérable se superpose à la figure du piéton, avant même d'être un usager du service régulier ou spécialisé de transport collectif⁸³. En tant qu'âné, de par les caractéristiques de « déclin » associées au vieillissement, l'âné vulnérable participe de la variabilité inter-individuelle entre piétons.

« Le premier pas est le transport actif, car le transport en commun transporte les personnes en tant que piétons. Si on la prend à la base, avec la notion de chaîne de déplacements. [...] Ce qu'on pense comme [étant] les piétons, faudrait pas penser comme une personne qui voit et qui marche sur ses jambes seulement. [...] Un piéton ne marche peut-être pas à [une vitesse de] 400 m aux 5 minutes, mais peut être plus à 300 m » (C9).

Concernant la participation sociale et l'accès aux soins de santé, les participants parlent plutôt des accès aux destinations finales qu'à ce qui s'y fait une fois la destination atteinte. Ces activités font écho aux grands motifs de déplacement évoqués par les participants : des motifs de santé, de magasinage, de loisirs ou de participation citoyenne, sans contraintes temporelles

⁸³ navettes or ou transport adapté.

spécifiques, suggérant que l'aîné considéré est à la retraite ou tout du moins sans activité « productive » contrainte par des horaires précis.

Considérant les soins de santé, les participants s'accordent pour dire que, la plupart du temps, les aînés privilégient le transport motorisé pour s'y rendre, comme passager le plus souvent, parfois comme conducteur ou en transport adapté. Cependant, cette option n'est pas toujours possible pour les aînés plus vulnérables financièrement, du fait notamment des coûts de stationnements hospitaliers. Ils doivent alors utiliser les transports en commun réguliers selon les participants.

Les aînés sont aussi évoqués sous l'angle de leurs « besoins », en lien avec leurs caractéristiques physiques, psychiques et leur mode de vie. Ce terme traduit une attente ou une nécessité non comblée qui peut être commune à d'autres populations. C'est le décalage entre ces besoins à combler et les ressources offertes par l'environnement qui nécessiterait la mise en place de stratégies d'adaptation des aînés qui vont leur permettre, jusqu'à un certain point, de fréquenter la ville. Des stratégies d'accommodation et des stratégies de compensation sont évoquées par les participants en lien avec ce système (tableau XX). Elles ont en commun de viser à pallier ou anticiper des effets non désirés suscités par l'environnement.

Tableau XX. Stratégies présentes dans le système vulnérabilité

Catégories de stratégies	Types de stratégies relevées dans les discours	Effets non désirés	Exemples de stratégies mises en place
Accommodation	<u>Évitement</u> : ne pas fréquenter certains lieux ou ne pas réaliser une activité	Tomber S'épuiser	Rester chez soi l'hiver
		Se faire agresser	Éviter les tunnels, les couloirs, les endroits sombres, sans activité ou au contraire trop fréquentés
	<u>Repli</u> : changement d'habitudes, de modes de déplacements	Tomber, se faire bousculer, se fatiguer	Décaler ses horaires de déplacements en transport en commun Prendre le bus plutôt que le métro
Compensation	<u>Anticipation</u> : stratégies cognitives visant à anticiper ce qui va être fait	Rebrousser chemin, être bloqué. Se fatiguer	Planifier un déplacement pour éviter les surprises à l'arrivée qui invalideront le choix qui aura été fait de réaliser une activité
	<u>Négociation</u> : utilisation des informations dans l'environnement permettant d'adapter leur effort en fonction des distances à parcourir et du mobilier présent	Se fatiguer	Fractionner son trajet en faisant des pauses, se reposer
	Communication	Se perdre, se fatiguer	Demander de l'information à plusieurs reprises pour se repérer
	Prudence	Avoir un accident	Attendre (longtemps) aux intersections avec les voies cyclables que les pistes se dégagent

On comprend dans les discours des participants que ces stratégies relèvent d'un processus d'apprentissage constant des pertes, nécessitant de réajuster ses façons de faire au fur et à mesure en fonction de l'apparition de limitations. Ces incapacités ne sont pas stables, elles évoluent et tout est alors nouveau, à chaque moment.

« [Les aînés] se sentent plus vulnérables, ils vivent des pertes de capacités, entendent moins. C'est d'apprendre à fonctionner dans un espace public avec ces nouvelles réalités. Tu sais, moi depuis l'âge de 7 ans, je suis dans un fauteuil roulant. Je sais quelle est ma vitesse, la vitesse à laquelle je peux traverser une rue, la distance que je peux faire. Ce sont des pertes légères mais qui sont progressives. Je pense qu'ils sont en constant réajustement. C'est la capacité à s'ajuster avec des pertes, ce n'est pas évident pour les gens » (C7).

Dans ce cas des stratégies **d'accommodation**, l'influence de l'environnement détermine la conduite des aînés, qui adaptent leur mode de vie à leur environnement social ou physique et à leurs propres limitations de façon à se protéger. Par exemple, dans certains cas, plutôt rester chez soi que de risquer surtout si on a déjà failli tomber ou si on est fatigué.

« Les aînés [...] c'est de poser des gestes qui vont préserver la qualité de vie et la santé. Sortir l'hiver quand il risque de geler sur le trottoir, je risque de tomber, si je tombe je vais me blesser, cela guérit mal et je viens peut-être de compromettre les 10 ou 15 années qui me restent en faisant cette chute-là. Nous on n'y pense pas à cela. L'hiver on marche moins vite et cela s'arrête là » (C6).

Ces mécanismes de protection se mettent rapidement en place, il suffit parfois d'une mauvaise expérience, et la tendance est difficile à renverser par la suite, les coûts d'une sortie semblant supérieurs aux bénéfiques que l'on pourrait en tirer. Ces évitements mènent à des activités limitées voire empêchées par l'environnement *i.e.* une activité que les aînés souhaiteraient peut-être faire mais ne peuvent (ou n'osent) pas faire.

« Dans le métro, ma mère est âgée, elle vient plus. Elle dit : « je sais que si l'escalier mécanique est en panne je vais avoir un gros effort à faire pour monter. Et après je ne vais pas me sentir bien pendant un jour ou deux parce que j'ai fait cet effort-là ». Donc je ne peux pas m'y fier que cela va fonctionner et il suffit d'une ou deux mauvaises expériences et on passe à autre chose » (C6).

La **compensation** relève de stratégies qui malgré certaines déficiences permettent tout de même aux aînés de réaliser leurs activités, même si cela leur prend plus de temps. Elles sont donc moins « performantes » mais n'affectent pas la santé générale ni la participation sociale.

Ces stratégies signalent l'existence de marges de manœuvres chez les aînés considérés, même si elles semblent aller en s'amenuisant avec l'apparition de limitations.

« En fait c'est sûr que plus ils sont âgés et moins ils vont sortir. La mobilité c'est une courbe qui descend [...]. C'est clair qu'ils vont changer de mode. Avec la perte des capacités, c'est bien souvent la marchette, la chaise roulante, etc., qui fait que, du coup, cela va changer les options modales qu'ils ont réellement » (C3).

Cependant, elles atteignent leurs limites lorsque les contraintes se cumulent, tout particulièrement dans le cas des déplacements pour motifs de santé. La frange des aînés les plus

vulnérables, qui sont bien souvent des femmes, se retrouve alors « captive » de transports en commun parfois difficiles à utiliser et leurs marges de manœuvres sont alors inexistantes.

« Au fur et à mesure que la population vieillit, elle se féminise [...] les femmes sont beaucoup moins détentrices de permis de conduire et les femmes ont un plus faible revenu, elles vont vivre plus longtemps. A partir de 75 ans, les aînées sont plus en forme qu'avant, par contre il y a des maladies chroniques qui s'implantent. C'est vraiment les femmes qui utilisent le transport collectif. J'ai la perspective femme aînée quand je représente le transport collectif parce qu'en réalité c'est vraiment la clientèle cible. C'est important la différenciation entre sexes » (C3).

7.2.3 Un environnement fait d'obstacles et de ressources

Les participants évoquent essentiellement l'environnement physique lorsqu'ils se réfèrent à l'environnement dans lequel évoluent les aînés. Toutefois certaines caractéristiques en lien avec les environnements sociaux et organisationnels émergent du discours. Les principales caractéristiques de ces environnements sont récapitulées dans le tableau XXI ci-dessous.

Tableau XXI. Caractéristiques environnementales évoquées par les participants en lien avec le système vulnérabilité

Type d'environnement	Principales caractéristiques environnementales
Environnement physique	<p>Ambiances physiques (climat, éclairage, sons)</p> <p>Environnement bâti et espaces publics</p> <ul style="list-style-type: none"> - Composantes spatiales (trames des rues, formes...) - Composantes physiques (revêtement du sol, textures, pentes...) - Mobilier - Signalétique <p>Échelles (rue, quartier, ville)</p> <p>Infrastructures publiques : bibliothèques, centres commerciaux, bureaux de vote, bureaux de consultations publiques, hôpitaux, etc.</p> <p>Infrastructures de transport</p> <ul style="list-style-type: none"> - Matériel roulant (les trains, bus ou métro) - Mobilier et dispositifs techniques (exemple : machines distributrices) - Infrastructures (stations de métro, arrêts de bus, places autour des métros).
Environnement social	<p>Les autres en relation avec les aînés : co-usagers, fournisseurs de services, aidants</p> <p>Les types de relations avec les « autres »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépendance - Insécurité - Compétition
Environnement organisationnel	Fiabilité des moyens de transport

Type d'environnement	Principales caractéristiques environnementales
	Régularité et horaires des moyens de transport Attribution de sièges dédiés dans les transports Temps de traverses normés des rues et artères

L'analyse de la dimension environnementale du système vulnérabilité fait émerger deux éléments clés qui placent le discours des participants dans une perspective déterministe. Premièrement, l'influence majeure de l'environnement dans ce système semble être négative dès lors que les participants abordent les caractéristiques existantes des environnements. C'est l'environnement physique qui est présenté comme le principal contributeur à cette influence négative et plus largement comme le principal contributeur en termes d'influence sur les personnes et leurs activités. Deuxièmement, l'environnement est le plus souvent évoqué au travers de ses manques ou de ses obstacles au déplacement et, *de facto*, à la participation sociale.

Les éléments de l'environnement reliés négativement, dans le discours des participants, à la réalisation de certaines activités ou à leurs effets sur les aînés ont été considérés comme des obstacles. Ainsi, les éléments contribuant à une perception de l'environnement comme étant non sécuritaire, plus prononcée chez les aînés selon les participants, sont considérés comme des obstacles. L'éclairage et certaines formes urbaines telles que les tunnels sont plus particulièrement mis de l'avant. Le manque de visibilité, de soi-même et des autres, est un facteur important pouvant décourager les aînés et plus encore les aînées, d'emprunter certains lieux. Ce qui se traduit, dans les termes utilisés dans le tableau par une activité empêchée, *i.e.* une activité que les aînés souhaiteraient peut-être faire mais ne peuvent (ou n'osent) pas faire.

« La perception, le sentiment de sécurité au niveau de la perception est très important pour la mobilité des aînés. [...]. C'est sûr, qu'un long tunnel comme cela... Même passer sous les viaducs, les passages à niveau... Je ne pense pas que cela inspire un sentiment de sécurité à beaucoup de gens, même moi. Cela peut être quelque chose qui va amener les personnes âgées à **ne pas l'utiliser** [je souligne] [...] » (C3).

La présence d'escaliers, des pentes trop fortes, des textures de trottoir irrégulières peuvent aussi se caractériser comme des obstacles pour des aînés vulnérables qui, comme montré auparavant, se superposent à la figure du piéton.

Le manque de ressources dans l'environnement, s'il ne constitue pas un obstacle en tant que tel dans le discours des participants, peut rendre les conditions de réalisation d'une activité

beaucoup plus difficiles. Il a été considéré qu'un élément constituait une ressource dans le discours dès lors qu'il semblait faciliter le déplacement et les diverses activités inhérentes au déplacement et donnait l'accès aux activités sociales. Les caractéristiques des environnements associés aux ressources sont récapitulées en annexe 12. Le manque de bancs, d'abribus pour se reposer et se protéger des intempéries et de toilettes publiques entrent dans cette catégorie du « manque de ressources ».

« Des bancs à intervalles réguliers ou des endroits pour se reposer cela fait partie de nos revendications dans la mesure où cela fait partie de celles de la TCAIM » (C5).

En sus des risques d'accidents, la durée des déplacements, des traverses absentes et la fatigue anticipée par les aînés peuvent les empêcher d'accéder physiquement à certaines ressources essentielles, dont certains services de santé de proximité.

« [A propos de sa mère] des fois les feux de circulation sont très loin l'une de l'autre et c'est difficile de marcher tout le long, alors la pharmacie est juste là, de l'autre côté de Melrose, mais pour y arriver, elle doit marcher jusqu'au coin de Wilson pour traverser et se rendre jusqu'à la pharmacie [...]. Parce qu'il n'y a pas de feux de circulation pour traverser et c'est quatre fois plus long que si elle pouvait traverser juste là » (B7).

La conception universelle⁸⁴, et bien plus encore l'accessibilité universelle qui touche les différentes dimensions de l'environnement, est avancée comme un principe fédérateur et un objectif à atteindre concernant l'environnement. L'accessibilité universelle, selon la définition avancée par les participants, comprend aussi bien le développement des accès physiques, que les informations présentes dans l'environnement et qui facilitent l'orientation des aînés (*way finding*). Elle est présentée comme bénéfique à tous mais encore plus aux aînés et aux populations avec limitations fonctionnelles ou situation de handicap.

« L'accessibilité universelle va plus loin [que la conception universelle] parce qu'elle s'applique sur l'architecture, l'aménagement, la communication et la formation. Le *Universal Design* s'applique seulement sur l'architecture et l'aménagement. En accessibilité universelle on peut revoir la communication. Par exemple, pour les transports, on arrive dans une station de métro on met des poteaux

⁸⁴ La conception universelle ou *universal design* réfère principalement aux composantes physiques de l'environnement comme l'ont expliqué plusieurs participants. Certaines caractéristiques sont recherchées de façon à faciliter les franchissements (hauteurs de trottoirs aux intersections, pentes, présence de bateaux pavés), limiter les efforts (pentes), éviter les chutes (grilles avec espacements spécifiques), permettre le déplacement (par exemple fermeté des sols vs cailloux pour faciliter le déplacement en fauteuil roulant) et interagir harmonieusement avec les propres équipements des aînés (grilles vs pieds des marchettes). A la composante physique des environnements répondent les actions corporelles ou mécaniques des aînés-piétons en mouvement, caractérisés par des forces moindres ou des limitations fonctionnelles.

en indiquant les points d'intérêt à proximité, on améliore la signalétique, on améliore le contraste pour que tout le monde puisse se retrouver. [...] Cela bénéficie à tous et pas seulement aux aînés » (C3).

Cependant, des nuances sont apportées dans les discours : oui, les ressources existent (ou sont à développer) mais plusieurs facteurs font que celles-ci ne sont en réalité que des « **quasi ressources** », *i.e.* des **ressources latentes ou incertaines** (tableau XXII).

Tableau XXII. Quelques facteurs impliquant la transformation de ressources en quasi ressources

Facteurs transformant des ressources en quasi ressources	Exemples donnés par les participants
Usage déviant de certaines ressources physiques par d'autres usagers	Certains mobiliers utilisés pour la protection des arbres sont utilisés pour attacher des vélos, qui empiètent alors sur l'espace de trottoirs, créant de l'encombrement et des obstacles au cheminement des aînés ou des personnes avec limitations fonctionnelles.
Design	Mobilier non reconnu dans sa fonction et qui n'est pas utilisé, comme cela semble être le cas pour les appuis ischiatiques dans les métros conçus pour que les aînés se reposent.
Mauvais design universel	Effet de stigmatisation d'équipements développés pour répondre aux principes de la conception universelle, dissuadant les aînés et d'autres populations de l'utiliser. Exemple : monte-charge vs ascenseur.
Inadéquation de l'information à disposition	Le manque de cohérence, de clarté, la surabondance de l'information peuvent limiter son intérêt.
Manque de fiabilité ou de disponibilité des équipements	Un ascenseur en panne dans un édicule, sans que l'information soit disponible (encore pire si c'est celui à destination qui est en panne).
Une partie d'un système seulement est universellement accessible	Tant que l'ensemble des stations de métro ne seront pas universellement accessibles alors leur utilisation restera difficile pour les aînés et limitera leur participation sociale.

Reprenons l'exemple précédent de la mise en accessibilité universelle des stations de métro : il s'agirait d'une condition *sine qua non* à leur utilisation par une plus grande partie de la population, notamment par les aînés selon les participants. Cependant, dès lors que l'ensemble du réseau n'est pas accessible, les possibilités réelles de déplacement des aînés sont restreintes

et la ressource « station de métro universellement accessible » ne reste qu'une ressource latente si les aînés doivent se déplacer entre deux stations dont l'une n'est pas accessible.

Dans le second exemple ci-dessous, la personne âgée sait qu'elle aura la possibilité d'emprunter un escalier roulant une fois arrivée à destination. Cet escalier est une ressource de l'environnement physique pour son activité si elle a du mal à se déplacer. Cependant elle ne sait pas s'il va fonctionner ou pas (obstacle organisationnel). Cet élément d'incertitude peut infléchir au final la décision, ou non, de se déplacer, compte-tenu des obstacles préexistants. Il transforme donc une ressource en quasi-ressource. Non pas parce que la ressource est alors latente (elle fonctionne peut-être très bien dans ce cas-ci) mais parce qu'elle est seulement probable et non certaine (il est possible qu'elle ne fonctionne pas).

« Si on sait que cela risque d'être en panne je n'irai pas [en tant qu'aîné] parce que je peux pas m'y fier, je peux pas planifier, je me sens pas bien et pas en sécurité » (C6).

Ces ressources latentes ou incertaines nécessitent des facteurs de conversion (cf. chapitre 4, section 4.1.2, p. 125) pour être transformées en véritables ressources. Entre obstacles et ressources, les « entre-deux », constitués par le manque de ressources et les quasi-ressources, la **gradation** des qualités de l'environnement fait pencher la balance du côté d'un environnement globalement hostile aux aînés.

Enfin, le **cumul des contraintes environnementales** (sociales, physiques et organisationnelles) exacerbe les effets négatifs et les difficultés vécues par les aînés. En effet, chacune des dimensions environnementales présente plusieurs composantes pouvant interagir entre elles. Par exemple, une rue peut être en pente et présenter un revêtement en mauvais état. L'interaction entre ces deux obstacles de l'environnement physique représente un niveau accru de difficulté pour les aînés. De plus, on voit au travers d'exemples utilisés par les participants, que les interactions peuvent se situer entre les différentes dimensions environnementales physiques, sociales et organisationnelles (tableau XXIII).

Tableau XXIII. Obstacles accrus à la mobilité des aînés liés au cumul de contraintes environnementales.

Exemples de situations évoquées	Dimensions de l'environnement : P (physique), S (social), O (organisationnel)	Obstacles accrus à la mobilité	Impacts sur le sujet et son activité
Traverser une artère	P	Configuration complexe de l'intersection	Sentiment d'insécurité
	S	Nombre et vitesse des automobilistes et des cyclistes	Risques d'accidents
	O	Normes de durée des traversées	
Marcher dans un tunnel	P	Éclairage et formes du tunnel ne favorisant pas la visibilité	Sentiment d'insécurité
	S	Présence potentielle de personnes malintentionnées	Peut favoriser les agressions
Se rendre à un abribus et prendre le bus le matin	P	Sol inégal	Sentiment d'insécurité
	S	Types et nombre d'usagers (foule) fréquentant l'espace commun	Risque de chute et peur de chuter accrue
	O	Entretien des espaces : sol sale, poubelles débordantes	

Dans le premier exemple, le cumul de la configuration des intersections artérielles, de la vitesse des voitures et des durées de traverses trop courtes pour les aînés constitue un obstacle majeur à leur déplacement et posséderait un fort potentiel accidentogène. Les aînés, qui semblent avoir des difficultés à lire et interpréter leur environnement, selon les participants, au moment de traverser (largeur des rues, vitesse des voitures), peuvent prendre des décisions imprudentes et ne disposent pas de stratégies courantes de compensation (courir ou accélérer durant la traversée).

« C'est des quartiers où il y a beaucoup de personnes âgées, et quand on commence à regarder la trame de rues, on se rend compte qu'il y a quand même de l'hostilité [...]. Ce que la direction de la santé publique a démontré dernièrement, c'est que la majorité des accidents [impliquant des piétons] arrive aux intersections. [...] En vieillissant, la perception de la vitesse des voitures versus notre propre capacité à

traverser la rue... [...] plus cela devient complexe l'intersection, plus il y a de collisions avec des personnes âgées de 65 ans et plus [...] » (C4)⁸⁵.

Le contexte hivernal peut se révéler d'une importance majeure ici. Cette variabilité environnementale peut accentuer le manque de ressources (dans l'exemple ci-dessous le banc et l'abribus) et limiter l'usage de ressources existantes (les bancs existants sont enlevés l'hiver, la navette or ne s'arrête pas car les personnes attendent à l'intérieur).

« [A propos des navettes or] Il y a des arrêts dépourvus d'abribus ou de bancs, alors que c'est une clientèle « plus vulnérable » aux intempéries. Parfois, ils attendaient à l'intérieur du bâtiment et la navette ne s'arrêtait pas » (C4).

Par ailleurs, ces interactions, au-delà des contraintes accrues qu'elles font peser sur les aînés, introduisent des éléments d'incertitudes qui limitent aussi leurs activités. Nous avons en effet vu précédemment que l'interaction entre divers éléments d'un système (une ressource existante- un escalier roulant présent dans le métro- et un obstacle potentiel- l'escalier pourrait ne pas fonctionner) peut limiter l'influence bénéfique des ressources environnementales sur les aînés.

Ainsi, dans le système vulnérabilité, l'environnement est présenté comme ayant une influence essentiellement négative et l'interaction entre les différentes composantes de l'environnement (sociale, physique, organisationnelle) comme pouvant accroître cette influence. Une diminution des capacités fonctionnelles des aînés entraîne éventuellement l'utilisation d'aides aux déplacements (canes, marchettes, fauteuils...) et le développement de stratégies de compensation et d'accommodation pour être capables de se déplacer dans cet environnement globalement hostile, qui diminue les options modales réelles qui s'offrent aux aînés.

7.3 Le système fragilité

Ce système s'exprime en contexte hospitalier. Les trois participants de notre échantillon qui se sont exprimés vis-à-vis des aînés dans ce contexte sont eux-mêmes engagés dans des démarches visant à réaliser des environnements qui soient plus propices aux aînés fréquentant l'hôpital,

⁸⁵ Les recherches de la direction de la santé publique montrent une augmentation du nombre de piétons blessés aux intersections complexes et ce, quel que soit l'âge (http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/28280.pdf), ainsi qu'une augmentation en fonction du volume de circulation motorisée, plus particulièrement chez les piétons blessés âgés de 5 à 17 ans et de 65 ans et plus (http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/commissions_perm_v2_fr/media/documents/memo_asssm_2013_0521.pdf).

qu'il s'agisse d'environnements physiques ou organisationnels. Bien évidemment la préoccupation envers la santé des aînés est prédominante dans ce contexte hospitalier.

7.3.1 Des aînés fragiles : des personnes âgées malades et à mobilité réduite avant tout

La vision des aînés présente des similitudes fortes avec celle du système précédent au regard de l'importance donnée au vieillissement biologique. La sénescence apparaît au travers de l'évocation des modifications physiologiques ou sensorielles pouvant affecter les aînés.

« [A propos d'un réaménagement dans l'organisation] Je me souviens à un moment donné, on avait remarqué, il y avait de nouveaux panneaux de signalisation. Moi je mesure 1,55 m et il fallait que je me lève un peu la tête pour voir les panneaux. Alors...on dit quelqu'un qui est assis, les personnes âgées en vieillissant sont un petit peu plus recourbées vers l'avant, alors là, essayez de se lever voir la tête du panneau qui était à 1,80 m dans les airs » (C8).

Elle se manifeste aussi indirectement, via les qualités de l'environnement évoquées qui doivent pallier des défaillances physiologiques (incontinence) ou des problèmes de perception des couleurs ou des formes telles qu'ils peuvent apparaître dans certaines maladies (par exemple maladie d'Alzheimer).

« Oui [il faut prendre en compte l'incontinence] et que le matériel soit lavable, autant dans les chambres de patients que dans les salles d'attente » (A4).

« La personne qui s'occupe de la démarche amis des aînés faisait des remarques, entre autres sur les couleurs [...]. Elle disait qu'il y avait un problème de perception pour les gens » (A3).

Quelques variations apparaissent toutefois. Le déclin dû au vieillissement fait place à la fragilité⁸⁶. Les aînés sont présentés comme étant fragiles, alors même qu'ils ne sont pas hospitalisés, en référence à la courbe de la vie passant par l'enfance, la maturité, le déclin puis le temps de la fragilité.

« Les personnes âgées sont fragiles alors même qu'elles sont en bonne forme, parce que la majorité des personnes âgées demeurent chez elles, etc. Quand elles subissent un événement aigu, que ce soit une maladie, elles sont tombées, peu importe et puis qu'elles arrivent à l'hôpital, là elles sont fragiles » (C8).

⁸⁶ Qu'est-ce que la fragilité ? Si nos participants n'en donnent pas d'eux-mêmes une définition, le concept de fragilité est utilisé au niveau gériatrique. Il se définit comme un syndrome clinique multifactoriel qui influence les capacités d'adaptation des aînés à leur environnement en les empêchant de répondre adéquatement aux agressions. On y associe par exemple une perte de poids involontaire dans les derniers mois, de la faiblesse en termes de capacité de préhension et une diminution de la vitesse de marche.

Les aînés sont abordés ici sous l'angle de leur vieillissement pathologique ou des accidents qui les ont amenés à fréquenter l'hôpital.

« On s'adresse à cette clientèle-là de 65 ans et plus qui sont fatigués ou 65 ans et plus avec des problèmes pathologiques » (C8).

Ainsi si l'aîné est un corps vieillissant comme dans le système précédent, il est avant tout, un patient à mobilité réduite.

« Toutes les salles à l'urgence adulte sont des salles privées, ce qui permet aux personnes âgées qui doivent passer plusieurs heures à l'urgence de se reposer un petit peu [...]. Les mêmes critères qui s'appliquent aux personnes âgées s'appliquent à nos patients. Ce sont des personnes à mobilité réduite, peu importe leur âge, à cause de leur maladie, s'ils souffrent de cancers, d'emphysèmes ou quoi que ce soit » (A4).

Plusieurs des caractéristiques – la fatigue, la désorientation dû au vieillissement ou à la nervosité ou des activités, marcher dans de longs couloirs, attendre les rendez-vous – sont présentées comme étant communes avec celles d'autres patients ou de visiteurs.

« Pour te dire si c'était une clientèle âgée, on tient toujours compte que c'est des gens, sans que ce soit âgé, ce sont des gens pas très ambulants. Faut éliminer le plus de confusion possible » (A3).

Répondre aux caractéristiques des aînés revient alors à répondre plus largement à celles d'autres catégories de la population en termes d'orientation (“*wayfinding*”) par exemple.

« Parce que des personnes, même si elles ne sont pas âgées, il faut que le *wayfinding* dans un hôpital soit le plus clair possible. Parce que même si une personne dans la vingtaine se présente pour visiter un membre de la famille qui est mourant, elle est énervée. Il faut que les repérages soient très clairs » (A4).

« [A propos de l'utilisation de points remarquables, comme des statues pour faciliter l'orientation] c'est que les gens, si les gens sont comme moi, des fois ils lisent pas. D'abord ils ne voient pas clair, ensuite ils sont très anxieux. Les personnes âgées sont très très anxieuses souvent, il faut que tu les accompagnes au cours du trajet » (C8).

Par ailleurs, la vision des aînés se distingue clairement de celle du système précédent à trois égards. Premièrement, l'aîné n'est pas présenté comme une personne seule mais au contraire, entourée par ses proches, qui eux-mêmes peuvent être aussi âgés.

« Cela peut être la famille qui accompagne leur mère de 90 ans. Tu sais, les enfants n'ont pas 30 ans là. Les enfants ils en ont 70. Alors eux-mêmes faut qu'ils fassent un petit peu attention » (C8).

En lien avec la dimension sociale des aînés, c'est la relation de dépendance envers les soignants ou les proches qui domine les relations sociales, alors que les relations d'opposition ou de

compétition sont absentes. Les relations avec les aînés sont présentées dans une perspective teintée d'un certain paternalisme infantilissant, renvoyant à la mise sous tutelle évoquée ci-après :

« De la même façon qu'on ne penserait pas envoyer un enfant tout seul à l'hôpital ; de la même façon une personne âgée ne devrait pas se retrouver toute seule à l'hôpital » (C8).

Deuxièmement, la figure de l'expert est absente du discours des participants. Ici c'est la figure d'une personne sous tutelle qui apparaît. La prise en compte de leurs particularités dans les projets d'aménagement se fait via l'appropriation de travaux réalisés par des représentants d'aînés extérieurs au contexte hospitalier et via l'expertise de professionnels de la santé qui parlent en leur nom.

« [A propos de la démarche adaptée à la personne âgée] Non, il n'y a pas eu de comités de patients ou d'aînés qui sont intervenus. Nous avons travaillé par exemple avec des documents qui étaient faits par le Conseil des aînés [en] 2007. La réalité des aînés québécois. Là-dedans, ils avaient tout un paquet d'informations, que ce soit à l'hôpital, que ce soit à la maison, que ce soit au niveau pauvreté, etc. Il y a quelqu'un de l'AQESS aussi, qui travaille plus sur les aînés. Comme il y a des experts qui ont travaillé là-dessus. Bon, c'était des médecins, des infirmières, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, etc. [...] On a validé tout cela avec des infirmières, avec des médecins. Cela a été validé par des gens « terrains », qui sont à l'hôpital, à l'urgence » (C8).

Enfin, dans ce système, deux perspectives semblent se dessiner relativement à la façon d'envisager les aînés fragiles, qui sont absentes toutes deux du système de vulnérabilité : une perspective holistique des aînés, biopsychosociale, et une perspective médicalisante, centrée sur les organes, plus que sur les personnes.

La perspective biopsychosociale est portée par les participants aux entrevues. Les aînés sont présentés comme des personnes avec une histoire, qu'il convient de connaître afin de ne pas poser de mauvais diagnostics. L'unicité de la personne âgée est mise de l'avant : il s'agit de considérer la personne âgée malade comme une personne avant d'être un malade et *a fortiori* non comme un assemblage d'organes qu'il s'agirait de traiter.

« On met l'accent sur le fait qu'il faut traiter la personne âgée comme une personne ; il ne faut pas traiter seulement le poumon, ou la hanche, ou etc. » (C8).

A l'opposé, une perspective médicalisante semble aussi ancrée dans le milieu, prenant moins en compte l'histoire de vie des aînés et leur unicité en tant que personne. La relation avec les professionnels en charge des soins semble parfois une relation de services soignant-soigné qui

n'est pas tant une relation de personne à personne qu'une « relation » de personne à « organe malade ».

7.3.2 Des activités centrées sur les soins

Les activités évoquées en entrevues sont en lien avec la fréquentation de l'hôpital par les aînés fragiles, qu'il s'agisse d'une hospitalisation, de soins de jours, de visites médicales, etc. Les déplacements, à l'opposé du système vulnérabilité, ont tous pour motif les soins de santé (tableau XXIV).

« Le fait de rester allongé dans le lit entraîne cependant rapidement des pertes de capacités fonctionnelles. Une façon de maintenir les capacités fonctionnelles pouvant être dégradées par l'hospitalisation est de faire marcher les patients et plus particulièrement les aînés, et donc de procurer entre autres un environnement physique qui facilite les déplacements au sein de l'hôpital et l'utilisation de certains dispositifs comme les toilettes ainsi qu'un environnement organisationnel qui favorise la pratique de la marche » (C8).

Tableau XXIV. Activités évoquées dans le système fragilité

DÉPLACEMENTS pour venir ou partir de l'hôpital
<ul style="list-style-type: none"> - Se faire accompagner à l'hôpital (voiture, taxi, ambulance, etc.) - Venir à l'hôpital en voiture par ses propres moyens - Stationner et entrer à l'hôpital
DÉPLACEMENTS dans l'hôpital entre deux rendez-vous ou deux soins
<ul style="list-style-type: none"> - Marcher ou se faire accompagner pour se rendre d'un rendez-vous à un autre - Se reposer entre deux rendez-vous - S'orienter dans l'hôpital - Attendre son rendez-vous - Se rendre aux toilettes, seul ou accompagné
ACTIVITÉS EN LIEN AVEC LES SOINS DE SANTÉ
<ul style="list-style-type: none"> - Avoir un rendez-vous médical - Effectuer ou recevoir des soins d'hygiène - Rester allongé dans son lit - S'orienter dans le temps - Recevoir des soins médicaux, etc.

Les déplacements des aînés fragiles pour se rendre à l'hôpital sont uniquement envisagés sous l'angle des déplacements motorisés. Si en cela les représentations sur les aînés fragiles

rejoignent celles des aînés vulnérables, la figure des aînés captifs du transport en commun pour s'y rendre est absente. Les déplacements des bénévoles ou de proches âgés pouvant venir à l'hôpital en transports collectifs ne sont pas non plus envisagés, de même que leurs activités de bénévolat. Pourtant, de nombreux bénévoles sont présents dans les hôpitaux en Amérique du Nord. Beaucoup d'entre eux sont encore âgés de plus de 65 ans même si les dernières études montrent que cette catégorie de volontaires tend à diminuer, les aînés restant actifs sur le marché du travail plus longtemps (Wymer, 1999, Handy, Srinivasan, 2004, Rogers, Rogers et Boyd, 2013). De nombreux visiteurs, accompagnant leurs parents, sont eux aussi âgés. Bien que leur présence ne soit pas en lien avec un vieillissement pathologique mais plutôt avec une activité « sociale », leurs caractéristiques sont assimilées à celles des personnes âgées malades dès lors qu'il est question de la conception des environnements.

« Non non c'est aussi les visiteurs naturellement et nos bénévoles [qui sont pris en compte dans notre démarche hôpital ami des aînés]. Nous avons beaucoup de bénévoles qui sont des personnes âgées, beaucoup de femmes mais aussi des hommes. Mais le design universel prend en compte les besoins de nos personnels. Il n'y en a pas beaucoup, mais il y a quelques médecins en chaise roulante et d'autres personnels. Cela leur permet de travailler comme il faut dans l'hôpital » (A4).

Quant au personnel vieillissant, leurs déplacements et leurs activités au sein de l'hôpital ne sont pas non plus identifiés en tant que tel et les démarches d'intervention envisagées ne tiennent pas compte des spécificités éventuelles en lien avec leur travail. Peut-être en lien avec la figure de l'aîné fragile infantilisé, vu comme une personne passive face à son environnement, aucune stratégie d'accommodation ou de compensation n'a été évoquée ici.

7.3.3 Un environnement délétère

Dans ce système, c'est l'environnement organisationnel, et en premier lieu les pratiques de soins, qui sont mises de l'avant pour aboutir au constat paradoxal suivant : l'environnement hospitalier est un environnement délétère pour ces aînés fragiles.

« [Dans la démarche AAPA] Il y a tout un volet qui s'applique aux soins et un autre qui s'applique à l'orientation du personnel et un autre qui regarde toutes les politiques et procédures de l'hôpital pour s'assurer que de façon non intentionnelle les choses vont à l'encontre des besoins des personnes âgées. Et les pratiques de soins infirmiers sont en train d'être revues avec l'intention de s'assurer qu'on ne fait pas des choses qui contribuent à la confusion des patients » (A4).

Comme le rapporte un participant, l'hospitalisation peut accentuer certaines problématiques vécues par les aînés entrant à l'hôpital et entraîner des états de confusion ainsi qu'une diminution des capacités fonctionnelles, dès lors que les aînés restent alités trop longtemps sans marcher. Ce déclin peut être très rapide. Tout comme pour le système vulnérabilité, l'influence de l'environnement est donc potentiellement néfaste pour la santé.

Comme pour le système vulnérabilité, l'environnement peut aussi se décrire en termes d'obstacles et de ressources, même s'il n'est pas possible ici avec les éléments recueillis d'identifier une gradation entre obstacles et ressources comme pour le système vulnérabilité ou une interaction entre les différentes composantes environnementales.

Est considéré comme un obstacle ici essentiellement ce qui porte atteinte à la santé des personnes :

- ce qui entraîne une diminution des capacités fonctionnelles des aînés fragiles en limitant leurs possibilités de marche comme activité de soin,
- ce qui contribue à la désorientation spatiale et temporelle,
- ce qui les empêche de se reposer au cours d'un déplacement,
- et plus largement ce qui nuit à leurs déplacements dans l'hôpital et peut entraîner des chutes.

En termes d'obstacles physiques, c'est principalement l'encombrement des couloirs qui est mis de l'avant ainsi que la présence de seuils entre différents lieux.

« Dans une maison, qu'on veut adapter, qu'elle soit existante ou qu'on en construise une nouvelle, c'est quoi l'endroit qui est le plus difficile à arranger ? Plein de monde disait la salle de bain, voilà ! Mais c'est l'entrée, la porte d'entrée, le seuil. Quand il l'a dit, on a fait : « Ah oui ! C'est vrai, c'est bien logique ». Cela a l'air de rien, mais un seuil, même s'il a juste sept centimètres de haut, cela ne marche pas avec un fauteuil. Et même pour les gens qui ont une canne, il faut enjamber » (C8).

Est considéré comme une **ressource** ce qui, au contraire, permet le maintien des capacités fonctionnelles, limite la désorientation, facilite les déplacements mais aussi l'attente, le repos, tout en donnant la possibilité d'être accompagné par son entourage ou par le personnel hospitalier. Ainsi, une salle de bain conçue pour permettre aux aînés d'être accompagnés, le cas échéant, par le personnel hospitalier est une ressource.

Tout comme pour le système vulnérabilité, l'accessibilité universelle est présentée ici aussi comme un principe « de base » à respecter en termes d'aménagement. Ici l'accessibilité universelle est cependant dissociée des éléments à mettre en place pour faciliter l'orientation, elle recouvre en fait plutôt l'accessibilité physique.

« Je pense qu'en général les exigences pour les personnes âgées sont beaucoup plus étendues que l'accessibilité universelle parce que cela touche plusieurs domaines ou dimensions que l'accès universel ne touche pas. C'est plutôt tourné vers accès physique, personnes en chaise roulante, béquilles ou marchettes. Tandis que ces critères-là touchent aussi les aspects physiques liés à la vision, l'écoute, les subtilités par rapport à une différenciation entre la couleur des murs et le plancher pour s'assurer que là où commencent les escaliers c'est bien évident pour les gens, pour qu'ils ne tombent pas » (A4).

Une autre différence notable avec le système vulnérabilité concerne le type d'environnement physique concerné. Il s'agit principalement dans ce système de l'environnement intérieur de l'hôpital, caractérisé notamment par des éléments évoqués dans les discours des participants :

- des espaces de transition (les couloirs, les salles d'attentes par exemple),
- des lieux de soins,
- des lieux de vie transitoires, des « chez-soi » symbolisés par les chambres,
- des lieux d'hygiène « privés » (les salles de bains dans les chambres) ou « publics » (les toilettes à disposition de tous).

Le lien entre l'intérieur de l'hôpital et l'extérieur est peu élaboré, hormis en ce qui concerne les environnements proches de l'hôpital et les stationnements, puisque les aînés sont plutôt identifiés comme arrivant en transport automobile par leurs propres moyens ou en étant accompagnés.

« On a regardé aussi là-dedans toute la question de l'organisation d'une chambre, l'organisation du corridor, l'organisation de l'hôpital. Cela peut être comment on accède à l'hôpital, le stationnement qui est loin et qui n'a pas un banc pour s'asseoir en arrivant. Parce que les aînés viennent le plus souvent en voiture.

– Est-ce qu'il y a eu des réflexions sur ce qui se passe quand, finalement on sort de l'hôpital, l'interface avec le bus ou le métro ou les trottoirs ?

Non. Je dirais les trottoirs ont peut-être été mentionnés, mais plutôt dans le cadre du stationnement. Par exemple quelqu'un qui arriverait par bus ou en métro... Non, ceci on n'a pas travaillé dessus. [la personne réfléchit à haute voix] Toilettes... Le hall d'entrée... les escaliers, les ascenseurs, salle d'urgence, les chambres... Les espaces extérieurs... Les espaces extérieurs c'est une petite section : les rampes d'accès, les trottoirs ... et je pense qu'il y a aussi les stationnements. On en a parlé. Bon, l'inclinaison des pentes, des trottoirs couverts qui relie par exemple le stationnement à l'entrée principale. Près des entrées, des stationnements réservés aux détenteurs de vignettes par exemple » (C8).

Ainsi, si la signalétique extérieure est mentionnée comme étant un élément important pour toute personne arrivant à pied à l'hôpital, et ce avec pour objectif de limiter le temps de marche au maximum, les aînés-piétons ne sont pas envisagés comme des figures spécifiques qui viendraient nourrir la figure de l'aîné fragile.

7.4 Le système lenteur

7.4.1 Aînés spectateurs et flâneurs en milieu urbain

Dans le système vulnérabilité, la lenteur des aînés, résultante du processus physiologique de vieillissement devient, pour les participants, facteur de vulnérabilité sous la pression du flux routier ou cycliste ou lorsqu'il s'agit de traverser des rues du fait des temps de traverses prévus non adaptés à leur vitesse moyenne. La lenteur des aînés viendrait heurter des normes collectives de vitesse et de flux mises de l'avant dans l'espace public.

Cependant, certains verbatim montrent que le rapport au temps peut être appréhendé selon un angle différent : avoir du temps devant soi dans la journée, en profiter et le laisser s'étirer pour profiter d'un lieu et se l'approprier. Cette façon d'envisager le temps montre cependant que les participants se réfèrent toujours à un aîné retraité. A la lenteur vue comme un « manque », un écart à la capacité moyenne des personnes qu'il faut combler via des aménagements spécifiques s'opposent l'immobilité, ou la lenteur, comme des caractéristiques positives, une capacité à profiter du temps présent.

« [En termes de spécificités dans les activités quotidiennes] Il y en une [caractéristique] qui est assez forte en fait, c'est le fait que les aînés vont souvent dans les endroits publics juste pour être là. Il y a plusieurs recherches qui démontrent cela. La participation sociale peut prendre plusieurs formes. Parfois elle implique une interaction avec des individus, mais parfois l'interaction peut être passive, juste être dans un endroit où il y a des gens. Les parcs, les centres d'achat où ils étirent le café toute la journée, c'est une façon de participer. Ils ne vont pas ressentir le besoin de rentrer en contact, mais juste être là leur fait du bien. Je trouve intéressant de donner l'opportunité aux gens d'être là, de flâner...de juste être là. Cela commence à manquer à Montréal [...] » (C3).

L'aîné est perçu ici plutôt comme un **spectateur** quelque peu en retrait de son environnement social et des activités qui s'y déroulent et qui prend plaisir à l'observation de ce spectacle. Cette attitude est aussi une façon d'être au monde, un type de participation qui doit être tout autant valorisée qu'une participation plus active selon un des participants.

Bien que le mode de déplacement ne soit pas alors souligné, cet aîné spectateur semble essentiellement un aîné piéton, du fait des lieux qui y sont associés dans le discours. Une figure très proche a été regroupée ici avec celle du spectateur : celle d'un **aîné piéton – flâneur** : un aîné en mouvement, mais dont la lenteur éventuelle pourrait correspondre à un état d'esprit plus contemplatif ou à une volonté de prendre le temps et de s'arrêter dans divers lieux tout au long du parcours pour réaliser diverses activités.

7.4.2 Des activités liées à la capacité de « prendre le temps »

Dans le système vulnérabilité l'emphase est mise sur les activités de déplacement, condition *sine qua non* à la participation sociale et sur les dimensions motrices et psychiques (le sentiment d'insécurité) qui vont de pair avec ces déplacements. Ici *a contrario* les activités concernées sont des activités qui nécessitent l'arrêt : l'arrêt entre deux déplacements pour effectuer d'autres activités et profiter d'un lieu sans juste y passer, ou l'arrêt pour contempler l'activité autour, sans autre objectif particulier que « d'être là ». S'asseoir, s'arrêter et « étirer le temps » pour regarder ce qui se passe aux alentours dans des endroits animés est considéré comme une activité en tant que telle.

« D'avoir des villes où ils peuvent [...] seulement sortir de chez eux pour aller au parc à côté. Avoir une certaine qualité de vie encore, dont ils peuvent jouir » (C4).

L'aîné spectateur ou le flâneur sont encore évoqués au singulier comme dans le système précédent : s'il est question des activités des autres usagers de l'espace urbain, il n'est toutefois pas envisagé que les aînés puissent se déplacer en groupe d'amis ou accompagnés de leurs proches, l'aîné est encore solitaire ici et les activités, individuelles.

La participation des aînés, en tant « qu'experts » de leurs usages, à des projets permettant le développement de ce type d'environnement n'est pas exprimée dans ce système. Quant à la participation sociale, elle se superpose à l'expérience vécue. Son évocation par certains participants s'oppose en quelque sorte à la « participation sociale » plus active au sein de dispositifs de consultation, présentée à la fois comme un objectif et comme un moyen d'avoir un « vieillissement en santé » par des instances de santé publiques.

Les stratégies développées par les aînés dans ce système ne sont pas clairement évoquées par les participants. Cependant deux stratégies qui semblent de l'ordre de l'anticipation peuvent être

déduites, sans qu'il soit réellement possible de les qualifier comme des stratégies de compensation :

- Une stratégie très « macro » et consistant à fréquenter certains types de lieux favorisant flânage ou spectacle tels que précisé dans la section environnement,
- Des stratégies plus fines consistant à repérer, une fois sur place, les meilleurs endroits pour observer l'activité autour et à les utiliser par la suite.

7.4.3 Un environnement évoqué sous un angle positif

La différence majeure avec les systèmes précédents est ici l'influence positive de l'environnement sur les aînés mais aussi le choix des aînés de fréquenter les environnements considérés et non l'obligation, comme cela pouvait être le cas lorsqu'il était question des déplacements dans divers environnements urbains ou hospitaliers. L'environnement est uniquement évoqué ici sous l'angle des ressources favorisant la participation sociale mais aussi sans doute indirectement la santé, sous l'angle de la santé-plaisir. Un tel type d'environnement, *de facto*, augmente les marges de manœuvre des aînés quant aux types d'activités qu'ils peuvent réaliser.

Différents lieux sont propices à cette activité, tels que les parcs ou les centres commerciaux, ces derniers étant des espaces à mi-chemin entre espaces publics et privés, et possédant l'avantage d'être protégés des intempéries ainsi que de permettre aux aînés de faire des courses ou de prendre des marches dans un espace dans lequel différents commerces se trouvent à proximité. La conception, en termes d'environnement, des aînés-spectateurs ou des aînés flâneurs appelle un design urbain qui n'est plus uniquement dédié à la facilitation d'un flux ou d'une vitesse mais aussi de pauses.

7.5 Le système répit

Les entrevues menées auprès des personnes œuvrant dans le secteur hospitalier amènent à envisager une dernière figure.

7.5.1 L'aîné : une personne avant tout, prise en compte dans sa dimension affective

Ici l'aîné est avant tout envisagé via sa dimension affective face à des situations difficiles pouvant être vécues en milieu hospitalier alors que les dimensions fonctionnelles sont absentes des représentations. De fait, les aînés sont ici assimilés à d'autres catégories de personnes amenées à fréquenter l'hôpital. C'est une expérience commune de souffrance psychique, quel que soit l'âge ou le statut (travailleur, accompagnant ou patient) qui est mise de l'avant lorsque ces aînés sont évoqués. L'aîné n'est plus un aîné mais une personne qui souffre, en proie à des émotions qui n'avaient pas encore été évoquées dans les autres systèmes.

« C'est important que les patients et les visiteurs aient envie de venir là. Donc on a fait rajouter des espaces avec des bancs. C'est important car c'est thérapeutique. Tu es anxieux, tu y vas pour ta mère, ta mère est mourante, il faut que tu te recueilles. Donc on a fait un programme avec les œuvres d'art. Le guide dit qu'il faut que ce soit une place d'accueil, que tu sois reçu » (A3).

7.5.2 Une activité introspective

Ici l'activité consiste à se recueillir, à « souffler » psychiquement, se retrouver. C'est l'expérience d'une commune humanité que vivent les différents types d'usagers possibles. La dimension d'arrêt propre à cette activité se rapproche ainsi des activités de contemplation évoquées précédemment, alors qu'elle s'éloigne radicalement des dimensions de flux et de mobilité du système vulnérabilité.

Par ailleurs, il est question ici de la recherche d'une expérience vécue qui, qualitativement, nourrit le psychisme des personnes. Dans le système lenteur l'attention des aînés se dirige vers l'extérieur d'eux-mêmes, vers les activités qui se déroulent autour d'eux. Ici, à l'inverse, **le regard ne semble pas tant tourné vers les activités sociales extérieures que vers l'intérieur de soi**, dans un temps de contemplation ou de recueillement entre soi et soi ou soi et la nature, les œuvres d'art. La sensorialité semble plus particulièrement visée ici.

« Il y a beaucoup de lieux pour les patients, les visiteurs et le personnel. Des places de répit sont prévues, cela fait partie des critères développés dans ce projet-là pour s'assurer qu'à l'extérieur il y a des jardins et des bancs, etc., autant pour les patients que pour le personnel. Comme à l'extérieur du centre du cancer il y a trois jardins avec des bancs, des fleurs, des arbustes, des arbres pour permettre aux gens de s'asseoir à l'ombre ou au soleil » (A4).

7.5.3 Un environnement physique extérieur thérapeutique

Dans ce système, l'aménagement paysager extérieur prend ici une grande importance. Le type de mobilier et leur emplacement, la présence d'une diversité d'éléments rappelant la nature (arbres, fleurs, arbustes, ombre et soleil) et d'œuvres d'art participent de cet environnement physique à visée thérapeutique, qui peut être imaginé quelque peu en retrait de l'environnement social. L'influence de l'environnement est essentiellement positive, et la description de l'environnement est centrée sur les ressources de l'environnement physique extérieur. L'interaction entre ces ressources et la diversification de ces interactions (un banc à l'ombre vs un banc au soleil) est mentionnée dans le discours.

7.6 Comparaison des aînés, de leurs activités et de leurs environnements dans les quatre systèmes

Le tableau XXV récapitule différentes caractéristiques concernant les aînés et leurs activités dans les quatre systèmes. La comparaison des différents systèmes laisse entrevoir des prises en compte tronquées des aînés dans chacun d'eux. Dans certains, l'emphase est mise sur les caractéristiques physiques qui expriment le déclin alors que dans d'autres, elle est mise sur les caractéristiques psychiques des aînés. De même, une multiplicité d'activités des aînés se révèle lors de cette comparaison. Alors que les aînés apparaissent multifacettes, regagnant une certaine épaisseur lors de ce rapprochement, chacune des facettes est considérée séparément dans chacun des systèmes.

Tableau XXV. Comparaison des quatre systèmes de représentation à partir de la personne, de son environnement et de ses activités (en blanc, éléments évoqués et en grisé éléments non évoqués par les participants)

P\EA	Système vulnérable	Système fragile	Système lenteur	Système répit
Caractéristiques physiques	Déclin, multi limitations, lenteur comme un « handicap »	Déclin, multi limitations, maladies. Vieillesse normal et pathologique	Lenteur « positive »	Spécificités physiques non évoquées
Caractéristiques psychiques, émotions	Effrayé, hésitant. Peur, insécurité	Fatigué, en souffrance	Contemplatif, prend plaisir	En souffrance, désorienté Envie

P/EVA	Système vulnérable	Système fragile	Système lenteur	Système répit
				de souffler, récupérer
Caractéristiques cognitives	Difficultés orientation dans l'espace	Difficultés orientation temps et espace	Recherche active d'informations?	Spécificités cognitives non évoquées
Types	Usagers : piéton, TC. Retraité	Usager- clients Usager - automobiliste	Usager retraité	Usager « humain »
Age	75 ans et plus	75 ans et plus ou 65 ans et plus avec problèmes de santé	Pas de spécificité évoquée	Pas de spécificité évoquée
Genre	Femmes apparaissent plus vulnérables et lentes	Genre non évoqué	Genre non évoqué	Genre non évoqué
Compétences	Experts dans leurs limitations	Compétences non évoquées	Compétences non évoquées	Compétences non évoquées
Figure d'usager	Piéton et usager des transports en commun	Bénéficiaire de soins-passif Automobiliste (accompagné)	Usager de lieux	Usager de lieux
Intentions-objectifs	Activités sociales : magasinage, loisirs, participation citoyenne Accéder soins de santé	Se faire soigner Accompagner des malades	Trouver des lieux agréables pour flâner ou rester	Trouver des lieux calmes
Figure de citoyen	Citoyen empêché, expert de ses limitations	Infantilisé	Figure non évoquée	Figure non évoquée
Environnements	Urbain. Perçu négativement	Hospitalier. Perçu négativement	Urbain. Perçu positivement	Hospitalier. Perçu Positivement
Activités-Types	Déplacements Participation sociale « active », Soins de santé	Soins de santé Déplacements dans l'hôpital ; pour venir et partir de l'hôpital	Être assis et regarder Flâner	Être assis et s'apaiser
Activités-Stratégies	Adaptation et compensation	Non évoquées	Déduites du discours : anticipation et observation	Déduites du discours : anticipation

7.6.1 Des aînés sans rôles sociaux

Les aînés en tant que grands-parents sont absents du discours de l'ensemble des participants. Par exemple, s'il est question des « personnes avec poussettes » dans le système de vulnérabilité comme devant être une catégorie prise en compte dans les processus d'aménagements, la notion de personne est le plus souvent associée ici à « femme » avec poussette, sans âge spécifié. Mais dans le discours des participants, il s'agit plutôt de femmes « jeunes » ou en tous les cas des « mamans ». En effet, le rôle grand-parental, et les spécificités éventuelles que cela comporte en termes d'usages des transports, des espaces publics ou du contexte hospitalier, n'est ainsi jamais évoqué spécifiquement. Or, le fait de penser aux rôles grand-parentaux des aînés est aussi, en termes de conception, une façon de penser la création d'environnements qui soient non seulement intéressants pour les aînés mais aussi pour les plus jeunes et qui soient intergénérationnels.

Par ailleurs, les participants disent que les aînés ont des comportements équivalents au reste de la population jusque vers 65 ans et c'est ensuite qu'ils modifient leurs horaires à l'heure de la retraite. Par la suite les aînés auraient des habitudes de transport différentes comme stratégie d'évitement de la foule, ce qui est corroboré par des recherches (Rosenbloom, 2003) et des études propres à la ville de Montréal (Carrefour action municipale et famille, 2012, p. 7; TCAIM, 2009, p. 2; Turcotte, 2012). Donc l'intérêt se porte plutôt envers les aînés qui sont retraités et ont la liberté de modifier leurs horaires de déplacements - ce qui n'est pourtant pas toujours possible en cas de rendez-vous médicaux par exemple ou lorsque le transport en commun n'est pas disponible hors des heures de pointe, particulièrement en banlieue (Negrón Poblete, 2012; Turcotte, 2012). Les aînés encore en situation de travailler, voire d'étudier ne sont pas évoqués. Là encore c'est pourtant une proportion de la population en augmentation (Gouvernement du Québec, 2007, p. 2) et qui risque de continuer à augmenter étant donné les incitatifs mis en place par le gouvernement du Québec depuis 2013 pour inciter les personnes à prendre leur retraite plus tard (Ville de Montréal, 2011). La personne perd ses caractéristiques d'aîné au profit des caractéristiques de personne qui travaille (soit on est un aîné soit on est un travailleur) ou étudie. Cependant qu'en est-il des aînés qui travaillent encore après 65 ans et ne peuvent moduler leurs horaires ? Auraient-ils des besoins spécifiques ou est-ce les mêmes que ceux de la population générale ?

Dans le cas du système fragilité, si l'aîné est un aîné bénévole, alors il est acquis que les solutions proposées en termes d'aménagements physiques pour les malades couvriront aussi ses besoins. Or là encore, les bénévoles aînés effectuent des activités bien différentes que les aînés qui sont hospitalisés ou accompagnent leurs proches. Leurs conditions de travail ne mériteraient-elles pas la prise en compte d'aménagements en lien avec leur âge ?

7.6.2 Des aînés seuls ?

Au travers des différentes composantes évoquées en termes d'activité dans trois des systèmes (vulnérabilité, répit et spectateur), le vieillissement semble se faire seul dès lors qu'il est question d'évoluer dans les transports ou les espaces publics, renvoyant en cela aux représentations des aînés comme des usagers « isolés- dépendants » évoquées dans la littérature sur l'habitat et la vieillesse (Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007).

L'environnement social est la plupart du temps évoqué comme extérieur à la sphère individuelle des aînés. Dans le système vulnérabilité, les interactions avec cet environnement étaient sous le signe de la compétition, de l'opposition ou de la dépendance avec d'autres personnes *a priori* inconnues des aînés. Les relations sociales personnelles des aînés sont envisagées dans le sens où, en cherchant à développer des transports universellement accessibles, on permet la réalisation d'activités de loisirs par exemple dans lesquelles les aînés vont pouvoir interagir avec d'autres personnes. Dans le système lenteur, développer des lieux ou du mobilier permettant juste d'être là et de regarder les activités des autres permet une interaction à distance avec les autres qui ne sont alors pas perçus comme hostiles mais plutôt distrayants. Par contre, rien n'est dit sur les proches des aînés qui pourraient les accompagner, ou « étirer leur café » avec eux. Dans le système répit, l'environnement social n'est pas évoqué de façon explicite, du fait que l'idée semble plutôt de fournir individuellement les moyens de s'isoler et se recueillir au besoin.

Par contre dans le système fragilité, l'environnement social est évoqué au travers des soignants qui interagissent avec les aînés patients dans le cadre de leur travail mais aussi au travers des relations personnelles des aînés. Les participants évoquent certaines situations spécifiques à ce propos : se faire accompagner à l'hôpital en voiture, être accompagné lors de déplacements dans l'hôpital ou pour attendre les soins, aller à la salle de bain accompagné d'un proche ou d'un soignant, partager sa chambre la nuit, etc.

Cette facette des aînés occultée dans les trois premiers systèmes entraîne à son tour une occultation des dimensions sociales de leur activité, plus spécifiquement la réalisation d'activités collectives. Dans le système fragilité cependant, l'activité des aînés est envisagée comme pouvant être une activité ayant une dimension collective et non plus seulement individuelle, ce qui a des impacts en termes de conception. En effet, considérant que les aînés viennent souvent accompagnés à l'hôpital, le dimensionnement des pièces, l'aménagement et le mobilier fourni (par exemple au niveau des chaises ou de la taille des salles de bain) sont adaptés à cette réalité. C'est aussi ce que dit une participante en parlant des personnes à mobilité réduite fréquentant leur établissement : le fait d'avoir pris en compte que la personne se déplaçait avec ses amis, comme tout un chacun et souhaitait pouvoir le faire sur l'ensemble de son parcours, a modifié le projet de conception initial.

« C'est souvent cela qui est arrivé [de considérer les personnes seules, sans tenir compte de leurs amis]. On a un service d'accueil des étudiants handicapés. Dans ce service-là, il y a deux personnes qui ont elles-mêmes un handicap : un homme qui a un handicap moteur. Il est capable de marcher, mais pas très longtemps. Il a besoin d'un quadriporteur. Et un de ses collègues est déficient visuel ; il est amblyope. Quand on fait un projet, on va aller leur demander de regarder avec nous les choses [...]. C'est donc dans ce cadre-là que cet homme, qui est déficient moteur, quand on a voulu aménager l'entrée du pavillon sur Sainte-Catherine, et qu'il y avait une porte avec une pente, et qu'il y avait une autre porte avec les escaliers... C'est lui qui nous a dit : « C'est bien quand on entre avec nos amis de pouvoir être tous ensemble ». Cela fait que finalement le projet a été complètement modifié pour faire une espèce de grande pente très longue. » (C10).

La dimension collective des activités des personnes âgées *entre elles* est absente dans l'ensemble des systèmes. Les aînés sont en quelque sorte présentés comme dépendants de leur environnement social (proche ou lointain) ou en compétition avec celui-ci. Or les recherches réalisées par Béatrice Chaudet (Chaudet, 2009, 2012) montrent spécifiquement qu'il existe des stratégies d'entraide entre les aînés lors de leurs déplacements, même s'il s'agit d'un point de vue rarement explicité dans la littérature.

« Nous avons pu observer que bon nombre de personnes âgées se déplacent à plusieurs pour « *prendre le bus ensemble* ». [...] Les personnes âgées, de la résidence le Bel âge à Rouyn-Noranda rejoignent l'arrêt de bus situé à une centaine de mètres à l'arrière de la résidence. Elles sont au nombre de deux ou trois suivant le cas, l'une d'entre elles se déplace avec un déambulateur, l'autre marche lentement jusqu'à l'arrêt. [...] La descente du bus n'est pas aléatoire mais s'entoure de précautions. Le premier à descendre du bus est le plus autonome, le second celui qui a le plus de difficulté et le troisième maintien la porte ouverte avant de descendre à son tour. Au regard de l'aisance avec laquelle la descente s'effectue, il semble que ce trajet ne soit pas le premier effectué dans ces conditions, mais qu'il soit effectué de façon régulière » (Chaudet, 2010, p. 292-293).

De fait, certains types de stratégies compensatoires sont absentes des discours : la coopération et l'entraide entre aînés font écho à la figure de l'aîné solitaire. Pourtant là encore, considérer ces types de stratégies peut avoir un impact en termes de conception dès lors que l'on souhaite faciliter leur déploiement. Des aînés se déplaçant ensemble souhaiteraient sans doute pouvoir, par exemple, s'asseoir à proximité dans les transports en commun. Cependant, la signalisation de sièges uniques dédiés dans les transports porte en elle-même l'image d'un aîné⁸⁷ qui se déplace seul.

Enfin, le système « vulnérabilité » a pour objectif de développer l'autonomie des personnes. Mais l'autonomie est comprise ici comme « faire seul ». Or, être autonome ne veut pas dire qu'il ne faut pas prévoir des dispositifs permettant de favoriser l'entraide entre personnes ou les demandes d'assistance (Rocque, Langevin, Chalghoumi et Ghorayeb, 2011). Si ces dispositifs ne sont pas pensés, alors seront-ils concrétisés lors des interventions visant à rendre les environnements plus favorables aux aînés ?

7.6.3 La mobilité comme valeur fondamentale permettant de réaliser des activités « élémentaires »

Dans le système vulnérabilité, l'environnement est présenté comme ayant une influence essentiellement négative et l'interaction entre les différentes composantes de l'environnement (sociale, physique, organisationnelle) comme pouvant accroître cette influence. Une diminution des capacités fonctionnelles des aînés entraîne éventuellement l'utilisation d'aides au déplacement (canes, marchettes, fauteuils...) et le développement de stratégies de compensation et d'accommodation pour être capables de se déplacer dans cet environnement globalement hostile, qui diminue les options modales réelles qui s'offrent aux aînés.

Dans les systèmes vulnérabilité et fragilité, bien que cela soit plus poussé dans le système vulnérabilité, c'est une logique de mouvement, de flux (flux des personnes, flux des activités de soins), qu'il faut faciliter en rendant le système plus efficace : en éliminant les obstacles aux déplacements ou en fournissant des ressources permettant de se déplacer jusqu'à la destination choisie (des bancs, des transports accessibles...). Ceci rejoint « l'imaginaire plus contemporain

⁸⁷ Ou de toute personne en « situation de handicap »

de la mobilité, dominé par les notions de mouvement ou de flux. L'immobilité est définie par défaut, comme une absence de mobilité » (Belton-Chevallier, 2015, p. 2- 3). La lenteur associée au vieillissement et ce qui peut contrarier les flux y sont vus comme des caractéristiques négatives. Les temps d'attente sont présents dans les deux systèmes, mais comme des moments entre deux activités, qui ne sont pas porteurs d'intérêt en soi et que les concepteurs ne souhaitent pas prolonger outre mesure.

Pourtant des études montrent que ces arrêts ne sont pas seulement propices à des activités pour « tuer le temps » (Meissonnier, 2016) en attendant un prochain départ, une prochaine mise en mouvement. Assimilés à des temps de « déconnexions » (Meissonnier, 2016) ou de « débrayages » (Chevrier et Juguet, 2003), ils peuvent être des temps durant lesquels se reposer, « poser le regard » sur l'environnement comme spectacle, voire soulager ses angoisses en fournissant des ressources propres à libérer son stress (Meissonnier cite la mise à disposition de pianos ou de baby-foot dans des gares de la société française des chemins de fer (SNCF)). La mobilité renvoie à des activités « nécessaires » selon la catégorisation de Gehl (Gehl, 1987) telles qu'aller à l'école, faire des courses, attendre le bus, etc.

“These activities will take place throughout the year, under nearly all conditions, and more or less independent of the exterior environment” (Gehl, 1987 p. 11).

Elle reste pensée dans une logique utilitaire. Il n'est pas question ici du développement de la convivialité des lieux, hormis peut-être avec la notion de « marchabilité » qui est énoncée comme un principe général. Peut-être, comme le soulignait un participant, car les éléments de convivialité ont déjà été beaucoup travaillés en urbanisme pour la population générale mais en omettant de travailler en complémentarité sur des principes tels que la sécurité et l'accessibilité.

Les aînés des systèmes « lenteur » et « répit » sont dans l'immobilité ou la flânerie et ce sont les caractéristiques des lieux où ils restent sur lesquels se porte l'attention. La lenteur n'est pas vue comme un manque mais comme une caractéristique dont il est possible de faire l'éloge (Honoré, 2007) et qu'il s'agirait d'accommoder.

Les lieux ne sont pas pensés comme des lieux entre deux déplacements mais plutôt de façon à ce qu'une station prolongée y devienne agréable et permette aux aînés de s'y sentir « chez eux » (Rubinstein, 1989) dans des espaces invitants (Jacobs, 2002). C'est ce que les Nations Unies mettent de l'avant en disant que “*The desire to go 'through' a place must be balanced with the*

desire to go 'to' a place” (UN-Habitat, 2013) et en proposant de penser les rues comme des espaces publics. Dans ces espaces, il est possible d’y réaliser des activités « optionnelles » telles que prendre le soleil sur un banc et d’y réaliser ou d’y observer des activités « sociales » telles que des jeux d’enfants : “[*These social activities*] are all activities that depends on the presence of others in public spaces” (Gehl, 1987, p. 14).

Cet « arrêt » en termes de déplacement ne veut pas dire que les dimensions cognitives et émotionnelles de l’activité ne sont pas présentes. Il faut souligner ici la proximité ici entre les aînés flâneurs et les aînés spectateurs. Dans un cas, l’aîné se déplace d’un point à l’autre, tout en effectuant éventuellement une série d’activités entre les deux. Dans l’autre, l’aîné spectateur semble immobile, son interaction avec le monde extérieur invisible à l’œil de l’observateur et passive. Cependant lorsque l’activité consiste à regarder celle des autres, l’être humain est, au niveau cognitif, en recherche active d’informations dans son environnement. Le regard est tourné vers l’extérieur de soi : il s’agit donc de pouvoir voir et entendre ce qui se passe autour et « d’accrocher » des activités intéressantes qui nourrissent l’imaginaire, ce qui là aussi a des impacts en termes de conception.

7.6.4 Des perspectives contrastées sur le vieillissement et la santé

Les systèmes vulnérabilité et fragilité mettent l’emphase sur le vieillissement du corps, qu’il s’agisse des limitations fonctionnelles ou cognitives qui apparaissent et sont marqués du sceau du déclin à limiter ou compenser. Ces caractéristiques se rapportent à celles d’aînés “*medium old*” (75-84 ans) ou “*oldest old*” (85 ans et plus) telles qu’indiquées dans la littérature (Gauthier, Jean, Langis, Nobert et Rochon, 2004; Neugarten, 1974; Suzman et Riley, 1985). Cette logique est encore accentuée au niveau hospitalier qui s’adresse à une catégorie de patients plutôt dans la tranche supérieure en termes d’âge et qui plus est, avec des problèmes de santé.

Dans le système vulnérabilité, les stratégies d’accommodation et de compensation évoquées relèvent de stratégies pouvant être qualifiées de « passives » face à l’environnement, qui mettent l’emphase sur des stratégies réactives centrées sur les compensations du déclin (Baltes et Baltes, 1990) comme souligné par plusieurs auteurs (Caradec, 2012; Ouwehand, De Ridder et Bensing, 2006). Dans une perspective ergonomique, ces stratégies relèvent de compromis entre les contraintes personnelles et celles du système mais aussi de compromis entre divers aspects de

sa propre santé, vue comme une « construction continue d'équilibre et de compromis » (Caroly, 2010, p. 144). Compromis entre santé physique et participation sociale, santé à long terme et santé à court terme, la priorité étant donnée à la santé à court terme. A moyen terme, ces stratégies peuvent placer les personnes dans des dégradations de la santé générale et mener à l'exclusion sociale dans son aspect territorial lorsqu'elles consistent à se replier sur l'espace domestique (Billette et Lavoie, 2010 ; Burns, Lavoie et Rose, 2012).

Ces systèmes, en grossissant certainement le trait, renvoient à une représentation du vieillissement considéré comme un déclin, soit l'une des deux représentations du vieillissement traversant les sociétés occidentales (Caradec, 2012; Lagacé, Laplante et Davignon, 2011). La santé est considérée ici dans des perspectives médicales (la santé comme absence de maladie) ou de santé publique pour des aînés-corps.

Certains aspects du vieillissement sont occultés et le processus de vieillissement semble assimilé à l'état de vieillesse. Les personnes apparaissent « vieilles » et non pas vieillissantes et les références à leur expérience de vie passée sont absentes des entrevues. Mais en prenant l'exemple du transport, n'y aurait-il pas de différence à apporter en considérant un « usager âgé expérimenté » qui a utilisé le transport en commun durant la majeure partie de sa vie et a développé des expériences, des habitudes, et un « usager âgé-novice » qui découvre les transports en commun lorsqu'il ne lui est plus possible de conduire ? Par ailleurs, l'expérience vécue est un facteur pouvant favoriser ou au contraire rendre plus difficile de nouveaux apprentissages (Falzon, 2013). Est-ce le cas pour ces différents types d'usagers aînés et si oui, serait-il possible d'apporter des supports facilitant leurs apprentissages dans leur environnement ?

Ceci ramène à l'intérêt d'envisager le vieillissement dans une perspective développementale comme un processus constant de pertes et de gains (Clément et Demond, 2013; Feldman, 2000) au cours duquel les personnes se transforment (Falzon, 2013). Au cours de leurs activités professionnelles, les personnes développent de nouvelles stratégies, notamment des savoirs faire de prudence (Falzon, 2013) qui leur permettent de répondre à leurs objectifs tout en épargnant leur santé, dépendamment des conditions dans lesquelles elles ont développé leur expérience. Se donner les moyens de faciliter le développement de ces stratégies et leur mise en œuvre est

une piste explorée par l'ergonomie en milieu de travail, mais elle pourrait sans doute s'avérer intéressante ici aussi.

Conclusion

Quatre systèmes de représentations ont été présentés ici. Ces quatre systèmes de représentations sont bâtis autour de trois pôles : un pôle Personne où se situent les aînés, un pôle Environnement et un pôle Activité. Les systèmes se distinguent entre eux par les figures d'aînés mobilisées (usagers vulnérables, spectateurs ou flâneurs, fragiles ou en souffrance), en lien avec certains types d'environnements et activités et par les caractéristiques des activités auxquels ils s'adressent. Dans certains cas (système spectateur et répit) ce sont les dimensions cognitives et psychosociales des personnes et de leurs activités qui sont prépondérantes alors que dans d'autres ce sont les dimensions physiques (système vulnérabilité et fragilité).

Les aînés *usagers vulnérables* et les aînés *spectateurs flâneurs* sont des figures d'usagers d'espaces publics et de transports, pouvant être intérieurs ou extérieurs, évoquées par des participants œuvrant en aménagement urbain et transport. Outre la différence d'accent sur les capacités fonctionnelles des aînés entre les deux systèmes, c'est l'importance donnée à la mobilité, à la vitesse et aux flux qui les distingue ainsi que le type d'influence de l'environnement. Une influence essentiellement négative dans le système vulnérabilité, entraînant des effets néfastes sur la santé et la participation sociale des aînés ; essentiellement positive et source de plaisir dans le système lenteur.

Les aînés *fragiles* et les aînés *en souffrance* sont évoqués par des participants évoluant dans le milieu hospitalier. Là encore, l'emphase est mise sur des dimensions différentes des aînés dans chacun d'eux. Par ailleurs, ce sont essentiellement des environnements intérieurs qui sont évoqués dans le système fragilité et des environnements extérieurs dans le système répit et là encore, les influences environnementales sont opposées : délétères pour l'un, thérapeutique pour l'autre.

Ces résultats contribuent à souligner que les représentations sur le vieillissement portent tant sur les aînés que sur leurs activités et leur environnement, existant ou souhaité et que les

représentations des activités, des espaces et des individus sont étroitement reliées. Elles se répondent et sont indissociables.

Le banc devant la nature, l'aîné qui médite et l'activité « repli » sont trois côtés du même phénomène qui sont cependant abordés de façon disjointe dans chacun des systèmes de représentation.

Les systèmes évoqués, considérés dans leur ensemble, sont d'une grande richesse et laissent entrevoir l'hétérogénéité des manières de voir les aînés et des situations qu'ils vivent, ainsi que « l'épaisseur » des dimensions à considérer (cognitives, physiologiques, émotionnelles, historiques, etc.) lorsqu'il est question du vieillissement. Cependant, chacun des systèmes pris isolément donne une représentation parcellaire du vieillissement. Dans quelle mesure des interventions menées sur l'environnement par des parties prenantes différentes considèrent-elles ou non l'épaisseur de ces dimensions et quel en sera l'impact?

En effet, figures tronquées ou absentes, dimensions de l'activité oubliées, sujets considérés comme des acteurs ou plutôt passifs surgissent de la comparaison des variables des différents systèmes. Limitant *de facto* l'éventail des activités envisagées en conception et l'implication des aînés dans les projets, ce constat a des impacts quant à la façon de considérer les interventions à mener sur les environnements et les objectifs finaux poursuivis et pourrait entraîner des « impensés » en conception.

8 Les interventions favorables aux aînés, issues des différents systèmes de représentations

Le chapitre précédent des résultats a mis en évidence l'existence, chez les participants, de quatre systèmes distincts de représentation reliant les aînés, leur environnement et leurs activités.

L'objectif est maintenant d'explorer quelles sont les interventions préconisées par les participants visant à favoriser le développement d'environnements plus favorables aux aînés ainsi que le rôle attribué aux aînés dans ces interventions. C'est plus particulièrement la dimension physique des environnements qui sera explorée étant donné que ces résultats seront mobilisés dans la suite de la thèse lors de l'analyse du projet d'aménagement Vendôme.

Le chapitre débute par une présentation succincte de trois caractéristiques des interventions. Par la suite, les résultats sont abordés par système de représentation. En effet, il ressort des entrevues qu'à chaque système de représentation correspondent certaines interventions et que ces systèmes orientent les visées des interventions décrites par les participants. Les résultats en lien avec le système vulnérabilité seront plus particulièrement approfondis.

8.1 Les trois caractéristiques des interventions explorées

La description des interventions s'organise autour de trois caractéristiques :

- 1) Les finalités sous-jacentes aux interventions sur l'environnement, colorées par les orientations des intervenants,
- 2) La substance des interventions, i.e. l'objet d'intervention et les transformations envisagées,
- 3) Le processus méthodologique. Ce dernier point est abordé en lien avec la participation des aînés étant donné que l'une des distinctions entre les systèmes de représentation porte sur le statut de citoyen-expert, accordé ou non, aux aînés.

8.2 Système vulnérabilité

8.2.1 Finalités des interventions

Dans ce système, les finalités des interventions sont en lien avec le développement de l'autonomie des aînés vulnérables, leur mobilité, leur participation et leur santé (tableau XXVI).

Tableau XXVI. Finalités des interventions et changements visés en lien avec le système vulnérabilité

Finalités	<ul style="list-style-type: none">- Favoriser l'autonomie des personnes âgées et des personnes avec limitations fonctionnelles- Favoriser la mobilité, la participation sociale et la santé des aînés et des personnes avec limitations fonctionnelles
Changements visés dans l'environnement physique	<ul style="list-style-type: none">- Diminuer les obstacles à la mobilité des aînés et des personnes à limitations fonctionnelles et développer les ressources à leur disposition dans l'environnement- Rendre les destinations et les transports universellement accessibles- Normaliser les environnements physiques
Changements visés dans l'environnement organisationnel	<ul style="list-style-type: none">- Augmenter la fiabilité des systèmes- Développer des pratiques d'entretien favorables à la mobilité (exemple : déneigement des trottoirs)
Changements visés dans l'environnement social	<ul style="list-style-type: none">- Développer le civisme à l'égard des aînés- Favoriser des changements des pratiques professionnelles pour les personnes en relation de service avec les aînés

Ce sont, *in fine*, les caractéristiques individuelles des aînés qui sont visées (leur santé, leur autonomie), soit le pôle « personne » du système de représentation, mais aussi leurs activités (mobilité et participation sociale). Ces interventions sont conçues comme des actions préventives visant à conserver la santé physique (en évitant les chutes, en développant les possibilités de marcher) et psychique (en limitant l'insécurité perçue) des aînés. Ces finalités s'expriment avec plus ou moins de force en fonction du type d'intervenant qui mène l'intervention.

Certains intervenants travaillent pour des organismes de l'économie sociale dont la mission est, entre autres, de défendre les droits des personnes qu'ils représentent, qu'ils s'agissent de

personnes vieillissantes ou de personnes « handicapées ⁸⁸ ». En lien avec les missions de leurs organisations, leur lecture des enjeux propres au vieillissement s’ancre dans un discours de justice sociale. Ils mettent de l’avant des questions de droits au transport des usagers et d’accès équitable aux ressources.

« Les personnes luttent pour dire “on ne veut pas que vous payiez pour nous, on veut que vous nous donniez les mêmes chances”. C'est très différent » (C4).

Une préoccupation sous-jacente aux interventions est la préservation de l’équité entre les différents groupes de personnes dont la mobilité est entravée par l’environnement, ce qui nécessite parfois la mise en place de compromis en termes d’aménagement. Il s’agit de donner aux aînés, et aux personnes avec des limitations, quel que soit leur âge, les mêmes chances de participation et de développement de leur autonomie, ce qui participe au développement des capacités des aînés en tant qu’usagers et citoyens.

« – Si tu devais expliquer pourquoi un usager a des difficultés dans un tel endroit, comment tu le décrirais... »

Je suis très influencée par ma formation et mon travail de terrain. J'aime beaucoup la motilité car l'usage est conditionnel à la compétence, à l'accès et à l'appropriation. C'est comme les capacités. C'est tous les environnements capacitants, il y a des dimensions objectives et subjectives. C'est le gros plus de la motilité ou de la capacité [...]. En disant tout cela, je me rends compte que la formation ou la philosophie que chaque chargé de projet, directeur que tu vas rencontrer va influencer la façon dont il défend son point et peut faire des changements » (C4).

La prégnance de ce discours est moins importante dans le cas d’intervenants internes travaillant pour des organisations publiques. Cependant la recherche de la justice sociale fait aussi partie des motivations à agir de ces intervenants.

« Ils sont tout le temps dans une position de réclamation. D’être mis dans une position du type « on est des citoyens à part entière et on a des droits ». Il y a quelque chose d'un peu... il faut tout le temps qu'ils rappellent qu'ils sont des citoyens à part entière en fait, qu'ils ont les mêmes droits au déplacement que tout le monde » (C9).

L’atteinte de ces finalités passe par des changements à apporter aux environnements ⁸⁹. C’est l’environnement physique qui est visé en premier lieu par ces interventions, mais aussi l’environnement organisationnel et social. Ainsi, selon les participants, un système de transport

⁸⁸ Ce terme est repris plutôt que celui de « personne en situation de handicap », étant donné qu’il apparaît dans les descriptions des missions de certains participants interrogés.

⁸⁹ Ils passent aussi par des changements auprès des organisations qui ont en charge la conception et l’implantation de ces changements, mais il n’en sera pas question ici. Les éléments relatifs à la partie stratégique et relationnelle des interventions seront abordés lors de l’analyse du projet Vendôme dans le dernier chapitre de la thèse.

efficace, avec un personnel formé aux besoins des aînés, des infrastructures adéquates et un environnement universellement accessible et sécuritaire sont des éléments majeurs pour que les aînés plus vulnérables, moins mobiles, puissent exercer leurs droits.

« Si tu leur procures un environnement universellement accessible, cela va être des gains, on va favoriser leur autonomie » (C7).

8.2.2 Le passage à l'action : objets d'intervention et transformations

Les interventions sur l'environnement visent ici à diminuer les obstacles et augmenter les ressources pour les aînés. Les principales caractéristiques recherchées et énoncées par les participants lors des entrevues et correspondant à des ressources sont reprises dans l'annexe 12. Elles se rapportent aux aînés en mouvement, qui marchent ou prennent les transports en commun. Ainsi, la « marchabilité » des environnements permettant des « déplacements actifs » est une caractéristique recherchée. Ces caractéristiques ne se limitent pas toutefois aux environnements physiques, mais concernent aussi les environnements organisationnels et même virtuels.

Plusieurs principes guidant l'action apparaissent dans le discours des participants. En tout premier lieu, il s'agit de ne pas créer de nouveaux obstacles à la mobilité, en tenant compte des activités et des lieux de fréquentation existants, générateurs de déplacements, avant de réaliser les interventions sur l'environnement physique.

« Quand tu parles de revitalisation de secteur, de grand projet : si tu prévois des services de proximité, si tu as des résidences d'un côté, tu ne mets pas les services de l'autre côté pour éviter qu'ils aient à traverser les boulevards, mettons. Il y a toute cette question-là. Dans l'usage qu'on va donner, c'est cela qu'il faut prévoir » (C7).

La compréhension et la prise en compte des situations réelles et de leur complexité peuvent éviter les interventions aberrantes comme celle détaillée ci-dessous par un participant.

« La réalité à Laval c'est qu'il y a un ascenseur relativement bien placé et qui fonctionne relativement bien dans la station de métro. [...] À un moment donné dans une station, ils se sont rendus compte que tout le monde traversait la rue pour prendre un autre autobus et ils ont dit que c'était bien trop dangereux. [...] Alors ils ont fait un autre édicule de l'autre côté de la rue. Mais comme il y avait déjà un autre édicule accessible, ils n'ont pas mis un autre ascenseur. C'est parce que, si la rue est difficile à traverser, elle est dangereuse pour tout le monde ! Pouvez-vous mettre un ascenseur pour tout le monde ? » (C6).

Les actions souhaitées par les intervenants dans ce cadre visent aussi à lever une partie des difficultés existantes afin de limiter l'appel à des stratégies de compensation qui ne sont pas toujours possibles.

« [...] Ce qui est particulier avec les personnes âgées, c'est l'équilibre. Parce qu'on fait beaucoup de « bateaux pavés »⁹⁰, il faut vraiment travailler la pente pour que les risques de chute soient moins importants. Ah, la question de la visibilité. [...] C'est des gens qui ont des résidus visuels, et puis aussi les personnes âgées, qui elles ont une vue qui baisse avec le temps. C'est pour cela qu'on est en train de faire un programme pour agrandir les noms des plaques de rue, pour qu'elles soient plus visibles et plus loin et ce sera bon pour toutes les clientèles. C'est beaucoup par les personnes âgées que c'est venu, mais cela répond aussi au besoin des personnes amblyopes » (C9).

Ainsi, l'augmentation du temps de traverse des rues est un changement souhaité apparaissant à plusieurs reprises dans les entrevues, en lien avec des marges de manœuvres qui ne sont pas à disposition des aînés. En effet, la stratégie consistant à courir pour finir de traverser la rue à temps n'apparaît pas une stratégie de compensation à leur disposition.

L'accessibilité universelle est présentée dans ce cadre tout à la fois comme un objectif à poursuivre et un moyen pour favoriser la création d'environnements plus soutenant pour les aînés et leurs activités. Le développement de démarches d'accessibilité universelle apparaît bénéfique aux intervenants pour tous les types de clientèle et pour élargir la vision traditionnelle du design.

« Si on pose la question pourquoi [on s'intéresse aux aînés ou à l'accessibilité universelle], [...] je dirais qu'il ne faut pas être trop [...] calculateur en se disant « mais pourquoi on ferait une intervention de tant de millions pour x % de la population ». C'est beaucoup ce rapport-là qu'on a. C'est pour cela que nous, au niveau de notre travail, c'est beaucoup de convaincre que cela a des avantages pour tout le monde. Et qu'au niveau des avantages que cela apporte, le gain c'est pas juste le fait que les gens sont capables de se déplacer, le gain il est aussi social [car il permet aux gens d'accéder à des activités]. Il est aussi environnemental. Je pense que c'est quelque chose qu'il faut beaucoup mettre de l'avant pour dépasser l'approche fonctionnaliste du design » (C9).

Les actions visent aussi à renforcer l'efficacité de certaines stratégies individuelles, comme l'anticipation (planifier davantage les déplacements). Que se passe-t-il toutefois si un des maillons de la chaîne de déplacement est rompu sans que les personnes le sachent ? Elles se retrouvent alors bloquées et sans possibilité de continuer leur parcours. Les actions sur l'environnement physique se prolongent alors vers l'environnement 'virtuel' servant à préparer les parcours et vers l'environnement organisationnel. Elles visent à mettre en place des éléments permettant de fiabiliser les équipements utilisés et les parcours.

« Alors quand en cours de projet [...] il faut comprendre les stratégies. On repart toujours de l'activité. Pour tester un ascenseur cela part du site Web : « comment je fais pour planifier mon déplacement ? » C'est toute la chaîne. Tout le parcours autour de l'élément en question est considéré. « Hello madame site web, cela nous prendrait telle information, parce que la clientèle ne peut pas savoir que l'ascenseur est en

⁹⁰ Bateau pavé : désigne un abaissement du trottoir aux intersections de rues par exemple.

panne ». C'est un bel exemple dans lequel, si tu arrives et qu'il y a un ascenseur dans l'édicule et pas de redondance et que tu t'es déplacé et tu ne le sais pas, ou tu as pris le métro et tu sais pas, encore pire, que c'est celui à destination qui est en panne. On a développé un outil suite au test ascenseur. La personne va sur le site Web et elle sait si les ascenseurs sont fonctionnels » (A9).

L'exemple de l'ascenseur ci-dessus montre que les modifications ne se limitent pas à l'environnement physique. Au contraire, ce sont des modifications de plusieurs ordres (physiques, organisationnelles, voire virtuelles) qui contribuent à développer les capacités des aînés. La continuité entre les ressources virtuelles d'information et les ressources physiques contribue à l'actualisation des capacités des aînés, le « parcours d'information » servant à planifier le parcours physique. Cet exemple-ci suggère que la présence d'un « parcours d'information » permettant de planifier l'ensemble de son parcours et d'envisager diverses options de déplacement peut être envisagée comme un facteur de conversion, permettant le développement de ressources à disposition des aînés.

De façon générale, la cohérence entre les différentes ressources mises à disposition des aînés usagers vulnérables apparaît fondamentale dans le discours des participants de façon à limiter les tensions entre éléments du système lors de l'intervention, de même que la préoccupation de l'utilisation effective que les professionnels souhaitent développer.

L'accessibilité universelle, au-delà des caractéristiques qui sont attribuées à l'environnement, est alors utilisée comme outil pour informer la conception. Elle devient un support (voire un prétexte) pour porter la question des usagers, de leurs activités et de leurs usages des lieux lors de la conception, pour porter la complexité du réel. Elle est utilisée pour penser les espaces, le mobilier et la signalétique et parce que la démarche intègre différents usages et différents types d'usagers lors de la conception, elle permet de penser différemment les problématiques. L'accessibilité universelle se présente donc à la fois comme une philosophie, un objectif et un moyen pour ceux qui en font la promotion.

Trois points sont à retenir ici concernant l'accessibilité universelle qui apparaît, à partir des discours des participants, comme une composante majeure dans les changements à apporter aux environnements. Tout d'abord, si l'accessibilité universelle semble un prérequis en termes d'aménagement de l'environnement physique, elle n'épuise pas les réponses à apporter pour créer des environnements favorables aux aînés. Les réponses doivent aussi être recherchées dans

d'autres dimensions de l'environnement (organisationnel : par exemple le déneigement ; social : le comportement des cyclistes ; etc.).

Ensuite, l'accessibilité universelle doit se penser au regard des compromis avec d'autres critères avec lesquels doivent composer les concepteurs et pouvant être favorables aux aînés vulnérables ou à d'autres catégories d'utilisateurs. Ainsi, sécurité et accessibilité universelle qui sont des caractéristiques considérées comme étant favorables à la mobilité des aînés et plus largement à celle des personnes présentant des limitations fonctionnelles, ne sont pourtant pas toujours aisément compatibles sur le terrain :

« Par exemple, au niveau de la place d'Armes. C'est un espace réaménagé comme un espace partagé. Sur la rue Notre-Dame, les piétons passent partout parce qu'il n'y a pas de trottoirs définis. Mais en même temps, il y a le feu de circulation au bout de la rue qui donne le signal aux voitures qu'elles ont priorité. Donc les voitures ont tendance à aller très vite. Aux feux de circulation, l'avantage pour les non-voyants ce sont les feux sonores. Cela leur permet de se donner quelques repères dans cet espace-là qui est excessivement complexe pour eux. Nous, on y voyait un conflit ; au niveau de la sécurité, il y a un problème. Donc tu as quelque chose qui permet aux aveugles de trouver leur chemin mais tu as un feu de circulation en même temps qui donne un message aux automobilistes qu'ils sont prioritaires. C'est moins sécuritaire pour les piétons. [...] C'est ce rapport-là entre faire un repère et sécurité qu'on cherche à équilibrer en ce moment. Il faut trouver des solutions qui répondent à tout cela » (C9).

Enfin, l'accessibilité universelle ne se réduit pas aux normes d'accessibilité. Certes, un des changements attendus est de normaliser les environnements qui peuvent l'être (tels que des saillies de trottoir, comme cité par un des participants) dans une optique d'accessibilité universelle. Toutefois, les participants insistent sur l'importance, dans le cas de situations complexes, de développer des critères de conception *ad hoc*, tenant compte des logiques d'usages des lieux, des différentes catégories d'utilisateurs et des conflits potentiels entre ces utilisateurs et les aînés vulnérables. Dans les approches d'interventions relevant du système de vulnérabilité, cette connaissance est indissociable de la participation des futurs utilisateurs (dont les aînés vulnérables) aux processus d'intervention.

8.2.3 L'implication des aînés en tant qu'experts de leurs limitations fonctionnelles

Les particularités des aînés ainsi que leur traduction en termes de design restent encore à développer selon les participants. Ainsi, les aînés qui présentent des multi-limitations complexifient le processus de design, notamment en ce qui concerne l'accessibilité universelle

et mettent au défi certaines normes déjà développées par « mono limitations ». L'intégration des préoccupations envers les aînés vulnérables questionne les limites du concept.

« En fait une personne âgée présente des limitations progressives. Des pertes de capacités auditives, visuelles, motrices [...]. Mettons une cécité, une perte de vision assez profonde si tu fais bien tes solutions pour couvrir les différents seuils alors la personne âgée a des stratégies pour s'adapter à sa perte de vision au fur et à mesure qu'elle vieillit [...]. Donc c'est vrai qu'ils sont couverts mais il ne faut pas dire ils sont couverts et c'est tout, car il est possible... C'est quand tu tombes dans les combinaisons de limitations que cela devient plus compliqué. Et la personne âgée combine les limitations. Pour l'instant les solutions qu'on déploie, on essaie pour trouver pour tout type de limitation. Et on se dit quelqu'un qui a deux limitations, ils vont peut-être trouver une façon de.... Pour aller plus loin, cela viendra peut-être, dans une autre vague et on aura satisfait la première. Offrir toujours une redondance, cela ne veut pas dire qu'on couvre tout le monde » (A8).

Une façon de mieux comprendre les réalités des aînés est de s'appuyer sur leurs expertises au travers de dispositifs de participation synchrones et asynchrones. Mais, selon les participants, cette expertise peut elle-même être difficilement accessible lorsqu'il est question de leur faire prendre conscience de stratégies très ancrées qui seraient plus difficiles à recueillir dans une salle (participation asynchrone).

« Les utilisateurs qui ont des limitations fonctionnelles, ce sont des experts dans leurs limitations et ils ne peuvent pas expliciter leur stratégie, comme un employé hyper performant. Donc s'il ne disait pas telle chose, en bout de projet on se rendait compte qu'il manquait telle chose. Quand on ne connaît pas le besoin, qu'on est devant une chose inconnue, c'est avec toutes sortes d'évaluations ergonomiques, des mises en situation, des observations...toutes sortes de façons de faire [qu'on peut le comprendre] » (A9).

Parmi ces dispositifs, trois ont été plus particulièrement soulignés pour leur capacité à développer une meilleure connaissance des aînés en activité. La participation à des marches exploratoires, des audits de l'environnement ou des simulations d'utilisation de prototypes sont divers dispositifs qui permettent une meilleure connaissance des activités, en situation réelle et donnent accès aux stratégies très ancrées des aînés experts ainsi qu'aux tensions pouvant exister entre les différents usagers appelés à utiliser les lieux ou les équipements créés.

« Juste en face du terminus Lionel-Groulx, la STM nous a conviés avant même qu'il y ait une première pelletée de terre. Elle nous a invités à faire une marche tout autour et à regarder au niveau de l'accessibilité universelle, ce serait quoi les conflits entre les usagers, parce qu'il y a une piste cyclable qui va passer » (C7).

Ces dispositifs permettent une prise en compte systématique des différents équipements en fonction des utilisations qui en sont faites par plusieurs catégories d'usagers, dont les aînés vulnérables, afin de ne pas générer de nouveaux problèmes en essayant de régler des problèmes existants chez l'un deux.

« Les premiers autobus de la STM étaient munis de rampes arrières. C'est des rampes télescopiques [...]. Il y avait beaucoup de problème de fonctionnalité, cela marchait une fois sur deux. [...]. Sauf que depuis 2009, les autobus arrivent avec une rampe avant [...]. L'enjeu qu'il y avait c'est qu'en mettant la rampe en avant, il fallait élargir la porte. Il y a une grande porte et une petite porte. Mais avant 2009, quand tu rentrais dans l'autobus, tout de suite en rentrant à gauche, il y avait un banc pour les personnes à mobilité réduite. C'était dédié pour une personne qui a une limitation motrice, qui est ambulante. La femme enceinte et les personnes âgées. Alors le défi, c'est qu'en élargissant la porte, le banc sautait. Au début du projet, les gens en fauteuil, le banc sautait et on était tout de suite après la roue. Mais là, on ne peut pas régler un problème pour en créer un autre. Car tu as les femmes enceintes et les personnes âgées notamment » (C7).

8.3 Système fragilité

8.3.1 Finalités des interventions et changements poursuivis sur l'environnement

La finalité des interventions est essentiellement axée sur les individus (le pôle « P »), de façon à prévenir les pertes de capacités afin de ne pas accentuer une fragilité déjà présente chez les aînés (tableau XXVII).

Tableau XXVII. Finalités des interventions et changements visés en lien avec le système fragilité

Finalités	<ul style="list-style-type: none"> - Maintenir les capacités fonctionnelles des aînés - Limiter les effets de désorientation
Changements visés dans l'environnement physique	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer les obstacles sur les aînés et les personnes à limitations fonctionnelles et développer les ressources à leur disposition dans l'environnement - Faciliter les déplacements des aînés en lien avec les activités de soin en développant l'accessibilité universelle - Faciliter l'orientation dans le temps et dans l'espace - Augmenter l'efficacité des activités dans l'environnement hospitalier
Changements visés dans l'environnement social et organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> - Provoquer des changements de représentation parmi les professionnels de soins : favoriser le développement d'approches biopsychosociales du vieillissement - Favoriser les changements de pratiques professionnelles du personnel soignant mais aussi d'autre personnel comme celui de la maintenance

Les préoccupations concernant les changements à apporter pour développer un environnement plus favorable aux aînés sont en lien avec la santé physique et psychique des aînés (éviter les chutes, limiter les efforts, limiter la désorientation, rassurer, favoriser la marche) ou avec

l'efficacité de leurs actions (éviter l'attente, parvenir à franchir un trottoir dans les espaces extérieurs proches de l'entrée de l'hôpital) ou du système hospitalier en général

« Des aménagements, des trottoirs d'au moins tant de largeur pour qu'il y ait deux personnes, qu'elles puissent circuler, se croiser en fauteuil roulant, qu'on ne soit pas obligé d'attendre au bout. Plus d'espace dans les courbes des trottoirs pour les, justement, les gens qui sont en fauteuil ou en marchette » (C8).

Les interventions visent en priorité des changements au niveau des environnements sociaux et organisationnels des aînés avant de viser des transformations au niveau de l'environnement physique. Il s'agit de développer une nouvelle vision du vieillissement dans les organisations en sensibilisant les intervenants à une vision plus globale des personnes âgées, de leurs environnements sociaux et des enjeux liés à l'hospitalisation en termes de pertes des capacités fonctionnelles. En négatif, cette considération doit être rappelée aux intervenants hospitaliers et s'oppose à une vision encore plus médicalisée des personnes. Il s'agit de sensibiliser les intervenants et changer certaines représentations sur les aînés comme « devant se reposer » ou « présentant tous des problèmes d'incontinence », et qui assimilent parfois vieillissement « normal » et pathologique.

« [L'approche biopsychosociale] c'est d'abord tout le côté biologique, physique si on veut. La personne, [...], elle est dénutrie, elle a des problèmes de peau, [...], elle a une démence, elle fait du diabète [...]. Psychosocial, c'est tout ce qui est autour d'elle : sa famille, [...] est-ce que qu'elle est entourée ? C'est quoi ses revenus ? Est-ce qu'elle ne mange pas parce qu'elle n'a pas d'argent ou elle mange pas parce qu'elle a pas l'envie de se faire à manger ? [...]. Il y a le côté environnement [...]. On avait notre petite pyramide : il y a toujours trois volets qu'on regarde : bio, psycho, environnement. [...]. L'environnement c'était de dire [...] est-ce que les unités peuvent permettre que la personne circule ? Est-ce qu'on a dégagé nos corridors ou non ? (C8).

Il s'agit aussi de sensibiliser l'ensemble du personnel, y compris le personnel d'entretien, à l'impact de leurs pratiques et du choix de leurs outils de travail sur le bien être des aînés et leur facilité de déplacement dans l'hôpital. Toutefois, l'environnement physique est aussi visé par la démarche, bien qu'il s'agisse ici d'une visée secondaire comparativement au système vulnérabilité.

8.3.2 Le passage à l'action : l'environnement comme objet d'intervention

Les démarches d'intervention au niveau hospitalier concernent en priorité les espaces de soins dédiés spécifiquement aux aînés mais peuvent être modulées dans leur rayon d'action et concerner plus largement l'ensemble des espaces intérieurs de l'hôpital fréquentés par les aînés.

Les caractéristiques visées de l'environnement correspondant à des ressources sont reprises dans l'annexe 13.

Notons que les interventions évoquées dans ces démarches portent ainsi essentiellement sur ces environnements intérieurs des hôpitaux. L'intégration à l'environnement extérieur est pensée essentiellement pour les stationnements ou les environnements proches des sorties et entrées, en ayant en tête que les aînés arrivent principalement en voiture ou se font déposer et peuvent avoir des problèmes de mobilité.

« [A propos des environnements extérieurs immédiats des hôpitaux] Ceci, c'était des choses simples à faire qui demandent pas beaucoup d'argent... Bon, les fentes des grilles qui recouvrent les bouches d'égout : cela ne dépasse pas 2 cm pour éviter que les pattes de marchettes se prennent dedans. Les espaces extérieurs c'est une petite section : les rampes d'accès, les trottoirs ; bon, que les surfaces soient fermes, résistantes [...]... que les trottoirs dont la pente est de 5% et plus soient munis d'une main-courante. [...] » (C8).

Par ailleurs, si la conception du mobilier intérieur intègre certaines caractéristiques propres aux comportements des aînés avec des limitations fonctionnelles, ce n'est pas le cas pour le mobilier extérieur dans la démarche Approche Adaptée à la Personne Agée (AAPA) telle que préconisée par le Ministère. Si la présence de sièges permettant de se reposer au cours du trajet est pensée pour l'extérieur ainsi que l'intérieur de l'hôpital, la façon de l'utiliser par des aînés n'aurait pas été intégrée dans la conception du mobilier extérieur.

« S'ils sont plus âgés, s'il faut qu'ils marchent 4 km dans le stationnement, cela serait peut-être intéressant qu'ils aient des bancs de temps en temps pour qu'ils puissent s'asseoir et se reposer. On est d'accord qu'ils ont moins d'énergie. Quand tu t'en vas à l'hôpital, ce n'est pas parce que tu te dis : « Youpi ! Je suis en forme ». En général, tu t'en vas à l'hôpital parce qu'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas. Donc, tenir compte de cette fragilité-là qui est accrue à ce moment-là, comprends-tu ? [A propos d'intégrer dans les spécifications des bancs publics de l'intégration d'accoudoirs] Non, je pense qu'on ne l'a pas fait. Je pense que pour les chaises on en a parlé : qu'il y ait des appuie-bras pour aider les gens à se relever » (C8).

Les principes d'aménagement sont similaires dans leurs grandes lignes à ceux évoqués dans le système vulnérabilité tout en présentant une différence majeure. Les aînés contrairement au système vulnérabilité sont envisagés dans une perspective biopsychosociale, en lien avec leur environnement social, amical et familial proche. Ainsi l'aménagement prend en compte que les aînés se déplacent rarement seuls en milieu hospitalier : il s'agit alors d'accommoder aussi les personnes qui les accompagnent en matière d'espace et de mobilier (par exemple en identifiant la place nécessaire pour une chaise supplémentaire dans certains lieux). Les principes

d'aménagement traduisent la volonté de limiter les obstacles présents dans l'environnement pour des aînés considérés comme peu mobiles. Il s'agit de faire en sorte de dégager l'environnement pour que la personne puisse circuler.

Un environnement favorable au déplacement serait donc dégagé d'obstacles.

« Il y a typiquement toujours un premier palier d'intervention qui est pour toutes les personnes âgées, il faut qu'on s'assure que, par exemple, les corridors soient dégagés » (C8).

Il s'agit aussi de procurer des ressources spécifiques aux aînés pour améliorer leur hospitalisation. Le discours des participants montre l'attention portée à certains détails de design d'intérieur, de signalétique et d'ambiances physiques :

- La présence de mobiliers permettant de se reposer (chaises, bancs) mais aussi faciles à laver (chaises) pour prendre en compte des problèmes éventuels d'incontinence.
- Des aménagements intérieurs limitant les risques de chutes (par le biais des couleurs, de la lumière, etc.).
- La mise en place de repères temporels dans les chambres favorisant l'orientation dans le temps.
- Une attention accrue portée à l'éclairage qui peut aussi être favorable à d'autres clientèles fréquentant l'hôpital ou aux travailleurs essentiellement féminins dans le contexte hospitalier.

« [Quand ils viennent à l'hôpital] les gens se sentent un petit peu plus inquiets. Ils arrivent le soir ou l'hiver, à quatre heures. Il fait noir, ce n'est pas éclairé. Les gens ont peur [...]. Ce que je suis en train de dire là et bien une femme qui se retrouve toute seule dans un grand stationnement à 10 h le soir, elle n'a pas besoin d'avoir 75 ans pour se sentir en danger » (C8).

Une « bonne signalétique » est présentée comme étant fondamentale pour toute personne entrant dans le système hospitalier et porte sur les moyens de communication écrits (images, consignes) mais aussi la présence de repères qui doivent permettre des déplacements intuitifs.

« On s'est organisé pour que dans les espaces, les entrées des différents départements il y ait des vitrines. Donc en fonction des départements, il y a la couleur qui t'annonce que tu es dans tel hôpital mais t'aurais en plus un artefact, une tasse de café, un cheval de bois. « Oui là, madame allez au cheval de bois », ou « allez à la statue de la reine Victoria » » (A3).

C'est l'attention à certains détails qui s'avère pertinente pour les aînés selon les participants. Par exemple le contraste des couleurs, une signalétique cohérente entre le dedans et le dehors ou

encore les vitesses de déroulement des informations sur les panneaux de visualisation hospitaliers sont évoqués par les participants.

« Numéroté les stationnements, placer des points de repères. Dans les stationnements, une signalisation qui comporte les mêmes règles que celles utilisées à l'intérieur. Que ce soit éclairé de nuit cette signalisation-là. Numéroté les portes d'entrée » (C8).

Ces ressources facilitent l'orientation, soit spatiale au travers de la signalétique (ce qui facilite aussi les déplacements) soit temporelle, via la mise en place d'horloges dans les chambres par exemple.

« [A propos de la démarche Approche Adaptée à la Personne Agée] On insistait sur le fait que les gens puissent se situer au niveau du temps dans les chambres, particulièrement les gens qui sont alités. Ils regardent un plafond blanc pendant des heures, les lumières sont allumées tout le temps. À un moment donné, ils ne savent plus si c'est le jour, le soir ou la nuit ! On disait, ce serait bien d'avoir un calendrier » (C8).

Toutefois, comme dans le cas des interventions issues du système de vulnérabilité, les intervenants soulignent la nécessité d'aborder de fronts différentes dimensions de l'environnement. Ainsi la modification de pratiques professionnelles mais aussi la prise en compte, dès le démarrage des interventions, de contraintes d'entretien.

« Cela a l'air simple, d'avoir une horloge, c'est « bête » comme recommandation. Mais que c'est compliqué ! Toute la prévention des infections. « Aaaaah ! Est-ce que ça se nettoie ? Qui va nettoyer ? Le préposé de jour ? » « Ah non, je n'ai pas le temps ». Le préposé d'après-midi ? « Je n'ai pas le temps, on est moins de monde ». Le soir ? La nuit ? On ne peut pas on va déranger les gens. Cela n'a l'air de rien, mais c'est compliqué à faire » (C8).

En termes de principes de conception, ceci revient à considérer les futures contraintes d'exploitation spécifiquement en lien avec les caractéristiques des aînés (comme de pouvoir laver facilement des chaises car les aînés hospitalisés peuvent souffrir d'incontinence) dans les démarches d'intervention sur l'environnement physique.

« Essayez d'expliquer à une équipe d'entretien que c'est important que le plancher ne soit pas comme un miroir, Ils disent « penses-tu ! », parce que c'est souvent cela la fierté de dire : « regarde, mes planchers sont beaux ». Oui, mais il y a-t-il un moyen d'avoir une cire qui va être moins brillante, parce que les personnes âgées vont trouver cela plus facile. « Oui, mais je vais avoir des marques noires sur mon plancher » » (C8).

L'accessibilité universelle semble reliée ici essentiellement à l'accessibilité physique et à la composante physique des espaces bâtis. Dans cette optique, les aînés malades sont assimilés à des personnes à mobilité réduite, tout comme peuvent l'être d'ailleurs d'autres types de

clientèles qui fréquentent l'hôpital. Pour les participants cette accessibilité ne se limite cependant pas uniquement à des questions de normes, mais doit aussi s'envisager en fonction des activités qui seront pratiquées sur les lieux.

« Ils [l'entreprise en PPP] nous ont fait l'aménagement d'un parc. On avait demandé dans le programme qu'il y ait des allées, il faut que les enfants en chaise roulante soient capables de rouler. Ils ont mis... ils ont mis cela bétonné, donc l'enfant pourra aller là. Mais une fois rendu là, qu'est-ce qu'il fait ? Il va être obligé de rester là. Tout le reste est gazonné. Là ils ont mis du granule, mais avant ils avaient mis du sable. J'ai cherché dans le code du bâtiment...il n'y a pas de norme disant qu'un terrain de jeux pour enfants hospitalisés doit avoir un terrain caoutchouté » (A3).

L'accessibilité universelle n'apparaît pas couvrir à elle seule les besoins du vieillissement.

« Je pense qu'en général les exigences pour les personnes âgées sont beaucoup plus étendues, parce que cela touche plusieurs domaines ou dimensions que l'accès universel ne touche pas. L'accès universel c'est plutôt axé sur l'accès physique, les personnes en chaise roulante, béquille ou marchettes » (A4).

Cette prise en compte nécessiterait d'aborder des dimensions supplémentaires selon les participants.

« Tandis que ces critères-là [d'environnement pour les aînés] touchent aussi les aspects physiques liés à la vision, l'écoute, les subtilités par rapport à une différenciation entre la couleur des murs et le plancher pour s'assurer que là où commencent les escaliers c'est bien évident pour les gens, pour qu'ils ne tombent pas. Qu'au niveau de l'éclairage c'est pas trop éclairé là où les gens doivent se reposer ou dormir. Mais en même temps, qu'il y ait assez de lumière et que la signalétique soit assez large pour que les gens puissent lire facilement. [...] Cela s'applique à toute notre clientèle. [...] Mais la liste [des indicateurs à suivre] est très complexe par rapport au mobilier, la hauteur du mobilier, il faut qu'il y ait des appuis, des accoudoirs pour se relever » (A4).

La signalétique permettant une meilleure orientation, la communication au travers du "*branding*" des espaces (choix de couleurs spécifiques par secteurs par exemple respectant les couleurs des anciens hôpitaux fusionnés...), le choix d'agencement de couleurs sont des interventions qui sont distinguées de l'accessibilité universelle dans le discours des participants et concernent l'ensemble des usagers.

« L'idée c'est qu'il faut orienter les gens d'une façon simple tout en respectant les identités des hôpitaux [fusionnés]. Il faut que les gens comprennent ; donc chaque couleur, chaque bâtiment, chaque unité a son *branding* basé sur son histoire » (A3).

Ces interventions sont envisagées dans une logique de "*way finding*" (orientation) spécifique alors que le "*way finding*" était inclus dans l'accessibilité universelle dans le cas des approches d'intervention issues du système vulnérabilité.

8.3.3 Des démarches qui n'incluent pas les aînés eux-mêmes ?

Comme présenté dans le premier chapitre, les aînés ne sont pas envisagés ici dans leur dimension d'acteur. Ils sont destinataires de ces démarches (les bénéficiaires) plutôt que sujets dans sa mise en œuvre. Leurs caractéristiques sont représentées par les professionnels de soins ou par les chargés de projet en charge de l'implantation de la démarche.

Ces démarches ne visent pas comme précédemment à augmenter la participation sociale des aînés ou à contribuer au développement de leur pouvoir d'agir. De fait, les participants n'ont pas évoqué de démarches participatives incluant spécifiquement des aînés eux-mêmes. La participation de membres de comité des usagers de l'hôpital a été évoquée, mais sans que cela concerne spécifiquement les patients âgés. Dans ce système, la notion d'accessibilité universelle, non seulement se restreint à l'accessibilité physique, mais de plus ne s'appuie pas sur une démarche participative.

8.4 Système lenteur et système répit

Ces deux systèmes apparaissent à la marge des discours des participants. Ces derniers se sont essentiellement exprimés sur les caractéristiques environnementales (et plus précisément physiques) recherchées et non pas sur les caractéristiques environnementales existantes – si ce n'est pour mentionner, dans le cas du système lenteur, que des environnements pouvant accommoder le flânerie ou la contemplation se faisaient de plus en plus rares en ville.

La participation des aînés ou de représentants lors du processus de conception n'a pas été évoquée en tant que telle dans le cadre de ces systèmes.

Dans les deux cas, les environnements souhaités sont centrés sur les bénéfices qu'ils pourraient apporter aux participants soit en termes de participation sociale « passive », de plaisir ou de réconfort. La subjectivité du rapport des aînés à leur environnement est ainsi au cœur des réflexions des participants. L'orientation de l'action est bien différente ici par rapport aux deux systèmes précédents et s'éloigne d'une perspective de santé publique notamment. En envisageant tout à la fois la lenteur sous l'angle de « profiter du temps présent » et la volonté de participer au monde juste en l'observant, les participants expriment que les aménagements pourraient être pensés pour accommoder cette lenteur du point de vue du confort et des points

d'intérêts, comme une caractéristique à atteindre, plutôt qu'un défaut ou une limitation qui entraîne la création d'un environnement-prothèse comme dans le cas des aînés vulnérables pour qui la vitesse reste la norme à laquelle ils sont comparés.

L'arrêt dans un lieu pour y réaliser diverses activités, la flânerie, la lenteur voire l'immobilité deviennent alors des caractéristiques auxquelles doit répondre l'environnement, en sus de permettre une certaine interaction à distance avec d'autres usagers. Il s'agit moins ici de créer des opportunités de dialogue que de favoriser la possibilité, dans le cas des aînés spectateurs, de la contemplation des activités des autres usagers partageant un même espace. Cette contemplation n'est passive qu'en apparence, elle se double d'une recherche active d'informations dans l'environnement pour capter les activités les plus intéressantes. L'environnement devrait donc être conçu pour permettre une telle recherche d'informations. La référence à Jan Gehl par l'une des participantes est une façon de rappeler que le mobilier, en prenant l'exemple du banc, doit aussi répondre à ce besoin d'interaction avec l'environnement social (même lorsque l'interaction semble inexistante) et non pas seulement à une fonction de repos. L'emplacement du mobilier a donc son importance.

Conclusion

Les actions préconisées par les uns et les autres sur l'environnement dans leurs interventions relativement à la prise en compte du vieillissement sont sous-tendues par les représentations des intervenants. Les actions mises en œuvre véhiculent elles-mêmes des représentations sur l'âge et permettent d'approfondir la compréhension des systèmes de représentation. Ces résultats montrent que les représentations appellent non seulement des points de vue spécifiques sur les aînés, mais aussi sur les environnements à concevoir pour qu'ils soient en mesure d'effectuer certaines activités.

Un environnement favorable aux aînés est un environnement dans lequel il s'agit de diminuer les obstacles et de développer des ressources, en tenant compte d'un certain nombre de facteurs de conversion qui permettent, *in fine*, de développer la continuité et la synergie entre ressources.

Mais un environnement favorable aux aînés est aussi un **compromis**, au mieux des possibilités et des connaissances, entre les besoins de divers utilisateurs, de divers usages et critères d'aménagement parfois antinomiques dans leur expression en contexte. Un environnement « favorable » aux aînés ("*age friendly environment*") posséderait donc certaines caractéristiques intrinsèques mais qui devraient être examinées en fonction des contextes d'usages et des caractéristiques initiales des environnements.

C'est en effet dans l'analyse de certaines situations, à l'occasion de projets, que des critères énoncés comme étant complémentaires et souhaitables tels que la mise en accessibilité universelle des espaces ainsi que la sécurisation des parcours peuvent se révéler antinomiques.

Les significations de ce terme « favorable » ont été explorées en fonction des différentes représentations des aînés. Le terme prend un aspect relatif, en ce qu'il est clairement relié aux représentations des participants sur les aînés et leurs activités et aux impacts à long terme souhaités en lien avec l'aménagement de l'environnement. En particulier, le fait de considérer l'aîné comme une personne seule (système vulnérabilité) vs. comme une personne qui se déplace accompagnée (système fragilité) modifie les critères qui sont utilisés pour orienter la conception des aménagements et penser ce qui est favorable ou ne l'est pas.

Enfin, l'accessibilité universelle semble être un principe d'aménagement commun aux systèmes vulnérabilité et fragilité. Cependant les discours des participants relevant de secteurs distincts (transport et environnement d'une part et secteur hospitalier de l'autre) font apparaître des compréhensions du concept différentes mais aussi des démarches qui y sont rattachées, faisant écho à la littérature qui souligne l'ambiguïté du terme accessibilité universelle (Rocque, Langevin, Chalghoumi et Ghorayeb, 2011). Comme évoqué dans le chapitre 2, ces différences de compréhension peuvent être un frein à la diffusion de l'accessibilité universelle dans la société (Canadian Institutes of Health Research-Institute of Ageing, 2010). L'étude du projet Vendôme, qui nécessite justement la collaboration d'acteurs en provenance de secteurs d'activités différents (transport et hospitalier) va permettre par la suite d'approfondir ces défis de collaboration et leurs impacts potentiels en termes de design. Cette étude permettra aussi de comprendre plus en profondeur l'influence d'enjeux propres au projet et qui jouent sur la prise en compte du vieillissement.

9 Défis de la prise en compte des aînés et de leurs activités dans le projet Vendôme

Ce dernier chapitre s'appuie sur la description du projet de liaison Vendôme faite précédemment et sur les résultats des chapitres 7 et 8 qui sont utilisés comme une grille d'analyse des représentations sur le vieillissement véhiculées par les acteurs dans le projet Vendôme. Il vise à analyser les défis de l'intégration des aînés et de leurs activités dans un projet en particulier, le projet Vendôme. Cette analyse se déploie selon trois dimensions qui seront évoquées tour à tour : le projet lui-même, le contexte dans lequel baignent les organisations promotrices du projet et les enjeux portés par les parties prenantes de la société civile relativement au projet.

La première section présente la place des usagers dans le projet et plus particulièrement des aînés, les dispositions à agir du groupe promoteur du projet envers les usagers et les représentations du vieillissement véhiculées par le projet.

Les sections deux à quatre s'intéressent au contexte dans lequel évoluent les membres du groupe promoteur. En particulier, les dispositions des acteurs et capacités techniques de leurs organisations respectives sont étudiées, en lien avec l'influence du contexte législatif et organisationnel de chacune d'elles. Lorsque les informations sont disponibles, pour l'AMT et la STM, les représentations sur le vieillissement véhiculées par les cadres d'orientation (plans de développement, plans stratégiques) sont étudiées.

Enfin, une cinquième section s'intéresse aux enjeux portés par les parties prenantes de la société civile relativement au projet, aux représentations du vieillissement qui sont véhiculées au sein de trois dispositifs de participation impliquant ces parties prenantes et à leurs capacités d'influence sur le projet. Le focus est mis sur les parties prenantes en lien avec les organisations du territoire et les citoyens impliqués dans les processus de consultation.

9.1 Le « réflexe aîné » est-il présent dans le projet au stade de l'étude de faisabilité ?

9.1.1 Usagers, activités et environnement dans le projet

Ce sont des activités de déplacement qui sont principalement évoquées en lien avec l'utilisation de la liaison Vendôme, en cohérence avec la fonction principale attribuée au lieu. Les discussions entre membres du groupe promoteur et les différentes documentations étudiées font apparaître, à partir de différentes situations abordées au fur et à mesure de l'étude, trois groupes d'usagers principaux amenés à fréquenter ce nouvel environnement dans l'optique des concepteurs (Tableau XXVIII) :

- Les salariés de l'hôpital, eux-mêmes éventuellement usagers des transports en commun,
- Des usagers du transport en commun qui utiliseraient l'édicule universellement accessible sans toutefois se rendre à l'hôpital,
- Des patients, leurs accompagnateurs, des visiteurs et des bénévoles.

Tableau XXVIII. Différents types d'usagers potentiels pris en compte au sein du groupe promoteur du projet

Types d'usagers	Types de déplacement	Exemples de situations
Usagers des transports en commun	Transitions entre modes de transports dans les espaces intérieurs du système AMT-SMT	Prendre le train à partir du métro Descendre du train pour prendre le métro
Usagers des transports en commun	Transitions entre modes de transports nécessitant d'entrer ou sortir de l'édicule	Transiter entre le bus et le métro. Transiter entre le bus et le train. Venir à pied et prendre le train ou le métro Sortir de la station et partir à pied dans le voisinage Sortir de la station et prendre le bus
Patients de l'hôpital ou accompagnateurs Salariés	Aller (ou revenir de l'hôpital) en utilisant le train ou le	Venir ou repartir de l'hôpital pour des soins, accompagner ou visiter un proche

Types d'usagers	Types de déplacement	Exemples de situations
Visiteurs, bénévoles	métro ainsi que la liaison piétonnière	Venir ou repartir de l'hôpital pour travailler ou faire du bénévolat
Salariés Patients de l'hôpital ou accompagnateurs Visiteurs, bénévoles	Aller ou revenir de l'hôpital depuis le voisinage en utilisant la liaison piétonnière	Venir sur le site de l'hôpital ou en sortir à partir du voisinage au Nord-Ouest du site (en pied ou par autobus) et emprunter la liaison
Salariés Patients de l'hôpital ou accompagnateurs	Faire des allers-retours en utilisant la liaison piétonnière pour des activités en lien avec des soins	Transiter par la liaison entre le site Glen et les bâtisses de l'hôpital de l'autre côté des rails

Certains usagers vont commuter entre les transports de la STM et l'AMT et poursuivre leurs voyages sans aller à l'hôpital. L'accessibilité universelle de cette correspondance était jugée un des atouts les plus intéressants du projet par un représentant d'usagers aînés puisqu'il allait permettre, au-delà de la problématique de l'accès à l'hôpital en tant que telle, de faciliter les déplacements d'une multitude d'usagers utilisant les réseaux de transport en commun à Montréal.

« C'est sûr que c'est une station super importante à cause de l'intermodalité. Ce serait une des choses à privilégier, même plus que le CUSM, au train. Les gens qui utilisent le transport en commun, ils l'utilisent beaucoup, soit pour aller travailler là, soit ils vont aller se déplacer pour leur emploi [...] Je trouve que ce qui serait primordial c'est métro et train. Après cela, pour les gens à Montréal, en général, qui n'ont pas à fréquenter le CUSM, au-delà de ce projet, c'est une station intermodale importante à connecter et déjà on a de la difficulté au niveau des trains de banlieue, de l'accessibilité, mais si on commence pas par des projets structurants comme cela... » (C3).

La création des nouvelles infrastructures universellement accessibles est perçue comme une ressource supplémentaire pour tout usager ayant des difficultés de mobilité et souhaitant réaliser des activités sociales (travailler, faire ses courses, aller au cinéma, participer à des activités de consultation, etc.).

D'autres usagers vont utiliser la station Vendôme comme porte d'entrée (ou de sortie) de l'hôpital, sans doute en majorité pour recevoir des soins, visiter ou accompagner des proches. D'autres encore pourraient transiter entre les bâtiments principaux de l'hôpital situés au sud des rails du Canadian Pacific (CP) et les deux bâtiments situés au nord des rails du CP afin de réaliser des activités de soins ou de recevoir des soins.

En termes d'environnement, le projet semble toutefois assimiler la liaison à un « boyau » allant d'un point A (autour de la station, à l'intérieur de l'édicule) à un point B (l'entrée de l'hôpital). Les discussions auxquelles il a été possible d'assister montrent une réflexion centrée sur le tunnel et l'édicule, peu sur l'arrivée ou le départ dans l'hôpital et la continuité avec les déplacements et les activités à l'intérieur même de l'hôpital ou dans le voisinage de l'édicule.

Les discussions portant sur l'arrivée du tunnel au niveau de l'hôpital ont été abordées d'un point de vue technique et normatif : la longueur et la forme du tunnel devant permettre le respect des pentes dans le tunnel en termes de normes d'accessibilité universelle. Pourtant, le niveau d'arrivée du tunnel à l'hôpital a aussi d'autres impacts sur ceux qui l'empruntent : une arrivée au sous-sol ou dans les étages supérieurs notamment peut, du point de vue de l'expérience des usagers, apporter des éléments de convivialité différents lors du déplacement mais aussi rendre plus ou moins facile l'orientation une fois dans l'hôpital, dépendamment des équipements, de la signalétique et de l'accueil en place à l'arrivée.

« [A propos d'éléments pouvant faciliter l'utilisation de la liaison par des personnes âgées]. Que c'est un accès universel, qu'il n'y ait pas d'escalier, qu'il y ait soit des rampes soit des ascenseurs pour permettre des gens de niveaux de mobilité différents de se rendre facilement à l'hôpital. Qu'il y ait un kiosque de renseignement, avec un bénévole ou des gens qui puissent diriger rapidement. Et encore une fois qu'il y ait des chaises tout près, des chaises roulantes pour ceux en ayant besoin, un bon repérage à l'intérieur de l'hôpital pour diriger les gens vers leur destination » (A4).

9.1.2 Les aînés sont-ils visés par le projet ?

Un premier constat est que les visions portées par chacun des trois promoteurs du projet présentent des différences mais surtout une grande similitude, à savoir que les aînés sont principalement évoqués au travers de leurs difficultés ou de leurs limitations fonctionnelles. Le tableau XXIX récapitule ces différentes figures d'aînés véhiculées.

Tableau XXIX. Figures d'aînés véhiculées par les membres du groupe promoteur du projet

Membres du groupe promoteur	Figures d'aînés
AMT	Usagers des transports en commun <ul style="list-style-type: none"> - 75 ans et plus - Avec des problèmes de mobilité - Retraités
STM	Usagers des transports en commun <ul style="list-style-type: none"> - Avec des problèmes de mobilité et fatigable - Actifs, sans problèmes particuliers
CUSM	Automobilistes ou venant accompagnés <ul style="list-style-type: none"> - Aînés-patients fragiles, clientèle « lourde » avec un vieillissement pathologique Usagers des transports en commun <ul style="list-style-type: none"> - Aînés visiteurs ou bénévoles - Aînés-patients plus mobiles et moins malades

La clientèle âgée ne semble pas visée par l'AMT dans le projet. Le vieillissement serait perçu comme un « effet de mode » et est peu présent dans les préoccupations au quotidien. Il reste du ressort des personnes en charge de l'accessibilité universelle.

« [On parle du vieillissement de la population dans les supports de vos politiques finalement, est ce que c'est un thème particulier les usagers vieillissants auquel vous réfléchissez ?] C'est un thème qui était à la mode il y a dix ans, cinq ans. On nous prédit le vieillissement de la population. Il y avait le mot écologie qui est passé de mode, il y a des modes. Cela aurait pu être n'importe quoi d'autre. Je ne sais pas si on réfléchit spécialement à la vieillesse. Pour ces questions-là, la personne qui s'occupe de l'accessibilité universelle serait utile. Ce n'est pas moi. Je peux lire les documents mais je ne suis pas impliqué. Nous, dans ce qu'on fait au quotidien dans la planification, je peux dire que cela ne joue pas » (A10).

Il est toutefois possible de repérer deux figures d'utilisateur aîné dans le discours. D'une part le terme « aîné » renvoie à l'image d'une personne de 75 ans et plus, c'est-à-dire, statistiquement, comme une personne appartenant à une catégorie d'aînés qui commence à développer plus de problèmes de santé et qui ne travaille plus. Selon cet interlocuteur, ce type de personne n'est que peu amené à utiliser des trains de banlieue. L'utilisateur aîné qui serait amené toutefois à utiliser les trains est alors assimilé à une personne à mobilité réduite, catégorie d'utilisateurs elle-même peu centrale en termes de clientèle.

« On ne fait pas une réflexion spéciale sur la vieillesse, ce qu'on voit c'est qu'on a des usagers qui ont besoin de mobilité assistée. Quand on achète des véhicules cela doit être pris en compte en général mais ce sont des besoins spécifiques pour les gens de 75 ans et plus... quand on fait l'aménagement d'une gare, d'une station, on se préoccupe de la facilité d'accès en général, les trottoirs dégagés... mais je ne sais pas s'il y a des éléments spéciaux pour la vieillesse. Mais c'est une infime partie de notre clientèle les gens qui 1) ont de la difficulté à se déplacer et 2) qui ont 75 ans et plus. Peut-être que c'est un biais parce qu'on a, on est opérateurs de trains de banlieue et que c'est une certaine clientèle particulière qui est différente de celle qui prend l'autobus ici en bas » (A10).

L'AMT est centrée sur la pendularité de la fréquentation des trains qui répondent (en partie) aux besoins des travailleurs mais qui, ne répondant pas aux besoins des aînés, seraient probablement peu utilisés par ces derniers quoi qu'il en soit.

« Non mais concrètement moi quand je développe une ligne de train ou de bus, je ne vais pas penser aux 75 ans et plus » (A10).

Au niveau du projet Vendôme, ce discours est cohérent avec la situation qui prévaut sur la ligne Vaudreuil-Hudson qui est celle desservant la station Vendôme. En effet, cette ligne ne possédant aucune station universellement accessible au moment de l'étude de faisabilité, les personnes à mobilité réduite, auxquelles sont assimilés les aînés, ne pourraient pas venir grossir les rangs des usagers. Ce discours contraste cependant avec la vulnérabilité présumée des usagers amenés à se rendre à l'hôpital en transport en commun, justification de la nouvelle liaison.

« On dit que la passerelle [prévue au PPP] n'est pas acceptable parce qu'on considère certaines catégories d'usagers. Cela a directement influencé le cheminement du projet. Donc on veut un lien qui soit avec des pentes douces, avec des ascenseurs et aussi des escaliers. [...] C'est un hôpital, donc des usagers qui ont de la difficulté à se déplacer » (A10).

Du côté de la STM, les aînés ne sont pas spécifiquement visés par le projet non plus. La clientèle d'usagers aînés serait d'ores et déjà prise en compte dans ses démarches d'accessibilité universelle qui ont abouti au développement de normes et de critères de conception répondant du mieux possible à une diversité d'usagers. Peu importe la nouvelle clientèle en lien avec le CUSM, la conception doit permettre au plus grand nombre d'utiliser les installations.

« Quand on regarde l'accessibilité, ce n'est pas limité aux personnes âgées : c'est l'accessibilité. Elle touche tout le monde. Pour nous c'est vraiment l'accessibilité universelle, c'est tous les handicaps. Ce n'est même pas seulement les handicaps parce qu'on considère les parents avec les poussettes, c'est n'importe qui justement qui a besoin d'utiliser des installations qui offrent de l'assistance » (A5).

Les interlocuteurs de la recherche nomment cependant certaines ressources spécifiques aux aînés et développées suite aux démarches d'accessibilité universelle. Là encore, les besoins des

usagers âgés sont envisagés en lien avec leurs limitations fonctionnelles ou leur moindre résistance physique.

« Dans nos normes et critères de conception, il y a un chapitre qui touche l'accessibilité universelle, et il est recommandé des appuis ischiatiques dans les tunnels [pour les âgés qui se fatiguent] » (A6).

Les âgés « en bonne santé » ne sont pas représentés dans les processus de conception, il n'y a donc pas de préoccupation pour cette partie de la population d'âgés dont les besoins se fondent dans ceux de la population générale.

« Quand on rencontre le milieu associatif, les représentants sont dans le même groupe [que les représentants des personnes avec limitations fonctionnelles], mais, par contre, il y a plein d'âgés en super bonne santé mais eux ne sont pas représentés. [...] » (A5).

De même, des spécificités éventuelles d'âgés qui seraient amenés à fréquenter l'hôpital comme patients (par exemple en lien avec les horaires de consultation ne permettant pas toujours de voyager hors période de pointe) ne sont pas évoquées au stade de l'étude de faisabilité.

Enfin, il semble que, du côté du CUSM, il y ait peu d'attentes à l'égard de la liaison Vendôme quant à son usage par des âgés essentiellement envisagés comme des patients fragiles, peu propices à prendre les transports en commun. Les professionnels de l'hôpital en lien avec la démarche « hôpital ami des âgés » considèrent un usage prépondérant de la voiture pour ces âgés, plutôt en tant que passager. Cette façon de voir reflète la démarche AAPA. En effet, le MSSS considère uniquement les arrivées et départs motorisés des patients ou de leurs accompagnants dans ses préconisations en lien avec l'aménagement de l'environnement extérieur sous la responsabilité des hôpitaux. Les âgés qui éventuellement arriveraient en transport en commun seraient « moins malades et plus mobiles ».

« [A propos des âgés] Les gens viennent souvent en taxi, les membres de la famille les amènent en voiture, ils viennent avec des bénévoles et des services d'accompagnement. Une partie prend aussi le transport en commun qui sont des gens qui sont moins malades et plus mobiles. Certains viennent aussi par leur propre voiture » (A4).

L'usage des transports en commun par les âgés est aussi envisagé comme possible pour certains âgés-visiteurs qui utiliseront probablement la liaison Vendôme pour se rendre à l'hôpital :

« Même à cela [le vieillissement des visiteurs dans l'avenir], on pense qu'il y en a une bonne partie qui va prendre les transports en commun. Il y a juste la clientèle lourde et là on ne pense pas qu'on peut renverser [la non utilisation des transports en commun] » (A2).

Au final, cet usage des visiteurs âgés est peu documenté. Selon les dernières estimations, quelques 12 500 personnes vont fréquenter quotidiennement le site Glen. Ces usagers sont répartis selon le motif de leur déplacement : travailleurs, patients et accompagnateurs et visiteurs. L'âge, le genre et le niveau de mobilité de ces différents usagers ne sont cependant pas évoqués⁹¹.

9.1.3 Les principales activités envisagées pour les âgés influencent-elles la conception ?

Le second constat est que le vieillissement n'est pas une problématique discutée dans le cadre du processus de conception au stade de l'étude de faisabilité. Elle serait à prendre éventuellement en considération plus tardivement dans le processus, lorsque la conception abordera des points de détail.

Les préoccupations envers les déplacements des âgés en tant que tels apparaissent au détour d'une question, lorsqu'il est question des évacuations des usagers en cas d'incendie. Ainsi le choix a été fait, dans les différentes phases de design, de privilégier un escalier plus large pour faciliter les évacuations, plutôt que des escaliers roulants peu pratiques et des escaliers plus étroits.

« A cause du fait que nous sommes serrés dans l'espace, on a décidé de les enlever et de mettre des escaliers les plus larges possibles pour améliorer la sécurité. Et on s'était dit qu'on avait déjà des ascenseurs. Quand les escaliers sont arrêtés, des fois dans le cadre d'une urgence, les gens doivent marcher, pour une vieille personne les marches sont hautes » (A7).

Les entrevues réalisées lors la recherche semblent aussi avoir soulevé l'intérêt de certains participants au projet qui ont évoqué en rencontre de coordination, suite à l'entrevue, la possibilité d'aménager une pergola à l'entrée de l'édicule pour éviter l'éblouissement des âgés et limiter les risques d'être victimes d'actes criminels. Cette option évoquée oralement n'a toutefois pas été consignée ni reprise dans le design de l'édicule au stade de l'étude de faisabilité.

« - Il y a eu des discussions dans une rencontre de coordination relativement à la sécurité et aussi par rapport à l'éclairage. On a parlé des personnes âgées et on disait qu'en fonction du contraste on pouvait

⁹¹ Je n'ai pas réussi à savoir, si tant est qu'une telle information existe, quelle serait la proportion attendue d'âgés qui utiliseraient le transport en commun pour venir à l'hôpital, et plus particulièrement par la liaison Vendôme.

avoir des éblouissements. Ou lorsque l'on est dedans et que l'on sort, on est ébloui, on peut être attaqué. Est-ce que cela influence le design à ce stade ?

- Je sais pas s'ils ont fait quelque chose mais on n'a pas amené [en architecture], on n'a pas élaboré jusque-là. Ici on a une marquise, cela peut être considéré comme une zone de transition. [...] non [la décision d'une marquise n'était pas fonction des points amenés en rencontre], c'était plus architectural, esthétique. Je me souviens que cela avait été soulevé ce point-là » (A7).

Au-delà de ces deux points très spécifiques abordant des enjeux de sécurité (sécurité physique et criminalité) et de développement de zone de transition pour éviter les éblouissements, il n'y a pas eu dans le projet de discussion portant sur les environnements qui seraient à développer pour un usage de l'édicule et du tunnel par les aînés. Tout au plus ces usages sont identifiés comme étant « couverts » par l'accessibilité universelle, sans que ce terme ait été toutefois défini entre les membres.

Alors que les aînés sont perçus comme des personnes à mobilité réduite, certaines spécificités mises de l'avant dans le système vulnérabilité ne sont toutefois pas abordées. Ainsi, il a été précédemment vu dans ce système, que des activités au cours du déplacement étaient identifiées, en lien avec des capacités physiologiques des usagers aînés vulnérables, telles que se reposer, s'asseoir ou aller aux toilettes. Or de telles activités ne sont pas favorisées ici.

Lorsqu'il est question de la liaison entre l'hôpital et la station de métro, l'étude de circulation réalisée en 2011 pour le CUSM, précise à deux reprises que les liens devront être « efficaces » et permettre d'atteindre la destination « rapidement » afin qu'ils soient utilisés par les employés. C'est donc clairement la vitesse des déplacements qui est valorisée pour les salariés de l'hôpital. Bien que ce critère d'efficacité ne soit pas défini, il semble évident que la réflexion s'est faite en termes de flux d'usagers et de fluidité des déplacements, et non en termes de « convivialité des accès » comme souhaité dans le rapport final de l'OCPM en 2013 (OCPM, 2013b).

Cette efficacité des déplacements est-elle compatible avec son usage par des aînés ou des personnes ayant des limitations de mobilité, par exemple avec des aménagements qui permettraient à ces personnes de faire des pauses le long du déplacement comme cela était évoqué dans le système vulnérabilité ? Les données recueillies montrent que des solutions qui consisteraient à proposer des zones de repli dans le tunnel pour les personnes souhaitant se reposer ont été écartées pour des raisons techniques de largeur et de sécurité : il n'est pas souhaité que les gens s'arrêtent dans le tunnel. Des solutions qui consisteraient à fournir des

aides mécaniques pour le déplacement dans le tunnel n'ont pas été considérées non plus. C'est pourtant là une solution mise de l'avant spontanément par des répondants ayant participé au développement de la démarche AAPA.

« S'assurer qu'il y a des gens, que ce n'est pas un espace qui n'est pas abandonné la nuit ou le soir. Qu'il y ait des bancs pour que les gens puissent s'asseoir, des rails pour le déplacement » (C8).

Par ailleurs, des toilettes publiques visibles et faciles d'accès sont requises par beaucoup d'aînés (Organisation Mondiale de la Santé, 2007; Ormerod *et al.*, 2015) et ont été mentionnées dans les ressources de l'environnement dans le système vulnérabilité ; or, cet usage n'a pas été envisagé lors de la conception de l'édicule et du tunnel. L'intégration de toilettes publiques dans les métros est toutefois à l'étude à la STM et il resterait possiblement de la place dans l'édicule pour envisager en placer une. Le besoin, au moment des entrevues, n'avait toutefois pas été identifié. Faciliter le repérage de telles toilettes aux abords de l'édicule (espaces publics extérieurs ou hospitaliers) n'a pas non plus été considéré dans le cadre du projet.

« Je pense qu'il y a un projet qui regarde cela l'installation de toilettes dans le métro, que l'idée serait de l'avoir dans une zone contrôlée pour y accéder. Mais on n'intègre pas le besoin ici. Ici il y a des toilettes pour l'échangeur, générales pour les salariés. Mais ce n'est pas des toilettes publiques. Il n'y a pas l'idée d'avoir une toilette publique. Ici il y a de la place qui sert à rien (dans la zone A). Leur programme de besoins cela vient d'eux [l'hôpital]. S'ils ont des besoins pour les toilettes, il faut que cela vienne d'eux » (A7).

Enfin, plusieurs interlocuteurs spécialisés en vieillissement ou accessibilité universelle, mentionnent des enjeux d'orientation pour que les usagers, et plus particulièrement les aînés, puissent se repérer facilement lors de leur parcours. En complément d'une bonne signalétique, la présence de lumière naturelle apparaît souhaitable pour plusieurs, dans l'édicule et même au niveau du tunnel pour faciliter l'orientation spatiale.

« [les points majeurs en termes d'environnement pour la liaison Vendôme] Ce serait des points de repères très clairs, une signalétique très claire, et non seulement en termes d'affichage mais aussi la façon dont c'est conçu qui amène intuitivement les gens vers l'hôpital, un bon éclairage, encore mieux si c'est un éclairage naturel qui donne des vues à l'extérieur et qui immédiatement aide à orienter les gens » (C8).

On sait que la présence de lumière naturelle et de repères sous la forme de nœuds signifiants sont des facteurs majeurs pour la bonne orientation et le sentiment de sécurité (Arthur et Passini, 1992; Lynch, 1999), même (et surtout) dans un environnement souterrain (Durmisevic et Sariyildiz, 2001). Or, de telles dispositions doivent être prévues dès le début de la conception

pour être intégrées, y compris dans les coûts. Le risque est donc de ne pas pouvoir faire d'ajustements a posteriori, même s'ils s'avèrent nécessaires.

« En général ce genre de choses [l'intégration de la lumière naturelle] devrait être fait au niveau de la faisabilité. Ce sont des contraintes du projet, c'est des préférences du projet, car cela affecte le coût. Cela a un coût, alors si on a déjà du financement et que ces problèmes viennent après...si ce n'est pas plus cher, ce n'est pas un problème. Si cela devient plus cher, cela devient difficile de trouver du financement » (C1).

Ce dernier point rejoint la représentation de divers professionnels interviewés lors de l'étude, à savoir que les spécificités éventuelles des aînés impactent peu la conception de la liaison Vendôme si ce n'est, en tant que possibles usagers à mobilité réduite, via la présence de dispositifs particuliers comme les ascenseurs. Les spécificités n'auraient pas d'impact sur la forme choisie alors que c'est le cas en ce qui concerne les contraintes techniques du projet.

Ceci ne veut pas dire que la problématique ne sera jamais abordée au cours des phases suivantes de conception. Lors des entrevues, certains dispositifs qui permettraient aux aînés, ou à toute personne le désirant, de planifier son trajet de retour ont été évoqués et discutés avec intérêt.

« [A propos des aînés fréquentant l'hôpital et voulant repartir : Est-ce que cette population aura un moyen dans l'hôpital pour savoir comment fonctionne le train ou le métro ou est ce qu'elle va faire tout le trajet pour arriver jusqu'au métro et découvrir qu'il y a un problème par exemple, ce qu'elle aurait pu anticiper ? Et cela suppose d'avoir un système dans l'hôpital qui donne en temps réel une information pertinente]. Je pense que c'est un élément qui vaut la peine d'être regardé, évalué, étudié. Je pense que la conception de l'hôpital se prête bien à son intégration avec le transport en commun » (A2).

Mais cette prise en compte se manifesterait surtout dans des phases suivantes, lors des études détaillées, qui viendraient alors intégrer des éléments plutôt en lien avec la signalétique ou le design d'intérieur.

« [Par rapport à la décision de faire une marquise à l'entrée de l'édicule] Ce sont des affaires qui vont être regardées mais qui vont plus être en détail, lors de l'élaboration » (A7).

Le même constat peut être porté relativement à l'intégration des principes d'aménagement de l'hôpital ami des aînés à la liaison Vendôme. Les professionnels interrogés sont confiants dans le fait que ces principes seront discutés puis appliqués sur le tronçon du projet dont le CUSM est responsable, une fois que l'accord financier aura été donné au projet.

« – Qu'est ce qui fait que ces principes-là sont intégrés plutôt en amont ou plutôt plus tard ?

Ce serait plus tard parce que ce sont des détails. La grosse bataille c'est d'arriver avec tout le monde autour de la table et d'arriver à un consensus par rapport à un financement et à répondre aux défis techniques et légaux. Le design c'est des détails pour nous et cela s'insère là où il y a un projet défini, des fonds libérés.

On est plutôt dans les détails, pas dans des choses structurantes. Il y aura une insertion quand on saura si le projet est financé » (A4).

Se retrouvent donc ici, à la fois une représentation que la prise en compte des besoins des aînés n'affecte que peu le design et un certain pragmatisme visant à ne pas dépenser des ressources humaines et du temps pour un projet risquant de ne pas aboutir.

9.1.4 La participation des usagers, notamment des aînés, au processus de projet est faible

Compte tenu des démarches de participation sectorielles des usagers-travailleurs du CUSM et des usagers-clients de la STM qui seront évoquées par la suite, une hypothèse était qu'une participation significative des usagers ou leurs représentants serait observée durant l'étude de faisabilité. Or, il n'y a eu aucune structure de participation dans ce sens dédiée spécifiquement au projet Vendôme. L'influence des usagers peut, dans le cas de la STM, se manifester parfois indirectement via l'utilisation de normes résultant de démarches participatives antérieures, d'analyses post occupationnelles de stations existantes ou des validations d'intervenants lors de revues de concepts qui ont été réalisées à plusieurs reprises au démarrage de l'étude de faisabilité.

« [On utilise pour faire nos concepts] le *feed back* des intervenants au niveau des revues du concept, les stations plus efficaces que d'autres. On a les plans des stations qu'on peut regarder. Par exemple, les trois stations à Laval sont nouvelles, donc on regarde ce qu'ils ont fait car c'est la nouvelle construction. Ce qui marche ou pas. Et des discussions avec d'autres architectes aussi. [...] Nous ici on a les normes et critères et on a déjà une section sur l'accessibilité. Comment faire les escaliers, comment faire les rampes, la signalétique. C'est tout documenté et c'est conforme à l'accessibilité universelle. Là, l'aménagement de l'édicule est plutôt figé, cela répond au besoin. Mais avant d'arriver à cela, il y a beaucoup de revues de concept, de boucles » (A7, propos recueilli en 2012).

Les revues de concepts comprennent plusieurs intervenants, dont des personnes en charge de l'entretien, des incendies et de l'exploitation, ainsi que des représentants internes en accessibilité universelle qui travaillent régulièrement avec des représentants d'usagers en situation de handicap.

« On a des chefs de section d'exploitation, des ingénieurs. Des gens responsables de la fluidité dans le métro. Ils ont les décomptes des gens qui utilisent chaque station. Ils vont dire, on a besoin de trente tourniquets. Et aussi, ils sont responsables des changeurs qui vendent les billets [...]. La personne responsable de l'entretien de l'édicule. Il va dire j'ai besoin d'une conciergerie pour tant d'espace avec une salle de déchets pour pouvoir sortir, je veux qu'elle soit située ici pour que cela soit pratique. [...] Il y a les gens d'accessibilité universelle, surtout dans le cas d'un édicule où on veut ajouter des ascenseurs, ils vont donner leur avis sur l'emplacement » (A7, propos recueilli en 2012).

Durant le temps de l'étude doctorale, entre septembre 2012 et décembre 2013, il ne semble toutefois pas qu'il y ait eu de telles revues de concept, mais les représentants en accessibilité universelle ont toutefois été sollicités sur l'emplacement des ascenseurs dans la station avant le démarrage de l'étude. Une présentation aux représentants des usagers a été faite, sans qu'il soit toutefois possible d'y assister, et sans qu'il y ait eu de simulations effectuées sur les plans.

« Il me semble que j'ai déjà travaillé sur les concepts environnementaux sur Vendôme. Je me rappelle pour placer l'ascenseur dans l'édicule actuel, on avait été sollicités. [...]. Il y a eu une rencontre avec les représentants associatifs en décembre 2012, le dossier leur a été présenté. C'est à ce moment-là qu'on a expliqué les difficultés techniques, l'importance de construire un autre édicule, etc. L'importance, aussi le fait que la STM ne pouvait pas avancer seule dans ce dossier » (A9).

Pour certains membres du groupe promoteur, la participation des usagers s'est manifestée en amont du projet – lors du choix du pré-concept technique et lors des collaborations entre la STM et les représentants d'usagers – ou encore elle se fera lorsque le financement du projet sera assuré. Mais à ce moment-là, les grandes orientations de conception auront déjà été prises comme le dit un des verbatim ci-dessus. Les marges de manœuvre pour tout changement seront sans doute réduites.

Le processus de conception est donc plutôt fermé sur lui-même puisque le contact avec les citoyens ou les groupes communautaires prend principalement la forme de séances d'information. Par ailleurs, lorsque des processus de validation ou des présentations ont lieu, par exemple via la STM aux représentants d'usagers, elles concernent uniquement l'édicule et non pas la vision du potentiel du projet ou de l'ensemble des enjeux en lien avec l'accès à un hôpital d'envergure.

9.1.5 Des représentations principalement « vulnérabilisantes » au sein du groupe promoteur

Les grandes caractéristiques évoquées précédemment permettent de rattacher les représentations au système vulnérabilité, bien qu'elles empruntent certaines caractéristiques au système fragilité.

Les aînés ne sont pas centraux dans la réflexion, mais lorsqu'ils apparaissent, ils sont la plupart du temps assimilés à des personnes à mobilité réduite ou avec des difficultés fonctionnelles dues au vieillissement (fatigue, propension à être ébloui). C'est la figure de l'utilisateur qui est

prépondérante pour la STM et l'AMT et celle du patient pour le CUSM, patient qui apparaît toutefois peu susceptible d'emprunter la liaison. S'il le fait, c'est qu'il aura les capacités de le faire, qu'il sera « moins malade ».

Pourtant, comme évoqué dans le chapitre sept, certains aînés peuvent être captifs des transports en commun pour venir se faire soigner à l'hôpital. C'est un sujet qui n'a pas été abordé alors que certaines caractéristiques de ces aînés (une fatigue ou une désorientation accrue par exemple), pas « assez malades » pour utiliser une ambulance ou un transport adapté, mais pas assez entourés ou trop pauvres pour se payer le stationnement, auraient peut-être mérité de l'être.

Certaines figures absentes des systèmes fragilité et vulnérabilité sont absentes ici aussi. Si les concepteurs pensent aîné, ils ne pensent pas « travailleur » et vice-versa. Si le terme « d'actif » est évoqué, il semble rattaché à une perception d'aîné en bonne santé et non pas à un aîné qui pourrait avoir des difficultés de mobilité mais être actif socialement. Comme dans le système vulnérabilité, l'aîné qui utilise les transports en commun apparaît seul : s'il est accompagné, c'est qu'il vient en voiture. Il apparaît aussi sans genre, comme dans les représentations du système fragilité.

Concernant les activités, c'est le déplacement qui est prépondérant, mais dans une optique de flux qui semble peu attentive aux spécificités physiologiques des usagers aînés « vulnérables ». Quant à l'accessibilité universelle, elle est associée dans le discours et les réflexions des participants à l'accessibilité physique essentiellement, dans laquelle il est question de pentes, de dégagements, de respects de normes et, à la marge à ce stade, à la signalétique en ce qui concerne la STM. Il s'agit donc plutôt d'une conception universelle, centrée sur l'accessibilité physique aux infrastructures, et qui semble faire peu de place aux éléments d'utilisabilité.

Par ailleurs, les aînés ou leurs représentants n'ont pas de place attitrée dans ce processus de conception. La figure du citoyen, présente dans le système vulnérabilité, est absente ici comme dans le système fragilité. Cependant, les entrevues avec des professionnels porteurs de préoccupations en vieillissement ont montré que des représentants d'usagers aînés ainsi que des aînés participaient à des simulations avec la STM. Même si dans ce projet la présence des usagers ou de leurs représentants est peu palpable, elle se manifeste indirectement dans la cristallisation de certains dispositifs dans les normes internes de la STM.

Il est donc possible de dire ici qu'à la figure de l'usager-aîné se superpose la figure du citoyen tout comme dans le système vulnérabilité en ce qui concerne la STM. Par contre, du côté du CUSM et de l'AMT, de tels dispositifs ne se retrouvent pas dans le projet. C'est donc plutôt un usager aîné qui, s'il est « pensé », n'interviendra pas lui-même dans le processus de conception. En ce sens, il se rapproche de l'aîné fragile évoqué précédemment qui n'est pas sollicité pour connaître directement son avis.

Les représentations s'apparentent ainsi ici à un sous-système appauvri du système vulnérabilité.

9.2 La politique Vieillir et vivre ensemble est peu favorable à la prise en compte du « réflexe aîné » dans le projet

Malgré la préoccupation de la politique « Vieillir et vivre ensemble » envers une meilleure prise en compte des aînés dans les différentes démarches ministérielles, elle ne favorise pas la collaboration entre les organismes promoteurs du projet Vendôme et n'incite pas à la participation des aînés dans les projets relevant de leurs domaines d'activité. Elle est aussi porteuse de représentations des aînés similaires à celles véhiculées dans le projet Vendôme par les trois promoteurs du projet.

Entre 2009, date du début des études de préféabilité pour le projet Vendôme et 2014, date à laquelle les membres du groupe promoteur du projet ont déposé leur projet au gouvernement, la préoccupation envers le vieillissement de la population s'est renforcée au Québec. Elle s'est traduite notamment par la mise en œuvre d'une politique gouvernementale « Vieillir et vivre ensemble » en 2012. Cette politique démontre une préoccupation grandissante envers les aînés au Québec, avec une attention envers les services à disposition des aînés et l'innovation, la diversité des aînés et le développement du pouvoir d'agir des aînés et de leurs communautés pour s'adapter à leurs besoins.

Elle est placée sous la responsabilité conjointe du ministère responsable des Aînés et du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Dix-huit ministères et organismes ont collaboré à sa réalisation, notamment les deux ministères (santé et transport) dont dépendent les organisations du groupe promoteur du projet. Elle vient influencer les ministères dont dépendent les trois organisations du groupe promoteur du projet (STM, AMT et CUSM). Au travers de

leurs ministères respectifs, cette politique affecte donc les domaines d'activités des organisations membres du groupe promoteur du projet (figure 14).

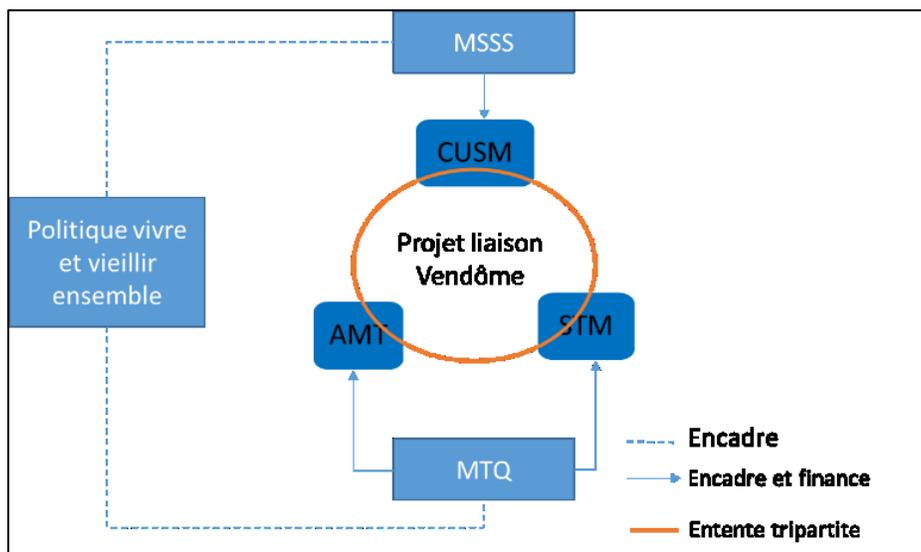


Figure 14. Lien entre la politique québécoise Vivre et vieillir ensemble et les ministères dont dépendent les membres du groupe promoteur

Par ailleurs, le plan d'action de la politique identifie plusieurs actions à développer ou à continuer, notamment dans les transports, le milieu hospitalier et les espaces publics, en lien avec les trois orientations de la politique (Tableau XXX). Il précise le rôle des différents ministères impliqués dans les choix stratégiques du gouvernement et les actions à réaliser pour répondre à ces choix. Chacune des actions est sous la responsabilité de ministères ou d'organismes gouvernementaux spécifiques, mais se met en place dans le cadre de partenariats. Le tableau XXX récapitule le nombre d'actions mentionnées dans le programme, ainsi que celles sous la responsabilité du MTQ ou du MSSS.

Tableau XXX. Orientations stratégiques de la politique *Vieillir et vivre ensemble*

Orientations stratégiques	Choix stratégiques (N)	Actions (N)	Actions sous la responsabilité du MTQ ou du MSSS
1 Vieillir et vivre ensemble : c'est participer dans sa communauté.	3	13	Action sous la responsabilité du MSSS ou du MTQ : 0 Responsabilités portées majoritairement par le ministère de la famille et des aînés
2 Vieillir et vivre ensemble : c'est vivre en santé dans sa communauté.	3	24	Sous la responsabilité du MSSS : 22 Sous la responsabilité du MTQ : 0 Actions en partenariat MSSS\ MTQ : 1
3. Vieillir et vivre ensemble : c'est créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants dans sa communauté	7	37	Sous la responsabilité du MSSS : 5 En partenariat avec le MSSS : 10 Sous la responsabilité du MTQ : 4 dont 3 en lien avec le transport collectif Actions en partenariat MSSS\MTQ : 0

Le rôle du MSSS est, en lien avec son domaine d'activité, particulièrement important au sein de l'orientation 2 qui vise le maintien de l'autonomie des aînés chez eux et dans leur communauté et la limitation du déclin de leur santé. Les leviers d'actions pour atteindre ces cibles se situent essentiellement au niveau des pratiques professionnelles à faire évoluer pour mieux répondre aux attentes des aînés, aux services (notamment de proximité et à domicile) et, à la marge, au niveau de leur environnement physique (évoqué dans deux actions sur les vingt-quatre de l'orientation 2). Ces actions incluent, dans le domaine hospitalier, la démarche adaptée à la personne âgée développée depuis 2010, soit avant la mise en place de cette politique. La politique dans ce cas fait la promotion d'une action préexistante.

Le MTQ joue un rôle moindre : quatre actions sont sous sa responsabilité, dans le cadre de l'orientation 3 du plan stratégique. Sur ces quatre actions, trois portent sur le transport en commun et visent l'amélioration des services de transport en commun ainsi que l'accessibilité à ces services, ce qui est considéré comme un « défi » dans le cadre de la politique.

« Offrir des solutions alternatives, des environnements sécuritaires et adaptés aux personnes aînées dans le domaine du transport est un défi » (MFA et MSSS, 2012, p. 158).

Pour répondre à ce défi, le gouvernement souhaite donc, entre autres, influencer les plans régionaux de transport et les **plans de développement** des autorités de transport, dont la STM et l'AMT.

Dans le cas de la STM et de l'AMT, aucune obligation réglementaire préalable à la politique québécoise *Vieillir et vivre ensemble* de 2012 n'impose une prise en compte des besoins particuliers des populations vieillissantes dans les politiques de transport ou les plans de développement. Le plan de développement de l'AMT ayant été adopté en 2011, c'est donc le nouveau plan de développement (2016-2021) déposé en mars 2016 qui doit s'assurer de cet arrimage. Il n'est toutefois pas mention de cette politique dans le document. Quant au plan de développement de la STM (2012-2020) il a été déposé lui-même en 2012, mais il n'y est pas fait mention non plus de cette politique. Par ailleurs, aucun des interlocuteurs n'a mentionné cette politique lors des entrevues qui se sont déroulées à partir de 2013.

Son influence ne semble pas s'étendre directement aux organisations du groupe promoteur, ni au projet Vendôme qui réunit les trois organisations, étant donné notamment qu'elle a été développée trois ans après que le projet ait démarré et sept ans après le début de la collaboration entre la STM, l'AMT et le CUSM.

La politique met aussi de l'avant la **nécessaire concertation des acteurs** pour « faire face au défi démographique » et la nécessité d'une « vision partagée » de ces derniers. Cependant, malgré l'ensemble des actions proposées par cette politique, le MSSS et le MTQ sont interpellés, dans la majorité des cas, sur des actions qui ne se recoupent pas⁹².

Cette politique ne favorise pas la collaboration entre le MTQ et le MSSS alors que la collaboration interministérielle et intersectorielle est présentée comme un facteur clé dans le cadre de la prise en compte par la société du vieillissement de la population. La collaboration

⁹² Le MSSS est responsable de plusieurs actions, mais collabore avec le MTQ pour une d'entre elles seulement qui s'appuie sur le renouvellement du « Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir » pour la période 2013-2017. Dans le cadre de ce renouvellement les différentes instances impliquées « devront soutenir les milieux de travail, communautaire et municipal, en complément du programme Municipalité amie des aînés, dans la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie (alimentation, activité physique) », sachant que la MTQ n'est que l'un des nombreux partenaires dans le cadre de l'action (choix stratégique 2.1).

de la STM, de l'AMT et du CUSM est donc une véritable « première » pour un projet d'une grande ampleur, qui ne prend pas sa source dans une obligation réglementaire ou politique.

Enfin, cette politique et le plan d'action associés sont eux-mêmes porteurs de plusieurs représentations des aînés, de leurs activités et de leur environnement qui sont en fait présentes dans le plan d'action. Les actions impliquant le MSSS et le MTQ véhiculent un système de représentation qui présente des caractéristiques communes mais appauvries des systèmes « vulnérabilité » et « fragilité ».

Une hypothèse est que ces représentations sont portées par les acteurs eux-mêmes des deux ministères ayant participé à l'élaboration de cette politique. Lorsqu'il est question de façon explicite d'apporter des changements à l'environnement physique des aînés, l'accessibilité universelle est mise de l'avant. Elle est réduite à la conception sans obstacle envisagée d'un point de vue normatif et n'inclut pas d'éléments en lien avec la communication et l'orientation.

Par ailleurs, l'aîné citoyen ou expert est absent de l'ensemble des actions portées par le MSSS et le MTQ, alors que l'aîné-citoyen est au centre des dispositifs dans les démarches municipalités amies des aînés qui forment le cœur des actions envers l'environnement des aînés.

Il n'y a donc dans cette politique aucune incitation concernant la participation des aînés ou de leurs représentants aux processus de conception dans les domaines d'activité des deux ministères, ni reconnaissance de leurs expertises.

Au-delà de cette politique sur le vieillissement, les pratiques des trois organismes promoteurs du projet s'inscrivent dans un cadre normatif et juridique qui influence aussi leur prise en compte du vieillissement dans leurs politiques et plans de développement internes. Pour des raisons de proximité en termes de mission mais aussi parce que leur rapprochement met en évidence les différences entre les deux organisations, la STM et l'AMT sont abordés ensemble dans la section qui suit. Par la suite, c'est le CUSM qui est examiné.

9.3 Influence du contexte de la STM et de l'AMT sur leur prise en compte du vieillissement dans le projet

Les professionnels participants aux entrevues et préoccupés par le vieillissement ou l'accessibilité universelle dans le transport et les espaces publics ont mentionné les **influences déterminantes de deux lois** sur les dispositions à agir des membres de ces organisations et sur les capacités de leurs organisations vis-à-vis de l'accessibilité universelle. Il s'agit d'une part de la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale* (2001) ainsi que de la *Loi sur les sociétés de transport en commun* (2004). Ils ont aussi mentionné l'influence importante du milieu communautaire dans cette prise en compte, milieu qui a utilisé ces lois comme des leviers pour influencer la STM et l'AMT.

9.3.1 Influence de cadres normatifs et juridiques sur les dispositions à agir et les capacités relatives au vieillissement

Ces deux lois ont contribué à placer l'accessibilité universelle comme un enjeu explicite à traiter de pair avec le développement de l'AMT et de la STM. Une différence majeure apparaît cependant dans le renforcement du pouvoir des usagers dans les prises de décision à la STM découlant des obligations réglementaires contenues dans la loi de 2004 (qui ne s'applique pas à l'AMT).

Ces deux lois ne visent pas de façon explicite la population vieillissante, mais bien les personnes « handicapées ». Leur influence sur les politiques internes et les plans de développement de la STM et de l'AMT est récapitulée dans le tableau XXXI. La *loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale* impose des obligations différentes à l'AMT et à la STM.

L'AMT en vertu de l'article 61.1 doit déposer annuellement un plan d'action à l'égard des personnes handicapées, en tant qu'employeur. Ce plan concerne l'embauche de personnel handicapé notamment, mais pas les usagers des transports en commun. Bien que cet article ne rende pas obligatoire le développement d'une politique en accessibilité universelle, les organisations assujetties doivent décrire leurs engagements à diminuer les obstacles à l'égard

des personnes handicapées dans leurs plans d'action (Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), 2011). La STM n'est pas assujettie à cet article de la loi.

L'article 67 de cette même loi concerne le « transport des personnes handicapées » et demande à ce que chaque organisme comme la STM et l'AMT produise un plan de développement « visant à assurer dans un délai raisonnable le transport en commun des personnes handicapées dans le territoire qu'il dessert ». Le guide diffusé par le MTQ pour accompagner la réalisation de ces plans (Société Logique, 2010), précise qu'il s'agit d'un outil de gestion obligatoire, établi pour une durée de 5 ans, révisé annuellement et soumis à l'approbation du MTQ. Ce plan détermine les priorités d'action et les investissements à réaliser en faveur des personnes handicapées et plus largement de l'accessibilité universelle comme le propose le MTQ.

Tableau XXXI. Influence du cadre juridique et normatif sur les plans de développement de la STM et de l'AMT (en grisé : organisme non assujetti)

Éléments du cadre juridique et normatif	Politiques internes et plans de développement	Politiques internes et plans de développement
	STM	AMT
Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, L.R.Q., chapitre E-20.1 (2004) <ul style="list-style-type: none"> • Article 61.1 - Plan d'action annuel 	La STM n'est pas un organisme assujetti	Politique accessibilité universelle AMT (2015) Plan d'action à l'égard des personnes handicapées (2014-2016) Politique Accessibilité (adoption octobre 2008, publication 2012) Plan d'action à l'égard des personnes handicapées (2011-2013) (2011)
Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, L.R.Q., chapitre E-20.1 (2004) <ul style="list-style-type: none"> - Article 67 	Plan de développement de l'accessibilité universelle de la STM (2012-2015) (2012) Plan de développement de l'accessibilité universelle de la STM (2007-2011)	Plan de développement. Accessibilité du réseau AMT (2016-2021), adopté en mars 2016 Plan de développement de l'accessibilité du réseau AMT

Éléments du cadre juridique et normatif	Politiques internes et plans de développement STM	Politiques internes et plans de développement AMT
	Plan d'action en matière d'accessibilité universelle 2007-2011 (2010)	(2011-2013), adopté en octobre 2011.
Loi sur les sociétés de transport en commun LRQ cS-30.01. 2001 Articles 5, 8, 130	Plan stratégique 2020 (2012) intègre le plan de développement 2012-2015 (actions du plan au sein de la priorité « Améliorer l'expérience client et la mise en marché »)	L'AMT n'est pas un organisme assujéti
Loi sur l'Agence métropolitaine de transport, L.R.Q., articles 18, 21,35, al.8 et 76 (1997)	La STM n'est pas un organisme assujéti	Plan stratégie 1997-2007, révisé en 2003 (horizon 2012)

Dans le même esprit, la loi de 2001 sur les sociétés de transport en commun telles que la STM oblige (article 5) à la mise en place de services spécialisés pour les personnes à mobilité réduite et personnes handicapées. L'OPHQ rappelle dans son rapport de 2011 sur la mise en œuvre des plans de développement entre 2005 et 2010 que l'article 67 ne signifie pas uniquement le développement du transport adapté, comme cela pu être compris par certaines autorités de transport et rappelle la latitude temporelle pour implanter des changements.

« L'Office a continuellement mis de l'avant le principe visant à adapter prioritairement les services réguliers de transport en commun pour y accueillir, dans la plus large mesure possible, les personnes handicapées. [...] l'Office estime que l'article 67 est une mesure qui vise des services réguliers de transport en commun et non les services spéciaux de transport (adapté). L'article 67 ne vise pas à imposer une obligation absolue et immédiate de rendre accessible le transport en commun » (OPHQ, 2011, p. 58-60).

Il s'agit de deux lois qui offrent un certain levier aux organisations représentant les usagers afin de faire pression sur l'AMT et la STM pour mettre en place des changements favorables aux personnes « handicapées ». La loi est cependant longue à être appliquée et a plutôt été interprétée, comme le souligne l'OPHQ, comme une incitation au développement de transport adapté et non général, visant de ce fait une population restreinte.

Concernant l'article 8 de la loi sur les sociétés de transport, il vient renforcer le pouvoir des représentants des usagers au sein même des organisations. Cet article indique que la STM doit avoir au sein de son conseil d'administration trois représentants d'usagers, dont « un usager des services adaptés aux besoins des personnes handicapées ».

L'article 8 a été considéré par les professionnels porteurs de préoccupations en vieillissement et démarches inclusives, et participant à la recherche doctorale, comme ayant l'effet de levier le plus important concernant la prise en compte du vieillissement et de l'accessibilité universelle. Il a grandement contribué à renforcer les capacités d'influence des usagers au sein même de l'organisation.

Cette influence, au départ restreinte au domaine du transport adapté, s'est renforcée et étendue avec les années à l'influence sur le transport en commun « régulier ». La synergie entre des organisations montréalaises représentant des usagers « handicapés » et la TCAIM a permis aussi de porter des préoccupations relatives au vieillissement dans le conseil d'administration de la STM, par la voix de la représentante des usagers des services adaptés (voir section capacités techniques).

Malgré le fait que ces lois ne visent pas spécifiquement les populations âgées, le lien entre le vieillissement et l'accessibilité universelle est rendu explicite dans les politiques internes de la STM et de l'AMT et on peut y voir un lien avec l'influence des représentants d'usagers au CA de la STM et dans divers dispositifs de participation de la STM et de l'AMT dont il est question par la suite.

Ces deux lois influencent les dispositions à agir des acteurs de la STM et de l'AMT en plaçant l'accessibilité universelle comme un enjeu prioritaire à traiter par les autorités de transport, qui sont redevables de l'avancée des actions prévues auprès du MTQ mais aussi du public au travers de leurs plans de développement. Elles influencent aussi les capacités des acteurs puisqu'elles nécessitent la priorisation, mais aussi la réalisation d'interventions prévues au plan, ce qui suppose de dégager des ressources financières et humaines et de développer les capacités internes pour traiter et comprendre les enjeux de l'accessibilité universelle.

9.3.2 Dispositions à agir et capacités techniques en lien avec la prise en compte du vieillissement

En sus de l'influence positive du cadre réglementaire, la documentation explorée ainsi que les entrevues mettent l'accent sur plusieurs dimensions favorables à la prise en compte des usagers âgés et au développement d'environnements susceptibles de favoriser leurs déplacements, développement qui s'articule autour de l'accessibilité au réseau. Ces dimensions concernent d'une part les ressources dédiées et d'autres part les pratiques développées dans les organisations (tableaux XXXII et XXXIII). Leur analyse montre des **différences dans la façon d'aborder l'accessibilité entre la STM et l'AMT**, tant en termes substantiels que procéduraux, ainsi que des dispositions à agir et des capacités vis-à-vis du vieillissement et des aménagements à apporter aux équipements et infrastructures.

Tableau XXXII. Ressources dédiées à la prise en compte des personnes en situation de handicap - dont les aînés à la STM et l'AMT

Ressources	STM	AMT
Politique	Politique d'accessibilité universelle (2009)	Politique d'accessibilité (2008) Politique d'accessibilité universelle (2015)
Haute direction et représentation des usagers	2 représentants au CA pour le transport régulier Une représentante au CA des usagers du transport adapté (TA) (2011) Sous-comité consultatif accessibilité universelle présidé par la représentante des usagers du TA. Regroupe différents directeurs de services de la STM. Émet des recommandations au comité services à la clientèle	Le CA ne comprend pas de représentants d'usagers
Capacités techniques- Dispositifs participatifs	Comité associatif en accessibilité universelle (2012). Comité usagers-transporteurs du transport adapté Comités <i>ad hoc</i> sur des projets spécifiques (planchers bas, i bus, formation des chauffeurs, accessibilité des guichets automatiques...)	Comité de concertation sur le transport des personnes handicapées de Montréal (hors transport régulier, mis en place en 2007) Table métropolitaine sur le transport des personnes handicapées

Ressources	STM	AMT
	Comité Accessibilité Métro (MTQ, STM, AMT, TCAIM, OPHQ, Société Logique, organismes représentatifs des personnes avec incapacités) (2002)	
Capacités techniques- Ressources humaines	Équipe en charge de l'accessibilité universelle (3 personnes) et du lien avec les organismes représentants des usagers âgés et ceux avec limitations fonctionnelles. Deux sont en provenance du milieu associatif	Une personne en charge de l'accessibilité universelle Comité de travail accessibilité (hors transport)
Capacité financière	Situation financière jugée « non soutenable » sans apports supplémentaires (Ville de Montréal et STM, 2012, p. 12) 87 millions prévus pour la mise en accessibilité universelle du réseau (plan de développement 2012-2015)	Contexte financier « précaire » (budget 2015). Programme triennal d'immobilisations 2016-2018 : 27,4 M\$ prévus pour planification et réalisation de projets visant à favoriser l'accessibilité aux infrastructures et services (AMT, 2016)

Tableau XXXIII. Pratiques favorables à la prise en compte des personnes en situation de handicap - dont âgés à la STM et l'AMT

Pratiques	STM	AMT
Sensibilisation	En collaboration avec des organismes représentants les âgés et les personnes avec limitations fonctionnelles : sensibilisation des employés aux besoins diversifiés de la clientèle	Aucune pratique recensée
Conception participative	Collaboration avec des organismes représentants les âgés et les personnes avec limitations fonctionnelles dans les processus de conception Consultations en amont des projets et suivi des projets avec les représentants d'usagers Simulations et tests (prototypes, produits, services, environnements, signalétique)	Aucune pratique recensée
Développement et normalisation	Normes de conception universelle (2010) et développement de principes de conception lorsqu'il n'existe pas de normes existantes	Guide de normes et guide de planification (visuel AMT, choix de marques, types de sièges, de revêtements, éléments d'accessibilité)

Concernant la **STM**, le développement de l'accessibilité universelle touche aussi bien le réseau de transport adapté que le réseau de transport collectif régulier. L'influence de la représentante des usagers du transport adapté au conseil d'administration, une personne reconnue par les organismes communautaires partenaires de la STM et en interne, et qui est en poste depuis plus de 10 ans au moment de l'étude doctorale, s'étend à la prise en compte de l'accessibilité universelle dans le réseau du transport régulier.

La collaboration entamée depuis plus de dix ans semble avoir fait évoluer les représentations en faveur de l'accessibilité universelle.

« Depuis 2003, cela a évolué leur compréhension de l'accessibilité universelle, de ce que cela veut dire pour cette composante du service, cela crée une évolution progressive, c'est normal. J'ai vu des changements, les membres du conseil, la direction générale sont davantage au courant de la réalité des besoins de déplacement des personnes à mobilité réduite, des personnes avec limitations fonctionnelles. [En 2002] ils avaient déjà pris le virage, mais il reste que lorsqu'on parlait de projet de métro...il fallait que je lève la main « oui mais l'accessibilité, oui mais l'accessibilité ». Aujourd'hui je n'ai plus besoin de le faire. Je vais demander le droit de parole mais ce n'est pas à moi et il y a deux autres personnes, et elles vont dire « oui mais l'accessibilité universelle elle est où là dans le projet ? » » (C7).

L'engagement de la haute direction de la STM en faveur de l'accessibilité universelle se manifeste dans plusieurs dispositifs et depuis plusieurs années. La STM montre un engagement fort envers l'accessibilité universelle, qui est positionnée comme une orientation stratégique de la structure.

« L'entreprise s'engage, en fonction des ressources dont elle dispose, à intégrer systématiquement l'accessibilité universelle dans tous ses nouveaux projets et à développer des mesures spécifiques d'adaptation à titre de transporteur, d'employeur et d'acteur social [...] à être proactif dans le domaine » (STM, 2012b, p. 61)⁹³.

Dès 2009 la STM s'est dotée d'une politique en accessibilité universelle, sans doute sous l'influence de la représentante des usagers du transport adapté au CA de l'organisation, comme mentionné par plusieurs participants lors des entrevues.

Démontrant encore l'engagement de la haute direction, le comité accessibilité universelle, émanation du CA, est présidé par la représentante des usagers en situation de handicap. Il est composé des directions impliquées dans des projets touchant à l'accessibilité universelle, se réunit aux deux mois et discute des développements stratégiques en lien avec l'accessibilité universelle. Cet engagement est considéré comme un levier par des participants pour développer

⁹³ Plan stratégique STM 2020

la sensibilisation à l'accessibilité universelle en interne et éventuellement, au besoin, se prévaloir de l'obligation faite d'intégrer l'accessibilité universelle qui permet de pallier à l'absence de réglementation.

« Le fait que ce soit rattaché au plus haut niveau c'est un sacré levier. [...] C'est là que parfois on peut faire jouer les prescriptions. Mais on évite le plus possible. On essaie de développer des façons de fonctionner plus incitatives, plus...de toutes les façons la meilleure prescription ce serait une réglementation. On n'en a pas. » (A8).

La STM, à plusieurs égards, va plus loin que ce qui est demandé par la législation, qu'il s'agisse de son plan stratégique, de la mise sur place de circuits spécifiquement dédiés aux aînés (navettes or) que des normes de conception des stations de métro.

« Il n'y a aucune loi qui oblige à rendre le métro accessible [...]. Tout le reste est fait sur une base volontaire et à partir du lobbying des groupes associatifs, de la sensibilisation des intervenants, du niveau de maturité aussi du technique. La station de métro n'est pas assujettie par le code de construction du Québec⁹⁴. Sauf qu'on la prend comme base nous » (A9).

Son *plan stratégique 2020* intègre les actions du *plan de développement en accessibilité universelle 2012-2015*. Elles sont positionnées dans la priorité « Améliorer l'expérience client et la mise en marché ». Il s'agit d'une possibilité évoquée dans le guide du MTQ à destination des autorités de transport mettant en place leurs plans de développement (Société Logique, 2010), mais qui n'a rien d'obligatoire. L'accessibilité universelle dépasse très largement la conception sans obstacle pour des personnes handicapées et elle est envisagée comme bénéfique pour l'ensemble des usagers.

L'AMT de son côté semble plus circonspecte vis-à-vis de l'accessibilité universelle. Elle met de l'avant l'accessibilité et non l'accessibilité universelle dans ses engagements dans son plan de développement Accessibilité du réseau AMT (2011-2013).

« Les améliorations apportées répondront au plus grand nombre des besoins de la clientèle offrant une meilleure qualité de service pour l'ensemble des clients. Dans un contexte de vieillissement de la population et pour favoriser une mobilité durable pour tous, incluant les jeunes familles, l'accessibilité des différents modes de transport collectif est un aspect incontournable. Un réseau régulier accessible permet d'offrir une flexibilité, un accès et une liberté de déplacement pour la clientèle à mobilité restreinte ou en situation de handicap » (AMT, 2011, p. 2).

⁹⁴ Les stations de métro font partie des lieux recevant du public exemptés par le code de construction du Québec de 2005 qui définit au chapitre 1 les exigences de conception sans obstacle.

La définition de l'accessibilité d'un point de vue normatif montre un engagement à se conformer aux minima de la législation.

« **Accessibilité.** Condition sans obstacle d'exercice du droit égalitaire au transport et à la participation à la vie quotidienne et sociale, peu importe les handicaps physiques ou mentaux. L'accessibilité correspond aux exigences de conception sans obstacle inscrites dans la réglementation de construction (Code de la construction du Québec). Il s'agit d'exigences visant principalement les personnes se déplaçant en fauteuil roulant ou avec un autre moyen d'aide à la mobilité. Par accessibilité, l'AMT entend les besoins de l'ensemble des déficiences physique, psychique, intellectuelle, visuelle et auditive (incluant les personnes à mobilité restreinte et âgées) » (AMT, 2011, p. 15).

De **nombreux dispositifs de participation** sont aussi présents à la STM. La politique en accessibilité universelle a débouché sur la création en 2012 du comité associatif en accessibilité universelle. Ce comité permet de coordonner les résultats de plusieurs sous-comités travaillant sur des projets intégrant des préoccupations en accessibilité universelle. Des projets de plus grande envergure y sont aussi discutés en présence de l'ensemble des partenaires associatifs. Même si des participants pointent une certaine redondance entre les sous-comités et le comité accessibilité universelle, il s'agit toutefois d'un signe d'engagement clair envers l'accessibilité universelle.

« Le comité accessibilité universelle, il découle de la politique actuelle de l'accessibilité universelle actuelle de la STM 2012-2015. Avec cette politique la STM a réaffirmé son engagement envers l'accessibilité universelle. Là elle a dit, au lieu de faire comme plein de petits comités et qu'on se donne des infos par ci par là, on va faire un comité où on va résumer les actions qui sont faites. C'est fait beaucoup avec le RUTA et l'ensemble des partenaires du milieu associatif. Ensuite le RUTA compile toutes nos recommandations et les donnent à la STM. Les résultats de tous ces comités est partagé au milieu associatif par le biais du comité accessibilité universelle » (C4).

Les intérêts des aînés sont représentés dans plusieurs comités de la STM via la TCAIM. Elle est présente sur quatre comités de la STM : le comité associatif en accessibilité universelle, le comité usagers transporteurs du transport adapté, le comité terminus et le comité de formation des inspecteurs, changeurs, chauffeurs. Ses ressources internes ne lui permettent pas d'être présente sur l'ensemble des comités. La TCAIM, par le biais des organisations représentant les usagers en situation de handicap, est aussi en lien avec la représentante des usagers au CA de la STM.

Concernant l'AMT, le comité de concertation sur le transport des personnes handicapées de Montréal est lui aussi uniquement dédié au transport adapté. La table métropolitaine sur le transport des personnes handicapées a cependant été créé par l'AMT avec comme objectif de

favoriser une chaîne de déplacement métropolitaine universellement accessible⁹⁵ et a pour le moment développé un plan d'action. A l'heure actuelle la TCAIM collabore avec l'AMT sur ce comité plus « macro » ainsi que sur le comité accessibilité métro du MTQ. Cependant ces comités ne sont pas amenés à impliquer les partenaires dans la conception même de projets. En raison de son statut de table de concertation, la TCAIM ne collabore pas sur des comités plus opérationnels. Son influence est donc plus restreinte à l'AMT qu'à la STM.

« La TCAIM là, elle n'a pas eu beaucoup de rapprochement avec l'AMT car on est une table de concertation et pas un organisme de personnes âgées. On est une concertation d'organismes. L'AMT est très *by the book*. Dans leur comité ils peuvent accepter des organismes régionaux de défense des droits des usagers. La TCAIM est une table de concertation alors on ne répondait pas à la définition d'un organisme qui pourrait participer au comité. Et sincèrement je n'ai pas milité en faveur de notre inclusion parce que j'avais assez de comités, c'était suffisant » (C3).

En termes de ressources internes à la STM, une équipe de trois personnes est dédiée au déploiement de l'accessibilité universelle dans les projets de la STM et à la collaboration avec les représentants associatifs.

« Il y a une politique accessibilité universelle qui a été adoptée par le CA en 2009 et nous on s'assure que dans tous les projets les orientations de cette politique sont mises en œuvre le plus adéquatement possible. Et pour cela on le fait de deux façons. En proposant un accompagnement technique en accessibilité universelle [...]. Et aussi, en s'assurant que chaque projet bénéficie de l'acceptation des groupes associatifs, qui représentent les personnes ayant des limitations fonctionnelles ainsi que les personnes âgées qui font partie de nos partenaires. Un des grands chapeaux de notre mandat c'est de maintenir et de consolider en permanence les relations avec les groupes associatifs » (A8).

Le fait que deux des personnes proviennent du milieu associatif d'organisations représentant des personnes en situation de handicap est vu comme un facteur facilitant le dialogue et l'efficacité des processus de consultation.

« C'est sûr qu'elles ont des bases puisqu'elles ont travaillé directement avec nous dans notre milieu. Souvent, ils vont arriver avec propositions en disant : « On voyait le plan comme cela, on mettrait telle chose là ». Valider avec nous si c'est correct. Et nous poser des questions plus pointues quand c'est pertinent. » (C5).

Il reste cependant que la mise en accessibilité universelle des stations de métro ne bénéficie pas d'un financement propre, les sommes étant « prises à même le budget de maintien des actifs et d'entretien des systèmes essentiels au fonctionnement et à la sécurité du métro » (Ville de Montréal et STM, 2012, p. 12) ce qui limite *de facto* le développement de l'accessibilité

⁹⁵ <http://www.exaequo.net/Table-metropolitaine> - Consulté en mai 2016

universelle du réseau de la STM, quels que soient les projets. La mise en accessibilité universelle de l'ensemble des stations se heurte ainsi à des difficultés techniques mais aussi budgétaires.

« Dans le fond à la STM et au Québec, on est dans un contexte financier qui ne nous permet pas de faire tous les projets qu'on voudrait, de faire le métro accessible de façon aussi rapide qu'on le voudrait. Mais par contre on est dans un contexte où il faut maintenir les actifs. Il faut rénover les stations et les budgets sont surtout dédiés à cela et vont l'être surtout dans les prochaines années. Donc les enjeux qu'on a c'est de développer une expertise pour être capable d'intégrer l'accessibilité universelle dans les projets qui ne sont pas des projets d'accessibilité spécifiquement » (A8).

Quant à l'AMT, elle dispose d'une personne en charge de l'accessibilité universelle en interne mais n'est pas obligée de par la loi d'avoir des représentants du transport adapté sur son CA. Il s'agit d'une revendication portée par plusieurs groupes associatifs qui mettent de l'avant l'importance de ce type de siège pour faire évoluer la compréhension de l'accessibilité universelle.

« Cela fait quelques temps qu'on demande, mais aussi le RUTA et la table transports, qu'il y ait également un siège au conseil d'administration de l'AMT pour les représentants des usagers du transport adapté et pour le réseau régulier. Notre demande a été adressée au ministère des transports, mais actuellement il y a toute la question de la gouvernance, le rôle de l'AMT vs. celui de la Communauté Métropolitaine de Montréal. Donc qu'est-ce que le nouveau ministre va faire ? » (C7).

Le poste a été renouvelé en interne lors de l'étude sur le projet de liaison Vendôme sans, selon plusieurs interlocuteurs, demander des prérequis en accessibilité universelle. La prise en charge de l'accessibilité universelle s'opère elle-aussi dans un contexte financier qualifié de « précaire » dans le budget 2015 (AMT, 2015, p. 3) et faisant « peser d'importantes contraintes » sur le développement de l'accessibilité universelle du réseau (plan de développement 2016-2021, p. 3).

Au niveau des **pratiques**, les processus de conception de la STM font appel à l'expertise des représentants d'usagers et sont l'occasion de réaliser des simulations grandeur nature et de valider des propositions auprès des usagers. De tels dispositifs n'existent pas à l'AMT.

« La façon dont cela se passe, la STM fait des tests, puis les équipes techniques regardent les résultats et comment ils peuvent intégrer les besoins des gens en fonction des diverses contraintes. Après cela, ils reviennent auprès du milieu associatif et donnent l'information. Ce qui est retenu et pourquoi et ce qui ne peut pas être retenu et pourquoi. Cela c'est dans le cadre des tests. Mais aussi dans le cadre de grands projets. Prenons l'exemple des abribus. Au tout début, il y a un nouveau concept développé il y a trois ans. Avant même de plancher sur un concept, ils ont été voir le RUTA et les gens du milieu associatif, personnes handicapées et âgées. Quels seraient vos besoins ? [...] Il y a ce va et vient et la STM revient et dit ce qui peut être corrigé ou ne peut pas être corrigé » (A9).

La STM fait preuve d'une maturité organisationnelle plus importante pour traiter les enjeux liés à l'accessibilité universelle que l'AMT et semble plus disposée à se préoccuper du vieillissement des usagers. Si les aînés sont représentés dans les divers processus de consultation et de conception de la STM via la TCAIM ce n'est cependant pas le cas pour l'AMT. Toutefois, à des niveaux différents en termes d'implication dans les processus de conception, la STM et l'AMT collaborent toutes deux avec les organismes représentants des personnes avec des limitations fonctionnelles. La mise en accessibilité universelle du réseau s'opère dans un contexte financier difficile qui limite les marges de manœuvre des deux organisations.

9.3.3 Représentations des usagers véhiculées à l'AMT et à la STM

Les représentations du vieillissement et des environnements favorables à la mobilité des aînés véhiculées par les politiques et plans d'action des deux organismes **sont distinctes** : les aînés sont associés fortement à la perte de mobilité à l'AMT alors que la STM met de l'avant l'universalité de sa démarche en évitant d'associer des groupes spécifiques aux problématiques de limitation. Dans les deux cas cependant, les plans et politiques s'articulent autour des moyens à prendre pour permettre le déplacement de personnes ayant des limitations.

Des aménagements nécessaires pour améliorer l'accessibilité en raison du vieillissement de la population et d'un nombre d'usagers accru présentant des limitations fonctionnelles du fait de ce vieillissement sont évoqués dès les premières lignes de la politique d'accessibilité universelle de la (STM) de 2009 et du plan de développement de l'accessibilité du réseau (AMT) de 2011 ainsi que du plan de développement durable.

La politique en accessibilité universelle de la **STM** de 2009, si elle évoque le vieillissement de la population ne mentionne pas le groupe des personnes âgées comme une cible spécifique. Mais elle ne mentionne pas non plus d'autres groupes spécifiques tels que les femmes ou les personnes handicapées. Au contraire, c'est une politique orientée vers tous les citoyens dans une optique d'équité.

« L'accessibilité universelle concerne tous les aspects de la vie urbaine et s'adresse à toute la population. Tous les citoyens sont en droit de pouvoir en bénéficier, en même temps et de la même manière.

L'accessibilité universelle favorise une utilisation similaire pour tous, des possibilités offertes par les infrastructures et les services publics » (STM, 2009, p. 1)⁹⁶.

Toutefois le plan de développement (2012-2015) présente divers processus et projets en accessibilité universelle en lien avec les personnes avec des limitations fonctionnelles. Le terme limitation (fonctionnelle la plupart du temps, ou motrice et auditive) apparaît 85 fois dans le document et toujours accolé au terme personne ou client.

Les termes « âgés » et « aînés » apparaissent six fois en tout et le transport en commun accessible est présenté comme une opportunité de garder le plus longtemps possible plusieurs options modales pour se déplacer.

« Bien que les aînés privilégient généralement la voiture pour leurs déplacements, un aîné montréalais sur deux ne possède pas de permis de conduire (Enquête OD, 2008). Le transport collectif est donc un moyen essentiel au maintien des aînés dans la communauté. Accélérer la mise en accessibilité du réseau de transport collectif devient alors un moyen d'augmentation de l'achalandage. Un réseau de transport collectif accessible permettrait notamment aux personnes âgées de retarder le moment de leur admission au transport adapté » (STM, 2012a, p. 66)⁹⁷.

L'unique association des termes « personnes âgées » et « limitations » dans la même phrase concerne en fait les associations de représentants d'utilisateurs ayant participé au processus de conception du plan de développement.

« Une quarantaine d'organismes représentant notamment les femmes, les personnes âgées, et les personnes vivant avec des limitations motrices, visuelles, intellectuelles et auditives ont accepté l'invitation » (STM, 2012a, p. 4).

Les aînés ne sont pas identifiés en tant que groupe cible appelant des mesures spécifiques dans ces documents, ils sont dissociés des personnes avec limitations fonctionnelles et ne sont pas évoqués comme des personnes ayant des pertes de mobilité, sauf lorsqu'il est question de retarder leur admission au transport adapté.

En 2012 toutefois, le plan stratégique 2020 de la STM, qui incorpore le plan de développement, consacre une section au vieillissement de la population et à ses effets. Pour la **STM**, l'accessibilité universelle n'est pas une réponse complète à la problématique du vieillissement de la population.

⁹⁶ Politique accessibilité universelle de 2009

⁹⁷ Plan de développement d'accessibilité universelle de la STM 2012-2015,

« Le transport collectif serait donc une solution de rechange valable au déplacement en auto en milieu urbain. Les besoins de transport des aînés de demain iront bien au-delà de l'accessibilité, de la facilité et de la rapidité du transport en commun » (STM, 2012b, p. 24).

La STM semble anticiper des changements d'attitudes vis-à-vis des transports en commun pour les prochaines cohortes d'aînés, sans toutefois les expliciter.

« Les prochaines générations de personnes âgées pourraient avoir des besoins plus variés en matière de mobilité et de déplacements où primeront les critères d'autonomie et de choix » (STM, 2012b, p. 24).

Alors que les motifs de déplacement des 15-24 ans sont identifiés comme étant pour « études » et ceux des 25-54 ans pour « travail », il n'y a aucun motif de déplacement mis de l'avant pour les 55 et plus. Implicitement, ceci véhicule l'image d'un aîné-corps sans motif et sans réel statut social (ni travailleur, ni étudiant).

À l'AMT la préoccupation envers le vieillissement de la population qui emprunte les transports collectifs apparaît en 2008 dans son plan de développement durable (AMT, 2008) et dans sa politique accessibilité adoptée en 2012 (AMT, 2012b). Le vieillissement est envisagé dans le plan de développement durable, la politique accessibilité ainsi que le plan de développement accessibilité 2012-2015 (AMT, 2012a) sous l'angle de la **diminution de la mobilité**, entendue soit sous l'angle de la mobilité individuelle soit sous l'angle des déplacements des individus.

« Le vieillissement croissant de la population laisse prévoir qu'une part de plus en plus importante de la clientèle des transports collectifs éprouvera des problèmes de mobilité et d'accessibilité aux services en vigueur. [...] Afin de répondre adéquatement aux besoins de cette clientèle spécifique, l'AMT souhaite aménager en conséquence ses équipements et fournir un service accessible, dans la mesure de ses compétences et moyens » (AMT, 2012a, p. 3).

Le plan de développement accessibilité du réseau AMT (2012-2015) opère un rapprochement entre les figures des personnes âgées, des personnes à mobilité réduite ou « restreinte » et des limitations fonctionnelles ou cognitives.

« **Personne à mobilité restreinte** : Toutes les personnes ayant des difficultés pour utiliser les transports publics, tels que, par exemple, les personnes handicapées (y compris les personnes en fauteuil roulant) et les personnes en situation d'handicap par exemple : les personnes transportant des bagages lourds, les personnes âgées, les femmes enceintes, les personnes transportant un chariot et les personnes avec enfants » (AMT, 2012a, p. 15).

Le plan stratégique de développement du transport collectif (AMT, 2012c) montre une évolution dans les représentations du vieillissement. Certes celui-ci reste associé aux diminutions de mobilité. Mais le plan stratégique évoque aussi les différences d'habitudes en termes de

transport des personnes âgées avec le reste de la population : les personnes âgées se déplacent plutôt localement, pour des motifs de magasinage et de loisirs et les déplacements sont concentrés sur les périodes hors pointe.

« 62 % des déplacements des 65-74 ans et près de 70 % de ceux des 75 ans sont effectués entre 9 h et 15 h » (AMT, 2012c, p. 18)⁹⁸.

Un des défis identifiés est alors « d'adapter les services de transport collectif à la mobilité des personnes âgées, notamment en améliorant l'accessibilité au réseau » (AMT, 2012c, p. 18), sans qu'il soit toutefois précisé si l'augmentation de l'accessibilité passera par une plus grande mise à disposition du réseau en dehors des heures de pointe. En se référant à la définition de l'accessibilité donnée dans le plan de développement de l'AMT celle-ci semble cependant restreinte à la conception sans obstacles.

De plus, le choix des statistiques présentées par l'AMT est porteur de significations. D'une part, les 38% d'aînés qui ne se déplacent pas en dehors des périodes de pointe ne sont pas évoqués, ni même les tendances des personnes âgées à travailler plus longtemps. Les statistiques de mobilité utilisées par l'AMT sont aussi centrées sur les « moyennement âgés » des aînés, soit les 75 ans et plus, chez qui on l'a vu dans le chapitre 2, commencent à apparaître plus de problèmes de santé. On ne sait pas alors quelles sont les habitudes des 65 ans et plus.

« Tandis que 88 % des 15-24 ans et 87 % des 24-54 ans sont « mobiles », c'est-à-dire qu'ils effectuent au moins un déplacement quotidien, ce pourcentage baisse à 47 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus » (AMT, 2012c, p. 17).

Le terme vieillissement est absent du plan de développement le plus récent de l'AMT (2016-2021). Le terme « personnes âgées » apparaît à deux reprises, lorsqu'il est question des définitions des principaux termes employés dans le document. Le statut des personnes âgées y apparaît ambigu, tantôt apparaissant comme une composante des « personnes à mobilité réduite », tantôt comme des personnes ayant une déficience, c'est-à-dire finalement comme des personnes handicapées selon les définitions de l'AMT.

⁹⁸ Plan stratégique et de développement du transport collectif 2012

L'image des aînés qui se dégage de la documentation officielle de l'AMT et de la STM reste donc celle de personnes dont la mobilité diminue et fait plutôt partie de la tranche "*medium old*" des personnes âgées en ce qui concerne l'AMT. Les plus jeunes parmi les aînés, encore susceptibles de travailler, ne sont pas évoqués dans les documents des deux organisations. Tout comme ils ne sont pas considérés de façon spécifique dans le projet Vendôme.

Une évolution dans les dispositions relatives au vieillissement semble faire jour à la STM, qui cherche des solutions complémentaires à l'accessibilité universelle pour répondre aux besoins des aînés, ce qui ne se traduit toutefois pas dans le cadre du projet Vendôme. Ceci n'est pas le cas à l'AMT qui semble peu encline à considérer le vieillissement comme un enjeu dans son développement, posture qui se reflète dans le projet Vendôme.

9.4 Influence du contexte du CUSM sur la prise en compte du vieillissement dans le projet

9.4.1 Influence de cadres normatifs et juridiques sur les dispositions à agir et capacités relatives au vieillissement

Concernant la prise en compte du vieillissement dans les projets, des prescriptions de teneur variée (rapports, guides, normes) sont en lien avec les plans de développement internes et démarches mises en œuvre du CUSM (Tableau XXXIV). L'analyse de ces prescriptions montre cependant que la préoccupation relative au vieillissement reste en quelque sorte « fermée » sur le territoire de l'hôpital (et plus encore sur ses espaces intérieurs), sans préoccupation des enjeux en lien avec son insertion urbaine.

Tout comme l'AMT, le CUSM est soumis à *la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*. Cette loi concerne cependant ses travailleurs et n'a pas d'influence sur l'attention apportée aux usagers.

Tableau XXXIV. Plans de développement internes et démarches mises en œuvre par le CUSM concernant la prise en compte des aînés et de l’accessibilité universelle

Environnement législatif et normatif	Plans de développement internes et démarches mises en œuvre
Projet de loi no 83, Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d’autres dispositions législatives, L.R.Q., 2005, c. 32, adopté par l’assemblée nationale en 2005	Obligation pour « le réseau de la santé et des services sociaux la mise sur pied d’un comité des usagers et d’un comité de résidents dans toute installation offrant des services d’hébergement et de soins de longue durée » ⁹⁹
Loi assurant l’exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, L.R.Q., chapitre E-20.1 (2004). Article 61.1 - Plan d’action annuel	Obligation de réaliser un plan d’action annuel – non disponible ¹⁰⁰
Rapport de la Commission d’analyse des projets d’implantation du Centre hospitalier de l’Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill (2004) dit Rapport Mulroney	Pas d’obligations, émissions de recommandations
Guide de performance des Centres hospitaliers universitaires (2008, modifié en 2010)	Programme Fonctionnel et Technique
Démarche « Approche adaptée à la personne âgée » (2010, MSSS)	Démarche « Hôpital ami des aînés » faisant suite à la démarche d’adaptation du MSSS (2011)
Code de construction du Québec révisé- Chapitre 3.8 normes de conception sans obstacles – 2008	Utilisation du code ainsi que de bonnes pratiques développées par d’autres hôpitaux canadiens ayant mis en place des démarches “ <i>elder friendly</i> ”

Une des recommandations du *rapport de la Commission d’analyse des projets d’implantation du Centre hospitalier de l’Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill*¹⁰¹

⁹⁹ Rapport annuel 2011 du comité des usagers du CUSM
<https://cusm.ca/sites/default/files/docs/Patients%27%20Committee%20Annual%20Report%20FINAL%20FRENCH.pdf>, consulté en janvier 2016

¹⁰⁰ Le CUSM tout comme l’AMT est assujéti en tant qu’employeur à la loi assurant l’exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale et à ce titre doit produire un rapport annuel que l’OPHQ ne semble pas avoir à sa disposition.
<https://www.ophq.gouv.qc.ca/plans-daction/ministeres-et-organismes-publics-assujettis-a-larticle-611-de-la-loi.html?L=0> consulté en mai 2016

¹⁰¹ Ce rapport dont il a été question dans le chapitre 6 des résultats est élaboré suite à la demande par le ministre de la santé et des services sociaux de l’analyse des projets déposés par les deux centres hospitaliers fin 2003. Il s’agit d’une étape déterminante pour ces deux projets hospitaliers qui pose un certain nombre de recommandations quant aux futurs déploiements

porte sur la prise en compte du vieillissement de la population qui fréquente ces hôpitaux. Le vieillissement y est vu sous l'angle de l'augmentation de la complexité des soins et des coûts afférents. Il est abordé uniquement sous l'angle médical et sans qu'il soit fait de lien explicite avec les modes de transport pour accéder à l'hôpital, bien que des problèmes d'accessibilité aient été soulevés pour les piétons et que des recommandations portent spécifiquement sur les enjeux d'intégration urbaine. Par ailleurs il s'agit de recommandations et non d'exigences.

« [A propos du vieillissement de la population] Cet important changement démographique aura inévitablement des conséquences sur l'organisation des soins prodigués aux patients. Au vieillissement accéléré de la population s'ajoute la « chronicisation » de la maladie [...]. Ce sont des maladies complexes qui requièrent un plus grand volume, une plus grande intensité et une plus grande variété de services, donc des services plus coûteux généralement offerts par différents spécialistes » (Commission d'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill, 2004, p. 21).

Le guide de performance établi par le MSSS en 2008 (Corporation d'hébergement du Québec et Modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal, 2008) pour la modernisation des centres hospitaliers universitaires est présenté sur le site du MSSS dédié à la modernisation des CHU¹⁰² comme « l'outil de référence de base pour la planification et la conception des projets ». Il définit les critères de conception et les principes d'aménagement minimaux à respecter par les hôpitaux dans leurs programmes fonctionnels et techniques et dans leurs appels à proposition. Il ne prend pas en compte de façon spécifique le vieillissement des usagers dans ses principes directeurs et les ajustements à faire en conséquence dans le milieu hospitalier, contrairement aux préconisations du rapport de la commission évoqué précédemment.

Par contre, l'accessibilité universelle fait partie des principes directeurs du guide et se traduit par des critères de conception, visant surtout les entrées principales des hôpitaux, les salles de bain et certains comptoirs d'accueil. Il faut noter que le concept d'accessibilité n'y est cependant pas défini et que les principes de signalétique et d'orientation sont abordés distinctement de ceux d'accessibilité universelle.

¹⁰² http://construction3chu.msss.gouv.qc.ca/fr_performance.phtml

En outre, en 2010, le gouvernement lance la démarche « Approche adaptée à la personne âgée » (AAPA) en milieu hospitalier, qui est reprise en 2012 dans une des actions sous la responsabilité du MSSS dans la politique *Vieillir et vivre ensemble*. Il s'agit d'une démarche clinique visant à éviter la détérioration de la santé des aînés imputable à leur hospitalisation et qui vise non seulement les pratiques cliniques, mais aussi l'aménagement des lieux, intérieur plus particulièrement. Les aînés dont il est question ici sont les patients de l'hôpital.

Dès 2011, cette démarche entraîne une autre au CUSM, dite la démarche « Hôpital ami des aînés ». Les entrevues réalisées auprès de membres du CUSM montrent que les aménagements proposés pour le CUSM sont aussi pensés en fonction des visiteurs et des bénévoles aînés et non seulement en fonction des patients. Les aménagements pour les patients sont cependant perçus comme couvrant les besoins des bénévoles notamment.

Il n'a pas été possible dans le cadre de la thèse de savoir si des représentants du comité des usagers ont pu participer à la mise en place de la démarche hôpital ami des aînés. Les résultats des entrevues auprès des professionnels impliqués dans ces démarches (chapitre 7) ont montré toutefois que les représentations des aînés qui y sont associées sont des représentations d'aînés fragiles et objets de la démarche plutôt qu'acteurs dans sa conception. Ces deux démarches (AAPA et Hôpital ami des aînés) ne mènent pas cependant à la mise à jour du guide de performance des CHU, alors que certains aménagements pourraient fournir une meilleure adaptation de leurs environnements aux patients.

9.4.2 Dispositions à agir et capacités techniques en lien avec la prise en compte du vieillissement

Plusieurs ressources et pratiques favorables à la prise en compte des aînés dans les projets d'aménagement du CUSM ont été recensées au cours des entrevues ou de l'analyse documentaire (Tableau XXXV). La démarche hôpital ami des aînés bénéficie du soutien financier du gouvernement, avec un financement de 300 000 dollars¹⁰³ sur trois ans, afin de constituer un bureau dédié à son développement.

¹⁰³ <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/ministere/centre-presse/Nouvelles/Pages/nouvelle-2011-06-20-1.aspx>

Consulté en janvier 2016

Tableau XXXV. Ressources et pratiques favorables à la prise en compte des aînés dans les projets d'aménagement du CUSM

CUSM	
Ressources dédiées à la prise en compte des usagers aînés	
Haute direction	Démarche Hôpital Ami des Aînés portée par la direction
Ressources internes spécialisées	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau de projet Hôpital ami des aînés - Chargé de projet Hôpital ami des aînés et équipes de travail - Correspondant dans l'équipe de redéploiement du CUSM
Autres ressources internes	Chargé de projet signalétique.
Ressources financières	300 000 dollars dans le cadre du programme de Soutien aux initiatives visant le respect des aînés (SIRA 2010-2011) ^{104.105} affecté à la création d'un bureau de projet.
Dispositifs participatif	<ul style="list-style-type: none"> - La participation des représentants du comité des usagers à la démarche hôpital ami des aînés n'a pas pu être documentée durant la thèse. - Consultation et séances de simulations avec des travailleurs de l'hôpital pour la conception de certaines parties de l'hôpital (chambres, blocs cliniques, etc.).
Pratiques favorables à la pris en compte des usagers-clients aînés	
Sensibilisation	Sensibilisation de l'ensemble du personnel hospitalier quant aux besoins des usagers aînés
Simulations	Tests signalétique (intérieur hôpital et sur le site)

Le CUSM, afin de s'assurer que son programme fonctionnel et technique réponde bien aux nouvelles exigences de cette démarche a mis en place une série de mesures, comme documenté lors des entrevues. Parmi ces mesures, des membres de l'équipe de redéploiement de l'hôpital participent aux réunions de travail consacrées à l'aménagement des lieux avec les équipes en charge de la démarche « Hôpital ami des aînés ». Les responsables du projet signalétique invitent aussi des membres de l'équipe « Hôpital ami des aînés » à se joindre à eux dans certaines réunions. Cependant malgré la présence d'un chargé de projet « Hôpital ami des aînés », le lien entre cette démarche et le projet Vendôme n'est pas établi lors de l'étude de faisabilité.

¹⁰⁴ a été remplacé par le programme Québec ami des aînés (QADA)

¹⁰⁵ <https://cusm.ca/newsroom/nouvelles/hopitaux-ami-aines>

En termes de participation des usagers-travailleurs, le CUSM a selon plusieurs interlocuteurs, ainsi qu'au vu de la documentation disponible, fait notamment appel aux usagers lors des simulations préambules à l'établissement du guide de performance des CHU. Comme déjà mentionné, la recherche n'a pas permis de savoir si ces pratiques s'étendent aux représentants des usagers-patients, et plus particulièrement à des représentants d'aînés, mais il s'agit d'un indice possiblement favorable, étant donné que ces pratiques existent déjà pour d'autres catégories d'usagers.

Enfin, en ce qui concerne l'accessibilité universelle, si elle est mentionnée dans le guide de performance, il n'existe pas de ressources dédiées à l'interne, contrairement à la STM et à l'AMT. Par contre, un effort important est mis sur le déploiement d'une signalétique qui facilite l'orientation des patients et de leurs familles.

9.5 Quels sont les enjeux sur lesquels les parties prenantes essaient d'influencer les choix du projet ?

Au regard de l'historique de développement du nouveau CUSM et du projet Vendôme, le développement de l'intérêt porté au vieillissement et à l'accessibilité universelle dans la société civile du territoire émerge tardivement dans le processus. Le vieillissement est un enjeu périphérique aux enjeux sur lesquels les parties prenantes issues de la société civile tentent d'influencer les choix à ce stade du projet.

9.5.1 Enjeux soulevés lors des consultations de l'OCPM

En 2005, le pré-concept du déploiement du CUSM est présenté à l'OCPM¹⁰⁶. Le rapport final souligne l'intérêt très clair des citoyens pour l'implantation du projet hospitalier, mais aussi leurs préoccupations concernant les accès piétonniers au site.

Les attentes des citoyens ainsi que des organisations ayant pris part à la consultation de 2005, envers l'hôpital et ses partenaires AMT et STM, concernent entre autres la possibilité de

¹⁰⁶ L'implantation du site Glen du nouveau CUSM est en partie sur l'arrondissement de Côte des Neiges- Notre Dame de Grâce. Selon un règlement municipal, l'implantation de l'hôpital devait faire l'objet d'une audience publique placée sous la responsabilité de l'OCPM étant donné les modifications à apporter au plan d'urbanisme de Montréal et au règlement d'urbanisme de l'arrondissement.

désenclaver le site et de développer des accès qui soient plus favorables aux piétons et à l'usage du transport en commun pour s'y rendre à partir de la station Vendôme.

Le rapport reprend les principales contributions faites lors de la consultation et propose des recommandations vis-à-vis du projet. Sur les treize recommandations, huit portent sur des enjeux d'intégration urbaine au site et d'accessibilité, dont deux en lien avec l'accessibilité piétonne et le réaménagement du nord du site Glen et des abords de la station Vendôme.

Le raccordement du CUSM avec son environnement urbain, tout particulièrement avec la station Vendôme, est montré du doigt, sous l'angle de la « convivialité » des accès, sans que ce terme soit clairement défini.

« Les déficiences les plus importantes [en termes d'aménagement] touchent les liens entre le campus Glen et le secteur urbain adjacent, notamment autour de la station Vendôme » (OCPM, 2005, p. 2)¹⁰⁷.

Ce rapport ne fait toutefois aucunement mention des stratégies éventuelles à adopter dans le cadre du vieillissement de la population et de son accès à l'hôpital et aucune mention n'y est faite non plus des problèmes d'accessibilité universelle à l'hôpital.

Ces enjeux se répètent lors d'une seconde consultation publique en 2013¹⁰⁸. Huit ans plus tard, alors que l'hôpital est déjà en phase de construction les abords de l'hôpital sont encore considérés comme étant problématiques. Lors de cette consultation, l'attention se tourne plus fortement vers le projet Vendôme. En effet, ce projet pourrait répondre à plusieurs problèmes identifiés lors des consultations, en lien avec le manque d'accessibilité universelle, le manque d'accès piétonnier au site ainsi que la nécessité d'une visibilité accrue de l'hôpital en arrivant aux alentours de la station Vendôme. Certains demandent en effet une « empreinte identitaire forte » qui annonce l'arrivée à l'hôpital, pour donner de la visibilité à l'hôpital mais aussi faciliter l'orientation des usagers par des repères visuels forts. Le fait qu'il n'ait pas encore été réalisé en 2013 fait toutefois partie intégrante des problèmes récurrents d'accès à l'hôpital.

¹⁰⁷ Rapport final de la consultation menée en 2005 sur l'implantation du CUSM

¹⁰⁸ Cette consultation concerne un quartier adjacent au CUSM (quartier st Raymond) et les abords du CUSM

Les abords du métro Vendôme font l'objet d'un paragraphe spécifique (2.2.4) dans le rapport final portant sur les préoccupations des participants qui s'inquiètent de la mise en place de liens accessibles, notamment pour les aînés, considérés comme des personnes à mobilité réduite.

« Les abords du métro Vendôme. Nombreux sont ceux qui ont souligné que l'implantation d'un 2^e édicule à la station de métro Vendôme, universellement accessible pour les personnes à mobilité réduite et pour les personnes âgées en particulier, représente une condition majeure d'insertion du CUSM dans le milieu et que sa construction est urgente » (OCPM, 2013b, p. 4)¹⁰⁹.

La teneur des conclusions du rapport est sans doute à mettre en lien avec l'augmentation de l'intérêt citoyen autour du projet, manifesté au travers de l'augmentation du nombre de participants ayant déposé des mémoires ainsi qu'avec la composition des parties prenantes intéressées. Deux organismes représentant les aînés, l'un en provenance du territoire (Conseil des aînés de Notre Dame de Grâce) et l'autre pan-montréalais (la TCAIM) participent à la consultation. Le Conseil des aînés insiste sur la nécessité d'intégrer les besoins des aînés au projet et notamment de mettre en place un « réflexe aîné »¹¹⁰, pour ceux souffrant de diverses limitations fonctionnelles ou cognitives, mais aussi ne parlant pas français, dans un territoire où une grande partie de la population est anglophone.

“We would like to emphasize our hope that a central concern for the developers of this project [le CUSM] will be to maximize accessibility for seniors who live with a wide range of disabilities. This means imagining that the user of every space might be for example an arthritic man who cannot see well and shuffles slowly with a walker, an 80 years old unilingual Anglophone who walks well with a cane but has confusion, or a baby boomer with spinal stenosis driving a scooter” (OCPM, 2013, p. 2).

9.5.2 Enjeux soulevés par la CIQ en lien avec le projet Vendôme

Une préoccupation partagée entre les membres de la CIQ est la nécessité de penser les raccordements de l'hôpital à son voisinage, aussi bien pour ses employés que pour ses patients pour qui il s'agit de maintenir des services au moins équivalents à ceux dont ils bénéficiaient au préalable avant la fusion des hôpitaux sur le site. L'accès à l'hôpital est un des enjeux traités par la table d'intégration urbaine de la CIQ mise en place suite à l'entente de 2011 entre la CIQ et le CUSM.

¹⁰⁹ <http://ocpm.qc.ca/sites/import.ocpm.aegirvps.net/files/rapport-saint-raymond.pdf>

¹¹⁰ La pertinence d'adopter un « réflexe aîné » est d'ailleurs un vocabulaire et une position exprimée de plus en plus par différents organismes dont la TCAIM et la Ville de Montréal, dépassant très largement le cadre du projet de liaison Vendôme.

« La question de l'accès [à pied ou en transport en commun] est assez importante parce que si on veut que les gens aient des emplois, il faut qu'ils puissent se rendre au site, si on veut qu'ils aient des services, il faut aussi qu'ils puissent se rendre au site. Ce sont des hôpitaux majeurs » (B1).

Spontanément, ce sont les employés, les visiteurs, les enfants et leurs familles qui utilisent des poussettes (pour des cas ne nécessitant pas de déplacement en urgence) qui sont mentionnés comme étant susceptibles d'emprunter les transports en commun pour se rendre à l'hôpital et non les aînés.

En termes d'accès, le raccordement à la station Vendôme est plus spécifiquement une des questions pour lesquelles le CUSM s'engageait dans l'entente de 2011 à consulter les membres de la CIQ. Lors des études de préféabilité la CIQ avait exprimé ses recommandations quant au fait que ce raccordement devait répondre aux besoins de personnes avec des contraintes de mobilité, possiblement désorientées et sensibles aux bousculades. Ceci recoupe un certain nombre de caractéristiques présentes dans le système de représentation de la vulnérabilité sans que celles-ci soient spécifiquement nommées.

« Une fois arrivé au métro, il faut qu'on puisse se rendre au site, donc en termes d'usagers qui ont toutes sortes de contraintes de mobilité, il faut que cela puisse se faire, que cet endroit-là ne soit pas non plus un espace étouffant, noir, sombre, dans lequel on peut pas s'orienter et où l'on ne se sent pas en sécurité. On avait dit, si c'est un tunnel et s'il est presque au niveau de la surface, peut-être qu'il y a des opportunités pour faire entrer de la lumière naturelle là-dedans. Dans une passerelle, on peut donner une vue. On avait dit, il faut que tout soit bien indiqué, que la signalisation on sache on s'en va où, qu'on puisse croiser des gens sans se faire bousculer. Donc on a toutes sortes de préoccupations et cela c'est dans les recommandations qu'on avait émises par rapport à la préféabilité » (B1).

Pour plusieurs membres de la CIQ ce raccordement est l'occasion de limiter les contraintes d'accès et de déplacement sur le site telles que les contraintes météorologiques : les intempéries rendent selon eux les accès piétons extérieurs plus difficiles tant que le tunnel de raccordement direct entre l'hôpital et la station Vendôme n'est pas réalisé. C'est aussi l'occasion plus largement de favoriser la « mobilité sur le site » (*mobility-on-site*), enjeu plus particulièrement porté par des membres ayant à cœur les conditions de vie des aînés.

Le concept de « mobilité sur le site » est centré sur des activités de déplacement pour accéder puis se déplacer dans le site. Il semble englober dans le discours des participants celui d'accessibilité universelle plutôt identifié comme propre à l'aménagement intérieur de l'hôpital.

“The hospital is doing Universal design for the most part. Within the buildings. I'm not here to argue the height of the toilets seats, it's not my job to tell them how to put the wall. [...] Universal design is barrier free, it has to do with signage and direction, with the height of toilettes, with the length of corridors and placement of elevators. No doors cells. It has to do with lighting, size, distance, access, doors, pandles

instead of turning, bathrooms that allows wheel chairs. Finally 8 years later the CUSM picked up the term. We were pushing it from the beginning” (B4).

Avec le concept de mobilité sur le site la CIQ porte l’attention sur les moyens à mettre à disposition des personnes pour circuler d’un point à l’autre du site, qu’il s’agisse des environnements intérieurs ou extérieurs, étant donné les distances qui sont à parcourir. Ces moyens recourent à la fois des environnements physiques (un tunnel pour protéger des intempéries, une signalétique appropriée pour s’orienter, des bancs pour se reposer) et éventuellement organisationnels (des fauteuils roulants à disposition avec du personnel, bien que cela semble une option peu porteuse pour certains ; des soins organisés pour minimiser les déplacements).

“What we're pushing now is on-site mobility, which is a means to manage, to get to one place to another. It's signage, distance, means of transportation. The metro is not set up for canes, wheelchairs. It's not set up for baby carriages... it's difficult or impossible. There has been, until now, no recognition in the design stages of the ability of your clientele and visitors to get around. How to enter on the site and when you're on the site, how do you go from one place to another, simply, quickly, effectively” (B4).

En tant que tel, le vieillissement ne fait pas partie des enjeux centraux identifiés dans les ententes ou discutés lors des rencontres CIQ-CUSM. Toutefois, l’entente de 2011, discutée entre la CIQ et le CUSM, statue que l’hôpital fait la promotion du transport actif et doit porter une attention particulière à certains usagers et à leurs besoins : « population âgée, malade, avec enfants », envisagés comme des « personnes à mobilité réduite ».

En fait, lorsque questionnés si une place particulière serait à accorder aux usagers aînés dans le projet Vendôme, une réponse est que les aînés amenés à fréquenter l’hôpital vont probablement être trop malades ou fragiles pour emprunter les transports en commun. La préoccupation est plutôt, une fois qu’ils seraient parvenus sur le site, de leur donner les moyens de se déplacer avec le minimum de fatigue, comme pour toute personne malade ou avec des *incapacités fréquentant l’hôpital*.

“[For you, elderly people are like a specific population that we have to take into account?] No, I would say, because the hospital covers both the Shrinners, cancer, and everything else, to me no. You're gonna have, the Shrinners, those children, some of them, at least, at the beginning of their treatment are not mobile, as an elderly person that can't walk. And not only that. When people are even weak, you may not have anything wrong with your arms and legs but if you're having cancer treatment and you feel very weak, you're not going to be able to walk ever. To get around easily. Maybe you're going to be taken in a wheelchair because you can't walk” (B3).

La problématique mise de l'avant est liée aux difficultés possiblement rencontrées par des personnes affaiblies ou avec des incapacités plutôt qu'à l'âge, sachant que l'âge est toutefois identifié comme un critère pouvant augmenter ces difficultés.

“On site mobility: that includes the all side indoors and outdoors, and a significant portion of the population, even because of the climate in this time of year, or because of lesser health, age...” (B4).

Toutefois, sur le territoire qui jouxte l'hôpital, il existe une forte proportion d'aînés qui habite dans les zones les plus défavorisées, à l'Ouest de St-Henri. Pour cette population à peu de revenus, il existera peu d'alternatives au métro pour venir à l'hôpital selon un des participants à l'étude. Étant donné le manque de ressources de proximité et le faible maillage des autobus sur ce territoire, cette population semble considérée comme une population qui n'aura pas d'autre choix que d'utiliser le métro pour se rendre à l'hôpital.

« Une des grandes choses qu'on a ciblé comme un problème c'est l'accès au site Glen pour les personnes qui habitent dans cette partie du quartier St-Henri. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont plus nombreuses dans l'Ouest du quartier St-Henri. C'est la partie la plus proche de l'échangeur Turcot. Presque la moitié des personnes aînées dans cette partie du quartier a 75 ans et plus. C'est une partie du quartier où les loyers sont moins chers. Ce secteur 82 et 84, ce sont ces deux secteurs-là qui sont plus forts dans toutes sortes d'indices de défavorisation. Ce secteur-là est très loin de beaucoup de services. La desserte en transport collectif est vraiment faible. Aussi, le grand problème c'est l'échangeur Turcot. [...] Cela va être une catastrophe totale, un mur. Une barrière de 5 étages de haut avec des tunnels de 100 m. C'est une des plus grandes barrières qu'on peut concevoir dans un milieu urbain pour ces personnes-là et en plus il y a une falaise et une côte à monter. Pour tous ceux habitant dans ce secteur, il y a un problème d'accessibilité physique. Donc pour tout le monde, même s'il habite dans ce secteur, même 50 mètres de l'hôpital, c'est d'aller au métro St Henri, d'aller au métro Vendôme, et de marcher » (B2).

Ce questionnement fait écho aux interrogations quant aux accès aux soins pour les plus défavorisés qui auraient peu de revenus, ne seraient pas admissibles au transport adapté et seraient isolés socialement.

“It's sick people, maybe they can walk but not very far. If you don' have the money for taxi, what else would they do, or having family. The worst have no choice, they got to take a taxi. Even with the bus, they will need to take the shadow buses. Sidewalks with ice, she knows how it's like to be in incapacity, even if she has a car, or taking a taxi. What do you do with somebody having no help at all. What do you do with stroller and not being able to walk a lot, and she has to go three times a week? If you are not able to drive by car, what do you do? That's why we are concerned by these types of issues” (B3).

Dans l'attente de la mise en place d'une liaison universellement accessible qui leur permettrait, éventuellement, de venir à l'hôpital quoique la question de la mobilité sur le site reste entière par la suite, plusieurs membres se questionnent sur les options qui s'offrent réellement à ces personnes pour accéder aux soins délivrés par l'hôpital. L'annexe 14 reprend de larges extraits d'une entrevue qui résume les différents points évoqués précédemment.

9.5.3 Les enjeux soulevés via le comité de bon voisinage

Le comité est un dispositif qui a duré quatre ans (2010-2014), le temps des travaux de construction du CUSM. Certains citoyens sont présents depuis le début comme certains membres de la CIQ qui ne portent pas alors le « chapeau » CIQ lors de leurs interventions. La participation décroît fortement, en lien avec l'avancement des travaux, à partir de 2013. En 2014, on voit une recrudescence de la participation, suite à la présentation du concept de la liaison Vendôme qui a suscité beaucoup de remous dans la presse autour de la prise de conscience que le CUSM ne serait pas universellement accessible lors de son démarrage.

Les thèmes de discussion prescrits à l'ordre du jour et qui occupent la majorité des séances portent sur les travaux municipaux, les travaux du MTQ, les travaux sur le site Glen et les travaux menés ponctuellement par l'AMT durant le temps des travaux du CUSM. Les figures d'usager mobilisés dans le discours par les citoyens lors de leurs interventions sont réparties en deux catégories : les « agresseurs » incarnés par les travailleurs de la construction qui se déplacent en automobile, se stationnent aux alentours du site et représenteraient un danger pour les autres usagers en sortant du site ; les usagers vulnérables de par leur mode de déplacement (piétons ou cyclistes) et de par leur âge (jeunes ou vieux).

Cependant les citoyens qui participent détournent le dispositif en allant certaines fois chercher des informations complémentaires sur d'autres points, sans toujours obtenir de réponse et en se faisant à l'occasion rappeler à l'ordre par le médiateur de l'activité. Dans certains cas ces tentatives sont le fait de représentants de groupes communautaires qui interagissent par ailleurs par d'autres canaux avec l'hôpital.

A quatre reprises, la liaison site-métro est abordée par les participants, dont une fois à partir d'une discussion initiée par le CUSM qui tient les personnes présentes au courant de l'avancée dans le dossier de la liaison Vendôme. Les enjeux évoqués portent alors sur la sécurité des piétons aux abords du site Glen et du métro, et concernent plus particulièrement les enfants, les aînés et les adolescents. Les futurs accès au site, tant qu'une seconde entrée ne sera pas construite et les abords du site au cours des travaux, sont soulignés comme plus particulièrement difficiles pour les personnes avec des déficiences, les familles et les aînés.

Les enjeux en lien avec les aînés sont très faiblement présents dans les discussions. Les aînés sont évoqués une première fois en 2011 à propos d’une traverse peu sécuritaire à cause des travaux en cours. Ils sont associés à des piétons d’autres groupes d’âges tels que les enfants dans les discours. Les temps de traversée particuliers des aînés ne sont pas évoqués ni pourquoi des aînés traversent à cet endroit-là plus spécifiquement.

Ils sont évoqués une seconde fois en 2014 à propos des accès au site depuis le métro dans une discussion qui porte aussi sur les personnes avec des déficiences et les personnes à mobilité réduite. C’est d’ailleurs la première fois depuis 2010 que la discussion portant sur l’accessibilité des transports en commun émerge.

Auparavant, la mention de ces personnes était relative aux places de stationnement sur le site, avec la conception implicite que les personnes à mobilité réduite se rendaient à l’hôpital en voiture. La citoyenne qui pose la question est aussi membre du CIQ et porte la problématique de “*mobility on site*”. Elle est secondée dans sa question par la représentante du conseil des aînés qui fait l’amalgame dans son intervention entre aînés et personnes à mobilité réduite.

9.5.4 Les systèmes de représentation mobilisés par les parties prenantes issues de la société civile

Le système de représentation qui émerge au travers des différents dispositifs de participation correspond principalement au système vulnérabilité et à la marge au système fragilité, du fait de considérations en lien avec l’environnement hospitalier ou la maladie (Tableau XXXVI).

Tableau XXXVI. Caractéristiques des systèmes de représentation évoqués dans les trois dispositifs de participation étudiés

	OCPM	CIQ	Comité de bon voisinage
Figures d’aînés mobilisées	Vulnérables physiquement et culturellement (langue) <ul style="list-style-type: none"> - Piétons - Usagers des transports en commun 	Vulnérables physiquement, socialement, financièrement <ul style="list-style-type: none"> - Piétons - Usagers des transports en commun - Personnes à mobilité réduite - Malades 	Vulnérables physiquement <ul style="list-style-type: none"> - Piétons - Usagers des transports en commun - Personne à mobilité réduite

	OCPM	CIQ	Comité de bon voisinage
Activités	Se déplacer : aller à l'hôpital Se reposer le long du parcours S'orienter	Se déplacer pour aller à l'hôpital depuis différents quartiers. Se reposer le long du parcours S'orienter Se déplacer sur le site de l'hôpital	Se déplacer : traverser une rue, prendre le métro, se rendre à l'hôpital
Environnement	<u>Environnement physique intérieur et extérieur</u> Présence d'obstacles : dangerosité, difficulté d'accès physiques, communication en une seule langue, distances de marche Ressources à développer : accessibilité universelle, bancs, lumières, dispositifs limitant la marche, signalétique et bilinguisme des informations, etc.	<u>Environnement physique intérieur et extérieur</u> Présence d'obstacles : distances de marche hors et dans le site, intempéries, dangerosité (tunnel), présence de marches, etc. Ressources à développer : accessibilité universelle, signalétique, bancs, lumières, dispositifs limitant la marche, etc. <u>Environnement social</u> : accompagnement communautaire et familial vs solitude, autres usagers ou résidents hostiles.	<u>Environnement physique extérieur</u> Hostile : Présence d'obstacles : dangerosité, difficultés d'accès physique Environnement social : autres usagers hostiles (voitures).

Dans les trois dispositifs, au sein desquels la problématique du vieillissement n'est pas centrale, les aînés sont associés la plupart du temps à des activités de déplacements dans des environnements hostiles qui ne favorisent pas l'accès à l'hôpital. Il n'est pas étonnant que ces points de vue se recoupent étant donné, notamment, la présence dans ces trois dispositifs de mêmes citoyens cherchant à multiplier leurs interventions dans des tribunes différentes.

Les aînés sont envisagés comme des piétons ou des usagers du transport en commun (métro, bus près de la station Vendôme) et associés aux situations de dangerosité, de difficultés d'accès et de fatigue.

« Mme JUDY GOLD, commissaire : J'aimerais aussi vous remercier de l'excellent travail de sensibilisation auprès de la commission sur la nécessité d'adopter ce réflexe aîné que vous mentionnez dans le mémoire

M. PETER JACOBS, commissaire : Si je peux ajouter aussi le fait que cela rejoint pas mal certains des propos de la commission scolaire par rapport à des petits enfants qui ont eux aussi des besoins de sécurité et de transit sécuritaire ». (OCPM, 2013a, p. 23)¹¹¹.

Bien que leurs limitations physiques (se déplacent plus lentement, se fatiguent plus vite, sont malades) soient évoquées et que des solutions en lien avec l'environnement soient proposées (mettre des bancs par exemple), certaines caractéristiques physiologiques des systèmes de vulnérabilité sont absentes, telles que l'incontinence accrue et la nécessité de disposer de toilettes publiques. Les points de vue évoqués ne se limitent pas toutefois aux caractéristiques physiques : ils abordent les dimensions culturelles des personnes (au travers de l'utilisation de l'anglais), sociale et financière.

« Il serait utile pour de nombreuses personnes âgées si, en plus des ascenseurs, ce passage à l'hôpital ainsi que tous les longs passages à l'intérieur des terrains de l'hôpital il y avait un tapis roulant, beaucoup de bancs pour se reposer par exemple dans les longs couloirs, à côté des ascenseurs, au long des trottoirs dans les rues et en plein air sur le campus Glen. Des sièges clairement désignés pour les personnes âgées et handicapées. Aussi, des textes sur les panneaux, assez grands, en français et aussi en anglais » (OCPM, 2013a, p. 23)¹¹².

La figure des aînés citoyens apparaît indirectement dans la mesure où ceux qui mettent de l'avant des préoccupations en lien avec les aînés sont eux-mêmes aînés ou représentants d'organismes travaillant pour et avec les aînés.

Les activités évoquées sont en lien avec des déplacements et des parcours (traverser une rue, aller à l'hôpital, prendre le métro). Parfois l'analyse montre qu'il y a une préoccupation d'activité empêchée (comment faire pour se rendre à l'hôpital pour des personnes vivant des limitations) s'il n'y a pas de ressources dans l'environnement (comme disposer d'un parcours universellement accessible). Un scénario d'activité est alors envisagé à la fois par des citoyens s'exprimant dans le comité de bon voisinage ou dans la CIQ (prendre une navette affrétée par l'hôpital en attendant la création de la liaison Vendôme). La solution est donnée via un changement dans les ressources à disposition dans l'environnement.

En termes d'activités, la CIQ et les participants à l'OCPM se préoccupent non seulement de l'accès au site mais aussi des déplacements une fois sur le site. Les membres de la CIQ évoquent des scénarios d'activités précis dans lesquels les usagers se déplacent explicitement dans des

¹¹¹ Échanges menés entre les commissaires de l'OCPM, transcription de la séance du 18 mars 2013

¹¹² Présentation orale du conseil des aînés de Notre Dame de Grâce, transcription de la séance d'audition du 18 mars 2013

espaces intérieurs ou extérieurs et au travers de lieux sous la responsabilité de divers acteurs (Ville, STM-AMT et hôpital). Ce sont aussi les seuls à évoquer les aînés sous l'angle de la maladie qui les amène à fréquenter l'hôpital et à évoquer l'organisation hospitalière qui devra assurer leur prise en charge.

Tout comme dans le système de vulnérabilité les aînés sont évoqués hors de toute activités sociales : ils ne sont ni travailleurs, ni bénévoles, ni grands-parents ou visiteurs de leurs proches.

Les environnements proposés visent à diminuer les obstacles et dégager de nouvelles ressources pour favoriser la mobilité, notamment via le développement de transports universellement accessibles. Les environnements proposés pour répondre aux capacités des aînés dépassent la simple mise à disposition des ascenseurs mais visent aussi à permettre le repos, faciliter les accès avec des trottoirs roulants notamment mais aussi à s'orienter (par la forme générale du parcours, la présence de lumière naturelle dans le tunnel, etc.).

Bien que certains évoquent des préoccupations envers la signalétique pour des aînés anglophones, c'est un thème qui reste cependant minoritaire.

9.5.5 Capacités techniques et politiques

Le rapport final de l'OCPM en 2013 met en lumière le déséquilibre de pouvoir important entre des organisations publiques telles que la STM, le CUSM et l'AMT et des citoyens ou des organisations communautaires sur le territoire. Les recommandations faites dans le rapport final visent à plus de transparence et d'association avec la société civile. Les conclusions du rapport font écho aux multiples tentatives de la CIQ pour participer de plus près au processus de conception de l'hôpital, qui se sont traduites par des validations et simulations ponctuelles dans des « charrettes » de design, sans qu'il soit possible de dire dans le cadre de cette étude si cette participation a influencé ou non le processus de conception.

Comme illustré précédemment, la CIQ portait des préoccupations relatives à la marchabilité sur le site et à la signalétique, qui s'expriment tous deux pour une population très large de patients susceptible de fréquenter l'hôpital. La CIQ a été accompagnée par l'ARUC méga projets au service des communautés pour trouver des ressources externes qui leur permettraient de porter un regard critique sur les propositions de l'hôpital dans ce cadre. Malheureusement pour des

questions budgétaires, l'accompagnement n'a pas pu se réaliser. Les organisations du territoire ont ainsi un déficit en termes de capacités techniques et financières qui vient s'ajouter au manque de capacité politique. Il leur faut faire des choix en termes de demandes d'intervention.

“You have to realize we only have an hour and a half meeting with them every two months. So you have to prioritize what you think is the most important at that meeting. The thing is, transit has been the main thing until now. So we are now worried about this 24-7 pharmacy” (B3).

Les enjeux de la CIQ s'articulent autour de scénarios d'activités pour les futurs usagers de l'hôpital. Ces scénarios mettent l'accent sur des situations spécifiques, pour les patients de l'hôpital et pour des franges de la population en situation de vulnérabilité financière et sociale importante et pour lesquels certaines réponses à apporter dépassent sans doute la responsabilité du CUSM. Ils ont toutefois l'avantage de rendre très concrètes les problématiques de réalisation des activités futures, non seulement pour accéder au site mais aussi pour s'y déplacer. Ces scénarios semblent rencontrer peu d'échos auprès des promoteurs du projet Vendôme qui sont plutôt dans des préoccupations d'ordre technique, pour accommoder des flux d'utilisateurs et non des situations particulières et pour qui le projet Vendôme est un projet traité de façon distincte des projets d'aménagement de l'hôpital et de son site d'implantation en tant que tel.

Il est intéressant de noter qu'à partir du moment où le projet Vendôme est plus largement exposé dans les médias provinciaux, les parties prenantes intéressées au projet commencent à dépasser le cadre territorial, menant peu à peu à une mobilisation plus large. Une synergie tardive s'est ainsi faite avec des représentants d'aînés ou de personnes avec des limitations fonctionnelles en 2014, alors qu'il est devenu évident publiquement que l'hôpital ne disposerait pas d'un accès universellement accessible pour son ouverture. La pression citoyenne et communautaire en faveur d'une entrée universellement accessible à l'hôpital prend la forme en mai 2014 d'une pétition, « Vendôme pour tous », initiée par la TCAIM qui représente les intérêts des aînés et qui interpelle le gouvernement du Québec pour assurer les fonds au projet de création de la liaison Vendôme.

« Nous, citoyenNEs et groupes de la société civile, futurs usagers et usagères du nouveau CUSM, considérons que **l'absence de lien direct universellement accessible est inacceptable**. La construction d'une deuxième entrée doit avoir lieu dans les plus brefs délais. **Nous exigeons un engagement financier formel du gouvernement du Québec** » (pétition Vendôme pour tous)¹¹³.

<https://groups.google.com/forum/#!msg/rqiiac/7ORjaNDIAS8/zdyetoFwUaIJ>

La pression de la TCAIM à l'égard de la municipalité et du gouvernement s'est maintenue à l'occasion de la consultation publique sur le schéma d'aménagement et de développement de l'agglomération de Montréal. Elle n'hésite pas à parler « d'erreur magistrale » ayant conduit à la construction d'équipements collectifs d'envergure sans prendre en compte leur accessibilité universelle dès le démarrage.

« La TCAIM note que le SAD est très évasif sur les défis d'accès au CUSM depuis le réseau de métro. [...] La TCAIM est très inquiète pour les usagers captifs du transport en commun pour se rendre au CUSM. [...] Pourtant, lors de la planification, la totalité des parties-prenantes avaient identifié une seule solution viable pour résoudre le problème d'inaccessibilité au CUSM, c'est à-dire, la construction d'une deuxième entrée avec ascenseurs et d'un corridor piétonnier reliant la station de métro à l'hôpital. Il est donc stupéfiant que le gouvernement du Québec manque de volonté politique pour financer les infrastructures nécessaires et que le SAD ne relève pas cette incongruité. Pour la TCAIM qui est l'un des trois groupes instigateurs de la campagne « Vendôme pour tous », cette erreur magistrale ne doit plus se reproduire » (TCAIM, 2014, p. 9)¹¹⁴.

Vraisemblablement, les préoccupations en matière d'accessibilité ont lieu lorsque les parties prenantes issues de la société civile développent une idée plus concrète du projet et des environnements bâtis. Au départ, la localisation du CUSM semble garantir l'accessibilité, mais lorsque les parties prenantes de la société civile commencent à voir la forme que l'accès va prendre, elles découvrent que la proximité des réseaux ne veut pas dire nécessairement un accès aisé, d'autant plus pour les personnes à mobilité réduite.

Conclusion

Les résultats montrent que malgré un enjeu social fort autour de la prise en compte du vieillissement et de la nécessité d'un aménagement de l'environnement physique qui soit le plus inclusif possible, le vieillissement ne semble pas être une préoccupation spécifique pour les promoteurs au stade de l'étude de faisabilité. Il est appréhendé majoritairement au travers du prisme de l'accessibilité universelle, mais ses enjeux ne seraient traités que dans des étapes ultérieures du projet d'aménagement, alors que d'importants paramètres formels seront déjà établis.

Ce projet, outre les accès qu'il ouvre à l'hôpital, est aussi un projet de transport. Or le transport est identifié comme un maillon essentiel à la mobilité et à la participation sociale des aînés dans

¹¹⁴ Mémoire déposé par la TCAIM dans le cadre de la consultation publique pour le SAD, novembre 2014

la politique *Vivre et vieillir ensemble*, mais aussi dans le rapport Lalande qui la précède, ainsi que dans les documents les plus récents qui orientent les activités de la STM et de l'AMT.

« Il est essentiel que l'offre de services de transport soit adaptée, sécuritaire et accessible sur tout le territoire du Québec, pour que les aînés puissent accéder aux divers services et participer socialement » (Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, p. 40).

Il faut dire que, du fait du manque d'accessibilité et des horaires des lignes de train desservant la station Vendôme, la mise en accessibilité universelle présentera des intérêts marginaux pour les usagers utilisant les lignes de train et notamment les aînés. Ceci peut jouer en défaveur de l'intérêt porté aux aînés dans le projet. De plus, les horaires de train de cette ligne sont calqués sur des horaires de travail ¹¹⁵ : environ aux 20 min au départ de Vaudreuil vers Montréal entre 6h25 et 8h10 puis aux 20 minutes au départ de Lucien Lallier¹¹⁶ vers Vaudreuil entre 16h20 et 18h30, ce qui laisse peu de possibilités de se déplacer en train pour recevoir des soins à l'hôpital ou même pour décider de se déplacer à Montréal en dehors des heures de pointe, selon une stratégie privilégiée par les aînés, comme présenté dans la revue de littérature.

Par ailleurs, bien que certains dispositifs législatifs récents soient favorables à la prise en compte du vieillissement, ils arrivent tardivement vis-à-vis du projet, dont les concepts sont déjà figés autour de 2012. Les trois promoteurs du projet, de par leurs contextes externes particuliers et les caractéristiques de leurs organisations ont aussi évolué à des niveaux de maturité différents sur le plan de la prise en compte des usagers aînés, qu'il s'agisse de leurs ressources internes, des orientations proposées en termes d'aménagements de leur environnement physique ou des pratiques de collaboration avec des représentants d'usagers. Les démarches et politiques évoquées précédemment ont une incidence sur le développement des ressources internes de chacun des trois organismes ainsi que sur leurs pratiques. Seul le CUSM a développé un point de vue spécifique pour prendre en compte les usagers aînés, mais la démarche « Hôpital ami des aînés » demeure interne à l'hôpital, sans considération pour l'intégration urbaine et la qualité des liens à faire avec l'extérieur et donc sans lien avec la problématique du transport des aînés pour venir à l'hôpital.

¹¹⁵ <https://www.amt.qc.ca/Media/Default/pdf/section4/Horaires-Train/horaire-vh.pdf> consulté en mai 2016

¹¹⁶ Lucien Lallier est la station terminus à Montréal, juste après la station Vendôme

La prise en compte des besoins de leurs usagers âgés est, de par les ressources et pratiques en place, sans doute plus avancée à la STM et au CUSM qu'à l'AMT. Les résultats montrent aussi que la STM possède un avantage en ressources internes dédiées et d'engagement de la haute direction envers l'accessibilité universelle comparativement à ses deux partenaires, en plus de pratiques de collaboration ancrées avec les représentants des personnes avec limitations fonctionnelles et des représentants des âgés. Cette différence de maturité et de capacités n'est sans doute pas étrangère à l'absence, dans le projet Vendôme, de structures ou de ressources dédiées communes à la prise en compte des usagers âgés, ne serait-ce qu'en termes d'accessibilité universelle (tel qu'un chef de projet), bien qu'il s'agisse de l'un des principes fondateurs du projet. Par ailleurs, il n'existe aucun incitatif législatif en tant que tel, même dans la récente politique *Vivre et vieillir ensemble*, qui pourrait valoriser la collaboration entre ces organismes. Or la collaboration entre acteurs porteurs de visions différentes et appartenant à des organisations différentes, a été identifiée dans les entrevues comme un enjeu majeur dans les projets de développement de l'accessibilité universelle notamment.

Au travers de la documentation disponible et des entrevues, la STM et l'AMT abordent les usagers âgés à travers la recherche de principes d'aménagements pouvant favoriser leur **mobilité**. Les motifs de déplacement des âgés toutefois, en lien avec l'accès à des centres de santé, ne sont pas évoqués comme des motifs spécifiques. Chacune des organisations concernées possède donc sa propre lecture des enjeux de vieillissement.

Les figures mobilisées dans le projet se rapportent principalement à des déclinaisons des systèmes « vulnérabilité » et « fragilité », qu'il s'agisse des promoteurs du projet ou des parties prenantes. L'aspect relatif au système fragilité est à mettre en lien avec la participation des âgés dans le projet. La participation des usagers en tant « qu'experts » au projet de conception semble inexistante, si ce n'est dans d'autres projets menés par la STM et dont les résultats sont incorporés dans la conception sous forme de normes. Ces déclinaisons sont organisées autour d'âgés envisagés comme des personnes, voire des corps, à mobilité réduite ou trop fragiles pour se rendre à l'hôpital en transports en commun, des activités de type « déplacement » et de différentes conceptions de l'accessibilité universelle censée couvrir les besoins des âgés. Ces représentations laissent dans l'ombre des populations captives des réseaux de transports pour se rendre dans les centres hospitaliers.

Par ailleurs, il y a une certaine cohérence entre ce qui est véhiculé dans le projet et ce qui est véhiculé par le contexte du projet, notamment les parties prenantes de la société civile qui ne permettent pas de proposer une vision réellement alternative des besoins des aînés. Les représentations du vieillissement sont en majorité apparentées au système vulnérabilité, ne permettant pas de contrebalancer les représentations véhiculées par le projet Vendôme. Enfin, les capacités techniques et politiques pour influencer le projet semblent assez faibles selon l'analyse qui a été menée, même si une mobilisation citoyenne récente, en 2014, a dû contribuer à l'octroi du financement par le gouvernement pour réaliser le projet, passant des études de faisabilité à sa réalisation.

Dans la phase de faisabilité, le projet semble refermé sur lui-même, sans lien avec d'autres démarches menées dans l'hôpital, telle que la démarche amie des aînés. Ce constat alimente les risques déjà perçus lors de l'étude des organisations des partenaires du projet (STM, AMT, CUSM) et de leurs ministères respectifs qui mènent chacun des démarches intéressantes, mais en silos.

En termes de conception aussi le projet semble peu perméable aux communautés extérieures, avec peu de liens avec la communauté, si ce n'est au travers de présentations publiques et d'échanges ponctuels avec la CIQ. Étant donné la structuration du projet, les consultations ouvertes avec le grand public sont plutôt à ce stade des opérations de relations publiques que de réelle consultation (Arstein, 1969; Darses et Rezeau, 2004). La complexité des canaux de participation possibles avec les futurs usagers de la liaison et la relative « perplexité » quant aux modalités de participation, au-delà de la simple information, des membres promoteurs du projet sont peut-être des pistes d'explications. Par ailleurs, les marges de manœuvre financières des trois partenaires (CUSM, AMT et STM) pour réaliser le concept final préconisé étaient faibles au moment où l'étude de faisabilité du projet a été documentée, les obligeant sans doute à faire des choix en termes de gestion de projet. Ainsi l'organisation interne du projet ne disposait pas de ressources spécifiquement dédiées et transversales à l'accessibilité universelle dans le projet et à la participation des futurs usagers (dont les aînés).

Enfin, la durée du projet elle-même et les incertitudes financières ayant pesé sur celui-ci peuvent sans doute expliquer en partie l'intérêt tardif d'organisations pan montréalaises sur le projet, alors que ces organisations ont des historiques de collaboration avec la STM et l'AMT dans une

moindre mesure. Cette durée suppose des ressources à attribuer au projet, aussi bien en interne au groupe promoteur qu'en externe, en ce qui concerne les citoyens ou organisations qui veulent influencer le projet. Or les organisations communautaires possèdent peu de ressources et doivent établir des priorités en termes de participation aux projets d'aménagement. Les incertitudes financières ayant pesé sur le projet, celui-ci n'étant pas sûr de se réaliser, peuvent peut-être expliquer aussi en partie l'intérêt tardif apporté au projet par les représentants d'usagers en situation de handicap.

10 Le vieillissement en aménagement : une discussion

Ce chapitre reprend tout d'abord de manière globale les résultats de la thèse, en les discutant à la lumière des contextes spécifiques à chacune des organisations, des contraintes propres au projet et des capacités techniques et politiques d'influence des parties prenantes. Cette discussion offre ainsi un éclairage sur des défis concrets d'intégration du vieillissement et de l'hétérogénéité des aînés dans le projet Vendôme en particulier et dans des projets qui transforment l'environnement urbain en général, dans la perspective de l'ergonomie et du design urbain.

La discussion est aussi l'occasion de prendre du recul face au processus de recherche (section 10.2) et de revenir sur une des questions de la recherche (section 10.3), à savoir : le modèle d'analyse développé a-t-il été opérant pour examiner les conditions d'intégration d'un « réflexe aîné » dans le cadre du projet étudié ?

Enfin, après avoir évoqué deux pistes de recherche dans la section suivante, le chapitre conclut sur les limites de la recherche ainsi que les mesures prises au cours de celle-ci pour s'assurer de sa qualité.

10.1 Portée pratique de la recherche : défis de l'intégration du vieillissement dans un projet d'aménagement

10.1.1 Le projet Vendôme : un manque d'anticipation

Cette étude de cas contribue à mettre en lumière un manque d'anticipation et de moyens offerts de la part des organisations concernées et du gouvernement lors de l'intégration d'un projet majeur tel que le CUSM aux infrastructures de transport en commun adjacentes et à son environnement urbain. Ce manque de vision aura un effet particulièrement important sur une population diverse dont les besoins en termes d'accessibilité physique vont aller en grandissant dans un avenir immédiat (Transports Canada, 2005), du fait de la structure démographique des sociétés occidentales en général et du Québec en particulier (André, Payeur et Lachance, 2009). Par ailleurs, comme mentionné par l'un des participants à l'étude, la création de nouvelles

infrastructures universellement accessibles est nécessaire pour tout usager ayant des difficultés de mobilité (Audirac, 2008; Velez, 2011) et souhaitant réaliser des activités sociales (travailler, faire ses courses, aller au cinéma, participer à des activités de consultation, etc.) et non seulement pour les aînés. Certains auteurs ont même montré au travers d'études coûts-bénéfices exploratoires l'intérêt économique d'introduire des éléments d'accessibilité universelle pour l'ensemble des usagers du métro mais aussi pour les transporteurs, en permettant de diminuer les temps nécessaires pour les voyageurs pour descendre et monter des rames de métro (Karekla, Fujiyama et Tyler, 2011).

Ce manque d'anticipation est à discuter au regard de l'engagement du Canada envers une « société pour tous les âges » dans la déclaration de Madrid en 2002 et le tournant de la politique québécoise envers la prise en compte du vieillissement suite à la consultation publique de 2007 (MFA et MSSS, 2012) et des appels de la société civile pour une meilleure prise en compte des aînés dans la planification des transports (TCAIM, 2009, 2013).

L'accès aux transports en commun est pourtant désigné dans plusieurs politiques et documents officiels comme un maillon essentiel à la participation sociale et la santé de la population en général (Direction de santé publique- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006) et des aînés en particulier (MFA et MSSS, 2012; Organisation Mondiale de la Santé, 2002, 2007) ainsi que dans plusieurs écrits scientifiques (Broome, Worrall, Fleming et Boldy, 2013; Caradec, 2010, 2014; Clément, 2006). L'accessibilité de l'environnement physique (comprenant l'accessibilité des véhicules et des arrêts de transports publics, des espaces et des bâtiments publics) constitue l'un des huit indicateurs de base de la convivialité des villes à l'égard des aînés identifiés récemment par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2015) ayant un impact sur la qualité de vie des aînés.

Un tel constat renforce celui déjà fait auparavant par la direction de la santé publique de Montréal :

« En premier lieu, vu le rôle crucial du TEC [transport en commun] pour la vitalité économique de la métropole et la volonté de concrétiser un développement durable, les gouvernements supérieurs ont une responsabilité majeure pour faire du transport durable une véritable priorité : d'une part, le gouvernement fédéral qui, jusqu'à tout récemment, dépensait pour le transport routier au Québec environ quatre fois moins que ce qu'il en retirait et, d'autre part, le gouvernement du Québec, qui s'est toujours montré timide à l'idée de trancher résolument en faveur du TEC dans le cas de la région métropolitaine » (Direction de santé publique- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006, p. 106).

10.1.2 Le projet Vendôme : une opportunité manquée ?

La comparaison entre les ressources disponibles lors de l'ouverture du CUSM pour les personnes amenées à se rendre à pied à l'hôpital et celles disponibles lors de la conception du nouvel édicule montre une amélioration certaine du point de vue des capacités des usagers (cf. chapitre 4, section 4.1.2), bien que les parties prenantes du projet n'aient pas porté une telle préoccupation de façon explicite. La situation en 2015 (au moment de la rédaction de cette thèse doctorale, alors que le CUSM est déjà en fonctionnement), en est une d'exclusion sociale pour les aînés tels qu'envisagés dans le projet, *i.e.* avec des limitations en termes de mobilité. Elle est aussi génératrice d'exclusion pour les aînés ne disposant pas des moyens financiers pour se stationner à l'hôpital ni du réseau relationnel susceptible de les y amener. La situation, une fois le nouvel édicule de la station et le tunnel de raccordement au CUSM construit, diminuera les effets négatifs de l'influence de leur environnement sur les aînés (Tableau XXXVII).

Tableau XXXVII. La liaison Vendôme, une intervention vers l'augmentation des capacités des aînés

Environnements existants, envisagés et souhaités	Caractéristiques
Caractéristiques de l'environnement existant et parcours hors liaison Vendôme	<p>Inégalités d'accès à l'hôpital pour les aînés les plus vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarification du stationnement de l'hôpital <p>Parcours existant suite à l'implantation des mesures transitoires (2015) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parcours entre le Nord du site et l'hôpital non protégé des intempéries sur plusieurs sections : début de parcours à l'extérieur du métro, fin de parcours en arrivant à l'hôpital - Parcours nécessitant d'utiliser plusieurs escaliers depuis le métro, les rues aux alentours du métro et le train - Nouvelle entrée créée permettant d'accéder au tunnel de raccordement du CUSM depuis l'extérieur sans passer par l'édicule de métro <p>Ligne de train de banlieue Vaudreuil-Soulanges ne répondant pas aux critères d'accessibilité de l'AMT (2015)</p> <p>Quasi- ressources à disposition dans l'édicule existant et autour (2013)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence d'une carte du quartier dans l'édicule épinglée à l'envers. Numéros des autobus affichés sur les mauvaises sorties - Bancs extérieurs et lieux pour s'asseoir sur la place autour du métro non protégés des intempéries, certains en plein soleil.

Environnements existants, envisagés et souhaités	Caractéristiques
	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'abribus - Dans la station : présence de sièges et de lieux protégés des intempéries pour se reposer sans design spécifiquement adapté aux aînés vulnérables. Appuis ischiatiques sur les quais - Présence de toilettes dans les trains de l'AMT et à l'intérieur du CUSM ; non dans la station de métro-train de banlieue <p>Trame de train AMT non accessible universellement</p>
Caractéristiques environnement et parcours avec liaison Vendôme	<p>Parcours alternatif entre le Nord du site et l'hôpital protégé des intempéries à l'arrivée.</p> <p>Présence de bancs protégés des intempéries pour se reposer durant le trajet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas dans le tunnel de raccordement. Dans le nouvel édicule et sur les quais : pas d'informations. - A l'arrivée à l'hôpital : oui mais sans information sur la distance à parcourir dans l'hôpital pour trouver un lieu où s'asseoir ou des fauteuils roulants à disposition. <p>Parcours existant (2015) inchangé.</p> <p>Nouvelles ressources à disposition : implantation d'une nouvelle signalétique dans l'édicule.</p> <p>Autres ressources à disposition inchangées¹¹⁷.</p>
Caractéristiques environnement et parcours souhaités	<p>Présence d'apports de lumière du jour dans le tunnel pour faciliter l'orientation.</p> <p>Tapis roulants dans le tunnel pour diminuer la fatigue.</p> <p>Présence de fauteuils roulants et d'un espace dédié à proximité de l'arrivée et du départ du tunnel.</p> <p>Présence de toilettes publiques.</p> <p>Diminution des tarifs de stationnement.</p> <p>Signalétique claire et cohérente en passant dans les différents environnements sous la responsabilité de l'AMT, de la STM et du CUSM.</p> <p>Système d'information à disposition sur le site du CUSM sur l'état de fonctionnement des transports en commun</p>

Les propositions de bonification amenées par divers participants à l'étude amélioreraient l'expérience des aînés lors de leur utilisation de ce nouvel environnement. La dernière ligne du

¹¹⁷ Les informations à disposition au moment de l'étude de faisabilité ne permettent pas de savoir dans quelle mesure des modifications seront apportées autour de la station d'ici la construction du nouvel édicule

tableau met l'accent sur différents éléments de l'environnement qui auraient pu, dans une perspective développementale, augmenter le niveau de capacités des aînés, tout en restant dans une approche « aînés vulnérables ». En particulier, elle reprend une proposition consistant à disposer d'un système permettant à l'avance, pour les personnes qui vont partir de l'établissement hospitalier, de connaître l'état de fonctionnement des transports en commun, leur permettant ainsi de mettre en place des stratégies d'anticipation.

Cependant, tant que l'ensemble de la ligne de train et de métro ne sera pas complètement accessible et que les prix des stationnements hospitaliers n'auront pas diminué, les effets d'exclusion sociale liés à la mobilité (Féré, 2012) perdureront du fait d'une exclusion à la fois territoriale, économique et institutionnelle, en limitant l'accès aux services de santé (Billette et Lavoie, 2010; Billette, Lavoie, Séguin et Pevenage, 2012). Audirac (2008) souligne l'importance de penser les parcours universellement accessibles dans les planifications régionales des transports pour limiter ces effets de l'exclusion. Or l'étude du projet Vendôme a montré, en concordance avec la littérature (Alsnih et Hensher, 2003; Villard et Cerda, 2012), que les trains de l'AMT qui desservent la station Vendôme restaient dans une logique pendulaire défavorable à leur usage par les aînés et que si l'édicule Vendôme était un jour universellement accessible, cela ne serait pas le cas pour l'ensemble des édicules du métro, restreignant ainsi le « droit à la mobilité » (Asher, 2004) des aînés.

Par ailleurs, le projet Vendôme aurait pu être l'occasion de dépasser des dispositions des parties prenantes centrées sur des activités de déplacement en lien avec les capacités fonctionnelles des aînés (Wahl, Iwarsson et Oswald, 2012) pour favoriser d'autres types d'activités pour les aînés, passant du registre des « activités nécessaires » (Gehl, 1987) aux activités « optionnelles » et « sociales ». C'est un projet qui recèle un potentiel supérieur lorsqu'il est envisagé autrement que comme un « boyau » reliant deux infrastructures publiques : un potentiel de création d'un « réseau » d'environnements répondant à la variabilité des activités des usagers aînés envisagées dans les quatre systèmes de représentation évoqués au chapitre 7. En effet, une fois conçu, le nouvel édicule et la liaison piétonne avec l'hôpital pourraient entre autres :

- Favoriser la mobilité d'aînés dans les transports grâce à la conception de lieux universellement accessibles, ce qui est en lien avec l'objectif explicite du projet,

- Favoriser l'appropriation des espaces publics intérieurs et extérieurs de l'hôpital, dont les architectes chargés de son design ont mis en avant sa similitude avec le fonctionnement d'une ville, en misant sur la création d'espaces de répit ou de lieux agréables à fréquenter et procurant du plaisir (Stephens, Breheny et Mansvelt, 2014),
- Favoriser la participation sociale en donnant accès à de nouveaux lieux pour les aînés vulnérables grâce à un édicule universellement accessible,
- Favoriser l'engagement bénévole de ces aînés oubliés dans les systèmes de représentation, mais qui sont nombreux à intervenir en milieu hospitalier (Handy et Srinivasan, 2004; Rogers, Rogers et Boyd, 2013; Wymer et Starnes, 1999),
- Favoriser l'accès aux soins pour les aînés amenés à fréquenter l'hôpital (soit fragiles ou vulnérables) captifs des transports en commun, pour des raisons sociales, financières et liées à des questions de genre (Dupuis, Weiss et Wolfson, 2007; Turcotte, 2012).

Ce manque de vision du projet se reflète dans les figures d'aînés véhiculées par les différentes parties prenantes, et non seulement les membres du groupe promoteur, qui s'articulent autour de représentations d'aînés vulnérables ou fragiles et dans leurs dispositions : le groupe promoteur du projet ne voit pas la population des aînés comme une « cible » particulière du projet qui appellerait des aménagements spécifiques.

Ces représentations se placent dans un contexte où les usagers sont envisagés en termes de « flux » et n'intègrent pas des activités de répit, de flânage ou de contemplation qui pourraient avoir lieu aux abords de la station ou du CUSM. Ces résultats concordent avec d'autres études menées précédemment dans le domaine des transports (Chevrier, 1999; Clément, 2006; Espinasse, 2012; Villard et Cerda, 2012). Ils permettent de constater que c'est une logique de transport qui a prévalu dans le projet et non de mobilité au sens où, comme discuté dans la section 1.3 de la thèse, la mobilité s'envisage aussi comme un temps d'activités sociales (Sheller et Ury, 2006).

Les aînés semblent assimilés à la tranche des "*medium old*" et des "*oldest old*" (cf. chapitre 2, section 2.2.1). Or les attentes des aînés au regard des environnements urbains et de transport s'expriment différemment selon les catégories d'aînés concernées (sans toutefois se limiter aux

seuls aspects de l'âge puisque des critères sociaux et d'habitudes entrent aussi en ligne de compte) (Espinasse, 2012).

Les aînés ne sont pris en compte que dans la mesure où ils bénéficieraient de mesures qui facilitent l'accessibilité universelle. Autrement dit, l'utilisateur aîné est pris en compte uniquement lorsqu'il est question d'établir un seuil d'accessibilité commun à tous ceux ayant besoin d'assistance, pour reprendre les mots d'un participant. En assimilant notamment les aînés à la catégorie « personnes à mobilité réduite », une simplification s'opère et limite la prise en compte de leurs particularités (Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007). La présence de toilettes publiques accessibles dans la station par exemple n'est pas envisagée, alors qu'il s'agit d'une mesure souvent mise de l'avant pour faciliter les conditions de vie des aînés (Organisation Mondiale de la Santé, 2007; Ormerod *et al.*, 2015). Elles sont envisagées par certains auteurs comme un des maillons souvent manquant de la « chaîne de transport » (Hanson, 2004).

Par ailleurs, les démarches adaptées aux aînés en milieu hospitalier, en se préoccupant uniquement des stationnements et non pas des liens avec les transports en commun, évacuent aussi la frange de visiteurs ou de patients les plus vulnérables, notamment sur le plan financier. Si une personne âgée n'a pas le choix de se faire soigner, mais ne remplit pas tous les critères pour le transport adapté ou ne peut pas, pour une raison financière ou une autre, venir en voiture ou en taxi : que fait-elle ?

Pour des membres du groupe promoteur, faire silence sur les aînés se justifie par le fait que les aînés ne sont pas des utilisateurs de leur réseau. Ce traitement du vieillissement s'avère simpliste, voire myope à l'égard d'éventuels changements des modes de vie : pensons aux personnes qui auront plus de 65 ans dans 20 ou 30 ans et qui auront l'habitude d'utiliser le transport en commun, sans compter les aînés qui resteront en emploi beaucoup plus longtemps si l'âge de la retraite est reporté pour pallier à la pénurie de main d'œuvre anticipée. Ainsi, des usages sont envisagés sur un horizon temporel plutôt court, alors que le projet en question s'inscrit dans le long terme. Dans une certaine mesure, le projet se conçoit avec un regard rétrospectif (anciennes tendances) plutôt que prospectif (futures tendances).

10.1.3 Le projet Vendôme : enjeux d’intersectorialité et d’innovation

Les résultats précédents, en étant discutés au regard des contextes spécifiques à chacune des organisations, des contraintes propres au projet et des capacités techniques et politiques d’influence des parties prenantes, éclairent sur des défis concrets d’intégration du vieillissement et de l’hétérogénéité des aînés dans des projets ayant des impacts urbains importants. Ce point est d’autant plus intéressant qu’il s’agit d’un projet réunissant des organisations publiques dont les domaines d’activités (santé et transport) sont rarement abordés de concert.

L’intersectorialité est présentée par la politique québécoise *Vieillir et vivre ensemble* (2012) comme une pratique à développer pour répondre adéquatement aux besoins diversifiés des aînés. Les enseignements tirés du projet Vendôme qui mobilise des promoteurs en provenance du secteur des transports et du secteur hospitalier pourraient donc s’avérer utiles dans le cadre d’autres projets intersectoriels soutenus par cette politique, tels que les projets inscrits dans le programme Municipalités amies des aînés.

Or, les analyses du contexte du projet Vendôme et de son origine suggèrent que le traitement des interfaces physiques entre les infrastructures de transport et entre ces dernières et les infrastructures hospitalières est un « point aveugle » des politiques publiques. Il n’existe aucune ligne directrice gouvernementale sur la qualité des environnements à concevoir pour des projets impliquant plusieurs structures publiques, chacune fonctionnant de manière indépendante. Par ailleurs, chacun des organismes impliqués évolue dans son propre champ réglementaire et ses propres démarches qui lui imposent des obligations différentes en termes d’aménagement et, plus particulièrement, d’accessibilité physique.

Ces analyses montrent aussi que derrière un objectif commun de développer l’accessibilité universelle par le projet se lisent des compréhensions et des applications bien différentes du concept d’accessibilité universelle, en lien avec l’expérience des organismes sur ce sujet et leurs obligations réglementaires. L’influence de cette expérience ainsi que les pratiques antérieures de chacun ou encore leurs rôles professionnels influencent les représentations des acteurs impliqués dans le projet. C’est ainsi que pour des membres du projet le terme « accessibilité universelle » renvoie à des normes techniques à respecter ou à des objets particuliers (les ascenseurs, par exemple), alors que pour les membres de la STM le terme réfère non seulement

à des normes et dispositifs particuliers de communication et d'orientation, mais aussi à des processus de conception dans lesquels différents types d'utilisateurs participent activement. Une telle variabilité dans les pratiques fait aussi écho à l'ambiguïté de la notion d'accessibilité universelle (Rocque, Langevin, Chalghoumi et Ghorayeb, 2011) soulevée dans la première partie de la thèse (chapitres 1 et 2). Le fait de ne pas disposer, dans le projet, de ressources communes dédiées à la participation des utilisateurs et à l'accessibilité universelle ne permet pas d'en débattre.

Il est toutefois important de souligner le caractère innovant d'un tel projet au sein duquel trois organismes publics établissent des pratiques de collaboration alors que leurs ministères d'affiliation, leurs missions et leurs pratiques de gestion de projet individuelles sont différentes et ne partagent pas d'expériences antérieures de collaboration. Ce projet rompt avec des pratiques antérieures, ce qui est une des caractéristiques de l'innovation :

« [L'innovation se définit comme] la mise en œuvre d'un produit (bien ou service) ou d'un procédé nouveau ou sensiblement amélioré, d'une nouvelle méthode de commercialisation ou d'une nouvelle méthode organisationnelle dans les pratiques de l'entreprise, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures » (OCDE, Eurostat, 2005, p.54).

Le projet Vendôme est un projet atypique dans la gestion de projet d'au moins un des membres promoteurs qui a explicitement positionné le projet comme étant à l'écart de toute procédure classique. Cette collaboration se construit entre autres autour d'un objectif de développement d'infrastructures universellement accessibles, même si, au regard de ce qui a été développé auparavant dans le chapitre 9, cet objectif aurait sans doute mérité d'être assis sur une compréhension et des ressources dédiées communes.

En un sens le CUSM répond strictement aux objectifs qui lui ont été donnés par le gouvernement et qui sont énoncés dans la *fiche d'activité communication*¹¹⁸ du MSSS concernant la gestion de projet du CHUM et du CUSM. L'intersectorialité et l'innovation ont été propulsées ici par une « contrainte extérieure » (Reynaud, 1997, p. 101) identifiée comme « une des sources à l'origine de changement dans une organisation ».

¹¹⁸ <http://construction3chu.msss.gouv.qc.ca/aid=57.phtml> consulté en janvier 2016

Les auteurs dans le domaine de la SST identifient l'introduction d'une nouvelle loi ou d'un règlement en santé comme une contrainte extérieure qui peut faire évoluer les organisations. Ici ce n'est pas le cas, puisque cette recherche a montré que le projet était peu affecté dans sa temporalité par l'introduction de la politique québécoise sur la vieillesse. C'est la nécessité, en termes pragmatique et d'image, de raccorder l'hôpital qui est, en soi, une contrainte extérieure ayant forcé la collaboration entre des organisations (et des ministères) jusque-là peu habitués à se côtoyer. Une recommandation, pour les ministères concernés, pourrait être de capitaliser sur une telle expérience pour faire évoluer leurs façons de faire dans le futur.

10.1.4 Le projet Vendôme : enjeux autour de la participation

Cet enjeu d'intersectorialité peut aussi se lire comme un enjeu de participation. Les parties prenantes du projet sont regroupées autour de trois pôles (Dobbins, 2009) : un pôle représente la communauté, particulièrement active en Amérique du Nord et au Québec (Ninacs, 2000), un autre pôle les acteurs privés et le troisième les acteurs publics. Dobbins souligne qu'il faut aller au-delà de « l'esprit de clocher » (*“professional chauvinism”* p. 226) des professionnels impliqués du pôle acteurs publics-gouvernement pour mener à bien les processus de design urbain et les ouvrir vers l'extérieur. Plusieurs auteurs en aménagement soulignent que les concepteurs ne peuvent ignorer la demande citoyenne de participation et de partage de pouvoirs (Bacqué, 2009; Raynaud et Wolff, 2009). En ce sens, la participation des usagers dans les projets d'aménagement est l'héritière de *l'advocacy planning* et de la participation citoyenne. L'enjeu normatif est de taille : il faut faire participer les usagers. Oui mais comment ? Et qui? Avec quels moyens ?

L'étude de cas montre au besoin la réelle complexité de la réalisation de cet impératif normatif sur le terrain, étant donné la complexité des parties prenantes issues de la société civile d'une part et les appréhensions de professionnels du projet relativement à leur capacité de réaliser des consultations d'autre part. Le projet Vendôme montre aussi que la participation des usagers, au-delà de la participation directe des aînés et de leurs représentants, fluctue au cours du projet, varie dans ses modalités et ses influences sur le projet (Bacqué, 2009; Wilson et Haines, 1997) mais reste à un niveau participatif assez faible. La participation, dans son ensemble reste une composante mineure du projet.

Dépendamment des phases du projet et des acteurs concernés, la participation se situe entre l'information et la consultation, soit les niveaux les plus bas en termes de participation sur l'échelle de Arnstein (1969). Si les demandes des citoyens, par exemple, ont pu avoir une influence sur le processus de conception du projet Vendôme, il n'est pas possible de le savoir via les données recueillies. Cependant il est clair que la participation ne peut être qualifiée de co-conception.

Ceci est peut-être à mettre en relation avec les dispositions des membres du groupe promoteur relativement à la participation citoyenne. En se référant à la classification établie par Cerf et Falzon (2005) relativement aux situations de services, les professionnels qui évoluent dans le projet ont plutôt une attitude d'expert qu'une attitude plus coopérative visant à inclure les usagers dans la prise de décision, ce qui oriente leur façon de mener la « participation » dans les projets (Ledoux, 2000).

En termes de participation se posent plusieurs problèmes. Tout d'abord des problèmes de recrutement des aînés pour participer à des projets en tant que citoyens ou usagers experts. Par ailleurs, les personnes âgées, lors de simulations par exemple, parlent pour elles, de leur propre expérience en tant que personne. Qu'est ce qui, dans ces expériences, est donc généralisable aux autres aînés ? Comment s'assurer de leur représentativité ? Par ailleurs, lorsque leur expertise est mobilisée, elle semble mobilisée uniquement du point de vue de leurs limitations fonctionnelles : les aînés qui participent aux simulations ou qui sont sollicités le sont du point de vue de leurs difficultés corporelles ou psychiques face à leur environnement, sans que cela soit remis en question par les participants.

Les savoirs d'usage que certains participants ont rapporté sont parfois tacites, difficilement transmissibles à travers des démarches typiques de consultation publique. Ici le savoir porte sur sa limitation très particulière qui en rend la personne experte. Or le vieillissement est un processus dynamique. La participation de personnes vieillissant avec des limitations ou celle de personnes en ayant récemment développé certaines pourrait-elle être différente ? L'expérience développée dans l'usage des transports en commun ou dans la pratique de l'espace public devrait-elle être prise en compte ? Pourrait-on ou devrait-on chercher à faire participer des aînés ayant toujours pratiqué la marche ou utilisé les transports en commun comme moyen de déplacement privilégié ainsi que des aînés qui se reposaient essentiellement sur la voiture et

n'ayant plus la possibilité de l'utiliser ? Cette notion d'expérience permettrait-elle d'accéder à des éventails de stratégies d'adaptation des aînés plus larges dans la façon de pratiquer leur environnement ?

De plus, puisque les aînés, comme toutes personnes, sont capables d'apprentissage, dans quelle mesure la participation répétée à des dispositifs de participation ne change-t-elle pas leur regard sur leur environnement, les amenant à mieux le comprendre et ainsi à développer de nouvelles stratégies ou à raffiner celles existantes ? De ce fait, il y aurait lieu de réfléchir à la participation des usagers ou des citoyens dans les projets de façon à s'assurer d'avoir des personnes habituées à ces processus ainsi que des « néophytes ».

10.2 Réflexion de la chercheuse sur le processus de thèse

10.2.1 La tentation de l'intervention

La section 3.2 du chapitre 3 portant sur la pertinence et la pratique de l'interdisciplinarité ont positionné la recherche doctorale dans une optique constructiviste reconnaissant la création de savoirs issus des praticiens chercheurs (Schön, 1994) et dans une interdisciplinarité académique et instrumentale mobilisée dans un projet d'humanisation des environnements destinés aux personnes. Ce positionnement est ancré dans une expérience professionnelle d'intervenante qui aurait souhaité pouvoir développer une thèse doctorale en tant que chercheuse-intervenante.

Il s'agit d'une des trois méthodologies de recherche utilisée en ergonomie pour décrire la pratique des ergonomes, dans laquelle « l'ergonome chercheur » se confond avec « l'ergonome intervenant » et met en œuvre une pratique réflexive afin de décrire les interventions auxquelles il participe (Petit, Querelle et Daniellou, 2007). Étant donné les difficultés que cela suggère, ne serait-ce que de manière opérationnelle (trouver un terrain qui opère une « demande » à l'attention du chercheur, dans un domaine, qui plus est, peu exploré par les ergonomes), cette posture n'a toutefois pas été privilégiée.

L'un des enjeux de cette recherche qualitative a été, du fait de cette identité d'intervenante, de garder une distance critique avec le point de vue d'acteurs dont le métier ou les valeurs sont plus particulièrement proches des miennes. *La tentation de l'intervention* afin d'agir comme une

actrice de la conception (Béguin, 2004; Martin, 2000) a été persistante durant la phase de recueil des données sur le terrain. Ces points ont donné lieu à de nombreuses discussions avec mes directeurs de recherche.

Au final, il est possible que certains questionnements portant sur les aînés lors des entrevues ou des discussions informelles avec les acteurs du projet aient fait évoluer les dispositions de certains acteurs quant à l'intérêt porté aux difficultés dans leur pratique de l'environnement par les aînés (cf. chapitre 9). L'impact de la présence de la chercheuse sur le processus de projet n'a toutefois pas été documenté en tant que tel.

La part d'intervention s'est aussi manifestée dans le réinvestissement de savoir-faire d'intervenante dans la construction sociale et stratégique de la recherche (Kuty, 2001). En effet la recherche s'est opérée sur un projet comportant des dimensions politiques et médiatiques importantes. Le fait de pouvoir assister aux réunions entre les membres du groupe promoteur signifiait aussi de porter une attention particulière aux niveaux de confidentialité attendus par les acteurs envers le chercheur. Ceci s'est traduit dans le cadre de la recherche par des stratégies d'entrevues spécifiques auprès des participants (consistant par exemple à retarder certaines entrevues après des annonces publiques du groupe promoteur pour éviter de divulguer certains éléments confidentiels du projet par inadvertance) et par une vigilance importante pour que la recherche (et la chercheuse) ne soient pas instrumentalisés dans le cadre du projet de conception.

Cette part d'intervention manifestée dans le dispositif de recherche fait écho à la part de pouvoir, d'autonomie et de valeurs (Daniellou, 2008; Bourdieu, 2001; Stengers, 1997) propres aux démarches des chercheurs comme évoqué dans le chapitre 3 de la thèse.

10.2.2 Un processus de recherche en spirale visant à développer des modèles opérants

Le travail de conceptualisation a précédé en partie le recueil des données pour se poursuivre tout au long de la recherche, jusqu'en phase de rédaction, en relation avec les résultats émergeant de la recherche et leur analyse. Plus largement c'est l'ensemble de la thèse, depuis la problématisation jusqu'au document final de la thèse, qui s'est effectué selon une séquence non linéaire. Écrire, analyser et penser sont pour moi des processus itératifs. Quivy et Campenhoudt (2006) proposent d'utiliser une forme circulaire pour représenter « le processus de dialogue et

de va-et-vient permanents entre théorie et empirie mais aussi entre construction et intuition » (p. 209).

La forme spiralée est sans doute plus proche de la façon dont cette recherche a été menée. Se basant sur les apports d'auteurs tels que Martin (2000), Schön (1994) ou Zeisel (2006), cette recherche doctorale se conçoit comme un processus de conception au sein duquel problématisation et recherche de solutions se poursuivent dans le temps selon des cycles impliquant parfois des retours en arrière pour mieux rebondir par la suite. Ce que Martin traduit simplement (2000) par « c'est en construisant un problème qu'on le résout » (p. 102). La résolution de problèmes (Simon, 1996) s'y envisage à travers la répétition d'activités dans le cycle amenant le chercheur, à l'image des designers, à faire des « sauts créatifs » (*“creative leaps”*) (Zeisel, 2006, p. 26). Ces cycles se poursuivent jusqu'à aboutir à un espace de solutions jugées acceptables vis-à-vis de la construction de la problématique (Figure 15).

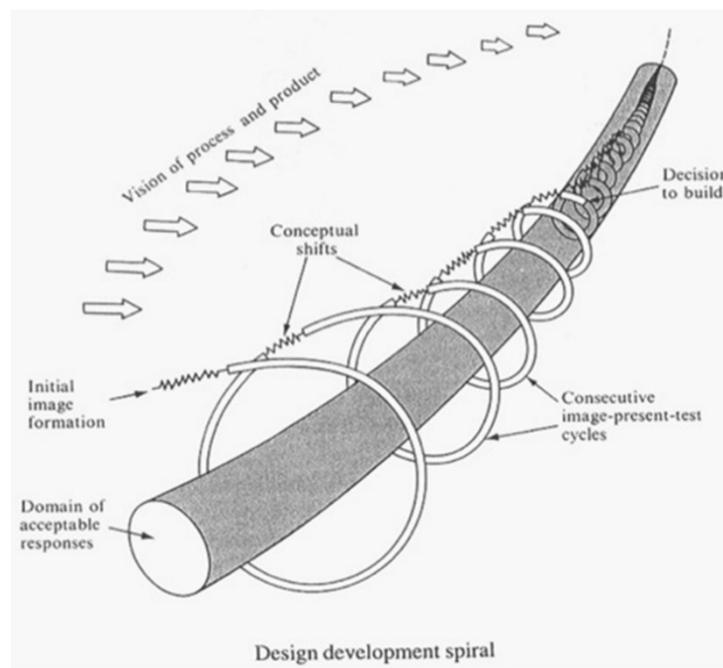


Figure 15. Un processus de conception en spirale. Tiré de Zeisel (2006)

Cette proposition rejoint celle élaborée par Dumez (2010) ci-dessous qui utilise le mot de boucle plutôt que de cycle permettant d'articuler problème scientifique, cadre analytique et matériau empirique.

« L'élément épistémologique le plus original de la recherche qualitative [...] est que l'articulation entre le problème scientifique, le cadre analytique et le matériau empirique (dans leur imbrication) se fait lors de boucles de mises en relation de ces éléments [...]. Le problème, le cadre analytique (recherche de nouvelles propositions théoriques par le chercheur) et le matériau (recherche de nouvelles données) s'enrichissent mutuellement et progressivement au cours de ces boucles [...] de définition réciproque et de précision croissante du problème, du cadre analytique et du matériau empirique » (Dumez, 2010, p. 13).

Ce processus est important à préciser puisque, quoique largement discuté avec mes pairs lors de la thèse, il peut être chargé pour un nouveau chercheur de questionnements douloureux alors qu'il est propre au métier du chercheur. Il donne à voir la dynamique de cette thèse alors qu'elle est souvent cachée dans sa forme finale (Dumez, 2010; Locke, 2001).

“As such [reports] condense what was originally experienced into a set of coherent images that often omit much of the ad hoc, opportunistic, and problem solving nature of the inquiry process” (Locke, 2001, p XI).

La confrontation du modèle initialement utilisé pour analyser le projet et sa mise en discussion lors des rencontres avec les directeurs de recherche, lors des présentations en séminaire de thèse et lors de colloques interdisciplinaires a ainsi abouti au cours de ce processus de conception à une reformulation simplifiée du modèle d'analyse de projets tel que présenté dans la thèse. Le processus de recherche doctorale s'apparente ainsi à un processus de conception qui n'inclut pas seulement des activités individuelles mais aussi collectives. La recherche doctorale, envisagée selon la perspective socio cognitive adoptée par Cahour (2002) laisse une place aux aspects « socio relationnels » des activités de conception et non seulement à ses aspects cognitifs.

Pour reprendre les mots de Simon (1996) *l'état but* de mon projet de recherche, ou encore, le dessein de ce projet, était de développer de nouvelles connaissances empiriques en lien avec la problématique et ce, avec une visée transformative d'humanisation des environnements urbains. Cependant le dessein était aussi théorique.

Le modèle conceptuel PEACI développé est assis en partie sur des connaissances développées en ergonomie et santé sécurité au travail. Or, ces connaissances n'ont pas été jusqu'alors mobilisées pour analyser des projets d'aménagement urbain. Un des objectifs de la thèse était

donc de le « tester » et de voir dans quelle mesure il se révélait « opérant » (Wisner, 1996) pour guider la recherche, dégager de nouvelles connaissances, discuter des résultats recueillis, dialoguer avec de nouvelles disciplines. L'approche adoptée dans la recherche soutient ainsi un questionnement théorique quant à l'utilité et à la pertinence du modèle PEACI développé.

C'est la confrontation de ces modèles avec les données recueillies qui permettent de répondre à une telle question (le modèle développé est-il opérant ?) ainsi que le retour des pairs et des recherches subséquentes.

10.3 Portée théorique de la recherche : intérêt du modèle PEACI pour la compréhension de la prise en compte des aînés dans les projets d'aménagement

10.3.1 Adaptations réalisées

Le transfert de modèle développé par Baril Gingras (2004) a nécessité des adaptations mais celui-ci s'est avéré intéressant comme outil analytique.

Premièrement, ce modèle est **centré sur l'action d'intervenants externes aux organisations**. Il utilise des termes spécifiques pour parler des intervenants externes et des organisations dans lesquelles ils interviennent. Les termes « ressources » et « orientations » sont utilisés pour caractériser les organisations dans lesquelles évoluent les intervenants et ce qui les pousse à agir. Un guide élaboré à partir des études de cas ayant mené au modèle mentionne que :

« Les outils de réflexion sur l'intervention, destinés aux praticiens, doivent tenir compte de l'influence du cadre particulier à partir duquel ces derniers agissent, quant à la nature du mandat de leur organisation, aux orientations prises par celles-ci et à ses programmes » (Baril-Gingras, Bellemare, Poulin et Ross, 2010, p. 9).

Or selon Bellemare (2015), plusieurs praticiens internes se reconnaissent dans ce modèle et la description des interventions peut aussi s'appliquer à ceux-ci. La mission de l'organisation devient alors la mission de leur service ou de leur poste. Les ressources de leur organisation deviennent les ressources de leur service. Par ailleurs, les intervenants externes peuvent aussi être limités par leurs capacités ou leurs dispositions.

Une première adaptation du modèle a donc été de considérer sur le même plan les intervenants externes et internes, qui peuvent certes déployer des interventions de nature différente¹¹⁹ mais qui tous deux ont la caractéristique de porter une vision originale, un point de vue extérieur, qui ne va pas de soi, vis-à-vis des autres acteurs avec lesquels ils interagissent. La préoccupation d'un intervenant, qu'il soit interne ou externe, est de faire évoluer les organisations vers une meilleure prise en compte de la prévention pour les ergonomes, du vieillissement ou de l'accessibilité universelle dans le cadre de la thèse. Les données recueillies dans le cadre de la thèse montrent ainsi que les intervenants préoccupés par la prise en compte de l'accessibilité universelle et de la sécurité dans les espaces publics comme réponse aux besoins des aînés peuvent être considérés comme des intervenants « externes » (ils travaillent alors dans des associations ou des organisations qui défendent les droits des aînés, des personnes avec handicap, etc.) ou internes (ils œuvrent aux changements au sein de leurs organisations).

Deuxièmement, le modèle est centré sur un métier aux contours bien délimités qui est celui de conseiller en santé et sécurité au travail et ne prend pas en considération les particularités de la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle. Or, dans cette étude, il n'y a pas un seul type de profession mais plusieurs, tant du côté des intervenants que des acteurs avec qui ils collaborent. La littérature sur le vieillissement montre qu'il s'agit en fait d'une préoccupation portée par une multitude de disciplines scientifiques et de pratiques professionnelles. Parler « d'intervention en vieillissement » ne permet pas de se référer à une pratique spécifique. Le vieillissement apparaît plutôt comme un questionnement porté par de multiples professions et organisations qui doivent à l'occasion collaborer entre elles lors de projets précis, voire par des individus spécifiques dans des organisations dont ce n'est pas l'objectif prioritaire.

Une deuxième adaptation du modèle a donc été de considérer que des éléments de structuration des organisations de ces intervenants faisaient partie du contexte externe dans lequel ils évoluent. Par ailleurs, les relations entre acteurs identifiées dans le modèle initial étaient considérées comme une caractéristique du contexte des établissements dans lesquels se

¹¹⁹ Certains résultats de la recherche qui n'ont pas été exploités dans la thèse montrent en effet que les intervenants externes déploient des stratégies d'intervention (comme du lobbying, ou du blocage) qui ne sont pas exercées par des intervenants internes.

déroulaient les interventions. Plutôt que de parler de contexte de l'établissement, il a été préféré parler de contexte des parties prenantes.

10.3.2 Pertinence du modèle PEACI

L'analyse des données à partir des dimensions du cadre conceptuel personne-environnement-activité a fait émerger quatre systèmes de représentation distincts, dont deux (vulnérabilité-mobilité) et fragilité ont pu être explorés plus en profondeur. Les dimensions PEA mais aussi (I) sont indissociables étant donné le lien fort entre les représentations et l'action. L'ancrage dans une dimension contextuelle (C) dans le modèle PEACI permet de questionner les défis relatifs aux interventions visant à modifier les environnements pratiqués par les aînés pour les bonifier. Ce modèle a été particulièrement utile pour questionner les représentations véhiculées par le projet mais aussi les influences du contexte sur les capacités et dispositions des parties prenantes du projet.

10.3.3 Des modèles opérants

Ces résultats donnent une première indication quant au fait que le modèle proposé est un modèle opérant au sens de Wisner (1996) puisqu'il permet non seulement de dégager de nouvelles connaissances mais aussi de questionner la portée pratique et les modalités des interventions sur l'environnement. Ce dernier point est en droite ligne avec les projets de l'ergonomie et du design urbain, toutes deux sciences tournées vers l'action. Le dernier chapitre des résultats de la thèse a été aussi une façon de tester cette « opérabilité » d'un point de vue méthodologique, en fournissant une grille d'analyse des figures des aînés véhiculées dans le projet, en lien avec les activités des aînés évoquées dans le projet et les propositions d'aménagements portées par le projet.

10.4 Pistes de recherche

10.4.1 Vers des environnements capacitants pour les aînés en milieu urbain

La comparaison des interventions issues des différents systèmes de représentation évoqués dans le chapitre 8 permet de dire de façon très générale que, malgré leurs différences, elles présentent

une certaine similitude : elles visent à procurer des ressources, à limiter les obstacles aux activités des aînés et à ne pas en créer de nouveaux. La nature de ce qu'est une ressource et de ce qu'est un obstacle semble propre à chacun des systèmes et reliée à la nature des activités des aînés et à leurs caractéristiques envisagées. Les résultats, en concordance avec le cadre théorique, ont montré aussi que l'environnement ne se réduisait pas aux environnements bâtis mais comprenait aussi les dispositifs et équipements dans ces environnements, ainsi que les environnements sociaux et organisationnels. Les résultats ont aussi permis d'ajouter la dimension virtuelle au concept d'environnement.

Souffrance, isolement, diminution de la santé, perte de la participation sociale sont les effets des environnements obstacles, générateurs d'activités empêchées. *A contrario* les environnements ressources contribuent à la santé des aînés, à leur participation sociale et leur permettent de déployer plusieurs types d'activités.

« Les résultats de la clinique du travail montrent que l'activité empêchée est plus coûteuse que l'activité réalisée. La perte du pouvoir d'agir est synonyme d'une perte de capacités du sujet et génère de la souffrance pour les individus » (Caroly, 2010, p. 151).

De façon assez exploratoire, il est possible de bâtir une typologie de ces environnements en tant qu'« obstacles » et « ressources » extrinsèques aux personnes (Le Morellec , 2014, p. 30) en fonction des différentes caractéristiques évoquées et à partir d'une perspective du vieillissement comme un processus continu, entrelacé de pertes et de gains et riche en apprentissages. Un environnement obstacle est un environnement incapacitant : il englobe plus largement les environnements qui non seulement présentent des obstacles à l'activité mais aussi un manque de ressources, ce qui constitue un « frein à l'activité » des personnes (p. 31).

Environnement obstacle :

- **Encourage les stratégies délétères d'accommodation** telles que les stratégies d'évitements et de repli ainsi que les stratégies d'imprudence face à l'environnement. Dans les deux cas, ces stratégies ont des **incidences néfastes sur la santé et éventuellement la participation sociale**. Ainsi l'environnement contribue au déclin de la santé des aînés et de leur autonomie et limite leur participation sociale.
- Ne permet pas le développement des stratégies de compensation positives, telles que l'anticipation ou le fractionnement des parcours.

- Limite les marges de manœuvre des aînés dans la réalisation de leurs activités.
- Ne procure que des sentiments d'insécurité et ne donne pas l'envie aux aînés de se l'approprier.
- N'est pas flexible.

Un environnement ressource est un environnement capacitant, au sens où il participe à l'actualisation des capacités des personnes.

Environnement ressource :

- Il permet, voire favorise, le **développement de stratégies compensatoires** telles que des stratégies de négociation de l'environnement (fractionner son déplacement et se reposer), d'anticipation et de demande d'aide. Il permet aussi le déploiement d'activités collectives et de stratégies d'entraide, entre aînés et avec d'autres usagers.
- Il favorise son appropriation par les aînés.
- Il ouvre les marges de manœuvre des aînés : les stratégies déployées n'entament ni leur santé, ni leur participation sociale. *A contrario*, elles permettent le développement de la santé.
- Ses composants sont pensés en fonction d'éléments positifs qui favorisent le bien-être des aînés non seulement au niveau fonctionnel mais aussi au niveau cognitif, psychique et relationnel (collectif).
- Permet des usages flexibles, répondant à une hétérogénéité d'aînés et plus largement d'usagers.

Par ailleurs, les environnements mériteraient d'être pensés non seulement comme des ressources ou des obstacles mais aussi en tant que « manque de ressources » ou « quasi ressources ». Cette gradation met l'accent sur différents facteurs qui pourraient permettre, si pris en compte lors de la conception, d'imaginer un design plus riche et plus propre aux usages réels des usagers qui vont l'utiliser.

Ces facteurs sont à rapprocher des facteurs de conversion (Fernagu-Oudet, 2012) présentés dans le modèle d'analyse. La question des facteurs de conversion et de leur opérationnalisation reste toutefois encore peu documentée en ergonomie (Le Morellec 2014, p. 35). Dans sa thèse portant

sur la mobilité des aînés, Le Morellec (2014) définit des facteurs de conversion positifs et négatifs à cette mobilité. La météo, l'utilisabilité des transports, la foule, l'état du trafic ou l'utilisabilité des informations seraient des facteurs positifs. Dans une optique de mobilité, l'augmentation de la fiabilité des transports limitant les incertitudes aux déplacements est aussi un facteur de conversion propre à rassurer des aînés pour qui l'incertitude est une préoccupation majeure en termes de déplacement (Castaigne, Hubert et Toint, 2003). Dans le même ordre d'idées, les données de la recherche montrent que les contraintes de maintenance et d'entretien doivent aussi être intégrées dans la conception des environnements physiques selon les participants et participent au fait que des lieux vont être fréquentés ou pas par les aînés. D'autres éléments tels que le développement de l'accessibilité universelle, tenant compte des contraintes d'usages, tant au niveau de l'environnement bâti que des équipements à disposition ou de la signalétique peuvent aussi être considérés comme des facteurs de conversion. En termes d'accessibilité, on comprend au travers des distinctions d'échelles opérées par Audirac (2008) que les facteurs de conversion doivent aussi s'envisager à différentes échelles, micro, meso et macro. Ainsi tant que les transports urbains sont pensés comme des transports pendulaires, ils ne seront que peu utilisés par les aînés.

La continuité des parcours entre environnement virtuel et physique peut aussi être considérée comme un facteur de conversion. Ces facteurs, dans les données analysées, sont en lien avec des dimensions organisationnelles, physiques et virtuelles de l'environnement.

Distinguer les ressources des quasi-ressources, qui pourraient être encore qualifiées de ressources « latentes », revient à considérer que ce peut être établi comme une « ressource » doit aussi être mis en débat et vise essentiellement à alerter sur les impensés en termes de conception et d'aménagement (au sens où les différents équipements d'un environnement par exemple vont être disposés dans l'espace et dialoguer entre-eux ou non) et à la nécessité d'aborder les situations dans lesquelles ces ressources vont être utilisées d'un point de vue systémique. Les facteurs de conversion pourraient alors s'identifier à deux niveaux : d'une part lors du passage de quasi-ressources à ressources (notamment lors de la conception) et lors du passage des ressources aux capacités.

Quels pourraient être des environnements capacitants pour les aînés en milieu urbain ?

En ce qui a trait à la prévention, un environnement capacitant ne doit pas nuire à la santé des individus.

Considérant la santé physique, un environnement capacitant,

- Favorise la prévention des chutes : pas d'obstacles (conception sans obstacles), pas d'encombrement, pas de reflets, pas de trottoirs brisés (perte équilibre), éclairage.
- Est sécuritaire (crimes, intersections de rues) : trame des rues, complexité de l'information, éclairage, permet de voir et être vus.
- Protège du climat, et tout particulier du climat hivernal dans des pays comme le Canada.
- A des éléments pour se reposer.
- A une bonne qualité de l'air.
- Est verdi.

Considérant la santé psychologique, un environnement capacitant

- Est bien entretenu, les espaces sont propres et dégagés.
- Développe le sentiment de sécurité.
- Possède des éléments de convivialité qui procurent plaisir et émotions positives ou au contraire possède des éléments favorisant le retrait et la contemplation tout en restant sécuritaire.

En ce qui a trait à l'universalité, les environnements capacitants sont conçus de façon à être universellement accessibles et sont conçus dans une logique d'usage.

En ce qui a trait au développement, les environnements capacitants permettent aux personnes de réussir ce qu'elles entreprennent (les activités), de développer leur autonomie et d'offrir des difficultés intéressantes permettant d'évoluer. L'opérationnalisation de ce dernier concept pose plusieurs difficultés. Tout d'abord l'autonomie est envisagée du point de vue individuel mais aussi collectif par l'ergonomie alors que l'activité collective est un pan largement ignoré dans les systèmes de représentations des aînés évoqués dans la thèse. Ceci dit, se poser la question de ce qui pourrait favoriser l'activité collective des aînés dans leur environnement urbain permettrait de penser, dès le design, aux ressources pour soutenir les stratégies individuelles mais aussi collectives d'adaptation des aînés. Par ailleurs, quels pourraient être des éléments favorisant l'apprentissage des aînés dans l'environnement ? Est-il

possible de définir des constantes ou au contraire doivent-ils s'envisager en fonction des situations étudiées ? Comment concevoir un environnement qui mette à la disposition des aînés une panoplie de ressources en réponse à l'hétérogénéité de la population, de ses attentes et de ses activités et présente des « difficultés intéressantes » qui pour certains pourraient devenir, en fonction de capacités moindres, des obstacles insurmontables ?

10.4.2 Des situations de travail aux situations de vie

La relation entre une personne et son environnement a été conceptualisée selon une relation tryptique associant la personne, son environnement et son activité. La présentation de ce modèle comme un modèle PEA possède un pouvoir d'attraction ou de transférabilité avec des disciplines telles que le design urbain ou la gérontologie du fait de l'utilisation courante des termes études Personne-Environnement ou perspective Personne-Environnement. Il n'en reste pas moins qu'il évacue, dans sa présentation, les aspects liés aux tâches des personnes, aux objectifs qu'elles se fixent. Il évacue aussi les effets de l'activité des usagers sur l'environnement, eux-mêmes et la société dans laquelle ils évoluent.

Le modèle de situation de vie ci-dessous (figure 16), inspiré de modèles de la situation de travail (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen, 2001; St-Vincent *et al.*, 2011) propose de réintégrer cette vision plus systémique afin de décrire les relations entre une personne, son environnement et ses activités.

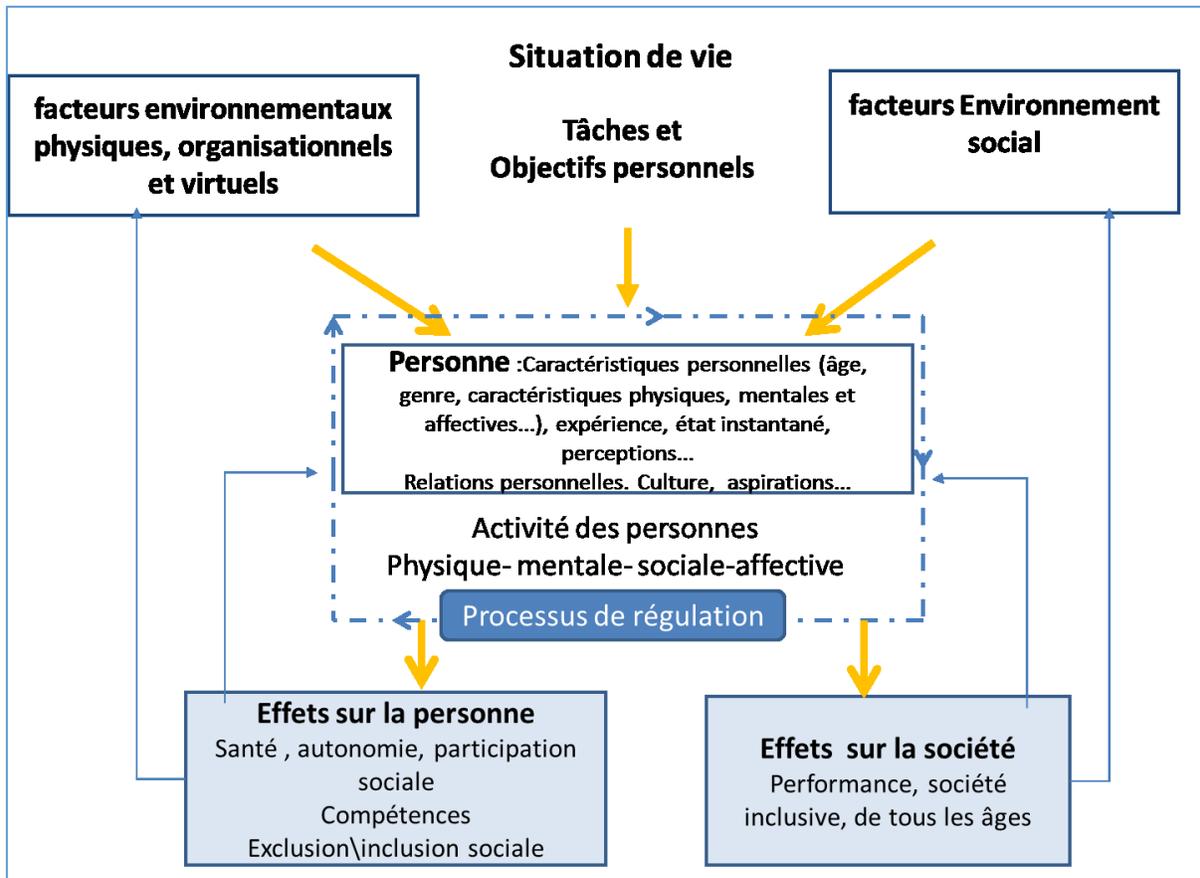


Figure 16. Modèle de la situation de vie à partir du modèle de la situation de travail centrée sur la personne en activité, adapté de Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg et Kerguelen (2001) et de St-Vincent *et al.* (2011)

Dans cette modélisation, le concept de « tâche » évolue par rapport au modèle de la situation de travail. La tâche, dans le monde du travail, reflète les prescriptions qui sont données au travailleur et s'imposent à lui¹²⁰. Le contexte de son utilisation en contexte urbain suscite des questions. Dans l'espace urbain on trouve des passants, flânant sans objectif particulier, guidés par le plaisir de découvrir et d'explorer. S'y trouvent aussi des personnes souhaitant aller d'un point A à un point B en fonction d'un objectif qu'elles se sont elles-mêmes fixées ou qu'on leur a fixé (par exemple, être à l'heure à leur travail), ce qui ne les empêche pas, concomitamment, de privilégier un trajet plutôt qu'un autre, en fonction d'un certain nombre de caractéristiques

¹²⁰ Le modèle se questionne dans le cadre des professions libérales, ou des artisans travaillant seuls, où ce sont eux-mêmes qui se donnent leur tâche même si un certain nombre de prescriptions sont aussi en lien par exemple avec les demandes de leurs clients. Le modèle reflète une certaine organisation du travail, où le travailleur est salarié et où son travail est pris dans un contexte hiérarchique.

associées au milieu traversé (plaisir, dangerosité, rapidité, sociabilité, etc.). Quelle est donc la tâche dans ce cadre ? Des distinctions supplémentaires ont été apportées à la notion de tâche, dissociée entre *tâche attendue et affichée* au niveau de la prescription, puis *tâche comprise et appropriée* par l'opérateur (Falzon, 2004), mais ne semblent pas applicables en l'état. Il est proposé ici d'ajouter à la notion de tâche (puisque les personnes restent soumises à des contraintes externes pouvant influencer leur activité) celle d'objectif personnel, qui a le mérite de souligner que les prescriptions qui encadrent l'activité peuvent provenir des personnes elles-mêmes.

La dimension affective de l'activité a été introduite dans le modèle pour refléter les connaissances acquises quant à l'importance de la perception de son environnement par l'utilisateur et la recherche d'environnements pouvant procurer du plaisir ou du répit.

L'environnement urbain s'envisage au travers des facteurs environnementaux physiques, organisationnels et virtuels d'une part et des facteurs d'environnement social d'autre part. Ces derniers influencent l'activité des usagers, en faisant notamment office de ressource (ou de « support ») ou de contrainte pour leur activité.

Les effets s'envisagent au niveau de l'utilisateur lui-même en termes d'effets sur la santé, son développement mais aussi son exclusion ou son inclusion sociale. La capacité de pouvoir participer socialement est positionnée en termes d'effets sur les usagers, puisqu'elle a un lien direct avec leur santé mais aussi leur développement (au sens de développement de leur *empowerment* ou pouvoir d'agir). Les effets sur la société s'envisagent en termes de performance au niveau des coûts d'une moins bonne santé des aînés et d'une limitation de leur participation sociale mais plus généralement en lien avec le développement d'une société de tous les âges.

À leur tour, ces effets peuvent influencer les usagers et leurs activités mais aussi l'appropriation de leur environnement. Si un aîné chute lors d'un déplacement, sa santé en sera affectée (effet sur l'utilisateur). Étant en moins bonne santé et ayant déjà chuté, il craindra peut-être une rechute et pourra diminuer sa participation à des activités extérieures à son domicile (effet sur l'activité), et par là-même se désengager de sa vie sociale (effet sur l'utilisateur-participation sociale). Dans le même temps, il pourra aussi éviter l'endroit où il a chuté, ce qui affecte son appropriation de

son environnement et participe peut-être avec d'autres à une sous-utilisation des environnements créés à cet endroit.

10.5 Limites de la recherche

Les limites de la recherche tiennent à la complexité du projet traité, à des difficultés d'ordre méthodologique et au potentiel de généralisation des connaissances à partir d'une étude de cas.

10.5.1 Complexité du terrain

Étant donné le nombre de données disponibles et le positionnement en tant qu'observatrice externe sur le projet, il a parfois été d'une part difficile de suivre aussi adéquatement qu'espéré le déroulement du projet et d'autre part, de rendre compte du déroulement et de la chronologie du projet.

Ainsi, il n'a pas été possible de s'entretenir avec chacun des acteurs du projet, ni d'observer l'ensemble des rencontres de coordination et des rencontres techniques des membres du groupe promoteur du projet tel que souhaité au départ du projet de thèse. La confidentialité des rencontres n'a pas permis leur enregistrement ce qui a pu rendre *a posteriori* plus difficile l'analyse de données.

Ces problèmes pratiques ont fait évoluer les objectifs initiaux de la thèse dans le sens où il aurait été souhaité de pouvoir décrire plus en profondeur les délibérations entre parties prenantes du projet autour de la problématique du vieillissement et de la prise en compte des usagers et de leurs activités dans le projet. Ils ont fait évoluer aussi la méthodologie de recueil des données en termes d'échantillonnage en donnant plus d'importance à l'analyse documentaire et à des entrevues avec des acteurs périphériques que prévu initialement, selon une démarche classique en recherche qualitative (Miles et Huberman, 2003).

10.5.2 Temporalités de la thèse

En termes de faisabilité, une thèse doctorale s'inscrit dans certaines balises académiques au niveau temporel. La compréhension du projet Vendôme telle que présentée dans le cadre de la thèse est ainsi basée sur une courte période relativement à l'échelle temporelle du projet et ne reflète sûrement que de façon incomplète la dynamique des acteurs.

Bien que cela puisse sembler anecdotique à l'échelle de la thèse, le choix d'utiliser le logiciel QDA pour le traitement des données a présenté certaines limites, notamment temporelles. Afin de faciliter l'analyse au fur et à mesure des données d'entrevues recueillies (Yin, 2003), les transcriptions d'entrevues ont été faites sous forme de tableaux, dont la dernière colonne était réservée à des idées, commentaires, premières analyses. Les entrevues, une fois la transcription terminée, ont été importées sous QDA. Ce format a grandement compliqué le codage des données, introduisant de nombreuses redondances dans les requêtes portant sur les extraits codés, ce qui a généré frustrations et perte de temps. Le choix de cet outil, pourtant intéressant à certains égards (cf. 2.4 analyse des données), a apporté un élément de complexification supplémentaire et s'est avéré manquer de souplesse.

Il n'a pas été possible non plus, dans le temps de la thèse, de retourner voir les participants à la recherche pour leur présenter les résultats¹²¹ et effectuer un cycle de validation sur les données. L'impact de ce biais a été diminué en allant chercher de la documentation écrite complémentaire et en effectuant une veille média tout au long du projet, de façon à pouvoir trianguler un nombre plus important de données. Par ailleurs, plusieurs discussions avec des pairs ont confirmé de l'intérêt de cette étude, malgré son incomplétude.

10.5.3 Constitution finale de l'échantillon

Les données traitées dans la thèse proviennent d'un échantillon hétérogène. L'échantillonnage visait cependant moins la représentativité des données que l'étude de composantes caractéristiques et une diversité de profils permettant d'éclairer l'étude de cas, ce qui est une pratique courante en sciences sociales (Quivy et Campenhoudt, 2011, p. 149).

Cette hétérogénéité a été une richesse. Elle a permis notamment, grâce à « l'échantillonnage périphérique » (Miles et Huberman, 2003), de mettre en évidence des systèmes de représentations des aînés liés aux domaines d'interventions des participants interrogés, systèmes qui n'auraient sans doute pas émergé avec un échantillon plus homogène et centré sur un domaine d'intervention. Non seulement ces systèmes de représentation influent sur la façon

¹²¹ sauf de façon informelle pour l'un d'entre eux à l'occasion d'un colloque où une partie des résultats avait été présentée et lors de la soutenance de la thèse.

d'appréhender les aînés dans les projets, mais aussi sur les interventions portées sur leur environnement. Sur ce point, il aurait été intéressant de se mettre en rapport avec les représentants des usagers pour l'hôpital, mais cela n'a pas été faisable dans le temps de la thèse.

Le choix d'interroger des acteurs périphériques au projet est une stratégie de recherche qui a aussi porté ses fruits puisqu'il a permis, au travers des systèmes de représentation qui ont émergé de l'analyse, de proposer une grille d'analyse complémentaire au modèle d'analyse initial pour étudier le projet.

10.5.4 Critères de qualité de la recherche

La validité interne de la recherche doit s'assurer que « les interprétations issues de la recherche correspondent aux données empiriques et soient significatives, c'est-à-dire pertinentes pour les acteurs sociaux et les disciplines scientifiques » (Barbier et Legresley, 2011, p. 25). Cette validité concerne aussi les inférences (Yin, 2009) réalisées par le chercheur, à partir d'entrevues et d'analyses documentaires, puisqu'il ne lui est pas possible de tout observer¹²², et dont il s'agit de s'assurer de la qualité. La validation des résultats aux participants de la recherche renforce aussi la validité interne. Cependant il n'a pas été possible de le faire durant le processus de thèse, même s'il est prévu par la suite d'envoyer les résultats à ceux en ayant mentionné le souhait lors du recrutement.

Par contre, le rapprochement avec la littérature existante montre une convergence dans les résultats élaborés, ce qui augmente la validité des résultats. Ainsi les connaissances dégagées sur le projet concordent avec les écrits portant sur la conception (Ledoux, 2000; Zeisel, 2006) et les projets d'aménagements (Boutinet, 1990; Torres, 2016). La représentation majoritairement véhiculée sur les aînés dans le projet est aussi concordante avec ce qui a été trouvé dans d'autres études (Chevrier, 1999; Clément, 2006; Espinasse, 2012; Villard et Cerda, 2012). Les difficultés d'opérationnalisation de critères complexes, voire flous, comme l'accessibilité universelle ont aussi été évoqués par d'autres (Canadian Institutes of Health Research-Institute of Ageing, 2010), tout comme les difficultés pratiques de mettre en place des collaborations interprofessionnelles et intersectorielles (Fletcher *et al.*, 2015; Jones, 2014; Lid,

¹²² Encore là on sait en ergonomie que l'observation ne renseigne que sur les comportements des acteurs et que l'interprétation de ces comportements passe par la discussion avec ces derniers.

2014). Les résultats ont été aussi discutés lors de deux colloques et plusieurs discussions informelles avec des chercheurs en vieillissement, design urbain et ergonomie.

La triangulation des données entre elles, tel que cela a été effectué dans le cadre de la thèse, permet aussi de renforcer les interprétations de la recherche.

Enfin, la transparence de la démarche, en explicitant « les décisions stratégiques qui jalonnent les étapes du projet dans son ensemble » et en partageant « les raisons qui soutiennent le parcours itératif » (Barbier, Legresley, 2011, p. 26) assure aussi une meilleure validité interne, qu'elle se fasse auprès des directeurs dans le cadre du projet de thèse ou au sein même de l'écriture de la thèse. Selon ces auteurs, cette transparence doit s'envisager au niveau méthodologique, mais aussi épistémologique, chaque chercheur étant porteur de ses propres « habitus ».

« En effet, en recherche qualitative, le chercheur est l'instrument privilégié de la mise en œuvre de sa recherche et il ne peut faire abstraction de qui il est et de comment il connaît ? » (Barbier, Legresley, 2011, p. 27).

Ce principe de transparence a guidé la démarche de thèse et se traduit par les réflexions sur le processus de thèse (section 1.2) au niveau méthodologique, par un chapitre dédié aux dimensions épistémologiques de la démarche et par une introduction à la thèse très personnelle.

La **généralisation** des résultats reste cependant limitée, ce qui est une critique fréquemment citée concernant les études de cas. Cependant, ce critère ne saurait être le seul permettant de juger de la qualité d'une recherche. À propos des **limites en termes de généralisation**, Flyvbjerg (2006) nomme cette critique récurrente comme l'une des cinq simplifications à propos de l'étude de cas. Il identifie en fait la critique sous-jacente portant sur la méthode : ne pouvant prétendre à la généralisation, elle ne peut alors participer au développement scientifique.

“Misunderstanding 2: One cannot generalize on the basis of an individual case; therefore, the case study cannot contribute to scientific development” (Flyvbjerg, 2006, p. 221).

Il met de l'avant qu'il n'existe pas en sciences sociales de « théorie du grand tout », de savoirs prédictifs et que la plupart du savoir est « contexte-dépendant ». Les études de cas sont des méthodes appropriées qui participent à l'émergence de théories de moyenne portée (Dumez,

2013). Flyvbjerg rappelle aussi que le savoir scientifique ne se développe pas uniquement par généralisation, mais aussi par falsification et accumulation.

“Finally, it should be mentioned that formal generalization, whether on the basis of large samples or single cases, is considerably overrated as the main source of scientific progress [...] And formal generalization is only one of many ways by which people gain and accumulate knowledge. That knowledge cannot be formally generalized does not mean that it cannot enter into the collective process of knowledge accumulation in a given field or in a society. A purely descriptive, phenomenological case study without any attempt to generalize can certainly be of value in this process and has often helped cut a path toward scientific innovation” (Flyvbjerg, 2006, p. 226).

Les études de cas, même fondées sur des cas uniques, sont intéressantes tant pour leurs possibles qualités de « cygne noir » pour falsifier des théories (même si cela peut s’avérer coûteux selon Dubez, (2013)) que comme composante à l’accumulation des savoirs scientifiques. Cette thèse se place dans cette dernière perspective en ayant comme ambition 1) de participer à la construction de théories de moyennes portées portant sur les leviers et défis de l’intégration des aînés dans les projets d’aménagement et 2) de fournir des pistes de réflexion pour les professionnels souhaitant développer cette intégration. En ce sens, elle participe d’une volonté de généralisation qui peut s’exprimer sous forme analytique, expérientielle et pratique.

« La généralisation analytique réfère à un processus de raisonnement logique où les résultats issus d'une étude servent à tester, raffiner ou modifier une théorie, un modèle ou un concept donné.

La généralisation expérientielle (...) réfère au processus selon lequel la généralisation prend forme à travers l'expérience que procure la rencontre avec un texte rapportant les résultats d'un projet de recherche.

La généralisation pratique réfère au développement de connaissances qui renforcent notre capacité d'agir et de transformer notre monde vécu » (Gendron, 2001, p. 144-145).

La présentation détaillée des processus de recherche, de son contexte et de son résultat, telle que réalisée dans cette thèse, est une façon de soutenir la généralisation expérientielle et pratique qui en découlent (Gendron, 2001).

Conclusion

L'étude du projet Vendôme, dont la durée et la complexité sont typiques des grands projets urbains, a permis de montrer différentes logiques d'acteurs, des ambiguïtés et des simplifications autour de la problématique du vieillissement et de sa traduction en aménagement. Le vieillissement, dans le cadre de ce projet, n'est pas traité comme un enjeu spécifique au stade de la faisabilité du projet mais est plutôt appréhendé principalement au travers du prisme de l'accessibilité universelle. La mobilité des usagers (entendue plutôt comme déplacement) est une valeur centrale dans le projet, alors qu'il aurait été intéressant d'élargir la palette d'activités des usagers (et pas seulement des aînés) prise en compte lors du design et à porter ainsi un regard prospectif sur le vieillissement des usagers.

Les défis à l'intégration d'un réflexe aîné dans le projet ont été reliés à six catégories de facteurs contextuels : 1) le contexte externe aux parties prenantes, qui réfère ici aux politiques et règlements auxquels étaient plus particulièrement soumis les membres du groupe promoteur, mais aussi à la structuration du milieu dans lequel se déroule le projet, 2) la structuration interne des parties prenantes, 3) les capacités à intégrer l'accessibilité universelle et le vieillissement dans les projets, 4) les dispositions des parties prenantes à intégrer le vieillissement ainsi que les aînés (ou leurs représentants) dans le processus de conception, 5) les relations entre parties prenantes et 6) les processus de projet eux-mêmes.

Entre autres, les enjeux spécifiques d'intersectorialité soulevés par le projet Vendôme ont montré que les différences de réglementation sont un facteur présentant un défi dans cette prise en compte lorsque les obligations (et les capacités et dispositions des acteurs en découlant en partie) ne sont pas les mêmes d'une organisation à l'autre. Quant aux représentations sociales du vieillissement véhiculées dans ces politiques, il a été montré que dans le domaine du transport et de la santé, l'utilisateur n'est pas considéré comme un acteur-citoyen. Il est plutôt considéré sous l'angle de la vulnérabilité. Les représentations s'organisent autour d'une figure d'utilisateur en perte de ses capacités fonctionnelles ; les ressources à procurer dans l'environnement s'articulent autour de leur mise en accessibilité universelle.

Cette étude met donc en évidence les défis d'intégration du vieillissement, même à travers la notion simplificatrice de l'accessibilité universelle. Elle a ouvert la « boîte noire » (Bellemare,

1998) du processus du projet en s'interrogeant sur la réalité et les conditions de prise en compte de la problématique du vieillissement, qu'il s'agisse de la façon de considérer les aînés, d'assurer leur participation dans le processus et de concevoir l'accessibilité universelle dans la création d'environnements qui facilitent leurs déplacements. Or, qu'il s'agisse des interventions en vieillissement, d'interventions en santé et sécurité au travail dont est inspiré le modèle d'analyse des données ou d'interventions en design urbain, de telles études sont encore trop rares (Baril-Gingras, Bellemare, Poulin et Ross, 2010; Goldenhar et Schulte, 1994). Cette recherche a donné à voir le fossé existant entre ce qui est présenté comme souhaitable dans des démarches visant spécifiquement les aînés (tel que la démarche « Ville amie des aînés ») et ce qui se fait à l'heure actuelle dans des projets d'envergure.

Le travail mené dans cette thèse a été confronté à plusieurs reprises à des commentaires sur le choix du projet étudié. Pourquoi s'intéresser à un projet impliquant le transport par métro alors que les personnes âgées privilégient le bus ? Ceci renvoie à un questionnement éthique : parce que ces transports en commun ne sont pas ou peu utilisés ou que certains projets étudiés ne ciblent pas en priorité les populations qui nous intéressent, faut-il pour autant se désintéresser de la question ou tenter d'influencer leur possibilité d'usage dans le futur en développant des connaissances sur le sujet ? La seconde posture a été choisie: ce n'est pas parce que les générations actuelles utilisent peu le métro que les suivantes le feront peu. Les infrastructures construites dans le cadre du projet étudié sont là pour rester, espérons-le, pour au moins 50 ans ! Cette recherche doctorale s'insère dans les courants de recherche qui s'intéressent aux villes inclusives, plus particulièrement en ce qui concerne les qualités de l'environnement urbain et leur conception dans une démarche de « design pour tous » ou « design inclusif » (Hosking, Waller et Clarkson, 2010). En explorant la façon dont des usagers considérés comme « vulnérables » et leurs activités sont pris en compte en amont des projets, elle s'inscrit dans une démarche de justice sociale. Cependant, mettre l'accent sur la vulnérabilité de ces populations pour justifier les choix à faire peut paradoxalement les ostraciser et limiter la compréhension de la complexité portée par la diversité des vieillissements et des vieillesse. Mettre l'accent sur la vulnérabilité peut aussi limiter, voire appauvrir collectivement notre capacité d'action et de transformation de l'espace urbain. Par contre, l'inscription dans une visée développementale du vieillissement permet de reconnaître cette vulnérabilité tout en mettant

l'accent sur d'autres facettes du vieillissement (les possibilités d'apprentissages, l'impact de l'expérience des personnes dans leurs relations avec leur environnement, le développement de stratégies, la capacité à éprouver du plaisir, etc.) pouvant être prises en compte par les professionnels du design et les parties prenantes de projets d'aménagement.

Par ailleurs, cette recherche a identifié la difficulté de s'adresser à cette population d'ânés. Qui mobiliser ? Avec quels outils spécifiques ? En fonction de quelle représentativité ? En segmentant les populations, ne risque-t-on pas certains effets pervers ? La segmentation de la prise en compte des groupes sociaux et de leurs pratiques spatiales évacue les compromis inévitables dans les usages de l'espace entre les différents groupes d'utilisateurs. Si la segmentation des populations (incarner par différents organismes représentant les intérêts des groupes sociaux) permet un approfondissement de la connaissance de leurs spécificités, il n'en demeure pas moins qu'elle doit se doubler d'une mise en commun de différents regards d'utilisateurs ou de leurs représentants. Certaines revendications spécifiques à un groupe peuvent aussi rejoindre celles d'un autre, les difficultés vécues par des ânés pouvant s'envisager comme des révélateurs de dysfonctionnements vécus par d'autres personnes. Se pencher sur ces difficultés et sur les améliorations en termes d'aménagement à y apporter a un intérêt qui dépasserait celui de la population âgée.

La contribution scientifique de cette recherche a été d'établir des ponts entre ergonomie et design urbain en permettant de confronter deux corpus théoriques et deux traditions méthodologiques. Le recours aux deux disciplines, ainsi qu'aux connaissances développées sur le vieillissement, a permis la construction d'un cadre conceptuel original dans un dessein d'amélioration des situations de vie des utilisateurs âgés en milieu urbain et des processus y conduisant. Il pourrait sans doute être utilisé pour d'autres catégories d'utilisateurs.

Incidemment, le rapprochement entre les deux disciplines a permis aussi de développer des propositions en faisant évoluer le modèle de la situation de travail de l'ergonomie en modèle de situation de vie. Cette évolution a été abordée très brièvement en discussion. Elle mériterait certainement de plus amples développements afin de mieux l'asseoir théoriquement. Cette tentative a surtout selon moi le mérite de souligner que l'ergonomie de l'activité pourrait trouver

une légitimité comme discipline et comme pratique pour travailler avec d'autres (architectes, urbanistes, designers urbains, ergothérapeutes, etc.) sur des problématiques dépassant le cadre du travail.

Dans le contexte québécois où l'ergonomie de l'activité, est fortement liée, de par son historique, à la santé et la sécurité au travail (SST) (Lortie, 2009) un tel appel à sortir du cadre du travail pourrait ouvrir de nouvelles perspectives de recherches et d'interventions. Quelques chercheurs et praticiens sont positionnés sur des problématiques qui s'éloignent de la SST et plus largement du travail tels que Brangier et Robert qui souhaitent développer l'ergonomie prospective (Brangier et Robert, 2014) ou Vezeau qui travaille de concert avec des designers industriels¹²³, mais ils demeurent rares.

Certes, de grands défis attendent encore les ergonomes dans le cadre du travail comme de « s'insérer plus tôt au niveau des investissements et du processus décisionnel » (Lortie, 2009, p. 8). Mais Lortie identifie aussi la nécessité de mieux faire connaître la discipline et le positionnement particulier consistant à s'inspirer fortement du « terrain ».

« Défi 3 : défendre la science du terrain et le processus de construction du savoir qui en est issu. [...]. Mieux articuler notre réflexion quant à notre contribution « fondamentale » aux sciences de terrain et prendre le temps de s'adresser aux autres scientifiques nous apparaît donc un défi important à relever. Les ergonomes ont développé un savoir et savoir-faire que nous sous-estimons » (Lortie, 2009, p. 10).

J'espère avoir montré dans cette thèse que les ergonomes partagent cette préoccupation avec d'autres, dont le design urbain et l'intérêt de se rapprocher d'autres disciplines ayant des visées transformatrices compatibles.

Dans quelle mesure et sur quels aspects les ergonomes pourraient-ils avoir une place auprès d'autres professionnels dans le cadre du développement de projets urbains ? La participation des usagers est un enjeu fondamental en design urbain. Les ergonomes auraient très certainement un rôle à jouer pour faciliter ces mécanismes de participation, notamment avec la mise en œuvre d'outils de structuration de la participation via le développement avec les usagers de situations de vie (ou de travail) de référence concernant l'usage des espaces urbains. Cependant, le projet étudié montre une dimension politique accrue et une difficulté à

¹²³ http://www.design.uqam.ca/dess/transport/DESS_Transport/enseignants.html

appréhender des usagers actuels avec certains types d'usages existants, mais aussi à venir dans un horizon temporel lointain (on construit un métro pour les 50 ans à venir, voire plus) dans un système d'acteurs très ouvert. Dans quelle mesure les ergonomes sont-ils outillés pour se porter en assistance aux concepteurs (à la maîtrise d'ouvrage) dans ce contexte- là ?

Cette contribution s'inscrit dans le registre des liens entre la théorie et la pratique puisqu'il s'est agi d'examiner les pratiques pour mieux les comprendre et de mettre au jour les enjeux associés, pour mieux intervenir et ainsi améliorer celles-ci en retour.

Bien que cela n'ait pas été l'objectif initial de la thèse, le développement du modèle PEACI pourrait permettre d'enrichir le corpus théorique des études Personne-Environnement dans lesquels s'inscrivent tout à la fois le design urbain et les recherches contemporaines en gérontologie qui privilégient une approche biospsychosociale. En gérontologie, peu de chercheurs ont cherché à qualifier le lien Personne-Environnement, si ce n'est des chercheurs en provenance de l'ergothérapie (Iwarsson, Stahl et Lofqvist, 2013) qui ont aussi utilisé le concept d'activité. Très certainement, des pistes de recherche pourraient consister à comparer les concepts d'activité issus de l'ergothérapie et de l'ergonomie, permettant sans doute d'améliorer le modèle utilisé dans le cadre de cette thèse.

Enfin, de façon opérationnelle, les résultats de la thèse pourraient servir dans la formation de divers intervenants (ergonomes, designers urbains, travailleurs du communautaire). S'il n'y avait qu'un seul message à retenir, cela serait le suivant : des usagers « impensés » peuvent mener à des designs d'environnements appauvris. Une étape d'explicitation des usagers futurs à qui s'adressent les projets, et de leurs activités, surtout lorsque ces projets nécessitent des coopérations interdisciplinaires et intersectorielles, permet de « mettre à plat » différentes représentations véhiculées par chacun et de préciser les desseins du projet. Cette étape participe à la « préparation des acteurs » préconisée par Martin (2000) dans les phases amont des projets pour éviter que les modèles véhiculés par le projet soit plus tard source de difficultés pour les usagers (Béguin, 2007).

Bibliographie

- Akrich, M. (1990). De la sociologie des techniques à une sociologie des usages. *Techniques & Culture*, 16, 83-110.
- Alexander, C. (1964). *Notes on the Synthesis of Form* (Vol. 5). Harvard University Press.
- Alsnihi, R. et Hensher, D. A. (2003). The mobility and accessibility expectations of seniors in an aging population. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 37(10), 903-916. doi:10.1016/S0965-8564(03)00073-9
- Alvarez, A. A. T., Lortie, M. et Vezeau, S. (2007). L'ergonome comme agent de transfert des besoins de l'utilisateur dans la chaîne utilisateur-fabricant : élaborer un langage commun. Dans M. Zouinar, G. Valléry et M.-C. Le Port (dir.), *Ergonomie des produits et des services* (p. 497-507). Repéré à <http://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2016/01/actes-42-congres-self-2007-saint-malo.pdf>
- Amar, G. (2010). *Homo Mobilis : le nouvel âge de la mobilité, éloge de la reliance*. Limoges, France : FYP éditions.
- André, D., Payeur, F. et Lachance, J.-F. (2009). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056. Édition 2009*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2006-2056.pdf>
- Aquino, J.-P. (2007). Le vieillissement : d'un modèle « défectologique » à un modèle « ontogénique ». *Gérontologie et société*, 123(4), 13-29. doi:10.3917/gs.123.0013
- Argyris, C., Putnam, R. et McLain Smith, D. (1985). Action Science - Theories of Action. *Action Science*, 80-102. doi:10.1037/027245
- Arnstein S. (1969) A Ladder Of Citizen Participation. *Jaip*, 35(4), n°. 4, 216-224.
- Arthur P. et Passini R. (1992). *Wayfinding : people, sign and architecture*. New York ; McGraw-Hill.
- Ascher, F. (2004). Les sens du mouvement : modernité et mobilités (Introduction). Dans S. Allemand, F. Ascher et J. Lévy (dir.), *Les sens du mouvement. Modernité et mobilités dans les sociétés urbaines contemporaines* (p. 21-34).

- Audirac, I. (2008). Accessing Transit as Universal design : A Global Paradigm. *Journal of Planning Literature*, 23(1), 4-16.
- Azeredo, A. C. et Payeur, F. F. (2015). Vieillesse démographique au Québec : comparaison avec les pays de l'OCDE. *Données sociodémographiques en bref*, 19(3), 1-28. Repéré à http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR_dembref2015T02F00.pdf
- Bacqué, M.H. (2009) Gouvernance et urbanisme de participation. Dans V. Biau et G. Tapie (dir.), *La fabrication de la ville. Métiers et organisations* (p. 17-30). Editions parenthèses
- Bacqué, M.-H. et Gauthier, M. (2011). *Participation, urbanisme et études urbaines. Quatre décennies de débats et d'expériences depuis "A ladder of citizen participation" de S.R. Arnstein. Participations* (vol. 1). doi:10.3917/parti.001.0036
- Ball, M. S. et Lawler, K. (2014). Changing practice and policy to move to scale: a framework for age-friendly communities across the United States. *Journal of aging & social policy*, 26(1-2), 19-32. doi:10.1080/08959420.2014.856706
- Baltes, P. B., et Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1(1), 1-34.
- Barbier, P. et Legresley, A. (2011). Pour faciliter la gestion de la validité interne de l'argumentation à l'occasion du processus décisionnel jalonnant le parcours de recherche et d'écriture. *Recherches qualitatives*, 11(Hors-série), 24-39. Repéré à http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v11/RQ-HS11-barbier_legresley.pdf
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M. et Brun, J. (2007). Conditions et processus menant à des changements à la suite d'interventions en santé et en sécurité du travail : l'exemple d'activités de formation. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [En ligne]*, 1(9), 1-26. doi:10.4000/pistes.2998
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M. et Brun, J. P. (2004). *Intervention externe en santé et en sécurité du travail. Un modèle pour comprendre la production de transformations à*

- partir de l'analyse d'interventions d'associations sectorielles paritaires (Rapport R-367)*. Repéré à <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-367.pdf>
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M., Poulin, P. et Ross, J. (2010). *Conditions et processus de changement lors d'interventions externes en SST. Élaboration d'outils pour les praticiens (rapport R-647)*. Repéré à <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/R-647.pdf>
- Beard, J. R. et Montawi, B. (2015). Age and the Environment: The Global Movement Towards Age-Friendly Cities and Communities. *Journal of Social Work Practice*, 29(1). doi:10.1080/02650533.2014.993944
- Beard, J. R. et Petitot, C. (2010). Ageing and Urbanization : Can Cities be Designed to Foster Active Ageing? *Public Health Reviews*, 32(2), 427-450.
- Becerra, S. (2015). Vulnérabilité, risques et environnement : l'itinéraire chaotique d'un paradigme sociologique contemporain. *Vertigo - la revue électronique en sciences de l'environnement [En ligne]*, 12(1), 1-23. doi:10.4000/vertigo.11988
- Béguin P. (2004). L'ergonome, acteur de la conception ». Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie* (p. 375-390). Éditions PUF.
- Béguin, P. (2007). Prendre en compte l'activité de travail pour concevoir. *@activités*, 4(2), 107-114.
- Béguin P. (2005). « Concevoir pour les genèses professionnelles ». Dans P. Rabardel et P. Pastré. (dir.). *Modèles du sujet pour la conception. Dialectiques, activités, développement* (p. 32-52). Toulouse : Octarès.
- Béguin, P., Cerf, M. (2004) Formes et enjeux de l'analyse de l'activité pour la conception de systèmes de travail. *@activités*, 1(1).
- Bélanger, P. (2016). *Self-construction and social transformation. Lifelong, Lifewide and Life-Deep Learning*. Hamburg : UNESCO Institute for Lifelong Learning. Ouvrage originellement publié en Français sous le titre : Parcours éducatifs : Construction de soi et transformation sociale. Les Presses de l'Université de Montréal. Repéré à <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002444/2444440e.pdf>
- Bellemare, M. (2015). Application du modèle sur les interventions externes en SST aux intervenants internes (communication personnelle).

- Bellemare M., Trudel L., Ledoux E., Montreuil S., Marier M., Laberge M. et Godi, M.J. (2005). *Intégration de la prévention des TMS dès la conception d'un aménagement : le cas des bibliothèques publiques*. Études et recherches / Rapport R-395, Montréal, IRSST, 210 p.
- Bellemare, M., Marier, M. et Allard, D. (2001). Le journal de bord: un outil pour l'intervention et la recherche en ergonomie. *Congrès conjoint de la Société d'ergonomie de langue française et de l'Association canadienne d'ergonomie*. Montréal.
- Belton-Chevallier, L. (2015). Prendre en compte l'immobilité dans les imaginaires de la mobilité. *SociologieS [En ligne]*, (Dossiers, La mobilité dans tous ses états. Représentations, imaginaires et pratiques). Repéré à <http://sociologies.revues.org/5155>
- Benbasat I, Goldstein D et Mead M (1987). The Case Research Strategy in Studies of Information Systems. *MIS Quarterly* Vol. 11, 369-386.
- Berger. G (1972) Opinions et réalités. Dans L. Apostel., A. Briggs, et G. Michaud (dir.), *L'interdisciplinarité. Problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités* (p. 21-69). Paris: Organisation de coopération et de développement économiques, Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement.
- Bergmann, S. et Sager, T. (2008). In Between Standstill and Hypermobility- Introductory Remarks to a Broader Discourse. Dans S. Bergmann et T. Sager (dir.), *The ethics of mobilities. Rethinking place, exclusion, freedom and environment* (p. 1-9). Ashgate. Repéré à <http://www.myilibrary.com/?ID=183402>
- Bernard Brunhes Consultants (1997), *Personnes âgées et habitat, Evaluation du programme SEPIA*. Ministère du Travail et des Affaires Sociales, DHC, CNAVTS, CDC, UNFOHLM.
- Bibeau, G. (2010). *Séminaire sur l'interdisciplinarité (SHA 7055)*. Université de Montréal
- Bickerstaff, J. (2003). Institutionnalisation des personnes âgées : Les représentations sociales et leurs impacts. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 20(2), 227-241.
- Billette, V. et Lavoie, J. (2010). Vieillissements, exclusions sociales et solidarités. Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (dir.),

- Vieillir au pluriel, perspectives sociales* (p. 1-22). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Billette, V., Lavoie, J.-P., Séguin, A.-M. et Van Pevenage, I. (2012). Réflexions sur l'exclusion et l'inclusion sociale en lien avec le vieillissement. L'importance des enjeux de reconnaissance et de redistribution. *Frontières*, 25(1), 10-30.
doi:10.7202/1018229ar
- Bitgood S. C. (2001). Environmental Psychology in Museums, Zoos, and Other Exhibition Centers. Dans R.B. Bechtel, A. Churcham A. (Dir.), *Handbook of environmental psychology* (p. 461-480). New York : John Wiley and Sons.
- Blein, L. et Guberman, N. (2011). Vieillir au centre de la ville plutôt que dans ses marges. *Diversité urbaine*, 11(1), 103-121. Repéré à <http://id.erudit.org/iderudit/1007746ar>
- De Blois, M. (2012). *Le projet organisant : vers une ontologie du projet d'aménagement* (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9899>
- Bonnes M. et Bonaiuto M. (2001) Environmental Psychology : from spatial-physical environment to sustainable development. Dans R.B. Bechtel et A. Churcham (dir.), *Handbook of environmental psychology* (p. 28-54). John Wiley and Sons, Inc.
- Bornstein, L. (2007). *Research Report. Community Responses to Mega-Projects*. Montréal : CURA Making Megprojects Work for Communities. Repéré à www.mcgill.ca/urbanplanning/mpc/research/reports
- Borzeix A. (2001). Relation de service et sociologie du travail. L'utilisateur, une figure qui nous dérange? Dans F. Hubault (coord.) *La relation de service, opportunités et questions nouvelles pour l'ergonomie* (p. 33-52). Séminaire Paris 1, 14-18 mai 2001.
- Bouisson, J. (2007). Vieillesse, vulnérabilité perçue et routinisation. *Retraite et société*, 3(52), 107-128. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2007-3-page-107.htm>
- Bourdieu P. (1987). *Choses dites*. Paris : Editions de Minuit
- Bourdieu, P. (2001). *Sciences de la science et réflexivité*. Paris : Éditions raisons d'agir, collection cours et travaux.

- Boussard, V., Loriol, M. et Caroly, S. (2006). Catégorisation des usagers et rhétorique professionnelle. Le cas des policiers sur la voie publique. *Sociologie du Travail*, 48(2), 209-225. doi:10.1016/j.soctra.2006.04.006
- Boutinet, J.-P. (1990). *Anthropologie du projet*. Paris : PUF.
- Bowling, A. (2007). 21st Century: what is successful aging? *International Journal of Aging and Human Development*, 64(3), 263-297.
- Brangier, É. et Robert, J.-M. (2014). L'ergonomie prospective : fondements et enjeux. *Le travail humain*, 77(1), 1. doi:10.3917/th.771.0001
- Broadbent, G. (1990). *Emerging concepts in urban space design*. London: Van Nostrand Reinhold (International).
- Bronfenbrenner, U. (2005). The BioEcological Theory of Human Development (2001), Dans U. Bronfenbrenner (dir.) *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (pp. 94-105). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U. (2005). Lewinian Space and Ecological Substance“ (1977). Dans U. Bronfenbrenner (dir.), *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (p. 106-173). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Broome, K., Worrall, L., Fleming, J. et Boldy, D. (2013). Evaluation of age-friendly guidelines for public buses. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 53(2013), 68-80. doi:10.1016/j.tra.2013.05.003
- Broome, K., Worrall, L., McKenna, K. et Boldy, D. (2010). Priorities for an age-friendly bus system. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 29(3), 435-444. doi:10.1017/S0714980810000425
- Buffel, T., McGarry, P., Phillipson, C., De Donder, L., Dury, S., De Witte, N., ... et Verté, D. (2014). Developing age-friendly cities: case studies from Brussels and Manchester and implications for policy and practice. *Journal of Aging & Social policy*, 26(1-2), 52-72. doi:10.1080/08959420.2014.855043
- Buffel, T., Phillipson, C. et Scharf, T. (2012). Ageing in urban environments: Developing "age-friendly" cities. *Critical Social Policy*, 32(4), 597-617. doi:10.1177/0261018311430457

- Burns, V. F., Lavoie, J.-P. et Rose, D. (2012). Revisiting the role of neighbourhood change in social exclusion and inclusion of older people. *Journal of Aging Research*, 2012, 2-12. doi:10.1155/2012/148287
- Bussière, Y. et Thouez, J.-P. (2005). Demande de transport des personnes âgées à Montréal en 1998 et vieillissement. Dans A. Aguiléra, J.-L. Madre et D. Mignot (dir.), *Les villes ont-elles achevé leur transition ? Actes INRETS n 99* (p. 233-244).
- Cachadinha, C. (2012). Characteristics of an age - friendly neighbourhood built environment: comparison of age - friendly community models with empirical evidence. Dans XVII IAHS World Congress. Istanbul, Turquie. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Carla_Cachadinha/publication/257850513_Characteristics_of_an_age-friendly_neighbourhood_built_environment_comparison_of_age-friendly_community_models_with_empirical_evidence/links/00b49525fa70d3f84f000000.pdf
- Cahour B. (2002). Décalages socio-cognitifs en réunions de conception participative. *Le travail Humain*, 4 (65), 315-337.
- Camirand, J. et Fournier, C. (2012). Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010. Série : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Institut de la Statistique du Québec.
- Canadian Institutes of Health Research-Institute of Ageing. (2010). *A report on a study tour of the United Kingdom. The Science of Age-Supportive Built Environments. 8th-12th March 2010*. 2010 KT-EQUAL. Repéré à www.equal.ac.uk
- Caradec, V. (1999). Vieillissement et usage des technologies. Une perspective identitaire et relationnelle. *Réseaux*, 17(96), 45-95. doi:10.3406/reso.1999.1059
- Caradec, V. (2010). Les comportements résidentiels des retraités. Quelques renseignements du programme de recherche « Vieillissement de la population et habitat ». *Espace populations sociétés*, 1(2010), 29-40.
- Caradec, V. (2012). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. (3^e éd.). Paris : Armand Colin.

- Caradec, V. (2014). Transitions du vieillissement et épreuve du grand âge. Dans C. Hummel, I. Mallon et V. Caradec (dir.), *Viellesses et vieillissements. Regards sociologiques* (p. 273-288). Presses Universitaires de Rennes.
- Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D. et Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : Proposition d'un modèle conceptuel*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillissementSante.pdf
- Caroly (2007). Les mutations au travail face aux défis technologiques : quelles incidences sur la santé? *PISTES*, 9(2).
- Caroly, S. (2010). *Activité collective et réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail (Habilitation à diriger des recherches, Université Victor Segalen Bordeaux II)*. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-00464801/document>
- Carrefour action municipale et famille. (2012). *Le portrait de l'intervention municipale Fascicule 3 Les déplacements urbains*.
- Casilli, A. (2011). Pratiquer la transdisciplinarité dans la discipline. Temporalité, territorialité et réalisme des professions scientifiques. *Au miroir des disciplines. Réflexions sur les pratiques d'enseignement et de recherche inter-et transdisciplinaires* (p. 65-81). Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00661783/document>
- Castaigne, M., Hubert, J.-P. et Toint, P. (2003). *La mobilité des aînés en Wallonie*. Presses Universitaires de Namur.
- Centre d'écologie urbaine de Montréal (CEUM). (2015). *L'urbanisme participatif*. Montréal. Repéré à <http://www.ecologieurbaine.net/fr/documentation/guide-techniques-documents/71-lurbanisme-participatif-amenager-la-ville-avec-et-pour-ses-citoyens/file>
- Centre d'écologie urbaine de Montréal (CEUM). (2010). *Quartier vert actif et en santé. NDG Sud-Est. Annexe 1 Méthodologie*. Repéré à <http://ocpm.qc.ca/sites/ocpm.qc.ca/files/pdf/P65/4a.pdf>
- Cerf M. et Falzon P., (2005). Situations de service, travailler dans l'interaction, Dans M. Cerf, P. Falzon (dir.), *Situations de services : travailler dans l'interaction*. Collection Le travail humain. Paris : PUF.

- Chan, C. F. (2008). *A Comparative Analysis of The McGill University Health Centre Glen Campus and the Proposed Université de Montréal Campus Developments: Describing relationships and addressing environmental concerns in the planning process* (n° Working Paper WP 08-02E.). Montréal. Repéré à <https://www.mcgill.ca/urbanplanning/files/urbanplanning/WP08-02E-chan.pdf>
- Chapon, P.-M. (2009). Planification urbaine et vieillissement. *La Doc. Française. Retraite et société*, 59, 205 -216. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2009-3-page-206.htm>
- Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.-P., Grenier, A. et Olazabal, I. (2010). Pour une gérontologie sociale du XXIe siècle. Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (dir.), *Vieillir au pluriel, perspectives sociales* (p. XXX-X). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Charpentier, M. et Soulières, M. (2007). Pouvoirs et fragilités du grand âge : « j'suis encore pas mal capable pour mon âge » (MmeH., 92 ans). *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 128-143. doi:10.7202/016055ar
- Chaudet, B. (2009). *Handicap , vieillissement et accessibilité . Exemples en France et au Québec (thèse de doctorat, Université d'Angers, France)*. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00459835>
- Chaudet, B. (2012). Les Territoires du « Bien vieillir » au prisme de la mobilité quotidienne des personnes âgées. Dans J.-P. Viriot-Durandal, C. Pihet et P.-M. Chapon (dir.), *Les défis territoriaux face au vieillissement* (p. 17-30). Paris : la Documentation française.
- Chevrier, S. (1999). Métros légers et personnes âgées. Les trois figures de la personne âgée. *Retraite et société*, 26(06), 8-13.
- Chevrier, S. et Juguet, S. (2003). *Arrêt demandé*. Rennes : LARES-Enigmatek.
- Clark, K. (2014). GenPhilly: a Strategy for Improving the Sustainability of Aging in Community Initiatives. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 197-211. doi:10.1080/08959420.2014.854135
- Clark, K. et Glicksman, A. (2012). Age-friendly Philadelphia: Bringing Diverse Networks Together around Aging Issues. *Journal of Housing For the Elderly*, 26(1-3), 121-136. doi:10.1080/02763893.2012.655662

- Clarke, P. et Nieuwenhuijsen, E. R. (2009). Environments for healthy ageing: A critical review. *Maturitas*, 64(1), 14-19. doi:10.1016/j.maturitas.2009.07.011
- Clément, P. (2010). Conceptions, représentations sociales et modèle KVP. *Skhole : cahiers de la recherche et du développement*, 16, 55-70. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01024972>
- Clément, S. (2006). Transports urbains et vieillissement : Innovations toulousaines. *Informations sociales*, 2(130), 72-79. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-2-page-72.htm>
- Clément, S., Dubreuil, C. et Milanovic, F. (1999). Figures de la vieillesse et technologie de la vigilance. *Réseaux*, 17(96), 121-143. doi:10.3406/reso.1999.1061
- Clément, S., Rolland, C. et Thoer-Fabre, C. (2007). *Usages, normes, autonomie. Analyse critique de la bibliographie concernant le vieillissement de la population*. Paris : CERTU.
- Clôt, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.
- Clot, Y. et Simonet, P. (2015). *Pouvoirs d'agir et marges de manœuvres. Théories et méthodologies*. doi:10.3917/th.781.0031
- Cloutier, M. et Torres, J. (2010). L'enfant et la ville : notes introductoires. *Enfances, Familles, Générations*, 12, i-xv. Repéré à www.efg.inrs.ca
- Coleman, P. G. et O' Hanlon, A. (2004). Theory and research on ageing, continued development and adaptation to change. Dans P. G. Coleman et Ann O' Hanlon (dir.), *Ageing and Development* (p. 224). Londre : Arnold.
- Commission d'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill. (2004). *Soins, enseignement, recherche. Au coeur de la cité. Rapport de la Commission d'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill*.
- Corporation d'hébergement du Québec et Modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal. (2008). *Guide de performance du CHU. Version 1.1*. Repéré à <http://construction3chu.msss.gouv.qc.ca/download.php?f=dc4ca20d0c77008490d40b22bd407437>

- Coudsi, M.-R. et Dreyer, P. (2008). Les représentations des seniors et des personnes âgées pour de jeunes actifs, l'exemple des collaborateurs de Leroy Merlin. Dans *Vieillir chez soi , un enjeu de société. Des représentations de l'âge aux usages de l'habitat* (p. 4-8). Repéré à <http://www.leroymerlinsource.fr/>
- Coutarel, F., Caroly, S., Vézina, N. et Daniellou, F. (2015). Marge de manoeuvre situationnelle et pouvoir d'agir : des concepts à l'intervention ergonomique. *Le travail humain*, 78(1), 9-29. doi:10.3917/th.781.0009
- Couturier, Y. et Chouinard, I. (2003). La condition interdisciplinaire dans les métiers relationnels : une mise en problème à partir du cas du secteur sociosanitaire. *Esprit critique* [En ligne], 05(01). Repéré à <http://www.espritcritique.fr/0501/esp0501.pdf>
- Cuthbert, A. R. (2007). Urban design: requiem for an era - review and critique of the last 50 years. *Urban Design International*, 12(4), 177-223. doi:10.1057/palgrave.udi.9000200
- Daniellou F. (1996). Questions épistémologiques soulevées par l'ergonomie de conception. Dans F. Daniellou (dir.), *L'Ergonomie en quête de ses principes, débats épistémologiques* (p183-200), Toulouse : Octarès
- Daniellou, F. (1999). *Le statut de la pratique et des connaissances dans l'intervention ergonomique de conception* (Université Victor Segalen Bordeaux 2. ISPED). Collection Thèses et Mémoires. Laboratoire d'Ergonomie des Systèmes Complexes.
- Daniellou, F. (2006a). Entre expérimentation réglée et expérience vécue. Les dimensions subjectives de l'activité de l'ergonome en intervention. *Activités*, 3(3-1). Repéré à <http://activites.revues.org/1835>
- Daniellou, F. (2006b). « Je me demanderais ce que la société attend de nous... » À propos des positions épistémologiques d'Alain Wisner. *Travailler*, 15(1), 23-38.
- Daniellou, F. (2008). *Diversité des domaines d'intervention, nouvelles pratiques de l'ergonomie : qu'avons-nous encore en commun?* Dans Les Journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie. Collection Actes, Université Victor Segalen Bordeaux 2-Idc.
- Daniellou F. et Béguin P. (2004). Méthodologie de l'action ergonomique : approches du travail réel. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie* (p. 335-358). Éditions PUF.

- Darses F., Détienne F. et Visser W. (2004). Les activités de conception et leur assistance. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie*, p. 545-563. Éditions PUF.
- Darses F. et Reuzeau, F. (2004). Participation des utilisateurs à la conception des systèmes et dispositifs de travail. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie*, p. 405-420. Éditions PUF.
- Darses, F. et Wolff, M. (2006). How do designers represent to themselves the users' needs? *Applied Ergonomics*, 37(6), 757-764. doi:10.1016/j.apergo.2005.11.004
- Dawson, S., Willman, P., Bamford, M., Clinton, A. (1988). *Safety at Work: The Limits of Self-Regulation*. Cambridge, Cambridge University Press.
- De Jaeger, C. (2008). Chapitre 1 : Le vieillissement humain. Dans C. De Jaeger (dir.), *La gérontologie* (3^e éd., p. 5-35). Paris : Presses Universitaires de France, « Que sais-je ? ». 64. doi:10.1016/j.apergo.2005.11.004
- Dejean P-H. et Naël M. (2004). « Ergonomie du produit ». Dans *Ergonomie*, Falzon P. (sous la direction de), p463-478. Éditions PUF.
- Delisle, M.-A. (2009). *La participation sociale des aînés : apport à la collectivité et bien-être individuel*. Repéré à http://classiques.uqac.ca/contemporains/delisle_marc_andre/participation_sociale_aines/participation_sociale_aines.pdf
- Des Rivières, M. et Michaud, A. (2005). *Une pleine participation des aînés au développement du Québec. Rapport de l'équipe de travail*. Repéré à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/AINES_Rapport13-07.pdf
- Desfossés, J. et Paquette, I. (2011). Enjeux du vieillissement : Aspects biologiques, cognitifs et psychosociaux. Repéré à <https://www.iusmm.ca/documents/pdf/Hopital/Évènements/1E - Defosses-Paquette.pdf>
- Desmette, D., Yzerbyt, C. et Iweins, V. (2015). Âgisme et gestion des âges au travail. Dans M. Lagacé (dir.), *Représentations et discours sur le vieillissement. La face cachée de l'âgisme ?* (p. 147-172). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Desnoyers, L. (2004). 5. La prise d'information. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie* (p. 83-98). Presses Universitaires de France. doi: 10.3917/puf.falzo.2004.01.0083
- Direction de la recherche de l'évaluation et de la statistique du ministère de la Famille. (2015). Comment vivent les personnes âgées ? *Bulletin trimestriel sur les familles et les personnes qui les composent*, 3(3), 1-17. Repéré à

<https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/quelle-famille-automne-2015.pdf>

Direction de santé publique- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2006).

Le transport urbain, une question de santé. Rapport annuel 2006 sur la santé de la population montréalaise. Repéré à <http://www.santepub-mtl.qc.ca>

Dobbins, M. (2009). *Urban design and people*. Hoboken, N.J.: Wiley.

Dreyer, P. (2008). Limiter les conséquences de la vieillesse et de la dépendance. Agir sur l'habitat et l'environnement. *Gérontologie et société*, 2(125), 167-184.

doi:10.3917/gs.125.0167

Dumez, H. (2010). Éléments pour une épistémologie de la recherche qualitative en gestion. *Le*

libellio d'Aegis, 6(4), 3-16. Repéré à

<http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=19934406&retmode=ref&cmd=prlinks>

Dumez, H. (2013). Qu'est-ce qu'un cas, et que peut-on attendre d'une étude de cas ? *Le*

libellio d'Aegis, 9, 13-26.

Dupuis, J., Weiss, D. R. et Wolfson, C. (2007). Gender and Transportation Access among

Community-Dwelling seniors. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 26(2), 149-158. doi:10.3138/cja.26.2.149

Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M.-C. et Ngomo, S. (2008). *La marge*

de manoeuvre de travailleur pendant et après un programme de retour progressif au travail : définition et relations avec le retour à l'emploi. Repéré à www.irsst.qc.ca

Durmisevic S. et Sariyildiz S. (2001). A systematic quality assessment of underground spaces –

public transport stations. *Cities*, 18 (1), 13-23.

Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of*

Management Review, 14(4), 532-550. Repéré à <http://www.jstor.org/stable/258557>

Ellin, N. (1996). *Postmodern Urbanism*. Cambridge, Mass.: Blackwell.

Enriquez, E. (2001). L'éthique de l'intervenant. Dans Vranken D. et Kutty, O. (Éds). *La*

sociologie de l'intervention. Enjeux et perspectives (p. 299-310). Bruxelles : éditions de Boeck Université.

- Espinasse, C. (2012). *Le renoncement aux différents modes de transport collectif, de la part de Parisiennes et Parisiens âgés*. Paris. Repéré à http://isidoredd.documentation.developpement-durable.gouv.fr/documents/Temis/0079/Temis-0079911/21364_A.pdf
- Ewing, R., Handy, S., Brownson, R. C., Clemente, O. et Winston, E. (2006). Identifying and Measuring Urban Design Qualities Related to Walkability. *Journal of Physical Activity and Health*, 3(Suppl 1), 223-240. Repéré à http://forum.activelivingresearch.com/sites/default/files/JPAH_15_Ewing.pdf
- Falzon, P. (1996). Des objectifs de l'ergonomie. Dans F. Daniellou (dir.), *L'ergonomie en quête de ses principes. Débats épistémologiques* (p. 233-242). Toulouse : Octarès. Repéré à http://ergonomie.cnam.fr/equipe/falzon/articles_pf/objectifs_ergo_96.pdf
- Falzon P. (2004). Nature, objectifs et connaissances de l'ergonomie. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie* (p. 17-36). Éditions PUF.
- Falzon, P. (2005). Ergonomie, conception et développement. Dans *Conférence introductive, 40ème congrès de la SELF* (p. 21-23). Saint Denis, La Réunion. Repéré à http://ergonomie.cnam.fr/equipe/falzon/articles_pf/ergo_concep_develop_05.pdf
- Falzon, P. (2013). Pour une ergonomie constructive. Dans Pierre Falzon (dir.), *Ergonomie constructive* (p. 1-19). Paris : PUF.
- Falzon, P. et Lapeyrière, S. (1998). L'utilisateur et l'opérateur : ergonomie et relations de service. *Le Travail Humain*, 61(1), 69-90.
- Feillou I. (2012). De l'importance de ses racines épistémologiques. *Chantiers de l'intervention en sciences humaines : interdisciplinarité pratique et action professionnelle*. Revue du programme de doctorat en sciences humaines appliquées.
- Féré, C. (2012). La dimension sociale de la mobilité quotidienne, oubliée du développement urbain durable ? *Vertigo- la revue électronique en sciences de l'environnement* [En ligne], *Hors-série*. doi:10.4000/vertigo.11740
- Féré, C. (2013). Vers un droit au transport ciblé et un droit à la mobilité conditionnel. L'évolution de la prise en compte des inégalités de mobilité dans les politiques urbaines. *Flux*, 1(91), 9-20. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-flux-2013-1-page-9.htm>

- Fernagu Oudet, S. (2012). Concevoir des environnements de travail capacitants : l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs. *Formation Emploi*, 119, 7-27.
- Fijalkow, Y. (2002). La « régulation clandestine » des usagers de France Télécom. Ce que nous apprennent les discours de légitimation des usagers. *Flux*, 48-49(2), 73-82.
Repéré à <http://www.cairn.info/revue-flux-2002-2-page-73.htm>
- Findeli, A. (2001). Entre science et pratique, discipline et profession: les études doctorales à la Faculté de l'aménagement. *Trames*, (13), 55-71.
- Fitzgerald, K. G. et Caro, F. G. (2014). An Overview of Age-Friendly Cities and Communities Around The World. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 1-18.
doi:10.1080/08959420.2014.860786
- Fletcher, V., Bonome-Sims, G., Knecht, B., Ostroff, E., Otitigbe, J., Parente, M. et Safdie, J. (2015). The challenge of inclusive design in the US context. *Applied Ergonomics*, 46, 267-273. doi:10.1016/j.apergo.2013.03.006
- Fleuret, S. (2010). Territoires et santé : l'utilité de la géographie de la santé. Dans L.-M. B. et J. R. Simon Richoz (dir.), *Santé et développement territorial : enjeux et opportunités* (p. 25-48). Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245.
- Fondation de France. (2004). Vieillir dans son quartier, dans son village. Des aménagements à inventer ensemble.
- Foucart, J. (2003). La vieillesse : une construction sociale. *Pensée plurielle*, 6(2), 7-18.
doi:10.3917/pp.006.0007
- Gagnon, Y.C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche*, (2^e éd). Québec ; Les Presses de l'Université du Québec. Repéré à ProQuest ebrary.
- Garon, S. (2014). *Mémoire sur les phénomènes d'intimidation envers les personnes âgées au Québec Les municipalités amies des aînés : une intervention sociétale à visée intergénérationnelle*. Repéré à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/2014-11-28.12-Memoire.pdf>
- Gaudard, C. et Weill-Fassina, A. (1999). L'évolution des compétences au cours de la vie professionnelle : une approche ergonomique. *Formation Emploi*, 67, 47-62.

- Gauthier, H., Jean, S., Langis, G., Nobert, Y. et Rochon, M. (2004). *Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain. Volume 1*. Repéré à http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR_Person_agees_2004H00F08.pdf
- Gendron, S. (2001). *La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme* (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6803/these.pdf>
- Gibson, J. J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin. UdeM Opto.
- Glicksman, A., Clark, K., Kleban, M. H., Ring, L. et Hoffman, C. (2014). Building an Integrated Research/Policy Planning Age-Friendly Agenda. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 131-46. doi:10.1080/08959420.2014.854142
- Goldenhar, L. M. et Schulte, P. A. (1994). Intervention research in occupational health and safety. *Journal of Occupational Medicine*, 36 (7), 763-775.
- Gosling, D. et Gosling, M.C. (2003). *The evolution of American urban design : a chronological anthology*. London ; Hoboken, NJ: Wiley-Academy.
- Graumann C.F. (2001). The Phenomenological Approach to People-Environment Studies. Dans R.B. Bechtel et A. Churcham (dir.), *Handbook of environmental psychology* (p. 95-113). John Wiley and Sons, Inc.
- Grenier, A. et Brotman, S. (2010). Les multiples vieillissements et leurs représentations. Dans I. O. Michèle Charpentier , Nancy Guberman , Véronique Billette , Jean-Pierre Lavoie , Amanda Grenier (dir.), *Viellir au pluriel : Perspectives sociales*. (p. 23-34). Les Presses de l'Université du Québec. Repéré à <http://www.ebrary.com>
- Grenier, A. et Ferrer, I. (2010). Age, vieillesse et vieillissement. Définitions controversées de l'âge. Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (dir.), *Viellir au pluriel, perspectives sociales* (p. 35-54). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Grenier, J. et Simard, M. (2011). Une éthique pour l'autonomie. Travail social et empowerment au Québec. *Le sociographe*, 2(35), 74-80. doi:10.3917/graph.035.0074

- Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, A. et Kerguelen, A. (2006). *Comprendre le travail pour le transformer : la pratique de l'ergonomie*, troisième édition. Lyon : ANACT (Coll. Outils et méthodes).
- Hamel, J. (1995). L'interdisciplinarité. Fiction de la recherche scientifique et réalité de sa gestion contemporaine. *L'homme et la société*, 116, 59-71. doi : 10.3406/homso.1995.3433
- Handy, F. et Srinivasan, N. (2004). Valuing volunteers: An economic evaluation of the net benefits of hospital volunteers. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 33(1), 28-54.
- Hanson, J. (2004). The Inclusive City: delivering a more accessible urban environment through inclusive design. Dans *RICS Cobra 2004 International Construction Conference : responding to change* (p. 1-39). York. Repéré à <http://discovery.ucl.ac.uk/3351/>
- Hooyman, N. R. et Kiyak, H. A. (2005). *Sociol Gerontology*. A multidisciplinary perspective (7^e éd). États-Unis : Pearson Education.
- Hosking I., Waller S. et Clarkson P.J. (2010). It is normal to be different: Applying inclusive design in industry. *Interacting with Computers*, 22 (6), 496-501.
- Institut de la statistique du Québec. (2009). *Données sociales du Québec. Édition 2009*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/donnees-sociales09.pdf#page=36>
- Institut de la statistique du Québec. (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061.Édition 2014*. Québec. Repéré à www.stat.gouv.qc.ca
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2013). *Vivre vieux, vieillir mieux. Plan stratégique 2013-2018 de l'Institut du vieillissement*. Montréal. Repéré à www.cihr-irsc.gc.ca/f/8671.html
- Iwarsson, S., Horstmann, V., Carlsson, G., Oswald, F. et Wahl, H.-W. (2009). Person--environment fit predicts falls in older adults better than the consideration of environmental hazards only. *Clinical Rehabilitation*, 23(6), 558-567. doi:10.1177/0269215508101740
- Jacobs J. (1956). Report of *Harvard Conference, Progressive Architecture 8 on Urban Design, August 1956*

- Jacobs A. (1993). *Great Streets*, MIT press.
- Jacobs, A. et Appleyard, D. (1987). Toward an Urban Design Manifesto. *Journal of the American Planning Association*, 53(1), 112-120. doi:10.1080/01944368708976642
- Jacquard, A. (1978). *Éloge de la différence. La génétique et les hommes*. Paris : Seuil.
- Jodelet, D. (2003). *Représentations sociales: un domaine en expansion. Les représentations sociales (7^e éd.)*. Presses Universitaires de France « Sociologie d'aujourd'hui »,. doi:10.3917/puf.jodel.2003.01.0045
- Jones, P. (2014). Situating universal design architecture: designing with whom? *Disability and Rehabilitation*, 36(16), 1369-1374. doi:10.3109/09638288.2014.944274
- Kail, R. V. et Cavanaugh, J. C. (2015). *Human development: A life-span view (7^e éd.)*. Cengage Learning.
- Kalache, A. (2009). Towards age-friendly societies : from research to policy , from policy to society. *International Journal of Integrated Care*, 9(June), 8-9. doi:http://doi.org/10.5334/ijic.388
- Karekla, X., Fujiyama, T. et Tyler, N. (2011). Evaluating accessibility enhancements to public transport including indirect as well as direct benefits. *Research in Transportation Business & Management*, 2, 92-100. doi:10.1016/j.rtbm.2011.06.010
- Kenworthy, J. R. et Laube, F. B. (1999). Patterns of automobile dependence in cities: An international overview of key physical and economic dimensions with some implications for urban policy. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 33(7-8), 691-723. doi:10.1016/S0965-8564(99)00006-3
- Kerr, J., Rosenberg, D. et Frank, L. (2012). The Role of the Built Environment in Healthy Aging: Community Design, Physical Activity, and Health among Older Adults. *Journal of Planning Literature*, 27(1), 43-60. doi:10.1177/0885412211415283
- Korner-Bitensky, N., Toal-Sullivan, D. et Von Zweck, C. (2006). Les personnes âgées et la conduite automobile : un regard sur l'évaluation réalisée par les ergothérapeutes. *Actualités ergothérapeutiques*, 9.5, 0-2. Repéré à <https://www.caot.ca/otnow/Sept07/conduite.pdf>
- Kuty, O. (2001). L'intervention: système stratégique et communauté de projet sur l'espace public. *La sociologie et l'intervention. Enjeux et perspectives*, 131-65.

- Lagacé, M. (2015). Introduction. Dans M. Lagacé (dir.), *Représentations et discours sur le vieillissement. La face cachée de l'âgisme ?* (p. 1-20). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Lagacé, M. et Laplante, J. (2015). Discours public Canadien sur le vieillissement au travail : quelle influence sur la perception d'âgisme et le bien-être du travailleur âgé? Dans *Représentations et discours sur le vieillissement. La face cachée de l'âgisme ?* (p. 125-146). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Lagacé, M., Laplante, J. et Davignon, A. (2011). Construction sociale du vieillir dans les médias écrits canadiens : de la lourdeur de la vulnérabilité à l'insoutenable légèreté de l'être. *Communication & organisation* [En ligne], 40(2011), 87-101.
- Lagacé, M., Medouar, F., Loock, J. et Davignon, A. (2011). À mots couverts : le regard des aînés et des soignants sur la communication quotidienne et ses manifestations d'âgisme implicite. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 30(02), 185-196. doi:10.1353/cja.2011.0026
- Lagacé, M., Tanguay, A., Lavallée, M. L., Laplante, J. et Robichaud, S. (2012). The silent impact of ageist communication in long term care facilities: Elders' perspectives on quality of life and coping strategies. *Journal of Aging Studies*, 26(3), 335-342. doi:10.1016/j.jaging.2012.03.002
- Lamonde F., Richard J-G., Langlois L., Dallaire J., Vinet A. (2010). *La prise en compte des situations de travail dans les projets de conception. La pratique des concepteurs et des opérations impliqués dans un projet conjoint entre un donneur d'ouvrage et une firme de génie conseils*. Études et recherche / Rapport R-636, IRSST.
- Lamonde, F., Viau-Guay, A., Beaufort, P. et Richard, JG. (2001). La mémoire de projet : véhicule d'intégration de l'ergonomie et de la SST à la conception ? *PISTES* ©, 3(1)
- Lancry, A. (2009). *L'ergonomie*. Éditions PUF
- Lenoir, Y. (1995). L'interdisciplinarité : aperçu historique de la genèse d'un concept. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 2(2), 227-265. doi:10.7202/1018204ar
- Laperrière A. (1997). La théorisation ancrée : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A.

- Laperrière, R. Mayer, A.P. Pirés (Éds.) : *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, (p. 309-340). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Largier, A. (2010). Quelques figures d'usagers de la SNCF. *Informations sociales*, 2(158), 122-129. Repéré à <http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-2-page-122.htm>
- Laroque, G. (2005). Édito. *Gérontologie et société*, 4(115), 10-12. doi:10.3917/g.s.115.0010
- Laville, A. (2004). Repères pour une ergonomie francophone. Dans P. Falzon (dir.), *Ergonomie* (p. 37-50). Éditions PUF.
- Laville, A. (2009). *Introduction historique, Repères pour une histoire de l'Ergonomie francophone* Fonds de la société d'ergonomie de langue française, SELF. Archives départementales de la Seine Saint Denis, France.
- Lawler, K. (2009). Admitting that even Peter Pan grows old. *The Gerontologist*, 49(6), 859-863. doi:10.1093/geront/gnp145
- Lawton M. P. (1975). *Competence, environmental press and adaptation. Theory development in environment and ageing*. Washington, DC : Gerontological Society.
- Lawton, P. (1985). The elderly in Context. Perspectives from environmental Psychology and Gerontology. *Environment and Behavior*, 17(4), 501-519. doi:10.1177/07399863870092005
- Lawton, P. et Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. Dans E. Carl et P. M. Lawton (dir.), *The psychology of adult development and aging* (p. 619-674). Washington D.C : American Public Health Association. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/10044-020> A
- Lawton, M. P. (1990). An Environmental Psychologist Ages. *Human Behavior and Environment*, 11(1975), 339-363. doi:http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4684-7944-7_14
- Lawton, M. P. (1982). (Vol. 7, pp. 33-59). Environmental press, and the adaptation of older people. Dans M.P. Lawton, P.G. Windley et T.O. Byerts (dir.), *Ageing and the environment: Theoretical approaches*.
- Le Corbusier (1955) *Modulor2 : La parole est aux usagers.*, Boulogne, Edition de l'Architecture d'Aujourd'hui

- Le Morellec, F. (2014). *L'approche par les capacités un nouveau cadre pour l'analyse de l'accessibilité universelle : application à la mobilité des personnes vieillissantes* (Conservatoire national des arts et métiers. CNAM). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01153195>
- Ledoux É. (2000). *Projets architecturaux dans le secteur sanitaire et social. Du bâtiment au projet : la contribution des ergonomes à l'instruction des choix* (Université Victor Segalen Bordeaux 2) Collection thèse & mémoires, 349 p.
- Lemay, V. (2011). La propension à se soucier de l'Autre : Promouvoir l'interdisciplinarité comme identité savante nouvelle, complémentaire et utile. Dans F. Darbellay et T. Paulsen (dir.), *Au miroir des Disciplines. Réflexions sur les pratiques d'enseignement et de recherche inter et transdisciplinaires* (p. 25-48). Berne : Peter Lang.
- Lenoir, Y. (1995). L'interdisciplinarité : aperçu historique de la genèse d'un concept. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 2(2), 227. doi:10.7202/1018204ar
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *PISTES* © [En ligne], 4(2), 1-31. Repéré à <http://petnt/pistes/v4n2/articles/v4n2a8.htm>
- Lerner, R. M. (2005). Foreword. Dans U. Bronfenbrenner (dir.), *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development* (p. ix-xvi).
- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Lewis H.B., Imada A.S. et Robertson M.M. (1988). Xerox Leadership through Quality: Merging Human Factors and Safety through Employee Participation. *Proceedings of Human Factors Society 32 nd Annual Meeting*
- Lichtenberg, P. A, MacNeill, S. E. et Mast, B. T. (2000). Environmental press and adaptation to disability in hospitalized live-alone older adults. *The Gerontologist*, 40(5), 549-556. doi:10.1093/geront/40.5.549
- Lid, I. M. (2014). Universal Design and disability: an interdisciplinary perspective. *Disability and Rehabilitation*, 36(16), 1344-1349. doi:10.3109/09638288.2014.931472
- Lindsay, C. (2007). Aperçu du recensement du Canada-urbanisation. *Tendances sociales canadiennes.*, 84, 12-13. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2007004/pdf/10313-fra.pdf>

- Linovski, O. et Loukaitou-Sideris, A. (2012). Evolution of Urban Design Plans in the United States and Canada: What Do the Plans Tell Us about Urban Design Practice? *Journal of Planning Education and Research*, 33(1), 66-82. doi:10.1177/0739456X12454174
- Locke, K. (2001). Grounded Theory in Management Research. *Qualitative Research in Organizations and Management An International Journal*, 148. doi:10.1108/17465640710778502
- Lord, S. et Després, C. (2011). Vieillir en banlieue Nord-Américaine. Le rapport à la ville des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 136(1), 189-204. doi:10.3917/gs.136.0189
- Lortie, M. (2009). L'ergonomie au Québec : perspectives et prospectives. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé [En ligne], 11(1), 1-17. doi:10.4000/pistes.2902
- Lynch, K. (1960). *The image of the city*. Cambridge, Mass.: Technology Press : M.I.T. Press. UdeM Amenag. NA 9108 L86
- Madanipour, A. (1997). Ambiguities of urban design. *The Town Planning Review*, 68(3), 363-383.
- Madanipour, A. (2003). *Public and private spaces of the city (Livre numérique Google)*. Repéré à <http://books.google.com/books?hl=fr&lr=&id=Qz0iT5lLay4C&pgis=1>
- Madanipour, A. (2006). Roles and Challenges of Urban Design. *Journal of Urban Design*, 11(2), 173-193. doi:10.1080/13574800600644035
- Major, M.E et Vézina, N. (2011). Élaboration d'un cadre de référence pour l'étude des stratégies : analyse de l'activité et étude de cas multiples dans deux usines de crabe. *Perspectives interdisciplinaires sur la santé et la sécurité au travail (PISTES)* [en ligne], 13(2), 1-24. Repéré à <http://pistes.revues.org/1843>
- Mallon, I. (2005). Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux. *Espaces et sociétés*, 1(120-121), 163-178. doi:10.3917/esp.120.0163
- Mallon, I., Hummel, C. et Caradec, V. (2014). Vieillesse et vieillissements : un bilan provisoire. Dans C. Hummel, I. Mallon et V. Caradec (dir.), *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques* (p. 385-392). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Mangin, D., Panerai, P. (1999). *Projet urbain*. Marseille: Éditions Parenthèses.

- Mannoni, P. (2010). *Les représentations sociales* (6e éd). Presses Universitaires de France.
- Mansour Robaey, S. (2015). Soi-même, l'autre et le temps qui passe : réflexion sur les liens éthiques entre construction identitaire et âgisme. Dans M. Lagacé (dir.), *Représentations sur le vieillissement. La face cachée de l'âgisme ?* (p. 253-268). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Marchand, I., Quéniart, A. et Charpentier, M. (2010). Vieillesse d'aujourd'hui : les femmes âgées et leurs rapports aux temps. *Enfances, Familles, Générations*, (13), 59.
doi:10.7202/045420ar
- Marshall, V. W. et Bengston, V. L. (2011). Theoretical Perspectives in the Sociology of Aging. Dans R. A. Settersten et J. L. Angel (dir.), *Handbook of Sociology of Aging* (p. 17-33). New York : Springer.
- Martin, C. (2000). *Maîtrise d'ouvrage-Maîtrise d'oeuvre, construire un vrai dialogue. La contribution de l'ergonome à la conduite de projet architectural*. 228 p., Toulouse : Editions Octarés. Collection Travail et Activité Humaine.
- Mc Coy M.J. (2001). "Work Environments". Dans Bechtel R.B., Churcham A. (Dir.). *Handbook of environmental psychology*. (p. 443-460). John Wiley and Sons, Inc.
- McClearn, G. E. (2007). Markers of Aging. Dans J. E. Birren (dir.), *Encyclopedia of Gerontology* (p. 117-124). doi:10.1016/B0-12-370870-2/00208-0
- Mignot, D., Rosales-Montano, S., Harzo, C., Cholez, C., Cusset, M.-P., Olvera, L. D., ...et Pelot, C. (2001). *Mobilité et grande pauvreté*. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00110400/document>
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2008). *Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés : Préparons l'avenir avec nos aînés*. Montréal. Repéré à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/rapport_consultation_aines.pdf
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec. Historique de la première politique gouvernementale sur le vieillissement*. Repéré à <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/historique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>

- Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Repéré à <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>
- Modin, M., Lavoie, J.-P. et Billette, V. (2010). Les visages du CREGÉS. *Pluriâges*, 1(1), 6-7.
- Moliner, P., Ivan-Rey, M. et Vidal, J. (2008). Trois approches psychosociales du vieillissement. Identité, catégorisations et représentations sociales. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 6(4), 245-257. doi:10.1684/pnv.2008.0146
- Moore G.T. (2004). Environment, Behaviour and Society : A brief look at the Field and Some Current EBS Research at the University of Sydney. Dans Y.Yuan (Dir.), *Proceedings of the 6th International Conference on Environment-Behavior Studies* (p. 489-506). Tianjin, China: Baihua Literature and Art Publishing House.
- Morency, P., Gauvin, L., Tessier, F., Miranda-Moreno, L., Cloutier, M.-S. et Morency, C. (2011). Analyse désagrégée des facteurs environnementaux associés au nombre d'enfants blessés par un véhicule à moteur en milieu urbain. *Cahiers de géographie du Québec*, 55(156), 449-468. doi:10.7202/1008888ar
- Moulaert, T. et Garon, S. (Eds). (2016). *Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison. Political Lessons, Scientific Avenues, and Democratic Issues*. New York : Springer.
- Moulaert, T. et Garon, S. (2016). Introduction: Toward a Better Understanding of AFCC. Dans T. Moulaert et S. Garon (dir.), *Age-Friendly Cities and Communities in International Comparison* (p. 1-16). Switzerland : Springer International. doi:10.1007/978-3-319-24031-2
- Negron-Poblete, P. (2012). Arrimer les compétences individuelles des personnes âgées et l'accessibilité des territoires de banlieu pour une mobilité durable. *Vertigo - la revue électronique en sciences de l'environnement*, 11(Hors-Série). doi:10.4000/vertigo.11761
- Negron-poblete, P. et Séguin, A. (2012). *Vieillissement et enjeux d'aménagement. Regards à différentes échelles*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Netchine, S. (1999). Les cadres d'étude du développement psychologique. Dans R. Ghiglione et J. . Richard (dir.), *Cours de psychologie. Bases, méthodes et épistémologie* (3^e éd., p. 9-35). Paris : Dunod.
- Newman, P. et Kenworthy, J. (2006). Urban Design to Reduce Automobile Dependence. *Opolis: An International Journal of Suburban and Metropolitan Studies*, 2(1), 35-52. Repéré à <http://repositories.cdlib.org/cssd/opolis/vol2/iss1/art3>
- Ninacs W.A. (2000). *Le mouvement communautaire, le développement local et l'action sur l'état de santé de la population*. Coopérative en développement de consultation La Clé
- Norman D.A (2004). *Emotional Design: Why We Love (or Hate) Everyday Things*. Éditions Basics books
- OCDE/Eurostat (2005), *Manuel d'Oslo : Principes directeurs pour le recueil et l'interprétation des données sur l'innovation, 3e édition*, Paris : OECD Publishing. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264013124-fr>
- OCPM. (2005). *Projets de règlement P-05-035 et P-04-047-2. Aménagement du campus Glen Centre Universitaire de Santé McGill et Hôpital des Shriners. Rapport de consultation publique*. Repéré à http://ocpm.qc.ca/sites/ocpm.qc.ca/files/pdf/PD06/rapport_cusm.pdf
- OCPM. (2013a). *Audience publique sur le quartier Saint-Raymond et abords du CUSM. Deuxième partie. Volume 3. Séance tenue le 18 mars 2013*. Repéré à <http://ocpm.qc.ca/consultation-publique/secteur-st-raymond-et-abords-du-futur-cusm/documentation#7>
- OCPM. (2013b). *Quartier Saint-Raymond et les abords du CUSM. Première étape de la consultation visant l'établissement d'un programme particulier d'urbanisme (PPU). Rapport de consultation publique*. Montréal. Repéré à <http://ocpm.qc.ca/consultation-publique/secteur-st-raymond-et-abords-du-futur-cusm/documentation#7>
- Office des personnes handicapées du Québec. (2011). *Guide pour la production du plan d'action annuel à l'égard des personnes handicapées. A l'intention des ministères, des organismes publics et des municipalités*. Repéré à https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/DD2659_Guide_Production_Synthese_V12_23-09.pdf

- Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*.
Repéré à
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2007). *Feuille de route des dispositifs fondamentaux des villes-amies des aînés*. Repéré à
http://www.who.int/ageing/publications/Age_Friendly_cities_feuille_de_route.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Mesurer la convivialité des villes à l'égard des aînés. Guide pour l'utilisation d'indicateurs de base*. Kobe. Repéré à
http://www.who.int/kobe_centre/ageing/age_friendly_cities/AFC_Indicator_Guide_Pilot_French.pdf
- Ormerod M., Newton R., Phillips J., Musselwhite C., McGe S., Russell R. (2015). *How can transport provision and associated built environment infrastructure be enhanced and developed to support the mobility needs of individuals as they age?* Government Office for Science. Londres. 62p.
- Pacaud, S. (1970). L'ergonomie face aux grandeurs et aux difficultés de l'interdisciplinarité. *Le Travail Humain*, 33(1/2), 141-158. Repéré à <http://www.jstor.org/stable/40659821>
- Pavageau, P., Nascimento, A. et Falzon, P. (2007). Les risques d'exclusion dans un contexte de transformation organisationnelle . *PISTES* © [En ligne], 9(2), 1-17. Repéré à <http://www.pistes.uqam.ca/v9n2/articles/v9n2a6.htm>
- Pecolo, A. (2011). Communication publique territoriale et approche générationnelle. Analyse comparée entre la France et le Québec. *Communication et organisation* [En ligne], 40, 185-190. doi:10.4000/communicationorganisation.3617
- Petit, J., Querelle, L. et Daniellou, F. (2007). Quelles données pour la recherche sur la pratique de l'ergonome ? *Le travail humain*, 70(4), 391. doi:10.3917/th.704.0391
- Petiteau J-Y., Pasquier E. (2008). La méthode des itinéraires: récits et parcours. Dans M. Grosjean et J-P. Thibault (dir.), *L'espace urbain en méthode* (p.63 à 78). Marseille : Éditions Parenthèses.
- Petitot, C., Beard, J. R., Kalache, A., Plouffe, L., Cox, J., Powel, S. et Tahrat, A.-M. (2010). Vers des environnements-amis des aînés. *Gérontologie et société*, 1(132), 229-242. doi:10.3917/gs.132.0229

- Pflieger G. (2002). Domination du consommateur et résistance du citoyen. *Flux* 2/2002 (48-49), 20-34.
- Phillipson, C. (2007). The 'elected' and the 'excluded': sociological perspectives on the experience of place and community in old age. *Ageing and Society*, 27(03), 321. doi:10.1017/S0144686X06005629
- Phillipson, C. (2011). Developing Age-Friendly Communities: New Approaches to Growing Old in Urban Environments. Dans R. A. Settersten et J.L. Angel (dir.), *Handbook of Sociology of Aging* (p. 279-293). Springer Science+Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-7374-0_18
- Pinard, R., Potvin, P. et Rousseau, R. (2004). Le choix d'une approche méthodologique mixte de recherche en éducation. *Recherches qualitatives*, 24, 58-80. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/Pierre_Potvin2/publication/236025553_Le_choix_d'une_approche_mthodologique_mixte_de_recherche_en_ducation/links/0c96053c55ef6cf822000000.pdf
- Plouffe, L. et Kalache, A. (2010). Towards global age-friendly cities: determining urban features that promote active aging. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87(5), 733-9. doi:10.1007/s11524-010-9466-0
- PUCA. (2007). Comportement résidentiel et défi démographique. Vieillesse de la population et choix résidentiels. Dans *Colloque « Vieillir en Ville ». Rencontres Ville et recherche urbaine*. (p. 30). Toulouse : PUCA-plan urbanisme construction architecture.
- Putnam, M. (2002). Linking Aging Theory and Disability Models: Increasing the Potential to Explore Aging With Physical Impairment. *The Gerontologist*, 42(6), 799-806. doi:10.1093/geront/42.6.799
- Quivy R. et Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales* (3^{ème} ed). Belgique. DUNOD édition.
- Ranger, F. (2010). *Évaluation de l'offre anthropométrique pour la conception de produits* (mémoire de maîtrise). Uqam, Montréal. Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/2937/>
- Ranjard S., Gayon E., Armand F., Dubois S., Cousseau S. et Coussot D., (2009). Quels usagers ? Quels usages ?, *Documentaliste-sciences de l'information* 3 (46), 46-57.

- Rapoport, A. (1977). *Human Aspects of Urban Form: Towards a Man-Environment Approach to Urban Form and Design*. Toronto : Oxford.
- Raymond, E., Gagné, D., Sévigny, A. et Tourigny, A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Repéré à <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
- Raynaud, M. et Wolff, P. (2009). *Design urbain: approches théoriques. Volume 1 Approches historique et conceptuelle*. Montréal: Université de Montréal / Observatoire SITQ du développement urbain et immobilier.
- Reuzeau F. (2001) Finding the best users to involve in design: a rational approach, *Le travail humain*, 3 (64), 223-245.
- Reynaud Jean Daniel (1997), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris : A Colin, coll. « U », 2^o édition, 1993; 1^o édition, 1989.
- Rochman, J. et Tremblay, D. (2010). *Le soutien à la participation sociale des aînés et le programme « ville amie des aînés » au Québec. Note de recherche n° 2010-5. ARUC sur la gestion des âges et des temps sociaux*. Montréal.
- Rocque, S., Langevin, J., Chalghoumi, H. et Ghorayeb, A. (2011). Accessibilité universelle et designs contributifs dans un processus évolutif. *Revue Développement humain, handicap et changement social*, 19(3), 7-24. Repéré à http://ripph.qc.ca/sites/default/files/19-03-2011-01_0.pdf
- Rogalsky, J. et Marquié, J.-C. (2004). Évolution des compétences et des performances. Dans J.-M. Hoc et F. Darses (dir.), *Psychologie ergonomique : tendances actuelles* (p. 141-166). Paris : PUF.
- Rogers, S. E., Rogers, C. M. et Boyd, K. D. (2013). Challenges and opportunities in healthcare volunteer management: Insights from volunteer administrators. *Hospital topics*, 91(2), 43-51.
- ROPASOM (Regroupement des organismes pour aînés et aînées du sud-ouest de Montréal). (2011). *Plan d'action dans le cadre de la démarche Municipalité amie des aînés pour l'arrondissement du Sud-Ouest*. Montréal. Repéré à <https://ropasom.files.wordpress.com/2011/04/plan-daction-municipalite3a9-amie-des-ac3aenc3a9s.pdf>

- Roy N. (2006). L'étude de cas. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, p.159-184.
- Rubinstein (1989). *The home environments of older people: A description of the psychosocial processes linking person to place*. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44, S45–S53. doi:10.1093/geronj/ 44.2.S45)
- Sandercock, L. (1998). *Towards cosmopolis : planning for multicultural cities*. New York ; Toronto: John Wiley.
- Savoie-Zajc, L. (2006). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*, p. 293-316.
- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Logiques (Coll. Formation des maîtres).
- Schurch (1999). Reconsidering urban design: Thoughts about its definition and status as a field or profession. *Journal of Urban Design*. 4(1), 5-28.
- Séguin, A.-M., Negron-Poblete, P. et Apparicio, P. (2012). Des enjeux du vieillissement vus à travers les lunettes de l'urbanisme et de la géographie. *Pluriâges*, (3).
- Sen,A. (2004) *L'économie est une science morale*, Éditions La Découverte, Poche.
- Sert J.L. (1956) Report of Harvard Conference, *Progressive Architecture 8 on Urban Design, August 1956*.
- Sheller, M. (2008). Mobility, Freedom and Public Space. Dans S. Bergmann et T. Sager (dir.), *The Ethics of Mobilities. Rethinking place, exclusion, freedom and environment* (p. 25-38). Ashgate. Repéré à <http://www.myilibrary.com?ID=183402>
- Sheller, M. et Urry, J. (2006). The new mobilities paradigm. *Environment and Planning A*, 38(A), 207-226. doi:10.1068/a37268
- Simon, H. A. (1996). *The sciences of the artificial* (3^e éd.). Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Smith, A. (2009). *Ageing in Urban Neighbourhoods : place attachment and social exclusion*. Bristol : The Policy Press.
- Société Logique. (2010). *Vers l'accessibilité universelle du transport collectif. Guide pratique pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan de développement à l'intention des autorités organisatrices de transport*.
- Southworth, M. (1989). Theory and practice of contemporary urban design: a review of urban design plans in the United. *Town Planning Review*, 60(4), 369-402.

- Specht, M., Sperandio, J.-C. et de la Garza, C. (1999). L'utilisation réelle des objets techniques du quotidien par les personnes âgées. *Réseaux*, 17(96), 97-120.
doi:10.3406/reso.1999.1060
- St-Arnaud, Y (1997). Le savoir, un objet perturbateur non identifié (OPNI) dans l'intervention. Dans *L'intervention : les savoirs en action* (p. 165-181). Sherbrooke, éditions GGC.
- St-Vincent M., Toulouse G. et Bellemare M. (2000). Démarches d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculo-squelettiques : bilan et réflexions. *PISTES*, 2 (1).
- St-Vincent, M., Vézina, N., Imbeau, D., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, É. et Lapierre, J. (2011). *L'intervention en ergonomie*. Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Statistique Canada. (2015). *Projections démographiques pour le Canada (2013 à 2063), les provinces et les territoires (2013 à 2038)* (N° 91-520-X au catalogue). Repéré à www.statcan.gc.ca.
- Stengers, I (1997). *Sciences et pouvoirs. La démocratie face à la technoscience*. Paris : La Découverte.
- Stengers I. (2000). Le développement durable, une nouvelle approche? Dans *Nouvelles Relations aux savoirs et aux pouvoirs (collectif)*, Alliage, numéro 40, automne 1999. Editions Alliage.
- Stephens, C., Breheny, M. et Mansvelt, J. (2014). Healthy ageing from the perspective of older people: A capability approach to resilience. *Psychology & Health*, 1-17.
doi:10.1080/08870446.2014.904862
- Sznelwar, L. I., Mascia, F. L. et Bouyer, G. (2006). L'empêchement au travail : une source majeure de TMS? *@ctivités [En ligne]*, 2(3), 27-45. Repéré à <http://activites.revues.org/1339>
- Table de concertation des aînés de l'île de Montréal. (2009). *Les moyens de transport et la mobilité des aînés Montréalais : intervenir face au vieillissement de la population*. Montréal, Québec. Repéré à http://credemontreal.qc.ca/wp-content/uploads/2012/02/20090203_Rapport_Transport_et_Mobilite_TCAIM.pdf

- Table de concertation des aînés de l'île de Montréal. (2013). *Les aînés dans la cité : Prise en compte des enjeux du vieillissement de la population dans la vision d'avenir de notre métropole. Mémoire déposé dans le cadre de la consultation publique sur le Plan de développement de Montréal Table des matières*. Montréal . Repéré à <http://tcaim.org/doc/memoire-PDM-officiel1.pdf>
- Table de concertation des aînés de l'île de Montréal. (2013). *Pour des projets durables : la nécessité d'intégrer les besoins des aînés et des personnes à mobilité réduite. Mémoire déposé au Ministère des Transports du Québec*. Repéré à <http://tcaim.org/doc/memoire-PQMD-TCAIM.pdf>
- Teiger, C. (1993). L'approche ergonomique : du travail humain à l'activité des hommes et des femmes au travail. *Éducation Permanente*, 116 (1993-3), 71-96
- Teiger, C. et David, H. (2003). L'interdisciplinarité ergonomie-sociologie, une histoire inachevée. *Travail et emploi*, 94, 11-30.
- Thibaud, J.-P. (2008). La méthode des parcours commentés. Dans M. Grosjean et J.-P. Thibaud (dir.), *L'espace urbain en méthodes* (p. 29-99). Marseille : Éditions parenthèses.
- Torres, J. (2016). *Urb 6753 concepts et pratiques de design urbain - syllabus*. Repéré à http://urbanisme.umontreal.ca/fileadmin/URB/Mon-espace-info/Infos-pratiques/Syllabus_Automne_2016/2016-09-01_EDD6070_TORRES_J__A16__S.pdf
- Torres, J. (2007). *La recherche par le projet d'aménagement : Comprendre le vélo chez les enfants à travers les projets « Grandir en ville » de Montréal et de Guadalajara*. Université de Montréal.
- Torres, J. (2012). Design urbain : vers un regard complexe des villes. Dans G. Beaudet, J.-P. Meloche et F. Scherrer (dir.), *Questions d'urbanisme*. Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Torres J. et Breux S. (2010) L'approche phénoménologique en urbanisme: la recherche d'une meilleure pratique, la pratique d'une meilleure recherche, dans *Les ateliers de l'éthique / The Ethics Forum*, 5(2), 117-125.
- Torres, J. et Feillou I. (2011). *Pour de nouvelles opportunités scientifiques et pratiques en aménagement : le dialogue entre l'ergonomie et le design urbain*. 79^{ème} congrès de l'ACFAS. Activité spéciale n° 10 « Une autre science est possible : science

- collaborative, science ouverte, science engagée, contre la marchandisation du savoir ». Université de Sherbrooke : 9, 10 et 11 mai 2011.
- Torres J. et Rastoin R. (2010). Le design urbain à l'heure de la durabilité : éléments pour un cadre d'analyse des espaces publics, dans *séminaire international Métropoles, Inégalités et Planification Démocratique*, IPPUR, Rio de Janeiro
- Torres S. (2005). Entretien avec Jean Guy Vaillancourt. Sauver la planète. Les enjeux sociaux de l'environnement. *Hors-Série Sciences Humaines*, 49.
- Transports Canada. (2005). Accessibilité au Canada. Innovations récentes. *Études de cas de transports durables*, 8.
- Turcotte, M. (2012). Profil des habitudes liées au transport chez les aînés. *Tendances sociales canadiennes*, 93(janvier 2012), 1-18. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2012001/article/11619-fra.pdf>
- Turcotte, M. et Schellenberg, F. (2007). *Un portrait des aînés au Canada. 2006*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.pdf>
- UN-HABITAT. (2008). *State of the world's cities 2010/2011. Bridging the urban divide*. Londres. Repéré à <http://unhabitat.org/books/state-of-the-worlds-cities-20102011-cities-for-all-bridging-the-urban-divide/>
- United Nations. (2013a). *World Population Ageing 2013*. New York, USA. Repéré à <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- United Nations. (2013b). *World Population Prospects The 2012 Revision. Highlights and Advance Tables*. New York, 2013. Repéré à https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf
- Van Gorp, B. (2013). *La vieillesse : antichambre de l'ennui ou âge d'or ? Représentations sociales et communication autour du vieillissement*. Repéré à https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/aisbl-generations/documents/DocPart_Etud_VieillesseAntichambreEnnuiAgeOr_2013.pdf
- Velez, G. (2011). Physical Accessibility of Montréal Metro Stations Linked to the Main RÉSO Network. Dans *Canadian Transportation Research Forum (CTRF) Annual Conference* (p. 1-15). Gatineau, Québec.

- Vidal-Gomel, C. et Rogalski, J. (2007). La conceptualisation et la place des concepts pragmatiques dans l'activité professionnelle et le développement des compétences. *Activités*, 4(1), 49-84. Repéré à <http://www.activites.org/sommaires/v4n1.html>
- Viel, L., Lizarralde, G., Maherzi, F. A. et Thomas-Maret, I. (2012). L'influence des parties prenantes dans les grands projets urbains. Les cas du Quartier des spectacles de Montréal et de Lyon Confluence. *Cybergeo: European Journal of Geography*. [En ligne], Regional and Urban Planning, document 604. doi : 10.4000/cybergeo.25310
- Villard, P. et Cerda, M. (2012). Les transports en commun montréalais face au vieillissement de la population : un nouveau paradigme d'action publique ? Dans P. Marier (dir.), *Le vieillissement de la population et les politiques publiques : enjeux d'ici et d'ailleurs* (p. 153-175). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Ville de Montréal. (2011). *Portrait de la population de 65 ans et plus. Agglomération de Montréal. Municipalité amie des aînés*. Repéré à <http://www.ville.montreal.qc.ca/montrealenstatistique>
- Ville de Montréal. (2014a). *Profil sociodémographique. Agglomération de Montréal*. Montréal. Repéré à <http://www.ville.montreal.qc.ca/montrealenstatistiques>
- Ville de Montréal. (2014b). *Profil sociodémographique. Ville de Montréal*. Montréal. Repéré à <http://www.ville.montreal.qc.ca/montrealenstatistique>
- Vinck, D. (2003). L'instrumentation du travail interdisciplinaire : cadrage des échanges et médiation par les objets intermédiaires. *Esprit critique*, 05(01), 1-116. Repéré à <http://www.espritcritique.fr/0501/esp0501article05.html>
- Visser W., Darses F. et Détienne F. (2004). Approches théoriques pour une ergonomie cognitive de la conception. Dans J-M Hoc., F. Darses (dir.), *Psychologie ergonomique : tendances actuelles* (p. 97-118). Le travail Humain, éditions PUF
- Wahl, H.-W., Iwarsson, S. et Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52(3), 306-316. doi:10.1093/geront/gnr154
- Wahl, H.-W. et Lang, F. (2006). Psychological aging. A contextual view. Dans P. M. Conn (Dir.), *Handbook of models for human aging* (p. 881– 895). Amsterdam: Elsevier

- Wapner S. et Demick J. (2001). The increasing Contexts of Context in the Study of Environment Behavior Relations. Dans R.B. Bechtel, A. Churcham (Dir.), *Handbook of environmental psychology* (p. 3-14). John Wiley and Sons, Inc.
- Weill-Fassina, A., Rabardel, P. et Dubois, D. (1993). Introduction générale. Dans A. Weill-Fassina, P. Rabardel et D. Dubois (dir.), *Représentations pour l'action*. Toulouse: Octarès Éditions.
- Weill-Fassina, A. et Rabardel, P. (s.d.). *Point de vue ergonomique sur les facteurs psychosociaux de risques pour la santé*. Repéré à <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Revue-Ergonomie.pdf>
- Wilson J.R. et Haines H.M. (1997). *Participatory ergonomics, Handbook of Human Factors and Ergonomics* (p. 490-513). John Wiley & Sons
- Wymer Jr, W. W. et Starnes, B. J. (1999). Segmenting subgroups of volunteers for target marketing: Differentiating traditional hospice volunteers from other volunteers. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 6(2-3), 25-50.
- Wisner, A. (1996). Questions épistémologiques en ergonomie et en analyse du travail. Dans Daniellou F. (s/d), *L'Ergonomie en quête de ses principes, débats épistémologiques*, Toulouse, Octarès.
- Yates, F. E. (2007). Theories of Aging: Biological. Dans J. E. Birren (dir.), *Encyclopedia of Gerontology* (2^e éd.), 601-610. doi:10.1016/B0-12-370870-2/00186-4
- Yin, R. K. (1981). The case study crisis: Some answers. *Administrative Science Quarterly*, 26(1),58-65.
- Yin, R. K. (2004). *The case Study anthology*. Sage Publications.
- Yin, R. K. (2009) *Case Study Research, Design and Methods*, (4e Edition). Thousand Oaks: Sage Publications, 171 p.
- Zeisel, J. (2006). *Inquiry by Design: Environment, Behavior, Neuroscience in Architecture, Interiors, Landscape, and Planning*. New York: W.W. Norton & Company.

Annexe 1 : Préoccupation grandissante envers les aînés à de multiples échelons depuis les années 1990

Dates	Politiques	Niveau
1990	Adoption des principes des Nations Unies pour les personnes âgées	International
1999	Année internationale des aînés Création des tables régionales de concertation des aînés	International Provincial (Québec)
2003	<i>Chez soi : le premier choix</i> . Politique de soutien à domicile	Provincial (Québec)
2005	<i>Une pleine participation des aînés au développement du Québec : Afin de construire un Québec pour tous les âges (rapport Lalande)</i> . Rapport développé suite à consultation publique et déposé auprès de l'assemblée nationale du Québec	Provincial (Québec)
2007	<i>Un milieu de vie amélioré, une participation encouragée</i> . Stratégie d'action envers les aînés (1,1 milliard de dollars sur cinq ans)	Provincial (Québec)
	Nomination d'une ministre dédiée aux aînés	Provincial (Québec)
	Lancement du Guide mondial des villes-amies des aînés par l'OMS	International
	Tenue d'une consultation publique sur les conditions de vie des aînés	Provincial (Québec)
	Développement des mesures Municipalités Amies des Aînés (MADA) en collaboration avec Université de Sherbrooke	Provincial (Québec)
2007-2008	Lancement de la stratégie d'actions en faveur des aînés à l'occasion du budget 2007-2008 intitulée <i>un milieu de vie amélioré, une participation encouragée</i>	Provincial (Québec)
2008	Investissement de 2,8 millions de dollars sur une période de cinq ans dans le cadre de la Stratégie d'action en faveur des aînés, pour la réalisation de projets pilotes dans six municipalités et une municipalité régionale de comté (MRC)	Provincial (Québec)
	Création d'un programme de soutien de la démarche MADA, budget de 2 millions de dollars par an.	Provincial (Québec)
	Le 31 mars 2008, des ententes particulières avec les 21 conférences régionales des élus (CRE) ont été signées afin de réaliser l'un « des objectifs de cette stratégie d'action (qui) consistait à adapter les services et les infrastructures régionaux aux besoins des personnes âgées ».	Provincial (Québec)

Dates	Politiques	Niveau
	Le programme <i>Soutien aux initiatives visant le respect des aînés (SIRA)</i> a été mis en place en 2008 afin de donner suite aux demandes formulées lors de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés tenue en 2007. Vise à soutenir des « projets destinés à encourager le vieillissement actif des aînés, en partenariat avec les organismes communautaires ».	Provincial (Québec)
2010	Le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire offre, depuis 2010, un soutien de 3 millions de dollars par année, et ce soutien sera prolongé jusqu'en 2017 pour que les municipalités engagées dans la démarche MADA puissent financer de petits projets d'infrastructures utilisées par les aînés.	Provincial (Québec)
	Mandat donné à la ministre de développer une vision pour vieillir chez soi	Provincial (Québec)
	Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2010-2015	Provincial (Québec)
2011	Annonce par le premier ministre d'une prochaine politique. Mandat confié conjointement à la ministre responsable des Aînés et à la ministre déléguée aux Services sociaux	Provincial (Québec)
	Le gouvernement du Québec annonce la mise en œuvre d'un plan de services intégrés pour les personnes âgées. Ce plan vise à assurer aux aînés des services efficaces adaptés à leur condition	Provincial (Québec)
	Le programme Soutien aux initiatives visant le respect des aînés (SIRA) a été remplacé par le programme Québec ami des aînés (QADA)	Provincial (Québec)
2012	Instauration de <i>la politique Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec</i> et son plan d'action 2012-2017, qui présente 74 actions auxquelles prennent part 18 ministères et organismes gouvernementaux.	Provincial (Québec)

Annexe 2 : Attentes des parisiens et parisiennes envers les transports en commun et l'environnement urbain en fonction de leurs attitudes de mobilité

A partir de *Espinasse (2012)*

Attitudes relatives aux mobilités quotidiennes.	Situations de vieillissement	Attentes des Parisiens et Parisiennes de 65 ans et plus
Experts en mobilités choisies	<p>Personnes de 65 ans à 75 ou 80 ans estimant ne pas avoir de problèmes de santé</p> <p>Plutôt classes moyennes à aisées, avec peu de contraintes financières</p> <p>Empruntent tous les modes de transports, grande expérience des réseaux de transports en commun</p> <p>Choisissent les modes à utiliser en fonction de leur type et des raisons de leurs déplacements</p>	<p>Enrichissement de la palette des offres de mobilité</p> <p>Dimensions écologiques et qualitatives des offres de mobilité</p> <p>Confort, ambiances, accessibilité</p>
Résistants pour une mobilité autorisant une vie normale	<p>Plus de 75 ans, voire 80 ans</p> <p>Capacités se restreignant avec l'âge, mais se considérant en bonne santé</p> <p>Classes moyennes à aisées.</p> <p>Marchent beaucoup, prennent plus souvent le bus que le métro</p>	<p>Entretien des espaces publics piétonniers</p> <p>Revalorisation de la lenteur</p> <p>Réassurance et maîtrise de l'information dans leurs déplacements</p> <p>Plus de présence humaine dans les transports</p>
Résignés aux mobilités de proximité	<p>Personnes âgées de plus de 75/80 ans,</p> <p>Personnes avec des capacités restreintes ou des handicaps</p> <p>Plutôt de classes moyennes, peu entourées socialement et dont la mobilité se restreint</p> <p>Marchent à l'échelle du quartier ou restent chez eux</p>	<p>Réenchancement et dimensions conviviales des espaces publics</p>
Presque immobiles	<p>75 ans et plus</p> <p>Personnes avec des capacités physiques très restreintes, voire des maladies invalidantes, Peu de moyens financiers, faible réseau relationnel, peu de liens familiaux</p> <p>Sortent peu de chez eux et de Paris en général</p>	<p>Développement de services à domicile</p> <p>Mobilités accompagnées</p> <p>Soutien financier</p>

Annexe 3 : Représentations de la vieillesse et du vieillissement chez des professionnels dans l’habitat, le transport et la santé

Auteurs	Secteur	Type de professionnels	Types de représentations des aînés
(Lagacé, Medouar, Loock, et Davignon, 2011)	Habitat et santé et services sociaux (CHSLD)	Soignants	Âgisme implicite envers les aînés ¹²⁴
(Bickerstaff, 2003)	Habitat et santé et services sociaux (CHSLD)	Soignants	Représentations négatives des institutions
(Chevrier, 1999)	Transport	« Concepteurs » de métro ¹²⁵ : architectes, ingénieurs, élus, représentants associatifs, etc.	Aîné en déclin, personne à mobilité réduite, personne à autonomie réduite, personne fragile c
(Clément, 2006), (Clément, Rolland et Thoer-Fabre, 2007)	Espaces urbains, Transport	n\	Personne à mobilité réduite, handicap et limitations physiques
(Villard et Cerda, 2012)	Transport	Autorités de transport	Personne à mobilité réduite
(Clément <i>et al.</i> , 1999)	Habitat-gérontotechnologies	Concepteurs de téléalarmes Concepteurs de télécapteurs, gérontologues	Personne âgée autonome et active dans son environnement Citoyens participent à la définition des technologies Personnes âgées démentes, vieillesse

¹²⁴ « Ce dernier réfère aux stéréotypes, préjugés et comportements âgistes auxquels un individu souscrit mais de manière inconsciente, involontaire, non intentionnelle » (Levy & Banaji, 2002 cités par Lagacé, Medouar, Loock, et Davignon, 2011, p. 4)

¹²⁵ Chevrier assimile ici les concepteurs à l’ensemble des parties prenantes « qui contribuent localement à l’élaboration de ce système de transport » (p. 2)

Auteurs	Secteur	Type de professionnels	Types de représentations des aînés
			vue comme handicap et dépendance
(Dreyer, 2008)	Habitat	Architectes, urbanistes, constructeurs, architectes d'intérieur	Handicap et dépendance Attentes des seniors vs. de leurs parents « plus âgés »
(Coudsi et Dreyer, 2008)	Habitat	Employés de Leroy Merlin, en situation de conseil	Représentation positive des seniors Représentation négative de la vieillesse : handicap, problème de mobilité et d'accessibilité

Annexe 4 : Analyse du projet de Vendôme à partir des critères de choix du cas

Discussions informelles préalables	Description initiale du projet	Critères de choix	Contraintes-limites
<p>Chercheurs de l'ARUC méga projets au service des communautés</p> <p>Ergonome ayant collaboré avec le CUSM et le CHUM</p> <p>Architecte CUSM en charge suivi de chantier de la sortie de métro</p> <p>Travailleur communautaire du territoire</p>	<p>Projet de réfection de la sortie du métro qui dessert l'hôpital.</p> <p>Problématique d'accessibilité aux soins.</p> <p>Projets de quartiers verts alentours ?</p> <p>Impact urbain important, projet particulier d'urbanisme portant sur l'hôpital (2005).</p> <p>Culture participative du CUSM (avec les travailleurs) et de la STM (avec les représentants des usagers, dont les aînés)</p>	<p>Procédural</p> <p>1 Représentants aînés dans le processus. OUI (STM au moins)</p> <p>2 En cours/phasage : phase amont, en conception. OUI.</p> <p>Substantif</p> <p>1 Impacts urbains : OUI</p> <p>3 Territoires et aînés : OUI. A cheval sur Westmount, St Henry et Notre Dame de Grâce.</p> <p>Opportunité- faisabilité</p> <p>1. Accès documentation projet : ?</p> <p>2. Accès parties prenantes : oui pour le CUSM et organismes du territoire.</p> <p>Les autres ?</p>	<p>Complexité du projet</p> <p>Aspects politiques</p> <p>Durée du projet</p>

**Annexe 5 : Formulaire de consentement écrit des
parties prenantes**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARTIES PRENANTES

ETUDE DE CAS : raccordement de la station Vendôme au site Glen

Titre de la recherche : Espaces publics et populations vieillissantes à Montréal. Regards croisés de l'ergonomie et du design urbain sur la prise en compte des futurs usages dans les projets d'aménagement.

Chercheure : Isabelle Feillou, candidate au doctorat en Sciences Humaines Appliquées, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal

Directeur : Juan Torres, professeur adjoint, Institut d'urbanisme, Faculté de l'aménagement, Université de Montréal

Co directrice : Marie Bellemare, professeure agrégée, Département des relations industrielles, Faculté des sciences sociales, Université Laval

Financement : (à remplir le cas échéant)

A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

1. Objectifs de la recherche

Ce projet de recherche propose de questionner la capacité des villes à favoriser l'inclusion sociale, dans un contexte de développement urbain et de vieillissement des populations, notamment au Québec, sous l'angle de l'aménagement urbain. Nous nous intéressons ici autant au processus d'aménagement qu'à ses résultats. Ainsi, l'objectif de la recherche est de comprendre comment les parties prenantes prennent en compte les usages futurs des espaces urbains dans des projets d'aménagements à Montréal. Par « partie prenante » nous entendons les acteurs qui sont amenés à participer à des rencontres dans le cadre des projets, au cours desquelles se prennent des décisions concernant l'environnement futur ou se font des choix de conception. L'étude comporte à la fois un examen de deux projets en cours et une analyse de l'utilisation d'espaces urbains déjà existants dont les enjeux d'usages seraient similaires à ceux en cours de conception.

Nous vous sollicitons ici à titre de partie prenante *dans le cadre de l'étude du raccordement de la station Vendôme au site Glen.*

2. Participation à la recherche : Votre participation à la recherche consisterait en deux activités distinctes :

1) **Deux entretiens individuels avec la chercheure, l'un au début de notre démarche et l'autre à la fin (dans environ 8 mois).** D'une durée d'1 heure, ces entretiens seront menés au moment et dans un lieu que vous choisirez. Ces entretiens porteront sur votre expérience dans le projet étudié et sur les enjeux importants d'usages à considérer selon vous. Des questions vous seront posées au sujet du déroulement du projet et de votre rôle ; de la population des futurs usagers et de leurs usages concernés par le projet ; des qualités attendues des futurs espaces et infrastructures en cours de conception. L'entrevue sera enregistrée en audio, puis transcrite.

2) **L'observation de votre participation habituelle à des rencontres** que nous préciserons ensemble lors de l'entretien (ex : réunions de travail, présentations, consultations publiques...) **avec les autres parties prenantes du projet.** La chercheure observera ces rencontres sans intervenir, les enregistrera en audio et prendra des notes. Le cas échéant, et avec votre accord, elle recueillera les documents relatifs à ces rencontres (plans, procès verbaux, etc.).

Ces observations serviront à documenter la place et le traitement des usages futurs des espaces, en général et plus spécifiquement par les aînés, lors de ces rencontres. Voici quelques illustrations de ce qui intéresse la chercheuse lors de ces rencontres : quels usages sont abordés? Par qui? Autour de quels enjeux? Quels compromis éventuels sont réalisés par les acteurs? En fonction de quelles contraintes? Quels sont les livrables intermédiaires (exemples : plans, maquettes...) produits lors de ces rencontres et de quelle façon les usages y sont-ils illustrés? Comment évoluent-ils au cours du projet?

3. Confidentialité

Les réponses que vous nous donnerez en entretien ainsi que les informations recueillies lors des observations demeureront confidentielles. Les entrevues ainsi que les observations seront transcrites puis les enregistrements effacés. Dans la mesure du possible, l'information recueillie (transcriptions, documents, etc.) sera conservée sous format numérique. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un code et seule la chercheuse aura la liste des participants et des codes qui leur auront été attribués. Les notes de la chercheuse et toute la documentation recueillie seront aussi codées. Les renseignements papiers (documentation, notes) et numérisés (clé USB, disque dur externe) seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau fermé de la chercheuse. De plus, l'ensemble des données numériques relatives aux participants et aux projets sera crypté avec un mot de passe que la chercheuse sera la seule à posséder.

Aucune information permettant d'identifier d'une manière ou d'une autre les participants ne sera publiée. Par ailleurs, dans le cas où la chercheuse souhaiterait publier des documents concernant le projet (par exemple, différentes versions d'un même plan) que vous lui auriez fourni, un consentement écrit vous sera demandé à ce moment-là.

Les renseignements personnels seront détruits 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas d'identifier les participants seront conservées après cette date, le temps nécessaire à leur utilisation.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous ne courez pas de risques ou d'inconvénients particuliers et vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances au sujet de la prise en compte des usages des personnes vieillissantes dans la ville et à l'amélioration des processus d'aménagement urbain.

5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Lors des entretiens vous pouvez décider de passer certaines questions et demander à arrêter l'entretien en tout temps. Lors des observations, vous pouvez demander à la chercheuse de sortir en tout temps et d'arrêter l'enregistrement en tout temps. Vous êtes libre en tout temps de refuser l'accès à de la documentation.

Vous êtes libre de vous retirer en tout temps sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Par ailleurs, si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse aux coordonnées indiquées à la fin de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements vous concernant qui auront été recueillis au moment de votre retrait (notes, transcriptions, documentation) seront détruits, y compris les enregistrements qui auraient été faits.

6. Compensation

Les participants ne recevront aucune compensation financière pour leur participation à la recherche.

7. Diffusion des résultats

Afin de recevoir un résumé des résultats de la recherche, vous pouvez nous indiquer votre adresse courriel sur le formulaire de consentement (section B). Vos coordonnées électroniques resteront strictement confidentielles, ne serviront qu'aux fins de transmission des résultats et ne seront pas conservées après l'envoi du résumé.

Vous pouvez aussi communiquer ultérieurement avec la chercheuse, aux coordonnées indiquées ci-dessous, pour obtenir ce résumé ou toute autre publication réalisée sur la base de cette recherche.

B) CONSENTEMENT – PARTIES PRENANTES

ETUDE DE CAS : raccordement de la station Vendôme au site Glen

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche. Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans aucun préjudice, sur simple avis verbal et sans devoir justifier ma décision.

<input type="checkbox"/>	J'accepte de participer à un entretien.
<input type="checkbox"/>	J'accepte que cet entretien soit enregistré
<input type="checkbox"/>	J'accepte que la chercheuse observe des rencontres du projet auxquelles je participe
<input type="checkbox"/>	J'accepte que ces rencontres soient enregistrées

Diffusion

<input type="checkbox"/>	Je souhaite recevoir un résumé des résultats de la recherche
	Adresse courriel à laquelle vous voudriez recevoir un résumé des résultats de la recherche :

Signature : _____
Nom : _____

Date : _____
Prénom : _____

Chercheuse

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature : _____
Nom : _____

Date : _____
Prénom : _____

Pour toute question relative à la recherche ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec Isabelle Feillou, candidate au doctorat en sciences humaines appliquées de l'université de Montréal au numéro de téléphone 438-333-1119 ou à l'adresse courriel isabelle.feillou@umontreal.ca. Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel suivante: ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Un exemplaire du formulaire d'information et de consentement signé doit être remis au participant

Annexe 6 : Procédure de recueil des consentements oraux et formulaires

Procédure de recueil des consentements oraux

D'après courriel du 20 décembre 2012

Bonjour Camille

Tu trouveras ci-joint le feuillet d'information à destination des participants dont je recueillerai le consentement oral. J'ai surligné en jaune ce qui a été changé suite à notre discussion (p 1 et 2).

Par ailleurs, dans le cas où j'assisterai à des rencontres où ce feuillet serait distribué, je procéderai de la façon suivante :

- Présentation en début de rencontre de mon projet, de ses objectifs, de la méthodologie choisie (observation + prise de notes seulement) et des enjeux relatifs à l'éthique (confidentialité, archivage des données, ...etc), ainsi que ce que j'attends de leur participation.
- Je demanderai le consentement oral aux participants pour participer à ma recherche. Si certains refusent de participer, je demanderai dans un premier temps s'il est possible de rester, mais en leur garantissant qu'aucune note ne sera prise les concernant . Dans le cas où les personnes seraient toujours en désaccord non seulement pour participer mais pour que je sois présente, je quitterai la rencontre.
- Je leur signalerai que je peux sortir en tout temps lors de la rencontre.
- Le feuillet d'information sera disponible en version papier pour l'ensemble des participants.
- Le consentement oral des participants sera noté dans mon journal de bord pour la rencontre.

Feuillet d'information pour consentement oral

ETUDE DE CAS : *raccordement du site Glen à la station Vendôme*

Titre de la recherche : Espaces publics et populations vieillissantes à Montréal. Regards croisés de l'ergonomie et du design urbain sur la prise en compte des futurs usages dans les projets d'aménagement.

Chercheure : Isabelle Feillou, candidate au doctorat en Sciences Humaines Appliquées, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal

Directeur : Juan Torres, professeur adjoint, Institut d'Urbanisme, Faculté de l'Aménagement, Université de Montréal

Co directrice : Marie Bellemare, professeure agrégée, Département des relations industrielles, Faculté des sciences sociales, Université Laval

Financement (si tel est le cas) : appui financier de l'Université Mac Gill dans le cadre de l'ARUC Mégas projets au service des communautés.

Ethique : certificat d'éthique du Comité plurifacultaire d'éthique de la recherche (CPER) de l'Université de Montréal (no: CPER-12-079-D).

2. Objectifs de la recherche

Ce projet de recherche propose de questionner la capacité des villes à favoriser l'inclusion sociale, dans un contexte de développement urbain et de vieillissement des populations, notamment au Québec, sous l'angle de l'aménagement urbain. Nous nous intéressons ici autant au processus d'aménagement qu'à ses résultats. Ainsi, l'objectif de la recherche est de comprendre comment les parties prenantes prennent en compte les usages futurs des espaces urbains dans des projets d'aménagements à Montréal. Par « **partie prenante** » nous entendons les acteurs qui sont amenés à participer à des rencontres dans le cadre des projets, au cours desquelles se prennent des décisions concernant l'environnement futur ou se font des choix de conception. L'étude comporte à la fois un examen de deux projets en cours et une analyse de l'utilisation d'espaces urbains déjà existants, dont les enjeux d'usages seraient similaires à ceux en cours de conception. Ces espaces seront identifiés avec des « **informateurs clés** », c'est-à-dire des personnes qui ne participent pas directement au projet mais dont l'expertise peut s'avérer pertinente pour mieux saisir les enjeux relativement au projet.

3. Participation à la recherche

Elle consisterait en l'observation ponctuelle de votre participation à des rencontres spécifiques avec d'autres parties prenantes du projet (rencontres publiques, rencontres de travail, simulations...). La chercheure observera ces rencontres sans intervenir, et prendra des notes. Le cas échéant, et avec votre accord, elle recueillera les documents relatifs à ces rencontres (plans, procès verbaux, etc.).

Ces observations serviront à documenter la place et le traitement des usages futurs des espaces, en général et plus spécifiquement par les aînés, lors de ces rencontres. Voici quelques illustrations de ce qui intéresse la chercheure lors de ces rencontres : quels usages sont abordés? Par qui? Autour de quels enjeux? Quels compromis éventuels sont réalisés par les acteurs? En fonction de quelles contraintes? Quels sont les livrables intermédiaires (exemples : plans, maquettes...) produits lors de ces rencontres et de quelle façon les usages y sont-ils illustrés? Comment évoluent-ils au cours du projet?

Par ailleurs, certains participants à ces rencontres pourraient être contactés par la suite par la chercheure pour un entretien d'une heure et éventuellement une marche commentée aux abords du futur projet ou dans des lieux similaires, si cela s'avère pertinent dans le cadre de son projet de recherche.

3. Confidentialité

Dans la mesure du possible, l'information recueillie (transcriptions, documents, etc.) sera conservée sous format numérique. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un code et seule la chercheure aura la liste des participants et des codes qui leur auront été attribués. Les notes de la chercheure et toute la documentation recueillie seront aussi codées. Les renseignements papiers (documentation, notes) et numérisés (clé USB, disque dur externe) seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau fermé de la chercheure. De plus, l'ensemble des données numériques relatives aux participants et aux projets sera crypté avec un mot de passe que la chercheure sera la seule à posséder.

Aucune information permettant d'identifier d'une manière ou d'une autre les participants ne sera publiée. Par ailleurs, dans le cas où la chercheure souhaiterait publier des documents concernant le projet (par exemple, différentes versions d'un même plan) que vous lui auriez fourni, un consentement écrit vous sera demandé à ce moment-là.

Les renseignements personnels seront détruits 7 ans après la fin du projet. Seules les données ne permettant pas d'identifier les participants seront conservées après cette date, le temps nécessaire à leur utilisation.

4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous ne courrez pas de risques ou d'inconvénients particuliers et vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances au sujet de la prise en compte des usages des personnes vieillissantes dans la ville et à l'amélioration des processus d'aménagement urbain.

5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Lors des observations, vous pouvez demander à la chercheure de sortir en tout temps. Vous êtes libre en tout temps de refuser l'accès à de la documentation.

Dans le cas où la chercheure vous contacterait pour un entretien et éventuellement une marche commentée, vous êtes libre en tout temps de refuser.

Vous êtes libre de vous retirer en tout temps sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Par ailleurs, si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheure aux coordonnées indiquées à la fin de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements vous concernant qui auront été recueillis au moment de votre retrait (notes, transcriptions, documentation) seront détruits.

6. Compensation

Les participants ne recevront aucune compensation financière pour leur participation à la recherche.

7. Diffusion des résultats

Afin de recevoir un résumé des résultats de la recherche, vous pouvez contacter la chercheure aux coordonnées électroniques ci-dessous. Vos coordonnées électroniques resteront strictement confidentielles, ne serviront qu'aux fins de transmission des résultats et ne seront pas conservées après l'envoi du résumé.

Pour toute question relative à la recherche ou pour vous retirer du projet, vous pouvez communiquer avec Isabelle Feillou, candidate au doctorat en sciences humaines appliquées de l'université de Montréal au numéro de téléphone 438-333-1119 ou à l'adresse courriel isabelle.feillou@umontreal.ca.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel suivante: ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

Annexe 7 : Journaux de bord des entrevues et observations

JOURNAL DE BORD CAS 1	
Identification projet : CAS 1 <input checked="" type="checkbox"/> CAS 2 <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser :	
Organisme : Type d'activité : Date de l'activité :	Interlocuteur (et coordonnées, dont courriel)
<u>PRE ENTRETIEN</u>	
Objectif(s) de l'activité :	
Résultats attendus : cf guide entretien	
Processus de recherche- méthodologie	
<u>POST ENTRETIEN</u>	
Déroulement de l'activité (extrinsèque)	
Résultats de l'entretien par rapport aux objectifs visés selon mon point de vue (intrinsèque)	
Prochaines étapes :	
Commentaires :	
Fiche complétée le :	Liste des documents référencés :

Annexe 8 : Guide d'entrevues

Déroulement général

La phase d'ouverture a cherché à « briser la glace », entrer en relation avec l'interlocuteur, notamment lorsqu'il s'agissait de participants périphériques. Durant l'ouverture les objectifs de la recherche et les enjeux de confidentialité ont été rappelés au travers de la lecture et de la signature du formulaire de consentement. Cela a aussi été l'occasion de positionner mon interlocuteur : profession, rôle dans le projet ou dans des projets similaires.

Concernant l'entrevue proprement dite : il s'est agi d'explorer les thèmes qui m'intéressaient au travers de questions ouvertes et sans jugement. Ces thèmes ont été adaptés en fonction des interlocuteurs et de l'avancement de la recherche.

La phase de clôture a servi à remercier l'interlocuteur, faire un retour avec lui ou elle sur le déroulement de l'entretien et lui demander si certains points qui n'auraient pas été abordés durant l'entrevue lui paraîtraient importants à mentionner. Les entrevues se sont généralement finalisées avec une phase de reformulation des idées clés afin de s'assurer d'avoir bien saisi les principaux points abordés.

Ouverture (5 min)

- Remerciements pour la participation
- Rappel des objectifs de la recherche et des enjeux de confidentialité au travers de la lecture et de la signature du formulaire de consentement.
- Rappel du pourquoi de la sollicitation

Déroulement entretien (viser 60 à 90 min)

Version Groupe promoteur

- 1. Introduction : positionnement de mon interlocuteur (5 min)**
- 2. Point de vue sur les usagers vieillissants et spécificités particulières à prendre en compte dans le projet selon eux (10 min)**
- 3. Projet et processus (25 minutes)**

3.1. Description du projet par l'interlocuteur (15 minutes)

3.2. Origine

3.3. Objectifs poursuivis

3.4. Spécificités recherchés dans les futurs espaces (utiliser plan)

3.5. Processus de conception (10 minutes)

- Abandon/non exploitation de solutions alternatives
- Phasage : étapes passées et à venir et durée prévisionnelle
- Population visée par le projet : nouvelle étude de circulation
- Autres parties prenantes impliquées. Comment sont envisagés les liens avec la communauté sur ce projet en conception

4. Discussion par rapport à mes premiers constats (10 min)

5. Points oubliés à aborder ? (5 min)

Clôture de l'entretien (5 minutes)

- Documentation pertinente à récupérer :
- Réunions pertinentes auxquelles assister avec les parties prenantes ou en interne
- Autres personnes à rencontrer dans l'établissement, chez les sous-traitants
- Remerciements

Version Parties prenantes externes

1. Introduction : positionnement de mon interlocuteur (5 min)

2. Fonctionnement de l'organisme, de la CIQ (le cas échéant) et rapports avec les membres du groupe promoteur du projet (10 min)

3. Projet de raccordement et processus (30 minutes) :

3.1. Limites du projet (5) (sur une carte)

3.2. Implication de l'organisme dans le projet de raccordement et éventuellement au sein de la CIQ (10) (utiliser entente CIQ-CUSM)

3.3. Quelles situations d'usages discutées dans la table de travail intégration urbaine/la CIQ? (15)

3.4. Selon l'interlocuteur, quel intérêt représente le projet Vendôme pour une population vieillissante ?

4. Points oubliés à aborder ? (5)

5. Clôture de l'entretien & remerciements (5 minutes)

Version participants périphériques-experts vieillissement-accessibilité universelle

1. Introduction : positionnement de mon interlocuteur (5 min)

PARTIE 1 : USAGES ET USAGERS EN GENERAL. 20 min

2. Quelle définition de usagers et usages en général

3. Qui sont les usagers vieillissants selon mon interlocuteur ?

4. Quels sont les enjeux du vieillissement dans un environnement urbain?

4.1. Activités spécifiques à explorer?

4.2. Difficultés spécifiques?

4.3. Conflits d'usages?

4.4. Ressources dans l'environnement? Obstacles?

4.5. Effets négatifs/positifs de l'environnement

5. Y a-t-il une spécificité en termes d'accessibilité universelle pour les aînés selon mon interlocuteur ?

PARTIE 2 : INTERVENTION DANS DES PROJETS AVEC STM/CUSM/AMT ou AUTRES ORGANISMES PUBLICS
30 min

6. Sur quels genre de projets mon interlocuteur intervient-il/elle?

- A quels stades? Pour quoi faire ? Comment?
- Ce qui fait que son organisme est impliqué dans certains dossiers et pas d'autres ?
- L'ont-ils été pour le projet Vendôme?

7. Leviers ou défis à la prise en compte de vos recommandations dans des projets de conception.

8. Leviers ou défis à la participation des usagers (aînés) ou de leurs représentants dans les processus de participation dans les projets d'aménagement

PARTIE 3 : USAGES ET USAGERS DANS LE PROJET 20 minutes

9. Rappel des connaissances publiques sur le projet (utilisation des cartes disponibles sur le site internet du campus Glen).

10. Questionnement identique au point 5 mais en lien avec le projet Vendôme

- Situations explorées spontanément par interlocuteurs
- Autres situations apportées par l'intervieweuse

11. Points oubliés à aborder? (5 min)

12. Clôture de l'entretien & remerciements (5 minutes)

Annexe 9 : Principales données secondaires analysées

STM

[Loi sur les sociétés de transport en commun RLRQ cS-30.01. Section 2, article 8 : composition du CA de la STM](#)

STM. (2012). *Plan stratégique 2020*. Repéré à

https://www.stm.info/sites/default/files/plan_strategique2020.pdf

STM. (2009). *Accessibilité Universelle. Politique corporative*. Repéré à

https://www.stm.info/sites/default/files/pol_accessibilite-universelle.pdf

STM. (2012). *Plan de développement d'accessibilité universelle de la STM 2012-2015*.

Repéré à https://www.stm.info/sites/default/files/planaccessibilite_2012-15.pdf

Ville de Montréal et STM. (2012). *Financer le transport collectif dans la région de Montréal*. Repéré à

https://www.stm.info/sites/default/files/pdf/fr/memoire_ville2012_03.pdf

AMT

[Loi sur les sociétés de transport: Loi sur l'AMT \(chapitre A-7-02\)](#)

AMT. (2013). *Plan d'action de développement durable 2008-2013*. Repéré à

<https://www.amt.qc.ca/Media/Default/pdf/section8/plan-action-developpement-durable-2008-2015.pdf>

AMT. (2012). *Transports collectifs d'avenir pour la région métropolitaine. Vision 2020. Plan stratégique de développement du transport collectif*. Repéré à

<https://www.amt.qc.ca/Media/Default/pdf/section8/amt-plan-strategique-long.pdf>

AMT. (2012). *Plan de développement. Accessibilité du réseau AMT 2012-2015*.

Approches particulières à l'hôpital

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*.

Corporation d'hébergement du Québec et Modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal. (2008). *Guide de performance du CHU. Version 1.1*.

Repéré à

<http://construction3chu.msss.gouv.qc.ca/download.php?f=dc4ca20d0c77008490d40b22bd407437>

Politiques et réglementation- vieillissement et accessibilité universelle

Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Repéré à

<http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>

Des Rivières, M. et Michaud, A. (2005). *Une pleine participation des aînés au développement du Québec. Rapport de l'équipe de travail*. Repéré à

https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/AINES_Rapport13-07.pdf

Ministère de la Famille et des Aînés. (2008). *Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés : Préparons l'avenir avec nos aînés*. Montréal. Repéré à https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/rapport_consultation_aines.pdf

[Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale \(2004\)](#)

OPHQ. (2011). *Mise en oeuvre des dispositions à portée inclusive de la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale*. Repéré à <https://www.ophq.gouv.qc.ca/loffice/loi-et-politiques/loi-assurant-lexercice-des-droits-des-personnes-handicapees/mise-en-oeuvre-des-dispositions-a-portee-inclusive-de-la-loi.html>

Redéploiements CUSM-CHUM_Ste Justine

Commission d'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill. (2004). *Soins, enseignement, recherche. Au coeur de la cité. Rapport de la Commission d'analyse des projets d'implantation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et du Centre universitaire de santé McGill*.

Comité des usagers du CUSM. (2005). *Rapport annuel 2011*. Repéré à [https://cusc.ca/sites/default/files/docs/Patients%27 Committee Annual Report FINAL FRENCH.pdf](https://cusc.ca/sites/default/files/docs/Patients%27%20Committee%20Annual%20Report%20FINAL%20FRENCH.pdf)

- Choix du consortium, rapport du comité technique
- Documents d'appels d'offres

Site Glen- circulation

- [Mise à niveau de l'étude d'impacts sur les déplacements CUSM \(site Glen\)](#) : CIMA (December 2011)
- [Mise à jour des études d'impact sur la circulation: Dessau Soprin \(July 2007\)](#)
- [Site Glen - Accessibilité et impact sur la circulation: Dessau Soprin \(April 2005\)](#)

Site Glen—Planification

- [Plan directeur d'aménagement : Lemay Associés en collaboration avec NBBJ \(juin 2005\)](#)
- [Projet d'intégration et de développement urbains \(site Glen\) – Rapport synthèse : Daniel Arbour et Associés \(mars 2005\)](#)
- [Entente de partenariat : CUSM et Concertation Inter-quartiers \(novembre 2004\)](#)
- Répartition modale des usagers (2005)- dépôt OCPM 2005

OCPM- consultation publique

OCPM. (2013). *Quartier Saint-Raymond et les abords du CUSM. Première étape de la consultation visant l'établissement d'un programme particulier d'urbanisme (PPU). Rapport de consultation publique*. Montréal. Repéré à <http://ocpm.qc.ca/consultation-publique/secteur-st-raymond-et-abords-du-futur-cusm/documentation#7>

OCPM. (2013). *Audience publique sur le quartier Saint-Raymond et abords du CUSM. Deuxième partie. Volume 3. Séance tenue le 18 mars 2013*. Repéré à <http://ocpm.qc.ca/consultation-publique/secteur-st-raymond-et-abords-du-futur-cusm/documentation#7>

- OCPM. (2013). *Audience publique sur le quartier Saint-Raymond et abords du CUSM. Deuxième partie. Volume 2. Séance tenue le 12 mars 2013.* Repéré à <http://ocpm.qc.ca/consultation-publique/secteur-st-raymond-et-abords-du-futur-cusm/documentation#7>
- OCPM. (2013). *Consultation publique. Quartier Saint-Raymond et abords du CUSM. Comité de travail sur les orientations. Compte rendu de la rencontre du 22 janvier 2013.* <http://ocpm.qc.ca/consultation-publique/secteur-st-raymond-et-abords-du-futur-cusm/documentation#7>
- OCPM. (2013). *Consultation publique. Quartier Saint-Raymond et abords du CUSM. Comité de travail sur les orientations. Compte rendu de la rencontre du 15 janvier 2013.* <http://ocpm.qc.ca/consultation-publique/secteur-st-raymond-et-abords-du-futur-cusm/documentation#7>
- OCPM. (2005). *Projets de règlement P-05-035 et P-04-047-2. Aménagement du campus Glen Centre Universitaire de Santé McGill et Hôpital des Shriners. Rapport de consultation publique.* Repéré à http://ocpm.qc.ca/sites/ocpm.qc.ca/files/pdf/PD06/rapport_cusm.pdf

Comités de bon voisinage : Comptes rendus des comités de bon voisinage de 2010 à 2014¹²⁶ et infos-sessions (2)

- Ville de Montréal. (2010). *Comité du bon voisinage. Campus Glen du CUSM : compte rendu du 28 octobre 2010.* Repéré à https://cusm.ca/sites/default/files/docs/Compte-rendu_28.10.10_FRA.pdf
- Ville de Montréal. (2010). *Good Neighbourly relations committee. MUHC Glen Campus. Minutes Decembre 9,2010* (vol. 2010). Repéré à http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/M_CHANTIER_FR/MEDIA/DOCUMENTS/2010-12-09_COMPTE-RENDU_EN.PDF
- Ville de Montréal. (2011). *Comité du bon voisinage. Campus Glen du CUSM : compte rendu du 22 février 2011.* Repéré à http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/M_CHANTIER_FR/MEDIA/DOCUMENTS/2011-02-22_COMPTE-RENDU_FR.PDF
- Ville de Montréal. (2011). *Comité du bon voisinage. Campus Glen du CUSM : compte rendu du 14 juin 2011.* Repéré à https://cusm.ca/sites/default/files/new_muhc/Compte-rendu_14_juin_2011_fr.pdf
- Ville de Montréal. (2011). *Comité du bon voisinage. Campus Glen du CUSM : compte rendu 18 janvier 2011.* Repéré à http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/M_CHANTIER_FR/MEDIA/DOCUMENTS/2011-01-18_COMPTE-RENDU_FR.PDF
- Ville de Montréal. (2011). *Comité du bon voisinage. Campus Glen du CUSM : compte rendu 10 mai 2011.* Repéré à http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/M_CHANTIER_FR/MEDIA/DOCUMENTS/COMPTE-RENDU_10.05.11_FRA_FINAL.PDF

¹²⁶ Ces comités avaient pour mandat de présenter des mises à jour des travaux effectués sur le chantier de construction et de convier les citoyens à discuter des éléments touchant les travaux autour du CUSM pour le mois suivant. Bien que le projet de liaison Vendôme ne soit pas concerné par ces comités, il en a été question à plusieurs reprises.

- Ville de Montréal. (2011). *Comité du bon voisinage. Campus Glen du CUSM : compte rendu du 7 décembre 2011*. <https://cusc.ca/sites/default/files/docs/Compte-rendu-FR2011-12-07.pdf>.
- Ville de Montréal. (2011). *Comité du bon voisinage. Campus Glen du CUSM : compte rendu du 22 mars 2011*. Repéré à http://cusc.ca/sites/default/files/new_muhc/Compte-rendu-22_03_11-FRA-FINAL.pdf/ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/M_CHANTIER_FR/MEDIA/DOCUMENTS/2011-02-22_COMPTE-RENDU_FR.PDF
- Ville de Montréal. (2011). *Comité du bon voisinage. Site Glen du CUSM : compte-rendu du 22 septembre 2011*. Repéré à <https://cusc.ca/2015/page/archives-0>
- Ville de Montréal. (2012). *Comité du bon voisinage. Site Glen du CUSM : compte-rendu du 21 août 2012*. Repéré à <https://cusc.ca/sites/default/files/users/user161/Compte-rendu-Comite-du-bon-voisinage-du-21-08-2012-FR.pdf>
- Ville de Montréal. (2012). *Comité du bon voisinage. Site Glen du CUSM : compte-rendu du 19 juin 2012*. Repéré à https://cusc.ca/sites/default/files/users/user161/2012-06-20_Compte-rendu_fr.pdf
- Ville de Montréal. (2012). *Comité du bon voisinage. Site Glen du CUSM : compte-rendu du 20 mars 2012, 2012*. Repéré à https://cusc.ca/sites/default/files/docs/2012-03-20_Compte-rendu_fr.pdf
- Ville de Montréal. (2013). *Comité du bon voisinage. Site Glen du CUSM : compte-rendu du 18 juin 2013, 2013*. Repéré à <https://cusc.ca/sites/default/files/docs/Compte-rendu18-06-13FR.pdf>
- Ville de Montréal. (2013). *Comité du bon voisinage. Site Glen du CUSM : compte-rendu du 28 août 2013, 2013*. Repéré à https://cusc.ca/sites/default/files/users/user170/compte-rendu-comite-bon-voisinage-aout-2013-version-finale_1.pdf
- Ville de Montréal. (2013). *Comité du bon voisinage. Site Glen du CUSM : compte-rendu du 30 avril 2013*. Repéré à <https://cusc.ca/sites/default/files/docs/Compte-rendu-30-04-13-FRA.pdf>
- Ville de Montréal. (2013). *Comité du bon voisinage. Site Glen du CUSM : compte-rendu du 22 janvier 2013*. Repéré à <https://cusc.ca/sites/default/files/docs/assets/Compte-rendu-Comite-du-bon-voisinage-du-22-01-2013-FR-FV.pdf>
- Ville de Montréal. (2013). *Comité du bon voisinage. Site Glen du CUSM : compte rendu du 19 mars 2013*. Repéré à <https://cusc.ca/sites/default/files/docs/redev/Compte-rendu-Comite-du-bon-voisinage19-03-2013FR.pdf>
- Ville de Montréal. (2014). *Comité du bon voisinage. Site Glen du CUSM : compte-rendu du 22 janvier 2014 (vol. 2014)*. Repéré à [https://cusc.ca/sites/default/files/users/user170/compte-rendu comit%C3%A9 bon voisinage janvier 2014_FR \(CC\) revJP.pdf](https://cusc.ca/sites/default/files/users/user170/compte-rendu%20comit%C3%A9%20bon%20voisinage%20janvier%202014_FR%20(CC)%20revJP.pdf)
- Ville de Montréal. (2014). *Comité du bon voisinage. Site Glen du CUSM : compte-rendu du 25 mars 2014*. Repéré à https://cusc.ca/sites/default/files/users/user170/compte-rendu-comite-bon-voisinage-25-mars-2014_FR.pdf
- Ville de Montréal. (2014). *Comité du bon voisinage. Site Glen du CUSM : compte-rendu du 21 mai 2014*. Repéré à [https://cusc.ca/sites/default/files/users/user170/compte-rendu comit%C3%A9 bon voisinage 21 mai 2014_FR final_0.pdf](https://cusc.ca/sites/default/files/users/user170/compte-rendu%20comit%C3%A9%20bon%20voisinage%2021%20mai%202014_FR%20final_0.pdf)

Annexe 10 : Contribution des données aux thèmes d'analyse

Les dispositions et les capacités des acteurs réfèrent à la façon dont les acteurs traitent les enjeux du vieillissement et à leurs ressources (techniques, financières, politiques) pour le faire.

Légende : Les contributions de chacune des données aux analyses sont côtées de 1 à 3.

- 1 (en orange) signifie que les données ont été peu utilisées pour l'analyse du thème
- 2 (en jaune) signifie que les données ont été utilisées dans les analyses mais qu'il ne s'agissait pas de leur contribution majeure
- 3 (en vert) signifie que les analyses se sont plus particulièrement appuyées sur ces données.
- Les carrés en grisé signifient que les données n'ont pas contribué à l'analyse du thème et sont noté sans objet (so)

Ce tableau permet d'illustrer l'utilisation des données ainsi que les triangulations ayant été réalisées.

Données recueillies par méthode	Processus projet	Dynamique territoire	Groupe promoteur (GP)			Parties prenantes (PP)			GP-PP	Représentations vieillissement (hors projet)	Dynamiques de projets autres
			Contexte	Dispositions	Capacités	Contexte	Dispositions	Capacités			
Observations site	so	3	so	so	so	so	so	so	so	so	so
Observations rencontres GP	3	1	2	3	2	so	so	so	1	so	so
Observations rencontres PP	2	3	1	1	1	3	2	2	3	so	so
Observations activités publiques	1	3	1	2	1	1	2	1	2	so	so
Entrevues GP et PP	3	2	3	3	3	3	3	3	2	so	so
Entrevues acteurs périphériques	1	1	2	1	1	2	1	1	1	3	3
Documentation publique	3	3	3	2	3	3	2	2	2	so	so
Documentation projet	3	1	3	3	2	so	so	so	so	so	so
Medias	3	2	1	so	1	1	so	1	2	so	so

Annexe 11 : Principales étapes du projet de redéploiement du CUSM

Chronologie	Étapes du projet de déploiement
1997	Création du CUSM
1998	Approbation de l'achat de l'ancienne cour de triage Glen par le gouvernement du Québec
2001	Achat de la cour Glen par le gouvernement du Québec
Juin 2004	Accord de principe par le gouvernement à la réalisation de projets de modernisation du CHUM, du CUSM et du CHU ste Justine.
Novembre 2004	Signature d'un protocole d'entente entre le CUSM et la Concertation Inter-quartiers (CIQ)
Mars 2005	Soutien du gouvernement du QC à trois projets d'envergure. Accord de principe pour nommer un directeur exécutif pour le redéploiement des 3 CHU
Juin 2005	Désignation du directeur exécutif, entrée en fonction en juillet 2005. Chargé du contrôle des coûts, du suivi des travaux et de la cohésion des trois projets.
2005	Le CUSM présente son pré-concept pour le Campus Glen à la population dans le cadre de consultations publiques de l'Office de consultation publique de Montréal (OCPM) sur deux projets de règlements en lien avec l'implantation du CUSM (P-05-035 et P-04-047-2). Présentation de plusieurs rapports d'expertise concernant l'accessibilité au site
2005	Début de la restauration environnementale du Campus Glen.
2006	Coup d'envoi de la phase opérationnelle des projets par le gouvernement (avril)
2006	Appel d'offre du CUSM pour ses équipes maîtres de gestion du projet, architecture, génie mécanique et électrique, structure et génie civil pour l'accompagner dans la réalisation de son Projet de redéploiement (juin) Choix du maître de gestion de projet (Axor).

Chronologie	Étapes du projet de déploiement
	Le CUSM complète la restauration environnementale du Campus Glen.
2006	<p>Examen par l'agence des partenariats publics-privés du dossier d'affaires pour un partenariat PPP.</p> <p>Choix du mode de construction en partenariat public-privé (PPP) pour le Campus Glen et le mode conventionnel pour le Campus de la Montagne.</p>
2007	<p>Deux consortiums qualifiés pour le processus de PPP (fin 2007)</p> <p>Signature d'une convention entre le CUSM et la Ville de Montréal pour la réalisation des travaux d'infrastructure au Campus Glen.</p> <p>Le ministère des Transports complète la construction de la bretelle de sortie Addington pour le Campus Glen.</p>
2008	<p>Lancement de l'appel à proposition par le CUSM aux consortiums qualifiés dans le cadre du PPP au Campus Glen (octobre).</p> <p>Établissement du guide de performance pour le redéploiement des trois hôpitaux dont les principes doivent être respectés par les futurs prestataires.</p>
2009	<p>Poursuite du processus de sélection PPP.</p> <p>Plusieurs allers retours avec le gouvernement pour finalement définir les balises financières du projet-</p> <p>Les travaux routiers aux abords du Campus Glen sont entamés par le CUSM et la Ville de Montréal</p>
2010	Choix du Groupe Immobilier Santé Mc Gill pour le PPP
2010-2015	<p>Démarrage des travaux sur le campus Glen. Finalisation de la construction au novembre 2014.</p> <p>Démarrage du comité de bon voisinage</p> <p>PPU St Raymond et abords du CUSM (2013)</p> <p>Juin 2015 : ouverture du « nouveau CUSM ».</p> <p>Juin 2015 : ouverture du nouvel tunnel piétonnier dans le cadre des mesures transitoires pour accéder au site du CUSM, ajustement de la signalétique métro et train, réaménagements dans la station</p>

Annexe 12 : Caractéristiques des environnements constituant des ressources à la réalisation des activités dans le cadre du système vulnérabilité

Activités visées	Caractéristiques de l'environnement comme ressource
Se déplacer	<p>Accessibilité spatiale : perméabilité, connectivité, clarté des intersections, diminution de leur complexité</p> <p>Accessibilité physique : conception universelle, visibilité, parcours sans obstacles, <i>way finding</i></p> <p>Espaces sécuritaires</p> <p>* « voir et être vu » lors du déplacement (prévention chutes, accidents de voitures, criminologie)</p> <p>* espaces invitants (limitant l'insécurité perçue) pour se déplacer</p> <p>Marchabilité</p> <p>Transports : horaires tout au long de la journée, fiabilité, accessibilité universelle des transports et des connections, possibilité d'anticiper ses trajets par des outils informatiques</p>
Se reposer, attendre, s'abriter	<p>Présence de mobilier urbain public</p> <p>Protection contre le climat (abribus)</p>
S'orienter lors d'un déplacement	<p>Informations à disposition : signalétique : clarté, cohérence, redondance, universalité</p> <p>Cohérence des parcours</p> <p>Formes donnant des points de repères</p>
Accéder à des toilettes	Présence et disponibilités de toilettes
Accéder à des lieux d'activités (loisirs, courses, participation, santé)	<p>Proximités des infrastructures de loisirs et de courses (commerces, centres d'achat, bibliothèques, lieux de votes, hôpitaux, CSSS, etc.)</p> <p>Accessibilité de ces infrastructures</p>

Annexe 13 : **Caractéristiques des environnements constituant des ressources à la réalisation des activités dans le cadre du système fragilité**

Activités visées	Caractéristiques de l'environnement comme ressource
Se déplacer	Lieux universellement accessibles pour se déplacer et aller aux toilettes. Design d'intérieur : Éclairage spécifique (éviter éblouissement, chutes), matières, choix des couleurs et contrastes
Aller à la salle de bain, y recevoir des soins	Lieux universellement accessibles pour aller aux toilettes et se laver, permettant aux soignants ou aux accompagnants d'être présents.
S'orienter	<i>Branding</i> et signalétique (<i>Way finding</i>) : présence de pictogrammes, attention portée aux contrastes, présence de points de repères (panneaux d'informations, numérotation des entrées de bâtiments)
Attendre, se reposer	Mobilier intérieur essentiellement pour se reposer, s'asseoir et se lever facilement ; lavable (à l'intérieur)
Recevoir des soins dans sa chambre	Lieux universellement accessibles et conçus pour recevoir et donner des soins Présence d'horloges et calendriers pour faciliter l'orientation temporelle et limiter les phénomènes de désorientation dont souffrent les aînés hospitalisés.

Annexe 14 : Extrait d'entrevue - B5

« Si vous n'avez pas de montant à cause d'une limite physique ou un problème de vieillissement, vous tombez dans un montant d'argent très faible, qui rend travailler, prendre l'autobus difficile.

Et j'ai parlé avec un membre de ma famille qui habite à Notre-Dame-de-Grâce, qui habite à chez elle, juste pour avoir une idée de ses options, si elle allait régulièrement à l'hôpital. Et on ne parle pas d'aller pour un traitement régulier, par exemple, si elle avait un cancer. Alors elle est sur une pension minimum. [Avec ses frais – loyer, nourriture, autobus] on est rendu à peu près à 900\$ par mois Alors il ne reste pas grand-chose. Alors cela donne un peu le portrait si elle avait besoin de trouver une autre option que le bus.

Elle, par exemple, a un problème d'arthrite, ce qui veut dire qu'il y a des jours où elle ne peut pas monter les escaliers, à cause de ses genoux. Je ne suis pas sûre que sa problématique physique soit assez sérieuse pour qu'elle ait accès au transport adapté. Cela veut dire que si elle avait besoin d'un traitement très étroit et qu'elle ne peut pas prendre l'autobus seule chaque jour, ce serait un problème pour elle. En termes d'accessibilité, je sais que rendu au métro Vendôme, quand on voit la situation maintenant, il va falloir qu'elle descende les escaliers, marche, monte les escaliers, prenne un tunnel pour se rendre jusqu'au mur du stationnement du CUSM, monter, marcher dehors. Alors, peut-être durant l'été, ce n'est pas un problème. Durant l'hiver, ce sera quelque chose de très spécial.

Et même si elle pouvait payer, par exemple, pour quelqu'un qui, parce que si c'est possible, elle pourrait payer quelqu'un pour l'amener là, le stationnement pour les hôpitaux, c'est 18\$ par jour je pense. Il faudrait des services communautaires. Il y a du bénévolat pour amener les gens à l'hôpital mais ils ont des grosses listes aussi. Alors s'il y avait un bénévole qui l'apportait, le bénévole ne pourrait pas rester stationné là pour rester avec elle, il va falloir que le bénévole, l'amène, parte et retourne. Ce qui n'est pas trop efficace en termes d'arranger un transport à mon avis. Et si la personne a besoin d'un peu de soutien sur place, ce ne sera pas possible.

Et s'ils veulent que la personne, parce que c'est un très grand site, aille à une clinique, et on lui donne un rendez-vous pour des radiographies qui est dans un autre édifice, *it's a bit like an airport*, à cause de toute la grandeur du site. Il va y avoir besoin d'un transport intérieur qui marche entre les édifices ou entre les services qui sont possibles. Et pour moi c'est la raison pour laquelle ils ont construit ce meilleur hôpital comme une centralisation de tous les services dans un site. Mais il faut que ce soit accessible. Il n'y a pas beaucoup d'options. Et cette situation, c'est une personne qui est placée dans un environnement où son hébergement n'est pas trop cher alors, *"this is probably a good situation"*. Il y a d'autre monde qui sont (sic) dans des situations beaucoup plus, où les finances sont très précaires, plus que cela, je ne sais pas » (B5).