

— ACCUEILLIR LA DÉMENCE DANS LA VILLE. POUR UNE FABRIQUE URBAINE ATTENTIVE À LA PRÉCARITÉ DE SES USAGERS

Rebecca Durollet, Assistante-doctorante
en géographie
Université de Genève
Département de géographie et environnement

Courriel :
rebecca.durollet@unige.ch

RÉSUMÉ

La démence est une situation de handicap qui semble être encore très ancrée dans un « modèle médical » et pour laquelle les interventions sur l'environnement social et construit restent rares. Cependant, le maintien à domicile devenant de plus en plus commun, il est nécessaire de repenser les spatialités de la démence, qui ne se limitent plus à l'établissement médico-social. Les espaces du quotidien, composés à la fois du logement et des espaces de vie extérieurs, doivent entre autres être pensés pour la part grandissante de personnes âgées fragilisées, mais aussi et surtout avec ces personnes. Les outils et méthodes permettant de les inclure dans la fabrique urbaine et d'en *prendre soin* restent à explorer.

MOTS-CLÉS

Care, démence, espaces du quotidien, fabrique urbaine, démarches participatives.

ABSTRACT

Dementia is a disability that seems still mainly rooted in the “medical model” and for which interventions on the social and built environments remain rare. Nevertheless, as home care and support becomes more and more common, it is necessary to rethink the spatialities of dementia, which are not limited to

the nursing home anymore. The everyday spaces, which consist both of the home and outdoor spaces, must be thought of for the growing part of frail old people among others, but also and above all *with* those persons. The tools and methods to include them in urban design and to *take care* of them still need to be explored.

KEYWORDS

Care, dementia, everyday spaces, urban design, participatory approach.

—

— INTRODUCTION

Dans les années 1990, le champ de recherche interdisciplinaire des *Disability Studies* introduit le *modèle social du handicap*, reconnaissant que « *it is not disability relations which should be the field for study but disablism* » (Oliver, 1992, p.112). Cependant, une des critiques adressées au modèle social est son « *neglect of geography or spatial perspectives, in which space, at best, is conceived of as a container or backdrop to the social processes and patterns of disability* » (Imrie et Edwards, 2007, p.634). La géographie du handicap contribue à y remédier en étudiant la « *production of disabling spatialities* » (id., p.625). C'est ainsi qu'elle introduit le design inclusif ou universel qui peut être défini comme « *a social movement based on the understanding that the design of everyday life, comprising all the products and services that people consume, are inattentive to bodily complexity, and rarely sensitised to different forms of physical and cognitive impairment* » (Imrie et Luck, 2014, p.1315). Cependant, que ce soit dans la recherche ou dans sa mise en application, le design inclusif concerne aujourd'hui essentiellement les limitations physiques et ne considère que peu d'autres catégories de personnes qui se trouvent en « situation de handicap » dans les espaces du quotidien (Blackman et al., 2003, p.357 ; Mitchell et al., 2003, p.605). Par ailleurs, sa réussite dépend largement du contexte socio-culturel et politique (Imrie, 1996, p.25). Ainsi, la prise en compte de tous dans les espaces du quotidien nécessite un changement dans la façon de penser la société et la responsabilité de chacun pour la faire fonctionner.

La démence, dont la forme la plus répandue est Alzheimer, est une maladie qui concerne presque 50 millions de personnes dans le monde selon l'Alzheimer's Disease International (ADI) et a un taux de prévalence qui va indéniablement augmenter avec le vieillissement de la population. Les personnes atteintes de démence vivent souvent avec un double handicap : d'une part celui lié à la maladie, qui touche aux fonctions cognitives, et d'autre part celui rattaché à leur âge, qui implique souvent une fragilité du corps. Elles vivent aussi avec une double stigmatisation, car nos sociétés ont une image négative à la fois de la personne fragilisée psychologiquement et de la personne âgée. Par conséquent, les personnes souffrant de démence voient presque systématiquement leur cercle social et leur cadre de vie se restreindre (Blackman et al., 2003 ; Brorsson et al., 2011 ; Duggan et al., 2008 ; Mitchell et al., 2003). Ainsi, il est primordial de penser à cette population dans les transformations de la ville et de se demander : *comment la ville, au travers de la fabrique des espaces du quotidien, peut-elle contribuer à prendre soin d'une population vieillissante et souvent précarisée ?* Le terme de précarité fait ici référence aux réflexions de Judith Butler, qui la définit comme une « *politically induced condition in which*

certain populations suffer from failing social and economic networks of support and become differentially exposed to injury, violence, and death » (Butler, 2009, p.2). Sont ici considérés comme espaces du quotidien les lieux fréquentés régulièrement par les personnes avec des troubles cognitifs, durant ou avant leur maladie. L'échelle de quartier joue un rôle-clé aux stades précoce et intermédiaire, alors que les distances parcourues se réduisent (Duggan et al. 2008). Cet article présente les récentes réflexions autour de la relation entre le concept de *care* et de *design*, avant de se consacrer plus spécifiquement aux relations entre la démence et la fabrique des espaces du quotidien puis à la perspective d'un atelier participatif.

— REPENSER LA SOCIÉTÉ : AU CROISEMENT ENTRE *CARE* ET DESIGN

Issue d'une philosophie féministe autour du travail de soin, l'éthique du *care* est selon Berenice Fisher et Joan Tronto « *Une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre « monde » de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités (selves) et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie* » (Molinier et al., 2009, p.37). La réflexion morale autour de l'éthique du *care* est tout d'abord née d'une volonté de reconnaissance du travail de *care* et du rôle essentiel de ses exécutants. Certains auteurs comme Joan Tronto ont élargi cette réflexion et l'ont également « politisée », en mettant en exergue les relations de pouvoir inhérentes à une vision marginale de la pratique du *care*, qui distancie leur encadrement de la réalité des soins administrés et reçus (2009, p.158). Dans nos sociétés contemporaines, beaucoup de personnes sont mises à l'écart d'une « norme » basée sur l'autonomie ou la performance, notions aussi vagues que dangereuses si elles sont mal employées. La domination des puissants dans la définition des besoins de *care* et des personnes ayant à l'assumer marginalise encore plus les personnes considérées comme « dépendantes ».

C'est pourquoi Serge Guérin parle d'un nécessaire changement de paradigme vers une société plus bienveillante envers les plus fragiles (2010, p.175). Ce point est récurrent dans la littérature sur le *care* : nos individualités sont toutes interdépendantes et la société doit reconnaître que des principes tels que l'autonomie ou la performance ne peuvent être les seules valeurs qui témoignent de la « normalité » d'une personne. Serge Guérin rappelle le rôle central de l'État social, qui est « *un producteur mais aussi un facilitateur de services pour toutes les populations, en particulier les plus fragiles et les plus*

vieillissantes » (id., p.171). Les différents régimes en matière d'aide sociale ont un impact important sur les pratiques du care (Milligan, 2009, p.12). Une société bienveillante nécessite un encadrement politique, mais aussi l'investissement de tous les acteurs ayant un impact sur le quotidien des individus, y compris les acteurs de la production urbaine.

Loin de la production d'espaces standardisés tels que promus par l'urbanisme moderniste, le croisement entre care et design répond à des exigences actuelles, « *as issues such as sustainability, inclusivity and ageing populations ask for design that conveys certain relational values, along with a renewed engagement with politics and ethics* » (Imrie et Kullman, 2017, p.1). Cela implique de passer d'un discours sur l'*inclusion* à un discours sur la mutualité, où tous les usagers font la norme et participent activement à la fabrique de nos espaces du quotidien (Davidson et Henderson, 2017, p.90). C'est une des évolutions majeures apportées par les récentes réflexions sur le lien entre *care* et design : celle de s'éloigner de la tendance paternaliste des tentatives d'*inclure* les populations en donnant aux acteurs de la fabrique urbaine une *responsabilité* envers tous les usagers de l'espace (Imrie et Kullman, 2017, p.10). Le designer, peu importe l'échelle de son intervention, est l'acteur le mieux placé « *to both recognise and eliminate barriers to access* » (Davidson et Henderson, 2016, p.89).

Or, l'un des principaux défis actuels est celui de la précarisation d'une frange vieillissante de la population, qui se traduit aussi dans le design des espaces du quotidien : « *In terms of the built environment, a lack of recognition regarding demographic change and inherent ageism is found in the field of design encouraged by cost effectiveness, building regulation and an absence of co-production* » (Peace, 2017, p.18). Les personnes souffrant de troubles cognitifs semblent particulièrement tenues à l'écart de nos sociétés « où « l'utopie de la santé parfaite » règne désormais » (Ngatcha-Ribert, 2012, p.58) et qui sont « *de plus en plus cognitives, voire « hypercognitives* » » (ibid.).

— LA DÉMENCE DANS LA FABRIQUE URBAINE

Ce n'est que récemment que l'on s'est intéressé, à la fois dans la recherche et dans la politique, à la qualité de vie des personnes atteintes de démence dans les espaces du quotidien. Cela s'explique par un contexte particulier : celui de la désinstitutionnalisation. En effet, jusqu'aux années 1960, la solution de l'institutionnalisation en hôpital psychiatrique ou home pour personnes âgées était privilégiée pour les personnes souffrant de troubles psychiques (Parr, 1997, p.436) ou les personnes âgées (Milligan, 2009, p.21). La démence étant une maladie évolutive, il est aujourd'hui fréquent de maintenir les personnes avec

des troubles cognitifs légers ou modérés à domicile, car la plupart d'entre elles aspire à y rester le plus longtemps possible (Brorsson et al., 2011, p.2 ; Blackman et al., 2003, p.362). Cependant, la relation que ces personnes entretiennent avec l'espace et les individus nécessite une attention particulière. Cela concerne évidemment le domicile et les personnes prenant soin d'elles, mais également l'environnement élargi, car l'intégration sociale et le maintien d'une activité physique et extérieure sont essentiels (Day et al., 2000, p.410 ; Brorsson et al., 2011 ; Sheehan et al., 2006) mais peuvent s'avérer complexes, ce qui pousse plusieurs personnes atteintes de démence à réduire leur espace de vie, voire à le restreindre à la sphère privée (Mitchell et al., 2003, p.627 ; Duggan et al., 2008). Pour l'heure, « *The rights of people with dementia have been less strongly advocated than those of people with physical disabilities. This is particularly the case with environmental planning and design* » (Blackman et al., 2003, p.357). La relation entre bien-être et environnement pour les personnes atteintes de démence semble s'être essentiellement concentrée sur l'établissement médico-social (Day et al., 2000 ; Mitchell et al., 2003).

L'une des raisons majeures de cette limite repose sur la manière de concevoir la démence, avec une surreprésentation médiatique et politique des derniers stades de la maladie (Pin et Spini, 2016, p.221). Pourtant, la vie à domicile devient de plus en plus souvent la norme pour une large partie des personnes souffrant de troubles cognitifs (Peace, 2017, p.19). Penser leurs besoins en logement est donc crucial, de même que l'accès aux espaces extérieurs, sans quoi les risques d'isolement des individus sont importants, voire inévitables. Des chercheurs au Royaume-Uni ont commencé à traiter les attentes des personnes atteintes de démence dans l'espace public. Il en ressort six caractéristiques environnementales nécessaires au bien-être de cette population : la familiarité, la lisibilité, la non-uniformité, l'accessibilité, le confort et la sécurité (Mitchell et al., 2003, p.618).

Dans des entretiens menés auprès d'une cinquantaine d'acteurs associatifs, politiques, académiques et des domaines de la santé et de l'urbanisme en Suisse romande, ces caractéristiques apparaissent dans les aménagements concrets identifiés comme problématiques pour les personnes atteintes de démence :

- *Familiarité* : le déracinement du logement et du quartier de vie pour une structure plus adaptée où les projets urbains entraînant des changements radicaux ont fréquemment été mentionnés. Ainsi, l'adaptation du logement ordinaire est souvent préférée au logement protégé, qui nécessite un déménagement – et si celui-ci est préférable, il doit se situer dans le même quartier. Les reconversions urbaines importantes devraient se faire progressivement et en informant la population dans les quartiers résidentiels où les repères sont nombreux.

- *Lisibilité* : Les problèmes de perte de mémoire à court terme imposent une signalétique claire et fréquente. En outre, les revêtements de sol ont été régulièrement cités, notamment à cause des fréquents troubles de la perception liés à la maladie, un revêtement irrégulier ou sombre pouvant induire des angoisses s'il est confondu avec des trous dans le sol par exemple. Finalement, l'un des éléments le plus fréquemment mentionné est le remplacement progressif de personnel par des machines, souvent complexes, qui demandent une procédure que les personnes atteintes de troubles cognitifs ne sont plus en mesure de retenir, rendant l'espace « illisible ».
- *Non-uniformité* : Distinguer les éléments dans l'environnement afin de se repérer est plus compliqué pour les personnes atteintes de troubles cognitifs. La diversité en termes de formes et de couleurs, sans devenir trop complexe, peut être bénéfique. Au contraire, les quartiers uniformisés sont source de confusion.
- *Accessibilité* : Les traversées de route ont été évoquées presque systématiquement, la durée courte des feux étant un frein important à la mobilité des personnes souffrant de troubles cognitifs. L'accessibilité aux transports publics, y compris à l'accession d'un billet, est aussi souvent difficile. Globalement, tous les lieux de vie courante (magasins, cafés, etc.), particulièrement à l'échelle du quartier, sont importants. Or beaucoup ont des barrières architecturales rendant leur accès difficile, voire impossible. L'exemple le plus flagrant est celui des portes tambours, extrêmement complexes pour une personne ayant des troubles cognitifs, ainsi que pour beaucoup d'autres personnes atteintes d'un handicap.
- *Confort* : La présence de bancs dans l'espace public est essentielle pour toutes les personnes âgées. Ceux-ci doivent d'ailleurs être adaptés, notamment avec des accoudoirs pour pouvoir se relever. La présence d'une main courante dans certains lieux peut aussi apporter du confort. Mais surtout, l'existence de lieux de répit, particulièrement dans des zones denses en trafic, sont nécessaires aux personnes atteintes de démence qui supportent très mal la sur-stimulation.
- *Sécurité* : la présence de repères, de signalétique, une luminosité adéquate ou encore le prolongement des feux de circulation pour piétons sont autant d'éléments qui, selon les acteurs rencontrés, contribuent à la sécurité des personnes souffrant de troubles cognitifs.

Cependant, il est nécessaire de rappeler qu'il n'y a pas une maladie mais des malades qui ont chacun leurs besoins et que le contexte joue également un rôle. La participation des individus dans l'aménagement urbain est donc essentielle. De plus, l'accompagnement d'un proche ou d'un professionnel est souvent apprécié, parfois nécessaire, même avec un aménagement adapté.

— LES SPATIALITÉS DE LA DÉMENCE

LES LIMITES DU DISPOSITIF EN SUISSE ROMANDE

En Suisse romande, où la présente étude est réalisée, la volonté politique de maintien à domicile est ancrée depuis plusieurs décennies. Selon l'Association Alzheimer Suisse, plus de 50% des 144'000 personnes atteintes de démence en Suisse vivent à domicile¹, chiffre plus important du côté romand. Cela a entraîné des réflexions sur les alternatives à l'établissement médico-social (EMS), qui se poursuivent aujourd'hui avec la tendance au vieillissement de la population. Ainsi, quand le maintien dans le logement ordinaire n'est plus possible ou souhaité, d'autres possibilités de logements sont proposées pour retarder l'entrée en EMS : des logements adaptés ou protégés (avec une assistance médicale), des logements intergénérationnels, des courts séjours en EMS, etc. (Curaviva, 2015). Certaines offres sont même spécifiquement destinées aux personnes atteintes de démence : récemment, une fondation vaudoise, en collaboration avec l'association Alzheimer et soutenue par le canton, a mis en place des « colocations Alzheimer » où des personnes cohabitent tout en ayant des aides au quotidien². En parallèle, plusieurs options sont proposées par les cantons et les communes pour apporter du répit aux proches aidants, acteurs-clés du maintien à domicile, et permettre aux personnes malades de maintenir des activités hors du domicile : des foyers de jour ou de nuit et des unités d'accueil temporaire de répit (UATR), spécialisés ou non dans la démence, se déploient fortement dans les cantons où le maintien à domicile est la solution privilégiée (ibid.). Les associations, prioritairement Alzheimer Suisse et ses sections cantonales, proposent également des services d'accompagnement essentiellement assurés par des bénévoles afin de favoriser le maintien à domicile avec des sorties régulières.

Mais ces services ne sauraient répondre à toutes les demandes, et si les personnes ne peuvent accéder à un foyer de jour ou une UATR, cela peut pousser à de nouvelles formes d'isolement et de solitude. Comme pour les handicaps « physiques », des interventions sur l'espace public semblent essentielles, car « *The home may begin to feel like a prison if the world beyond the front door is inaccessible or inhospitable* » (Blackman et al., 2003, p.363). En prenant exemple sur des pratiques anglo-saxonnes, allemandes et scandinaves, l'Association Alzheimer Suisse met actuellement sur pied un projet de *Société solidaire Alzheimer*, afin d'inciter les acteurs politiques locaux à rendre leurs communes plus accueillantes pour leurs résidents atteints de démence.

1 <http://www.alz.ch/index.php/societe-et-politique.html>

2 <http://www.fondation-saphir.ch/nos-etablisements/psychiatrie-%C3%A2ge-avanc%C3%A9/colocation-topaze.html>

DÉMENCE ET ESPACE PUBLIC : LES *DEMENTIA-FRIENDLY COMMUNITIES*

Ce sont les pays anglo-saxons qui ont les plus anciens « mouvements Alzheimer » : les premières associations Alzheimer sont nées au Canada et en Grande-Bretagne dès la fin des années 1970 (Ngatcha-Ribert, 2012, p.34). Dans ces pays comme dans d'autres (voir ADI, 2016) se sont développés des réseaux de *dementia-friendly communities* (DFC) à l'origine d'initiatives diverses pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de démence. S'il s'agit souvent d'actions visant à favoriser *l'empowerment* des personnes malades et la sensibilisation de la population, plusieurs associations nationales comme l'Alzheimer's Society (Grande-Bretagne) ou Alzheimer's Australia soulèvent également l'importance d'un environnement physique « *accessible and easy to navigate* » (Alzheimer's Society, 2013, p.42) qui comprend « *the concrete, tangible aspects of settings that include the land, buildings, furniture and décor, whether natural or man-made* » (Alzheimer's Australia, 2013, p.6). Cet appel a fait l'écho d'une prise en main politique dans plusieurs communes de ces pays qui ont intégré l'objectif des DFC dans leurs programmes (Bradford ou York en Grande-Bretagne ; Kiama ou Port Macquarie en Australie). Concrètement, cela a donné lieu à la participation de personnes atteintes de démence dans des projets d'aménagement ou à leur consultation sur des plans, ce qui s'est spatialement traduit par la mise en place de jardins thérapeutiques, l'amélioration de la signalétique ou de l'accessibilité aux transports publics, une attention aux revêtements de sol ou à l'installation de bancs sur des places. Ici, les associations et les décideurs politiques sont des acteurs-clés. En Suisse, l'un des problèmes actuels semble être celui d'un manque de portage politique autour de la question d'une *Société solidaire Alzheimer*. Le système fédéraliste pose notamment la question de la bonne échelle d'intervention : la Confédération impose un cadre légal, la santé et le logement sont surtout des compétences cantonales et l'aménagement de l'espace public revient généralement aux communes. Une transversalité tant horizontale que verticale est donc à renforcer.

Pourtant, les acteurs associatifs et politiques ne sont pas les seuls à devoir s'impliquer. Comme dans le cas du mouvement pour des Villes-Amies-des-Aînés de l'OMS, la complexité des collaborations entre divers acteurs (usagers, architectes, politiciens, économistes, etc.) est à la fois une clé du succès comme une difficulté majeure (Peace, 2017, p.25). La sensibilité des *designers* aux impacts que leurs objets ont sur le bien-être des usagers et à leur responsabilité dans le « prendre soin » de tous en font partie (Imrie et Kullman, 2017, p.9). Le slogan « *Nothing about us, without us* » utilisé dans les campagnes des associations pour promouvoir les DFC est parlant : il s'agit de promouvoir une co-production des savoirs et d'être à l'écoute des personnes atteintes de

démence. Dans le cas du logement, plusieurs pays, dont la Suisse, proposent des dispositifs diversifiés et l'augmentation de l'offre permet de croire à un avenir répondant plus aux aspirations des personnes atteintes de démence et de leur entourage. Cependant, en ce qui concerne l'accessibilité au quartier et à l'espace public, les actions restent encore rares, bien que le développement des DFC dans plusieurs pays soit prometteur. Pour la Suisse, il s'agit d'un des prochains pas nécessaire pour répondre aux défis de l'évolution démographique actuelle et future ainsi que pour limiter la précarisation d'une population grandissante.

— N'OUBLIONS PAS CEUX QUI OUBLIENT : PERSPECTIVES D'UN ATELIER PARTICIPATIF

L'une des prochaines étapes de cette recherche est celle de la mise sur pied d'un atelier innovant réunissant des architectes et urbanistes (ci-après nommés experts), des personnes souffrant de démence et des étudiants de Master en développement territorial (MDT) de l'Université de Genève. Cela s'inscrit dans le cadre d'un atelier de projet urbain qui consiste à passer huit jours à discuter des attentes et besoins des divers participants autour d'un projet de réaménagement d'un quartier. L'atelier se découpe en trois phases : les deux premiers jours, les étudiants et les experts prendront connaissance du contexte à la fois urbanistique du projet et médico-social des personnes avec lesquelles ils seront amenés à travailler par la suite. Puis ils passeront quatre jours avec un petit groupe de personnes atteintes de troubles cognitifs, dans des activités diverses servant à stimuler la participation et à satisfaire les moyens d'expression privilégiés par chacun. Parmi ces activités, on comptera notamment une promenade diagnostic et un atelier de création et discussion de cartes mentales. Les deux derniers jours se feront à nouveau entre experts et étudiants et serviront à faire un bilan de l'atelier et à préparer un compte-rendu destiné aux responsables du projet.

Ainsi, il s'agit d'expérimenter une démarche participative telle qu'elles se multiplient dans les projets avec un public qui n'a pas l'habitude d'y prendre part spontanément. Comment réussir à avoir une plus large représentativité de la population ? Quels sont les besoins spécifiques des personnes atteintes de démence dans ce type d'initiatives de co-production ? Comment intégrer leurs demandes dans la fabrique d'espaces qui ne leur sont pas exclusivement destinés ? Quels dispositifs doivent être pensés et mis en place afin que chacun y trouve un intérêt ? Tels sont les questionnements fondamentaux de cet atelier expérimental.

Les objectifs sont multiples : Tout d'abord, l'importance de la « problématique » des personnes souffrant de démence, qui se manifeste de plus en plus dans sa politisation et sa médiatisation, reste pour le moment encore largement ignorée dans le domaine de l'aménagement des espaces urbains. Pourtant, celle-ci gagne en importance avec le vieillissement de la population et la désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques et des homes, ce qui a des implications concrètes qui touchent également à la fabrique urbaine. Actuellement presque exclusivement traitée par les services de santé publique, cette thématique doit devenir un sujet transversal qui concerne à la fois les domaines de la santé, du social, du logement ou de l'aménagement, ce qui implique une clarification des enjeux liés au maintien à domicile et donc à l'usage des espaces du quotidien par des personnes souffrant de troubles cognitifs. Comment passer d'une préoccupation sanitaire à une préoccupation communautaire ? Quels espaces sont prioritairement utilisés par cette population ? Quelles contributions l'aménagement de l'espace urbain peut-il apporter à cette politique de maintien à domicile ?

D'un point de vue méthodologique, l'atelier permettra de définir certaines modalités nécessaires à la participation de personnes âgées précarisées dans des projets d'aménagement. Dans les grands projets urbains des cantons suisses où le maintien à domicile est devenu la norme, l'implantation de bâtiments destinés aux personnes âgées – avec des appartements dits protégés où résident souvent des personnes avec des troubles cognitifs légers à modérés – ou l'encouragement à la mixité intergénérationnelle sont devenus systématiques. La participation de ces usagers est donc essentielle à la réussite des projets. Cependant, cela suppose des conditions particulières, notamment temporelles – comme on l'observe dans le domaine de la santé, prendre soin des personnes fragilisées par des troubles cognitifs demande souvent un investissement de plus longue durée que la moyenne. Comment prendre le temps d'écouter des usagers dont les attentes sont souvent plus difficiles à exprimer ? Quels dispositifs peuvent y contribuer ?

D'un point de vue pédagogique, cette expérience sensibilisera des urbanistes en herbe aux enjeux de la fabrique urbaine de demain, notamment au vieillissement de la population et à la diversification de ses usagers. Les besoins d'un public particulièrement sensible aux aménagements de la ville comme les personnes atteintes de démence peuvent permettre aux étudiants de rapidement se rendre compte de la complexité de faire la ville « pour tous », tant en matière de programmation que de traduction concrète. Cela participe également à l'*empowerment* des personnes malades qui ont plutôt tendance à s'isoler. Par ailleurs, la mise en contact entre les divers groupes de l'atelier peut aussi faire l'objet d'une réflexion : pourquoi prendre en considération ce public-cible ? Comment construire une co-production sans céder à la condes-

cendance ni ignorer les difficultés des participants ? Quel est le rôle des professionnels présents ?

Finalement, en développant des outils de co-production afin de mieux adapter l'aménagement de nos villes au vieillissement de la population, l'objectif est de démontrer que cela serait dans l'intérêt du plus grand nombre : comme déjà observé avec des aménagements pour des personnes à mobilité réduite, une ville plus adaptée à des personnes souffrant de troubles cognitifs, avec des espaces moins dangereux, plus confortables et plus adaptés au vivre-ensemble rendrait le quotidien plus aisé pour beaucoup d'usagers. Les personnes vivant avec une démence réagissent de manière extrême à des *stimuli* qui touchent tous les citoyens. Etre à leur écoute et en *prendre soin* par l'aménagement de nos espaces contribuerait à rendre les villes plus accueillantes pour tous.

— BIBLIOGRAPHIE

- Alzheimer's Australia (2013).** *Dementia-friendly societies: the way forward*. Canberra : Alzheimer's Australia Inc.
- Alzheimer's Society (2013).** *Building dementia-friendly communities: a priority for everyone*. London : Alzheimer's Society.
- Alzheimer's Disease International (2016).** *Dementia Friendly Communities. Global Developments*. London : Alzheimer's Disease International.
- Blackman, T., Mitchell, L., Burton, E., Jenks, M., Parsons, M., Raman, S., Williams, K. (2003).** The Accessibility of Public Spaces for People with Dementia: A new priority for the "open city". *Disability & Society*, 18 (3), 357-371.
- Brorsson, A., Öhman, A., Lundberg, S., Nygard, L. (2011).** Accessibility in public space as perceived by people with Alzheimer's disease. *Dementia*, 10 (4), 587-602.
- Butler, J. (2009).** Performativity, Precarity and Sexual Politics. *AIBR*, 4 (3), 1-13.
- Butler, R., Bowlby, S. (1997).** Bodies and spaces: an exploration of disabled people's experiences of public space. *Environment and Planning D: Society and Space*, 15, 411-433.
- Cohu, S., Lequet-Slama, D., Velche, D. (2005).** Les politiques en faveur des personnes handicapées dans cinq pays européens. Grandes tendances. *Revue française des affaires sociales*, 2005/2, 9-33.
- Curaviva (2015).** *Habitat Senior. Proposition de lexique romand unifié*. Berne : Curaviva Suisse.
- Davidson J., Henderson V.L. (2017).** The Sensory City: Autism, Design and Care. In C. Bates, R. Imrie & K. Kullman (Ed.), *Care and Design. Bodies, Buildings, Cities* (pp. 74-94). Chichester : Wiley Blackwell.
- Day, K., Carreon, D., Stump, C. (2000).** The Therapeutic Design of Environments for People with Dementia: A Review of the Empirical Research. *The Gerontologist*, 40 (4), 397-416.
- Duggan, S., Blackman, T., Martyr, A., Van Schaik, P. (2008).** The impact of early dementia on outdoor life: A "shrinking world"? *Dementia*, 7 (2), 191-204.
- Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S., Pellegrini, S. (2016).** Soins de longue durée dans les cantons : un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006-2013 (Obsan Rapport 69). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Guérin, S. (2010).** Expérience du don et du care, société de service et personnes âgées. *Gérontologie et société*, 4 (135), 167-186.
- Imrie, R. (1996).** *Disability and the City. International Perspectives*. Londres : Paul Chapman Publishing.

Imrie, R., Edwards, C. (2007). The geographies of disability: reflections on the development of a sub-discipline. *Geography Compass*, 1 (3), 623-640.

Imrie, R., Luck, R. (2014). Designing inclusive environments: rehabilitating the body and the relevance of universal design. *Disability and Rehabilitation*, 36 (16), 1315-1319.

Imrie, R., Kullman K. (2017). Designing with Care and Caring with Design. In C. Bates, R. Imrie & K. Kullman (Ed.), *Care and Design. Bodies, Buildings, Cities* (pp. 1-17). Chichester : Wiley Blackwell.

Milligan, C. (2009). *There's no place like home: Place and Care in an Ageing Society*. Oxford : Routledge.

Milligan, C., Thomas, C.J. (2016). Dementia and the social model of disability: does responsibility to adjust lie with society rather than people with dementia? *Signpost*, 21 (3), 5-16.

Mitchell, L., Burton, E., Raman, S., Blackman, T., Jenks, M., Williams, K. (2003). Making the outside world dementia-friendly: design issues and considerations. *Environment and Planning B : Planning and Design*, 30, 605-632.

Molinier, P., Laugier, S., Paperman, P. (2012). *Qu'est-ce que le « care » ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Petite bibliothèque Payot.

Ngatcha-Ribert, L. (2012). *Alzheimer : la construction sociale d'une maladie*. Paris : Dunod.

Oliver, M. (1992). Changing the Social Relations of Research Production? *Disability, Handicap and Society*, 7 (2), 101-114.

Organisation Mondiale de la Santé (2011). *Résumé du Rapport mondial sur le handicap*. Genève : OMS.

Parr, H. (1997). Mental health, public space, and the city: questions of individual and collective access. *Environment and Planning D: Society and Space*, 15, 435-454.

Peace, S. (2017). Age-inclusive Design: A Challenge for Kitchen Living? In C. Bates, R. Imrie & K. Kullman (Ed.), *Care and Design. Bodies, Buildings, Cities* (pp. 18-36). Chichester : Wiley Blackwell.

Pin, S., Spini D. (2016). Meeting the Needs of the Growing Very Old Population: Policy Implications for a Global Challenge. *Journal of Aging & Social Policy*, 28 (3), 218-231.

Sheehan, B., Burton, E., Mitchell, L. (2006). Outdoor wayfinding in dementia. *Dementia*, 5 (2), 271-281.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : Editions la Découverte.