Rapport de Recherche de l'IWEPS

INSTITUT WALLON DE L'ÉVALUATION, DE LA PROSPECTIVE ET DE LA STATISTIQUE

n°17 Juillet 2016

IWEPS
INSTITUT WALLON DE L'ÉVALUATION, DE LA PROSPECTIVE ET DE LA STATISTIQUE

L'IWEPS est un institut scientifique public d'aide à la prise de décision à destination des pouvoirs publics. Par sa mission scientifique transversale, il met à la disposition des décideurs wallons, des partenaires de la Wallonie et des citoyens des informations diverses qui vont de la présentation de statistiques et d'indicateurs à la réalisation d'études et d'analyses approfondies dans les champs couverts par les sciences économiques, sociales, politiques et de l'environnement. Par sa mission de conseil stratégique, il participe activement à la promotion et la mise en œuvre d'une culture de l'évaluation et de la prospective en Wallonie.

La gestion du vieillissement en Wallonie aux horizons 2025-2045: enjeux et prospective

Mélanie BOURGUIGNON (CIRTES/DEMO)
Florence DEGRAVE (CIRTES)
Thierry EGGERICKX (DEMO)
Myriam GHILAIN (CIRFASE)
Blanche LEIDER (CIRFASE)
Grégoire LITS (CIRFASE)
Jacques MARQUET, promoteur du projet (CIRFASE)
Laura MERLA (CIRFASE)
Jean-Paul SANDERSON (DEMO)

RÉSUMÉ

Ce rapport présente les résultats d'une analyse prospective sur le « bien vieillir » en Wallonie à l'horizon 2025 - 2045 menée par une équipe interdisciplinaire composée de démographes, de sociologues, de politologues et d'économistes de l'Université catholique de Louvain. La question du « bien vieillir » a été abordée via l'articulation entre quatre volets.Le premier volet analyse les déterminants de la prise en charge et de l'accompagnement des parents âgés et à étudier la répartition géographique des profils types de parents et d'enfants en les mettant en relation 1/ avec les besoins identifiables à partir d'une analyse du vieillissement local des populations ; 2/ avec l'offre de service sur les territoires communaux. Une typologie des communes wallonnes croisant les besoins et l'offre de service pour les personnes âgées est également élaborée. Le deuxième volet examine des expériences pilotes ou des initiatives récentes d'aide à des publics dépendants ou soumis à un risque d'isolement élevé et aux aidant-e-s, menées à un niveau local, ainsi que certaines initiatives plus informelles dont l'objectif est de renforcer ou d'améliorer les possibilités de maintien à domicile pour les personnes âgées dépendantes. Le troisième volet met au jour 1/ les diverses conceptions du « bien vieillir » que développent les (futurs) acteurs du vieillissement et de l'aide à domicile – d'une part jeunes seniors (45-55 ans) qui fournissent aujourd'hui un soutien à leurs parents âgés et sont, à un horizon proche, les futurs bénéficiaires des aides familiales et professionnelles et d'autre part les futurs professionnels du secteur de l'aide ainsi que les professionnels qui les forment ; 2/ les stratégies conscientes et inconscientes que les futurs aidés et aidants mettent en place pour préparer et anticiper les besoins futurs (stratégies financières, affectives, sociales, de mobilité géographique, etc.) en fonction de leurs attentes en matière de « bien vieillir » ; 3/ les tendances en matière d'aide aux personnes vieillissantes à partir des évolutions observées par les professionnels de l'aide à domicile. Le quatrième volet propose et discute des scénarios de gestion du vieillissement intégrant les niveaux micro, meso, macro, avec des acteurs et des experts afin de proposer des recommandations aux pouvoirs publics relativement aux enjeux et à la gestion du vieillissement.

Ce rapport final rassemble l'ensemble des rapports intermédiaires tels qu'approuvés lors des différentes réunions du comité d'accompagnement de la recherche. Sa structure suit fidèlement le déroulement de la recherche et est comme cette dernière découpée en quatre parties qui renvoient aux quatre working packages.

Table des matières

Table des matières **3**

TABLE DES FIGURES 13

TABLE DES TABLEAUX 19

INTRODUCTION 21

PREMIERE PARTIE 25

A.Vieillissement démographique, offre et demande de services en Wallonie 27

Liste des acronymes **28**

Introduction **29**

1. Le vieillissement démographique : un processus complexe 33
2. Le vieillissement démographique à partir d'indicateurs traditionnels 34
   - 2.1 Approche supra-locale : la Wallonie 34
   - 2.2 Approche locale 36
3. Situation de ménage des personnes âgées 45
   - 3.1 Approche supra-locale : la Wallonie 47
   - 3.2 Approche locale 51
4. Conditions de vie et groupes sociaux 54
   - 4.1 Approche supra-locale : la Wallonie 56
   - 4.2 Approche locale 58
5. Santé subjective, affections chroniques et répercussions journalières 60
   - 5.1 Santé subjective 60
     - 5.1.a Approche supra-locale : la Wallonie 60
     - 5.1.b Approche locale 62
     - 5.1.c Approche multivariée 65
   - 5.2 Affections chroniques, handicaps et gênes dans les activités quotidiennes 71
     - 5.2.a Approche supra-locale : la Wallonie 71
     - 5.2.b Approche locale 73
     - 5.2.c Approche multivariée 76

6. Aides informelles 80
6.1 Approche supra-locale : la Wallonie 83
6.2 Approche locale 85
6.3 Approche explicative 86
7. Offre de services et de soins aux bénéfices des personnes âgées 95
7.1 Offre de services et de soins informels 95
7.2 Offre de services et de soins formels 97
8. Conclusion 103
9. Références bibliographiques 105
10. Annexes 108
10.1 Annexe 1 : Proxy de la santé subjective : l'espérance de vie à 60 ans 108
10.2 Annexe 2 : Calcul de l'indice standardisé de santé subjective pour la population âgée de 65 ans ou plus : cas de la commune de Charleroi avec la Région wallonne comme standard 109
10.3 Annexe 3 : Modèle de régression logistique : probabilité qu'un individu se déclare en mauvais ou très mauvais état de santé (population de tout âge) 110
10.4 Annexe 4 : Régressions logistiques illustrant l'effet des différentes dimensions utilisées pour l'indicateur de conditions sociales 111
10.5 Annexe 5 : Probabilité qu'un individu déclare être en « mauvais » ou en « très mauvais » état de santé subjectif : effets bruts des variables indépendantes sur la variable dépendante 112
10.6 Annexe 6 : Typologie des communes selon le type de lieu de résidence 113
10.7 Annexe 7 : Modèle de régression logistique : probabilité qu'un individu déclare souffrir d'affections chroniques, de maladies de longue durée ou de handicaps (population âgée d'au moins 25 ans) 114
10.8 Annexe 8 : Probabilité qu'un individu déclare souffrir d'affections chroniques, de maladies de longue durée ou de handicaps : effets bruts des variables indépendantes sur la variable dépendante 115
10.9 Annexe 9 : Nombre d'aidants informels parmi les répondants âgés de 25 ans ou plus, par sexe et par classe d'âges (Région wallonne, 2001) 116
10.10 Annexe 10 : Répartition des populations âgées de 25 ans ou plus par nationalité (Région wallonne, 2001) 117

B...Typologies des communes wallonnes basées sur les critères d'offre et de besoins de prise en charge 118
1. Cadre de la recherche 119
1.1 Constat de départ et question de recherche 119
1.2 Demande vs. Besoins vs. Offre 120

1.3 Données utilisées, sources et justifications 123
1.3.a Indicateurs de besoins d'aides, de soins et de services 123
1.3.b Indicateurs d'offre d'aides, de soins et de services 127
1.4 Méthodologie appliquée et justifications 132
2. Typologie des communes wallonnes basée sur le critère indirect de besoins de soins, d'aides et de services 133
2.1 Analyse en composantes principales 133
2.2 Analyse classificatoire : typologie des communes wallonnes 135
2.3 Résultats 136
2.3.a Illustration et description de la typologie des besoins 136
2.3.b Tableau synthétique 146
3. Typologie des communes wallonnes basée sur le critère d'offre de soins, d'aides et de services 147
3.1 Analyse en composantes principales 147
3.2 Analyse classificatoire : typologie des communes wallonnes 148
3.3 Résultats 149
3.3.a Illustration et description de la typologie de l'offre 149
3.3.b Tableau synthétique 156
4. Besoins de prise en charge *vs* offre d'aides, de soins et de services 157
4.1 Méthodologie 157
4.2 Croisement de l'offre et des besoins et identification de situations théoriques atypiques 159
4.3 Identification géographique des lieux atypiques du point de vue de l'offre et des besoins 164
5. Limites et critiques méthodologiques 166
6. Conclusions 168
7. Références bibliographiques 170
8. Annexes 172
8.1 Annexe 1 : Question relative au degré de satisfaction des populations 172
8.2 Annexe 2 : Question relative à l'aide informelle fournie par les répondants 172
8.3 Annexe 3 : Nombre de lits hospitaliers (tous types) et nombre de lits hospitaliers de services à orientation gériatrique ou connexe 173
8.4 Annexe 4 : Indicateurs de besoins et d'offre de services et de soins et attribution de scores aux communes wallonnes 174

DEUXIÈME PARTIE 187

L'innovation sociale dans le secteur de l'aide aux personnes âgées en Wallonie 189
1. Liste des signes et abréviations présents dans le document 190
2. Remerciements 193
3. Introduction..... 194
4. Innover dans le MD et l'HA en Wallonie 196
4.1 Le contexte socio-démographique 196
4.2 Les transferts de compétences successifs: une opportunité d'innover dans le MD et l'HA?.. 197
4.3 Pourquoi innover ? Le point de vue des acteurs du MD et de l'HA 200
5. L'innovation sociale : un concept inégalement mobilisé..... 203
5.1 Un intérêt affirmé au niveau européen 203
5.2 …qui émerge en Wallonie 205
5.3 Une pratique déjà ancienne sur le terrain 208
6. La contribution du concept d'IS à la recherche prospective en matière de gestion du vieillissement 210
6.1 L'innovation sociale : un processus de transformation propre aux organisations d'économie sociale 210
6.1.a Les caractéristiques principales de l'IS 211
6.1.b Plus précisément, pourquoi « sociale » ? 214
6.1.c Concrètement… le processus d'IS 215
6.2 Les questions et hypothèses de la recherche 217
6.3 Identification et sélection des IS..... 218
6.4 Présentation succincte des cas étudiés 220
6.4.a Projet « Aide et Soin Psychologique (ASP)» (Liège, depuis 2010) 221
6.4.b Projet « Un toit 2 âges (1T2A)» (Wallonie et Bruxelles, depuis 2009) 222
6.4.c Projet « Auberge Du Vivier (ADV)» (Habay-la-Neuve, depuis 1991) 223
6.4.d Projet « Domicile : Lieu de Vie Lieu de Santé (DLVLS) » (Charleroi, depuis 2010) 224
6.4.e Projet « e-54 » (Liège, depuis 2013) 225
6.4.f Projet « Le Lion Solidaire (LLS) » (Braine-L'Alleud, depuis 2010) 226
6.4.g Projet « Maison de Mariemont (MDM) » (Morlanwelz, depuis 1996) 227
6.5 La méthodologie de l'étude de cas 228
6.6 L'innovation sociale pour réfléchir à la prospective ? 230
6.6.a Des points communs 230
6.6.b Vers un scénario d'« Innovation sociale maximale » 233
7. D'où vient l'innovation sociale ? Identifications des opportunités politiques et décisionnelles liées à l'émergence d'IS 235
7.1 Le rôle du contexte politique 235

7.2 Une bonne compréhension des besoins non satisfaits 237
7.3 Des sources d'inspiration pour innover 240
7.3.a Les expériences déjà menées ailleurs 240
7.3.b L'expérience personnelle des initiateurs et la volonté de mettre en œuvre une conviction 242
7.4 Le contexte façonne la forme des IS 245
8. Les ressources pour innover 247
8.1 Le financement hybride des IS 247
8.2 Le renouvellement au cours du projet des sources de financement 249
8.3 La mutualisation de ressources socioéconomiques 255
8.3.a Formes de partage interne 256
8.3.b Formes de partage externe 256
9. La prise de risque liée à l'émergence et la consolidation de projets 258
9.1 Goût pour le risque et vision subjective de la prise de risque 261
9.2 La gestion du risque 263
9.2.a Expérimentation des projets 263
9.2.b Accompagnement scientifique des projets et/ou de l'expertise d'acteurs de terrain 266
9.2.c Développement de compétences multidisciplinaires 268
9.3 La prise de risque au regard des ressources mobilisées 269
10. Du soutien politique aux projets à la co-production de l'innovation sociale 270
10.1 Le soutien politique aux initiatives 270
10.2 L'adossement à une institution 271
10.3 L'hébergement par une institution 272
10.4 De la co-production par les bénéficiaires et les travailleurs : présente mais en faible « quantité » 273
10.4.a Formes de co-production avec les bénéficiaires 274
10.4.b Formes de co-production avec les travailleurs/bénévoles 278
11. Vers l'institutionnalisation de l'innovation sociale 280
11.1 La reconnaissance de l'IS par son champ, un préalable à sa consolidation 281
11.2 La diffusion de l'IS : ses formes et ses déterminants 283
11.2.a Formes de diffusion de l'IS 283
11.2.b Les déterminants de la diffusion de l'IS 287
11.3 Vers la co-construction des politiques publiques ? 291
11.4 Le cas où la co-construction est absente 293
12. Comment innover dans la gestion du vieillissement ? Réflexions pour la prospective 294
12.1 L'innovation sociale et sa fonction dans le système 295
12.2 Comprendre l'aspiration au changement 297

12.3 Éléments pour « gérer » et limiter le risque lié à l'IS 300
12.4 Détectabilité des bénéfices collectifs de l'IS 300
12.5 Changement d'échelle, diffusion et institutionnalisation : le rôle indispensable des pouvoirs publics 302
13. Conclusions 303
13.1 Des IS multidimensionnelles … mais surtout « sociales » 303
13.2 Des ressources hybrides et partagées 304
13.3 La dimension de participation remise dans son contexte : un point commun aux approches prospectivistes et d'IS 304
14. Annexes 306
14.1 Annexe 1 : Guide d'entretien des personnes-ressources (interrogées en vue du déploiement de la méthode DELPHI) 306
14.2 Annexe 2 : Guide d'entretien (résumé) – Responsable du projet 308
14.3 Annexe 3 : Guide d'entretien (résumé) – Initiateur du projet 309
14.4 Annexe 4 : Guide d'entretien (résumé) – Travailleur 311
14.5 Annexe 5 : Guide d'entretien (résumé) – Bénéficiaire des services (personne institutionnalisée) 312
14.6 Annexe 6 : Identification des types de ressources mobilisées 313
14.7 Annexe 7 : Répertoire des ressources économiques mobilisées au sein des projets analysés lors de la phase de consolidation 314
15. Références utilisées 316

TROISIEME PARTIE 323

Les (futurs) acteurs de l'aide 325

A. les 45 – 55 ans, pourvoyeurs et bénéficiaires de soins aux horizons 2025 - 2045 326
1. Objectifs du WP 327
2. Les 45 – 55 ans comme pourvoyeurs et bénéficiaires de soins : contextualisation et questions de recherche 328
2.1 Les 45 – 55 ans : les « aidés » de demain 328
2.1.a Les 45 – 55 ans : vieillissement projeté, vieillissement anticipé ? 330
2.1.b Les 45 – 55 ans : les devoirs d'entraide à l'aune de l'individualisation de la société 351
2.1.c Les 45 – 55 ans : des réseaux de solidarité plus variables et variés 360
2.1.d Les 45 – 55 ans : l'arrivée au grand âge des populations migrantes 370
2.2 Les 45 – 55 ans : aidants proches d'aujourd'hui, aidants proches de demain 379
2.2.a Les 45 – 55 ans comme pourvoyeurs de soutien : les devoirs filiaux d'entraide 382

2.2.b Les 45 – 55 ans comme pourvoyeurs de soutien : les déterminants de l'engagement filial 390
3. Les 45 – 55 ans comme pourvoyeurs et bénéficiaires de soins : hypothèses de recherche .. 394
3.1 Quel horizon 2025 – 2045 pour les seniors aidés ? 395
3.2 Quel horizon 2025 – 2045 pour les seniors aidants ? 396
4. Etudier les 45 – 55 ans comme pourvoyeurs et bénéficiaires de soins : méthode de recherche 397
5. Les 45 – 55 ans comme pourvoyeurs et bénéficiaires de soins : analyses et résultats 398
5.1 Les enquêtés 399
5.2 Les visions du vieillissement 403
5.3 Les stratégies d'anticipation du vieillissement 404
5.4 Les déterminants matériels de l'anticipation 408
5.5 Des déterminants idéels de l'anticipation : les valeurs comme variables d'influence des stratégies 409
5.5.a Les logiques normatives pesant sur les anticipations du vieillissement 410
5.5.b Les valeurs des baby-boomers 413
5.6 De la conscience du vieillissement… 417
5.7 Les rapports aidants-aidés 421
5.7.a De l'individualisation 421
5.7.b Le devoir filial 423
5.8 Eléments de conclusion 425

B. Les professionnels de l'aide et experts du vieillissement 429
6. Objectifs des focus-groupes 430
7. Les participants 431
8. Les enseignements 437
8.1 Les variables déterminantes pour la prise en charge des personnes âgées 437
8.2 Constantes, évolutions et tendances émergentes 438
8.2.a La population 438
8.2.b La prise en charge 442
8.2.c Les défis 445
9. Annexes 452
9.1 Annexe 1 : Guide d'entretien – les (futurs) acteurs de l'aide 452
9.2 Annexe 2 : Présentation des interviewés 463
10. Bibliographie 477

QUATRIÈME PARTIE 483

Analyse prospective 485
1. Introduction 486
2. Le vieillissement démographique en Wallonie : tendances passées actuelles et à venir, approches régionales et locales 488
2.1 Le vieillissement des populations 488
2.2 La multiculturalité aux âges élevés 494
2.3 La précarisation/paupérisation des populations âgées 496
2.4 Configurations familiales aux âges élevés 498
2.4.a Approche par les types de ménages 498
2.4.b L'aide informelle potentielle 500
3. Acquis des *working packages* précédents 502
3.1 Working package 1 : Un essai de typologie des communes wallonnes 502
3.2 Working package 2 : Les innovations sociales dans l'accompagnement au domicile et l'habitat adapté en Wallonie 507
3.2.a Place du WP2 dans la recherche 507
3.2.b Actualité du sujet 508
3.2.c Définition de l'IS 508
3.2.d Objectifs, questionnements et méthodologie 509
3.2.e Principaux résultats 510
3.3 Working package 3 : les (futurs) acteurs de l'aide 512
3.3.a Une conception unanime du « bien-vieillir » 512
3.3.b Les anticipations face aux vieillissements 513
3.3.c Risques et enjeux 516
4. Aspects méthodologiques : construction de scénarios prospectifs et analyse des tensions au cœur de la prise en compte du vieillissement 518
4.1 La démarche prospective : analyse des perspectives et des enjeux du vieillissement à l'horizon 2045 518
4.2 La méthode des scénarios et la prospective participative 519
4.3 La construction de quatre scénarios 520
4.3.a Définition du problème et choix de l'horizon temporel 521
4.3.b Identification des variables clés sur base des recherches préalables (WP1, WP2 et WP3) 523
4.3.c Identifier les épreuves (épreuves-normatives et épreuves-défis) marquant la gestion des enjeux du vieillissement 530
4.4 Les quatre scénarios 539
4.4.a Scénario 1 : Diminution du subventionnement du secteur de l'aide aux personnes. 539

4.4.b Scénario 2 : Gestion du vieillissement autour d'un outil principal : l'assurance Kangourou 548
4.4.c Scénario 3 : Revenu inconditionnel, politique du bien vieillir au niveau local 555
4.4.d Scénario 4 : Le plan Senior Tech-Wallonie : robotisation et numérisation des soins et de l'aide à domicile 564
5. L'analyse des focus-groupes 571
5.1 Introduction – la mise en évidence des tensions du bien-vieillir 571
5.1.a La prospective participative 571
5.1.b Déroulement des focus-groupes 573
5.2 Analyse du scénario 1 – Tension budgétaire et diminution du soutien institutionnel 575
5.2.a Tension n°1 : le vieillissement entre opportunité de réinvention du lien social et risque de marchandisation 576
5.2.b Tension n°2 : la gestion du vieillissement entre prévention et soin 580
5.2.c Tension n° 3 : entre personnalisation et standardisation des soins 583
5.3 Analyse du scénario 2 – Gestion du vieillissement autour d'un outil principal : l'assurance Kangourou 587
5.3.a Tension n° 4 : spécialisation ou déspécialisation des acteurs de l'aide et des soins.. 588
5.3.b Tension n° 5 : renforcement de la collaboration ou segmentation 592
5.3.c Tension n° 6 : égalitarisation *versus* dualisation de l'accès à l'aide et aux soins 594
5.4 Analyse du scénario 3 – Revenu inconditionnel 595
5.4.a Tension n°7 : la gestion du vieillissement entre solidarité et individualisme 597
5.5 Analyse du scénario 4 – Le plan Senior-Tech Wallonie 601
5.5.a Tension n° 8 : humanisation et déshumanisation de la personne âgée et des soins. 601
5.5.b Tension n° 9 : l'organisation des soins, entre complémentarité de dispositifs et solution unique 604
5.5.c Tension n° 10 : la technologie entre opportunité d'autonomie accrue et risque de dépendance 607
6. Sans conclure… 610
6.1 Axe d'action 1 : une vision sociétale 610
6.2 Axe d'action 2 : vers un système d'aide et de soin global 613
6.3 Axe d'action 3 : le territoire proche comme zone de soin incluse dans un bassin de vie . 615
6.4 Axe d'action 4 : le genre du soin 617
6.5 Les outils pour garder le « jeu ouvert » 622
6.5.a Outil 1 : le cadre légal 622
6.5.b Outil 2 : le budget 623
6.5.c Outil 3 : l'innovation sociale 625
6.5.d Outil 4 : l'innovation technologique 627

7. Bibliographie 629
8. Annexes 631
8.1 Annexe 1 : définition des variables (variables de contexte et variables d'états) 631
8.2 Annexe 2 : Liste des participants aux focus-groupes et des personnes contactées 634

Table des figures

FIGURE 1: LE SCHEMA DE LA TRANSITION DEMOGRAPHIQUE ET DU PROCESSUS DE VIEILLISSEMENT ADAPTE AU CAS DE LA BELGIQUE 30
FIGURE 2: STRUCTURES PAR AGE COMPARATIVES DE BELGIQUE ET WALLONIE (2011) (BELGIQUE, 2011 EN BASE 100). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 35
FIGURE 3: STRUCTURES PAR AGE COMPARATIVES DE WALLONIE (1981-2011) (WALLONIE, 1981 EN BASE 100). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 35
FIGURE 4: COMPARAISON DES STRUCTURES PAR AGE OBSERVEES EN REGION WALLONNE EN 1981 ET 2011. SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 36
FIGURE 5: INDICES D'HOMOGENEITE DES STRUCTURES PAR AGES (2011) (MULTIPLIE PAR UN FACTEUR 1000). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO 37
FIGURE 6 – STRUCTURES PAR AGES COMPARATIVES DE COMMUNES WALLONNES ATYPIQUES ET DE REGION WALLONNE (2011). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 40
FIGURE 7: AGE MOYEN DE LA POPULATION DES COMMUNES WALLONNES (2011). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 42
FIGURE 8: ECART ENTRE LES AGES MOYENS COMMUNAUX OBSERVES EN WALLONIE EN 2011 ET EN 1970. SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 42
FIGURE 9: ÂGE MOYEN DE LA POPULATION AU 1ER JANVIER 2011 ET POSITION DE CHAQUE COMMUNE SUR L'ECHELLE DU TEMPS CORRESPONDANT A L'EVOLUTION DE LA MOYENNE NATIONALE . SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 43
FIGURE 10 – PROPORTIONS DE PERSONNES AGEES DE 60 ANS ET PLUS (1970 ET 2011). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 44
FIGURE 11 – PROPORTIONS DE PERSONNES AGEES DE 80 ANS ET PLUS PAR COMMUNE WALLONNE (1970 ET 2011). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 45
FIGURE 12 – SITUATION DE MENAGE DE LA POPULATION WALLONNE (2010). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 47
FIGURE 13 – SITUATION DE MENAGE PAR SEXE ET PAR GROUPE QUINQUENNAL D'AGES (WALLONIE, 2010). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 49
FIGURE 14 – EVOLUTION DE LA SITUATION DE MENAGE DES PERSONNES AGEES PAR GROUPE QUINQUENNAL D'AGES (WALLONIE). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 50
FIGURE 15 – SITUATION DE MENAGE DES PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS PAR GROUPE QUINQUENNAL D'AGES (WALLONIE, 2010). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 51
FIGURE 16 – SITUATION DE MENAGE DES PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS PAR GROUPE QUINQUENNAL D'AGES (WALLONIE, 1991). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 51

FIGURE 17 – PART DE PERSONNES ISOLEES ET AGEES DE 80 ANS ET PLUS (WALLONIE, 1991 ET 2010). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 52
FIGURE 18 – PART DE PERSONNES AGEES VIVANT EN MENAGES COLLECTIFS (WALLONIE, 2010). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 53
FIGURE 19 – PART DE PERSONNES AGEES DE 80 ANS ET PLUS ET VIVANT EN MENAGES NON ISOLES ET NON COLLECTIFS (WALLONIE, 2010). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 54
FIGURE 20 – REPARTITION DES REPONDANTS PAR GROUPE SOCIAL (REGION WALLONNE, 2001). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 57
FIGURE 21 – CONDITIONS SOCIALES PAR SEXE ET PAR GROUPE D'AGES DES 65 ANS ET PLUS. SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 58
FIGURE 22 – PART DE REPONDANTS AGES DE 80 ANS ET PLUS ET APPARTENANT AU GROUPE SOCIAL PRECAIRE (GS1 A GS4) PAR COMMUNE (RW, 2001). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO..... 59
FIGURE 23 – PART DE PERSONNES AGEES DE 80 ANS ET PLUS ET APPARTENANT AU GROUPE SOCIAL FAVORISE (GS13 A GS16) PAR COMMUNE (RW, 2001). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO..... 59
FIGURE 24 – PROPORTIONS BRUTES DE PERSONNES AGEES DE 80 ANS ET PLUS DECLARANT ETRE EN MAUVAISE OU TRES MAUVAISE SANTE PAR COMMUNE WALLONNE (2001). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 63
FIGURE 25 – INDICE STANDARDISE DE SANTE SUBJECTIVE PAR COMMUNE ET POUR LA POPULATION AGEE DE 65 ANS OU PLUS (REGION WALLONNE, 2001). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 65
FIGURE 26 – PARTS D'INDIVIDUS AGES DE 5 ANS OU PLUS ET SOUFFRANT DE MALADIE(S)/AFFECTION(S) CHRONIQUE(S) OU DE HANDICAP(S) PAR GROUPE QUINQUENNAL D'AGES ET PAR SEXE EN REGION WALLONNE (2001). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 72
FIGURE 27 – PARTS DE PERSONNES GENEES DANS L'ACCOMPLISSEMENT DES ACTIVITES QUOTIDIENNES PARMI CELLES DECLARANT SOUFFRIR DE MALADIES, AFFECTIONS CHRONIQUES OU HANDICAPS PAR SEXE ET GROUPE D'AGES EN REGION WALLONNE (2001). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 73
FIGURE 28 – PARTS DE PERSONNES AGEES DE 80 ANS OU PLUS SOUFFRANT DE MALADIES OU AFFECTIONS CHRONIQUES OU DE HANDICAPS (RW, 2001). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 74
FIGURE 29 – PARTS DE PERSONNES AGEES DE 80 ANS OU PLUS, SOUFFRANT DE MALADIES OU AFFECTIONS CHRONIQUES OU DE HANDICAPS ET AYANT DES GENES MODEREES OU SEVERES POUR L'ACCOMPLISSEMENT DES ACTIVITES QUOTIDIENNES (RW, 2001). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 75
FIGURE 30 – INDICE STANDARDISE SELON L'AGE ET LE SEXE : PREVALENCE DE MALADIE(S)/AFFECTION(S) CHRONIQUE(S) OU DE HANDICAP(S) PAR COMMUNE ET POUR LA POPULATION AGEE DE 65 ANS OU PLUS (RW, 2001). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 75
FIGURE 31 - PARTS D'AIDANTS INFORMELS PAR SEXE ET PAR CLASSE D'AGES PARMI LES REPONDANTS AGES DE 25 ANS OU PLUS (REGION WALLONNE, 2001). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 83

FIGURE 32 – PARTS D'AIDANTS INFORMELS PARMI LES REPONDANTS AGES DE 25 ANS OU PLUS, PAR SEXE ET PAR CLASSE D'AGES (REGION WALLONNE, 2001). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 85
FIGURE 33 – PART D'AIDANTS INFORMELS AGES DE 25 ANS OU PLUS, PAR COMMUNE WALLONNE (2001). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 86
FIGURE 34 – EFFETS DE LA VARIABLE « AGE » SUR LA PROBABILITE QU'UN REPONDANT SE DECLARE (1) AIDANT INFORMEL, (2) AIDANT INFORMEL POUR UN MEMBRE DE SON MENAGE, (3) AIDANT INFORMEL POUR UNE PERSONNE QUI N'APPARTIENT PAS A SON MENAGE ET (4) AIDANT INFORMEL INTENSIF. REF. = GROUPE DE REFERENCE ; *** : P < 0.001. SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 90
FIGURE 35 – NOMBRE D'AIDANTS POTENTIELS AGES ENTRE 45 ET 64 ANS PAR PERSONNE AGEE DE 80 ANS ET PLUS (REGION WALLONNE, 2011). SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 97
FIGURE 36 – NOMBRE DE LITS DISPONIBLES EN INSTITUTIONS POUR PERSONNES AGEES (REGION WALLONNE, 01/10/2013). SOURCE : INAMI ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 98
FIGURE 37 – NOMBRE DE LITS DISPONIBLES EN INSTITUTIONS POUR PERSONNES AGEES POUR 1000 PERSONNES AGEES DE 80 ANS ET PLUS (REGION WALLONNE, 2013). SOURCE : DGSIE ET INAMI ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 99
FIGURE 38 – NOMBRE DE DE PROFESSIONNELS MEDICO-SOCIAUX POUR 100 PERSONNES AGEES DE 80 ANS ET PLUS (REGION WALLONNE, 2013). SOURCE : INAMI ET DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 100
FIGURE 39 – NOMBRE DE DE MEDECINS GENERALISTES, INFIRMIERS, KINESITHERAPEUTES ET PHARMACIENS POUR 100 PERSONNES AGEES DE 80 ANS ET PLUS (REGION WALLONNE, 2013). SOURCE : INAMI ET DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 102
FIGURE 40 – RELATION ENTRE LES CONCEPTS « OFFRE », « BESOIN » ET « DEMANDE ». SOURCE : GRAPHE INSPIRE DE CEUX PRESENTES DANS : DRION *ET AL.* (2011-2012), DELLA GUISTINA (2005) ET PIETTE (1998). 122
FIGURE 41 – POURCENTAGES DE PERSONNES BENEFICIANT D'AIDES PAR GROUPE D'AGES (%, BELGIQUE, 2008). SOURCE : *HEALTH INTERVIEW SURVEY* (2008). 125
FIGURE 42 – POURCENTAGES DE PERSONNES EN MAUVAISE SANTE SUBJECTIVE, AYANT UNE/DES AFFECTION(S) DE LONGUE DUREE, DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES OU DES RESTRICTIONS POUR ACCOMPLIR DES ACTIVITES BASIQUES PAR GROUPE D'AGES (%, BELGIQUE, 2008). SOURCE : *HEALTH INTERVIEW SURVEY* (2008). 125
FIGURE 43 – PROPORTIONS D'AIDANTS INFORMELS, TOUS BENEFICIAIRES CONFONDUS. SOURCE : DGSIE, ESE 2001 ; GGP BELGIUM, 2008-10. TRAITEMENT : UCL-DEMO. 130
FIGURE 44 – TYPOLOGIE DES COMMUNES WALLONNES SUR BASE DU CRITERE DE BESOIN D'AIDES, DE SOINS ET DE SERVICES (5 CLASSES) 137
FIGURE 45 – CROISEMENT DES VALEURS MOYENNES DES COMPOSANTES PAR CLASSE DE COMMUNES 144
FIGURE 46 - PROPORTIONS DE REPONDANTS AGES DE 80 ANS ET PLUS, PAR QUARTILE SOCIAL ET PAR CLASSE DE COMMUNES. SOURCE : DGSIE, ESE 2001 ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 144

FIGURE 47 - PROPORTIONS DE REPONDANTS AGES DE 80 ANS ET PLUS, PAR TYPE DE MENAGES ET PAR CLASSE DE COMMUNES. SOURCE : DGSIE, ESE 2001 ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 145
FIGURE 48 – TYPOLOGIE DES COMMUNES WALLONNES SUR BASE DU CRITERE DE L'OFFRE D'AIDES, DE SOINS ET DE SERVICES (3 CLASSES) 150
FIGURE 49 – CROISEMENT DES VALEURS MOYENNES DES COMPOSANTES PAR CLASSE DE COMMUNES 154
FIGURE 50 – SATISFACTION DES POPULATIONS AGEES DE 80 ANS ET PLUS QUANT A L'OFFRE DE TRANSPORTS PUBLICS, DE SOINS DE SANTE ET DE SERVICES SOCIAUX. SOURCE : DGSIE, ESE 2001 ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 155
FIGURE 51 – REPARTITION DES PROFESSIONNELS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX PARMI LES PROFESSIONNELS DISPONIBLES POUR 100 PERSONNES AGEES DE 80 ANS ET PLUS. SOURCE : INAMI (2013) ; DGSIE (2011) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 155
FIGURE 52 - INDICES D'OFFRE ET DE BESOINS POUR CHAQUE COMMUNE WALLONNE. TRAITEMENT: UCL-DEMO. 161
FIGURE 53 - INDICES D'OFFRE ET DE BESOINS POUR CHAQUE COMMUNE WALLONNE. TRAITEMENT: UCL-DEMO. 161
FIGURE 54 – REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES COMMUNES WALLONNES PRESENTANT UN GAP MARQUE ENTRE OFFRE ET BESOINS DE PRISE EN CHARGE..... 166
FIGURE 55 – EVOLUTION ET PROJECTIONS DE LA PROPORTION DES « 65 ANS ET PLUS » EN REGION WALLONNE (Y COMPRIS LA COMMUNAUTE GERMANOPHONE) (2000-2060)..... 196
FIGURE 56 – EVOLUTION ET PROJECTIONS DE LA PROPORTION DES « 85 ANS ET PLUS » EN REGION WALLONNE (Y COMPRIS LA COMMUNAUTE GERMANOPHONE) (2000-2060)..... 196
FIGURE 57 – REFORMES PRINCIPALES DE L'ETAT FEDERAL BELGE ET IMPACTS SUR LE SECTEUR DE L'AIDE AUX AINES : SCHEMATISATION. 199
FIGURE 58 - SCHEMATISATION DE LA DIFFUSION PAR SCALING-UP..... 286
FIGURE 59 - SCHEMATISATION DE LA DIFFUSION D'UNE IS PAR ASSIMILATION PAR UNE AUTRE ORGANISATION. 286
FIGURE 60 - SCHEMATISATION DE LA DIFFUSION D'UNE IS A UNE AIRE GEOGRAPHIQUE DISTINCTE DE LA ZONE DE DEPLOIEMENT INITIALE..... 287
FIGURE 61: SCHEMATISATION DES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT 451
FIGURE 62. EVOLUTION DE L'AGE MOYEN DE LA POPULATION. SOURCE: DGS – BUREAU DU PLAN..... 489
FIGURE 63. ÂGE MOYEN DE LA POPULATION DES COMMUNES DE WALLONIE AU 1/1/2015. SOURCE : RN-DEMO. 490
FIGURE 64. EVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE. SOURCE: DGS – BUREAU DU PLAN. 491
FIGURE 65. EVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE A 65 ANS. SOURCE: DGS – BUREAU DU PLAN..... 491
FIGURE 66. EVOLUTION DE LA PROPORTION DES 65 ANS ET PLUS. SOURCE: DGS – BUREAU DU PLAN..... 492
FIGURE 67. PROPORTION DES 60 ANS ET PLUS DES COMMUNES DE WALLONIE EN 2011. SOURCE: DGS – DEMO/UCL. 492

FIGURE 68. L'EVOLUTION DE LA PROPORTION DE PERSONNES AGEES DE 60 ANS ET PLUS, DE 1970 A 2011 (1970=INDICE 100). SOURCE : DGS – DEMO/UCL. 493
FIGURE 69. L'EVOLUTION DE LA PROPORTION DE PERSONNES AGEES DE 60 ANS ET PLUS, DE 2011 A 2026 (2011=INDICE 100). SOURCE : DGS – DEMO/UCL. 494
FIGURE 70. PARTS DES 65 ANS ET PLUS AVEC NATIONALITE D'ORIGINE BELGE EN 2011. SOURCE: RN-DEMO. 495
FIGURE 71. PARTS DES 65 ANS ET PLUS AVEC NATIONALITE D'ORIGINE EUROPEENNE EN 2011. SOURCE: RN-DEMO.. 495
FIGURE 72. PARTS DES 65 ANS ET PLUS AVEC NATIONALITE D'ORIGINE NON EUROPEENNE EN 2011. SOURCE: RN-DEMO. 495
FIGURE 73. NIVEAU D'INSTRUCTION DES POPULATIONS AGEES DE 65 ANS ET PLUS. SOURCE: CENSUS 2011.. 496
FIGURE 74. APPARTENANCE SOCIOECONOMIQUE DES POPULATIONS AGEES DE 65 ANS ET PLUS. SOURCE: RECENSEMENT DE 2001 498
FIGURE 75. APPARTENANCE SOCIOECONOMIQUE DES POPULATIONS AGEES DE 80 ANS ET PLUS. SOURCE: RECENSEMENT DE 2001. 498
FIGURE 76. TYPE DE MENAGE PAR GROUPE QUINQUENNAL D'AGE, WALLONIE. SOURCE: CYTISE. 499
FIGURE 77. EVOLUTION DU NOMBRE DE JOURNEES FACTUREES PAR BENEFICIAIRES EN MR ET MRS. SOURCE: INAMI. 500
FIGURE 78. EVOLUTION DE L'INDICE CONJONCTUREL DE FECONDITE. SOURCE : DGS – DEMO/UCL. 501
FIGURE 79. EVOLUTION DU RATIO ENTRE AIDANTS POTENTIELS (45-64 ANS) ET PERSONNES AGEES (80+). SOURCE: DGS – BUREAU DU PLAN. 501
FIGURE 80: PLAN A DEUX AXES : CROISEMENT DES DIMENSIONS D'OFFRE ET DE BESOINS. 505
FIGURE 81: TYPOLOGIE DES COMMUNES WALLONNES COMBINANT LES INFORMATIONS D'OFFRE ET DE BESOINS CHEZ LES POPULATIONS AGEES. 507
FIGURE 82: RISQUES ET ENJEUX RELATIFS AUX VIEILLISSEMENTS 517
FIGURE 83: VARIABLES DE L'ETAT DES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT 526
FIGURE 84: L'ESPACE LOGIQUE DES SCENARIOS. 528
FIGURE 85: L'ESPACE LOGIQUE DES SCENARIOS. 539
FIGURE 86: LES QUATRE SCENARIOS 575
FIGURE 87: TENSION 1 577
FIGURE 88: TENSION 2 581
FIGURE 89: TENSION 3 584
FIGURE 90: TENSION 4 588
FIGURE 91: TENSION 5 592
FIGURE 92: TENSION 6 594
FIGURE 93: TENSION 7 597
FIGURE 94: TENSION 8 602
FIGURE 95: TENSION 9 605

FIGURE 96: TENSION 10 607
FIGURE 97: SCHEMATISATION DE L'APPROCHE DE LA PARENTALITE INSPIREE DES TRAVAUX D'A.-M. DEVREUX 621

Table des tableaux

TABLEAU 1 – TYPOLOGIE DES MENAGES UTILISEES DANS L'ENQUETE SOCIO-ECONOMIQUE GENERALE (ESE, 2001)..... 46
TABLEAU 2 – DEFINITION DES GROUPES SOCIAUX (2001). SOURCE : EGGERICKX ET SANDERSON, 2013..... 56
TABLEAU 3 – ETAT DE SANTE SUBJECTIF PAR GROUPE QUINQUENNAL D'AGES ET PAR SEXE EN REGION WALLONNE (2001) (PROPORTIONS CALCULEES POUR LA POPULATION AGEE DE 5 ANS OU PLUS). SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 62
TABLEAU 4 – REGRESSION LOGISTIQUE ESTIMANT LA PROBABILITE QU'UN INDIVIDU DECLARE ETRE EN « MAUVAIS » OU « TRES MAUVAIS » ETAT DE SANTE SUBJECTIF (ANALYSE MENEE POUR LES REPONDANTS AGES D'AU MOINS 65 ANS). LEGENDE : *** : P ≤ 0.001 ; ** : P ≤ 0.01 ; * : P ≤ 0.05 ; ^{NS} : NON SIGNIFICATIF. SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO..... 70
TABLEAU 5 – REGRESSION LOGISTIQUE ESTIMANT LA PROBABILITE QU'UN INDIVIDU DECLARE SOUFFRIR OU NON DE MALADIE(S) DE LONGUE DUREE, D'AFFECTION(S) DE LONGUE DUREE OU DE HANDICAP(S) (LIMITE AUX PERSONNES AYANT AU MOINS 65 ANS). LEGENDE : *** : P ≤ 0.001 ; ** : P ≤ 0.01 ; * : P ≤ 0.05 ; ^{NS} : NON SIGNIFICATIF. SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 80
TABLEAU 6 – REGRESSION LOGISTIQUE ESTIMANT LA PROBABILITE QU'UN INDIVIDU AGE DE 25 ANS OU PLUS DECLARE AVOIR AIDE UN INDIVIDU, AVOIR AIDE UN INDIVIDU APPARTENANT AU MEME MENAGE, AVOIR AIDE UN INDIVIDU N'APPARTENANT PAS AU MEME MENAGE ET AVOIR AIDE UNE PERSONNE DE MANIERE INTENSIVE. LEGENDE : *** : P < 0.001 ; ** : P < 0.01 ; * : P < 0.05 ; NS : NON SIGNIFICATIF. SOURCE : DGSIE, ESE (2001) ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 94
TABLEAU 7 – REGRESSION LOGISTIQUE ESTIMANT LA PROBABILITE QU'UN INDIVIDU DECLARE ETRE EN « MAUVAIS » OU « TRES MAUVAIS » ETAT DE SANTE SUBJECTIF (ANALYSE MENEE POUR LES REPONDANTS AGES D'AU MOINS 25 ANS). LEGENDE : *** : P ≤ 0.001 ; ** : P ≤ 0.01 ; * : P ≤ 0.05 ; NS : NON SIGNIFICATIF. SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 110
TABLEAU 8 – REGRESSION LOGISTIQUE ESTIMANT LA PROBABILITE QU'UN INDIVIDU DECLARE SOUFFRIR OU NON DE MALADIE(S) DE LONGUE DUREE, D'AFFECTION(S) DE LONGUE DUREE OU DE HANDICAP(S) (LIMITE AUX PERSONNES AYANT AU MOINS 25 ANS). LEGENDE : *** : P ≤ 0.001 ; ** : P ≤ 0.01 ; * : P ≤ 0.05 ; NS : NON SIGNIFICATIF. SOURCE : DGSIE ; TRAITEMENT : UCL-DEMO. 114
TABLEAU 9 – VARIABLES MOBILISEES POUR APPREHENDER INDIRECTEMENT LES BESOINS D'AIDES, DE SOINS ET DE SERVICES..... 124
TABLEAU 10 – VARIABLES MOBILISEES POUR APPREHENDER L'OFFRE D'AIDES, DE SOINS ET DE SERVICES 128
TABLEAU 11 – ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES POUR LES BESOINS D'AIDES : VARIANCE TOTALE EXPLIQUEE 134
TABLEAU 12 – ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES POUR LES BESOINS D'AIDES : MATRICE DES COMPOSANTES APRES ROTATION 135

TABLEAU 13 – REGROUPEMENT DES CLASSES, CHAINE DES AGREGATIONS (TYPOLOGIE PAR ANALYSE CLASSIFICATOIRE AVEC ACP PREALABLE) 136
TABLEAU 14 – CARACTERISTIQUES DES CLASSES DE COMMUNES 144
TABLEAU 15 – TABLEAU SYNTHETIQUE : DESCRIPTION ET COMPOSITION SPATIALE DES CLASSES CREEES SUR BASE DU CRITERE DE BESOINS D'AIDES. 146
TABLEAU 16 – ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES POUR L'OFFRE D'AIDES, DE SOINS ET DE SERVICES : VARIANCE TOTALE EXPLIQUEE 147
TABLEAU 17 – ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES POUR L'OFFRE D'AIDES, DE SOINS ET DE SERVICES : MATRICE DES COMPOSANTES APRES ROTATION 148
TABLEAU 18 – REGROUPEMENT DES CLASSES, CHAINE DES AGREGATIONS (TYPOLOGIE PAR ANALYSE CLASSIFICATOIRE AVEC ACP PREALABLE) 149
TABLEAU 19: CARACTERISTIQUES DES CLASSES DE COMMUNES 154
TABLEAU 20 – TABLEAU SYNTHETIQUE : DESCRIPTION ET COMPOSITION SPATIALE DES CLASSES CREEES BASEE SUR L'OFFRE D'AIDES, DE SOINS ET SERVICES. 156
TABLEAU 21 – IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DE GROUPES DE COMMUNES. 162
TABLEAU 22 - SELECTION DE CLASSES DE COMMUNES. 163
TABLEAU 23 - LISTE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES EFFECTUES. 219
TABLEAU 24 – DESCRIPTION SYNTHETIQUE DES PROJETS PAR CIBLE DE L'IS. 228
TABLEAU 25: SYNTHESE: RESSOURCES DE MARCHE EN PHASE DE CONSOLIDATION 250
TABLEAU 26: SYNTHESE: RESSOURCES DE LA REDISTRIBUTION EN PHASE DE CONSOLIDATION 251
TABLEAU 27: SYNTHESE: RESSOURCES DE LA RECIPROCITE EN PHASE DE CONSOLIDATION 253
TABLEAU 28: SYNTHESE: RESSOURCES DE L'ADMINISTRATION DOMESTIQUE EN PHASE DE CONSOLIDATION 254
TABLEAU 29: FORMES DE PARTAGE EXTERNE DE RESSOURCES. 257
TABLEAU 30: ILLUSTRATIONS DU PROFIL DE FORMATION ET PROFESSIONNEL DE QUELQUES PORTEURS DE PROJET. 268
TABLEAU 31: RECAPITULATIF : L'IS DANS LE SYSTEME 297
TABLEAU 32: RECAPITULATIF : LA COMPREHENSION DE LA DEMANDE SOCIALE ET DE L'ASPIRATION AU CHANGEMENT 299
TABLEAU 33: RECAPITULATIF : LA GESTION DU RISQUE 300
TABLEAU 34: RECAPITULATIF : DETECTER LES BENEFICES COLLECTIFS 301
TABLEAU 35: RECAPITULATIF : DIFFUSION ET INSTITUTIONNALISATION 302
TABLEAU 36: INDICATEURS REQUIS POUR LES TYPOLOGIES COMMUNALES. 503
TABLEAU 37: CARACTERISATION DES 9 PROFILS DE COMMUNES. 505
TABLEAU 38: TYPES DE VARIABLES 524
TABLEAU 39: 23 VARIABLES PERMETTANT DE DECRIRE LES ENJEUX DU VIEILLISSEMENT 525

INTRODUCTION

Le projet porte sur le « bien vieillir » en Wallonie à l'horizon 2025 - 2045. Son originalité est double. Premièrement, il se focalise sur les **niveaux meso et micro**, qui ont jusqu'à présent été peu étudiés, contrairement à la perspective macro dominante dans les recherches actuelles. Deuxièmement, c'est un projet pleinement **interdisciplinaire**, puisqu'il inclut des démographes, sociologues, politologues et économistes travaillant dans trois centres de recherches de l'Institut d'Analyse du Changement dans l'Histoire et les Sociétés contemporaines (IACCHOS) – le Centre interdisciplinaire de Recherche sur les Familles et les Sexualités (CIRFASE), le Centre interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société (CIRTES), le Centre de Recherche en Démographie et Sociétés (DEMO).

La question du « bien vieillir » a été abordée via l'articulation entre **quatre volets de recherche inter-reliés**. Ils ont tous en commun le souci de capter la diversité des trajectoires des divers acteurs de ce champ. Ainsi, nous avons porté une attention toute particulière à 3 types de mobilités qui reflètent les évolutions contemporaines, à savoir les mobilités familiales, professionnelles, et géographiques. Celles-ci – envisagées tant du point de vue des personnes âgées que de leurs proches – sont en effet susceptibles d'avoir un impact considérable sur les prises en charge possibles. Tant les ruptures conjugales que les recompositions familiales transforment les liens intrafamiliaux ; tant les pertes d'emploi que les promotions vers des emplois plus chronophages parce que plus éloignés du domicile ou parce qu'impliquant de nouvelles responsabilités ont un impact sur les budgets et le temps potentiellement mobilisables pour le réseau familial ; indépendamment de ces événements de vie ou en lien avec eux, les déménagements modifient le « coût » des aides qui ne peuvent être apportées qu'à domicile. Ces trois formes de mobilité affectent les ressources et les contraintes, et concourent à remodeler les réseaux de solidarité et d'entraide.

Le premier volet à visé à analyser les déterminants de la prise en charge et de l'accompagnement des parents âgés et à étudier la répartition géographique des profils types de parents et d'enfants en les mettant en relation 1/ avec les besoins identifiables à partir d'une analyse du vieillissement local des populations ; 2/ avec l'offre de service sur les territoires communaux. L'objectif final étant de proposer une **typologie des communes wallonnes croisant les besoins et l'offre de service pour les personnes âgées**.

Sur base de la typologie de communes proposée par le premier volet de la recherche, le deuxième volet a **identifié et analysé des expériences pilotes** ou des initiatives récentes d'aide à des publics dépendants ou soumis à un risque d'isolement élevé et aux aidant-e-s, menées à un niveau local, ainsi que certaines initiatives plus informelles dont l'objectif est de renforcer ou d'améliorer les possibilités de maintien à domicile pour les personnes âgées dépendantes.

Le troisième volet a permis de mettre au jour 1/ les diverses **conceptions du « bien vieillir »** que développent les (futurs) acteurs du vieillissement et de l'aide à domicile – d'une part jeunes seniors (45-55 ans) qui fournissent aujourd'hui un soutien à leurs parents âgés et sont, à un horizon proche, les futurs bénéficiaires des aides familiales et professionnelles et d'autre part les futurs professionnels du secteur de l'aide ainsi que les professionnels qui les forment ; 2/ les **stratégies** conscientes et inconscientes que les futurs aidés et aidants mettent en place **pour préparer et anticiper les besoins futurs** (stratégies financières, affectives, sociales, de mobilité géographique, etc.) en fonction de leurs attentes en matière de « bien vieillir » ; 3/ les **tendances en matière d'aide aux personnes vieillissantes** à partir des évolutions observées par les professionnels de l'aide à domicile.

Le quatrième volet a consisté à construire et discuter des **scénarios de gestion du vieillissement** intégrant les niveaux micro, meso, macro, avec des acteurs et des experts du vieillissement afin de proposer des recommandations aux pouvoirs publics relativement aux enjeux et à la gestion du vieillissement.

PREMIÈRE PARTIE

A. Vieillissement démographique, offre et demande de services en Wallonie

Auteurs : Mélanie BOURGUIGNON, Thierry EGGERICKX, Jean-Paul SANDERSON (UCL-DEMO) ; avec la collaboration de Jacques MARQUET, Laura MERLA, Blanche LEIDER (UCL-CIRFASE) et Florence DEGAVRE (UCL-CIRTES)

Liste des acronymes

DGSIE	Direction générale Statistique et Information économique
ESE	Enquête Socio-économique générale
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
RW	Région wallonne
UCL-DEMO	Centre de recherche en démographie et sociétés de l'Université catholique de Louvain

Introduction[1]

Depuis la fin du XIXe siècle, la part de personnes âgées et très âgées ne cesse de croître au sein de la population, phénomène lié à l'extension du processus de transition démographique. Passant d'un régime de haute fécondité et de haute mortalité à un régime démographique neuf, caractérisé par des niveaux de mortalité et de fécondité extrêmement bas, la Belgique est actuellement confrontée au vieillissement de sa population. Vers 1880, les structures par âges observées étaient encore excessivement jeunes : on comptait environ une personne âgée de 60 ans et plus pour quatre âgées de moins de 20 ans (Figure 1). Actuellement, on dénombre une personne jeune pour une personne âgée. À court terme, les tendances risquent même d'atteindre des niveaux historiquement inédits : selon les projections, la population belge compterait 30% de personnes âgées en 2030, pour seulement 20% de personnes jeunes (Figure 1).

[1] Ce document a été soumis au CA de la recherche. Il a donné lieu à une publication sous format de Working paper de l'Iweps qui a fait l'objet de quelques modifications par rapport au document présent.

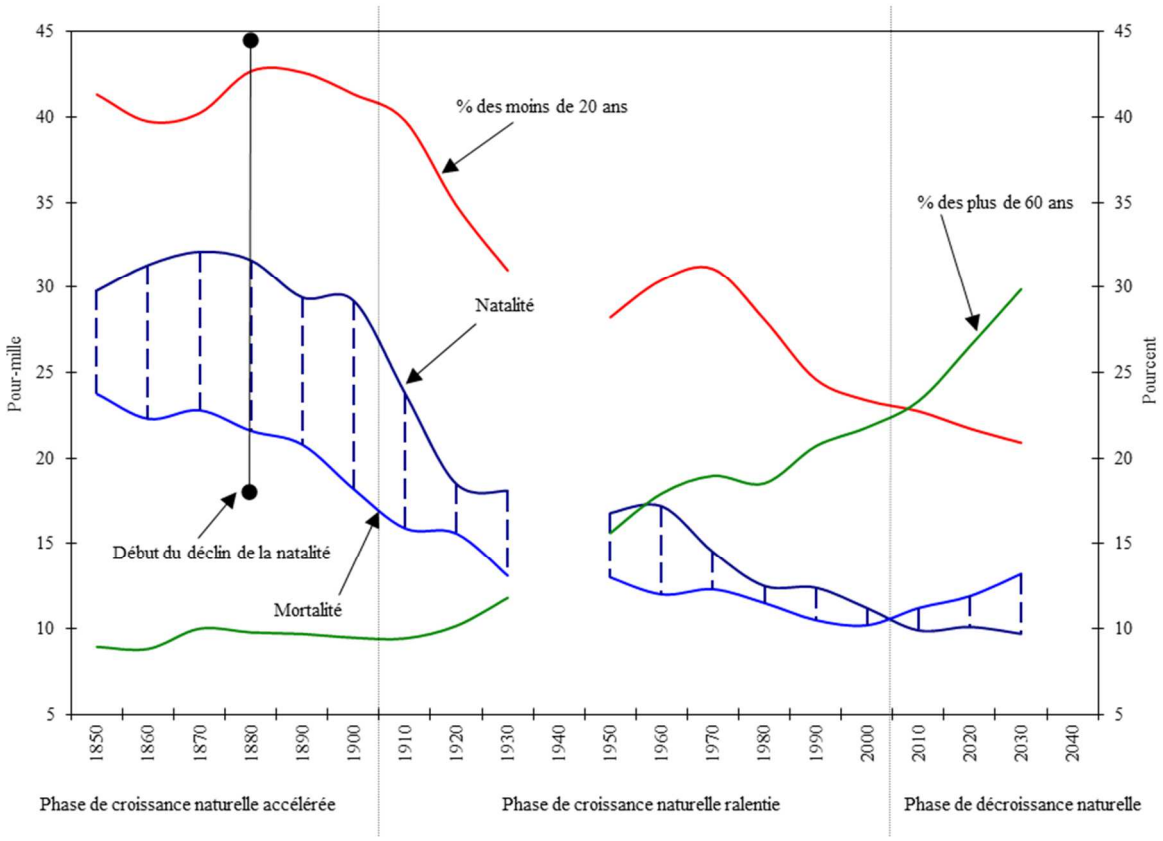


Figure 1: Le schéma de la transition démographique et du processus de vieillissement adapté au cas de la Belgique

Le schéma de la transition démographique et du processus de vieillissement adapté au cas de la Belgique (données réelles). Source : DGSIE, in Eggerickx et al., 2001, p.14.

Compte tenu de ces évolutions, cette analyse s'inscrit dans le projet de recherche "Comment vieillirons-nous? Enjeux de la gestion du vieillissement à domicile aux horizons 2025-2045". Mobilisant de nombreuses disciplines (démographie, sociologie, politologie, économie), ce projet aborde la question de la prise en charge des personnes âgées en Région wallonne et notamment celle de leur maintien à domicile.

Ce projet s'articule essentiellement autour de trois volets de recherche interdépendants. Le premier a pour objectif l'élaboration d'une typologie des communes wallonnes, basée à la fois sur l'offre et la demande locales – communales – de services et d'aides pour les populations âgées. Sur base de cette typologie, les deuxième et troisième volets entendent (1) saisir les tendances en matière d'aides aux personnes vieillissantes, (2) identifier les stratégies adoptées par les personnes âgées et par leurs aidants pour anticiper leur propre vieillissement, (3) creuser les notions de « bien vieillir »

développées par les acteurs – professionnels et informels –, ainsi qu' (4) identifier et analyser les expériences/initiatives pilotes en matière d'aides aux personnes âgées et de soutien à leurs aidants.

Cette publication s'inscrit dans le premier volet. Par la mobilisation d'indicateurs traditionnellement utilisés pour appréhender les modes de vie des populations, elle dresse un atlas de la Wallonie en matière de **vieillissement démographique**, de **demande** et d'**offre** locales de services contribuant au bien-être des populations âgées. Permettant d'identifier les principales tendances et les indicateurs les plus adéquats pour constituer la typologie des communes wallonnes, cette première publication s'insère dans une démarche essentiellement descriptive.

Subdivisé en sept parties distinctes, cet « atlas » du vieillissement aborde successivement différentes thématiques qui concourent à mieux saisir les tendances locales en matière de vieillissement démographique, de situation de ménage, de conditions sociales, de santé subjective, d'aides informelles, ainsi que d'offre de services et d'aides aux bénéfices des personnes âgées.

Une telle démarche nécessite la mobilisation de nombreuses données, lesquelles sont principalement issues du Registre National (1991 – 2011) et de l'Enquête Socio-économique générale (2001).

Si initialement, le Registre National est conçu comme un système d'informations visant des objectifs essentiellement administratifs, il constitue cependant l'une des rares sources d'informations qui puisse permettre de suivre la population de manière continue et, de ce fait, de disposer des données requises pour mieux saisir les tendances et les évolutions contemporaines.

L'Enquête Socio-économique générale de 2001 constitue par ailleurs une seconde base de données intéressante. Adressée à *tous* les individus résidant légalement en Belgique, elle ne participe pas uniquement au seul dénombrement de la population, tel qu'un simple recensement pourrait le faire. Elle contribue aussi à fournir un large panel d'informations, concernant tant les aspects démographiques et socioéconomiques que les opinions des populations (qualité des logements, des quartiers de résidence, des services

sociaux et de santé et des infrastructures publiques). En outre, puisque la collecte de données repose avant tout sur le critère d'exhaustivité, cette base de données fournit des informations à une échelle spatiale très fine (par commune et quartier). Notons enfin que si les données collectées ne correspondent pas nécessairement à la période d'observation la plus récente, cette enquête a toutefois le mérite de proposer des informations à caractère unique puisqu'elle n'est pas destinée à être réitérée prochainement. Depuis 2011, les autorités belges ont opté pour une collecte de données exhaustives basée sur l'interrogation de registres administratifs existant par ailleurs. Le contenu du *Census 2011* est dès lors conditionné par le contenu des registres et autres bases de données utilisées.

1. Le vieillissement démographique : un processus complexe

Le vieillissement démographique est une thématique fréquemment étudiée dans le champ de la démographie, et plus largement des sciences sociales, parce qu'il affecte profondément nos sociétés contemporaines, tant économiquement et politiquement que socialement et culturellement. Ce processus traduit l'augmentation du nombre et de la part relative des personnes âgées au sein de la population (DUPAQUIER, 2006). Autrement dit, il résulte à la fois de la diminution de la proportion de population jeune et de l'augmentation relative de la part des personnes âgées, correspondant respectivement au « *vieillissement par la base* » et au « *vieillissement par le sommet* » de la pyramide des âges (EGGERICKX ET TABUTIN, 2001).

L'intensité du vieillissement démographique dépend des phénomènes liés à la dynamique démographique, notamment de l'ampleur de la chute de la fécondité, du recul de la mortalité et, à l'échelon local, du profil des migrants quittant ou s'installant dans la région concernée. Ainsi, la valeur de la part relative de la population âgée dépend conjointement de différents facteurs, notamment :

- De la précocité et de l'intensité du déclin de la fécondité (qui joue le rôle de facteur déclencheur du vieillissement démographique),
- De l'évolution de facteurs liés à la mortalité, à la morbidité et à la longévité (lesquels marquent encore plus fortement aujourd'hui les tendances en matière de vieillissement démographique),
- De l'importance relative des autres tranches d'âges – si, proportionnellement, les aînés sont bien représentés dans une population, la part relative des jeunes a de fortes chances d'être faible, et inversement –,
- Et de l'effet sélectif des mouvements migratoires selon l'âge – une forte attractivité d'adultes actifs accompagnés de leurs enfants entraînera automatiquement une part de population jeune plus élevée –. (EGGERICKX *ET AL.*, 2011)

En d'autres termes, la situation des pays, régions et communautés locales dans le processus de vieillissement démographique traduit, avant tout, leur position dans le processus de transition démographique. Impliquant de nombreuses conséquences,

d'ordre démographique mais aussi économique, politique et social, le vieillissement démographique mérite que l'on s'y attarde. Si les discussions relatives au financement des pensions et des soins de santé sont fréquemment évoquées, notamment dans l'actualité politique, elles n'illustrent qu'une part des enjeux actuels et futurs liés au vieillissement des populations. Avec l'âge, le risque de souffrir de limitations fonctionnelles, physiques et/ou psychiques augmente. L'efficience de l'offre des soins de santé et des services d'accompagnement – en institution ou à domicile – ainsi que la qualité de vie des populations âgées font, elles aussi, partie des enjeux liés au vieillissement des populations.

2. Le vieillissement démographique à partir d'indicateurs traditionnels

2.1 Approche supra-locale : la Wallonie

En l'espace d'une trentaine d'années, la structure de la population wallonne a largement évolué, présentant des tendances claires au vieillissement démographique. S'il est admis qu'en 2011, la Wallonie présente une structure plus jeune[2] que celle observée à l'échelle de la Belgique (Figure 2), il n'en est pas moins vrai que la part des personnes âgées et très âgées y a crû de manière non négligeable. L'âge moyen des populations est sans doute l'indicateur qui traduit le plus synthétiquement ces tendances. Valant 38.2 ans en 1991, il atteint 40.5 ans en 2011, soit, en l'espace de 20 ans, des gains de l'ordre d'un peu plus d'un mois par an.

La comparaison des structures par âge wallonnes de 1981 et 2011 démontre explicitement ces tendances : en 2011, on note une sous-représentation relative des populations jeunes (≤ 40 ans). Le groupe des personnes âgées de 80 ans et plus est celui qui se distingue le plus nettement, avec, entre 1981 et 2011, une augmentation de

[2] La sous-représentation du groupe d'âges 70-79 ans en Wallonie en 2011 résulte principalement d'un déficit des naissances observé pendant l'entre-deux-guerres. Ce déficit, plus marqué dans le sud du pays, est la conséquence d'une fécondité moins élevée (EGGERIXCKX *ET AL.*, 2014).

quasiment 80%. Ces évolutions accentuent forcément la tendance à la hausse de l'âge moyen wallon (Figure 3).

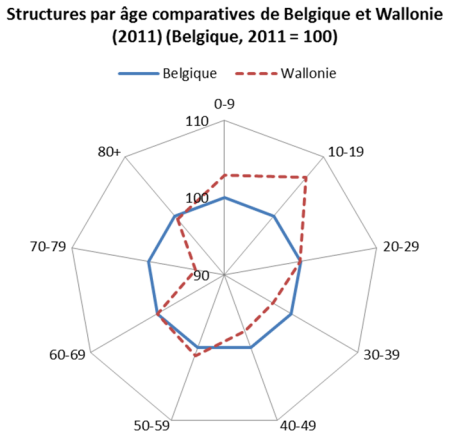


Figure 2: Structures par âge comparatives de Belgique et Wallonie (2011) (Belgique, 2011 en base 100). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

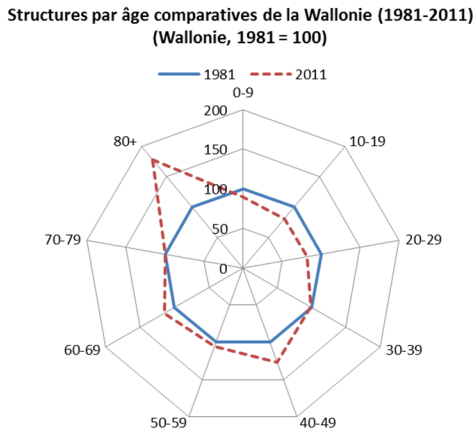


Figure 3: Structures par âge comparatives de Wallonie (1981-2011) (Wallonie, 1981 en base 100). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

La superposition des structures par âge et par sexe démontre, elle aussi, la tendance nette au vieillissement démographique entre 1981 et 2011. En-deçà de 35 ans, on note un rétrécissement marqué de la pyramide des âges de 2011 traduisant, dans ce cas, le phénomène de « *vieillissement par la base de la pyramide* ». Les groupes d'âges compris entre 35 et 64 ans sont, quant à eux, nettement surreprésentés en 2011, représentant partiellement l'arrivée progressive des générations nées lors de la période du *Baby-Boom* aux âges de la retraite. De même, on distingue une surreprésentation des populations très âgées en 2011 (Figure 4).

Si les structures de 1981 et 2011 se distinguent nettement, elles présentent toutefois la caractéristique commune d'une féminisation aux âges élevés. En 2011 par exemple, parmi les populations âgées de 70, 80 ou 90 ans et plus, on compte respectivement 160, 211 et 366 femmes pour 100 hommes (Figure 4). Même si ces écarts tendent à diminuer récemment, ils restent observables pour la plupart des structures par âge de populations vivant dans des sociétés avancées dans le processus de transition démographique. Cette surreprésentation des femmes aux âges élevés résulte d'un différentiel entre sexes en termes d'espérances de vie. Si les femmes peuvent, en

moyenne, espérer vivre plus longtemps que leurs homologues masculins, elles s'exposent alors nécessairement plus aux risques de dépendance et de limitations fonctionnelles, cognitives et psychiques. Le « risque » de mourir à des âges plus élevés et le veuvage plus fréquents chez les femmes ne sont pas sans répercussion sur la prise en charge des personnes âgées, ni sur le profil des aidants.

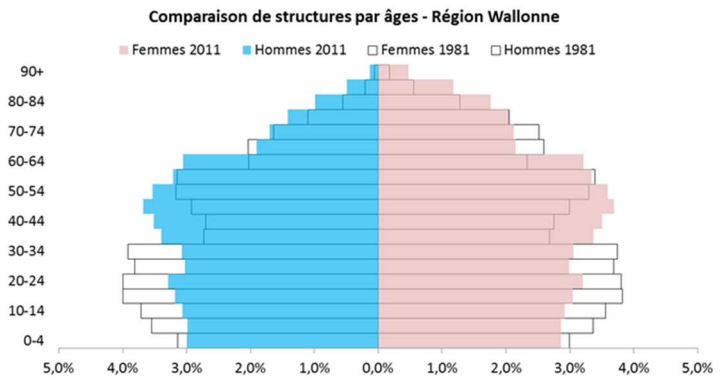


Figure 4: Comparaison des structures par âge observées en Région wallonne en 1981 et 2011. Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

2.2 Approche locale

La répartition par âge et par sexe des populations reflète assez logiquement leur passé démographique. À l'échelon local, les structures par âge témoignent des évolutions tant en matière de fécondité et de mortalité qu'en matière de tendances migratoires internes et internationales.

L'indice synthétique d'homogénéité des structures par âge communales sert justement à illustrer dans quelle mesure des structures par âge observées dans des groupes particuliers diffèrent de celle observée pour une population choisie comme standard.

Encadré méthodologique 1 - Indice synthétique d'homogénéité des structures

Dans ce cas, l'indice synthétique d'homogénéité des structures par âge communales résume les divergences en termes de structure par âge des communes wallonnes par rapport au standard régional (Wallonie). Calculé à partir des données de 2011, il n'est rien d'autre que la somme des carrés des écarts de chaque groupe quinquennal d'âges par rapport au groupe d'âges standard correspondant. Plus la valeur est proche de 0, plus la pyramide de ladite population ressemble à celle du modèle régional. (EGGERICKX *ET AL.*, 2011)

Multiplié par un facteur 1000 pour en faciliter la lecture, cet indice varie de 0.01 à 4.78. Les populations qui présentent les structures par âge les plus atypiques sont essentiellement localisées en Gaume, dans les Ardennes et dans les provinces de Liège et du Brabant wallon (Figure 5). Cette mesure ne donne toutefois aucune information quant aux particularités réellement observées. À l'aide de ce seul outil, il est impossible de déterminer quelle(s) tranche(s) d'âges se démarque(nt) le plus de la moyenne régionale.

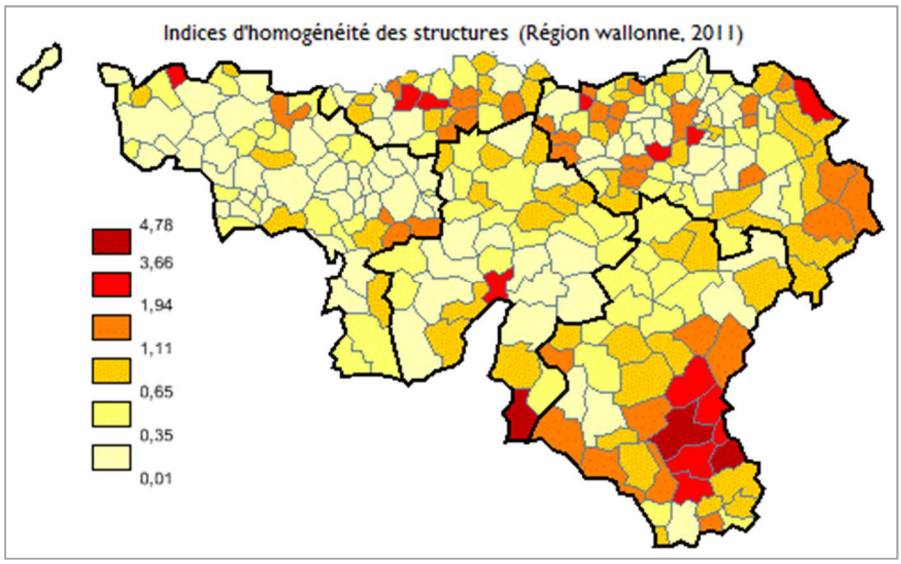


Figure 5: Indices d'homogénéité des structures par âges (2011) (multiplié par un facteur 1000). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

Parmi les communes identifiées pour leur structure atypique, quelques cas particuliers ont été considérés pour procéder à la comparaison de leur structure par groupe décennal d'âges avec la situation wallonne observée la même année (2011).

Encadré méthodologique 2 - Structures par âge comparatives de communes particulières

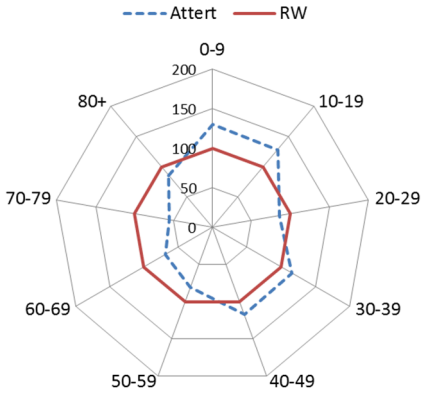
La population de chaque tranche d'âges communale a été divisée par son homologue régional et ensuite multipliée par 100. Pour chaque groupe d'âges, la valeur observée pour la Wallonie équivaut à 100. Par contre, pour les communes considérées comme atypiques, la valeur, selon qu'elle est inférieure ou supérieure à 100, traduit respectivement une sous-représentation ou une surreprésentation dudit groupe d'âges.

Dans un contexte généralement affecté par le vieillissement démographique, le cas des communes du sud de la province du Luxembourg est très particulier parce qu'il constitue l'une des principales zones de sous-vieillissement relatif de Wallonie. Typiques de communes périurbaines bénéficiant d'une croissance démographique positive récente, on y observe une surreprésentation des groupes d'âges actifs (30-49) qui, accompagnés de leurs enfants (< 20 ans), viennent s'installer à proximité du Grand-Duché, où ils exercent leur activité professionnelle. Les personnes âgées de 50 ans et plus y étant par contre sous-représentées, ces populations présentent des structures par âge encore très jeunes par rapport à la moyenne régionale (Figure 6).

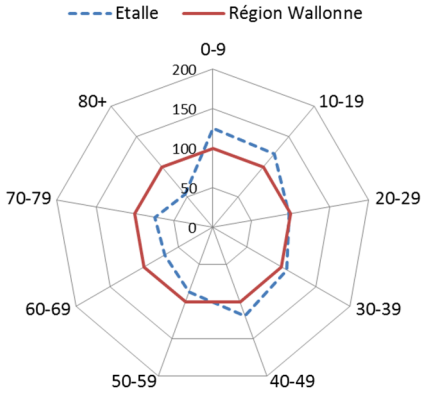
Pour des raisons similaires, les communes brabançonnes (ex. : Chaumont-Gistoux) se composent de populations dont les structures par âge sont encore relativement jeunes. Accueillant des couples d'âges actifs accompagnés de leurs enfants, ces communes constituent, elles aussi, une zone périurbaine. À ce titre, la commune d'Ottignies – Louvain-la-Neuve (site universitaire) présente également une structure de population jeune mais pour des raisons plus spécifiques, plutôt liées à la surreprésentation des 20-29 ans (Figure 6).

À l'inverse des précédentes, les communes localisées dans la partie ouest des Ardennes présentent un indice d'homogénéité des structures élevé, non pas pour leur relative jeunesse mais, au contraire, parce qu'elles se composent de populations vieillies. Les communes de Vresse-sur-Semois, Florenville et Bouillon sont sans doute les plus illustratives puisque l'on y observe une très large surreprésentation de populations âgées et très âgées. Elles bénéficient effectivement d'une forte attractivité migratoire au-delà de 60 ans, influençant les moyennes communales observées. Par jeu proportionnel, elles « souffrent » par contre d'une sous-représentation des populations jeunes (Figure 6).

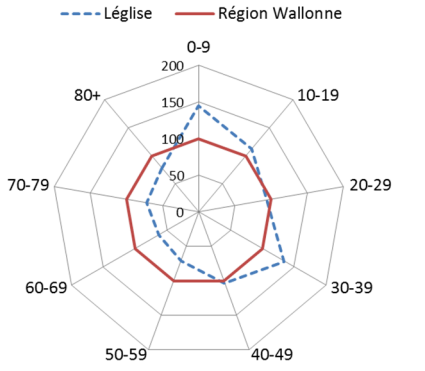
Structures par âge comparatives de la commune d'Attert (Arr.: Arlon) et de la Région wallonne (2011)



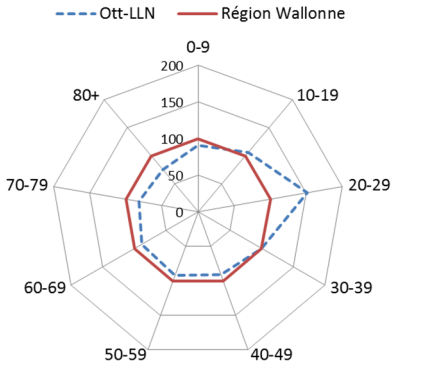
Structures par âge comparatives de la commune d'Etalle (Arr.: Virton) et de la Région wallonne (2011)



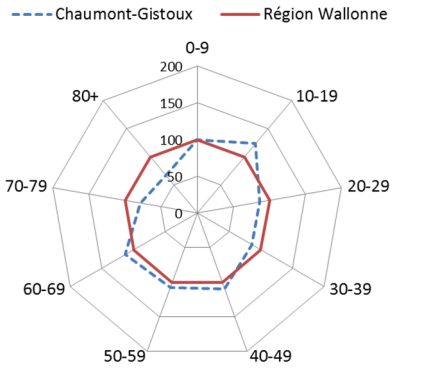
Structures par âge comparatives de la commune de Léglise (Arr.: Neufchâteau) et de la Région wallonne (2011)



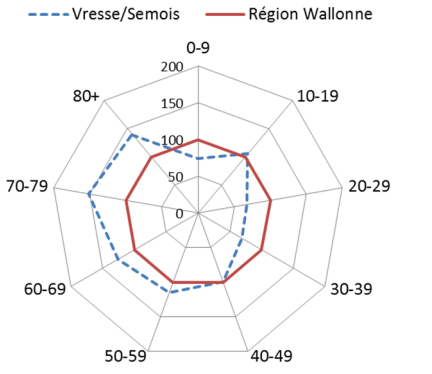
Structures par âge comparatives de la commune d'Ottignies - Louvain-la-Neuve (Arr.: Nivelles) et de la Région wallonne (2011)



Structures par âge comparatives de la commune de Chaumont-Gistoux (Arr.: Nivelles) et de la Région wallonne (2011)



Structures par âge comparatives de la commune de Vresse-sur-Semois (Arr.: Namur) et de la Région wallonne (2011)



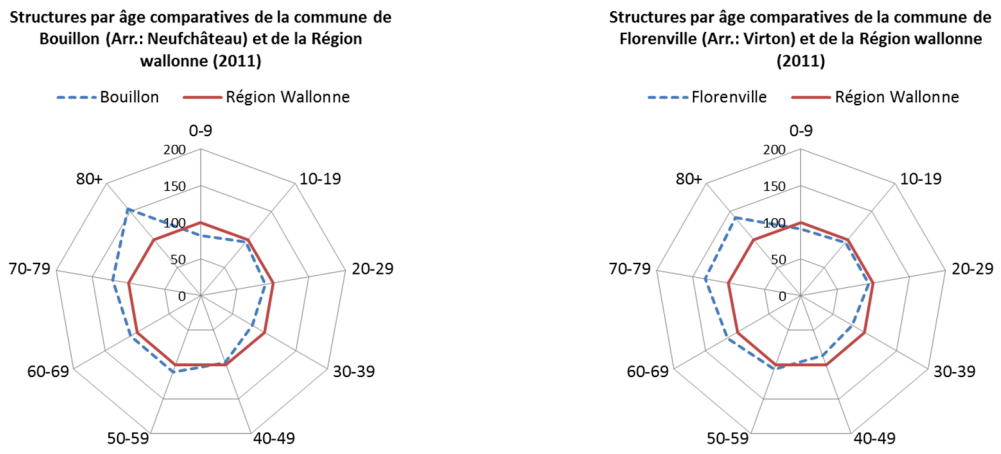


Figure 6 – Structures par âges comparatives de communes wallonnes atypiques et de Région wallonne (2011). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

L'âge moyen est un indice synthétique qui mesure le degré de vieillissement démographique de populations. Si aux échelles nationale et régionale, ce sont les tendances de fécondité et de mortalité, plus que de migrations, qui expliquent les différences observées, à l'échelle locale (communes wallonnes), les différences portent aussi l'empreinte des mouvements migratoires, dont les caractéristiques par âge influencent l'âge moyen des populations (EGGERICKX *ET AL.*, 2011).

En Région wallonne, l'âge moyen vaut 40.5 ans en 2011. La distribution des communes sur base de ce critère est, quant à elle, bien plus diversifiée, variant entre 35.4 et 45.4 ans. Assez logiquement, la cartographie des communes wallonnes selon l'âge moyen observé confirme les tendances précédemment établies. Les âges moyens les plus faibles sont observés dans un vaste triangle englobant des communes du pays hennuyer et brabançon et de Hesbaye liégeoise, ainsi que d'autres situées le long de l'autoroute des Ardennes et dans le sud de la province du Luxembourg. Dans ces régions, le processus de vieillissement s'est propagé plus lentement qu'ailleurs. L'âge moyen n'y a évolué que très peu entre 1970 et 2011. Certaines communes luxembourgeoises et liégeoises ont même connu une diminution de leur âge moyen. La forte croissance démographique[3] observée

[3] La croissance démographique élevée et l'attractivité migratoire de personnes d'âges actifs ainsi que de leurs enfants est liée à la localisation stratégique de ces régions. Les populations résidant dans les communes du sud du Luxembourg profitent d'un accès aisé au Grand-Duché où certains exercent leur activité professionnelle. Les communes de Hesbaye liégeoise qui ont connu une diminution de leur âge moyen entre 1971 et 2011 se situent, quant à elles, à proximité de facilités autoroutières.

dans ces communes, liée à l'attractivité migratoire des personnes âgées de 30 à 45 ans et de leurs enfants, a probablement contribué à freiner l'ampleur du vieillissement dans ces régions, voire même, exceptionnellement, à rajeunir les structures de population de certaines communes (Figure 6 ; Figure 8). À l'autre extrême, on trouve par contre quelques communes urbaines (Liège, Namur, Tournai, Mons), des villes de petites ou de moyennes tailles (telles que Huy par exemple), ainsi que des communes de la vallée de la Semois qui présentent un âge moyen largement supérieur à la moyenne régionale (Figure 6). Les communes des cantons de l'Est se distinguent, elles aussi, très nettement, puisqu'elles présentent des tendances à la hausse de leur âge moyen entre 1970 et 2011 parmi les plus élevées (Figure 8).

Si dans les provinces du Brabant wallon et du Hainaut, l'écart entre les communes les plus jeunes et les plus vieillies n'avoisine que cinq années, il est par contre plus élevé dans les provinces de Liège (7.3), de Namur (7.5) et du Luxembourg (8.6). Autrement dit, la province du Luxembourg est la plus hétérogène en matière d'âge moyen puisqu'on trouve, en son sein, les communes « les plus jeunes » situées à la frontière belgo-luxembourgeoise et les communes « les plus âgées » de la vallée de la Semois.

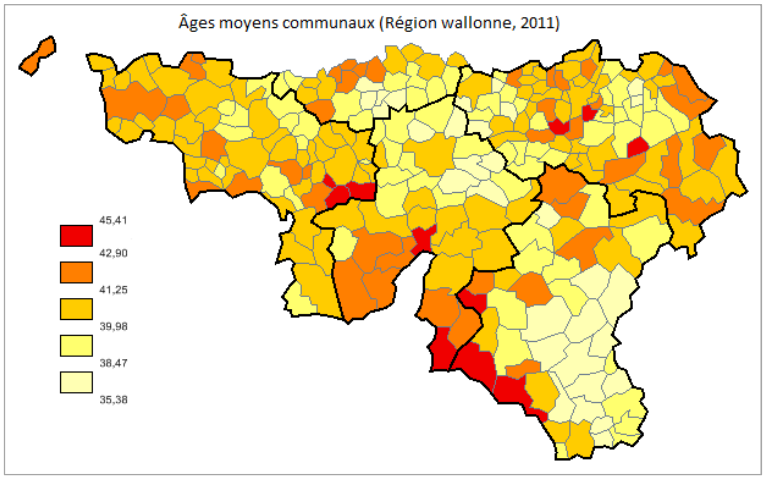


Figure 7: Age moyen de la population des communes wallonnes (2011). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

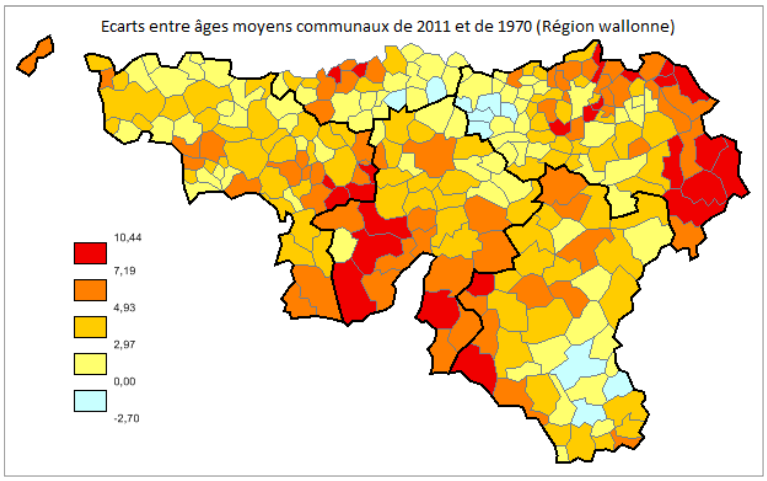


Figure 8: Ecart entre les âges moyens communaux observés en Wallonie en 2011 et en 1970. Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

La diversité communale est d'autant plus surprenante si l'on place la valeur de l'âge moyen de 2011 observé pour chaque commune sur l'échelle du temps qui trace l'évolution de l'âge moyen belge. La commune wallonne la plus jeune (Attert) a l'âge moyen qu'avait la population belge en 1951. Par contre, les communes les plus vieillies ont l'âge moyen qu'aurait la Belgique en 2060. En matière d'état d'avancement dans le processus de vieillissement démographique, il y a donc un écart de plus d'un siècle entre les communes les plus jeunes et les plus vieillies (Figure 9).

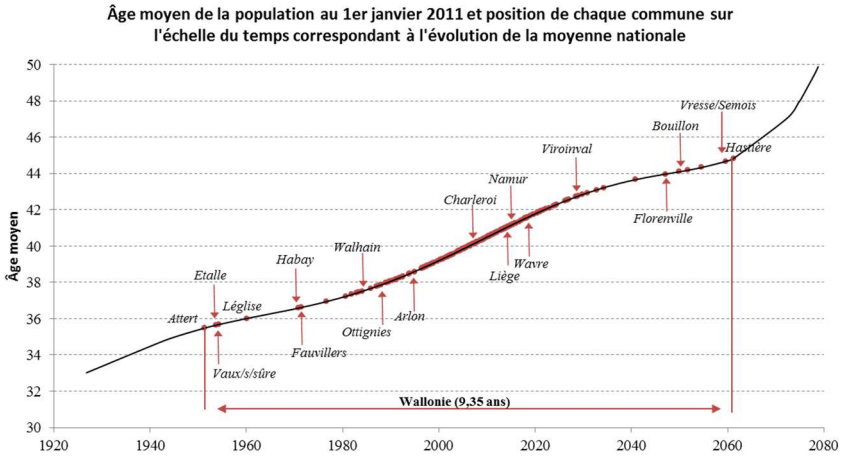


Figure 9: Âge moyen de la population au 1er janvier 2011 et position de chaque commune sur l'échelle du temps correspondant à l'évolution de la moyenne nationale[4] . Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

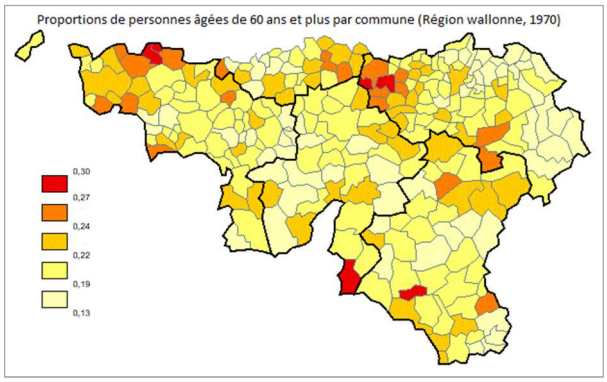
Influencées par la dynamique démographique (longévité, mortalité, fécondité, natalité et migrations), ainsi que par l'importance relative des autres tranches d'âges, les proportions de personnes âgées de 60 ou 80 ans et plus illustrent le « *vieillissement par le sommet de la pyramide des âges* ».

En 1970, la part de personnes âgées au sein de la population totale était encore relativement mineure. Dans la plupart des communes, on observait qu'une personne sur six, voire dans certains cas une personne sur cinq, était âgée de 60 ans ou plus. En 2011, le constat est frappant : la tendance au vieillissement est indéniable. Les écarts observés en termes de proportions de personnes âgées de 60 ans et plus demeurent toutefois importants. La commune d'Attert (située dans le sud de la province du Luxembourg) compte 15.5% de personnes âgées de 60 ans et plus alors que cette même proportion est deux fois plus élevée à Vresse-sur-Semois (31.1%). Globalement, en Wallonie, deux zones de sous-vieillissement peuvent être distinguées : une première située dans le sud de la province du Luxembourg et une seconde localisée dans l'espace Brabançon-Hesbignon et Condruzien. Inversement, les communes situées dans la vallée dans la Semois, dans l'Entre-Sambre-et-Meuse et dans le Tournaisis présentent de fortes proportions de

[4] Lecture du graphique (exemple : commune d'Etalle) : la commune d'Etalle présente un âge moyen qui se situe parmi les plus faibles observés en Région wallonne. Par ailleurs, la commune d'Etalle présente un âge moyen en 2011 qui équivaut à celui qu'avait la Belgique vers 1955.

personnes âgées. À ces endroits, au moins une personne sur quatre est âgée de 60 ans ou plus (Figure 10).

Situation en 1970



Situation en 2011

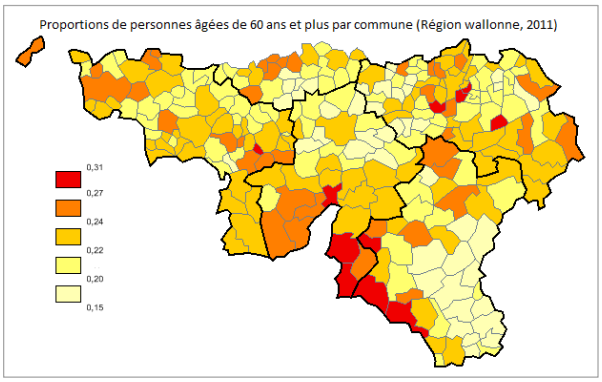
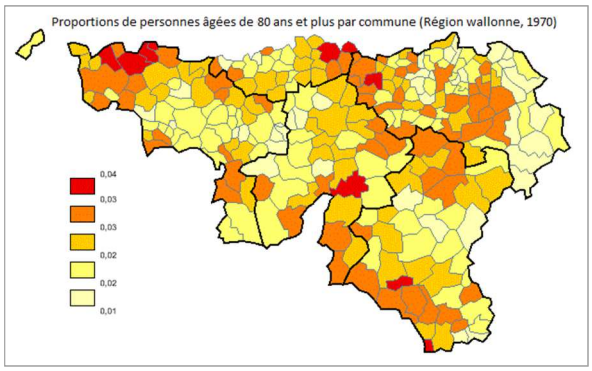


Figure 10 – Proportions de personnes âgées de 60 ans et plus (1970 et 2011). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

La comparaison des situations de 1970 et 2011 en ce qui concerne les proportions de personnes âgées de 80 ans ou plus n'est pas non plus surprenante et témoigne de l'extension du processus de vieillissement à l'ensemble des communes wallonnes durant cette période. En 1970, les communes présentant les plus fortes proportions de populations très âgées comptaient 4% de personnes âgées de 80 ans et plus. En 2011, les proportions maximales atteignent par contre des niveaux proches de 8% (Figure 11).

Comparativement à la répartition de la population âgée de 60 ans et plus, les personnes ayant 80 ans ou plus sont toutefois surreprésentées dans un nombre plus restreint de communes. C'est principalement dans les communes de l'ouest des Ardennes ou du sud de la province de Namur que ces personnes sont proportionnellement plus nombreuses. Les communes situées dans le Tournaisis et dans le sud-est de la province de Liège comptent également de fortes proportions de personnes très âgées (Figure 11).

Situation en 1970



Situation en 2011

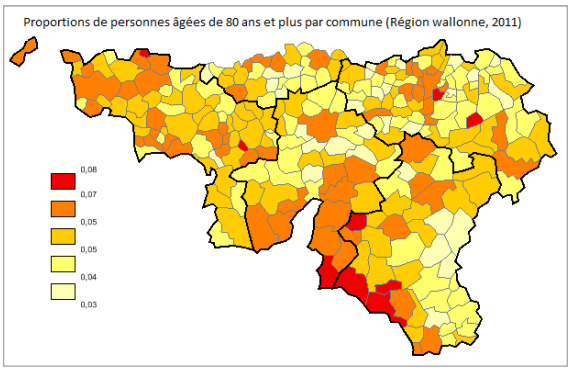


Figure 11 – Proportions de personnes âgées de 80 ans et plus par commune wallonne (1970 et 2011). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

3. Situation de ménage des personnes âgées

Les données collectées dans le cadre du Registre National permettent de retracer, depuis 1991, les situations de ménages des personnes résidant légalement en Belgique. La typologie retenue dans le cadre de ces bases de données permet de distinguer huit types de ménages (Tableau 1, 1ère colonne). Le regroupement de modalités permet d'identifier trois groupes principaux d'individus répartis selon leur « degré d'isolement[5] » : (1) les répondants qui vivent en ménages isolés (et qui donc, s'ils requièrent du soutien, doivent nécessairement s'adresser à des personnes – professionnelles ou non – extérieures à leur ménage) ; (2) les répondants qui vivent en ménages non isolés ; et (3) ceux qui résident en ménages collectifs (et qui donc, logiquement, bénéficient d'une prise en charge) (Tableau 1).

[5] Les indicateurs utilisés dans ce cadre illustrent l'isolement effectif des populations âgées. D'autres analyses peuvent être développées concernant le degré d'isolement perçu par les populations âgées, mais nécessitent d'autres types de données. Il peut par exemple s'agir de la fréquence des contacts avec les enfants ou de la distance entre les logements des personnes âgées et de leurs enfants.

Modalités initiales	*Modalités recodées*
(1) Ménages isolés[6]	(1) Ménages isolés
(2) Familles monoparentales[7]	
(3) Couples mariés avec enfant(s)[8]	
(4) Couples mariés sans enfant[8]	
	(2) Ménages non isolés
(5) Cohabitants non mariés avec enfant(s)[8]	
(6) Cohabitants non mariés sans enfant[8]	
(7) Autres types de ménage	
(8) Ménages collectifs[9]	(3) Ménages collectifs

Tableau 1 – Typologie des ménages utilisées dans l'Enquête Socio-économique générale (ESE, 2001).

Les données du Registre National permettent de considérer les situations de ménage selon l'âge et le sexe des individus, ainsi que selon leur commune de résidence.

[6] Un ménage « isolé » est considéré comme tel lorsque la personne de référence déclare vivre seule au sein de celui-ci.

[7] Le concept « ménage monoparental » n'est pas établi sur un critère d'âge. Une personne âgée de 80 ans ou plus, identifiée comme personne de référence du ménage, appartient donc à un ménage monoparental si elle déclare vivre avec un/des enfant(s). Par contre, si pour un ménage composé à l'identique, c'est l'enfant de la personne âgée de 80 ans ou plus qui est renseigné comme personne de référence, ils appartiennent alors à un ménage de type « autre ».

[8] Le terme 'enfant' se réfère à la « position dans le ménage » qu'ont les personnes cohabitant dans un même ménage avec la personne de référence du ménage. Cela implique dès lors que le terme 'enfant' ne se rapporte qu'au lien de parenté par rapport à la personne de référence du ménage et n'est pas défini sur un critère d'âge. Une personne âgée de 80 ans et plus, renseignée comme personne de référence du ménage concerné, vivant avec un/des enfant(s) est donc considérée comme appartenant à un ménage « monoparental » ou « couple /cohabitants avec enfant(s) » selon les cas.

[9] La modalité « ménages collectifs » recouvre des situations diverses : maisons de repos, couvents, prisons, et autres institutions en tout genre.

3.1 Approche supra-locale : la Wallonie

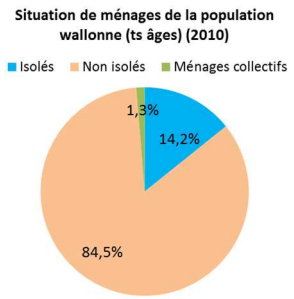


Figure 12 – Situation de ménage de la population wallonne (2010). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

En 2010, au sein de la population wallonne, sans que l'on ne distingue des groupes de population particuliers, la très grande majorité de la population vit dans un ménage considéré comme « non isolé ». Cela concerne effectivement plus de quatre personnes sur cinq alors que seulement 14.2% vivent en ménage isolé et seulement un peu plus de 1% appartient à des ménages dits « collectifs » (Figure 12).

La prise en compte de la variable « âge » pour ventiler l'information relative à la situation de ménage de la population wallonne permet d'analyser les informations avec davantage de finesse. Certes, jusqu'à 80 ans, vivre dans un ménage non isolé reste l'apanage de bon nombre d'individus résidant en Région wallonne. Toutefois, plus la population est âgée, plus elle vit dans d'autres types de ménage. Par exemple, il est admis qu'avec l'âge, le risque de souffrir de limitations fonctionnelles, physiques et /ou psychiques augmente[10]. Ainsi, assez logiquement, le recours à l'habitat collectif est bien plus fréquent parmi les populations âgées et très âgées. S'il n'y a qu'1% de la population âgée de 60 à 65 ans qui déclare vivre dans ce type de ménage, cela concerne par contre 8% des personnes âgées de 80 à 85 ans et quasiment 30% de celles âgées de 90 à 95 ans. Aussi, parce que le risque de veuvage, et donc d'isolement, augmente avec l'âge, la part d'isolés parmi les populations âgées et très âgées est plus élevée (Figure 13).

Signalons par ailleurs que la situation de ménage des personnes âgées, au-delà du fait qu'elle varie selon leur âge, varie également selon leur sexe. On note par exemple que

[10] À partir de l'enquête française Handicaps-Invalidités-Dépendance (HID) de 1998-2000, Bontout et al. (2002) ont démontré que la prévalence de la dépendance augmente avec l'âge : si seulement 2.1% des personnes âgées de 60 à 69 ans sont dépendantes, ce chiffre atteint 10.5% chez les individus de 80 ans et 30.2% chez ceux de 90 ans.

plus d'hommes vivent au sein de ménages non isolés au-delà de 65 ans. À l'inverse, les femmes résident plus fréquemment au sein de ménages isolés ou collectifs (Figure 13). Trois raisons principales sont généralement invoquées pour justifier de telles différences. Premièrement, les femmes peuvent, en moyenne, espérer vivre plus longtemps que les hommes, ce qui les expose aussi plus fréquemment au risque de veuvage que leurs homologues masculins (CAMBOIS *ET AL.*, 2003 ; BONNET *ET AL.*, 2011). L'écart d'âges observé entre conjoints (les femmes étant généralement plus jeunes) expose également les femmes à un risque de veuvage plus élevé (BONNET *ET AL.*, 2011). À groupes d'âges équivalents, les femmes résident dès lors plus probablement en ménages isolés ou collectifs. Deuxièmement, en cas de rupture d'union ou de veuvage, les femmes fondent moins fréquemment une nouvelle union que les hommes, expliquant là aussi, les raisons de leur surnombre au sein de ménages isolés (DELBES *ET AL.*, 2006). Le conjoint étant, la plupart du temps, considéré comme principal pourvoyeur d'aides, s'il y a rupture d'union ou veuvage et que la femme – veuve ou divorcée – requiert une aide, cela pourrait également justifier la sur-fréquentation féminine dans les collectivités. Enfin, au sein d'un couple, à âges et niveaux de dépendance équivalents, l'homme recourt plus fréquemment à un ménage collectif pour son épouse si celle-ci en éprouve le besoin (BONNET *ET AL.*, 2011 ; GAYMU, 2012). Cette troisième piste d'explication est souvent invoquée pour justifier le différentiel en termes de pourcentages d'hommes et de femmes vivant en institution pour personnes âgées.

Notons enfin que si aux âges les plus élevés, la part d'hommes isolés ne cesse de croître alors que chez les femmes les tendances sont inverses, cela est sans doute lié à un effet de sélection. Les hommes survivant aux âges très élevés présentent probablement un état de santé favorable qui permet le maintien de bon nombre d'entre eux à domicile (Figure 13).

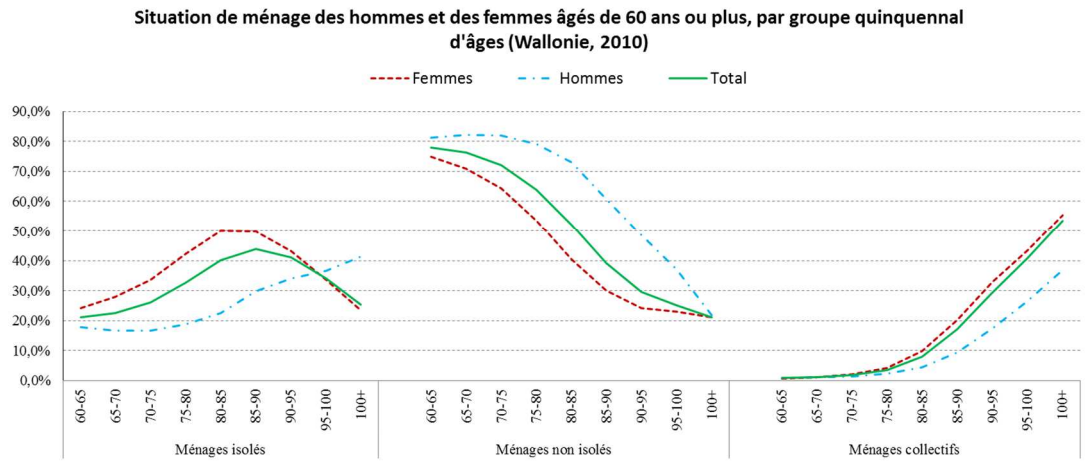


Figure 13 – Situation de ménage par sexe et par groupe quinquennal d'âges (Wallonie, 2010). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

Depuis 1991, les situations de ménage des personnes âgées vivant en Wallonie ont évolué même si les tendances par âge demeurent les mêmes. Concernant les personnes vivant en ménages isolés, on note une légère augmentation de l'âge modal (soit l'âge auquel la part de personnes âgées résidant en ménages isolés est maximale). Cela peut traduire différentes évolutions liées notamment à l'augmentation des espérances de vie, au report des incapacités aux âges élevés ou à la priorité accordée au maintien à domicile (grâce à la mise en place d'aides facilitant cette préférence). Par ailleurs, au-delà de 90 ans, on note que depuis 1991, la part de personnes résidant en ménage non isolé diminue tandis que la part d'individus résidant en ménages collectifs augmente. Cela suppose de nombreux changements qui confirment une modification des tendances d'institutionnalisation. Si la priorité semble être accordée au maintien des aînés à domicile, il s'agit avant tout d'un report de l'échéance plus que d'un moindre recours à ce type de prise en charge (Figure 14).

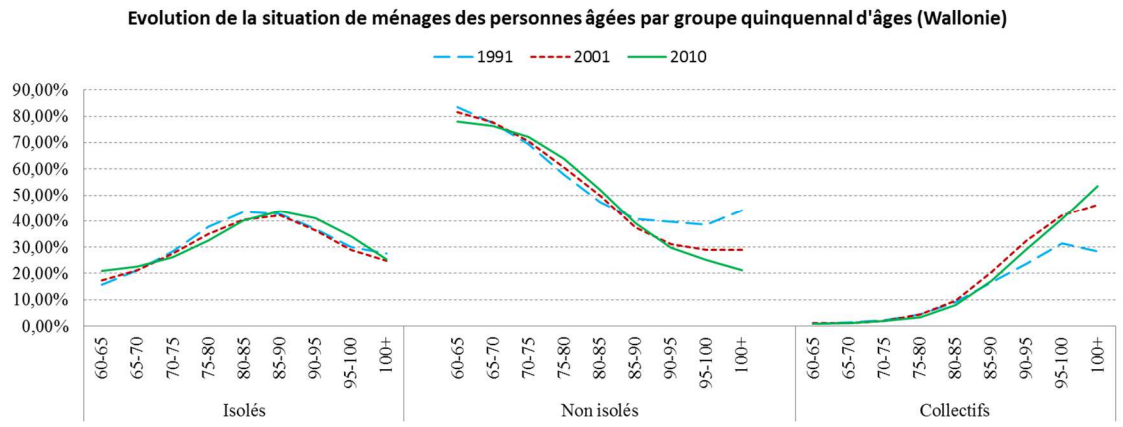


Figure 14 – Evolution de la situation de ménage des personnes âgées par groupe quinquennal d'âges (Wallonie). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

La prise en considération d'une typologie plus fine des situations de ménage permet d'obtenir des résultats plus nuancés. La chute, avec l'âge, de la part de personnes résidant en ménage non isolé (précédemment observée) provient essentiellement de la chute de la proportion de personnes âgées vivant en « couple sans enfants » (passant de 53% parmi les 60-65 ans à 10% parmi les 90 ans et plus). La chute de la part de personnes résidant « en couple avec enfant(s) » explique, elle aussi, la chute de la part de personnes non isolées avec l'âge (passant de 14% chez les 60-65 ans à 1% à peine chez les personnes âgées de 90 ans ou plus). Aux âges les plus élevés, les personnes vivent plus fréquemment en ménage isolé ou collectif (Figure 15).

Depuis 1991, les changements dans les répartitions par type de ménage sont relativement peu perceptibles. Déjà à ce moment, les proportions de personnes résidant en ménages isolés ou collectifs évoluaient de manière croissante avec l'âge. Notons simplement que l'on aperçoit un léger gonflement de la part des personnes résidant en ménage isolé en 1991 vers les âges compris entre 70 et 85 ans, correspondant à une sous-représentation des personnes vivant en ménage de type « couple sans enfant ». Nous pouvons supposer que la mortalité, et donc le veuvage, surviennent à des âges plus tardifs, affectant les habitudes de résidence des populations. L'élément le plus surprenant concerne l'évolution avec l'âge de la part de répondants vivant dans d'« autres types » de ménages. Si les proportions étaient quasiment négligeables en 1991 pour les populations de plus de 85 ans, elles oscillent par contre autour de 10% en 2010 (Figure 15 ; Figure

16). La catégorie « autre »[11] mériterait d'être approfondie pour saisir les situations de ménages recouvertes par ce terme.

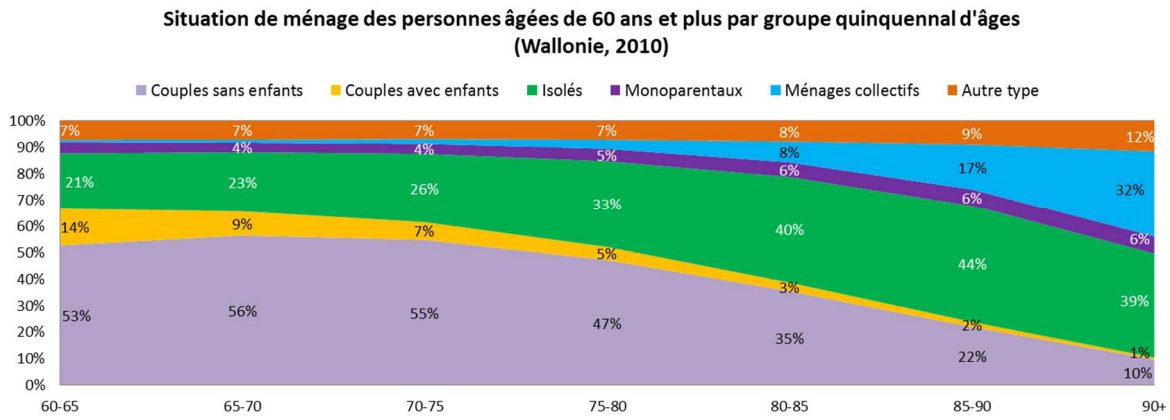


Figure 15 – Situation de ménage des personnes de 60 ans et plus par groupe quinquennal d'âges (Wallonie, 2010). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

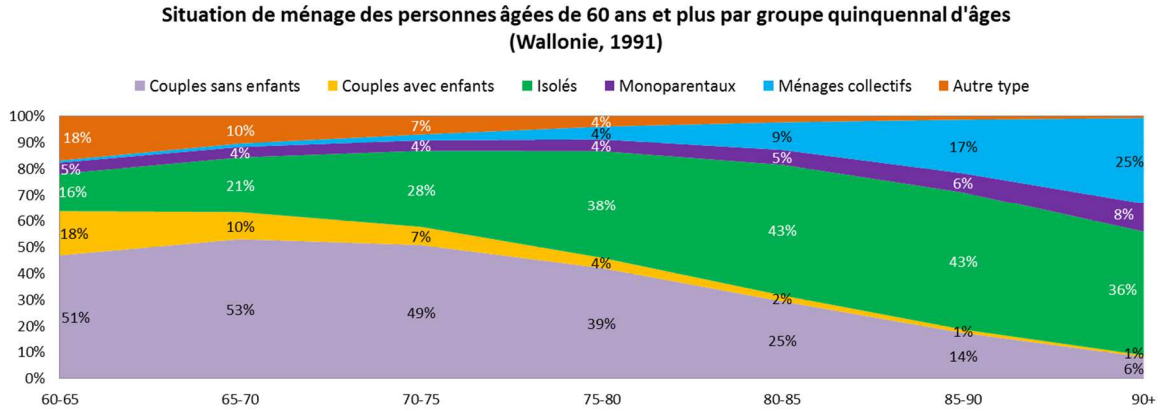


Figure 16 – Situation de ménage des personnes de 60 ans et plus par groupe quinquennal d'âges (Wallonie, 1991). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

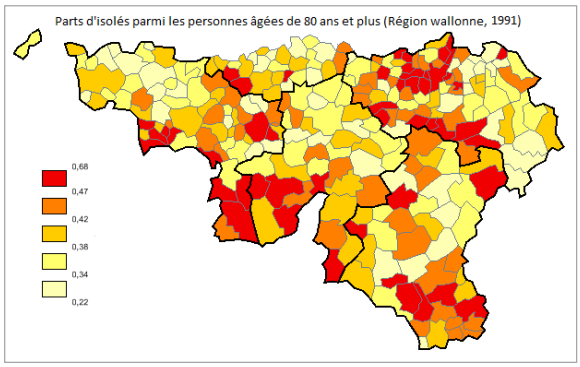
3.2 Approche locale

La représentation sous forme de cartographie de la part des personnes isolées parmi celles âgées de 80 ans et plus démontre la très grande hétérogénéité existant au niveau local. Depuis 1991, dans la plupart des grands centres urbains, on note une surreprésentation de ces populations âgées et isolées. Par ailleurs, une dichotomie entre

[11] Il est impossible d'identifier s'il s'agit ou non, de ménages composés de plus de deux générations, la variable de filiation n'étant pas disponible.

les situations du nord et du sud de la Wallonie est observable : la part de personnes âgées et isolées est d'autant plus élevée dans le sud de la région, où, en 2010, certaines communes comptent jusqu'à quasiment une personne isolée pour deux âgées de 80 ans et plus. Cette surreprésentation des personnes âgées vivant seules dans le sud s'additionne à l'isolement géographique qui caractérise ces communes. Ce constat peut résulter de différents facteurs (effet de la politique de maintien à domicile, migrations « intenses » de populations âgées vers ces régions, etc.), sans qu'il soit possible, à ce stade de la recherche, d'identifier le(s)quel(s) joue(nt) un rôle déterminant. Cette dichotomie entre nord et sud de la région apparaissait toutefois moins nettement en 1991 (Figure 17).

Situation de 1991



Situation de 2010

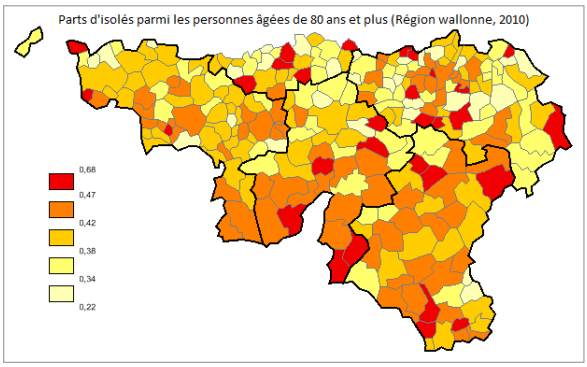


Figure 17 – Part de personnes isolées et âgées de 80 ans et plus (Wallonie, 1991 et 2010). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

La part de personnes de 80 ans et plus résidant dans des ménages collectifs est encore plus hétérogène parce qu'elle dépend avant tout de l'offre, essentiellement gérée au niveau local – communal ou intercommunal –. Sur les 262 communes wallonnes, tant en 1991 qu'en 2010, environ quarante ne comptent aucune personne âgée de 80 ans et plus vivant (officiellement[12]) en ménage collectif. Notons que, par jeu proportionnel, les communes composées d'une large part de population isolée ne comprennent que peu de

[12] Les populations âgées vivant en institution ont la possibilité de s'y domicilier. Cependant, toutes n'optent pas pour cette solution et restent domiciliées à leur lieu de domicile d'origine. La part de personnes âgées institutionnalisées est, de ce fait, sous-estimée puisqu'elle ne tient compte que des individus qui actent leur changement de domicile.

personnes âgées résidant en ménage collectif. Les zones environnant les centres urbains de Liège et de Tournai comptent par contre quelques communes dont la part de personnes âgées résidant en ménages collectifs est élevée (Figure 18).

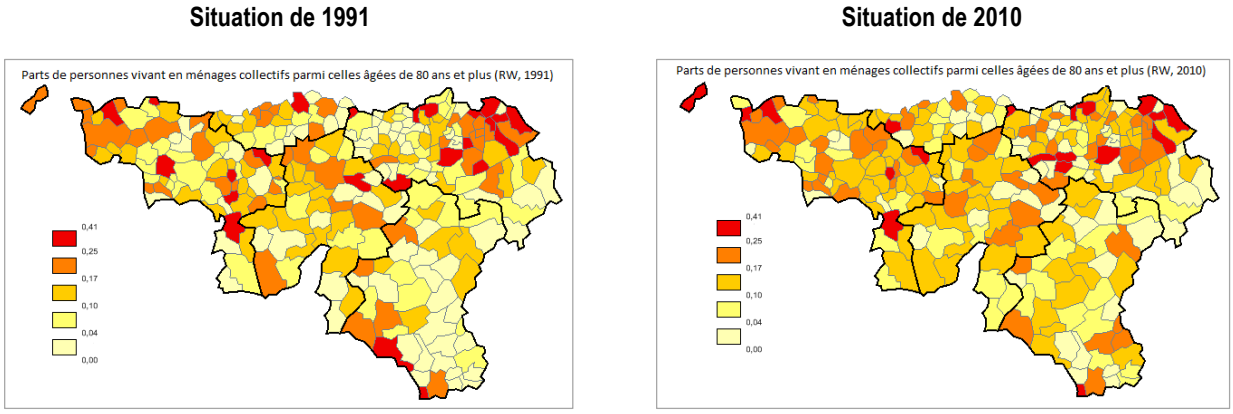
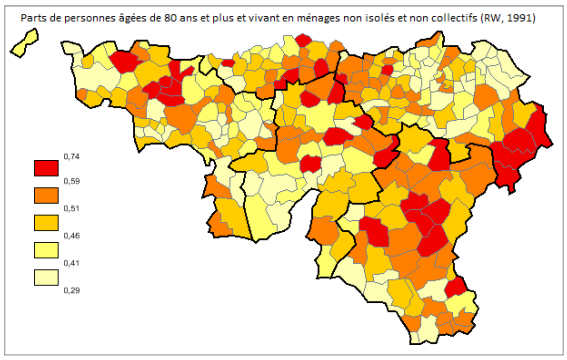


Figure 18 – Part de personnes âgées vivant en ménages collectifs (Wallonie, 2010). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

Résider en ménage non isolé concerne par contre un grand nombre de Wallons âgés : en 2010, à l'échelle régionale, 45.1% des résidents âgés de 80 ans ou plus appartiennent à de tels types de ménages. Les proportions varient toutefois amplement lorsque l'on adopte un angle de vue plus local – communal –. À certains endroits, jusqu'à une personne sur deux, voire même deux personnes sur trois, âgées de 80 ans et plus sont concernées (Figure 19). C'est sans doute en ce qui concerne les populations âgées vivant en ménages non isolés et non collectifs que les situations de 1991 et 2010 présentent le plus de différences. En 1991, quelques communes présentaient effectivement une part élevée de personnes âgées et non isolées alors qu'en 2010, elles présentent une situation nettement moins contrastée.

Situation de 1991



Situation de 2010

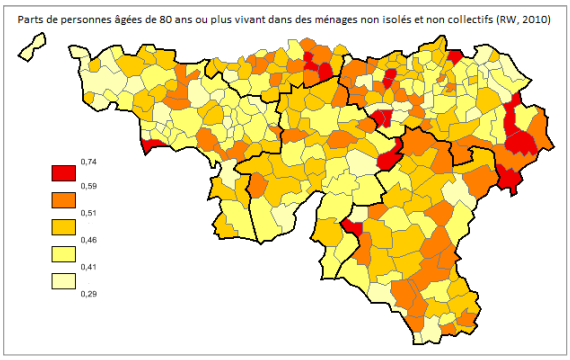


Figure 19 – Part de personnes âgées de 80 ans et plus et vivant en ménages non isolés et non collectifs (Wallonie, 2010). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

4. Conditions de vie et groupes sociaux

Les études traitant des inégalités sociales et des impacts que ces dernières peuvent avoir sur de nombreux phénomènes sociodémographiques ne sont pas neuves. Encore aujourd'hui, l'exclusion sociale existe et les inégalités auraient même tendance à croître (EGGERICKX ET SANDERSON, 2013). En Belgique, si le clivage entre Flandre et Wallonie persiste toujours en 2013, une opposition existe également entre zones urbaines et zones périurbaines. Les premières concentrent les populations les plus vulnérables socialement tandis que les secondes accueillent les populations favorisées (SANDERSON ET EGGERICKX, 2010 ; EGGERICKX ET SANDERSON, 2013). Le cas des anciens bassins industriels wallons est d'autant plus singulier : ceux-ci « *portent (…) les stigmates environnementaux de ce passé industriel et (…) apparaissent comme les espaces les plus défavorisés en Belgique.* » (EGGERICKX ET SANDERSON, 2013 : 1).

Dans le cadre du projet de recherche *Destiny* visant à analyser l'évolution des inégalités sociales en Belgique et au Grand-Duché du Luxembourg, une méthodologie basée sur le croisement de différentes variables a permis d'attribuer un groupe social à chaque individu.

Encadré méthodologique 3 - Indicateur de conditions sociales

« *Cette méthode est basée sur les recensements de la population qui fournissent des informations sur trois des principales dimensions associées aux inégalités sociales : l'éducation, le statut socioprofessionnel et les conditions de logement. Une fois le choix de ces trois dimensions opéré, il (…) [s'agit] de mesurer objectivement le positionnement des modalités de ces trois dimensions au sein du continuum social. Certes, intuitivement, on suppose qu'un chômeur est moins bien positionné qu'un cadre, que louer un logement insalubre est moins favorable qu'être propriétaire d'une maison confortable… mais comment objectiver ces a priori ?*

Pour 'classer' ces modalités de la plus défavorisée à la moins précaire, nous avons utilisé la méthode de scoring sur base des données d'enquêtes. Pour le recensement de 1991, nous avons utilisé les résultats de la première vague du PSBH (…) et pour le recensement de 2001, ceux de la première vague de SILC-Belgique (…). Les questionnaires de ces enquêtes comportent des parties individuelles et d'autres concernant l'ensemble du ménage (parmi lesquelles le revenu total du ménage, quelle que soit sa provenance : salariale, allocative de chômage, de retraite,…). Pour mesurer le positionnement au sein du continuum social de chacun, nous avons utilisé le RDUC (revenu selon les unités de consommation), qui est le rapport entre le revenu total du ménage et le nombre (pondéré) d'individus le constituant. Ensuite, le revenu moyen a été calculé pour chacune des modalités correspondant à celles des trois dimensions des recensements, puis mathématiquement standardisé. On obtient alors un ***score*** *(positif ou négatif, autour de la moyenne 0) pour chacune des modalités des trois dimensions, différent pour 1991 et 2001. En fonction des réponses (modalités) aux deux recensements, le score correspondant à chacune des modalités a été réaffecté au sein de la base de données exhaustive des recensements de 1991 et de 2001.*

L'étape suivante consistait à regrouper ces individus au sein d'agrégats de personnes partageant des similitudes sur les trois dimensions. Nous avons eu recours à l'analyse de classification hiérarchique sur simulation théorique des combinaisons de modalités sur les trois dimensions. Pour les situations de 1991 et 2001, le seuil des 90% de l'information maintenue au sein de l'opération de clustering a été retenu. » (EGGERICKX ET SANDERSON, 2013 : 2).

De cette méthodologie, il en résulte une typologie des individus en 16 clusters ou groupes sociaux[13] (Tableau 2).

[13] L'attribution de groupes sociaux concerne l'ensemble de la population et repose, dans tous les cas, sur un ensemble identique de variables : le niveau d'instruction, les conditions socioprofessionnelles et le type de logement dans lequel résident les répondants. Il y a donc inévitablement un « effet de composition » entre les générations ou les âges : chaque groupe n'a pas été soumis aux mêmes évènements, ni aux mêmes évolutions sociétales, ce qui implique que leur position par rapport à certaines variables n'a pas la même signification en termes de niveau de vie. Un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur a probablement une valeur sociale tout aussi élevée pour une personne âgée de 80 ans qu'un diplôme universitaire pour une personne de 40 ans. Ici, cet effet de composition n'intervient toutefois plus puisque les groupes sociaux ne s'appliquent qu'à la population âgée de 80 ans et plus. En outre, l'objet de cet indicateur est utilisé à titre purement descriptif et ne traduit que la répartition spatiale non uniforme des groupes sociaux favorisés et défavorisés.

		Niveau d'instruction					Conditions socioprofessionnelles				Conditions de logements			
	Groupe social	Sans diplôme	Primaire	Sec. Inférieur	Sec. Supérieur	Supérieur	Chômeur	À la maison	Pensionné	Actif occupé	Locataire, insalubrité, salubrité + téléphone et 1 pièce/personne	Locataire, salubrité + téléphone + 1 pièce/personne + chauffage central	Propriétaire, insalubrité, salubrité + téléphone + 1 pièce/personne	Propriétaire, salubrité, téléphone, 1 pièce/personne + chauffage central
Groupe défavorisé	Groupe 1	X	X	X			X	X	X		X			
	Groupe 2				X	X	X	X	X		X			
	Groupe 3	X	X	X	X		X	X				X	X	
	Groupe 4	X	X	X	X				X			X	X	
Groupe intermédiaire bas	Groupe 5	X	X	X						X	X			
	Groupe 6	X	X	X	X		X	X						X
	Groupe 7	X	X	X	X				X					X
	Groupe 8	X	X	X						X		X	X	
Groupe intermédiaire haut	Groupe 9					X	X	X				X	X	X
	Groupe 10				X	X				X	X			
	Groupe 11					X				X		X	X	
	Groupe 12	X	X	X						X				X
Groupe favorisé	Groupe 13					X			X			X	X	X
	Groupe 14				X					X				X
	Groupe 15					X				X		X	X	
	Groupe 16					X				X				X

Tableau 2 – Définition des groupes sociaux (2001). Source : EGGERICKX ET SANDERSON, 2013.

4.1 Approche supra-locale : la Wallonie

Tout âge confondu, un tiers des personnes pour lesquelles il a été possible d'attribuer un groupe social[14] sont classées parmi les groupes « favorisés » (GS13 à GS16) et parmi elles, 40.1% appartiennent au « groupe 16 », soit au groupe le plus favorisé. À l'extrême, un répondant sur quatre appartient aux groupes sociaux « défavorisés » (GS1 à GS4) (23.4%), dont 21.3% vivent dans les conditions les plus précaires (groupe 1) (Figure 20).

[14] L'attribution d'un groupe social basé sur le niveau d'instruction, le statut socioprofessionnel et les conditions de logement n'a été possible que pour 65.4% des participants à l'Enquête Socio-économique de 2001.

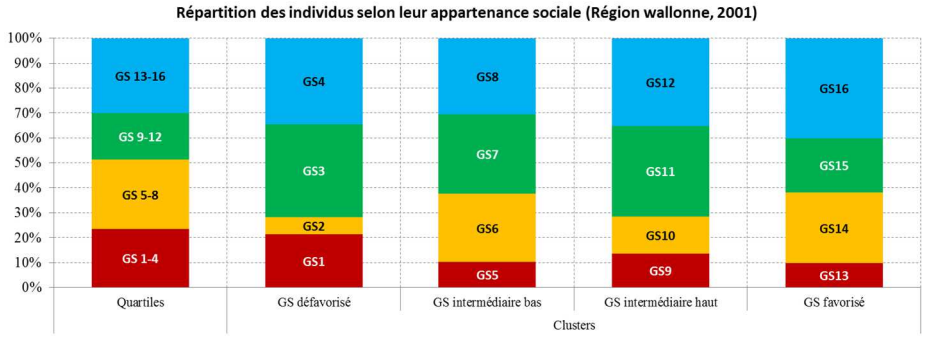


Figure 20 – Répartition des répondants par groupe social (Région wallonne, 2001). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

Si l'on se centre uniquement sur les répondants âgés de 65 ans et plus et qu'on les répartit par quartile social, par groupe d'âges et par sexe, les résultats sont plus nuancés. La part de personnes appartenant aux quartiles sociaux « défavorisés » et « intermédiaires bas » est élevée parmi les populations âgées. Au contraire, les parts de personnes appartenant à des quartiles sociaux « favorisés » ou « intermédiaires hauts » sont nettement inférieures. Par ailleurs, des différences entre sexes sont observables, spécialement parmi les individus qui appartiennent aux quartiles sociaux « extrêmes » (c'est-à-dire aux quartiles « favorisés » ou « défavorisés »). Les femmes sont proportionnellement plus représentées parmi les individus appartenant au quartile « défavorisé ». Les hommes, quant à eux, appartiennent majoritairement plus au quartile social « favorisé » (Figure 21).

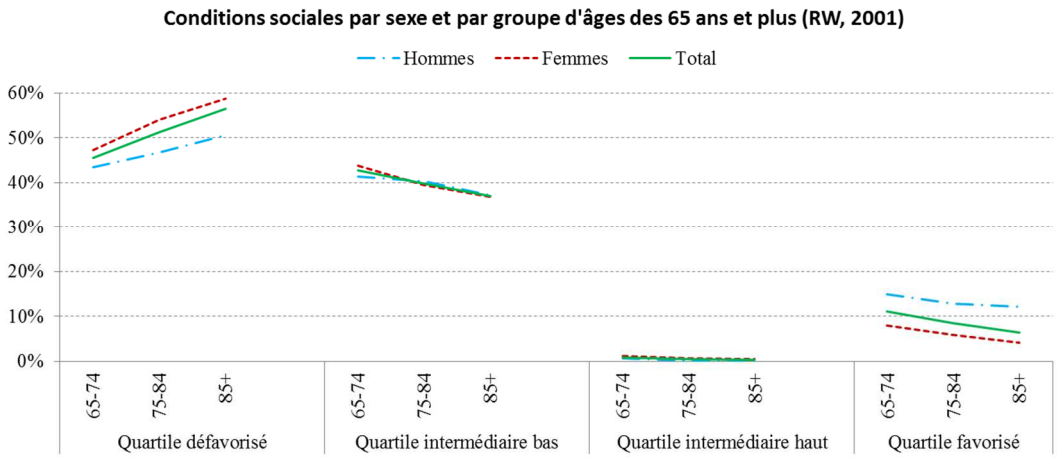


Figure 21 – Conditions sociales par sexe et par groupe d'âges des 65 ans et plus. Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

4.2 Approche locale

La répartition géographique des individus âgés de 80 ans et plus selon leur appartenance sociale n'est pas surprenante. Dans quasiment toutes les communes wallonnes, au moins quatre personnes sur dix âgées de 80 ans et plus vivent dans des conditions sociales précaires. Les proportions sont néanmoins bien plus élevées dans les communes situées dans les anciens bassins industriels wallons. Un premier foyer de communes situé dans l'Entre-Sambre-et-Meuse et en province du Hainaut (spécialement les communes de Charleroi et Mons ainsi que les communes des périphéries de ces villes) compte une part importante d'individus appartenant au quartile social défavorisé (Figure 22). Jusqu'à trois personnes sur quatre âgées de 80 ans ou plus vivent dans des situations précaires. Un nombre important de communes situées en périphérie de la ville de Liège et dans les arrondissements de Marche-en-Famenne et Bastogne comptent, elles aussi, une part importante de populations défavorisées, constituant ainsi le deuxième foyer wallon le plus précarisé (Figure 22).

La cartographie des communes basée sur la part de répondants âgés de 80 ans et plus vivant dans les conditions les plus optimales correspond quasi parfaitement au négatif de la cartographie illustrant la part de répondants âgés vivant dans des conditions précaires. Les communes comptant davantage de personnes appartenant aux groupes favorisés sont essentiellement de type périurbain. Situées dans la province du Brabant

wallon, à proximité de grandes villes telles que Namur ou Liège, ou dans l'extrême sud de la province du Luxembourg, ces quelques communes abritent, pour une large part, des populations qui ont des moyens financiers suffisants pour leur permettre d'acquérir un logement dans des zones qui sont souvent la proie de spéculations immobilières et foncières. On repère également les communes situées à proximité de l'autoroute E42 (dorsale wallonne) qui comptent, elles aussi, une part importante de répondants disposant de conditions de vie favorables.

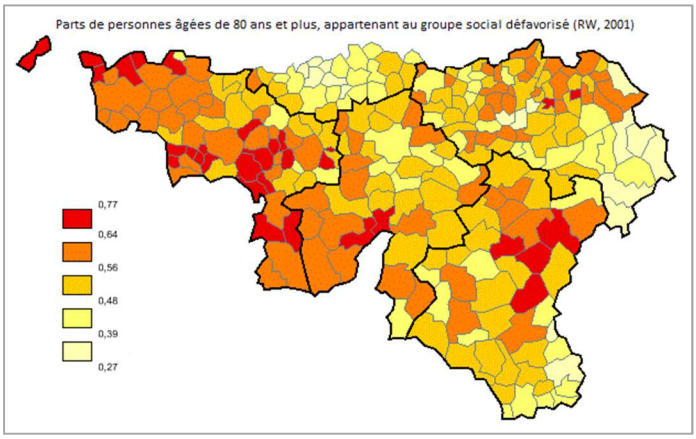


Figure 22 – Part de répondants âgés de 80 ans et plus et appartenant au groupe social précaire (GS1 à GS4) par commune (RW, 2001). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

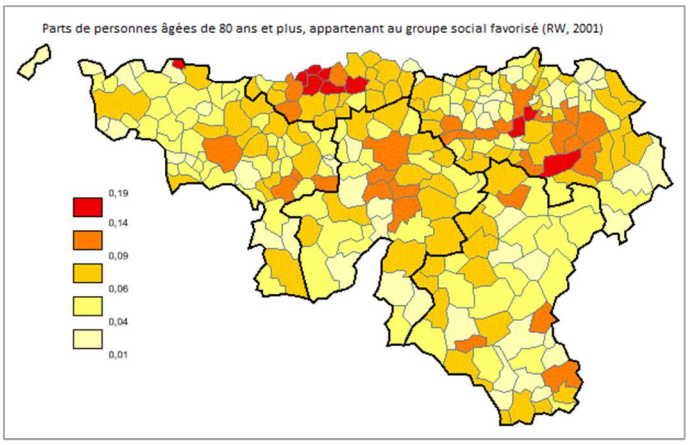


Figure 23 – Part de personnes âgées de 80 ans et plus et appartenant au groupe social favorisé (GS13 à GS16) par commune (RW, 2001). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

5. Santé subjective, affections chroniques et répercussions journalières

5.1 Santé subjective

Depuis quelques années, l'indicateur relatif à la santé subjective est utilisé tant pour explorer la situation sanitaire que pour servir de base aux initiatives politiques (DEBOOSERE, GADEYNE, 2006c). À l'échelle de la Belgique, l'information a été collectée en 2001, dans le cadre de l'Enquête Socio-économique (DEBOOSERE, GADEYNE, 2006c). En réponse à la question « Quel est votre état de santé général ? », cinq modalités de réponses étaient proposées : (1) très bon, (2) bon, (3) moyen, (4) mauvais et (5) très mauvais. Toutes les personnes nées avant le 1er janvier 1996 et inscrites dans le Registre National étaient invitées à y répondre, l'information pour les jeunes enfants étant renseignée par le responsable du ménage. 92% des personnes inscrites au Registre National avant 1996 ont fourni une réponse à cette question. Les informations, *disponibles pour chacune des communes*, datent de 2001 et sont les plus récentes : elles n'ont pas été actualisées et ne seront plus mises à jour lors des prochains recensements[15].

5.1.a Approche supra-locale : la Wallonie

Assez logiquement, l'état de santé subjectif des populations présente des variations selon l'âge et le sexe des répondants. Avec l'avancée en âge, hommes et femmes tendent progressivement à se déclarer en moins bonne santé. Si aux jeunes âges, la part de répondants se déclarant en mauvaise santé est quasiment nulle, elle atteint par contre des valeurs maximales entre 80 et 90 ans. Aux âges les plus élevés, les taux de non-réponse limitent toutefois l'interprétation des résultats (Tableau 3). On observe par

15 La Belgique a adopté un nouveau système, permettant de procéder à des recensements de population sur base d'interrogation de registres ou de fichiers existants. Dans aucune des bases de données utilisées ne figure l'information relative à la santé subjective des populations. L'espérance de vie à 60 ans ne peut pas non plus être utilisée comme proxy pour appréhender indirectement l'état de santé subjectif des populations âgées à une date ultérieure à 2001 (R^2 = 0.21) (cf. 10.1). Les données collectées via les enquêtes permettent d'appréhender l'état de santé agrégé des populations. Les données de l'enquête Santé montrent par exemple qu'en 2008, en Belgique, 23%, 43.5% et 50% des répondants respectivement âgés de 15 ans ou plus, de 65 ans ou plus et de 85 ans et plus déclarent ne pas être satisfaits de leur état de santé, avec une prévalence de personnes en mauvaise santé plus élevée en Wallonie qu'en Région flamande (Demarest et al., 2010).

ailleurs des variations selon le sexe des répondants. Tous groupes d'âges confondus, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à avoir mentionné les modalités « bon » et « très bon ». Comparativement à leurs homologues masculins, les femmes déclarent par contre plus souvent les modalités « moyen », « mauvais » et « très mauvais ». Si elles existent, les différences entre sexes restent néanmoins extrêmement faibles. Les cases colorées, mettant en évidence des écarts entre proportions masculines et féminines supérieurs au seuil des 3.0%, sont peu nombreuses. Ces écarts importants se situent par ailleurs dans les groupes d'âges qui souffrent de taux de non-réponses extrêmement élevés. Ces résultats restent donc, eux aussi, difficilement interprétables (Tableau 3).

Si les écarts observés restent faibles dans le cadre de l'Enquête Socio-économique de 2001, les interprétations des différences entre hommes et femmes en termes de santé subjective ont fait l'objet de nombreuses discussions dans la littérature. « *Le fait que les femmes aient une espérance de vie plus élevée mais déclarent avoir une moins bonne santé que les hommes amènent certains auteurs à émettre l'hypothèse selon laquelle les femmes sont en meilleure santé que les hommes mais ont tendance à déclarer une santé moins satisfaisante.* » (SPIERS, JAGGER *ET AL.*, 2003 *in* DEBOOSERE, GADEYNE, 2006c : 112). Autrement dit, le ressenti en matière de santé subjective est influencé à la fois par « *des représentations mentales* » et par « *une attitude face à son corps* » qui diffèrent entre hommes et femmes (DEBOOSERE, GADEYNE, 2006c : 112). Par ailleurs, le paradoxe observé entre espérance de vie élevée et mauvais état de santé subjectif chez les femmes peut trouver une part d'explication dans la nature et le type de pathologies (CASE, PAXSON, 2005 *in* DEBOOSERE, GADEYNE, 2006c), ainsi que dans les types de comportements des populations[16].

[16] On peut supposer que les femmes accordent une attention plus importante aux questions de santé qui les poussent alors à adopter des comportements plus préventifs, ce qui expliquerait *in fine* une divergence entre états de santé des hommes et des femmes.

Etat de santé subjectif par groupe quinquennal d'âges et par sexe (RW, 2001,%)												
	Hommes						Femmes					
Classes d'âges	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Très mauvais	Non-réponse	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Très mauvais	Non-réponse
5-9	48,7%	22,0%	2,3%	0,3%	0,1%	26,6%	49,4%	21,9%	1,8%	0,2%	0,1%	26,6%
10-14	59,2%	29,8%	3,0%	0,4%	0,2%	7,4%	58,8%	30,7%	2,8%	0,3%	0,1%	7,4%
15-19	52,9%	36,0%	3,8%	0,5%	0,2%	6,7%	47,9%	39,6%	5,2%	0,4%	0,2%	6,8%
20-24	43,9%	41,3%	5,7%	0,8%	0,4%	7,9%	40,6%	44,6%	6,8%	0,7%	0,2%	7,1%
25-29	38,8%	43,4%	7,6%	1,3%	0,5%	8,3%	38,0%	45,3%	8,6%	1,2%	0,4%	6,6%
30-34	34,1%	45,5%	9,8%	2,0%	0,7%	7,9%	34,4%	46,3%	10,8%	2,0%	0,6%	6,0%
35-39	30,0%	47,0%	12,1%	2,6%	1,0%	7,3%	30,0%	46,8%	13,5%	2,9%	0,8%	5,9%
40-44	24,3%	48,2%	15,4%	3,9%	1,3%	6,9%	24,0%	47,4%	17,6%	4,3%	1,1%	5,6%
45-49	18,4%	47,4%	20,2%	5,8%	1,8%	6,3%	17,8%	46,1%	23,1%	6,1%	1,6%	5,3%
50-54	14,4%	44,5%	25,2%	8,0%	2,1%	5,7%	13,3%	42,7%	28,9%	8,2%	2,0%	5,0%
55-59	10,8%	41,4%	29,8%	10,2%	2,5%	5,3%	9,8%	39,3%	33,8%	9,9%	2,3%	4,9%
60-64	8,7%	38,0%	33,7%	11,6%	3,1%	5,0%	7,2%	36,6%	38,3%	10,4%	2,6%	4,8%
65-69	5,5%	34,1%	39,5%	12,5%	3,6%	4,8%	4,7%	30,9%	43,5%	12,1%	3,5%	5,3%
70-74	3,9%	28,9%	42,9%	14,8%	4,6%	5,0%	3,2%	25,3%	46,2%	15,0%	4,3%	6,1%
75-79	2,7%	23,4%	45,2%	17,3%	5,5%	5,8%	2,2%	20,4%	46,9%	17,8%	5,4%	7,3%
80-84	2,1%	20,3%	45,3%	19,3%	6,1%	6,9%	1,7%	17,1%	45,4%	19,6%	6,3%	9,9%
85-89	2,0%	18,1%	43,6%	19,7%	6,9%	9,8%	1,4%	14,7%	40,6%	20,4%	7,4%	15,5%
90-94	1,9%	17,2%	40,9%	18,5%	6,8%	14,7%	1,5%	12,4%	36,2%	19,2%	8,2%	22,4%
95-100	2,4%	18,3%	35,5%	16,1%	8,1%	19,6%	1,1%	12,2%	32,4%	17,2%	7,9%	29,3%
100+	0,0%	15,8%	44,7%	10,5%	5,3%	23,7%	3,1%	11,8%	27,0%	13,8%	10,4%	33,9%
Total	28,4%	38,9%	17,7%	5,4%	1,6%	8,1%	25,2%	37,3%	21,6%	6,4%	1,8%	7,7%

Tableau 3 – Etat de santé subjectif par groupe quinquennal d'âges et par sexe en Région wallonne (2001) (proportions calculées pour la population âgée de 5 ans ou plus). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

5.1.b Approche locale

Au niveau local, l'indicateur synthétique qui permet de rendre compte au mieux de la situation sanitaire est la proportion de personnes se déclarant en mauvaise santé (c'est-à-dire celles optant pour les modalités « mauvais » et « très mauvais »). Assez logiquement toutefois, la valeur de cet indicateur dépend, au niveau communal, de la structure par âge des populations concernées : une commune comptant une forte proportion de personnes âgées présente également une proportion potentiellement plus élevée de personnes se déclarant en mauvaise santé. Pour comparer l'état de santé subjectif de populations différentes, il faut donc recourir à une méthode de

standardisation indirecte qui permet d'ajuster la part de personnes en mauvais état de santé, en tenant compte de la structure par âge et par sexe de la population.

Quoi qu'il en soit, une cartographie illustrant l'état de santé des populations âgées communales n'est pas inintéressante puisqu'elle peut être conçue comme un outil synthétique, traduisant la pression potentielle qu'exercent les populations en mauvaise santé sur les systèmes de soins et les services existants (DEBOOSERE, GADEYNE, 2006C). En Région wallonne, depuis le sud de la commune de Namur, on perçoit une zone de partage suivant le tracé de l'autoroute E411. Ce sont les communes hennuyères et celles situées dans l'Entre-Sambre-et-Meuse qui présentent les parts de population s'estimant en mauvaise ou très mauvaise santé subjective les plus élevées. Dans les communes périphériques des zones urbaines de Mons et Charleroi, jusqu'à quasiment une personne sur deux âgées de 80 ans et plus déclare avoir un tel état de santé. La plupart des communes situées en province de Liège, en Brabant wallon ou dans le sud du Luxembourg présentent par contre une situation plus favorable avec des proportions qui sont, le plus souvent, inférieures à 25% (Figure 24).

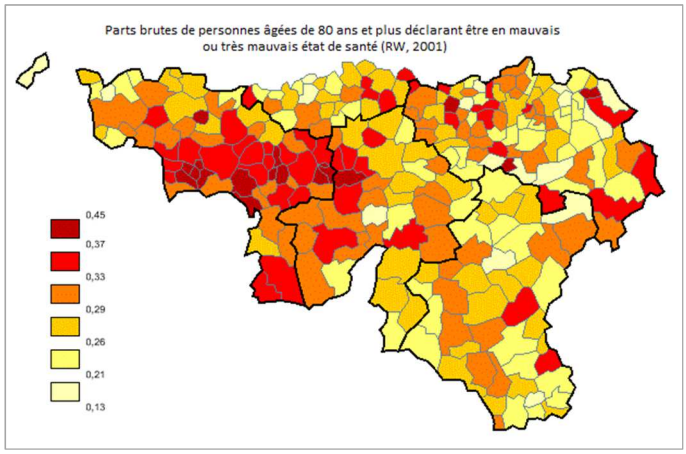


Figure 24 – Proportions brutes de personnes âgées de 80 ans et plus déclarant être en mauvaise ou très mauvaise santé par commune wallonne (2001). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

Sans tenir compte des structures locales par âge et par sexe, il est impossible de déterminer de quoi résultent ces tendances. Il faut effectivement distinguer si c'est la structure par âge à elle seule qui est à l'origine de ces constats ou si ces observations traduisent, par exemple, des inégalités socioéconomiques liées au niveau de vie des populations, à leur niveau d'instruction, à leurs revenus, etc.

Encadré méthodologique 4 - Indice standardisé de santé subjective

Pour ce faire, il est possible de recourir à un indicateur de santé subjective standardisé sur base de la structure par âge et par sexe observée en Région wallonne la même année. Ce dernier permet ainsi de mieux saisir et comparer le niveau de santé de populations particulières si elles avaient des structures par âge et par sexe équivalentes.

Concrètement, l'indicateur de santé subjective standardisé est calculé comme suit (cf. 10.2 pour exemple) :

1. Pour chaque groupe d'âge quinquennal et chaque sexe, on multiplie l'effectif de population observé dans chaque commune wallonne par la proportion par groupe d'âges et par sexe de personnes s'estimant en mauvaise santé observée en Région wallonne. On obtient ainsi pour chaque commune, chaque sexe et chaque groupe quinquennal d'âges, le nombre de personnes qui ne seraient pas en bonne santé si l'état de santé subjectif par groupe d'âges correspondait à l'état de santé subjectif régional.
2. Pour chaque commune et chaque sexe, on somme ensuite l'ensemble des personnes qui se déclareraient en mauvaise santé, tous groupes d'âges confondus. On obtient ainsi le **nombre <u>attendu</u> de personnes en mauvais état de santé subjectif**. Pour chaque commune et chaque sexe, on dispose donc de deux types de données :
   - Le nombre **<u>attendu</u>** de personnes en mauvais état de santé subjectif ;
   - Le nombre **<u>observé</u>** de personnes en mauvais état de santé subjectif.
3. Toujours pour chaque sexe et chaque commune, on rapporte l'effectif **<u>observé</u>** à l'effectif **<u>attendu</u>**. On obtient dès lors un indice standardisé de santé subjective pour chaque sexe et pour chaque commune.
4. L'indice communal standardisé de mauvaise santé subjective, tous sexes confondus, n'est rien d'autre que la moyenne des indices respectivement calculés pour les hommes et les femmes.

Un indice inférieur à 1 indique que dans la population communale concernée, la part de personnes en mauvaise santé est inférieure à la moyenne régionale. Inversement, un indice supérieur à 1 traduit une situation plus précaire dans la commune concernée en matière de santé subjective : à structures par âge et par sexe équivalentes, la part de personnes se déclarant effectivement en mauvaise santé est supérieure à la part attendue selon les tendances moyennes régionales.

Après standardisation des données de santé subjective, il s'avère que les communes qui présentent les plus faibles parts de population âgée en mauvais et très mauvais état de santé subjectif sont toujours situées en Brabant wallon, dans le centre de la province de Liège ou dans le sud de la province du Luxembourg. La plupart des communes hennuyères qui étaient précédemment désignées comme celles ayant proportionnellement plus d'habitants en mauvais état de santé subjectif conservent également cette même caractéristique (Figure 25).

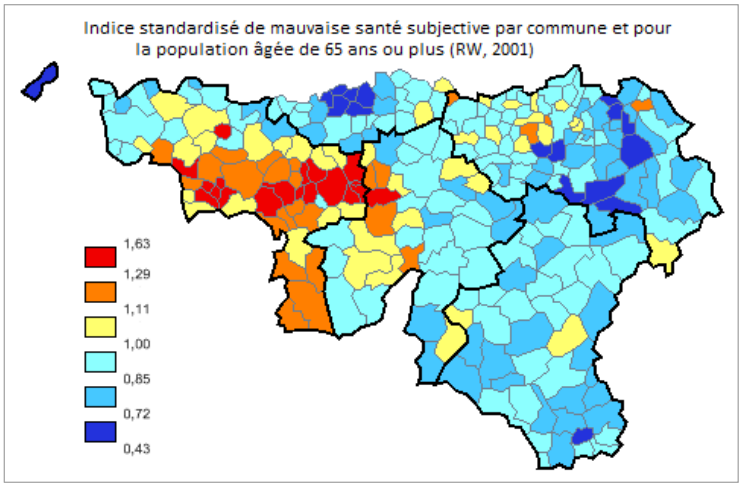


Figure 25 – Indice standardisé de santé subjective par commune et pour la population âgée de 65 ans ou plus (Région wallonne, 2001). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

5.1.c Approche multivariée

La relative stabilité observée entre données brutes et indices standardisés traduit le fait que les différences locales ne relèvent pas – simplement – de particularités liées aux structures par âge et par sexe. Les tendances locales dépendent également d'autres critères, notamment liés à la composition sociodémographique des populations.

Encadré méthodologique 5 - Hypothèses en matière d'état de santé subjectif des populations

Dans le cadre de ces analyses, il est supposé que le sexe des répondants, leur âge, leur situation de ménage, leurs conditions sociales, leur nationalité, le type de milieu dans lequel ils vivent, ainsi que leurs opinions en matière d'offre de services publics interagissent avec leur état de santé subjectif. Ces variables, selon les cas, peuvent être conçues comme des causes et/ou des conséquences de la variable dépendante. Elles sont toutes prises en compte dans nos modèles puisque l'objectif vise avant tout à identifier des profils particuliers de populations utiles pour la suite de la recherche.

Les premières analyses univariées et bivariées ont effectivement démontré que le ressenti en matière de santé subjective varie selon le **sexe** des répondants. Selon DEBOOSERE ET GADEYNE (2006c), l'espérance de vie, plus élevée chez les femmes, ne rime pas nécessairement avec un meilleur état de santé subjectif. Au contraire, les représentations mentales et les attitudes par rapport au corps, spécifiques aux hommes et aux femmes, interviendraient dans l'évaluation de l'état de santé subjectif, lequel varie donc nécessairement entre hommes et femmes.

L'**âge** est une variable dont les effets escomptés sont plus évidents. Plus un répondant est âgé, plus il s'expose au risque de souffrir de maladies, d'affections ou de handicaps, plus il risque également de se déclarer en moins bon état de santé.

La **situation de ménage** des répondants est une variable qui agit de manière plus endogène que les précédentes sur le ressenti en matière de santé subjective. Assez logiquement, il est admis qu'une personne vivant dans un ménage isolé déclarera plus probablement être en meilleur état de santé qu'une personne résidant dans un ménage collectif. Néanmoins, l'accès à un type de ménage ne dépend pas seulement de l'état de santé, mais également des ressources disponibles (notamment financières), raison pour laquelle nous tenons compte de cette information dans nos analyses.

Les **conditions sociales** des répondants, leur **nationalité** et le **type de milieu** dans lequel ils vivent illustrent indirectement leurs conditions de vie socioéconomiques. Nous supposons dès lors que les répondants qui appartiennent à des groupes socioéconomiques précaires déclarent plus probablement être en mauvais état de santé. Dans la mesure où les populations étrangères présentent également un profil socioéconomique particulier, elles peuvent, elles aussi, avoir un ressenti particulier en matière de santé subjective. De même, le type de milieu de résidence est associé au profil socioéconomique des populations : les zones urbaines concentrent plus probablement des populations dont les niveaux de vie sont moins élevés, lesquelles risquent alors également de déclarer un état de santé généralement moins bon.

Les variables illustrant la **satisfaction des populations en matière d'offre de soins de santé, de transports publics et de services sociaux** interviennent quant à elles dans nos analyses en tant que variables d'opinions. Elles illustrent indirectement le ressenti des populations en termes d'isolement et de possibilité de recourir à des aides publiques. Nous supposons dans ce cas que les populations insatisfaites de l'offre de transports publics – soit celles isolées – se déclarent plus probablement en mauvais état de santé. Par ailleurs, il est supposé que les personnes insatisfaites en matière d'offre de services publics sont plus probablement en mauvais état de santé subjectif. Ces personnes, potentiellement plus demandeuses de services d'aides et de soins, sont celles qui risquent d'être les moins satisfaites.

Ces différentes hypothèses feront l'objet d'une vérification empirique sur base de modèles de régression logistique.

Une régression logistique permet de comparer la probabilité que des groupes présentant des caractéristiques particulières se déclarent, ou non, en mauvaise santé. Toutes choses égales par ailleurs, il s'avère que parmi les individus âgés de 65 ans et plus, les différences entre sexes sont faibles mais significatives : les femmes s'exposent à de plus fortes probabilités de se déclarer en mauvaise santé[17] (OR_{Femmes} = 1.045 [1.025 – 1.065]) (Tableau 4). Le modèle de régression montre par ailleurs que plus une personne est âgée, plus elle a une probabilité élevée de se déclarer en mauvaise santé (OR_{85+} = 2.126 [2.050 – 2.183]).

Encadré méthodologique 6 - La régression logistique

La méthode de régression logistique, couramment utilisée dans les domaines de recherche médicaux, épidémiologiques et démographiques, vise à décrire la relation entre une variable dépendante et un ensemble de variables explicatives/prédictives (Preux *et al.*, 2005 ; Hosmer et Lemeshow, 2000). Cette technique est généralement utilisée lorsque la variable dépendante est qualitative, discrète et dichotomique. Les variables indépendantes, soit celles influençant la probabilité de survenue de l'évènement étudié, peuvent être soit qualitatives, soit quantitatives (Preux *et al.*, 2005). Dans le cas de variables indépendantes qualitatives, une modalité sera écartée, servant de modalité de référence pour le calcul et l'interprétation des effets des variables indépendantes (Rizzi, 2013)

Dérivée des principes de la traditionnelle régression linéaire, cette méthode permet la mesure de **rapports de cote**, aussi appelés **odds ratios** (OR), indiquant la force de l'association entre une caractéristique et l'évènement étudié (Preux *et al.*, 2005 ; Desjardins, 2005). Le modèle de régression logistique, tenant compte de l'effet combiné de plusieurs variables indépendantes et estimant la probabilité que l'évènement étudié survienne (M+) s'écrit comme suit :

$$P(M + |\mathrm{X}, X_1 \dots X_n) = \frac{exp\{(\alpha + \sum_{i=1}^{n} \beta_i X_i)\}}{1 + exp\{(\alpha + \sum_{i=1}^{n} \beta_i X_i)\}}$$ (Preux *et al.*, 2005 : 160)

Selon cette équation, une régression estime la probabilité que l'évènement M survienne si l'on tient compte des effets des variables X. Un coefficient β est associé à chacune des variables indépendantes, permettant d'identifier les rapports de cote ($OR = e^{\beta}$) pour des groupes de population particuliers (Preux *et al.*, 2005).

L'interprétation des résultats d'une régression logistique repose soit sur les coefficients β, soit sur les OR, ces derniers étant plus fréquemment utilisés et plus facilement interprétables (Rizzi, 2013). L'effet des OR sur la variable

[17] L'effet lié au sexe sur la probabilité de se déclarer en mauvais état de santé subjectif varie selon l'échantillon de population retenu. Si l'on ne tient compte que de la population âgée de 65 ans ou plus, les femmes conservent une probabilité plus élevée que celle des hommes de se déclarer en mauvais état de santé. Si, par contre, on élargit l'échantillon à l'ensemble des répondants âgés d'au moins 25 ans et que l'on conserve les mêmes variables sociodémographiques, les femmes ont une plus faible probabilité que leurs homologues masculins de se déclarer en mauvais état de santé (cf. 10.3).

dépendante « *s'exprime (…) en termes d'augmentation (si l'OR est supérieur à 1) ou de diminution (si l'OR est inférieur à 1) de l'odds de réalisation de la variable dépendante. (…) Un odds ratio de 1 ou proche de cette valeur signifie que l'effet de cette modalité n'est pas significativement différent de l'effet de la modalité de référence.* » (Rizzi, 2013 : 271).

Dans les analyses, on distingue souvent les OR bruts des OR nets. Les premiers mesurent l'effet d'une unique variable explicative sur la variable dépendante (soit sans tenir compte de l'effet d'autres variables explicatives). Les seconds mesurent par contre l'effet d'une variable indépendante sur la variable dépendante, en tenant compte de l'effet de variables intermédiaires, de contrôle ou de confusion. (Rizzi, 2013)

Si l'on note des variations selon l'âge et le sexe des répondants, l'état de santé subjectif des populations s'avère également corrélé avec un certain nombre d'autres variables. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité qu'un répondant vivant en ménage collectif soit en mauvais état de santé est nettement plus élevée que celle observée pour les individus résidant en ménages non isolés ($OR_{collectifs}$ = 2.183 [1.824 – 2.614]) (Tableau 4). Les répondants vivant en ménages isolés sont ceux qui présentent par contre la plus faible probabilité d'être en mauvais état de santé subjectif ($OR_{isolés}$ = 0.884 [0.866 – 0.902]). De même, l'appartenance des répondants à un groupe social particulier affecte aussi leur ressenti en matière de santé. Appartenir à un groupe social défavorisé est associé à une plus grande probabilité de déclarer être en mauvais ou en très mauvais état de santé[18] (Tableau 4).

Même en contrôlant les effets liés aux conditions sociales des populations, la nationalité et le type de lieu de résidence[19] sont extrêmement corrélés à l'état de santé subjectif des populations âgées. Comparativement aux personnes ayant la nationalité belge, les Européens non belges et les étrangers non européens ont des probabilités plus élevées de déclarer être en mauvais état de santé (respectivement 34% et 53% de chances supplémentaires) (Tableau 4). Par ailleurs, les populations résidant en zone urbaine

[18] L'effet spécifique de chacune des dimensions utilisées pour l'indice de conditions sociales n'est pas surprenant. On note une relation négative entre le niveau d'instruction et la probabilité de se déclarer en mauvais état de santé subjectif. De même, si les répondants exercent/ont exercé en tant qu'ouvrier ou s'ils déclarent n'avoir aucun statut, ils ont une plus forte probabilité de se déclarer en mauvais état de santé. L'effet lié au type de logement n'est pas inattendu non plus : être propriétaire/copropriétaire/usufruitier de son logement ou vivre dans un logement de type « maison unifamiliale » suppose généralement que l'on ait une plus faible probabilité de se déclarer en mauvais état de santé (cf. 10.4).

[19] Pour évaluer l'effet du type de lieu de résidence, la typologie élaborée par Van Der Haegen (1996) et revue par DEMO-UCL a été utilisée (cf. 10.6).

(communes centrales ou non centrales d'agglomérations) sont celles qui présentent les plus hauts rapports de cote. Partout ailleurs, la probabilité de se déclarer en meilleur état de santé est bien plus élevée (Tableau 4).

Les répondants estimant l'offre en matière de services sociaux ou de transports publics insuffisante sont plus généralement en mauvaise santé subjective (Tableau 4). Cette relation signifie dès lors qu'un manque d'offre (tant en ce qui concerne la quantité que la qualité des services) affecte négativement l'état de santé subjectif des populations. Cette relation démontre en outre que la relégation sociale dont souffrent les populations en mauvaise santé pourrait s'accompagner d'une relégation spatiale (les populations en mauvaise santé étant plus probablement amenées à vivre dans des régions très peu pourvues en matière d'offre de services publics). L'effet lié à l'offre de services de santé est quant à lui bien plus modéré. Les personnes déclarant être soit extrêmement satisfaites de l'offre de soins de santé (groupe de référence), soit totalement insatisfaites (OR non significatif), sont plus généralement en moins bon état de santé. Spécifions simplement que le ressenti en matière de santé joue à la fois le rôle de cause et de conséquence quant au degré de satisfaction de l'offre de soins, notamment parce que les populations se basent sur leur expérience personnelle, leur permettant d'évaluer objectivement l'adéquation entre offre et demande de services.

Notons finalement que la statistique « R^2 de Nagelkerke », illustrant la proportion de cas correctement classés par le modèle statistique et permettant d'évaluer la qualité du modèle est relativement faible. Lorsque l'on traite de données individuelles, on peut idéalement espérer atteindre des niveaux de l'ordre de 20%. Approchant à peine 5% dans ce cadre, force est de constater que le pouvoir explicatif du modèle statistique reste extrêmement limité. La probabilité qu'un répondant déclare être en mauvais état de santé subjectif relève essentiellement d'autres variables et critères individuels qui ne peuvent être pris en compte dans le cadre strict de l'Enquête Socio-économique de 2001.

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs (N)	OR nets[20]	IC (95%)[21]
Sexe	***563 220***		
Homme (réf.)	*222 637*	*1*	*–*
Femme	*340 583*	*1.045****	*1.025 – 1.065*
Classe d'âges	***563 220***		
65-74 (réf.)	*307 192*	*1*	*–*
75-84	*200 329*	*1.562****	*1.533 – 1.593*
85+	*55 699*	*2.116****	*2.050 – 2.183*
Situation de ménage	***563 220***		
Ménages isolés	*170 359*	*0.884****	*0.866 – 0.902*
Ménages collectifs	*30 847*	*2.183****	*1.824 – 2.614*
Ménages non isolés (réf.)	*362 014*	*1*	*–*
Conditions sociales	***392 328***		
Groupe défavorisé	*189 534*	*2.788****	*2.680 – 2.900*
Groupe intermédiaire bas	*161 637*	*1.995****	*1.917 – 2.076*
Groupe intermédiaire haut	*2 711*	*1.027^{ns}*	*0.889 – 1.187*
Groupe favorisé (réf.)	*38 446*	*1*	*–*
Nationalité	***561 686***		
Belge (réf.)	*513 720*	*1*	*–*
Non Belge du continent européen	*45 130*	*1.335****	*1.294 – 1.377*
Non Belge, hors continent européen	*2836*	*1.528****	*1.348 – 1.733*
Type milieu de résidence	***563 220***		
Commune centrale d'agglomération (réf.)	*139 023*	*1*	*–*
Commune non centrale d'agglomération	*106 601*	*1.040***	*1.013 – 1.068*
Périurbain ancien (Banlieue)	*61 634*	*0.790****	*0.764 – 0.817*
Périurbain récent	*55 327*	*0.870****	*0.841 – 0.900*
Petite ville	*123 706*	*0.842****	*0.820 – 0.865*
Commune rurale	*76 929*	*0.824****	*0.799 – 0.851*
Satisfaction services de santé	***472 779***		
Mal équipé	*46 763*	*1.013^{ns}*	*0.977 – 1.050*
Normalement équipé	*267 950*	*0.951****	*0.929 – 0.974*
Très bien équipé (réf.)	*158 066*	*1*	*–*
Satisfaction transports publics	***458 517***		
Mal équipé	*131 189*	*1.325****	*1.287 – 1.365*
Normalement équipé	*225 374*	*1.112****	*1.083 – 1.141*
Très bien équipé (réf.)	*101 954*	*1*	*–*
Satisfaction services sociaux	***401 634***		
Mal équipé	*56 147*	*1.208****	*1.165 – 1.253*
Normalement équipé	*262 663*	*1.020^{ns}*	*0.993 – 1.048*
Très bien équipé (réf.)	*82 824*	*1*	*–*
Constante		**0.085**	
R^2 de Nagelkerke		**0.049**	

Tableau 4 – Régression logistique estimant la probabilité qu'un individu déclare être en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé subjectif (analyse menée pour les répondants âgés d'au moins 65 ans). Légende : *** : $p \leq 0.001$; ** : $p \leq 0.01$; * : $p \leq 0.05$; ^{ns} : non significatif. Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

[20] Les effets bruts, c'est-à-dire l'effet que présente chacune des variables indépendantes prises séparément sur la variable dépendante figurent en annexe (cf. 10.5).

[21] Intervalle de confiance à 95%

5.2 Affections chroniques, handicaps et gênes dans les activités quotidiennes

5.2.a Approche supra-locale : la Wallonie

En matière de santé, d'autres informations ont également été collectées auprès des participants à l'Enquête Socio-économique de 2001. Trois questions permettent notamment d'évaluer l'état de santé « objectif » des populations et les éventuelles répercussions sur leur vie quotidienne. Ainsi, une première question relative à la présence de maladies/affections chroniques et handicaps[22] était adressée à toute personne, née avant le 1er janvier 1996 et inscrite au Registre National (l'information pour les jeunes enfants est renseignée par le responsable du ménage concerné). Pour les personnes qui déclaraient souffrir de telles maladies, d'autres sous-questions évaluaient l'ampleur des incapacités[23] et des répercussions liées à cet état de santé sur l'exécution des activités quotidiennes[24].

En Région wallonne, un peu plus d'une personne sur cinq (21.3%) déclare souffrir d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections chroniques ou de handicaps. On ne dispose par contre d'aucune information pour 13.3% des répondants.

Comme en matière de santé subjective, la part de personnes souffrant de maladies, d'affections chroniques ou de handicaps est légèrement plus élevée chez les femmes (21.8%) que chez les hommes (20.8%). Par ailleurs, la prévalence d'affections chroniques varie fortement avec l'âge. Autant chez les hommes que chez les femmes, la part de personnes déclarant souffrir de maladies chroniques, d'affections de longue durée ou de

[22] « Souffrez-vous d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps ? ».

[23] La question suivante est adressée aux répondants qui déclarent souffrir de maladie(s)/affection(s) de longue durée ou de handicap(s) : « Si oui, devez-vous rester au lit à la suite de ces maladies, affections ou handicaps ? ». Les modalités de réponses disponibles permettent quant à elles d'en mesurer l'ampleur : (1) en permanence ; (2) de temps en temps ; (3) pas ou rarement.

[24] La question suivante est également adressée aux répondants qui déclarent souffrir de maladie(s)/affection(s) de longue durée ou de handicap(s) : « Si oui, êtes-vous gêné(e) dans vos activités quotidiennes par ces maladies, affections ou handicaps ? ». Les modalités de réponses disponibles permettent quant à elles d'en mesurer l'ampleur : (1) en permanence ; (2) de temps en temps ; (3) pas ou rarement.

handicaps augmente nettement avec l'âge. Tous sexes confondus, seulement 4.8% des répondants âgés entre 5 et 20 ans sont concernés, contre 49.7% des répondants âgés de 85 ans ou plus.

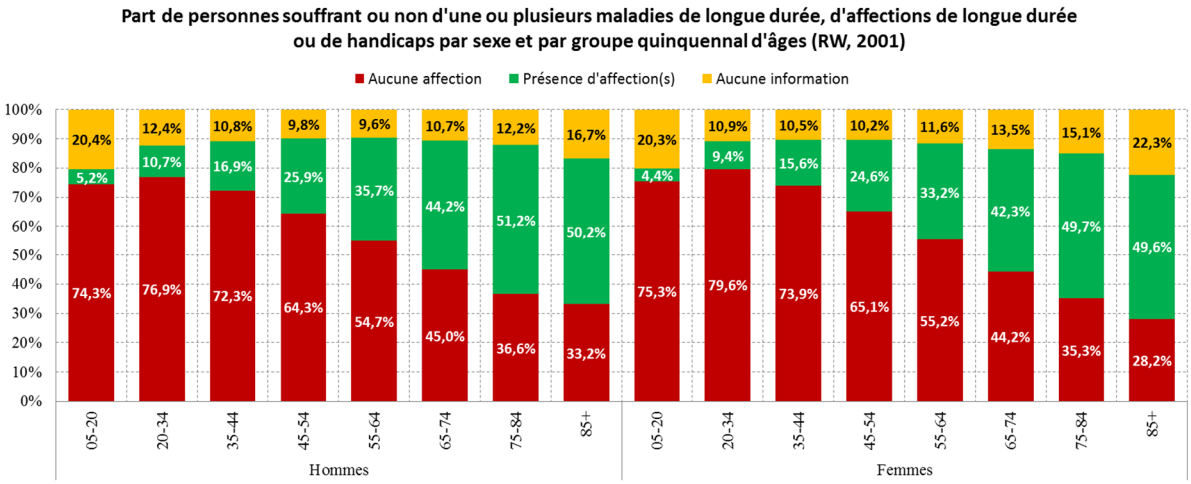


Figure 26 – Parts d'individus âgés de 5 ans ou plus et souffrant de maladie(s)/affection(s) chronique(s) ou de handicap(s) par groupe quinquennal d'âges et par sexe en Région wallonne (2001). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

Parmi les personnes qui souffrent de maladies, d'affections ou de handicaps, 10%, 40% et 43% souffrent respectivement de gênes légères, modérées ou sévères. Aussi, à mesure que l'âge augmente, le type de gênes ressenties évolue. Il y a proportionnellement plus de personnes qui subissent des gênes sévères liées à une maladie, une affection chronique ou un handicap parmi les personnes âgées. On note également que le type de gênes ressenties varie selon le sexe des répondants : au-delà de 65 ans, la part de répondants souffrant de gênes sévères est plus élevée chez les femmes alors que l'inverse est observé aux âges plus jeunes (Figure 27).

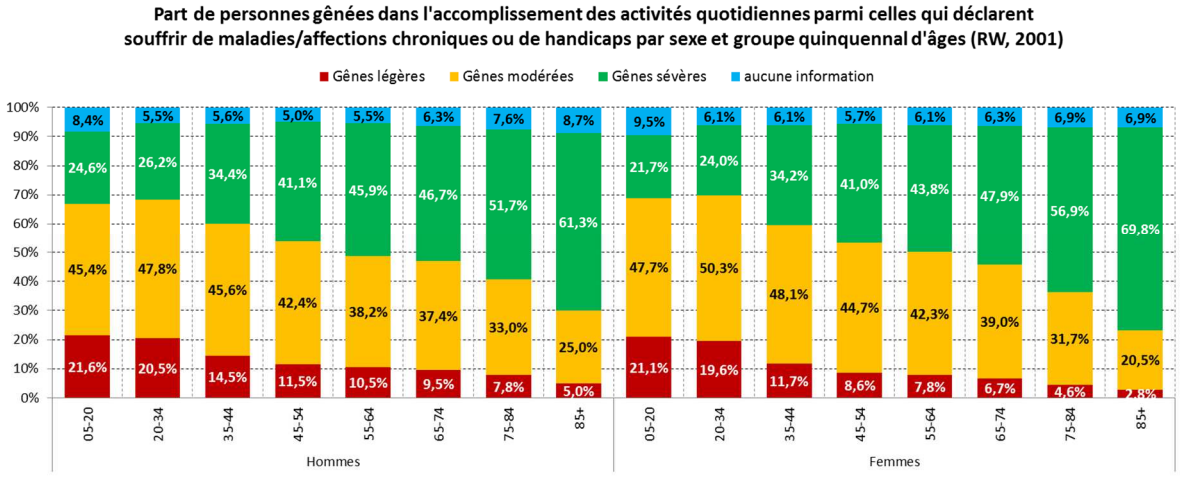


Figure 27 – Parts de personnes gênées dans l'accomplissement des activités quotidiennes parmi celles déclarant souffrir de maladies, affections chroniques ou handicaps par sexe et groupe d'âges en Région wallonne (2001). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

5.2.b Approche locale

Conforme aux tendances en matière de santé subjective, la répartition géographique des personnes âgées de 80 ans ou plus déclarant souffrir de maladies de longue durée, d'affections chroniques ou de handicaps n'est pas surprenante. Partout, on compte qu'au moins quatre personnes sur dix âgées de 80 ans ou plus déclarent souffrir de telles affections. Les communes situées dans la province du Hainaut et dans l'ouest des provinces de Namur et de Liège concentrent une part importante de personnes âgées et souffrantes. Ailleurs, spécialement dans le Brabant wallon et dans la province de Luxembourg, les personnes âgées déclarent plus souvent vivre en meilleures conditions de santé (Figure 28).

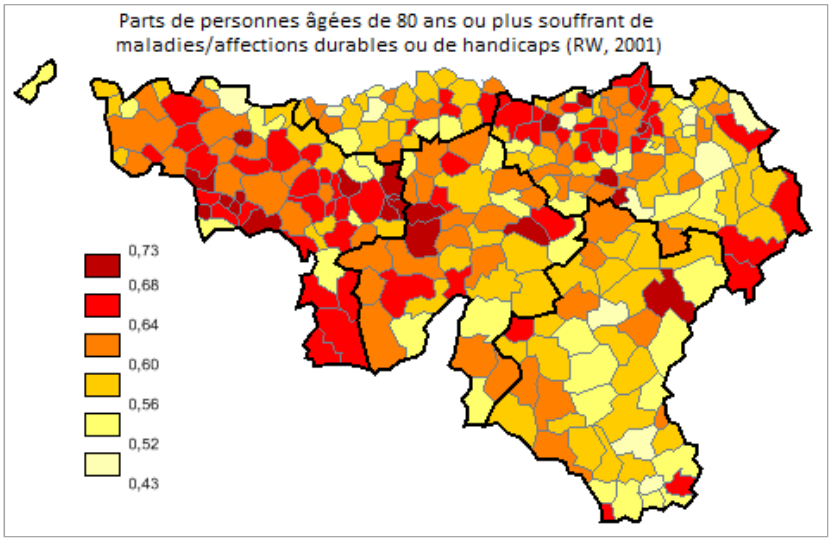


Figure 28 – Parts de personnes âgées de 80 ans ou plus souffrant de maladies ou affections chroniques ou de handicaps (RW, 2001). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

La répartition géographique des personnes âgées de 80 ans et plus souffrant de maladies de longue durée, d'affections chroniques ou de handicaps et gênées dans les activités quotidiennes est par contre plus hétérogène. La plupart du temps, quelle que soit la commune de résidence, être âgé et déclarer souffrir de maladies ou de handicaps suppose que l'on éprouve des gênes modérées ou sévères pour accomplir les activités quotidiennes. Le Brabant wallon et l'Est de la province de Liège sont néanmoins les zones qui comptent le plus de communes où les parts de répondants âgés, malades ou handicapés, sont parmi les plus faibles. Ailleurs, la très grande majorité des populations âgées et souffrantes sont modérément ou sévèrement gênées pour accomplir les activités quotidiennes. Dans les situations les plus extrêmes, cela concerne quasiment tous les répondants âgés de 80 ans ou plus. (Figure 29)

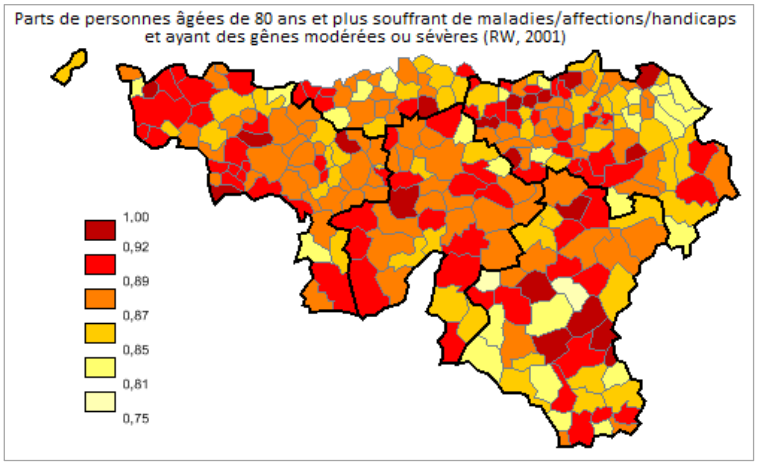


Figure 29 – Parts de personnes âgées de 80 ans ou plus, souffrant de maladies ou affections chroniques ou de handicaps et ayant des gênes modérées ou sévères pour l'accomplissement des activités quotidiennes (RW, 2001). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

La représentation des indices standardisés (selon l'âge et le sexe) des prévalences de maladie(s), d'affection(s) chroniques ou de handicap(s) démontre, elle aussi, l'inégale répartition des répondants affectés par de telles pathologies sur le territoire wallon. C'est toujours à Mons, à Charleroi, à Liège et dans les communes périphériques de ces trois zones urbaines que la part de répondants souffrant de maladies ou handicaps est supérieure à la moyenne régionale. À l'inverse, ce sont les communes brabançonnes et celles situées dans l'Est de la province de Liège ou dans le sud de la province du Luxembourg qui présentent les indices standardisés les plus faibles (Figure 30).

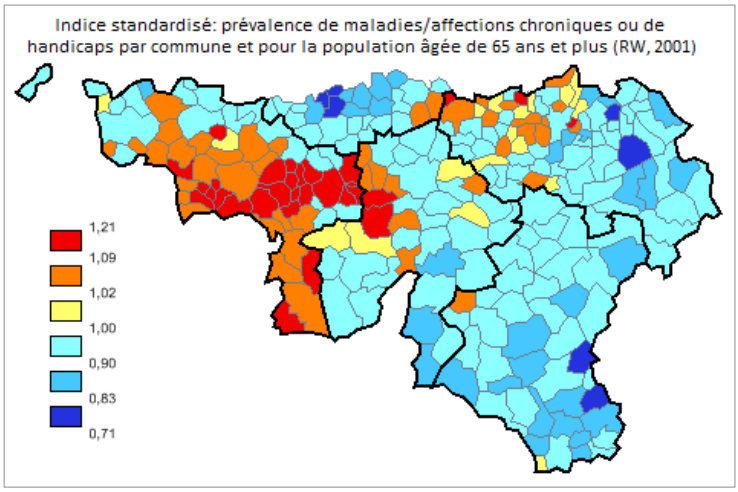


Figure 30 – Indice standardisé selon l'âge et le sexe : prévalence de maladie(s)/affection(s) chronique(s) ou de handicap(s) par commune et pour la population âgée de 65 ans ou plus (RW, 2001). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

5.2.c Approche multivariée

Globalement, les tendances locales observées en matière de présence d'affections chroniques, de maladies de longue durée ou de handicaps restent identiques, même lorsque l'on tient compte des structures par âges des populations communales. En d'autres termes, cela signifie que l'état de santé des populations dépend de l'âge, mais aussi d'autres critères illustrant la composition socio-économique des populations. Un nouveau modèle de régression logistique évaluant la probabilité qu'un répondant déclare souffrir d'affections durables ou de handicaps contribue potentiellement à en identifier les principaux déterminants.

Encadré méthodologique 7 - Hypothèses en matière d'état de santé objectif des populations

Comme il l'a été fait en matière de santé subjective, un modèle de régression logistique estimant la probabilité que les répondants déclarent souffrir de maladies chroniques, d'affections durables ou de handicaps a été élaboré. Celui-ci tient compte de l'effet conjoint du sexe des répondants, de leur âge, de leur situation de ménage, de leur appartenance sociale, de leur nationalité, du type de milieu dans lequel ils vivent, ainsi que de leurs opinions en matière d'offre de services publics. Ces variables, selon les cas, peuvent être conçues comme des causes et/ou des conséquences de la variable dépendante. Elles sont toutes prises en compte dans nos modèles puisque l'objectif vise avant tout à identifier des profils particuliers de populations utiles pour la suite de la recherche.

Puisque les femmes âgées de 65 ans ou plus déclarent être en mauvais état de santé subjectif plus souvent que les hommes, le **sexe** est supposé être un déterminant principal de la probabilité de souffrir de maladies, affections ou handicaps. Si les tendances en matière de prévalence de telles affections correspondent à celles énoncées en termes d'état de santé subjectif, les femmes déclareraient ainsi souffrir de telles affections, plus souvent que leurs homologues masculins.

Les effets escomptés de l'**âge** sont supposés être plus évidents : plus un répondant est âgé, plus il risque de déclarer souffrir de maladies durables, d'affections chroniques ou de handicaps.

L'effet lié à la **situation de ménage** des répondants est censé être plus endogène que les précédents. Si un répondant vit dans un ménage collectif, c'est, entre autres, parce qu'il requiert une prise en charge qui l'empêche de rester à domicile. Inévitablement, l'état de santé de ces répondants risque d'être différent de celui des individus vivant en ménages privés. Parallèlement, pour une part des répondants, le fait de vivre de manière isolée est conditionné notamment par l'état de santé : s'ils peuvent vivre seuls à domicile, même aux âges élevés, c'est parce qu'ils bénéficient d'une situation sanitaire encore relativement favorable.

Logiquement, l'**appartenance sociale** des répondants affecte leur état de santé objectif : vivre dans des conditions précaires (tant du point de vue de l'instruction que de l'activité professionnelle et du type de logement occupé) suppose un état de santé généralement plus médiocre. Indirectement, la **nationalité** et le **type de milieu de résidence**

illustrent, eux aussi, les conditions de vie socioéconomiques des répondants. Dans la mesure où les populations d'origine étrangère présentent généralement un profil socioéconomique particulier, elles peuvent, elles aussi, présenter des niveaux de prévalence d'affections, de maladies chroniques et de handicaps différents de ceux observés parmi les autochtones. De même, le profil socioéconomique des populations diffère selon le milieu de résidence : les zones urbaines concentrent plus souvent des populations vivant dans des conditions sociales moins favorables, lesquelles risquent alors de déclarer un état de santé objectif moins bon.

Finalement, l'**offre de soins de santé, de transports publics et de services sociaux** (appréhendée via les opinions des populations) est, selon nos hypothèses, également censée être corrélée à l'état de santé objectif des populations. La satisfaction en matière d'offre de transports publics – illustrant le degré d'isolement des répondants – lorsqu'elle est faible, affecte probablement négativement l'état de santé des populations. Par ailleurs, plus un répondant a des difficultés pour accéder à des soins, des services ou des aides, plus il risque d'être en mauvais état de santé. La relation inverse reste, pour autant, tout à fait plausible : l'état de santé objectif des populations peut, lui aussi, affecter les opinions des répondants.

Ces différentes hypothèses feront l'objet d'une vérification empirique sur base de modèles de régression logistique.

Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de déclarer souffrir, ou non, de maladies de longue durée, d'affections chroniques ou de handicaps varie selon le sexe, l'âge, la situation de ménage et les conditions sociales des répondants âgés de 65 ans ou plus. La relation positive observée entre l'âge du répondant et la présence de maladies de longue durée, d'affections chroniques ou de handicaps est confirmée par les résultats des analyses multivariées. Par contre, le groupe des femmes présente désormais un rapport de cote significativement inférieur à celui observé pour les hommes[25] (OR_{Femmes} = 0.966 [0.951 – 0.981]). Vivre en ménage collectif implique également que l'on souffre plus probablement de maladies, d'affections chroniques ou de handicaps ($OR_{Collectifs}$ = 1.843 [1.512 – 2.247]). Les répondants âgés qui vivent de manière isolée sont par contre ceux qui présentent les rapports de cote les plus faibles ($OR_{Isolés}$ = 0.947 [0.932 – 0.963]). Aussi, l'appartenance à un groupe social défavorisé implique plus probablement de souffrir de

[25] Si nous notions que l'effet du sexe sur la probabilité de se déclarer en mauvais état de santé subjectif variait selon l'échantillon de population retenu (cf. note infrapaginale 17), ce constat n'est toutefois pas applicable pour l'effet du sexe sur la probabilité de déclarer souffrir de maladies chroniques, d'affections durables ou de handicaps. Il s'avère effectivement que les femmes conservent une probabilité plus faible que les hommes de déclarer souffrir de telles maladies, peu importe que l'échantillon comprenne des populations âgées de 25 ans et plus ou de 65 ans et plus (cf. 10.7). Si donc les femmes déclarent plus probablement être en mauvais état de santé mais moins souvent souffrir de maladies, d'affections chroniques ou de handicaps, cela peut signifier que l'état de santé subjectif varie selon le sexe parce qu'hommes et femmes ont un rapport au corps différent.

telles maladies[26]. L'effet lié à la nationalité n'est, lui non plus, pas surprenant : une personne âgée et de nationalité européenne (non belge) a une probabilité supérieure[27] à celle d'un Belge de souffrir de maladies, d'affections chroniques ou de handicaps. (Tableau 5).

Comme il l'a été mis en évidence en matière de santé subjective, l'effet lié au type de lieu de résidence reste, lui aussi, très significatif, même lorsque l'on contrôle par l'appartenance des individus à un groupe social déterminé. Dans les communes centrales et non centrales d'agglomérations, plus que partout ailleurs, il est plus probable que l'on déclare être affecté de maladies chroniques, d'affections durables ou de handicaps. Les populations résidant par contre dans des communes périurbaines ou rurales sont celles qui ont des odds ratios significativement plus faibles (Tableau 5). En d'autres termes, cela signifie qu'à groupe social équivalent, les différences observées entre milieux de résidence en matière de santé persistent. Au-delà de l'appartenance des populations comme facteurs explicatifs des divergences observées entre milieux de résidence, nous posons également l'hypothèse que chaque milieu de résidence n'appelle pas les mêmes « compétences ». De manière très caricaturée, vivre en appartement dans un centre urbain ou vivre dans une maison unifamiliale isolée et située en région rurale n'attire pas les mêmes profils de populations, notamment du point de vue de leur état de santé. La sélection des profils de population, opérée sur base du milieu de résidence, pourrait donc expliquer au moins partiellement les raisons d'odds ratios significativement différents selon les types de lieu de résidence.

[26] La prise en compte de l'effet de chacune des dimensions constituant l'indice de conditions sociales ne modifie pas l'interprétation de l'effet lié à l'indicateur synthétique. Les groupes de population ayant un faible niveau d'instruction conservent une forte probabilité de déclarer souffrir de maladies, affections ou handicaps. Par ailleurs, les répondants qui exercent/ont exercé en tant qu'ouvrier ou qui déclarent n'avoir aucun statut ont la plus forte probabilité de se déclarer en mauvais état de santé. Être propriétaire/copropriétaire/usufruitier de son logement ou vivre dans un logement de type « maison unifamiliale » suppose également que l'on ait une plus faible probabilité de déclarer souffrir de telles maladies (cf. 10.4).

[27] Le modèle de régression logistique, lorsqu'il est appliqué à l'ensemble des individus âgés de 25 ans ou plus, montre par contre que l'effet lié à la nationalité est inverse : toute personne d'origine étrangère (européenne ou non) a une probabilité inférieure à celle d'un Belge de déclarer souffrir de maladies durables ou de handicaps (cf. 10.7). Cela signifie que le profil socioéconomique et sanitaire des populations étrangères varie selon l'âge. Au sein de la population totale, la population étrangère est sélectionnée et privilégiée : les personnes qui parviennent à migrer sont ceux qui, au préalable, disposent d'une situation – financière et sanitaire – satisfaisante, leur permettant de mener à bien leur projet (DEBOOSERE ET GADEYNE, 2006B). Elles ont donc une probabilité plus élevée d'être en meilleure santé que celle observée pour la population autochtone. Aux âges plus élevés, il s'avère par contre que les populations étrangères ne bénéficient pas de conditions favorables affectant positivement leur santé.

Les effets liés aux opinions des populations en ce qui concerne l'offre de services publics mis en place aux bénéfices des populations sont par contre plus incertains. Les groupes de population les plus satisfaits de l'offre de services de santé sont ceux qui, toutes choses égales par ailleurs, ont la plus forte probabilité de déclarer souffrir de maladies chroniques, d'affections durables ou de handicaps (Tableau 5). Par contre, ce sont les groupes les plus insatisfaits en matière d'offre de transports publics et de services sociaux qui ont les probabilités les plus élevées de souffrir de telles maladies (Tableau 5). Les effets observés pour l'offre de transports publics et de services sociaux sont sans doute les moins surprenants. Ils peuvent notamment traduire l'inadaptation de l'offre de transports et de services aux personnes qui ont des difficultés à se mouvoir.

Une nouvelle fois, nous remarquons la très faible valeur de la statistique « R^2 de Nagelkerke » associée au modèle statistique estimant la probabilité qu'un individu déclare souffrir de maladie(s) durables, d'affections chroniques ou de handicaps. Une fois de plus donc, les variables disponibles dans l'ESE (2001) et insérées dans le modèle n'expliquent que très partiellement les variations de la variable dépendante. Les facteurs les plus déterminants relèvent sans doute d'autres registres que ceux représentés par les informations mobilisées.

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs (N)	OR nets[28]	IC (95%)
Sexe	***563 220***		
Homme (réf.)	*222 637*	*1*	*–*
Femme	*340 583*	*0.966****	*0.951 – 0.981*
Classe d'âges	***563 220***		
65-74 (réf.)	*307 192*	*1*	*–*
75-84	*200 329*	*1.422****	*1.400 – 1.445*
85+	*55 699*	*1.699****	*1.651 – 1.748*
Situation de ménage	***563 220***		
Ménages isolés	*170 359*	*0.947****	*0.932 – 0.963*
Ménages collectifs	*30 847*	*1.843****	*1.512 – 2.247*
Ménages non isolés (réf.)	*362 014*	*1*	*–*
Conditions sociales	***392 328***		
Groupe défavorisé	*189 534*	*1.749****	*1.705 – 1.794*
Groupe intermédiaire bas	*161 637*	*1.425****	*1.389 – 1.462*
Groupe intermédiaire haut	*2 711*	*0.822****	*0.749 – 0.903*
Groupe favorisé (réf.)	*38 446*	*1*	*–*
Nationalité	***561 686***		
Belge (réf.)	*513 720*	*1*	*–*
Non Belge du continent européen	*45 130*	*1.050****	*1.022 – 1.079*
Non Belge, hors continent européen	*2836*	*1.049^{ns}*	*0.937 – 1.175*
Type milieu de résidence	***563 220***		
Commune centrale d'agglomération (réf.)	*139 023*	*1*	*–*
Commune non centrale d'agglomération	*106 601*	*1.036***	*1.013 – 1.059*
Périurbain ancien (Banlieue)	*61 634*	*0.837****	*0.815 – 0.859*
Périurbain récent	*55 327*	*0.903****	*0.878 – 0.928*
Petite ville	*123 706*	*0.876****	*0.857 – 0.896*
Commune rurale	*76 929*	*0.859****	*0.838 – 0.881*
Satisfaction services de santé	***472 779***		
Mal équipé	*46 763*	*0.886****	*0.859 – 0.913*
Normalement équipé	*267 950*	*0.919****	*0.902 – 0.937*
Très bien équipé (réf.)	*158 066*	*1*	*–*
Satisfaction transports publics	***458 517***		
Mal équipé	*131 189*	*1.231****	*1.202 – 1.261*
Normalement équipé	*225 374*	*1.071****	*1.049 – 1.094*
Très bien équipé (réf.)	*101 954*	*1*	*–*
Satisfaction services sociaux	***401 634***		
Mal équipé	*56 147*	*1.116****	*1.082 – 1.150*
Normalement équipé	*262 663*	*1.004^{ns}*	*0.983 – 1.026*
Très bien équipé (réf.)	*82 824*	*1*	*–*
Constante		0.626	
R^2 de Nagelkerke		0.028	

Tableau 5 – Régression logistique estimant la probabilité qu'un individu déclare souffrir ou non de maladie(s) de longue durée, d'affection(s) de longue durée ou de handicap(s) (limité aux personnes ayant au moins 65 ans). Légende : *** : $p \leq 0.001$; ** : $p \leq 0.01$; * : $p \leq 0.05$; ^{ns} : non significatif.
Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

6. Aides informelles

Si les personnes âgées qui requièrent des soins ou de l'aide pour exécuter certaines activités ont la possibilité de recourir à des professionnels ou à des proches, l'aidant informel (c'est-à-dire non professionnel, appartenant à l'entourage proche de la personne âgée) est considéré partout comme primordial en matière de prise en charge de la vieillesse et de la dépendance. Non seulement il contribue à repousser l'échéance de

[28] Les effets bruts, c'est-à-dire l'effet que présente chacune des variables indépendantes prises séparément sur la variable dépendante figurent en annexe (10.8).

l'institutionnalisation et à maintenir les personnes âgées à domicile, une priorité affichée par la plupart des systèmes politiques de l'Union européenne. Mais il joue également un rôle clé puisqu'il apporte avant tout une aide et une assistance régulière dans les activités quotidiennes, plus qu'un suivi exclusivement thérapeutique comme le font les professionnels de santé.

L'intervention de l'entourage proche (famille, amis, connaissances) auprès de personnes âgées dépend généralement de trois facteurs : « *la demande de soins, la disponibilité et la volonté pour assumer le rôle d'aidant, la disponibilité d'alternatives dans le système de santé.* » (DEBOOSERE *ET AL.*, 2006A : 89). Il apparaît toutefois que depuis les années 1980, les évolutions sociodémographiques et budgétaires ont affecté la demande et l'offre de soins informels. D'une part, le vieillissement démographique est associé à une croissance de la demande de services et de soins : avec l'âge, le risque de souffrir de limitations fonctionnelles ou de maladies/affections chroniques croît (GAYMU *ET AL.*, 2007 ; BOWLING, GRUNDY, 1997 ; DEBOOSERE *ET AL.*, 2006A). D'autre part, l'accroissement de la participation des femmes au marché de l'emploi, la fragilisation des unités familiales (décompositions et recompositions fréquentes) et la réduction de la natalité réduisent l'offre d'aides informelles (DE KOKER, 2009 ; DEBOOSERE *ET AL.*, 2006A). Pourtant, la réduction des budgets publics destinés aux soins et à la santé accroît le poids des responsabilités reposant sur l'entourage proche des personnes âgées (DE KOKER, 2009 ; DAATLAND, 1996 *IN* DEBOOSERE *ET AL.*, 2006A).

Encadré méthodologique 8 - Informations relatives à l'aide informelle fournie par les répondants

L'Enquête Socio-économique générale de 2001 figure parmi les sources d'informations belges qui permettent de déterminer l'ampleur de l'intervention de l'entourage proche en matière de prise en charge de personnes âgées. Dans ce cadre, sont identifiés comme aidants informels réguliers, les répondants qui déclarent apporter de l'aide ou des soins en dehors de leur profession, au moins une fois par semaine, à une ou plusieurs personnes souffrant de maladie(s), d'affection(s) ou de handicap(s).

Q4A : « Apportez-vous au moins une fois par semaine, en dehors de votre profession, une aide ou des soins à une ou plusieurs personnes ayant une maladie, affection ou handicap durable ? »

Une question supplémentaire permet d'identifier le/les bénéficiaire(s) des aides informelles fournies par le répondant.

Q4B : « Si oui [à la question Q4A], cette ou ces personnes sont : (1) des membre(s) de votre ménage ; (2) des membre(s) de la famille n'appartenant pas à votre ménage ; (3) des voisin(s) ; (4) des ami(s), connaissance(s), etc. ; (5) a répondu oui à la question Q4A, mais n'a pas rempli la question Q4B.

Par ailleurs, une troisième question permet aux répondants de déclarer le temps consacré à ces activités d'aide informelle.

Q4C : « Si oui [à la question Q4A], combien de temps consacrez-vous à ces aides ou à ces soins ? (1) Au moins une fois par semaine ; (2) tous les jours, moins de 30 minutes ; (3) tous les jours, de 30 minutes à 2 heures ; (4) tous les jours de 2 heures à moins de 4 heures ; (5) tous les jours 4 heures ou plus.

Via ces questions, différents groupes d'individus peuvent être constitués.

Il est notamment possible de distinguer les individus sur base de leur simple statut d'aidant informel : (1) ceux qui ne fournissent aucune aide ; (2) ceux qui sont aidants informels ; (3) ceux pour lesquels on ne dispose d'aucune information. Dans le cadre de nos analyses, la distinction entre les deux premiers groupes est conservée. Par contre, les répondants qui ne donnent aucune information quant à leur statut d'aidant informel et qui n'identifient, par la suite, aucun bénéficiaire de leurs aides, sont considérés comme « données manquantes ». De même, les individus pour lesquels on ne dispose d'aucune information pour la question Q4A et auxquels la modalité « a répondu oui à la question Q4A mais n'a pas rempli la question Q4B » est attribuée sont également considérés comme « données manquantes ».

Par ailleurs, il est possible d'identifier les individus qui sont **aidants intensifs**, c'est-à-dire qui déclarent fournir de l'aide ou des soins quotidiennement, durant au moins deux heures. Ce critère est identique à celui retenu par DEBOOSERE *ET AL.* (2006A), lui-même inspiré du seuil de « 20 heures par semaine » correspondant à une charge de soins « lourde » selon BROUWER *ET AL.* (2004) et BURTON *ET AL.* (2003) (*in* DEBOOSERE *ET AL.*, 2006A).

6.1 Approche supra-locale : la Wallonie

En Région wallonne, 11.4% des répondants âgés de 25 ans ou plus se déclaraient aidants informels réguliers en 2001, dont 58.1% étaient des femmes. Tous sexes confondus, les aidants informels sont surreprésentés parmi les répondants âgés entre 50 et 59 ans, âge auquel on a des parents qui requièrent plus probablement de l'aide. Si ces quelques chiffres démontrent que les femmes sont principales pourvoyeuses d'aides, la surféminisation des aidants n'est toutefois pas applicable à chaque âge. Aux âges inférieurs à 70-74 ans, et spécialement entre 45 et 64 ans, les femmes sont effectivement surreprésentées parmi les aidants. Au-delà de 70-74 ans, les tendances s'inversent toutefois.

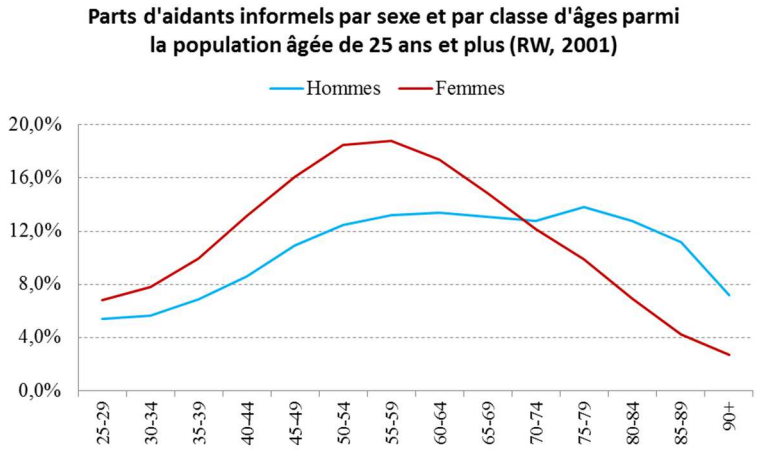


Figure 31 - Parts d'aidants informels par sexe et par classe d'âges parmi les répondants âgés de 25 ans ou plus (Région wallonne, 2001). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

Selon DEBOOSERE *ET AL.* (2006A), ce renversement des tendances avec l'âge est lié au différentiel de mortalité entre hommes et femmes : « *En raison de leur plus faible taux de mortalité, un nombre élevé de femmes âgées ne doivent plus prester des soins car elles ont perdu leur conjoint ainsi que leurs parents.* » (DEBOOSERE *ET AL.*, 2006A : 94). Les hommes qui survivent au-delà de 74 ans prestent par contre plus probablement des aides aux bénéfices de leur conjoint (DEBOOSERE *ET AL.*, 2006A).

L'implication des hommes et des femmes dans les activités d'aides informelles dépend essentiellement du bénéficiaire des aides. Les femmes, spécialement celles âgées entre 40 et 64 ans, sont impliquées dans des activités d'aides informelles auprès

d'individus vivant dans d'autres ménages (Figure 32). Les hommes sont par contre surreprésentés parmi les aidants informels âgés de 70 ans ou plus qui interviennent pour des individus appartenant à leur propre ménage (Figure 32). En admettant que la plupart des aides prestées hors-ménage soient accomplies par des enfants aux bénéfices de leurs parents (telle est l'hypothèse de DEBOOSERE *ET AL.*, 2006A), cela traduit une plus grande participation des femmes en matière d'aides aux parents âgés. Si l'on tient uniquement compte de l'aide intensive, c'est-à-dire celle adressée quotidiennement, durant au moins deux heures, on note une diminution de la part d'aidants (1.9% tous âges et tous sexes confondus dont 59.9% sont des femmes). En-deçà de 70-74 ans, et spécialement entre 45 et 64 ans, les femmes sont surreprésentées parmi les aidants intensifs alors que l'inverse est observé aux âges plus élevés (Figure 32).

Notons enfin que les aidants intensifs aident plus fréquemment un membre appartenant à leur propre ménage. Sur base de simples analyses bivariées, nous observons effectivement que parmi les personnes qui déclarent aider au moins une personne n'appartenant pas à leur ménage, 7.2% d'entre elles sont également aidants intensifs[29]. Parmi les personnes qui déclarent par contre aider un membre de leur ménage, 35.2% d'entre elles sont également considérées comme aidant intensifs[30].

[29] Les personnes reconnues comme « aidants informels pour une personne n'appartenant pas à leur ménage » et, parallèlement « aidants intensifs », n'aident pas forcément une personne extérieure à leur ménage de manière intensive. L'aide intensive qu'elles déclarent fournir peut, dans certains cas, être fournie à un membre de leur ménage sans qu'il soit possible d'en faire la distinction sur base des données de l'ESE (2001).

[30] La remarque de la note infrapaginale 29 vaut également dans ce cas, une personne déclarant avoir aidé un membre de son ménage et avoir fourni de l'aide de manière intensive n'a pas, pour autant, fourni une aide intensive à un membre de son ménage.

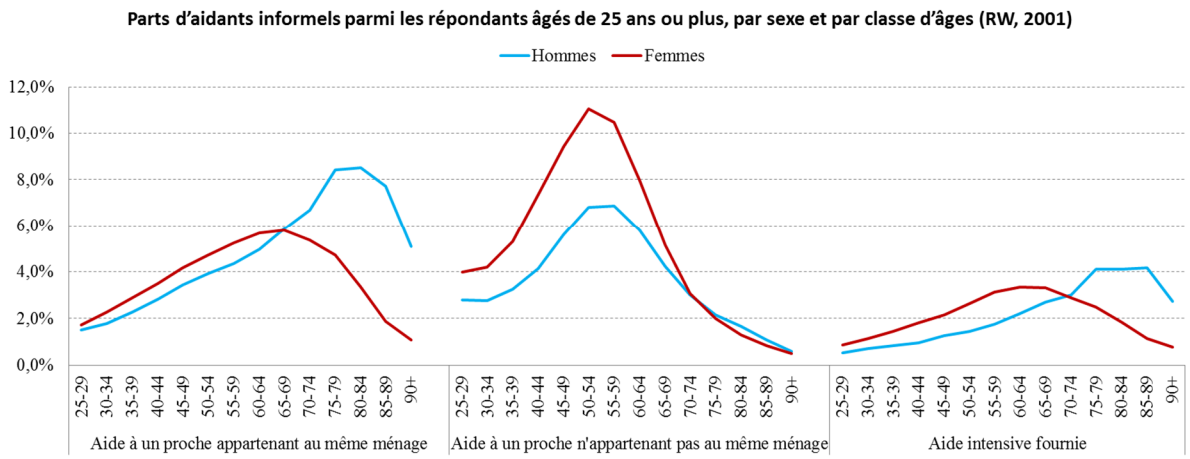


Figure 32 – Parts d'aidants informels[31] parmi les répondants âgés de 25 ans ou plus, par sexe et par classe d'âges (Région wallonne, 2001). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

6.2 Approche locale

Au niveau local, la diversité est présente en matière de fourniture d'aides informelles. Les communes de l'Est des provinces de Liège et du Luxembourg ainsi que celles situées en Brabant wallon figurent parmi celles qui comptent proportionnellement moins d'individus déclarant avoir fourni de l'aide ou des soins à une ou plusieurs personnes souffrant de maladies, affections ou handicaps durables, au moins une fois par semaine et en dehors de leur profession. Inversement, les communes situées en région de Tournai, dans l'Entre-Sambre-et-Meuse et en Ardennes comptent proportionnellement plus de répondants considérés comme aidants informels réguliers (Figure 33). La question reste de savoir si l'aide informelle, plus fréquemment pratiquée dans les zones les plus vieillies, vient combler un déficit de l'offre d'aides formelles ou si elle répond à une pratique plus globalement répandue dans ces régions.

[31] Les effectifs bruts sont représentés en annexe (cf. 10.9).

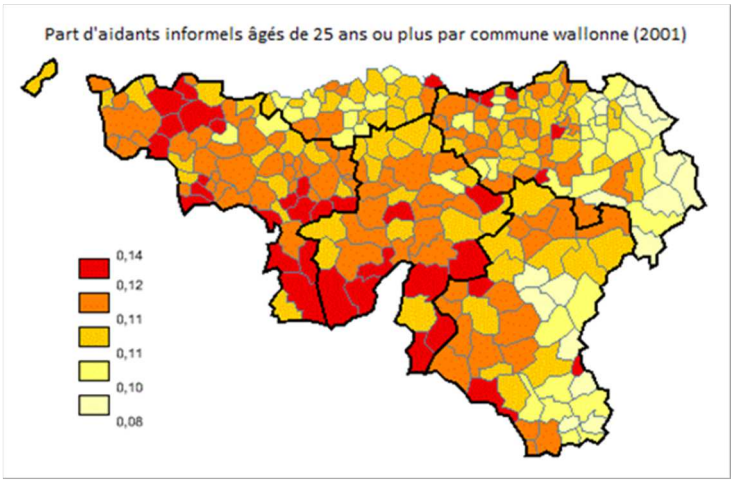


Figure 33 – Part d'aidants informels âgés de 25 ans ou plus, par commune wallonne (2001). Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

6.3 Approche explicative

Une régression logistique permet à nouveau d'identifier les caractéristiques principales des populations qui déclarent aider une personne de leur entourage proche, en dehors de leur profession.

Encadré méthodologique 9 - Hypothèses en matière de fourniture d'aides informelles par les répondants

Dans nos analyses, le sexe du répondant, son âge, son niveau d'instruction, son statut professionnel, sa nationalité, le type de ménage et de milieu dans lequel il vit, ainsi que son état de santé subjectif sont pris en considération pour estimer la probabilité qu'il se déclare – ou non – aidant informel. Ces variables, selon les cas, peuvent être conçues comme des causes et/ou des conséquences de la variable dépendante. Elles sont toutes prises en compte dans nos modèles puisque l'objectif vise avant tout à identifier des profils particuliers de populations utiles pour la suite de la recherche.

En matière de **genre**, les femmes sont supposées être principales pourvoyeuses d'aides. Cette répartition des responsabilités entre hommes et femmes est le fruit d'une socialisation particulière, durant laquelle les filles et les femmes sont spécialisées dans les activités de *care* et de prise en charge d'autrui. Par ailleurs, puisque le taux d'emploi des femmes est généralement moins élevé que celui des hommes, il y a une répartition des tâches d'aides entre hommes et femmes, modulée selon les ressources dont les individus disposent en termes de flexibilité, de temps libre et d'énergie (SPITZE *ET AL.*, 1990 ; GERSTEL *ET AL.*, 2001).

L'**âge** est, encore une fois, un facteur déterminant en matière d'aides fournies puisque plus on est âgé, plus on a de chances d'avoir un membre de son réseau social qui requiert de l'aide pour accomplir les activités quotidiennes. La génération *sandwich* (45-64 ans) est sans doute celle qui aide le plus souvent un parent âgé. Au-delà de 65 ans, un répondant risque également plus souvent d'être impliqué dans des activités d'aides à l'égard de son conjoint. À ce titre, notre modèle statistique tiendra également compte du **type de ménage** dans lequel vivent les répondants. La présence d'autres personnes dans le ménage des répondants les expose à de plus fortes probabilités d'être aidant informel ou, en tout cas, aidant informel pour un membre appartenant au même ménage.

Le **niveau d'instruction** et l'**activité professionnelle** sont des facteurs qui illustrent la disponibilité du répondant et le coût d'opportunité que représente, pour lui, l'intervention en matière de prise en charge d'un membre âgé et/ou dépendant. Plus le répondant est instruit, plus il risque de devoir supporter un coût d'opportunité élevé s'il aide un membre de son entourage proche au détriment de son emploi par exemple. Nous supposons aussi qu'un répondant professionnellement inactif supporte un coût d'opportunité moindre et est potentiellement plus disponible pour aider une personne.

Parallèlement, nous émettons une hypothèse quant à l'effet de l'**état de santé subjectif** : nous supposons qu'au-delà de la disponibilité des répondants, leur capacité intervient dans le choix/la possibilité d'aider – ou non – un membre de leur entourage. La relation inverse est également plausible : un mauvais état de santé subjectif peut être la conséquence directe de l'aide informelle fournie par le répondant. De nombreuses études récentes discutent effectivement des affections physiques et psychiques résultant des activités d'aides informelles sur l'aidant lui-même (Dutheil, 2001).

Les variables relatives à la **nationalité** et au **type de lieu** dans lesquels vivent les répondants interviennent par contre plutôt en qualité de variables de contrôle. Notamment parce les populations étrangères et celles qui vivent dans des lieux de résidence particuliers présentent des profils spécifiques (par exemple du point de vue sanitaire ou socioéconomique), il importe d'en tenir compte dans les analyses multivariées.

Toutes choses égales par ailleurs, les femmes jouent un rôle capital en matière d'aides informelles, spécialement lorsque l'aide est fournie à un membre n'appartenant pas à leur ménage ou de manière intensive (Tableau 6). Les hommes ont par contre un odds ratio plus élevé que celui des femmes lorsqu'il est question d'aide informelle fournie à un membre appartenant à leur ménage (Tableau 6). Si l'on s'appuie sur l'hypothèse de DEBOOSERE *ET AL.* (2006A), les résultats d'analyses multivariées confirment la plus grande participation des femmes en matière d'aides aux parents âgés, tandis que les hommes participent plus probablement à la prise en charge de leur conjoint.

Cette répartition genrée des responsabilités établie en ce qui concerne les aides informelles n'est pas neuve. Dans la littérature, les femmes sont généralement reconnues comme principales pourvoyeuses d'aides pour leurs parents (SPITZE *ET AL.*, 1990 ; GERSTEL *ET AL.*, 2001 ; BRACKE *ET AL.*, 2008 ; FONTAINE, 2009 ; BONNET *ET AL.*, 2011). Comparativement aux fils et aux beaux-fils, les filles et belles-filles semblent plus fréquemment avoir aidé régulièrement un parent âgé (GERSTEL *ET AL.*, 2001 ; BRACKE *ET AL.*, 2008 ; GAYMU, 2012).

La participation plus importante des femmes résulterait de **socialisations particulières** selon les sexes. « *Women are socialized not only to take more care responsibilities but also to expect less involvement from male family members in care work.* » (BRACKE ET AL., 2008 : 1351 – 1352). Selon CHODOROW (1978) et GILLIGAN (1982) (*in* GERSTEL ET AL., 2001: 198), « *because of their early experiences, connection and nurturance characterize women's relationships, while separation and even distance characterize men's. Women (…) learn (…) to feel responsible for nurturing and as they grow older assume their identity by providing care; in contrast, men learn to separate themselves and assume their identity through competition and detachment.* ».

Hormis la théorie de la socialisation, certains auteurs ont utilisé l'idée des **responsabilités concurrentes** pour justifier la plus forte implication des femmes dans les activités d'aides. SPITZE *ET AL.*, (1990) estiment effectivement que les responsabilités familiales sont difficilement compatibles avec un emploi, ce dernier limitant la capacité des individus à aider leurs parents. Or, puisque le taux d'emploi des femmes est souvent moins élevé que celui des hommes, cela suppose une attribution des responsabilités aux individus qui disposent de plus de ressources en termes de flexibilité au travail, de temps

libre et d'énergie (SPITZE *ET AL.*, 1990 ; GERSTEL *ET AL.*, 2001). Ce critère des responsabilités concurrentes n'a cependant pas fait l'objet d'un consensus scientifique, notamment parce qu'il s'avère que les femmes, même employées, consacrent plus de temps à aider leurs parents, au détriment de leur temps libre (SPITZE *ET AL.*, 1990).

La **nature des liens relationnels** qu'entretiennent les fils et les filles avec leurs parents pourrait également servir à justifier la répartition genrée des responsabilités d'aides. Des études plus anciennes ont montré que les filles développent des liens relationnels beaucoup plus forts avec leurs parents (HOROWITH, 1985 et JOHNSON, BURSK, 1977 *in* SPITZE ET AL., 1990). Dans la mesure où les aides fournies aux parents âgés reposent sur des relations affectives fortes, cela pourrait aussi justifier l'implication plus importante des femmes dans les réseaux d'aides informelles.

La répartition des tâches entre hommes et femmes au sein des ménages (soit au sein des couples essentiellement) ne fait pas l'objet d'un consensus, y compris dans la littérature scientifique. Nos résultats démontrent que les hommes seraient davantage reconnus aidants informels lorsque l'aide est fournie au sein du ménage. Certaines études ont, quant à elles, démontré une implication équitable des hommes et des femmes dans la prise en charge du conjoint (DEBOOSERE *ET AL.*, 2006A ; MASUY, 2010). D'autres études aboutissent même à la conclusion inverse : y compris au sein des couples, les femmes restent principales pourvoyeuses d'aides (BONNET *ET AL.*, 2011). Notons simplement que l'implication des femmes et des hommes au sein des couples (ou des ménages) souffre d'une possible sous-déclaration chez les femmes, celles-ci considérant plus probablement ces activités comme « normales » et faisant partie de la traditionnelle division des tâches (MASUY, 2011).

L'âge semble être un déterminant majeur en matière d'implication dans les activités d'aides informelles. Sans distinguer le(s) bénéficiaire(s) des aides, la relation prend généralement une forme en « U » inversé, positive en deçà de 55-64 ans et négative aux âges plus élevés (Figure 34 ;Tableau 6). L'allure varie toutefois selon le(s) bénéficiaire(s). Cette même relation en forme de « U » inversé est observée pour les répondants déclarant aider une personne n'appartenant pas à leur ménage ou aider de manière intensive (avec la probabilité maximale observée respectivement pour les

groupes « 45 – 54 ans » et « 55 – 64 ans ») (Figure 34 ;Tableau 6). La relation est par contre strictement positive pour les aidants informels intervenant pour un membre de leur ménage : plus un individu est âgé, plus il a de chances de se considérer comme tel (Figure 34 ; Tableau 6).

Ces variations observées selon l'âge des personnes confirment l'hypothèse de DEBOOSERE *ET AL.* (2006A) et traduisent la présence de potentiels bénéficiaires. Les personnes âgées entre 45 et 64 (appartenant à la *génération sandwich*) s'occupent plus probablement d'un membre n'appartenant pas à leur ménage, soit d'un parent âgé. Au-delà de 65 ans, il est plus rare d'avoir un parent encore en vie. Par contre, plus un répondant est âgé (65 ans et plus), plus il est probable qu'il ait un conjoint qui requiert des aides, expliquant ainsi la relation positive entre l'âge et l'aide donnée à un membre appartenant au même ménage.

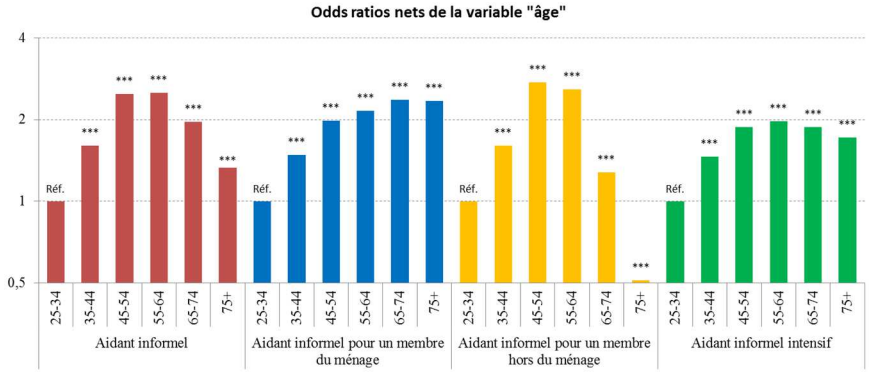


Figure 34 – Effets de la variable « âge » sur la probabilité qu'un répondant se déclare (1) aidant informel, (2) aidant informel pour un membre de son ménage, (3) aidant informel pour une personne qui n'appartient pas à son ménage et (4) aidant informel intensif. Réf. = groupe de référence ; *** : p < 0.001. Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

Illustrant la disponibilité potentielle des aidants et le coût d'opportunité que représente la fourniture d'aide, l'activité professionnelle est, elle aussi, corrélée à l'implication dans les activités d'aides. De manière générale, peu importe le bénéficiaire des aides, un répondant qui est considéré comme non occupé professionnellement (y compris retraité) a une plus forte probabilité d'être également considéré comme aidant informel régulier ($OR_{\text{non occupés}}$ = 1.284 [1.268 – 1.300]). L'effet est d'autant plus marqué pour ceux qui aident (ou non) de manière intensive ($OR_{\text{non occupés}}$ = 2.487 [2.409 – 2.567]).

Si la relation « fourniture d'aide - activité professionnelle » reste incertaine[32] dans la littérature, nos résultats confortent l'idée de *substitution* énoncée par FONTAINE (2009). Selon cet auteur, il y a un nécessaire arbitrage à opérer entre temps de travail et temps d'aides, impliquant généralement une moindre participation des aidants au marché du travail.

Même si l'activité professionnelle est souvent corrélée à l'instruction, l'effet lié à l'instruction est bien moins univoque. Il n'y a que pour les aides apportées à un membre du ménage ou de manière intensive que la relation avec le niveau d'instruction est positive. N'avoir aucun diplôme ou avoir suivi l'enseignement primaire uniquement suppose par contre plus probablement qu'un individu ne soit pas considéré comme aidant informel ou comme aidant informel pour un membre n'appartenant pas à son ménage.

Généralement, les répondants d'origine étrangère[33] (Européens ou non) ont des probabilités bien plus faibles de se considérer comme aidants informels réguliers, peu importe le(s) bénéficiaire(s) des aides. Ce constat peut relever de différentes explications. Parmi les plus plausibles, nous pouvons supposer que les personnes d'origine étrangère présentes sur le territoire belge ont, dans leurs réseaux sociaux, moins d'individus qui requièrent une prise en charge. Les motivations d'ordre économique (emploi, formation, etc.) sont plus souvent invoquées pour justifier la migration. Dans ces cas, et même si les étrangers peuvent avoir migré en étant accompagnés de leur famille ou s'ils peuvent avoir procédé au regroupement familial, ils sont moins probablement accompagnés de personnes qui requièrent une prise en charge (i.e. personnes âgées telles que parents, etc.). Par ailleurs, ce constat soulève également la question des pratiques et de leurs

[32] Par exemple, trois effets de la fourniture d'aides sur l'offre d'emploi des aidants sont envisagés dans la littérature économique (FONTAINE, 2009). La fourniture d'aides produirait notamment un effet négatif sur l'offre de travail chez les aidants, les deux tâches étant difficilement compatibles entre elles (effet de substitution) (Fontaine, 2009). Toutefois, la substitution des aides au travail ne serait pas systématique, « *les individus ayant aussi la possibilité de renoncer à du loisir pour venir à un proche dépendant.* » (FONTAINE, 2009 : 46). Le Bihan et Martin (2006 *IN* FONTAINE, 2009) et Soullier (2012) ont par exemple montré que c'est davantage la vie familiale et personnelle, plus que l'activité professionnelle, qui pâtit des effets des aides. L'« *effet revenu* » et l'« *effet répit* » supposent par contre que les aidants sont plus enclins à offrir du travail. Engendrant des coûts élevés, la prise en charge d'un proche peut susciter une augmentation de l'offre de travail des aidants pour bénéficier de ressources supplémentaires (effet revenu) (FONTAINE, 2009). Par ailleurs, souvent contraignante, la prise en charge d'un parent peut également pousser les individus à s'impliquer dans une activité professionnelle pour se libérer momentanément de leurs responsabilités d'aidants (effet de répit) (FONTAINE, 2009).

[33] La répartition des populations âgées de 25 ans ou plus par nationalité figure en annexe (Cf. 10.10).

perceptions : l'aide informelle telle qu'elle est pratiquée par les autochtones l'est-elle autant par des personnes d'origine étrangère ? Est-elle considérée par les personnes d'origine étrangère de la même manière qu'elle l'est par les autochtones[34] ?

Le type de ménage dans lequel les répondants vivent semble, lui aussi, corrélé aux aides qu'ils ont éventuellement pu fournir à un membre de leur entourage dans un cadre non professionnel. Assez logiquement, une personne vivant dans un ménage collectif présente une très faible probabilité de se considérer comme aidant informel. Ces personnes vivent dans des conditions qui les déchargent de leurs responsabilités en matière d'aides, le personnel de soins étant disponible pour ces tâches. Par ailleurs, ils souffrent plus probablement de conditions sanitaires moins favorables limitant leur capacité à aider des personnes de leur entourage. Par contre, les répondants vivant dans des ménages de type « autre » présentent de très fortes probabilités d'être reconnus aidants informels, spécialement lorsque l'aide est fournie à un membre appartenant à leur ménage ($OR_{\text{« autre »}}$ = 1.932 [1.883 – 1.981]). Cela suppose qu'un ménage de type « autre » peut être constitué comme tel parce qu'un des membres requiert de l'aide. Il serait toutefois intéressant d'identifier la structure réelle de ces ménages et observer dans quelle mesure ils permettent de pallier à un besoin de la part d'un de leurs membres[35]. De même, les répondants vivant dans des ménages monoparentaux présentent, la plupart du temps, un odds ratio significativement supérieur à celui observé pour le groupe de référence (couples avec enfants), spécialement en matière d'aides intensives ($OR_{\text{Monopar.}}$ = 1.516 [1.459 – 1.577]) ou d'aides fournies au sein du ménage ($OR_{\text{Monopar.}}$ = 1.478 [1.439 – 1.518]). Même si la majeure partie des répondants âgés ne vivent pas dans des ménages monoparentaux (Figure 15), lorsque c'est le cas, cela traduit probablement une (re)cohabitation intergénérationnelle de type parents âgés – enfants adultes. Le recours

[34] Si certains auteurs affirment que les différences observées entre sexes peuvent s'expliquer par des conceptions différentes de l'aide intergénérationnelle chez les hommes et les femmes (MASUY, 2011), nous pouvons également supposer que les différences observées entre nationalités ou origines relèvent du même registre d'explication : la plus faible probabilité d'être aidant informel observée pour les personnes d'origine étrangère pourrait s'expliquer par le fait que ces dernières considèrent l'aide informelle comme « normale » et imputable aux responsabilités de l'entourage proche des personnes requérant des aides ou des soins.

[35] Via les données mobilisées dans le cadre de ce document, il est impossible de déterminer si et dans quelle mesure la catégorie « autre » comprend des ménages multigénérationnels (cf. note infrapaginale 11).

à un tel mode de résidence peut répondre, entre autres, à une demande d'aides de la part d'une des générations.

L'effet lié au lieu de résidence est assez contrasté. Si *a priori*, il est sensé de supposer que dans les communes rurales – spécialement celles isolées – les aides formelles sont peu disponibles et impliquent que l'aide informelle soit plus largement pratiquée, cette logique n'apparaît pas clairement dans nos résultats. Notamment en ce qui concerne les aides informelles fournies – peu importe le(s) bénéficiaire(s) – et celles fournies à des personnes extérieures au ménage, il ressort que ce sont les individus résidant dans les communes centrales des agglomérations qui présentent les rapports de cote parmi les plus élevés. Le propos est par contre inverse lorsque l'on ne tient compte que des aides fournies à l'intérieur du ménage ou de manière intensive : ce sont les résidents vivant dans des zones rurales qui présentent les probabilités les plus élevées d'être aidant.

Finalement l'effet de l'état de santé subjectif sur la fourniture d'aides s'avère quant à lui plus incertain, même si toujours significatif. Les personnes en moins bon état de santé ont une plus faible probabilité de se considérer comme aidant informel pour un membre n'appartenant pas à leur ménage. Par contre, en ce qui concerne les aides fournies à l'intérieur du ménage, ce sont les répondants en moins bon état de santé subjectif qui présentent les odds ratios les plus élevés. L'identité du bénéficiaire peut intervenir dans l'explication de ces constats : les aides fournies au sein du ménage le sont principalement aux bénéfices du conjoint. Or, si le conjoint est âgé et en mauvaise santé, cela suppose également que le répondant lui-même soit âgé et, probablement en moins bon état de santé aussi. Ce constat révèle également que l'aidant informel peut subir des conséquences liées à la prise en charge d'une personne âgée.

	Effectifs	Aidant informel		Aidant informel pour un membre appartenant au même ménage		Aidant informel pour un membre de la famille n'appartenant pas au même ménage		Aidant informel intensif	
		OR nets	IC (95%)	OR nets	IC (95%)	OR nets	IC (95%)	OR nets	IC (95%)
Sexe	**2 326 025**								
Homme (réf.)	*1 101 493*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*
Femme	*1 224 532*	*1.270****	*1.257 – 1.282*	*0.935****	*0.920 – 0.950*	*1.553****	*1.532 – 1.573*	*1.162****	*1.135 – 1.190*
Âge	**2 326 025**								
25-34 (réf.)	*446 701*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*
35-44	*508 752*	*1.606****	*1.579 – 1.633*	*1.485****	*1.441 – 1.531*	*1.607****	*1.572 – 1.643*	*1.459****	*1.394 – 1.527*
45-54	*476 970*	*2.491****	*2.452 – 2.531*	*1.983****	*1.925 – 2.042*	*2.739****	*2.682 – 2.797*	*1.877****	*1.795 – 1.961*
55-64	*330 382*	*2.515****	*2.470 – 2.562*	*2.158****	*2.088 – 2.230*	*2.587****	*2.525 – 2.651*	*1.969****	*1.877 – 2.066*
65-74	*307 192*	*1.964****	*1.923 – 2.006*	*2.363****	*2.280 – 2.448*	*1.280****	*1.240 – 1.320*	*1.875****	*1.782 – 1.972*
75+	*256 028*	*1.332****	*1.300 – 1.365*	*2.347****	*2.259 – 2.439*	*0.511****	*0.489 – 0.535*	*1.720****	*1.629 – 1.816*
Instruction	**1 957 846**								
Sans diplôme ou primaire	*363 265*	*0.596****	*0.586 – 0.605*	*1.068****	*1.040 – 1.096*	*0.468****	*0.456 – 0.479*	*1.172****	*1.128 – 1.218*
Secondaire ou post-secondaire	*1 100 261*	*0.863****	*0.854 – 0.873*	*1.135****	*1.111 – 1.159*	*0.819****	*0.807 – 0.831*	*1.199****	*1.161 – 1.238*
Supérieure (réf.)	*494 350*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*
Statut professionnel	**2 194 102**								
Professionnellement occupé (réf.)	*1 078 103*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*
Professionnellement non occupé (+ pensionné)	*1 115 999*	*1.284****	*1.268 – 1.300*	*1.544****	*1.511 – 1.577*	*1.051****	*1.034 – 1.068*	*2.487****	*2.409 – 2.567*
Nationalité	**2 307 611**								
Belge (réf.)	*2 060 963*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*
Non Belge, du continent européen	*215 114*	*0.677****	*0.664 – 0.690*	*0.813****	*0.788 – 0.838*	*0.597****	*0.580 – 0.615*	*0.912****	*0.874 – 0.951*
Non Belge, hors continent européen	*31 534*	*0.769****	*0.726 – 0.815*	*0.927^{ns}*	*0.847 – 1.014*	*0.484****	*0.438 – 0.535*	*0.856**	*0.752 – 0.974*
Type de ménage	**2 326 025**								
Couple avec enfant(s) (réf.)	*881 364*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*
Monoparental	*189 799*	*1.312****	*1.290 – 1.335*	*1.478****	*1.439 – 1.518*	*1.011^{ns}*	*0.986 – 1.036*	*1.516****	*1.459 – 1.577*
Couple sans enfant	*633 773*	*1.148****	*1.134 – 1.163*	*0.918****	*0.899 – 0.939*	*1.242****	*1.221 – 1.264*	*0.953***	*0.923 – 0.985*
Isolé	*403 824*	*0.950****	*0.935 – 0.965*	*0.185****	*0.178 – 0.193*	*1.189****	*1.165 – 1.214*	*0.506****	*0.485 – 0.529*
Autre	*176 207*	*1.550****	*1.523 – 1.577*	*1.932****	*1.883 – 1.981*	*1.160****	*1.130 – 1.190*	*1.871****	*1.801 – 1.943*
Ménage collectif	*41 058*	*0.789****	*0.745 – 0.837*	*0.429****	*0.391 – 0.471*	*0.415****	*0.359 – 0.479*	*0.524****	*0.462 – 0.596*
Type de milieu de résidence	**2 326 025**								
Commune centrale d'agglomération	*547 306*	*1.038****	*1.022 – 1.055*	*0.942****	*0.917 – 0.967*	*1.107****	*1.083 – 0.132*	*1.022^{ns}*	*0.984 – 1.062*
Commune non centrale d'agglomération	*427 589*	*1.009^{ns}*	*0.992 – 1.026*	*0.957***	*0.931 – 0.984*	*1.118****	*1.092 – 1.144*	*1.039^{ns}*	*0.999 – 1.081*
Périurbain ancien (Banlieue)	*282 388*	*0.954****	*0.936 – 0.971*	*0.867****	*0.841 – 0.894*	*1.034***	*1.008 – 1.060*	*0.844****	*0.806 – 0.884*
Périurbain récent	*240 589*	*0.993^{ns}*	*0.974 – 1.012*	*0.951***	*0.922 – 0.981*	*1.047***	*1.019 – 1.075*	*0.935***	*0.893 – 0.978*
Petite ville	*509 045*	*1.006^{ns}*	*0.990 – 1.022*	*0.967**	*0.942. – 0.993*	*1.041***	*1.018 – 1.064*	*0.950***	*0.914 – 0.988*
Commune rurale (réf.)	*319 108*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*
Etat de santé subjectif	**2 177 139**								
Bon à très bon	*1 351 256*	*0.950****	*0.933 – 0.966*	*0.621****	*0.605 – 0.637*	*1.311****	*1.275 – 1.349*	*0.658****	*0.635 – 0.682*
Moyen	*590 354*	*1.229****	*1.208 – 1.251*	*0.966***	*0.942 – 0.990*	*1.568****	*1.524 – 1.613*	*0.969^{ns}*	*0.937 – 1.003*
Mauvais à très mauvais (réf.)	*235 529*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*	*1*	*–*
Constante		0.061		0.025		0.022		0.007	
R² de Nagelkerke		0.044		0.068		0.053		0.059	

Tableau 6 – Régression logistique estimant la probabilité qu'un individu âgé de 25 ans ou plus déclare avoir aidé un individu, avoir aidé un individu appartenant au même ménage, avoir aidé un individu n'appartenant pas au même ménage et avoir aidé une personne de manière intensive. Légende : *** : p < 0.001 ; ** : p < 0.01 ; * : p < 0.05 ; ns : non significatif. Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

7. Offre[36] de services et de soins aux bénéfices des personnes âgées

La gestion des politiques belges et wallonnes liées au vieillissement, aux soins de santé et à la prise en charge des plus démunis est complexe parce que les entités fédérales et fédérées disposent toutes de compétences en la matière. Conformément à la loi spéciale du 08 août 1980, les politiques de santé et d'aide aux personnes sont entendues comme des « matières personnalisables », relevant de la compétence communautaire (HANSON, 2003). Toutefois, depuis 1993, par le transfert de compétences originellement exercées par la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française sont devenues compétentes en matière d'aide sociale et d'aide aux personnes (HANSON, 2003). Dans le domaine socio-sanitaire, tant les autorités fédérales que les autorités régionales, communautaires et locales disposent de pouvoirs, révélant ainsi la complexité du système.

L'identification de l'offre de services et de soins mis en place aux bénéfices des personnes âgées en est, de ce fait, rendue bien plus compliquée. Relevant de cadres juridiques et institutionnels particuliers, mis en place par des organismes publics ou privés, régis au niveau local, supra-local, régional ou fédéral, dispensés par des professionnels (aides formelles) ou par l'entourage proche (aides informelles), à domicile ou en institution, les services et les soins disponibles varient selon les espaces, tant quantitativement que qualitativement.

7.1 Offre de services et de soins informels

Dans la littérature scientifique, il est admis que l'entourage proche des personnes âgées constitue une source d'aides non négligeable. Des données issues de la version belge de l'enquête Santé (*Health Interview Survey* – 2004) montrent que parmi les personnes

[36] Spécifions au préalable que les indicateurs illustrant l'offre de services, d'aides ou de soins reposent sur l'hypothèse suivante : puisque l'on rapporte systématiquement le nombre d'aidants à la population potentiellement bénéficiaire vivant dans les communes concernées, on suppose que les aidants (formels et informels) se trouvent dans la même commune que les populations aidées. En d'autres termes, l'offre disponible dans une commune ne profiterait qu'aux seuls habitants de cette commune.

souffrant de limitations fonctionnelles pour les activités de la vie quotidienne[37] (AVQ), au moins 62% d'entre elles bénéficient d'une prise en charge par la famille, les amis ou les connaissances (éventuellement combinée avec l'intervention de professionnels) (MASUY, 2010). De même, parmi les personnes souffrant de limitations pour les activités instrumentales de la vie quotidienne[38] (AIVQ), 80% d'entre elles bénéficient d'une intervention de l'entourage proche (MASUY, 2010). Par ailleurs, l'intensité des aides informelles est généralement supérieure à l'intensité des aides formelles : « *mesurée en nombre d'heures, l'aide des proches serait cinq fois plus importante que l'aide professionnelle.* » (MASUY, 2010 : 62).

En Région wallonne, si l'on admet que les personnes âgées entre 45 et 64 ans sont les principales pourvoyeuses d'aides pour les personnes âgées de 80 ans et plus[39], on dénombre 5.4 aidants théoriquement disponibles par personne âgée de 80 ans ou plus.

À l'échelle des communes wallonnes, les valeurs sont bien plus variables et nécessairement liées aux structures par âges locales. Les communes qui présentent les ratios aidants/aidés les plus élevés sont essentiellement situées en Brabant wallon, dans l'ouest de la province de Liège et dans le nord de la province de Namur. À l'inverse, les communes hennuyères, ardennaises et de l'Entre-Sambre-et-Meuse présentent des rapports bien plus faibles (Figure 35). Autrement dit, on compte moins d'aidants potentiels pour une personne âgée dans ces communes. Notons que si les ratios sont les plus faibles dans ces quelques communes, cela s'explique par une surreprésentation de personnes très âgées (cf. Figure 10 et Figure 11).

[37] Les activités de la vie quotidienne représentent l'ensemble des activités de base telles que « *manger, se lever, se coucher, se laver, utiliser les toilettes.* » (Masuy, 2010 : 62).

[38] Les activités instrumentales de la vie quotidienne représentent l'ensemble des activités telles que « *préparer le repas, faire les courses, la lessive, le ménage, utiliser un téléphone, les transports en communs, gérer ses finances, gérer l'administration.* » (Masuy, 2010 : 62).

[39] Observation basée sur les résultats de régression logistique, cf. point 6.

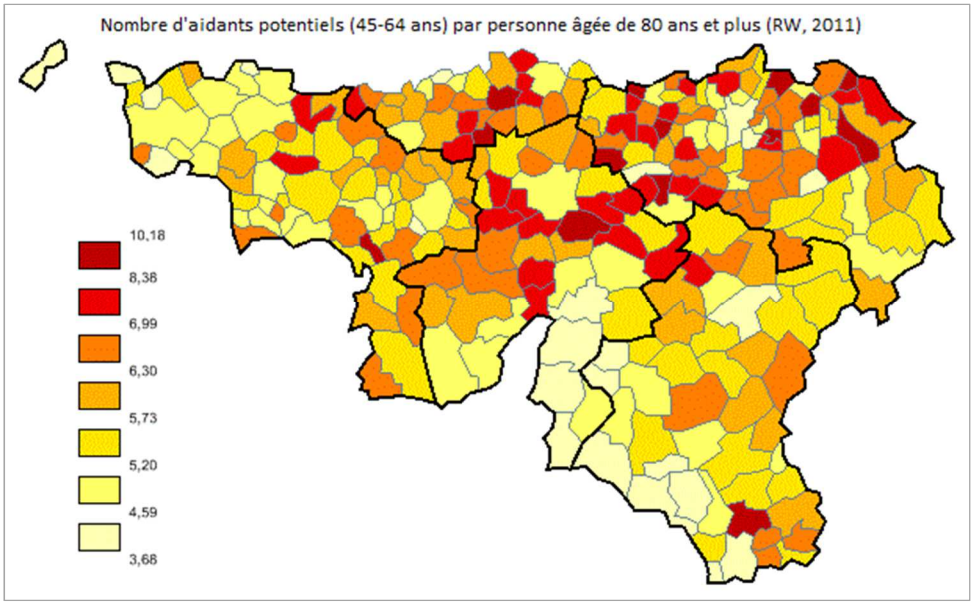


Figure 35 – Nombre d'aidants potentiels âgés entre 45 et 64 ans par personne âgée de 80 ans et plus (Région wallonne, 2011). Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

7.2 Offre de services et de soins formels

Une personne âgée dispose également de la possibilité de recourir à des aides formelles. Le type d'aide(s) reçue(s) est généralement lié à l'âge et au niveau de dépendance des bénéficiaires : une personne âgée ou souffrant de limitations pour exécuter les tâches élémentaires de la vie quotidienne recourra davantage à des aides professionnelles ou mixtes (combinant l'intervention de professionnels et de l'entourage) (DUTHEIL, 2001 ; DAVIN *ET AL.*, 2009 ; SOULLIER *ET AL.*, 2011). Ces aides peuvent être dispensées à domicile et/ou en institution.

En Région wallonne, en 2013, 48 870 lits sont disponibles en maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) ou en maisons de repos et soins (MRS). Considérant qu'aux périodes les plus récentes (2011), on ne dénombre pas moins de 797 000 personnes âgées de 60 ans et plus, cela suppose qu'à l'échelle régionale, on dispose d'un peu plus de 61 lits pour 1000 personnes âgées de 60 ans et plus, ou 276 lits pour 1000 personnes âgées de 80 ans et plus.

Sans tenir compte ni de la densité, ni des structures par âge des populations, la distribution spatiale des places disponibles en institutions pour personnes âgées montre

une concentration le long de l'ancien bassin industriel wallon, spécialement dans les communes des provinces hennuyère et liégeoise. Les communes du sud de la Région sont quant à elles moins bien pourvues en matière d'offre d'aides en institutions (Figure 37).

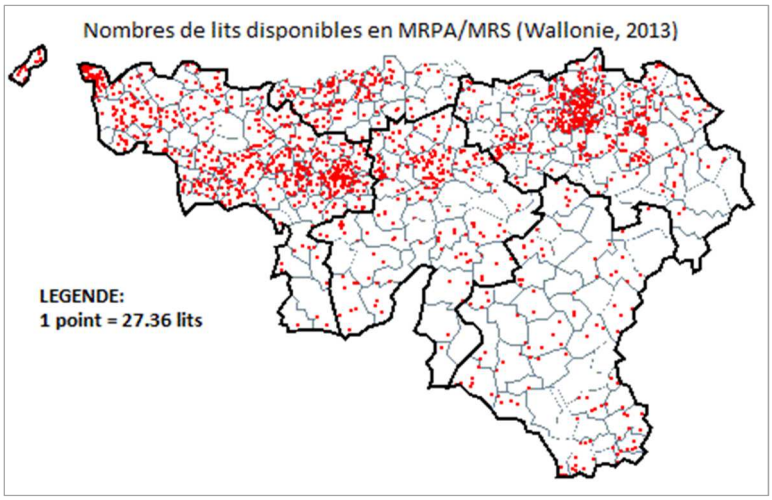


Figure 36 – Nombre de lits disponibles en institutions pour personnes âgées (Région wallonne, 01/10/2013). Source : INAMI ; traitement : UCL-DEMO.

Le propos est par contre beaucoup plus incertain si l'on tient compte des structures par âge communales. L'offre locale en matière d'institutions pour personnes âgées est extrêmement variable, révélant le poids joué par les autorités locales et le secteur privé dans la mise en place d'institutions. Si nous identifiions précédemment les communes ardennaises, de l'Entre-Sambre-et-Meuse et situées dans le Tournaisis comme celles comptant proportionnellement plus de personnes âgées, l'offre globale de places en institutions n'y apparaît pas pour autant sous-développée par rapport à l'ensemble régional. Nous notons par contre qu'environ une commune wallonne sur cinq (réparties dans l'ensemble de la région) ne dispose d'aucune possibilité en matière d'institutionnalisation. L'analyse de l'offre d'aides en institution est toutefois perturbée dans le Tournaisis. Cette région connaît, depuis longtemps déjà, un afflux important de personnes étrangères (essentiellement françaises), très demandeuses d'une prise en charge en institution et exerçant donc une pression supplémentaire sur l'offre de services disponibles (HANSON, 2005).

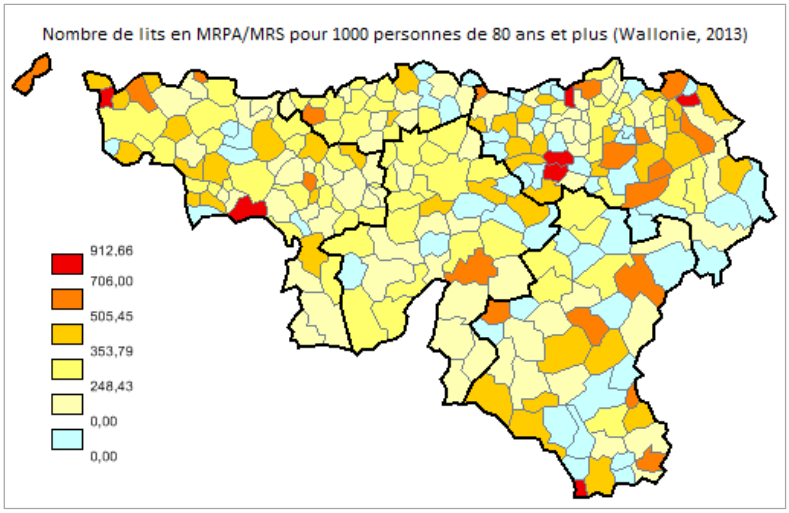


Figure 37 – Nombre de lits disponibles en institutions pour personnes âgées pour 1000 personnes âgées de 80 ans et plus (Région wallonne, 201340).
Source : DGSIE et INAMI ; traitement : UCL-DEMO.

Si les aides en institution représentent un type formel de prise en charge pour les personnes âgées, elles ne sont pas les seules. En 2010, seule une très faible minorité (13.6%) des Wallons âgés de 80 ans ou plus déclaraient vivre en ménages collectifs. Par ailleurs, comme dans la plupart des autres régions et pays européens, la Région wallonne accorde la priorité au maintien des personnes âgées à domicile. Cette priorité, pour qu'elle puisse être gérée et accomplie, passe nécessairement par la mise en place d'aides facilitant l'accomplissement des activités basiques et instrumentales de la vie quotidienne.

Ainsi, en 2013, en Région wallonne, on dénombre 57 847 personnes exerçant une profession médico-sociale telle que médecin généraliste, infirmier, kinésithérapeute ou pharmacien, ce qui représente un ratio de 7.3 professionnels pour 100 personnes âgées de 60 ans et plus, ou 32.7 professionnels pour 100 personnes âgées de 80 ans ou plus.

[40] Les données relatives au nombre de lits disponibles en institution pour personnes âgées illustrent la situation de 2013 (particulièrement celle proposée par l'INAMI en date du 1er octobre 2013). Celles-ci, pour tenir compte des tailles locales de populations potentiellement bénéficiaires, ont été rapportées au nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant dans les communes concernées. Ces dernières données datent toutefois de 2011, année pour laquelle nous disposons des données les plus récentes.

Encadré méthodologique 10 - Données relatives aux professionnels du secteur médico-social

Les données utilisées pour appréhender l'offre d'aides formelles illustrent la présence de professionnels exerçant dans le secteur médico-social, c'est-à-dire les médecins généralistes, les infirmiers, les kinésithérapeutes et les pharmaciens. Ces données proviennent de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

Pour chaque commune, on dispose du nombre de professionnels considérés comme **actifs** dans leur profession (soit les professionnels non pensionnés et qui ne sont pas en inactivité, même temporaire). La commune attribuée à chacun des professionnels correspond à l'adresse de contact dont l'INAMI dispose (il ne s'agit donc pas forcément du lieu d'exercice ou du lieu de résidence de la personne mais de l'adresse de courrier renseignée).

D'autres démarches ont également été effectuées pour obtenir des données relatives aux services proposés aux populations pour faciliter leur maintien à domicile, en ce compris les aides familiales et ménagères, les soins infirmiers, les services de repas, etc. Nous avons notamment pris contact avec la Fédération des Centrales de Services à Domicile mais il était impossible d'obtenir des données relatives à l'offre locale de services et d'aides. D'autres contacts ont également été entrepris avec l'Administration wallonne ainsi qu'avec l'Agence Inter-mutualiste, mais à l'heure où le présent document a été rédigé, aucune donnée supplémentaire n'a été rendue disponible.

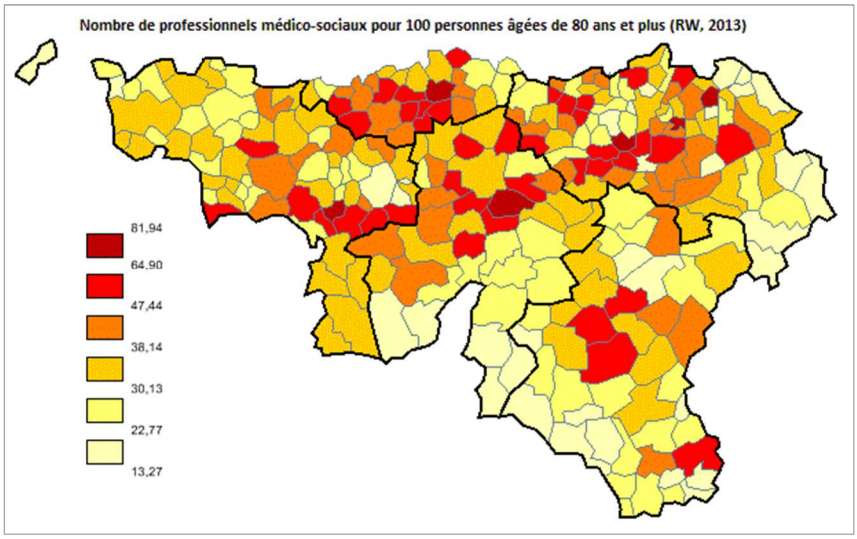


Figure 38 – Nombre de de professionnels médico-sociaux pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus (Région wallonne, 2013). Source : INAMI et DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

Le nombre de professionnels médico-sociaux, rapporté à la population de 80 ans et plus, varie du simple au sextuple dans les différentes communes wallonnes. Il est parmi les plus élevés dans les communes de l'ancien bassin industriel et dans le Brabant wallon où l'on compte jusqu'à huit professionnels pour dix personnes âgées. Il est par contre nettement plus faible dans les communes plus vieillies telles que celles situées dans le

Tournaisis, en Ardennes ou dans l'Entre-Sambre-et-Meuse. Dans les cas les plus extrêmes, on compte seulement un peu plus d'un professionnel pour dix personnes âgées de 80 ans et plus.

En distinguant les professionnels médico-sociaux selon leurs spécialités, la division communale apparaît plus nettement en matière de disponibilités des acteurs. D'une part, les communes urbaines (notamment Tournai, Mons, Charleroi, Namur et Liège) sont celles qui disposent de plus de facilités en matière de disponibilité de professionnels socio-médicaux (Figure 39). D'autre part, on note une situation assez contrastée entre le nord et le sud de la région, le second étant plus largement composé de communes disposant d'une offre d'aides formelles plus limitée. La situation est, encore une fois, plus préoccupante pour les communes ardennaises et du sud-ouest de la province du Luxembourg qui manquent de ressources, critère qui, pour la plupart, se combine également à un isolement géographique plus marqué (Figure 39).

La situation s'avère encore plus problématique en ce qui concerne la disponibilité de médecins généralistes et d'infirmiers. Pour ces catégories, certaines communes comptent des ratios extrêmement faibles, respectivement de l'ordre d'un professionnel pour plus de 30 ou 60 personnes âgées de 80 ans et plus (Figure 39).

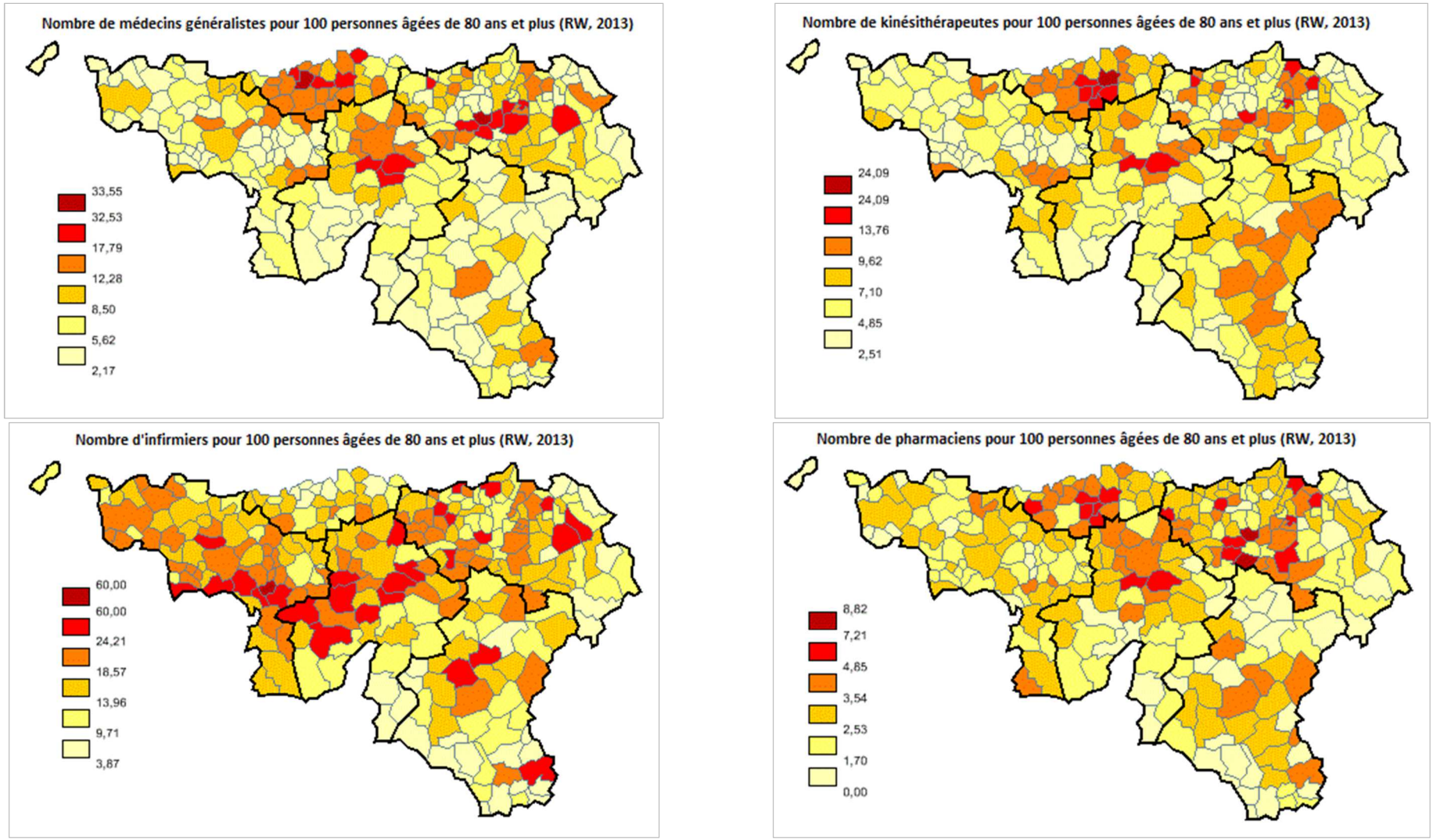


Figure 39 – Nombre de de médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes et pharmaciens pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus (Région wallonne, 2013). Source : INAMI et DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

8. Conclusion

Le vieillissement démographique et les enjeux qui l'accompagnent se présentent comme des évidences à l'échelle wallonne. Quasiment partout, les âges moyens communaux ne cessent de croître, de même que les proportions de personnes âgées et très âgées, témoignant de l'ampleur du processus de vieillissement. En outre, il ressort également que les personnes âgées constituent un groupe de population très particulier, présentant des spécificités en matière d'état de santé, de conditions sociales et d'habitudes de vie. Le recours à un ménage collectif ou isolé est plus largement répandu à mesure que l'âge augmente. Avec l'âge, il est également plus fréquent de souffrir de limitations fonctionnelles, physiques ou cognitives, affectant négativement autant l'état de santé objectif et subjectif des populations âgées que l'évaluation des gênes ressenties pour accomplir les activités quotidiennes. Par ailleurs, les populations âgées souffrent plus fréquemment de relégation sociale, les contraignant plus souvent à vivre dans des conditions de vie précaires.

L'adoption d'un angle de vue local révèle des particularités essentielles pour mieux comprendre et gérer les défis présents et à venir. À plusieurs reprises, nous avons distingué les communes sur base de nombreux critères reflétant la situation en matière de **vieillissement démographique**, de **demande** et d'**offre** locales d'aides et de services. Les communes ardennaises, ainsi que celles situées dans le Tournaisis ou dans l'Entre-Sambre-et-Meuse sont sans doute les plus particulières de ces points de vue. Elles concentrent de larges parts de populations âgées, souvent résidentes dans des ménages isolés et déclarant, pour la plupart, être en mauvais état de santé. Pour autant, ces localités n'offrent pas nécessairement un large panel d'aides aux bénéfices de ces populations vulnérables. Si l'offre de places en institutions, rapportées aux potentiels bénéficiaires, n'y apparaît pas forcément plus sous-développée qu'ailleurs, l'offre d'aides et de services fournis par des proches ou des professionnels du secteur médico-social s'avère toutefois bien insuffisante.

Les communes situées en Brabant wallon ou dans le sud de la province du Luxembourg présentent actuellement l'avantage d'être *relativement* épargnées des

difficultés engendrées par le vieillissement démographique. Bien sûr, la part de personnes âgées et très âgées y croît, comme partout, mais selon des ampleurs moins fortes. Encore aujourd'hui, elles présentent des populations aux structures par âge très jeunes, résultat d'une périurbanisation récente et intense. Par ailleurs, les populations résidant dans ces quelques communes bénéficient d'avantages socioéconomiques qui les laissent partiellement à l'abri d'une précarité prononcée, y compris chez les populations plus âgées. Inévitablement, le processus de vieillissement s'y propagera (peut-être même selon un rythme bien plus effréné qu'ailleurs). Mais l'expérience des autres communes wallonnes leur laisse l'opportunité de pouvoir mieux en appréhender les défis.

9. Références bibliographiques

Bonnet, C., Cambois, E., Cases, C., Gaymu, J. (2011). La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ?, *Population & Sociétés*, Institut National d'Etudes Démographiques, n° 483, 4 p.

Bonnet, O., Colin, C., Kerjosse, R. (2002). Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040, *Etudes et Résultats*, n° 160, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 12 p.

Bontout, O., Colin, C., Kerjosse, R. (2002). Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040, *Etudes et Résultats*, n° 160, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 12 p.

Bowling, A., Grundy, E. (1997). Activities of daily living: changes in functional ability in three samples of elderly and very elderly people, *Age and Ageing*, vol. 26: 107 – 114.

Bracke, P., Christiaens, W., Wauterickx, N. (2008). The Pivotal Role of Women in Informal Care, *Journal of Family Issues*, vol. 29(10) : 1348 – 1378.

Cambois, E., Désesquelles, A., Ravaud, J.-F. (2003). Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap, *Populations & Sociétés*, Institut National d'Etudes Démographiques, n° 386, 4 p.

Davin, B., Paraponaris, A., Verger, P. (2009). Entre famille et marché : déterminants et coûts monétaires de l'aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées en domicile ordinaire, *Management & Avenir*, n° 26, pp. 190 – 204.

De Koker, B. (2009). Socio-demographic determinants of informal caregiving: co-resident versus extra-resident care, *European Journal of Ageing*, vol. 6(1): 3 – 15.

Deboosere, P., Desmarest, S., Lorant, V., Miermans, P.-J., Portet, M.-I., Van Oyen, H. (2006a). *Santé et soins informels, Enquête socio-économique 2001*, monographie, SPF Economie, P.M.E., classes moyennes et Energie, Direction générale Statistique et information Economique, 191 p.

Deboosere, P., Gadeyne, S. (2006b). La sous-mortalité des immigrés adultes en Belgique: une réalité attestée par les recensements et les registres, *Population*, vol. 60, pp. 765 – 811.

Deboosere, P., Gadeyne, S. (2006c). Santé perçue, in Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, *Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, Les dossiers de l'Observatoire*, pp. 111 – 137.

Debuisson, M., Docquier, F. (2006). Vieillissement, la démographie à la rescousse de la Wallonie et de Bruxelles ?, *La revue nouvelle*, n° 3, pp. 32 – 37.

Delbès, C., Gaymu, J., Springer, S. (2006). Les femmes vieillissent seules, les homes vieillissent à deux. Un bilan européen, *Populations & Société*, Institut National d'Etudes Démographiques, n° 419, 4 p.

Demarest, S., Drieskens, S., Gisle, L., Van der Heyden, J., Tafforeau, J. (2010). *Enquête de santé*, 2008. Rapport VI – La Santé des Personnes Agées, Direction Opérationnelle

Santé publique et surveillance, Institut Scientifique de Santé Publique, Bruxelles, 149 p.

Desjardins, J. (2005). L'analyse de régression logistique, *Tutorial in Quantitative Methods for Psychology*, vol. 1(1), pp. 35 – 41.

Dupâquier, J. (2006). *Le vieillissement de la population dans le monde*, Rayonnement du Centre National de la Recherche Scientifique (Association des Anciens et des Amis du CNRS), 49 p., url : http://www.rayonnementducnrs.com/bulletin/b42/vieillissement.pdf.

Dutheil, N. (2001). Les aides et les aidants des personnes âgées, *Etudes et Résultats*, n° 142, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 12 p.

Eggerickx, T., Costa, R., Sanderson, J.-P. (2014). La fécondité des populations rurales de Belgique entre 1920 et 1939. Des comportements très diversifiés, *Espace, Populations, Sociétés*, n° 1, à paraître.

Eggerickx, T. et Sanderson, J.-P. (2013). *L'impact du milieu de résidence et des « choix » résidentiels sur l'évolution sociale des individus en Belgique (1991 – 2006)*, Conférence Universitaire de Démographie et d'Étude des Populations (CUDEP), XVIe colloque national, Les populations vulnérables, Aix-en-Provence, 28-31 mai 2013, à paraître.

Eggerickx, T., Oris, M., Sanderson, J.-P., Vilpert, S. (2011). *L'évolution de la population, l'âge et le sexe*, Monographie 1 de l'Enquête socio-économique de 2001, DGSIE, Bruxelles, 230 p. (à paraître).

Eggerickx, T. et Tabutin, D. (2001*). Le vieillissement démographique dans le monde. Historique, mécanismes et tendances*, Document de Travail n° 14, Louvain-la-Neuve, Université Catholique de Louvain, Département des Sciences de la Population et du Développement, 70 p.

Fontaine, R. (2009). Aider un parent âgé se fait-il au détriment de l'emploi ?, *Retraite et société*, n° 58 : 31 – 61.

Gaymu, J., (2012). *La dépendance: des vécus différents pour les hommes et les femmes*, document internet, 6 p., consulté le 22/11/2013, url : http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/Questions-Cles/Ladependancedesvecusdifferentspourleshommesetfemmes#HLesfemmes2Caujourd2019huilespiliersdelapriseenchargedeladE9pendance.

Gaymu, J., Ekamper, P. et Beets, G. (2007). Qui prendra en charge les Européens âgés dépendants en 2030 ?, *Population*, vol. 62, 789 – 822.

Gerstel, N., Gallagher, S. K. (2001). Men's caregiving: Gender and the contingent character of care, *Gender and Society*, vol. 15(2) : 197 – 217.

Hanson, S. (2003). *Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, thème 3.3 (rapport final de la subvention 2002 – 2003), sous la direction de Quentin, M., Centre de Recherche en Sciences de la Ville, du Territoire et du Milieu rural, Université de Liège, en collaboration avec l'Université Libre de Bruxelles et l'Université Catholique de Louvain, réalisé à la demande du Ministère de la Région wallonne, 150 p.

Hanson, S. (2005). *Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, thème 3.3 (Working Paper), sous la direction de Quentin, M., Centre de Recherche en Sciences de la Ville, du Territoire et du Milieu rural, Université de Liège, en collaboration avec l'Université Libre de Bruxelles et l'Université Catholique de Louvain, réalisé à la demande du Ministère de la Région wallonne, 40 p.

Hosmer, D. W., Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression* (Second Edition), United States of America, Wiley series in probability and statistics.

Lefebvre, M., Pestieau, P. et Ponthière, G. (2011). Pauvreté et mortalité différentielle chez les personnes âgées, *Reflets et perspectives de la vie économique*, tome L, pp. 45 – 54.

Masuy, A. J. (2010). Les politiques de soutien aux aidants proches en Belgique : un développement typiquement belge, *Revue belge de Sécurité Sociale*, n° 1, pp. 59 – 80.

Masuy, A. J. (2011). *How does elderly family care evolve over time? An analysis of the care provided to the elderly by their spouse and children in the Panel Study of Belgian Households* 1992-2002, thèse de doctorat en sciences politiques et sociales, Louvain-la-Neuve, Université Catholique de Louvain.

Petite, S., Weber, A. (2006). Les effets de l'Allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées, *Etudes et Résultats*, n° 459, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 12 p.

Preux, P. M., Odermatt, P., Perna, A., Marin, B., Vernenègre, A. (2005). Qu'est-ce qu'une régression logistique ?, *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 22(1) (part 1), pp. 159 – 162.

Rizzi, E. (2013). La régression logistique in Masuy-Stroobant, G. et Costa, R. (dir.) (2013). *Analyser les données en sciences sociales. De la préparation des données à l'analyse multivariée*, Editions P.I.E. Peter Lang, Bruxelles, pp. 253 – 278.

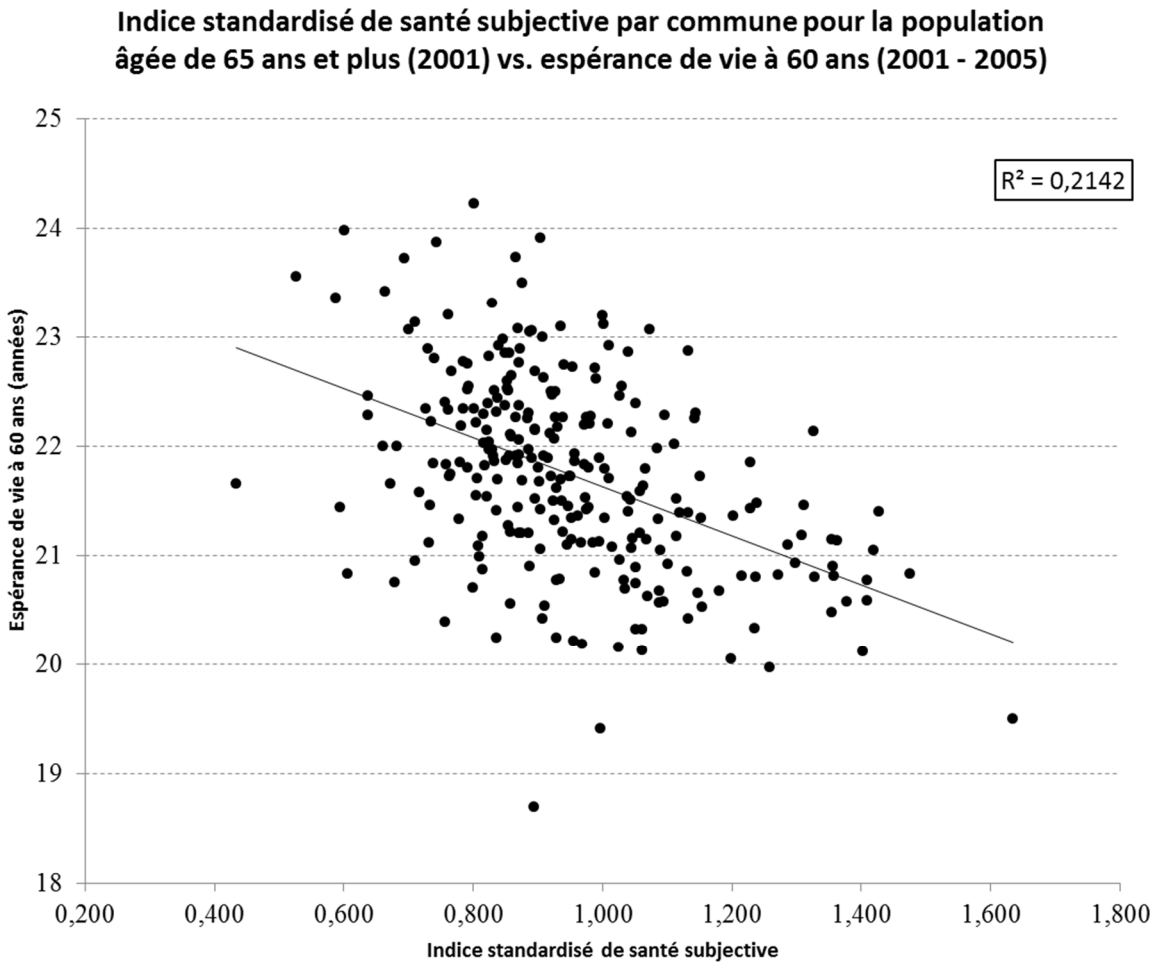
Sanderson, J.-P. et Eggerickx, T. (2010). Des outils d'aide à la décision : les indicateurs de condition de vie et de mixité socio-démographique des communes et des quartiers en Belgique*, Cahiers de Démographie Locale 2009*, n° 2, pp. 115 – 158.

Soullier, N., Weber, A. (2011). L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile, *Etudes et Résultats*, n° 771, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 8 p.

Spitze, G., Logan, J. (1990). Sons, Daughters, and Intergenerational Social Support, *Journal of Marriage and Family*, vol. 52(2) : 420 – 430.

10. Annexes

10.1 Annexe 1 : Proxy de la santé subjective : l'espérance de vie à 60 ans



Source : DGSIE (Indice standardisé de santé subjective par commune – 2001) et
Cytise (Espérance de vie à 60 ans par commune – 2001-2005) ; traitement : UCL-DEMO.

10.2 Annexe 2 : Calcul de l'indice standardisé de santé subjective pour la population âgée de 65 ans ou plus : cas de la commune de Charleroi avec la Région wallonne comme standard

Groupe d'âges	CHARLEROI				REGION WALLONNE			
	Effectifs totaux observés (sans les NR)		Effectifs observés: nombre de personnes en mauvaise santé subjective		Proportions de personnes en mauvaise santé en RW		Nombre attendu de personnes en mauvaise santé	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	A	B	C	D	E	F	G (A*E)	H (B*F)
65-69	3885	4847	928	1123	16,9%	16,5%	656	799
70-74	3866	5499	1025	1509	20,4%	20,5%	789	1128
75-79	2781	4908	875	1592	24,2%	25,1%	674	1231
80-84	1334	2917	440	1006	27,3%	28,8%	364	839
85-89	496	1443	168	586	29,4%	32,9%	146	474
90-94	136	609	47	238	29,6%	35,4%	40	215
95-100	19	122	9	48	30,1%	35,4%	6	43
100+	2	9	0	6	20,7%	36,6%	0	3
Total	12517	20345	3492	6108			2676	4734

Indices standardisés		
Hommes	C/G	1,30
Femmes	D/H	1,29
Total	Moyenne	1,30

Source : ESE, 2001 ; traitement : UCL-DEMO.

10.3 Annexe 3 : Modèle de régression logistique : probabilité qu'un individu se déclare en mauvais ou très mauvais état de santé (population de tout âge)

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs (N)	OR bruts	OR nets	IC (95%)
Sexe	**2 326 025**			
Homme (réf.)	*1 101 493*	*1*	*1*	*–*
Femme	*1 224 532*	*1.148****	*0.855****	*0.845 – 0.865*
Classe d'âges	**2 326 025**			
25-34 (réf.)	*446 701*	*1*	*1*	*–*
35-44	*508 752*	*2.086****	*1.809****	*1.756 – 1.864*
45-54	*476 970*	*4.304****	*3.383****	*3.290 – 3.479*
55-64	*330 382*	*6.604****	*3.820****	*3.713 – 3.930*
65-74	*307 192*	*9.426****	*4.281****	*4.161 – 4.405*
75-84	*200 329*	*14.533****	*6.383****	*6.197 – 6.575*
85+	*55 699*	*20.038****	*8.360****	*8.042 – 8.691*
Situation de ménage	**2 326 025**			
Ménages isolés	*403 824*	*1.904****	*1.137****	*1.120 – 1.153*
Ménages collectifs	*41 058*	*4.260****	*2.568****	*2.171 – 3.038*
Ménages non isolés (réf.)	*1 881 143*	*1*	*1*	*–*
Conditions sociales	**1 764 151**			
Groupe défavorisé	*439 407*	*11.977****	*8.003****	*7.825 – 8.186*
Groupe intermédiaire bas	*490 561*	*5.927****	*4.259****	*4.163 – 4.357*
Groupe intermédiaire haut	*323 914*	*1.445****	*1.590****	*1.545 – 1.637*
Groupe favorisé (réf.)	*510 269*	*1*	*1*	*–*
Nationalité	**2 307 611**			
Belge (réf.)	*2 060 963*	*1*	*1*	*–*
Non Belge du continent européen	*215 114*	*1.189****	*1.110****	*1.088 – 1.131*
Non Belge, hors continent européen	*31 534*	*0.868****	*1.083***	*1.020 – 1.151*
Type milieu de résidence	**2 326 025**			
Commune centrale d'agglomération (réf.)	*547 306*	*1*	*1*	*–*
Commune non centrale d'agglomération	*427 589*	*0.988^{ns}*	*1.002^{ns}*	*0.985 – 1.019*
Périurbain ancien (Banlieue)	*282 388*	*0.636****	*0.776****	*0.760 – 0.793*
Périurbain récent	*240 589*	*0.779****	*0.840****	*0.822 – 0.858*
Petite ville	*509 045*	*0.785****	*0.824****	*0.810 – 0.839*
Commune rurale	*319 108*	*0.781****	*0.820****	*0.804 – 0.837*
Satisfaction services de santé	**2 087 829**			
Mal équipé	*233 899*	*1.143****	*1.057****	*1.033 – 1.081*
Normalement équipé	*1 212 960*	*0.909****	*0.937****	*0.923 – 0.951*
Très bien équipé (réf.)	*640 970*	*1*	*1*	*–*
Satisfaction transports publics	**2 061 500**			
Mal équipé	*653 910*	*1.001^{ns}*	*1.213****	*1.190 – 1.236*
Normalement équipé	*992 253*	*0.914****	*1.033****	*1.016 – 1.051*
Très bien équipé (réf.)	*415 337*	*1*	*1*	*–*
Satisfaction services sociaux	**1 959 673**			
Mal équipé	*263 062*	*1.390****	*1.299****	*1.269 – 1.330*
Normalement équipé	*1 288 797*	*1.002^{ns}*	*1.031****	*1.014 – 1.050*
Très bien équipé (réf.)	*407 914*	*1*	*1*	*–*
Constante			**0.009**	
R^2 de Nagelkerke			**0.186**	

Tableau 7 – Régression logistique estimant la probabilité qu'un individu déclare être en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé subjectif (analyse menée pour les répondants âgés d'au moins 25 ans). Légende : *** : $p \leq 0.001$; ** : $p \leq 0.01$; * : $p \leq 0.05$; ns : non significatif. Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

10.4 Annexe 4 : Régressions logistiques illustrant l'effet des différentes dimensions utilisées pour l'indicateur de conditions sociales

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs (N)	Probabilité de se déclarer en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé subjectif		Probabilité qu'un individu déclare souffrir de maladies/affections chroniques ou de handicaps	
		OR nets	IC (95%)	OR nets	IC (95%)
Sexe	***563 220***				
Homme (réf.)	*222 637*	*1*	*–*	*1*	*–*
Femme	*340 583*	*1.002ns*	*0.978 – 1.026*	*0.982ns*	*0.964 – 1.001*
Classe d'âges	***563 220***				
65-74 (réf.)	*307 192*	*1*	*–*	*1*	*–*
75-84	*200 329*	*1.578****	*1.542 – 1.615*	*1.456****	*1.429 – 1.483*
85+	*55 699*	*2.055****	*1.978 – 2.136*	*1.731****	*1.672 – 1.792*
Situation de ménage	***563 220***				
Ménages isolés	*170 359*	*0.893****	*0.871 – 0.915*	*0.947****	*0.929 – 0.967*
Ménages collectifs	*30 847*	*2.120****	*1.718 – 2.616*	*1.785****	*1.418 – 2.247*
Ménages non isolés (réf.)	*362 014*	*1*	*–*	*1*	*–*
Niveau d'instruction	***410 396***				
Sans diplôme ou primaire	*181 736*	*2.284****	*2.186 – 2.387*	*1.570****	*1.524 – 1.617*
Secondaire ou post-secondaire	*181 466*	*1.644****	*1.576 – 1.714*	*1.335****	*1.299 – 1.371*
Supérieure (réf.)	*47 194*	*1*	*–*	*1*	*–*
(Dernière) Activité professionnelle	***359 687***				
Employés (réf.)	*131 964*	*1*	*–*	*1*	*–*
Indépendant ou aidant d'indépendant	*70 477*	*1.271****	*1.232 – 1.310*	*1.088****	*1.062 – 0.114*
Ouvriers/apprentis	*88 280*	*1.416****	*1.374 – 1.460*	*1.266****	*1.235 – 1.297*
Autre/sans statut	*17 971*	*1.536****	*1.458 – 1.619*	*1.239****	*1.184 – 1.296*
Jamais travaillé	*50 995*	*1.107****	*1.066 – 1.150*	*0.926****	*0.899 – 0.954*
Type de logement	***533 768***				
Maison unifamiliale (réf.)	*424 687*	*1*	*–*	*1*	*–*
Appartement, studio, loft, chambre	*64 857*	*1.040**	*1.003 – 1.078*	*1.081****	*1.049 – 1.113*
Autre	*44 224*	*1.395****	*1.186 – 1.640*	*1.364****	*1.175 – 1.582*
Accès au logement	***504 716***				
Propriétaire, copropriétaire, usufruitier (réf.)	*393 718*	*1*	*–*	*1*	*–*
Locataire ou occupation gratuite	*110 998*	*1.320****	*1.283 – 1.358*	*1.195****	*1.167 – 1.224*
Nationalité	***561 686***				
Belge (réf.)	*513 720*	*1*	*–*	*1*	*–*
Non Belge du continent europ.	*45 130*	*1.021ns*	*0.977 – 1.066*	*0.912****	*0.879 – 0.946*
Non Belge, hors continent europ.	*2836*	*0.871ns*	*0.665 – 1.140*	*0.812**	*0.659 – 1.000*
Type milieu de résidence	***563 220***				
Commune centrale d'agglomération (réf.)	*139 023*	*1*	*–*	*1*	*–*
Commune non centrale d'agglomération	*106 601*	*1.036**	*1.003 – 1.071*	*1.032**	*1.006 – 1.060*
Périurbain ancien (Banlieue)	*61 634*	*0.808****	*0.776 – 0.841*	*0.850****	*0.825 – 0.877*
Périurbain récent	*55 327*	*0.874****	*0.839 – 0.911*	*0.917****	*0.887 – 0.947*
Petite ville	*123 706*	*0.835****	*0.809 – 0.863*	*0.879****	*0.857 – 0.902*
Commune rurale	*76 929*	*0.802****	*0.772 – 0.833*	*0.870****	*0.845 – 0.897*
Satisfaction services de santé	***472 779***				
Mal équipé	*46 763*	*0.995ns*	*0.953 – 1.039*	*0.880****	*0.849 – 0.911*
Normalement équipé	*267 950*	*0.950****	*0.923 – 0.976*	*0.926****	*0.906 – 0.947*
Très bien équipé (réf.)	*158 066*	*1*	*–*	*1*	*–*
Satisfaction transports publics	***458 517***				
Mal équipé	*131 189*	*1.339****	*1.292 – 1.388*	*1.258****	*1.224 – 1.294*
Normalement équipé	*225 374*	*1.133****	*1.098 – 1.169*	*1.093****	*1.067 – 1.120*
Très bien équipé (réf.)	*101 954*	*1*	*–*	*1*	*–*
Satisfaction services sociaux	***401 634***				
Mal équipé	*56 147*	*1.260****	*1.206 – 1.317*	*1.141****	*1.102 – 1.182*
Normalement équipé	*262 663*	*1.039**	*1.005 – 1.073*	*1.005ns*	*0.980 – 1.031*
Très bien équipé (réf.)	*82 824*	*1*	*–*	*1*	*–*
Constante		***0.077***		***0.572***	
R^2 de Nagelkerke		***0.060***		***0.036***	

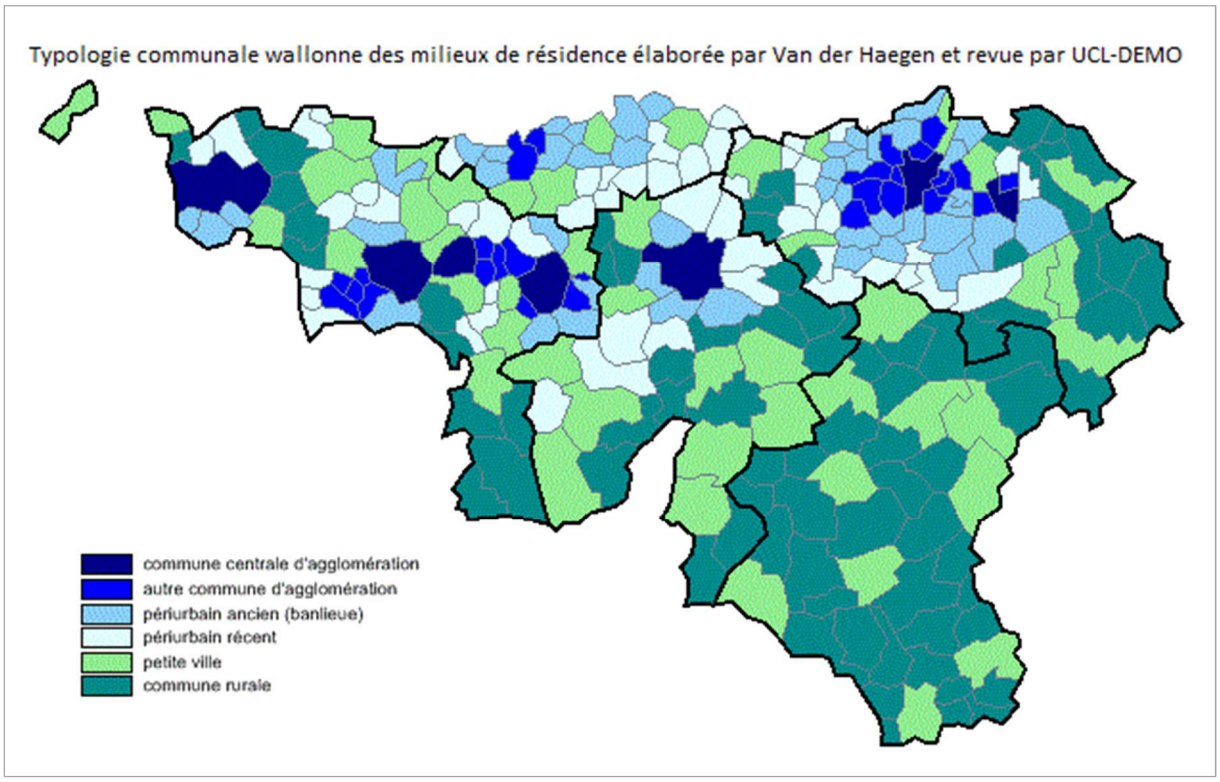
Régressions logistiques : probabilité qu'un individu déclare être en mauvaise santé ou souffrir ou non de maladie(s) de longue durée, d'affection(s) de longue durée ou de handicap(s) (limité aux personnes ayant au moins 25 ans). Légende : *** : p ≤ 0.001 ; ** : p ≤ 0.01 ; * : p ≤ 0.05 ; ns : non significatif. Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

10.5 Annexe 5 : Probabilité qu'un individu déclare être en « mauvais » ou en « très mauvais » état de santé subjectif : effets bruts des variables indépendantes sur la variable dépendante

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs (N)	OR bruts
Sexe	***563 220***	
Homme (réf.)	*222 637*	*1*
Femme	*340 583*	*1.109****
Classe d'âges	***563 220***	
65-74 (réf.)	*307 192*	*1*
75-84	*200 329*	*1.542****
85+	*55 699*	*2.126****
Situation de ménage	***563 220***	
Ménages isolés	*170 359*	*1.033****
Ménages collectifs	*30 847*	*1.850****
Ménages non isolés (réf.)	*362 014*	*1*
Conditions sociales	***392 328***	
Groupe défavorisé	*189 534*	*2.965****
Groupe intermédiaire bas	*161 637*	*2.041****
Groupe intermédiaire haut	*2 711*	*1.012^{ns}*
Groupe favorisé (réf.)	*38 446*	*1*
Nationalité	***561 686***	
Belge (réf.)	*513 720*	*1*
Non Belge du continent européen	*45 130*	*1.341****
Non Belge, hors continent européen	*2836*	*1.313****
Type milieu de résidence	***563 220***	
Commune centrale d'agglomération (réf.)	*139 023*	*1*
Commune non centrale d'agglomération	*106 601*	*1.057****
Périurbain ancien (Banlieue)	*61 634*	*0.779****
Périurbain récent	*55 327*	*0.921****
Petite ville	*123 706*	*0.869****
Commune rurale	*76 929*	*0.865****
Satisfaction services de santé	***472 779***	
Mal équipé	*46 763*	*1.242****
Normalement équipé	*267 950*	*0.997^{ns}*
Très bien équipé (réf.)	*158 066*	*1*
Satisfaction transports publics	***458 517***	
Mal équipé	*131 189*	*1.273****
Normalement équipé	*225 374*	*1.056****
Très bien équipé (réf.)	*101 954*	*1*
Satisfaction services sociaux	***401 634***	
Mal équipé	*56 147*	*1.353****
Normalement équipé	*262 663*	*1.050****
Très bien équipé (réf.)	*82 824*	*1*
Constante		
R^2 de Nagelkerke		

Régression logistique estimant la probabilité qu'un individu déclare être en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé subjectif (analyse menée pour les répondants âgés d'au moins 65 ans). Légende : *** : $p \leq 0.001$; ** : $p \leq 0.01$; * : $p \leq 0.05$; ns : non significatif. Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

10.6 Annexe 6 : Typologie des communes selon le type de lieu de résidence



Source : Van der Haegen (1996) revue par UCL-DEMO.

10.7 Annexe 7 : Modèle de régression logistique : probabilité qu'un individu déclare souffrir d'affections chroniques, de maladies de longue durée ou de handicaps (population âgée d'au moins 25 ans)

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs (N)	OR bruts	OR nets	IC (95%)
Sexe	**2 326 025**			
Homme (réf.)	*1 101 493*	*1*	*1*	*–*
Femme	*1 224 532*	*1.055****	*0.831****	*0.824 – 0.837*
Classe d'âges	**2 326 025**			
25-34 (réf.)	*446 701*	*1*	*1*	*–*
35-44	*508 752*	*1.155****	*1.447****	*1.427 – 1.468*
45-54	*476 970*	*2.729****	*2.375****	*2.342 – 2.408*
55-64	*330 382*	*4.383****	*3.145****	*3.100 – 3.192*
65-74	*307 192*	*6.767****	*4.009****	*3.948 – 4.072*
75-84	*200 329*	*9.815****	*5.448****	*5.353 – 5.545*
85+	*55 699*	*11.843****	*6.272****	*6.087 – 6.462*
Situation de ménage	**2 326 025**			
Ménages isolés	*403 824*	*1.853****	*1.196****	*1.183 – 1.208*
Ménages collectifs	*41 058*	*4.749****	*2.088****	*1.757 – 2.482*
Ménages non isolés (réf.)	*1 881 143*	*1*	*1*	*–*
Conditions sociales	**1 764 151**			
Groupe défavorisé	*439 407*	*5.004****	*3.254****	*3.217 – 3.292*
Groupe intermédiaire bas	*490 561*	*2.993****	*2.102****	*2.079 – 2.125*
Groupe intermédiaire haut	*323 914*	*1.151****	*1.266****	*1.250 – 1.282*
Groupe favorisé (réf.)	*510 269*	*1*	*1*	*–*
Nationalité	**2 307 611**			
Belge (réf.)	*2 060 963*	*1*	*1*	*–*
Non Belge du continent européen	*215 114*	*0.981****	*0.912****	*0.899 – 0.925*
Non Belge, hors continent européen	*31 534*	*0.655****	*0.869****	*0.830 – 0.910*
Type milieu de résidence	**2 326 025**			
Commune centrale d'agglomération (réf.)	*547 306*	*1*	*1*	*–*
Commune non centrale d'agglomération	*427 589*	*0.991**	*1.007^{ns}*	*0.995 – 1.019*
Périurbain ancien (Banlieue)	*282 388*	*0.739****	*0.855****	*0.844 – 0.867*
Périurbain récent	*240 589*	*0.838****	*0.902****	*0.889 – 0.915*
Petite ville	*509 045*	*0.857****	*0.892****	*0.881 – 0.902*
Commune rurale	*319 108*	*0.858****	*0.900****	*0.888 – 0.912*
Satisfaction services de santé	**2 087 829**			
Mal équipé	*233 899*	*0.971****	*0.944****	*0.930 – 0.959*
Normalement équipé	*1 212 960*	*0.903****	*0.920****	*0.910 – 0.929*
Très bien équipé (réf.)	*640 970*	*1*	*1*	*–*
Satisfaction transports publics	**2 061 500**			
Mal équipé	*653 910*	*0.953****	*1.114****	*1.100 – 1.128*
Normalement équipé	*992 253*	*0.926****	*1.009^{ns}*	*0.998 – 1.020*
Très bien équipé (réf.)	*415 337*	*1*	*1*	*–*
Satisfaction services sociaux	**1 959 673**			
Mal équipé	*263 062*	*1.188****	*1.170****	*1.151 – 1.188*
Normalement équipé	*1 288 797*	*1.003^{ns}*	*1.034****	*1.023 – 1.046*
Très bien équipé (réf.)	*407 914*	*1*	*1*	*–*
Constante			0.106	
R^2 de Nagelkerke			0.179	

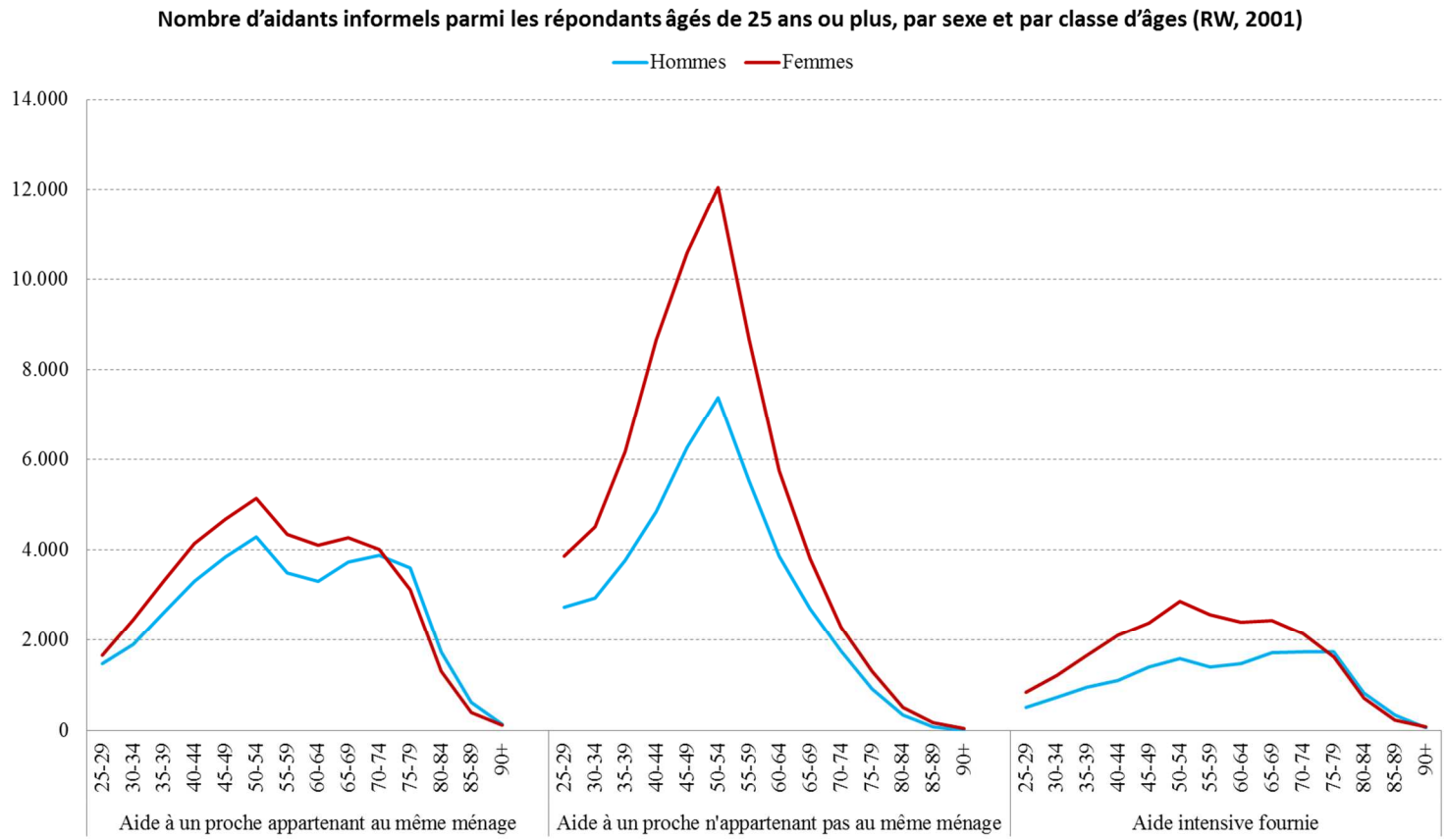
Tableau 8 – Régression logistique estimant la probabilité qu'un individu déclare souffrir ou non de maladie(s) de longue durée, d'affection(s) de longue durée ou de handicap(s) (limité aux personnes ayant au moins 25 ans). Légende : *** : $p \leq 0.001$; ** : $p \leq 0.01$; * : $p \leq 0.05$; ns : non significatif. Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

10.8 Annexe 8 : Probabilité qu'un individu déclare souffrir d'affections chroniques, de maladies de longue durée ou de handicaps : effets bruts des variables indépendantes sur la variable dépendante

Caractéristiques sociodémographiques	Effectifs (N)	OR bruts
Sexe	***563 220***	
Homme (réf.)	*222 637*	*1*
Femme	*340 583*	*1.047****
Classe d'âges	***563 220***	
65-74 (réf.)	*307 192*	*1*
75-84	*200 329*	*1.450****
85+	*55 699*	*1.750****
Situation de ménage	***563 220***	
Ménages isolés	*170 359*	*1.054****
Ménages collectifs	*30 847*	*1.773****
Ménages non isolés (réf.)	*362 014*	*1*
Conditions sociales	***392 328***	
Groupe défavorisé	*189 534*	*1.817****
Groupe intermédiaire bas	*161 637*	*1.429****
Groupe intermédiaire haut	*2 711*	*0.797****
Groupe favorisé (réf.)	*38 446*	*1*
Nationalité	***561 686***	
Belge (réf.)	*513 720*	*1*
Non Belge du continent européen	*45 130*	*1.070****
Non Belge, hors continent européen	*2836*	*0.870***
Type milieu de résidence	***563 220***	
Commune centrale d'agglomération (réf.)	*139 023*	*1*
Commune non centrale d'agglomération	*106 601*	*1.053****
Périurbain ancien (Banlieue)	*61 634*	*0.840****
Périurbain récent	*55 327*	*0.941****
Petite ville	*123 706*	*0.909****
Commune rurale	*76 929*	*0.904****
Satisfaction services de santé	***472 779***	
Mal équipé	*46 763*	*1.015^{ns}*
Normalement équipé	*267 950*	*0.953****
Très bien équipé (réf.)	*158 066*	*1*
Satisfaction transports publics	***458 517***	
Mal équipé	*131 189*	*1.149****
Normalement équipé	*225 374*	*1.016**
Très bien équipé (réf.)	*101 954*	*1*
Satisfaction services sociaux	***401 634***	
Mal équipé	*56 147*	*1.142****
Normalement équipé	*262 663*	*0.995^{ns}*
Très bien équipé (réf.)	*82 824*	*1*
Constante		
R^2 de Nagelkerke		

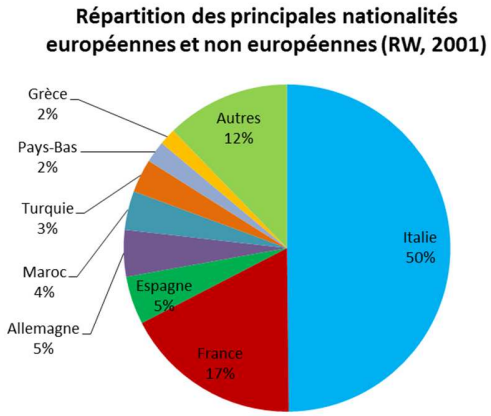
Régression logistique estimant la probabilité qu'un individu déclare souffrir ou non de maladie(s) de longue durée, d'affection(s) de longue durée ou de handicap(s) (limité aux personnes ayant au moins 65 ans. Légende : *** : $p \leq 0.001$; ** : $p \leq 0.01$; * : $p \leq 0.05$; ^{ns} : non significatif. Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

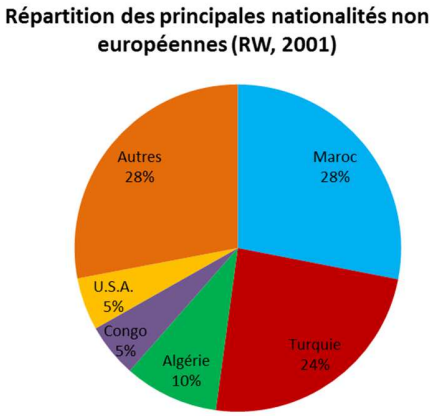
10.9 Annexe 9 : Nombre d'aidants informels parmi les répondants âgés de 25 ans ou plus, par sexe et par classe d'âges (Région wallonne, 2001)

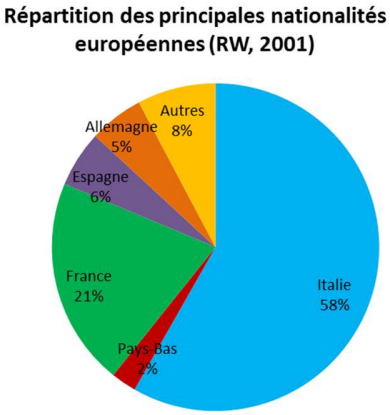


Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

10.10 Annexe 10 : Répartition des populations âgées de 25 ans ou plus par nationalité (Région wallonne, 2001)







Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO.

B. Typologies des communes wallonnes basées sur les critères d'offre et de besoins de prise en charge

Auteurs : Mélanie BOURGUIGNON, Thierry EGGERICKX, Jean-Paul SANDERSON (UCL-DEMO) ; avec la collaboration de Jacques MARQUET, Laura MERLA, Blanche LEIDER (UCL-CIRFASE) et Florence DEGAVRE (UCL-CIRTES)

1. Cadre de la recherche[41]

1.1 Constat de départ et question de recherche

Sur base de l'Atlas du vieillissement[42] réalisé à l'échelle de la Wallonie, il a été démontré que si le vieillissement démographique est une évidence à l'échelle wallonne, il touche toutefois les communes selon des ampleurs variables. Par ailleurs, les populations âgées présentent, du point de vue local, des caractéristiques spécifiques, notamment en matière d'appartenance socioéconomique, d'état de santé et de mode de vie (type de ménage, etc.).

Dans un contexte où le bien-être des populations âgées constitue une priorité, à la fois pour les autorités politiques et pour les personnes âgées, l'adéquation entre offre, demande et besoins d'aides, de soins et de services reste l'objectif idéal des politiques et initiatives mises en place.

À l'instar de ce qui a été fait à d'autres échelles[43], nous tentons d'analyser du point de vue local – communal – **l'adéquation entre les besoins de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie d'une part, et l'offre de services, d'aides et de soins d'autre part**.

[41] Ce document a été soumis au CA de la recherche. Il a donné lieu à plusieurs publications et communications qui nous ont permis d'affiner les informations reprises dans le présent document.

[42] BOURGUIGNON (M.), EGGERICKX (T.), SANDERSON (J.-P.) (2014). *Vieillissement démographique, offre et demande de services*, Working Paper, Institut wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), à paraître.

[43] Par exemple l'étude de DRION *ET AL.* (2011-2012) réalisée pour les communes de Waimes, Malmedy, Stavelot, Trois-Ponts, Stoumont et Lierneux.

1.2 Demande vs. Besoins vs. Offre

Les concepts « demande », « offre » et « besoin » sont au fondement de notre questionnement de départ. Ils recouvrent toutefois des réalités différentes, même si intrinsèquement liées.

Les critères définissant ces trois concepts sont, dans le cadre de cette recherche, proches de ceux adoptés en santé publique. Dès 1979, Hall affirmait par exemple que « *pour le planificateur sanitaire, le mot « offre » désigne généralement l'existence et les caractéristiques de ressources ou de services disponibles à un moment donné, présent ou futur, les informations se fondant dans ce dernier cas sur des hypothèses explicites concernant la production, les pertes et l'utilisation*. (…) *l'offre est le contraire de la demande, mais la distinction est parfois difficile à faire.* » (Hall *in* Hall et Mejia, 1979 : 105). Ce même auteur précise également que l'analyse de l'offre doit tenir compte des tendances de trois composantes principales :

L'offre actuelle, comprenant « *l'effectif du personnel sanitaire qualifié existant* » (Hall *in* Hall et Mejia, 1979 : 106). L'offre actuelle comprend donc à la fois l'offre active (personnes employées ou à la recherche d'un emploi dans le secteur), ainsi que l'offre inactive (travailleurs formés pour exercer dans ce secteur mais qui l'ont quitté ou se sont orientés vers d'autres types d'activités) (Hall *in* Hall et Mejia, 1979).

Les accroissements à venir, correspondant à « *l'accroissement probable de l'effectif des travailleurs qualifiés* » (Hall *in* Hall et Mejia, 1979 : 106).

Les pertes futures, qui correspondent quant à elles, aux « *pertes que semblent devoir subir avec le temps, par suite d'abandons ou de départs, aussi bien l'effectif actuel que les contingents qui devraient l'augmenter dans l'avenir* » (Hall *in* Hall et Mejia, 1979 : 106).

Inspiré de cette définition, ainsi que de celle présentée par Drion *et al.* (2011-2012), l'**offre** est, dans le cadre de cette recherche, entendue comme l'ensemble des prestataires effectivement disponibles pour les soins, les aides et les services aux bénéfices des personnes âgées. Ce concept englobe dès lors les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les pharmaciens, auxquels on associe idéalement les

services d'aide-ménagères, d'aides familiales et de gardes à domicile, ainsi que les services de télévigilance, de livraison de repas à domicile, de prêt de matériel médicalisé et de transports.

Le concept « **demande** », en économie de marché, traite de « *la mesure des quantités de biens ou de services que les acheteurs sont prêts à acquérir à différents prix, des facteurs tels que le revenu, les préférences individuelles et les prix relatifs des autres produits étant supposés constants.* » (Hall *in* Hall et Mejia, 1979 : 67-68). Appliqué au secteur de la santé publique, « *la demande, au sens strict ou technique du mot, désigne la somme des prestations de santé de diverses catégories que la population d'une région donnée cherchera à obtenir et a les moyens d'acquitter aux tarifs exigibles durant une période donnée*. » (Hall *in* Hall et Mejia, 1979 : 69). Plus précisément encore, la demande désigne, selon Drion *et al.* (2011-2012 : 6), « *l'expression d'un souhait/désir de personnes par rapport à l'utilisation d'un service* » et fait donc explicitement référence à une requête précise de la part des populations qui, selon les cas, correspondent à des « *patients, bénéficiaires, usagers,…* » (Drion *et al.*, 2011-2012 : 6). Ce concept peut être appréhendé à partir de différents critères tels que l'âge, l'état de santé, les habitudes de vie comme le type de ménage, etc. (Drion *et al.*, 2011-2012).

Enfin, le **besoin** d'aides, de soins et de services se réfère à « *l'estimation, de l'avis des professionnels et d'après l'état de la science médicale, des effectifs et de la quantité de prestations nécessaires pour assurer un niveau optimal de soins de santé* » (Hall *in* Hall et Mejia, 1979 : 69). Drion *et al.* (2011-2012) parlent quant à eux, d'un décalage entre situation réelle et situation désirée puisque « *le besoin se définit par rapport à une référence, une norme. (…) Le besoin représente ce qui est requis pour remédier au problème identifié. Ce concept est inséparable des concepts de la demande et de l'offre.* » (Della Guistina, 2005 *in* Drion *et al.*, 2011-2012 : 6). Selon ces critères, le besoin correspond à une perception de l'état de santé à un moment *t* (Drion *et al.*, 2011-2012). Il peut être diagnostiqué par un spécialiste de la santé, ressenti et/ou exprimé par les populations et/ou comblé par une offre d'aides, de soins et de services (Drion *et al.*, 2011-2012).

Ces définitions le montrent, les concepts « offre », « demande » et « besoin » sont en étroite relation et peuvent, selon Drion *et al.* (2011-2012 : 7), Della Guistina (2005) et Piette (1998), interagir différemment entre eux :

A	Situation idéale pour laquelle il y a adéquation entre offre, demande et besoin. L'offre d'un service correspond à une demande qui répond à un besoin.
B	Offre non pertinente : elle ne correspond ni à une demande exprimée ni à un besoin.
C	Besoin non satisfait et non exprimé : un besoin est identifié mais ne donne pas lieu à une offre d'aides ou de soins, ni à une demande de la part des populations concernées.
D	Demande "irrationnelle" : une demande provient de populations mais ne se réfère à aucun besoin et ne fait l'objet d'aucune offre correspondante.
E	Offre non utilisée : il y a une offre existante et un besoin identifié mais pour lequel aucune demande n'est exprimée.
F	Demande satisfaite : il y a l'expression d'une demande à laquelle les services offerts permettent de répondre mais ne correspondant pas à un besoin.
G	Demande potentielle correspondant à un besoin mais sans offre de service.

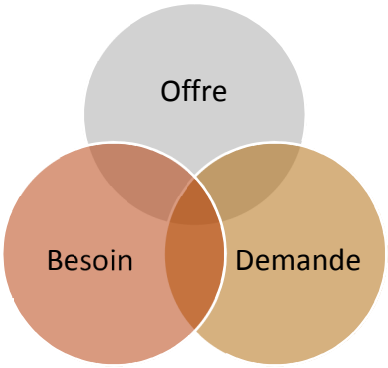


Figure 40 – Relation entre les concepts « offre », « besoin » et « demande ». Source : graphe inspiré de ceux présentés dans : Drion *et al.* (2011-2012), Della Guistina (2005) et Piette (1998).

1.3 Données utilisées, sources et justifications

Les typologies des communes wallonnes élaborées tiennent compte, selon les cas, des besoins d'aides, de soins et de services d'une part, et de l'offre d'aides, de soins et de services d'autre part.

1.3.a Indicateurs de besoins d'aides, de soins et de services

La typologie basée sur le critère de besoins d'aides, de soins et de services mobilise six variables principales illustrant, pour chaque commune wallonne, l'ampleur du vieillissement démographique, l'appartenance socioéconomique des populations âgées de 80 ans ou plus, ainsi que leur état de santé et leur mode de vie (type de ménage) (Tableau 9).

Variable	Source	Date
Parts communales de personnes âgées de 80 ans et plus	DGSIE*	2011
Parts communales de personnes âgées de 80 ans et plus appartenant aux groupes socioéconomiques les plus défavorisés[44] (GS1 et 2)	ESE** (Destiny)	2001
Parts communales de personnes âgées de 80 ans et plus en mauvaise santé subjective	ESE**	2001
Parts communales de personnes âgées de 80 ans et plus en mauvaise santé objective	ESE**	2001
Parts communales de personnes âgées de 80 ans et plus isolées	DGSIE*	2010
Parts communales de personnes âgées de 80 ans et plus en couple sans enfant	DGSIE*	2010

*Registre National ; **Enquête Socio-économique générale (2001)

Tableau 9 – Variables mobilisées pour appréhender indirectement les besoins d'aides, de soins et de services

Au niveau communal, les besoins en termes de prise en charge dépendent nécessairement de l'ampleur du vieillissement : plus les personnes âgées sont proportionnellement nombreuses, plus la pression exercée sur les systèmes de soins et de prise en charge est forte. La littérature le montre, le recours à des aides, au-delà du fait qu'elles soient disponibles ou non, est extrêmement corrélé à l'âge des populations (Soullier *et al.*, 2011, Dutheil, 2001). Selon les données belges de l'enquête *Health Interview Survey* (2008), les proportions de personnes bénéficiant d'aides particulières (soins infirmiers, aides ménagères ou pour personnes âgées, livraison de repas, transports) augmentent graduellement avec l'âge (Figure 41).

44 L'attribution de groupes sociaux concerne l'ensemble de la population et est créée, dans tous les cas, sur un ensemble identique de variables : le niveau d'instruction, les conditions socioprofessionnelles et le type de logement dans lequel résident les répondants. Il y a donc inévitablement un « effet de composition » entre les générations ou les âges : chaque groupe n'a pas été soumis aux mêmes évènements, ni aux mêmes évolutions sociétales, ce qui implique que leur position par rapport à certaines variables n'a pas la même signification en termes de niveau de vie. Un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur a probablement une valeur sociétale tout aussi élevée pour une personne âgée de 80 ans ou plus qu'un diplôme universitaire pour une personne de 40 ans. Ici, cet effet de composition n'intervient pas puisque les groupes sociaux ne s'appliquent qu'à la population âgée de 80 ans et plus. En outre, l'objet de cet indicateur est utilisé à titre purement descriptif et ne traduit que la répartition spatiale non uniforme des groupes sociaux favorisés et défavorisés.

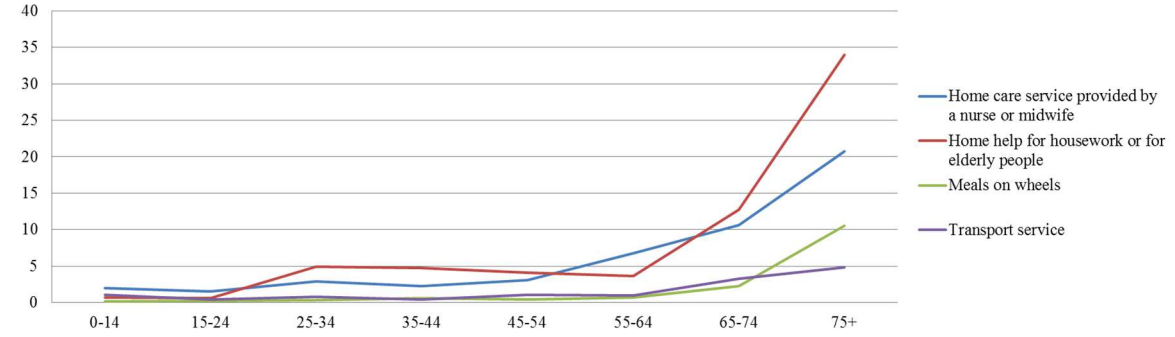


Figure 41 – Pourcentages de personnes bénéficiant d'aides par groupe d'âges (%, Belgique, 2008). Source : *Health Interview Survey* (2008).

Si le recours à des aides est fonction de l'âge des populations concernées, c'est notamment parce que l'état de santé, et spécialement la présence de limitations fonctionnelles, psychiques ou physiques, plus fréquente parmi les populations très âgées (Figure 42), incite à mobiliser des aidants – formels ou informels –. Dès lors, les besoins en termes d'aides dépendent forcément de l'état de santé et, corrélativement, de l'appartenance socioéconomique des populations âgées : un mauvais état de santé, généralement corrélé à une appartenance socioéconomique précaire[45], favorise le recours à des soins et, dans tous les cas, une augmentation des besoins requis pour l'accomplissement des activités quotidiennes ou des activités instrumentales.

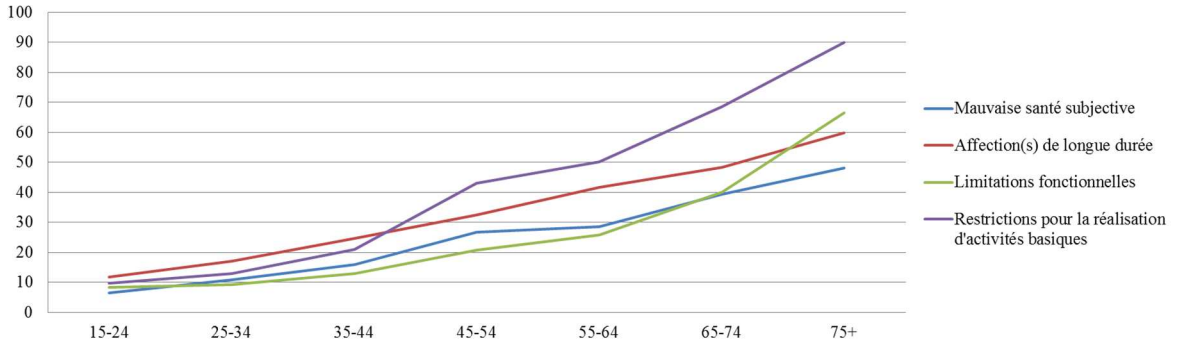


Figure 42 – Pourcentages de personnes en mauvaise santé subjective, ayant une/des affection(s) de longue durée, des limitations fonctionnelles ou des restrictions pour accomplir des activités basiques par groupe d'âges (%, Belgique, 2008). Source : *Health Interview Survey* (2008).

[45] Pour le lien entre santé et appartenance socioéconomique, cf. par exemple Ferland *et al.* (1995), Van Oyen *et al.* (2010), Siegrist *et al.* (2006) et Thrane (2006).

Notre typologie des communes wallonnes relative aux besoins d'aides, de soins et de services, prend également en considération les parts distinctes de populations très âgées (80 ans et plus) résidant seules ou en « couple sans enfant ». Nous considérons que de fortes proportions de personnes isolées peuvent concourir à accentuer la pression sur les systèmes de soins, d'aides et de services. De même, si les populations âgées résident fréquemment en couple sans enfant, le conjoint peut, plus difficilement (du fait de son âge), supporter des responsabilités importantes en matière de prise en charge de son conjoint, ce qui tend également à accroître la pression sur les systèmes d'aides existants.

Notons enfin que pour l'analyse des *clusters*, nous intégrerons la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus, résidant dans des ménages collectifs, même si cette variable n'est pas insérée comme critère à part entière pour notre classification. Nous estimons effectivement que si les personnes âgées vivant seules ou en couple sans enfant sont des groupes cibles en termes de besoins d'aides, les résidents de ménages collectifs bénéficient quant à eux d'une prise en charge qui répond, logiquement, à leurs besoins et leurs attentes. Le fait qu'ils puissent toutefois être surreprésentés dans certaines classes de communes peut se révéler être un constat intéressant pour les *working packages* suivants.

Les données utilisées se rapportent, selon les cas, à des périodes d'observation variables. Les informations relatives aux structures par âge communales sont issues du Registre National et se rapportent à l'année 2011. Les informations relatives aux situations de ménages des populations âgées proviennent, elles aussi, du registre de population mais datent de l'année 2010. Les indicateurs illustrant par contre l'état de santé[46] (objectif et subjectif) et l'appartenance socioéconomique des populations âgées ont été constitués à partir des données de l'Enquête Socio-économique générale de 2001[47]. Cette base de données contient, des points de vue sanitaires et socioéconomiques, les informations les plus récentes lorsque l'objectif est de travailler à partir de données disponibles à l'échelon local le plus fin. Une alternative plus récente (en matière d'état de

[46] Cf. Note méthodologique 1 : Etat de santé subjectif des populations.

[47] Cf. Note méthodologique 2 : Inertie des phénomènes en démographie.

santé) consisterait à prendre en compte la part de malades chroniques parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, provenant de l'Agence Inter-Mutualiste. Cet indicateur est construit à partir de l'effectif de bénéficiaires de soins dépendants et ayant droit au forfait maladie chronique48 (numérateur) et de l'effectif total de bénéficiaires de soins (dénominateur) (AIM-IMA, 2013). Un test d'analyse en composantes principales intégrant cette information supplémentaire nous a toutefois démontré que les résultats obtenus étaient bien plus difficilement interprétables que les précédents49. Nous avons donc opté pour une solution alternative : comme nous le ferons pour les proportions de personnes âgées résidant en ménages collectifs, nous intègrerons la part de patients chroniques dans le tableau croisé permettant la description des classes.

1.3.b Indicateurs d'offre d'aides, de soins et de services

Idéalement, le concept d' « offre », pour être complètement appréhendé, doit tenir compte des aides médicales et paramédicales, ainsi que des aides facilitant la vie quotidienne (ex : aides ménagères, aides familiales, services de garde à domicile, biotélévigilance, livraison de repas à domicile, prêt/location/vente de matériel, transports, etc.). Faute de disposer de données disponibles au niveau local, la typologie basée sur le critère d'offre d'aides, de soins et de services mobilise sept variables principales illustrant, pour chaque commune wallonne, l'offre d'aides informelles, l'offre

[48] Pour être inclus dans le groupe des bénéficiaires de soins dépendants et ayant droit au forfait maladie chronique, il faut « avoir droit pendant au moins 3 mois au forfait B ou C en matière de soins infirmiers ; avoir eu droit à un remboursement majoré en kinésithérapie ou en physiothérapie pendant 6 mois pour pathologie lourde ; avoir séjourné au moins à 6 reprises ou au moins 120 jours dans un hôpital général ou dans un hôpital psychiatrique durant l'année civile en cours et l'année précédente ; bénéficier d'allocations familiales majorées pour enfants handicapés ; satisfaire aux critères pour bénéficier de l'allocation d'intégration pour personnes handicapées (cat. III, IV ou V, personnes souffrant de grands problèmes d'autonomie) ; répondre aux critères pour bénéficier d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées, cat. III, IV ou V ; bénéficier d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne ; bénéficier d'une indemnité d'incapacité primaire ou d'invalidité, majorée de l'aide d'une tierce personne ; bénéficier d'une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne. » (AIM-IMA, 2013 : 1).

[49] L'analyse en composantes principales, intégrant l'effet des six variables de départ et de la part de patients chroniques âgés de 75 ans ou plus, aboutit à la création de trois composantes. La première est fortement corrélée aux proportions de personnes en mauvaise santé objective (0.864) ou subjective (0.859). La troisième composante est associée positivement à la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus (0.859), ainsi qu'à la proportion de personnes âgées et précarisées (0.864). Ces deux composantes restent, du point de vue statistique, facilement interprétables. Par contre, la deuxième composante est associée positivement aux proportions de personnes âgées de 80 ans et plus résidant seules (0.678) ou en couple sans enfant (0.718) et négativement à la part de patients chroniques parmi les « 75 ans et plus » (-0.687). Associant l'état de santé des populations âgées et leurs habitudes de résidence, les variations de cette composante risquent d'être difficilement compréhensibles.

d'aides médicales et paramédicales, ainsi que le degré d'insatisfaction des populations. Considérant par ailleurs que les aides urgentes (appels vers les services d'urgence – SMUR, etc. –, proximité par rapport aux services d'urgence) sont appropriées pour des situations de crise, et pas forcément pour faciliter le maintien à domicile ou la vie quotidienne des populations âgées, ces données ne sont pas intégrées dans notre typologie.

Variable	Source	Date
Parts communales d'aidants informels parmi les hommes âgés de 45 ans ou plus	ESE*	2001
Parts communales d'aidantes informelles parmi les femmes âgées de 45 ans ou plus	ESE*	2001
Ratios communaux d'aidants potentiels	DGSIE**	2011
Nombre de professionnels médicaux ou paramédicaux pour 100 personnes de 80 ans ou plus	INAMI*** ; DGSIE**	2013[50]
Parts communales de '80 ans ou plus' insatisfaits de l'offre de transports publics[51]	ESE*	2001
Parts communales de '80 ans ou plus' insatisfaits de l'offre de soins de santé[51]	ESE*	2001
Parts communales de '80 ans ou plus' insatisfaits de l'offre de services sociaux[51]	ESE*	2001

*Enquête Socio-économique générale (2001) ; **Registre National ; ***Institut national d'assurance maladie-invalidité

Tableau 10 – Variables mobilisées pour appréhender l'offre d'aides, de soins et de services

Selon les cas, les indicateurs mobilisés illustrent les dimensions formelles ou informelles des aides et services offerts.

L'aidant informel, par son intervention parfois combinée à celles de professionnels, participe au maintien à domicile des personnes âgées et constitue une source non négligeable d'aides. Les données belges de l'enquête *Health Interview Survey* (2004) montrent par exemple que 62% des personnes ayant des difficultés pour réaliser les activités quotidiennes et 80% de celles souffrant de limitations pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (préparation des repas, gestion des finances, etc.) bénéficient de l'intervention de proches (éventuellement couplée à l'aide de

[50] L'information relative au nombre de professionnels médicaux ou paramédicaux provient de l'INAMI. Elle correspond à la situation observée en 2013. Pour illustrer la disponibilité de ces intervenants auprès de la population très âgée, l'effectif total a été rapporté à la population âgée de 80 ans et plus. Cette dernière information se rapporte toutefois à l'année 2011, période pour laquelle nous disposons des structures par âge communales les plus récentes.

[51] Cf. 8.1.

professionnels) (Masuy, 2010). En nombre d'heures, l'aide informelle fournie serait même cinq fois plus intense que l'aide professionnelle (Masuy, 2010). Par ailleurs, la fourniture d'aide est inéquitablement répartie entre les sexes : selon la littérature, les femmes sont les principales pourvoyeuses d'aides, spécialement aux âges compris entre 45 et 64 ans, lorsque les aides sont fournies à des membres n'appartenant pas au même ménage et lorsque l'intensité des aides est élevée (Bocquet, Grand, Clément *in* Henrard, 1997 ; Dutheil, 2001 ; Deboosere *et al.*, 2006 ; Bracke *et al.*, 2008 ; Fontaine, 2009 ; Bonnet *et al.*, 2011), y compris en Wallonie (Bourguignon *et al.*, 2014). Compte-tenu de l'importance du rôle joué par les proches des personnes âgées, notre typologie basée sur l'offre d'aides, de soins et de services tient compte des proportions communales d'aidants informels respectivement observées parmi les hommes et les femmes âgés de 45 ans ou plus. Cette information, plutôt ancienne, provient de l'Enquête Socio-économique générale de 2001, laquelle permet de disposer d'une information disponible à un échelon spatial relativement fin. Dans ce cadre, les aidants informels sont considérés comme les personnes qui déclarent avoir apporté, de manière non professionnelle, de l'aide et/ou des soins à une/des personne(s) souffrant de maladie(s), affection(s) ou handicap(s) durable(s)[52]. Les bénéficiaires de ces aides ne peuvent être identifiés en tant que tels. On peut uniquement déterminer s'ils appartiennent au même ménage que le répondant. Il est par contre impossible de distinguer les aidants qui interviennent pour des personnes âgées uniquement.

Si l'on adopte une optique intergénérationnelle, l'indicateur d'aides informelles fournies par les répondants peut être actualisé à partir d'un rapport démographique reflétant la disponibilité d'aidants potentiels. Celui-ci rapporte le nombre de personnes âgées de 45 à 64 ans (numérateur) – principaux intervenants dans les aides intergénérationnelles (Figure 43) –, au nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus (dénominateur). Ce ratio est intrinsèquement lié aux structures par âge locales : sa valeur dépend notamment de la surreprésentation de certains groupes d'âges au sein de la population totale.

[52] Cf. 8.2.

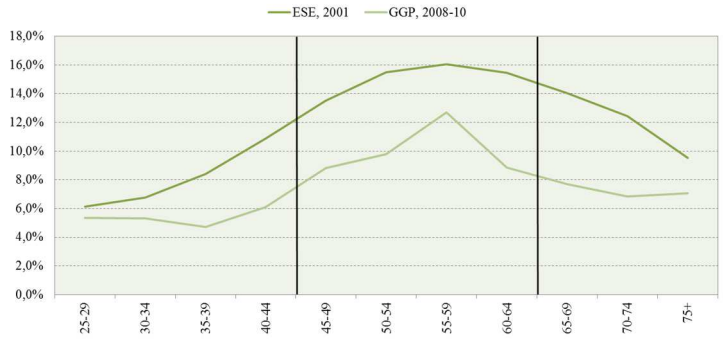


Figure 43 – Proportions d'aidants informels, tous bénéficiaires confondus. Source : DGSIE, ESE 2001 ; GGP Belgium, 2008-10. Traitement : UCL-DEMO.

Note : les données de l'Enquête Socio-économique générale datent de 2001 et se rapportent à l'ensemble de la population âgée d'au moins 25 ans, vivant en Wallonie ; les données de l'Enquête Generations and Gender se rapportent quant à elles à la période 2008-10 et ont été collectées auprès de répondants vivant en Belgique, âgés entre 25 et 83 ans.

Parallèlement à ces indicateurs illustrant l'aide informelle offerte aux populations âgées, nous avons intégré un indicateur illustrant la disponibilité potentielle du personnel médical et paramédical. Ce concept regroupe les professions telles que médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers et pharmaciens. L'indicateur prend une forme agrégée : il n'est autre que la somme des généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers et pharmaciens (numérateur), rapportée à l'effectif de population âgée de 80 ans ou plus (dénominateur) pour chaque commune wallonne.

La prise en considération de l'offre des services rendus par ces professionnels médicaux et paramédicaux est basée sur les raisonnements de Vigneron (*in* Amat-Roze, 2011), spécialiste des soins de santé et de leur territorialisation. Cet auteur, explicitant sa réflexion sur le cas français, estime que les populations locales appartiennent à des bassins de santé, lesquels sont hiérarchisés, emboîtés les uns dans les autres (Amat-Roze, 2011) et variant selon leurs spécificités et leur proximité. Cinq niveaux de bassins peuvent être distingués :

[1] Les bassins de santé européens, regroupant les services médicaux rares ;

[2] Les bassins de santé régionaux, regroupant les services spécialisés et les institutions de références (de type CHU) ;

[3] Les bassins de santé de référence, regroupant les centres hospitaliers classiques ;

[4] Les bassins de santé de proximité ;

[5] Et enfin, les bassins de santé de base, lesquels se caractérisent par leur proximité directe avec les patients potentiels et regroupant dans ce cas, les généralistes, les infirmiers, les pharmaciens et les kinésithérapeutes. (Amat-Roze, 2011 : 19 – 20)

Ce « répertoire » des bassins de santé, même s'il est déduit de la situation française, peut être appliqué à plus petite échelle, à la Belgique, ou même à la Wallonie puisque cette hiérarchie entre les services médicaux et paramédicaux offerts existe et varie selon le degré de proximité entre professionnels et patients, le degré d'urgence, la sévérité des affections sanitaires, etc. La prise en compte de la disponibilité des médecins généralistes, des kinésithérapeutes, des infirmiers et des pharmaciens pour appréhender l'offre d'aides, de soins et de services aux personnes âgées est intéressante d'un double point de vue. D'une part, ces acteurs rendent des services de proximité, supposés être plus adaptés aux besoins des populations âgées. D'autre part, ces professionnels offrent des services potentiellement « déplaçables », pouvant s'adapter à la mobilité particulière des populations âgées.

Finalement, si nous acceptons que l'offre d'aides, de soins et de services peut être indirectement appréhendée par le ressenti des populations, notre typologie tient également compte du degré de satisfaction relatif à l'offre de services publics. À cet égard, trois variables sont incluses dans notre analyse et reflètent, pour chaque commune wallonne, la proportion de personnes âgées de 80 ans ou plus, insatisfaites de l'offre de transports publics, de soins de santé et de services sociaux.

Parallèlement à ces données, lorsque nous croiserons les typologies relatives aux besoins et à l'offre d'aides, de soins et de services, nous intégrerons des variables supplémentaires, typiques de l'offre de places en institutions ou en centres hospitaliers. Le fait qu'elles relèvent d'une logique différente de celle liée aux soins formels et informels de proximité nous pousse à n'en tenir compte qu'*a posteriori*. Lorsque nous décrirons donc les différentes classes de communes wallonnes, nous inclurons l'effet de la disponibilité de places en maisons de repos et/ou de soins (MRPA/MRS), ainsi que le

nombre de lits existants dans les services hospitaliers spécialisés pour les personnes âgées[53].

1.4 Méthodologie appliquée et justifications

Les typologies des besoins et de l'offre d'aides, de services et de soins sont élaborées à partir d'analyses classificatoires. Cette méthode, réputée pour être une « *technique de repérage des communes présentant des caractéristiques et des comportements semblables* » (Costa, 2013 : 204) vise le regroupement d'entités géographiques sur base d'une série d'indicateurs sélectionnés au préalable. Selon Costa (2013 : 204), cette méthode présente un double avantage : d'une part elle permet de disposer de regroupements d'aires géographiques plus lisibles que ceux extrêmement détaillés des 262 communes composant la Wallonie ; d'autre part, « *la comparaison des valeurs des indicateurs caractérisant les groupes devrait permettre de valider l'existence de différences significatives de comportements entre groupes de communes.* » (Costa, 2013 : 204).

Concrètement, les analyses classificatoires réalisées reposent sur le critère de Ward, lequel permet de tenir compte de la part de variance initiale conservée après le processus de regroupement des entités communales (Costa, 2013).

Au préalable de chacune des analyses classificatoires, des analyses en composantes principales (avec rotation) ont été réalisées. Celles-ci permettent de regrouper les variables initialement mobilisées et qui présentent une forte corrélation entre elles. L'information initiale est donc condensée en quelques variables synthétiques, aussi appelées composantes ou facteurs (Masuy-Stroobant, 2013). Cette technique repose sur l'analyse de la matrice des corrélations linéaires entre chacun des indicateurs (Masuy-Stroobant, 2013). Les composantes, nouvellement créées à partir de ces données,

53 Ils comprennent (1) les services exclusivement gériatriques, (2) les services spécialisation cardio-pulmonaire, (3) les services spécialisation chronique, (4) les services spécialisation locomoteur, (5) les services spécialisation neurologique, (6) les services spécialisation palliative, (7) les services spécialisation psycho-gériatriques (dans le cas des services 2 à 7, il s'agit de services de revalidation. Cf. 8.3.

permettent alors de résumer hiérarchiquement la variation commune des indicateurs (Masuy-Stroobant, 2013 : 150).

2. Typologie des communes wallonnes basée sur le critère indirect de besoins de soins, d'aides et de services

2.1 Analyse en composantes principales

L'analyse en composantes principales réalisée à partir des indicateurs illustrant indirectement les besoins des personnes âgées de 80 ans et plus vise le regroupement de variables qui présentent une forte corrélation entre elles.

À partir des six variables initialement utilisées, l'analyse en composantes principales aboutit à la création de trois composantes. Trois d'entre elles présentent effectivement une valeur propre supérieure à l'unité, ce qui signifie qu'elles contiennent chacune au moins autant de variance que les variables initiales mobilisées (Masuy-Stroobant, 2013). Ces trois composantes résument un peu moins de 70% de la variance totale dont quasiment la moitié est imputable à la première composante.

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	**% de la variance**	**% cumulés**	**Total**	**% de la variance**	**% cumulés**	**Total**	**% de la variance**	**% cumulés**
1	1,946	32,427	32,427	1,946	32,427	32,427	1,862	31,030	31,030
2	1,127	18,789	51,216	1,127	18,789	51,216	1,138	18,968	49,999
3	1,065	17,743	68,959	1,065	17,743	68,959	1,138	18,960	68,959
4	,822	13,698	82,657						
5	,728	12,132	94,790						
6	,313	5,210	100,000						

Tableau 11 – Analyse en composantes principales pour les besoins d'aides : variance totale expliquée

Le tableau 'matrice des composantes' (Tableau 12) détaille la corrélation entre les variables initiales et chaque composante créée. En fixant le seuil minimal de 0.5 pour le coefficient de corrélation, on peut déterminer quelle information est synthétisée dans chacune des composantes.

[1] La composante 1 est positivement associée à la proportion de personnes âgées en mauvaise santé subjective ou objective (→ **Etat de santé**).

[2] La composante 2 est associée positivement à la proportion de personnes âgées vivant seules, de même qu'à la proportion de personnes âgées vivant en couple sans enfant[54] (→ **Types de ménages**).

54 Un premier essai d'analyse en composantes principales, utilisant un indicateur agrégé des types de ménages (= somme des proportions de personnes âgées de 80 ans et plus vivant seules ou en couple sans enfant), a été réalisé. Il n'a toutefois pas été conservé parce qu'il donnait des résultats difficilement interprétables. L'ACP aboutissait à la création de deux seules composantes (ayant une valeur propre supérieure à 1). La première des deux était corrélée avec la proportion de personnes en mauvaise santé objective (0.886) et la proportion de personnes en mauvaise santé subjective (0.891), illustrant ainsi l'état de santé des populations âgées. La seconde était, quant à elle, corrélée à la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus d'une part (0.870), et à la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus appartenant deux groupes sociaux les plus précarisés (0.579), illustrant dans ce cas la situation en termes de vieillissement et précarité. Aucune des deux composantes n'était toutefois suffisamment corrélée à la variable sommant les proportions de personnes âgées vivant seules ou en couple sans enfant (-0.124 avec la composante 1 et -0.226 avec la composante 2). L'analyse en composantes principales mobilise donc deux indicateurs illustrant respectivement la proportion de personnes âgées isolées et la proportion de personnes âgées vivant en couple sans enfant.

[3] Enfin, la composante 3 est associée positivement à la proportion de personnes âgées de 80 ans ou plus, ainsi qu'à la proportion de populations âgées appartenant aux groupes sociaux les plus précarisés (→ **Vieillissement et précarité**).

	Composante		
	1	**2**	**3**
Parts 80+	-,139	-,090	**,871**
Parts 80+ précarisés	,395	,094	**,593**
Parts 80+ en mauvaise santé subjective	**,871**	-,026	,012
Parts 80+ en mauvaise santé objective	**,885**	-,056	,063
Parts 80+ isolés	,171	**,841**	,081
Parts 80+ en couple sans enfant	-,340	**,640**	-,130

Tableau 12 – Analyse en composantes principales pour les besoins d'aides : matrice des composantes après rotation

2.2 Analyse classificatoire : typologie des communes wallonnes

La typologie des communes wallonnes basée sur le critère de besoins est établie à partir des trois indicateurs composites créés lors de l'analyse en composantes principales. On dispose initialement de 262 communes, lesquelles peuvent, à la suite de 261 fusions au plus, être regroupées sur base de critères semblables. Chaque regroupement implique inévitablement une perte d'information. Celle-ci peut être analysée à partir des valeurs répertoriées dans la colonne « coefficients » (Tableau 13), lesquels correspondent au critère de Ward. Si l'on prend en considération la perte d'information perdue comme critère déterminant la fin des regroupements, trois typologies sont envisageables :

[1] Typologie en ***six classes*** : à l'étape 256, on procède au regroupement des classes 1 et 2, engendrant une perte d'informations de 320.44. Si l'on considère qu'il s'agit du dernier regroupement engendrant une perte d'informations considérée comme acceptable, on obtient alors une typologie des communes en six classes.

[2] Typologie en ***cinq classes*** : à l'étape 257, on procède au regroupement des classes 1 et 4, engendrant une perte d'informations de 362,87. Si l'on considère qu'il s'agit du

dernier regroupement engendrant une perte d'informations considérée comme acceptable, on obtient alors une typologie des communes en cinq classes.

[3] Typologie en ***quatre classes*** : à l'étape 258, on procède au regroupement des classes 1 et 62, engendrant une perte d'informations de 418,95. Si l'on considère qu'il s'agit du dernier regroupement engendrant une perte d'informations considérée comme acceptable, on obtient alors une typologie des communes en quatre classes.

Etape	Regroupement de classes		Coefficients	Etape d'apparition de la classe		Etape suivante
	Classe 1	Classe 2		Classe 1	Classe 2	
1	173	232	,005	0	0	177
2	193	255	,009	0	0	25
255	21	31	293,884	253	241	260
256	1	2	320,435	252	250	257
257	1	4	362,867	256	247	258
258	1	62	418,953	257	249	261
259	5	13	503,552	244	254	260
260	5	21	609,291	259	255	261
261	1	5	783,000	258	260	0

Tableau 13 – Regroupement des classes, chaîne des agrégations (Typologie par analyse classificatoire avec ACP préalable)

2.3 Résultats

2.3.a Illustration et description de la typologie des besoins

Les typologies des communes wallonnes basées sur le critère de besoins d'aides, de soins et de services comptent, selon les cas, cinq, six ou sept classes. Dans ce point, l'objectif vise à décrire les classes constituant les typologies. Seule celle constituée de cinq classes sera décrite, la cohérence observée entre les classes et à l'intérieur de celles-ci en permettant une interprétation statistique et spatiale plus aisée. La description des classes de communes est réalisée à partir de l'ensemble d'outils statistiques disponibles à la page 144.

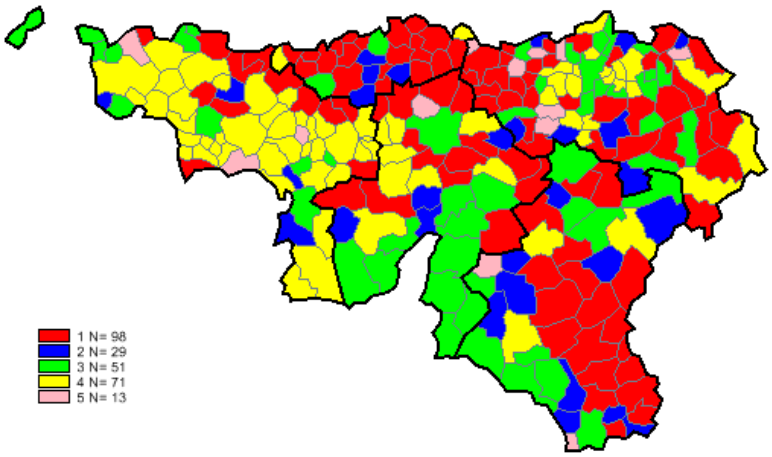


Figure 44 – Typologie des communes wallonnes sur base du critère de besoin d'aides, de soins et de services (5 classes)

La **classe 1** se compose essentiellement de communes dont les structures par âges sont encore extrêmement jeunes : la proportion moyenne de personnes âgées de 80 ans et plus observée dans ces différentes communes fait partie des valeurs les plus faibles observées à l'échelle de la région. Parallèlement, c'est dans les communes composant cette même première classe que l'on observe les proportions les plus faibles de populations âgées de 80 ans et plus appartenant aux deux groupes sociaux les plus défavorisés. Les populations âgées vivant dans ces communes appartiennent proportionnellement plus qu'à l'échelle régionale au groupe intermédiaire bas (Figure 46). Le critère d'appartenance sociale des populations âgées n'est pas indépendant de leur état de santé. Les communes composant cette classe présentent ainsi des proportions de populations âgées en mauvaise santé (objective et subjective) se situant parmi les plus faibles à l'échelle de la Wallonie. De même, la part moyenne de patients chroniques (16.8%) est légèrement inférieure à celle observée en Wallonie (17.4%). Les tendances en matière de types de ménages présentent également des particularités même si les différences sont moins marquées par rapport à l'ensemble régional. Le constat le plus étonnant concerne la part de personnes âgées isolées qui est moins élevée pour cette première classe (37.3%) que pour l'ensemble de la région (40.3%). Cette différence tient probablement au fait que la prévalence de ménages de type « autres » est la plus élevée pour cette classe de communes (11.1% *vs.* 9.6% à l'échelle régionale) (Figure 47). Compte-tenu de ces tendances, la pression exercée par les populations âgées, cumulant une

mauvaise santé et une appartenance sociale précaire est supposée être moins importante dans cette classe de communes qu'ailleurs.

Cette première classe rassemble le plus grand nombre de communes (37% d'entre elles), lesquelles se répartissent en deux ensembles géographiques principaux. Un premier ensemble comprend la quasi-totalité des communes du Brabant wallon. Un second groupe est localisé dans le Sud de la province du Luxembourg. D'autres communes se greffent également à cette première classe et se situent par exemple au Sud de la commune namuroise, au Nord de la commune de Mons, ainsi qu'à proximité des communes urbaines telles que Liège et Verviers. Ces différentes communes présentent, pour la plupart, la particularité d'être de type périurbain, ce qui justifierait les tendances observées en matière d'appartenance socioéconomique et de santé des populations résidentes.

À l'instar de la première classe, la **classe 2** se compose également de communes qui présentent des structures par âge locales encore relativement jeunes : on y compte en moyenne 4.2% de personnes âgées de 80 ans ou plus, contre 4.8% à l'échelle wallonne. Les populations âgées résidant dans ces communes appartiennent également plus fréquemment à des groupes sociaux favorisés qu'à l'échelle wallonne, de même qu'elles sont également proportionnellement moins nombreuses à être en mauvaise santé (santé objective, santé subjective, patients chroniques). Ce qui distingue surtout cette classe de communes de l'ensemble régional et, plus spécifiquement de la première classe, ce sont les modes de résidence des populations âgées. Les populations âgées de 80 ans ou plus sont effectivement plus nombreuses à résider dans des ménages isolés (46.2% *vs.* 40.3% en Wallonie) ou en couple sans enfant (33.1% *vs.* 28.5% en Wallonie) alors qu'à l'inverse, la proportion de personnes institutionnalisées est bien inférieure (2.3% *vs.* 12.3% en Wallonie).

La répartition des populations âgées au sein des différents types de ménages pose question. Différents types d'explications, potentiellement opposés ou complémentaires, peuvent expliquer la très faible prévalence des ménages collectifs et, à l'inverse, la fréquence élevée de ménages isolés ou de couples sans enfant parmi les populations âgées. Cela peut résulter d'un état de santé généralement meilleur, permettant le maintien

des populations âgées à domicile. Les résultats tendent à conforter cette hypothèse d'un meilleur état de santé, même s'ils sont incapables d'expliquer pourquoi ce constat n'est applicable qu'à la deuxième classe qui présente pourtant des tendances semblables à la première (du point de vue sanitaire notamment). Le recours peu fréquent à des ménages collectifs peut, par ailleurs, provenir d'un déficit de l'offre de places en institution. Il peut également résulter d'une offre d'aides à domicile extrêmement performante (provenant de professionnels et/ou de proches), facilitant la vie quotidienne dans des ménages mêmes isolés. De ces points de vue, les communes appartenant à cette deuxième classe présentent une situation intéressante. La forte prévalence des ménages isolés ou des couples sans enfant parmi les populations âgées accroît potentiellement la pression sur les services d'aides et de soins à domicile si ces populations requièrent une prise en charge ou une assistance pour l'une et/ou l'autre des activités quotidiennes.

Sur les 262 communes wallonnes, 29 (soit 11%) composent cette deuxième classe, dont la répartition est bien plus hétérogène à l'échelle de la Wallonie et des différentes provinces.

La **classe 3** comprend des communes qui se distinguent des précédentes, essentiellement sur base de la troisième composante (relative à l'ampleur du vieillissement et à la précarité des populations âgées) (Figure 45). En moyenne, cette classe de communes concentre proportionnellement plus de personnes âgées de 80 ans ou plus (5.9% *vs.* 4.8% en Wallonie). Parallèlement, ces communes tendent, du point de vue de l'appartenance socioéconomique des populations âgées, à rassembler des profils « extrêmes ». On note par exemple que la part de personnes âgées et appartenant aux deux premiers groupes sociaux (10.4%) est supérieure à la moyenne régionale (8.7%). Les résultats montrent également que l'appartenance des populations âgées au quartile social favorisé est plus fréquente dans ces communes (Figure 46). Ce regroupement de populations « extrêmes » du point de vue socioéconomique est inévitablement corrélé à leur état de santé : la proportion de personnes en mauvaise santé subjective y est la plus faible, de même que les proportions de patients chroniques ou de personnes en mauvaise santé objective font partie des valeurs les plus faibles. L'ensemble de ces tendances pousse à croire à l'existence d'un effet de sélection : les populations âgées ne sont-elles

pas surreprésentées dans ces communes parce qu'elles sont proportionnellement plus nombreuses à appartenir aux groupes sociaux favorisés, et donc en meilleure santé ?

Un peu moins d'un cinquième (19.5%) des communes wallonnes compose cette troisième classe. Deux principaux ensembles de communes peuvent être distingués. Un premier ensemble comprend des communes de type plus rural, situées dans le sud de la province de Namur (en Ardennes et dans l'Entre-Sambre-et-Meuse), ainsi que dans les communes de l'extrême-est de la province hennuyère. Le second ensemble comprend davantage de communes urbaines (telles que Liège ou Namur par exemple) et des communes situées dans les zones périurbaines de celles-ci.

La **classe 4** comprend des communes qui, du point de vue des besoins en termes d'aides, de soins ou de services, sont encore plus spécifiques parce qu'elles cumulent à la fois une précarité socioéconomique marquée et une situation sanitaire inquiétante. Les populations appartenant aux deux premiers groupes sociaux sont surreprésentées parmi les communes composant cette classe (12.3% *vs.* 8.7% en Wallonie). De ce fait, il n'est pas surprenant que la proportion moyenne de personnes en mauvaise santé soit la plus élevée dans cette classe de communes : cela concerne 34.3% des '80 ans et plus' en matière de santé subjective (*vs.* 29.1% en Wallonie) et 65.4% en matière de santé objective (*vs.* 60.6% en Wallonie). On observe parallèlement que la proportion moyenne de patients chroniques parmi les personnes âgées de 75 ans et plus (18.4%) est supérieure à la valeur régionale (17.4%). Compte-tenu de ces tendances en matière de santé, la part de personnes âgées de 80 ans et plus vivant dans des ménages collectifs n'est pas pour autant supérieure à celle observée dans l'ensemble des communes wallonnes. (11.7% *vs* 12.3% en Wallonie). Fait plus étonnant même, la part moyenne de personnes âgées vivant seules est légèrement supérieure dans cette classe.

Les communes appartenant à cette quatrième classe se concentrent majoritairement dans les anciens bassins industriels wallons, c'est-à-dire dans la province du Hainaut, en ce compris les communes urbaines telles que Mons et Charleroi, ainsi que dans les zones environnant la commune de Liège. Ce regroupement élaboré sur base des critères de santé et d'appartenance sociale n'est pas surprenant puisqu'il a été démontré précédemment que l'indice standardisé de santé objective ou subjective était supérieur à

l'unité dans ces différentes communes (Bourguignon *et al.*, 2014). De même, la proportion de personnes âgées appartenant au quartile social le plus précaire était relativement élevée dans ces différentes communes (Bourguignon *et al.*, 2014).

Compte-tenu de ces tendances, la réflexion basée sur le critère de besoins d'aides, de soins et de services est intéressante. Si l'ampleur du vieillissement démographique n'est pas plus marquée pour cette classe que pour l'ensemble de la région, les observations restent interpelantes puisque les personnes âgées en mauvaise santé requièrent plus probablement des aides et des soins. Leur appartenance sociale questionne toutefois le mode d'accès aux soins et aux aides car des études démontrent que les personnes âgées défavorisées recourent moins fréquemment à des aides professionnelles. Par exemple, Portrait *et al.* (2000) et Davin *et al.* (2008) affirment qu'un lien existe entre caractéristiques socioéconomiques des populations âgées et type d'aide reçue, les personnes les plus instruites ayant une probabilité plus élevée de recourir à une aide formelle ou mixte. Selon les auteurs, quatre types d'explications justifient de telles tendances :

[1] Les populations âgées les plus instruites ont des enfants qui sont probablement plus instruits, pour lesquels les coûts d'opportunité liés à la fourniture d'aides informelles sont plus élevés (Portrait *et al*., 2000 in Davin *et al*., 2008).

[2] Les populations âgées les plus instruites peuvent également accorder une préférence plus marquée pour des aides de type formel, celles-ci leur laissant l'occasion de rester indépendantes de leurs proches.

[3] Parallèlement, les personnes âgées moins instruites peuvent recourir moins fréquemment à des aides professionnelles, notamment pour des raisons liées à un manque de ressources financières, à un moindre accès à l'information présentant les services disponibles ou à une utilisation moins efficace des informations qu'elles reçoivent (Portrait *et al*., 2000 in Davin *et al*., 2008).

[4] L'effet du revenu sur le type d'aide utilisée n'est pas toujours très clair. Les résultats de la recherche menée par Davin *et al*. (2008) montrent que la probabilité de ne recevoir aucune aide est plus élevée lorsque les revenus sont faibles. Le revenu

semble toutefois ne pas affecter significativement le type d'aide reçue. Selon les auteurs donc, « *il semble que les personnes âgées dépendantes fassent généralement appel à des professionnels si elles sont soit suffisamment pauvres pour pouvoir bénéficier d'une aide publique, soit suffisamment riches pour payer cette aide de leur poche sans trop de difficultés.* » (Breuil-Genier, 1998, Portrait *et al.*, 2000 *in* Davin *et al.*, 2008 : 59). Ce constat suppose toutefois que l'offre d'aides soit suffisamment développée pour répondre aux besoins des populations âgées.

Enfin, la **classe 5** est celle qui, quantitativement, est la moins importante[55] : elle se compose de 13 communes, soit à peine 5% de l'ensemble régional. Celles-ci présentent des tendances similaires à la Wallonie pour une série d'indicateurs. Notamment, la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus pour cette classe (5.1%) est proche de la moyenne régionale (4.8%). De même, la part moyenne de personnes âgées très précarisées observée pour cette classe (8.2%) reste proche, même si légèrement inférieure, de la moyenne régionale (8.7%). On note également une légère surreprésentation des populations en mauvaise santé (objective ou subjective). Ce qui permet toutefois d'isoler ces quelques communes en un ensemble distinct des précédents concerne davantage les habitudes de résidence des populations âgées. Si à l'échelle de la région on compte que 12.3% des répondants âgés de 80 ans et plus vivent en ménage collectif, cela concerne par contre 28.9% des répondants du même âge mais appartenant à une de ces treize communes. Inévitablement, ces tendances liées à l'institutionnalisation ont des répercussions sur la distribution des ménages puisque l'on constate par exemple que seulement 32% des individus très âgés vivent seuls (*vs.* 40.3% en Wallonie) et un peu plus de 20% d'entre eux appartiennent à des ménages de type « couple sans enfant » (*vs.* 28.5% au niveau régional). Cette surreprésentation de ménages collectifs peut, potentiellement, expliquer la raison du surnombre de patients chroniques parmi les personnes âgées de 75 ans et plus.

55 Lorsque l'on opte pour une typologie à quatre classes, ce sont les communes des première et cinquième classes (issues de la typologie à cinq classes) qui fusionnent ensemble. Toutefois, parce que les communes de la cinquième classe présentent un profil particulier (notamment par la prévalence élevée de personnes âgées vivant en ménages collectifs), nous la conservons, distincte des quatre premières classes.

Cette classe de communes est, du point de vue de la composante relative aux types de ménage des populations âgées, considérée comme l'équivalent inverse de la deuxième classe (Figure 45). Ce recours fréquent à des institutions peut, lui aussi, résulter d'explications potentiellement opposées ou complémentaires. Si la part des personnes âgées vivant en institution est élevée, cela peut signifier que l'état de santé des populations est bien plus mauvais qu'ailleurs et implique le recours à des institutions spécialisées plutôt que le maintien à domicile. Si les proportions moyennes de personnes en mauvaise santé sont plus élevées dans cette classe que dans l'ensemble régional, ce facteur n'explique toutefois pas (en tout cas pas à lui seul) cette prévalence élevée des ménages collectifs. Parallèlement, il est probable que ces tendances proviennent d'une offre d'aides en institution extrêmement performante ou d'un déficit de l'offre formelle ou informelle compliquant le maintien des aînés à domicile. La deuxième piste des trois est probablement celle à privilégier pour l'explication de ces tendances. Ce constat présente un intérêt pour la typologie basée sur les besoins d'aides, de soins et de services : si la part de personnes âgées institutionnalisées est élevée, cela suppose par ailleurs que pour une part importante d'entre eux, les besoins de prise en charge sont – probablement – comblés.

		Variables insérées pour la classification						Variables illustratives	
		Parts 80+	Parts 80+ précarisés	Parts 80+ en mauvaise santé subjective	Parts 80+ en mauvaise santé objective	Parts 80+ en CSE	Parts 80+ isolés	Parts 80+ en ménages collectifs	Parts de patients chroniques parmi les 75+
1	Moyenne	,043	,0565	,270	,581	,2871	,3734	,1275	,1683
	N	98	98	98	98	98	98	98	98
	Ecart-type	,0065	,03196	,0426	,0506	,04049	,04244	,08266	,03033
2	Moyenne	,042	,0740	,275	,587	,3309	,4617	,0225	,1649
	N	29	29	29	29	29	29	29	29
	Ecart-type	,0056	,03335	,0447	,0343	,03847	,04581	,02992	,02889
3	Moyenne	,059	,1042	,262	,586	,2950	,4178	,1365	,1665
	N	51	51	51	51	51	51	51	51
	Ecart-type	,0081	,04438	,0338	,0306	,04536	,05370	,07406	,02583
4	Moyenne	,049	,1232	,343	,654	,2725	,4231	,1166	,1839
	N	71	71	71	71	71	71	71	71
	Ecart-type	,0061	,04087	,0357	,0329	,03835	,03370	,05884	,02887
5	Moyenne	,051	,0823	,320	,645	,2025	,3202	,2888	,2064
	N	13	13	13	13	13	13	13	13
	Ecart-type	,0088	,05800	,0368	,0363	,02702	,03304	,05995	,04001
Total	Moyenne	,048	,0871	,291	,606	,2853	,4026	,1227	,1737
	N	262	262	262	262	262	262	262	262
	Ecart-type	,0089	,04756	,0514	,0517	,04719	,05484	,08560	,03111

Tableau 14 – Caractéristiques des classes de communes

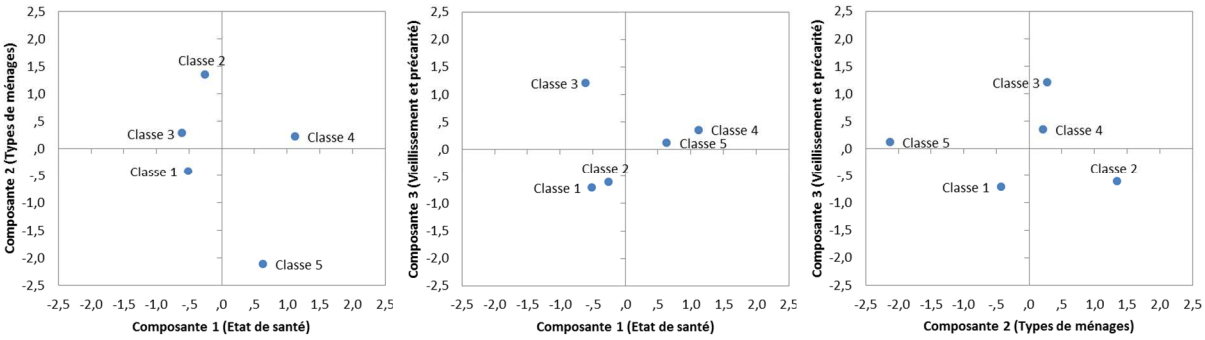


Figure 45 – Croisement des valeurs moyennes des composantes par classe de communes

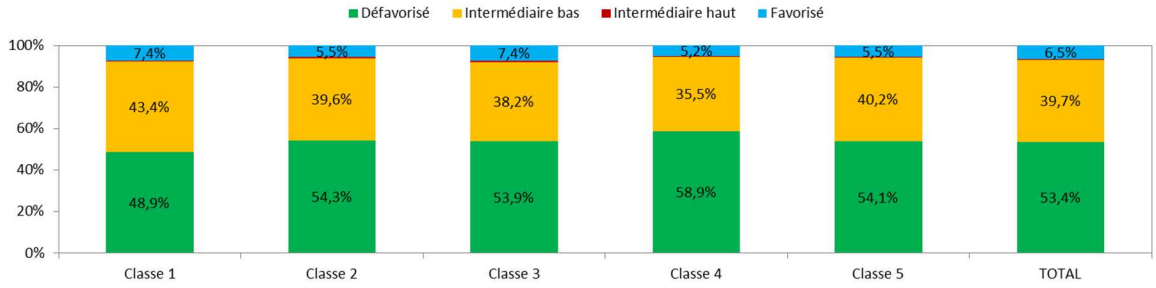


Figure 46 - Proportions de répondants âgés de 80 ans et plus, par quartile social et par classe de communes. Source : DGSIE, ESE 2001 ; traitement : UCL-DEMO.

Note : CAE = couple avec enfant(s) ; CSE = couple sans enfant

Figure 47 - Proportions de répondants âgés de 80 ans et plus, par type de ménages et par classe de communes. Source : DGSIE, ESE 2001 ; traitement : UCL-DEMO.

2.3.b Tableau synthétique

Classes	Critères descriptifs	Critères de localisation spatiale
1	• Structures par âge jeunes • Faibles parts de personnes âgées et précarisées • Très bon état de santé des populations âgées • Part moyenne de personnes âgées isolées plus faible qu'à l'échelle régionale et part moyenne plus élevée de ménages de type « autres »	**CRITERE : COMMUNES PERIURBAINES** • Quasi-totalité des communes du Brabant wallon • Communes du Sud de la province du Luxembourg • Communes situées à proximité de communes urbaines telles que Namur, Mons, Liège ou Verviers
2	• Structures par âge jeunes • Prévalence élevée de personnes âgées favorisées • Très bon état de santé des populations âgées • Fortes proportions de personnes âgées isolées ou vivant en couple sans enfant • Très faibles proportions de personnes vivant en ménage collectif	**CRITERE : REPARTITION HETEROGENE** • Communes situées dans les cinq provinces wallonnes sans regroupement spatial significatif
3	• Structures par âge vieillies • Proportions élevées de personnes âgées favorisées ou très précarisées • Très bon état de santé des populations âgées	**CRITERE : ZONES RURALES ET GRANDS CENTRES URBAINS** • Communes rurales situées dans le sud-est de la province de Namur (Ardennes et Entre-Sambre-et-Meuse) et dans l'extrême-est du Hainaut • Grands centres urbains (ex : Namur, Liège) et communes périphériques de ceux-ci
4	• Précarisation importante des populations âgées : parts élevées de personnes appartenant aux groupes sociaux les plus défavorisés • Parts les plus élevées de personnes en mauvaise santé (santé objective, santé subjective, patients chroniques) • Part de personnes isolées plus élevée qu'à l'échelle régionale	**CRITERE : ANCIENS BASSINS INDUSTRIELS** • Communes du Hainaut (y compris Charleroi et Mons) • Communes situées à proximité de Liège • Communes situées en province de Namur, essentiellement près de la frontière avec le Hainaut
5	• Tendances proches de celles observées pour la Wallonie : structures par âge semblables, répartition par groupes sociaux semblables • Légère surreprésentation des personnes en mauvaise santé ; part maximale de patients chroniques • Critère distinctif : surreprésentation très marquée des personnes vivant en ménages collectifs et, corrélativement, sous-représentation des ménages isolés et des couples sans enfant	**CRITERE : REPARTITION HETEROGENE** • ommunes situées dans les cinq provinces wallonnes sans regroupement spatial significatif • ocalisation spatiale probablement tributaire de l'offre de places en institutions

Tableau 15 – Tableau synthétique : description et composition spatiale des classes créées sur base du critère de besoins d'aides.

3. Typologie des communes wallonnes basée sur le critère d'offre de soins, d'aides et de services

3.1 Analyse en composantes principales

L'analyse en composantes principales, réalisée à partir d'indicateurs illustrant – directement ou indirectement – l'offre de services, d'aides et de soins aux populations âgées, vise le regroupement de variables qui présentent une forte corrélation entre elles.

À partir des sept variables initialement mobilisées, l'analyse en composantes principales aboutit à la création de trois composantes. Trois d'entre elles présentent effectivement une valeur propre supérieure à l'unité, ce qui signifie qu'elles contiennent, chacune, au moins autant de variance que les variables initiales mobilisées (Masuy-Stroobant, 2013). Ces trois composantes résument 72.5% de la variance totale.

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	1,888	26,968	26,968	1,888	26,968	26,968	1,861	26,590	26,590
2	1,756	25,091	52,059	1,756	25,091	52,059	1,716	24,519	51,108
3	1,426	20,371	72,430	1,426	20,371	72,430	1,493	21,322	72,430
4	,683	9,756	82,186						
5	,553	7,896	90,083						
6	,389	5,563	95,645						
7	,305	4,355	100,000						

Tableau 16 – Analyse en composantes principales pour l'offre d'aides, de soins et de services : variance totale expliquée

Le tableau 'matrices des composantes' (Tableau 16) détaille la corrélation entre les variables initiales et chaque composante créée. En fixant le seuil minimal de 0.5 pour le coefficient de corrélation, on peut déterminer l'information synthétisée par chacune des composantes.

[1] La composante 1 est positivement associée aux proportions de personnes âgées insatisfaites (1) de l'offre de transports publics, (2) de l'offre de soins de santé et

(3) de l'offre de services sociaux (→ **Degré d'insatisfaction de l'offre de services publics**).

[2] La composante 2 est associée positivement à deux variables initiales : d'une part le ratio d'aidants potentiels, et d'autre part le nombre de professionnels médicaux ou paramédicaux pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus (→ **Disponibilité d'aidants potentiels**).

[3] Enfin, la composante 3 est associée positivement aux proportions d'hommes et de femmes, respectivement âgés de 45 ans ou plus et se déclarant aidants informels pour un membre de leur entourage proche (→ **Aide informelle existante**).

	Composante		
	1	2	3
Parts d'hommes, âgés de 45 ans ou plus, aidants informels	-,148	-,192	**,825**
Parts de femmes, âgées de 45 ans ou plus, aidantes informelles	,106	,196	**,791**
Ratio d'aidants potentiels	,026	**,870**	-,170
Nombre de professionnels médicaux ou paramédicaux pour 100 personnes de 80 ans ou +	-,074	**,875**	,193
Parts communales de '80 ans ou plus' insatisfaits de l'offre de transports publics	**,734**	,291	,202
Parts communales de '80 ans ou plus' insatisfaits de l'offre de soins de santé	**,748**	-,124	-,280
Parts communales de '80 ans ou plus' insatisfaits de l'offre de services sociaux	**,851**	-,132	,021

Tableau 17 – Analyse en composantes principales pour l'offre d'aides, de soins et de services : matrice des composantes après rotation

3.2 Analyse classificatoire : typologie des communes wallonnes

Cette typologie des communes wallonnes est établie sur base des trois indicateurs composites créés lors de l'analyse en composantes principales. On dispose initialement de 262 communes, lesquelles peuvent, à la suite de 261 fusions au plus, être regroupées sur base de critères semblables. Chaque regroupement implique inévitablement une perte d'information. Celle-ci peut être analysée à partir des valeurs répertoriées dans la colonne « coefficients » (Tableau 17), lesquels correspondent au critère de Ward. Si l'on prend en considération la perte d'information perdue comme critère déterminant la fin des regroupements, une typologie principale, comprenant trois classes, est envisageable.

À l'étape 259, on procède au regroupement des classes 2 et 142, engendrant une perte d'informations de 466,07. Si l'on considère qu'il s'agit du dernier regroupement engendrant une perte d'informations considérée comme acceptable, on obtient alors une typologie des communes en trois classes.

Etape	Regroupement de classes		Coefficients	Etape d'apparition de la classe		Etape suivante
	Classe 1	Classe 2		Classe 1	Classe 2	
1	96	163	,001	0	0	65
2	109	111	,005	0	0	59
258	6	23	405,750	255	254	261
259	2	142	466,068	256	244	260
260	1	2	616,202	257	259	261
261	1	6	783,000	260	258	0

Tableau 18 – Regroupement des classes, chaîne des agrégations (Typologie par analyse classificatoire avec ACP préalable)

3.3 Résultats

3.3.a Illustration et description de la typologie de l'offre

La typologie des communes wallonnes basée sur le critère d'offre d'aides, de soins et de services compte trois classes. Dans ce point, l'objectif vise à décrire les classes constituant cette typologie. La description des classes de communes est réalisée à partir de l'ensemble des outils statistiques disponibles aux pages 154 et 155.

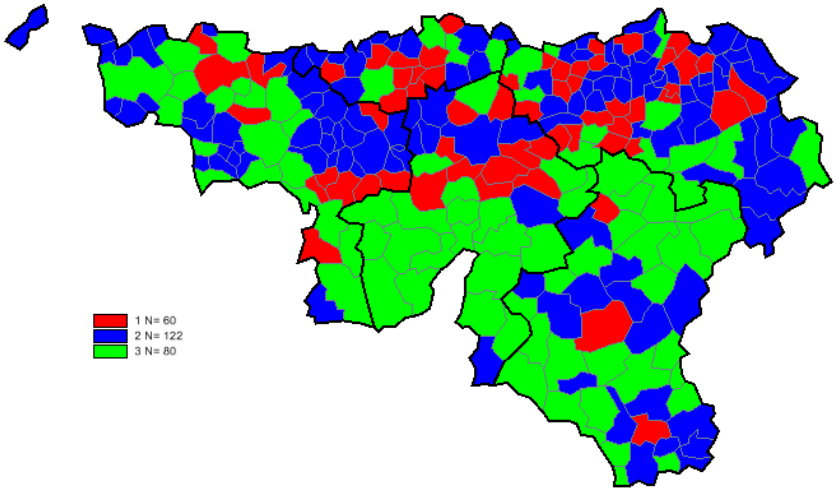


Figure 48 – Typologie des communes wallonnes sur base du critère de l'offre d'aides, de soins et de services (3 classes)

La **classe 1** se compose essentiellement de communes qui se distinguent sur base des deux premières composantes : d'une part le degré d'insatisfaction relatif à l'offre de services publics, et d'autre part la disponibilité d'aidants potentiels – formels ou informels –. Ainsi, on note que l'offre potentielle de services, d'aides et de soins aux populations âgées est relativement performante dans ces communes composant la première classe. Par exemple, la structure par âge moyenne se compose de telle sorte que le rapport démographique moyen entre population généralement aidante (45-64 ans) et population le plus souvent aidée (80+) est maximal. De même, l'offre potentielle de professionnels médicaux et paramédicaux est la plus élevée pour cette classe de communes. Parallèlement, cette classe se distingue des autres parce qu'elle compte proportionnellement moins de personnes se déclarant tout à fait insatisfaites et *a contrario*, proportionnellement plus de personnes satisfaites, voire très satisfaites de l'offre de soins de santé et de services sociaux (Figure 50Figure 49 – Croisement des valeurs moyennes des composantes par classe de communes

La troisième composante (créée à partir des proportions d'hommes et de femmes âgés de 45 ans ou plus et se déclarant aidants informels) est à l'origine de bien moins de différences inter-classes : les proportions moyennes d'hommes et de femmes aidants (valant respectivement 12.4% et 15.6%) correspondent quasi parfaitement à leurs équivalents régionaux (respectivement 12.3% et 14.8%).

Cette première classe rassemble, à elle seule, un peu moins de 23% des communes wallonnes, lesquelles présentent, la plupart du temps, la caractéristique d'être de type périurbain. Elles se situent notamment en Brabant wallon et à proximité des grandes villes telles que Mons, Charleroi, Namur, Liège, Verviers et Arlon. Cette offre, apparaissant comme relativement performante pour ces soixante communes, reste, dans les faits, explicable à partir des lieux de résidence des professionnels. Comme précédemment mentionné, cette première classe se distingue notamment en majeure partie sur base de la deuxième composante illustrant la disponibilité des aidants potentiels. Ceux-ci, comprenant notamment les généralistes, les infirmiers, les kinésithérapeutes et les pharmaciens, sont localisés à l'adresse de contact qu'ils renseignent (et qui peut donc, selon les cas, être leur adresse professionnelle, privée ou autre). Cette surreprésentation des professionnels dans les communes périurbaines laisse dès lors supposer que leur présence s'y explique davantage par leur lieu de résidence que par leur lieu d'exercice professionnel (même s'il n'est pas impossible que les deux soient identiques). Pour autant, cela ne signifie pas nécessairement que ces communes souffrent d'une offre défaillante d'aides, de soins et de services puisque la plupart dispose de facilités et/ou se situe à proximité immédiate de centres urbains comportant des services de prise en charge.

À l'instar de ce que nous venons d'énoncer pour la première classe, la **classe 2** comprend des communes plus souvent composées de populations très satisfaites de l'offre de services publics (transports, soins et services sociaux). Pour autant, cette classe de communes ne se distingue pas des autres en ce qui concerne l'offre réelle d'aides informelles (composante 3). Elle ne se distingue pas non plus des autres classes parce qu'elle présente une offre performante d'aidants potentiels – formels ou informels –. Au

contraire, ce sont même ces communes qui, en moyenne, présentent le plus faible nombre d'aidants potentiels et de professionnels médicaux et paramédicaux.

Cette distorsion entre le ressenti des populations d'une part, et l'offre – potentielle ou réelle – d'aides, de soins et de services n'est pas surprenante aux premiers abords. Hormis quelques exceptions, les communes composant cette deuxième classe appartiennent essentiellement à des zones urbaines (Charleroi, Namur, Liège, Verviers, Arlon) ou périurbaines. Par définition, ces espaces sont relativement bien desservis en matière d'aides et de soins aux personnes âgées. Ce constat n'est toutefois que peu visible dans notre typologie puisqu'elle ne tient compte que de la présence de généralistes, d'infirmiers, de kinésithérapeutes et de pharmaciens localisés à leur adresse de contact qui ne correspond pas nécessairement à celle de leur lieu d'exercice professionnel. La prise en compte de services plus diversifiés (aides ménagères, aides familiales, services de garde à domicile, etc.) pourrait également contribuer à témoigner de la situation plus réelle de l'offre de services et de soins. Par ailleurs, la répartition brute des lits hospitaliers, et de manière encore plus claire la répartition brute des lits hospitaliers situés dans des services gériatriques ou de revalidation, démontre partiellement l'offre supérieure de facilités dans ces zones urbaines (cf. 8.3). De même, le nombre de lits existants en maisons de repos et/ou de soins démontre à quel point la deuxième classe bénéficie d'une situation globalement meilleure[56] (Tableau 18).

Finalement, la **classe 3** comprend des communes qui se distinguent des précédentes, essentiellement sur base de la première composante (degré d'insatisfaction des populations) (Figure 49). En moyenne, cette classe de communes concentre proportionnellement plus de personnes se déclarant insatisfaites de l'offre de transports publics (50.7% *vs.* 38.9% en Wallonie), de soins de santé (15.9% *vs.* 11.5% en Wallonie) et de services sociaux (20.7% *vs.* 15.2% en Wallonie). Hormis les proportions d'hommes et de femmes aidants conservant des valeurs proches des tendances moyennes, les communes de cette troisième classe se distinguent également du point de vue de la

[56] Restons toutefois conscients que le nombre de lits existant en maisons de repos et/ou de soins présente lui aussi des lacunes puisqu'il ne tient pas compte de la disponibilité réelle. L'offre en institution est, le plus souvent, saturée, ce que notre indicateur n'illustre pas du tout.

deuxième composante : les nombres d'aidants potentiels et de professionnels médicaux et paramédicaux sont plus faibles que les valeurs régionales moyennes. De la même manière, le nombre de lits en maisons de repos et/ou de soins est inférieur pour cette classe de communes. On note également que, surtout en Ardennes, dans l'Entre-Sambre-et-Meuse et dans les communes luxembourgeoises concernées, l'offre brute de lits hospitaliers (tous services confondus ou localisés dans les services gériatriques ou de revalidation) reste largement sous-développée. L'éloignement par rapport à de telles infrastructures reste, lui aussi, relativement important.

Un peu moins d'un tiers (30.5%) des communes wallonnes compose cette troisième classe. Elles se localisent notamment en Ardennes, dans l'Entre-Sambre-et-Meuse, en Gaume et dans le Hainaut. Elles présentent quasiment toutes la particularité d'être des communes de type rural (excepté notamment la commune urbaine montoise). De ce fait, il n'est pas surprenant que, du point de vue de l'offre, ces communes présentent une situation plus préoccupante que d'autres : non seulement elles proposent un panel d'aides, de soins et de services plus limités, mais elles se distinguent également par leur « éloignement » géographique d'un ensemble de facilités disponibles à proximité. Ces constats risquent nécessairement d'affecter l'offre d'aides – réelle ou potentielle – mais également les opinions des populations quant à l'offre de services. Cela est d'ailleurs d'autant plus vrai pour les populations âgées qui, du point de vue de leur mobilité, risquent d'accorder plus d'importance à des services de proximité.

		Variables insérées pour la classification							Variable illustrative
		Parts hommes 45+ aidants informels	Parts femmes 45+ aidantes informelles	Aidants potentiels par personne âgée	Prof. médicaux pour 1000 personnes de 80+	Parts 80+ insatisfaits de l'offre de transports	Parts 80+ insatisfaits de l'offre de soins	Parts 80+ insatisfaits de l'offre de services sociaux	Nb de lits en institutions pour 1000 personnes de 80+
1	Moyenne	,1236	,1562	7,1551	49,8700	,421	,094	,125	210,874
	N	60	60	60	60	60	60	60	60
	Ecart-type	,01351	,01336	1,14231	10,73701	,1151	,0419	,0329	195,3939
2	Moyenne	,1209	,1406	5,5475	29,7357	,297	,097	,129	292,261
	N	122	122	122	122	122	122	122	122
	Ecart-type	,01557	,01225	,88323	8,03227	,0962	,0423	,0358	167,4585
3	Moyenne	,1252	,1536	5,6575	31,4720	,507	,159	,207	242,581
	N	80	80	80	80	80	80	80	80
	Ecart-type	,01740	,01266	,92056	9,15233	,1166	,0706	,0532	207,4076
Total	Moyenne	,1228	,1482	5,9493	34,8768	,389	,115	,152	258,453
	N	262	262	262	262	262	262	262	262
	Ecart-type	,01577	,01445	1,16142	12,20287	,1411	,0598	,0550	189,1654

Tableau 19: Caractéristiques des classes de communes

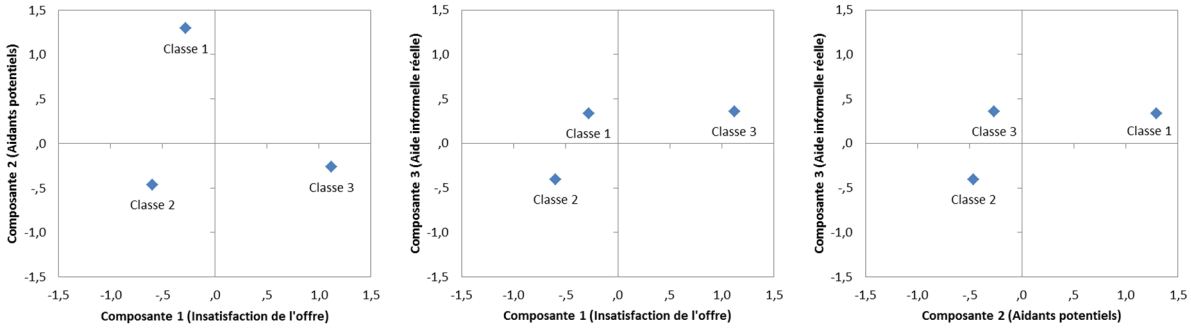


Figure 49 – Croisement des valeurs moyennes des composantes par classe de communes

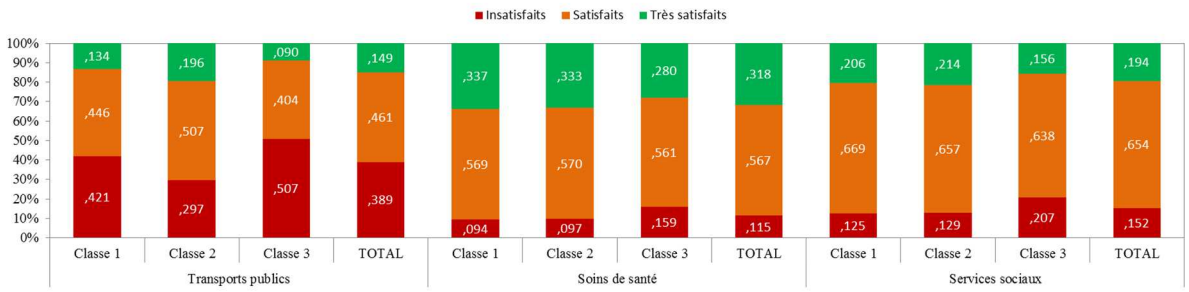


Figure 50 – Satisfaction des populations âgées de 80 ans et plus quant à l'offre de transports publics, de soins de santé et de services sociaux. Source : DGSIE, ESE 2001 ; traitement : UCL-DEMO.

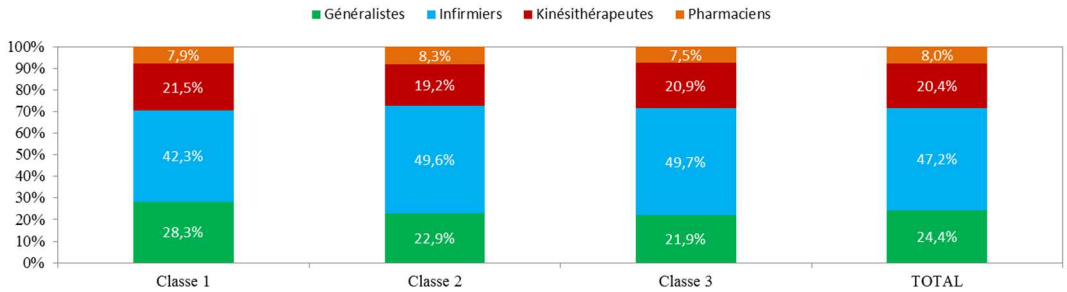


Figure 51 – Répartition des professionnels médicaux et paramédicaux parmi les professionnels disponibles pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus. Source : INAMI (2013) ; DGSIE (2011) ; traitement : UCL-DEMO.

3.3.b Tableau synthétique

Classes	Critères descriptifs	Critères de localisation spatiale
1	Offre potentielle relativement performante : (1) ratio d'aidants probables maximal ; (2) nombre le plus élevé de professionnels médicaux et paramédicaux ; Proportions faibles de personnes insatisfaites de l'offre de soins de santé et de services sociaux ; Pas de différences inter-classes marquées du point de vue de l'offre réelle d'aides informelles ; Nombre le plus faible de lits disponibles en institution ; proximité par rapport aux structures hospitalières	**CRITERE : ZONES PERIURBAINES** Communes situées à proximité des grands centres urbains tels que Mons, Charleroi, Namur, Liège, Verviers et Arlon (= lieu de résidence des professionnels ?)
2	Proportions très faibles de personnes insatisfaites de l'offre de transports publics, de soins de santé et de services sociaux ; Offre potentielle d'aides la moins performante : (1) nombre le plus faible d'aidants potentiels; (2) nombre le plus faible de professionnels médicaux et paramédicaux ; Pas de différences inter-classes marquées du point de vue de l'offre réelle d'aides informelles. Nombre le plus élevé de lits disponibles en institution ; proximité très marquée par rapport aux structures hospitalières	**CRITERE : ZONES URBAINES OU PERIURBAINES** Communes urbaines telles que Charleroi, Namur, Liège, Verviers et Arlon Communes situées en périphérie de ces espaces urbains Communes de l'extrême-est de la province de Liège
3	Proportions maximales de personnes insatisfaites de l'offre de services publics (transports, soins, services sociaux) ; Offre potentielle d'aides plus limitée qu'ailleurs : nombre le plus faible d'aidants informels potentiels ; nombre de professionnels médicaux et paramédicaux inférieur à la moyenne régionale Pas de différences inter-classes marquées du point de vue de l'offre réelle d'aides informelles. Nombre de lits en MR/MRS proche de la moyenne régionale, même si inférieur ; éloignement marqué par rapport aux structures hospitalières	**CRITERE : ZONES RURALES, EXCEPTION URBAINE** Communes ardennaises Communes de l'Entre-Sambre-et-Meuse Communes rurales gaumaises Communes rurales du Hainaut (avec Exception urbaine : Mons)

Tableau 20 – Tableau synthétique : description et composition spatiale des classes créées basée sur l'offre d'aides, de soins et services.

4. Besoins de prise en charge *vs* offre d'aides, de soins et de services

L'objectif, via les typologies communales élaborées, vise à identifier des espaces où l'offre et les besoins des populations âgées interagissent de façon spécifique. Pour ce faire, nous avons opté pour une méthodologie distincte des précédentes[57], reposant sur l'attribution de scores à chacune des communes wallonnes.

4.1 Méthodologie

Concrètement, à partir des indicateurs mobilisés pour nos deux typologies d'offre et de besoins, nous avons constitué deux indices synthétiques, résumant, d'une part, l'ampleur des besoins des personnes âgées à l'échelle communale et, d'autre part, la disponibilité de services et d'aides – formelles et/ou informelles –.

L'**indice synthétique de besoins** combine les informations suivantes :

- La proportion de personnes âgées de 80 ans et plus (80+) ;
- La proportion de personnes âgées de 80 ans et plus, appartenant aux deux groupes sociaux les plus précaires (GS1-2) ;
- La proportion de personnes âgées de 80 ans et plus en mauvaise santé subjective (SS) ;
- La proportion de personnes âgées de 80 ans et plus en mauvaise santé objective (SO) ;
- La proportion de personnes âgées de 80 ans et plus vivant seules (Isolés) ;

[57] L'application de la méthodologie précédente (ACP et analyses classificatoires) n'a pas donné de résultats facilement interprétables des points de vue statistiques et géographiques. Par ailleurs, nous avons testé le croisement des deux typologies précédemment établies, aboutissant à la création de 15 classes de communes (5 classes pour les besoins * 3 classes pour l'offre de prise en charge). Ce tableau croisé ne permet toutefois pas non plus d'aboutir à des résultats facilement interprétables ni géographiquement cohérents.

- Et enfin, la proportion de personnes âgées de 80 ans et plus vivant en couple sans enfant (CSE).

La valeur de chaque indicateur a été standardisée, de sorte qu'ils ne présentent, tous, que des valeurs oscillant entre 0 et 1 :

$$Indice\ standardisé\ (IS) = \frac{valeur\ observée - valeur\ minimale}{valeur\ maximale - valeur\ minimale}$$

Sanderson, Eggerickx, 2010 : 123.

L'indice synthétique des besoins est constitué de telle sorte qu'il est la somme de chaque indicateur illustrant les besoins des personnes âgées. Le poids accordé à chacune des six dimensions prises en considération est donc identique. Puisque chacun des six indicateurs présente une valeur comprise entre 0 et 1, et qu'on les somme, la valeur de l'indice synthétique obtenu variera entre 0 et 6. Une valeur s'approchant de 0 signifie que les besoins communaux sont faibles. À l'inverse, plus la valeur est proche de 6, plus les besoins communaux sont élevés.

$$Indice\ synthétique\ des\ besoins = IS_{80+} + IS_{GS1-2} + IS_{SS} + IS_{SO} + IS_{Isolés} + IS_{CSE}$$

L'**indice synthétique de l'offre** combine quant à lui les sept indicateurs intervenant dans la typologie concernée :

- La proportion d'aidants informels parmi les hommes âgés de 45 ans ou plus (AI-hôs) ;
- La proportion d'aidantes informelles parmi les femmes âgées de 45 ans ou plus (AI-fês) ;
- Le ratio d'aidants potentiels (45-64) par personne âgée de 80 ans et plus (AP) ;
- Le nombre de professionnels médicaux ou paramédicaux pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus (PMP) ;
- La part de personnes âgées de 80 ans et plus, insatisfaites de l'offre de transports publics (TP) ;
- La part de personnes âgées de 80 ans et plus, insatisfaites de l'offre de soins de santé (SSa) ;

- Et enfin, la part de personnes âgées de 80 ans et plus, insatisfaites de l'offre de services sociaux (SSo).

Comme mentionné précédemment, chacun de ces sept indicateurs a été standardisé, de sorte qu'ils présentent une valeur strictement comprise entre 0 et 1 pour toutes les communes wallonnes.

L'indice synthétique de l'offre, parce qu'il contient à la fois des variables exprimant la disponibilité de services (supposées illustrer positivement l'offre de services et d'aides pour les personnes âgées), mais également des variables illustrant le degré d'insatisfaction des populations âgées (supposées interagir négativement avec l'offre de services et d'aides), correspond à la somme des quatre premières variables, de laquelle on soustrait l'effet lié à l'insatisfaction des populations. La valeur de l'indice synthétique obtenu variera entre –3 et +4, le seuil inférieur signifiant que l'offre est très peu développée, tandis que le seuil supérieur traduit une offre d'aides et de services performante.

$$Indice\ synthétique\ de\ l'offre = (IS_{AIH} + IS_{AIF} + IS_{AP} + IS_{PMP}) - (IS_{TP} + IS_{SSa} + IS_{SSo})$$

4.2 Croisement de l'offre et des besoins et identification de situations théoriques atypiques

Deux scores distincts, l'un se rapportant à l'offre d'aides, de soins et de services, et l'autre illustrant les besoins de prise en charge des personnes âgées, ont été attribués à chaque commune[58] à partir des indicateurs mobilisés. Il est dès lors possible de positionner chacune des 262 communes wallonnes sur un graphe croisant les situations d'offre et de demande (Figure 53).

Les scores attribués à chaque commune, s'ils ne sont comparés avec aucun indice pris comme repère, ne sont pas directement interprétables. Par contre, si l'objectif est d'identifier des espaces communaux où l'offre de prise en charge et les besoins des

[58] À l'annexe 8.4 se trouvent les valeurs des indicateurs standardisés et des scores de besoins et d'offre attribués à chaque commune wallonne.

populations âgées interagissent de façon spécifique, il est, dans ce cas, intéressant d'utiliser les valeurs moyennes obtenues pour l'ensemble des communes wallonnes[59]. Sur le graphique, les traits continus représentent la valeur des indices moyens respectivement observés pour l'offre (0.95) et les besoins (3.13) en Région wallonne. Les espaces compris entre les traits discontinus illustrent quant à eux les valeurs des indices moyens d'offre et de demande compris entre la moyenne régionale et l'écart-type observé :

- Besoins : $\bar{X} \pm \sigma_X \rightarrow 3.13 \pm 0.528$ (2.60 ; 3.66)
- Offre : $\bar{X} \pm \sigma_X \rightarrow 0.95 \pm 0.566$ (0.39 ; 1.52)

[59] Les valeurs observées pour la Région wallonne servent de repères mais ne signifient pas pour autant un équilibre entre offre et besoins des personnes âgées. Le croisement tend plutôt même à définir une situation qui est déjà déficitaire (offre < besoins).

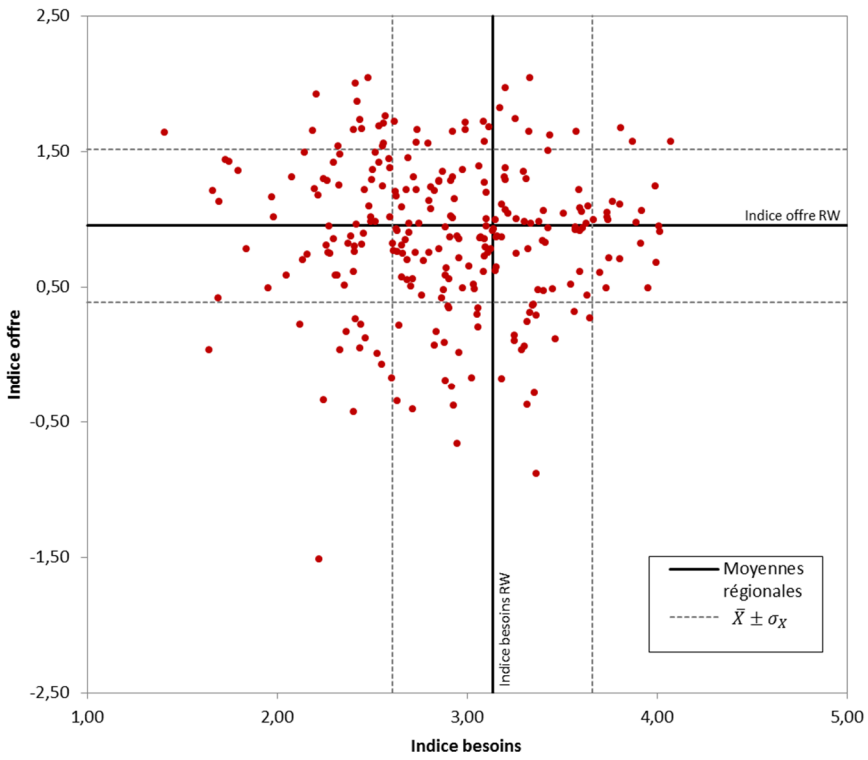


Figure 52 - Indices d'offre et de besoins pour chaque commune wallonne. Traitement: UCL-DEMO.

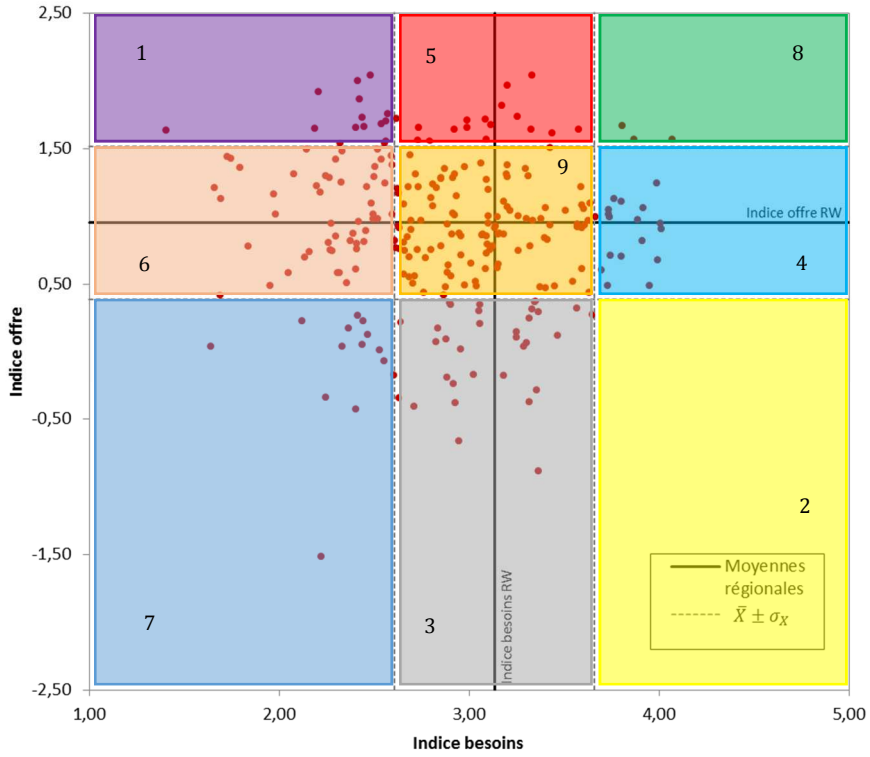


Figure 53 - Indices d'offre et de besoins pour chaque commune wallonne. Traitement: UCL-DEMO.

À partir du graphique et des tendances observées, neuf classes théoriques de communes peuvent être distinguées (Tableau 21).

Classes	Description		Critères		Effectifs
	Besoins	Offre	Besoins	Offre	
1	Faibles	Élevée	Indice < 2.60	Indice > 1.52	15
2	Élevés	Faible	Indice > 3.66	Indice < 0.39	0
3	Proches de la moyenne	Faible	2.60 ≤ Indice ≤ 3.66	Indice < 0.39	33
4	Élevés	Proche de la moyenne	Indice > 3.66	0.39 ≤ Indice ≤ 1.52	18
5	Proches de la moyenne	Élevée	2.60 ≤ Indice ≤ 3.66	Indice > 1.52	17
6	Faibles	Proche de la moyenne	Indice < 2.60	0.39 ≤ Indice ≤ 1.52	51
7	Faibles	Faible	Indice < 2.60	Indice < 0.32	14
8	Élevés	Élevée	Indice > 3.66	Indice > 1.52	3
9	Proches de la moyenne	Proche de la moyenne	2.60 ≤ Indice ≤ 3.66	0.39 ≤ Indice ≤ 1.52	111

Tableau 21 – Identification et description de groupes de communes.

Ces neuf groupes de communes se distinguent tous les uns des autres et des tendances moyennes régionales. Selon les tendances observées, certains, plus que d'autres présentent une situation atypique si l'on considère que la situation wallonne est utilisée comme critère.

Par exemple, les communes appartenant à la neuvième classe présentent un profil relativement semblable à celui observé en Région wallonne, faisant d'elles des cas typiques des situations observées en Wallonie. Parallèlement, les communes composant les septième et huitième classes présentent, du point de vue de la prise en charge des personnes âgées, une situation moins préoccupante qu'ailleurs parce que l'offre et les besoins d'aides, de soins et de services sont, à la fois, soit très faibles, soit très élevés. Il n'y aurait donc pas de gap entre offre et besoins de prise en charge – ou un gap moins marqué qu'à l'échelle wallonne.

La situation est par contre nettement plus préoccupante/interpellante pour les six classes restantes, présentant un écart systématique entre offre et besoins.

- D'une part, les classes 1, 5 et 6 possèdent la caractéristique commune de proposer un panel d'aides, de soins et de services supérieur aux besoins des populations âgées *par rapport à la moyenne régionale*. La première classe rassemble les cas les plus extrêmes alors que les classes 5 et 6 sont des gradients de la première.

- D'autre part, les classes 2, 3 et 4 se distinguent également puisque les besoins apparaissent comme étant supérieurs aux services, aides et soins disponibles pour les personnes âgées *par rapport à la moyenne régionale*. De nouveau, la classe 2 rassemble théoriquement les cas les plus extrêmes[60], tandis que les classes 3 et 4 sont des gradients de la deuxième.

Ces six classes, parce qu'elles présentent une association atypique entre offre et besoins de prise en charge, seront géographiquement analysées au sein de la Région wallonne.

	Classes	Caractéristiques
Classes non sélectionnées	Classe 9	Tendances proches de celles observées en Wallonie
	Classe 7 Classe 8	Gap limité entre offre et demande
Classes sélectionnées	**Classe 1 → classe extrême** Classe 5 → gradient de la classe 1 Classe 6 → gradient de la classe 1	Offre > Besoins
	Classe 2 → classe extrême Classe 3 → gradient de la classe 2 Classe 4 → gradient de la classe 2	Besoins > Offre

Tableau 22 - Sélection de classes de communes.

[60] Même si pratiquement, aucune commune wallonne n'appartient à cette classe.

4.3 Identification géographique des lieux atypiques du point de vue de l'offre et des besoins

Considérant que les communes wallonnes présentent un profil atypique s'il y a un *gap* – encore plus marqué qu'en Région wallonne – entre l'offre de prise en charge et les besoins de d'aides et de services, nous ne sélectionnons que les classes 1, 5 et 6 d'une part, et les classes 2, 3 et 4 d'autre part, parmi les neuf créées (Tableau 22).

L'analyse de la répartition géographique des communes atypiques du point de vue de l'offre peut être scindée en deux parties : d'une part, l'analyse de la répartition des communes caractérisées par une offre supérieure aux besoins des populations âgées *par rapport à la situation régionale* ; d'autre part, l'analyse de la répartition des communes caractérisées par des besoins supérieurs à l'offre de services et de soins proposés/disponibles *compte-tenu de la situation régionale*.

Les 83 communes wallonnes composant les première, cinquième et sixième classes, auxquelles les couleurs rouge, orange et jaune ont été attribuées, présentent une situation relativement favorable du point de vue de la prise en charge des personnes âgées : soit l'offre d'aides, de soins et de services y est surdéveloppée, soit les besoins des personnes âges sont inférieurs à ceux observés pour l'ensemble de la Région wallonne, soit ces communes cumulent ces deux caractéristiques.

La répartition géographique de ces différentes communes est conforme aux constats précédemment établis : on note par exemple que les communes où l'offre de prise en charge est supérieure aux besoins des populations âgées se situent essentiellement dans des communes de type périurbain (en Brabant wallon, à proximité de la frontière belgo-luxembourgeoise et dans les zones périurbaines proches de Charleroi, Namur, Liège et Verviers). Ces régions présentent des structures par âge relativement jeunes, marquées par l'arrivée importante de groupes de populations actives. Par ailleurs, comme nous le signalions précédemment, cette répartition des communes est aussi supposée être tributaire des lieux de référence renseignés par les professionnels médicaux et paramédicaux. Ceux-ci renseignent, selon les cas, leur adresse professionnelle, leur adresse privée, ou encore un autre type d'adresse, sans qu'il soit

possible d'en distinguer les différents types. Le fait que l'on retrouve une offre surdéveloppée dans les zones périurbaines uniquement, et pas dans les grands centres urbains (comme Namur, Liège, Mons, Charleroi, etc.) conforte l'hypothèse que certains professionnels renseignent une adresse qui ne correspond pas nécessairement à leur lieu d'exercice professionnel.

À l'inverse, 51 communes wallonnes présentent une situation bien plus préoccupante en matière de prise en charge des aînés : les besoins des populations – plus importants qu'ailleurs – exigent un panel théorique de services, d'aides et de soins, pourtant loin d'être satisfaisant. Ce gap déficitaire entre offre et besoins des populations âgées n'apparaît pas de manière aussi marquée que précédemment : on constate par exemple qu'aucune commune wallonne n'appartient à l'ensemble le plus préoccupant « offre faible – besoins élevés » (classe 2). Il n'empêche que les communes appartenant aux troisième et quatrième classe se distinguent de l'ensemble wallon, soit parce qu'elles souffrent d'un déficit d'offre d'aides, de soins et de services (classe 3), soit parce qu'elles se composent, plus qu'ailleurs, de populations nécessiteuses d'une prise en charge (classe 4).

On constate par exemple que quelques communes situées en Ardennes, dans le Nord de la province du Luxembourg, dans le Hainaut ou à proximité de la botte de Givet se distinguent de l'ensemble wallon pour leur panel restreint d'aides et de soins mis en place aux bénéfices des populations âgées. Cela peut notamment résulter d'un effet de structure : si la part de personnes âgées est élevée dans ces espaces, cela affecte la disponibilité potentielle à la fois des aidants informels et des professionnels médicaux et paramédicaux. Par ailleurs, leur éloignement géographique marqué par rapport aux infrastructures de soins[61] peut avoir affecté les opinions des populations âgées, prises en compte dans l'indice synthétique d'offre d'aides, de services et de soins.

Parmi les 51 communes souffrant d'un gap déficitaire entre offre et besoins, 18 se distinguent parce que les besoins des populations âgées sont supérieurs à ceux observés en Région wallonne – alors que l'offre reste proche des valeurs régionales –. Il n'est pas

[61] Cf. 8.3.

surprenant qu'elles se situent exclusivement dans le Hainaut ou en province de Liège. En matière de besoins, la plupart de ces dix-huit communes présentent un profil particulier puisque les personnes âgées sont proportionnellement plus nombreuses à être en mauvaise santé et – de surcroît – à vivre seules. Leur état physiologique et leur isolement accroît donc leurs besoins.

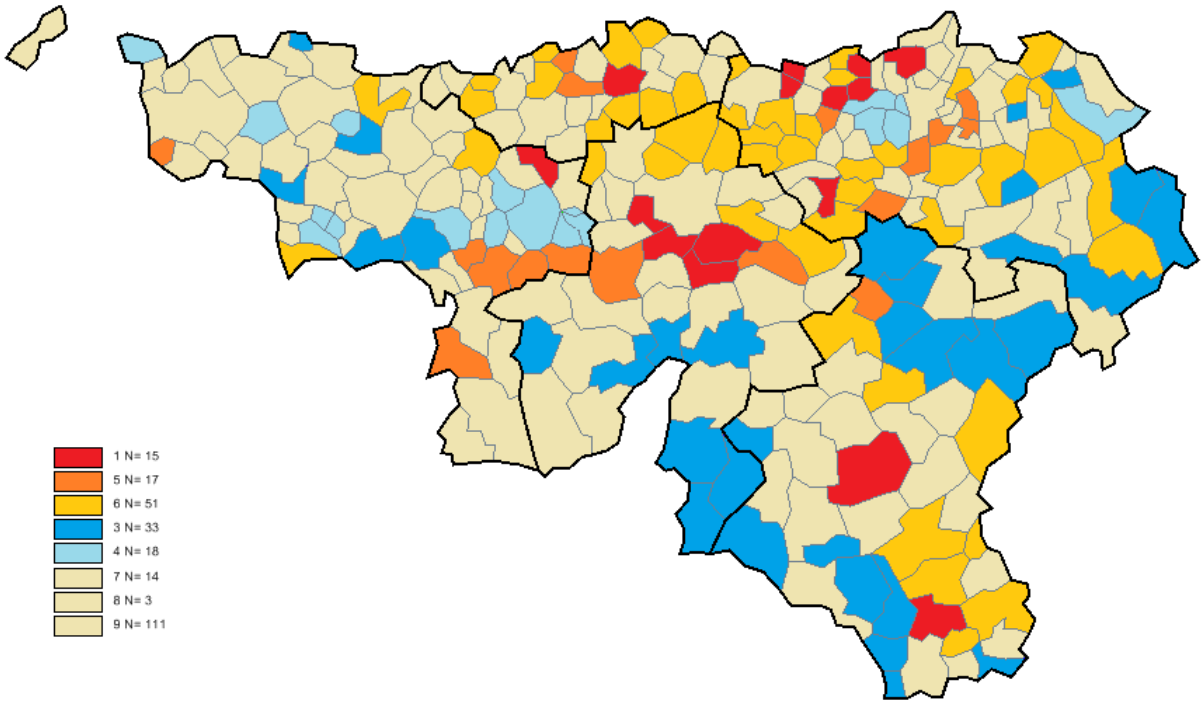


Figure 54 – Répartition géographique des communes wallonnes présentant un gap marqué entre offre et besoins de prise en charge.

Traitement : UCL-DEMO.

5. Limites et critiques méthodologiques

Les typologies élaborées présentent un certain nombre de lacunes et déficits remettant parfois en question leur adéquation avec la réalité. Notamment, les données relatives à l'offre d'aides, de soins et de services n'illustrent que partiellement la situation réelle puisqu'elles ne tiennent pas compte de l'offre de services à domicile de types aides ménagères, aides familiales, services de livraison des repas qui concourent pourtant elles aussi à favoriser le maintien des personnes âgées à domicile. Il est important de mettre ici

en évidence les démarches qui ont été effectuées pour obtenir une représentation de l'offre d'aides, de soins et de services proche de la réalité :

- Des recherches ont été effectuées sur les sites respectifs de la *Fédération Aide & Soins à Domicile* (FASD), de la *Centrale de Services à Domicile et Services Associés* (FCSD) et de l'*Aide à Domicile en Milieu Rural* (ADMR), proposant toutes les trois, des services de types similaires (Aides familiales, aides ménagères, gardes à domicile, soins, téléassistance, coordination, etc.). Sur chacun des sites consultés, il est possible de déterminer les secteurs sur lesquels les différents centres locaux sont actifs. Regroupant toutefois quasiment l'ensemble des communes wallonnes, la prise en compte de ces services dans nos typologies n'est pas primordiale s'il n'y a pas de différences spatiales avérées au préalable. Des démarches ont toutefois été entreprises auprès de ces trois fédérations pour obtenir le nombre de prestataires par type de profession et par commune wallonne. Les réponses reçues confirment la non-existence des données. Par ailleurs, le secteur sur lequel ces services interviennent est bien supérieur à l'espace des communes wallonnes, limitant, là aussi, la possibilité d'obtenir des données à un échelon si fin.
- Rencontre avec Véronique Tellier et Dominique Dubourg (Observatoire wallon de la Santé, DGO5) ; démarches effectuées auprès de Marie-Noëlle Govers (DGO5).

Rencontre avec Tonio Di Zinno et Joeri Guillaume (Agence Inter-Mutualiste) : l'AIM, en collaboration avec les sept organismes assureurs belges, participe à la collecte et l'exploitation de données illustrant la consommation de soins et de médicaments faisant l'objet d'un remboursement/d'une intervention par les mutuelles. Cette agence nous a proposé deux alternatives[62], mais dont les délais nous ont contraints à ne pas

[62] D'une part, durant l'automne 2014, cette agence procèdera à la mise en place d'un module relatif à la prise en charge des personnes âgées de 65 ans et plus au sein de leur « Atlas » disponible gratuitement sur internet. Il sera notamment possible de disposer d'informations par entités géographiques (dont le niveau varie selon les informations) reflétant par exemple le nombre de personnes non dépendantes âgées de 65 ans et plus, le nombre de '65 ans et plus' bénéficiant d'un court-séjour en institution, d'un séjour en centre de jour, de soins infirmiers à domicile, d'un séjour en maison de repos et/ou de soins pour personnes âgées, etc. Parallèlement, ces informations pourront être ventilées par groupe d'âges, par sexe et par statut de dépendance. D'autres informations concerneront également les taux de mortalité en maison de repos et/ou de soins, les durées moyennes de séjour dans ces institutions, ainsi que les âges moyens des populations institutionnalisées. Ces données seront disponibles **gratuitement**, mais seulement **à partir de fin 2014**. D'autre part, moyennant la somme de **1000 €** et d'ici **début juin 2014**, des données peuvent être obtenues, par le biais de cette agence, traitant de la consommation de soins infirmiers à domicile ou en MR/MRS, pour chacune des communes wallonnes.

pouvoir opter pour l'une et/ou l'autre d'entre elles.

- Contacts téléphoniques avec les gestionnaires du site de l'ANLH qui propose une base de données interactive, disponible sur internet et proposant pour chaque commune et chaque type de besoin, la liste des prestataires disponibles. Aucun fichier récapitulant l'information pour l'ensemble des communes wallonnes n'est toutefois disponible. Il faut donc relever pour chacune des 262 communes prises séparément, l'ensemble des prestataires disponibles.
- Prise de contact avec l'Association Dentaire Belge Francophone : aucune liste répertoriant les dentistes par entité spatiale n'est disponible pour les chercheurs. Il faut, dans ce cas également, relever l'information pour chacune des 262 communes wallonnes.
- Prise de contact avec Julien Charlier et Isabelle Reginster (IWEPS), sans qu'il soit actuellement possible d'obtenir des indicateurs/données supplémentaires pour nos typologies.

6. Conclusions[63]

L'élaboration de typologies communales wallonnes relève d'un exercice compliqué, compte-tenu de l'échelle géographique utilisée et de la disponibilité des indicateurs requis pour illustrer parfaitement la situation.

Faute d'avoir pourtant disposé d'indicateurs idéaux, nos typologies montrent des résultats intéressants et cohérents avec la réalité de terrain connue. Elles présentent, du point de vue local, des résultats interpellants et suscitant de nombreux débats, interrogations et réflexions quant à la prise en charge des personnes âgées.

Nos résultats semblent le confirmer, l'offre de soins, d'aides et de services mis en place aux bénéfices des populations âgées n'est pas nécessairement fonction de la demande de prise en charge. Certaines communes wallonnes se composent de telle manière qu'elles sont potentiellement plus exigeantes en matière de besoins d'aides, de

[63] Nos conclusions sont provisoires et seront ajustées en fonction des discussions et réactions des membres du Comité d'accompagnement (09.05.2014).

soins et de services. Elles doivent par exemple gérer et supporter la surreprésentation de populations très âgées, de groupes sociaux extrêmement précarisés, de personnes en moins bon état de santé et/ou de groupes isolés. Pour autant, elles ne font pas nécessairement toutes l'objet de politiques de vieillissement leur permettant de répondre aux besoins spécifiques de prise en charge de leur population. D'autres ensembles de communes se distinguent au contraire parce qu'ils offrent un panel large et varié d'aides, de soins et de services, alors que les besoins des populations âgées restent relativement limités.

Ces typologies contribuent à la mise en évidence de zones atypiques du point de vue de l'articulation entre offre et demande d'aides, de soins et de services. Regroupées en classes ou groupes distincts, elles constituent des ensembles intéressants, pour lesquels il pourrait être riche d'enseignement de connaître les raisons de leur(s) particularité(s).

7. Références bibliographiques

Agence Inter-Mutualiste (AIM-IMA) (2013). *Méta-données*, STAT_001_007, 2 p., disponible sur le site internet, url : http://www.nic-ima.be/fr/imaweb/home/index.html.

Amat-Roze (J.-M.) (2011). La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat, *Hérodote*, n° 143, pp. 13 – 32.

Bonnet (C.), Cambois (E.), Cases (C.), Gaymu (J.) (2011). La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ?, *Population & Sociétés*, Institut National d'Etudes Démographiques, n° 483, 4 p.

Bontout (O.), Colin (C.), Kerjosse (R.) (2002). Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040, *Etudes et Résultats*, n° 160, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 12 p.

Bourguignon (M.), Eggerickx (T.), Sanderson (J.-P.) (2014). *Vieillissement démographique, offre et demande de services*, Working Paper, Institut wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS), à paraître.

Bracke (P.), Christiaens (W.), Wauterickx (N.) (2008). The Pivotal Role of Women in Informal Care, *Journal of Family Issues*, vol. 29(10) : 1348 – 1378.

Costa (R.) (2013). Chapitre 8. L'analyse de classification, in Masuy-Stroobant (G.) et Costa (R.) (dir.). *Analyser les données en sciences sociales. De la préparation des données à l'analyse multivariée*, Bruxelles, P.I.E. Peter Lang, pp. 201 – 224.

Costa (R.), Masuy-Stroobant (G.) (2013). *Pratique de l'analyse de données. SPSS appliqué à l'enquête « Identités et Capital social en Wallonie »,* Louvain-la-Neuve, Centre de recherche en démographie et sociétés (UCL/IACCHOS/DEMO), 81 p., url : http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/demo/documents/manuel_GMSRC.pdf.

Davin (B.), Paraponaris (A.), Verger (P.) (2008). Entraide formelle et informelle. Quelle prise en charge pour les personnes âgées dépendantes à domicile ?, *Gérontologie et société*, n° 127, pp. 49 – 65.

Deboosere (P.), Demarest (S.), Lorant (V.), Miermans (P.-J.), Portet (M.-I.), Van Oyen (H.) (2006). *Santé et soins informels, Enquête socio-économique 2001*, monographie, SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie, Direction générale Statistique et Information économique, 191 p.

Deboosere (P.), Willaert (D.) (2004). *Codeboek. Algemene Socio-economische Enquête 2001*, Working Paper 2004-1Steunpunt Demografie, Vakgroep Sociaal Onderzoek (SOCO), Vrije Universiteit Brussel, Bruxelles, 43 p.

Della Guistina (V.) (2005). Du besoin au désir, *Santé conjuguée*, n° 31 : 19 – 22.

Drion (F.), Bemelmans (C.) (2011-2012). *Les soins et services d'aides à domicile dans les six communes du sud de l'arrondissement de Verviers : Etat des lieux et regard vers l'avenir*, en collaboration avec QUALIDOM asbl (Malmedy), 126 p., url : http://www.sisdef.be/wp-content/uploads/2014/01/Etude-VERSION-FINALE.pdf

Duée (M.), Rebillard (C.) (2006). La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040, *Données sociales – La société française*, Santé et Protection sociale : 613 – 619.

Dutheil (N.) (2001). Les aides et les aidants des personnes âgées, *Etudes et Résultats*, n° 142, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 12 p.

Ferland (M.), Paquet (G.) avec la collaboration de Lapointe (F.) (1995). Liens entre le statut socio-économique et la santé in Bellerose (C.), Lavallée (C.), Chénard (L.) et Levasseur (M.), *Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Volume 2, Québec, Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Chapitre 4, pp. 81-112.

Fontaine (R.) (2009). Aider un parent âgé se fait-il au détriment de l'emploi ?, *Retraite et société*, n° 58 : 31 – 61.

Hall (T. L.) et Mejia (A.) (dir.) (1979). *La planification des personnels de santé. Principes, méthodes et problèmes,* Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 360 p.

Henrard (J.-C.) (coord.) (1997). Dossier Santé publique & grand âge, *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 20, Haut Comité de Santé Publique, 44 p.

Masuy, A. J. (2010). Les politiques de soutien aux aidants proches en Belgique: un développement typiquement belge, *Revue belge de Sécurité Sociale*, n° 1, pp. 59-80.

Masuy-Stroobant (G.) (2013). Chapitre 6. L'analyse en composantes principales, in Masuy-Stroobant (G.) et Costa (R.) (dir.). *Analyser les données en sciences sociales. De la préparation des données à l'analyse multivariée*, Bruxelles, P.I.E. Peter Lang, pp. 145 – 169.

Piette (D.) (1998). *Besoins, demandes et offres de santé en santé publique. Fiches techniques*, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, url : http://ftp.vub.ac.be/pub/exchange/ndacosta/outgoing/download/SIPES/fiches/tech2.html

Portrait (F.), Lindeboom (M.), Deeg (D.) (2000). The use of long-term care services by the Dutch elderly, *Health Economics*, vol. 9(6), pp. 513 – 531.

Sanderson (J.-P.), Eggerickx (T.) (2010). Des outils d'aide à la décision: les indicateurs de condition de vie et de mixité socio-démographique des communes et des quartiers de Belgique, Dynamiques des populations locales, *Cahiers de Démographie Locale 2009* (dir. : Léger J.-F.), pp. 115 – 157.

Siegrist (J.), Marmot (M.) (eds.) (2006). *Social Inequalities in Health. New Evidence and Policy Implications*, Oxford University Press, 272 p.

Soullier (N.), Weber (A.) (2011). L'implication de l'entourage et des professionnels auprès de personnes âgées à domicile, *Etudes et Résultats*, n° 771, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 8 p.

Thrane (C.) (2006). Explaining educational-related inequalities in health: mediation and moderator models, *Social Science & Medicine*, vol. 62(2), pp. 467 – 478.

Van Oyen (H.), Deboosere (P.), Lorant (V.), Charafeddine (R.) (eds.) (2010). *Les inégalités sociales de santé en Belgique*, Gent, Academia Press, 200 p.

8. Annexes

8.1 Annexe 1 : Question relative au degré de satisfaction des populations

(wq18) Comment jugez-vous les facilités (équipements) offertes dans votre quartier ?

- **(wq18a) L'offre de transports publics ?**
- **(wq18g) Les services de santé (médecin, infirmière, etc.)**
- **(wq18k) Les services sociaux et scolaires**

1 : Mal équipé	→ Considéré comme « insatisfait de l'offre »
2 : normalement équipé	→ Considéré comme « satisfait de l'offre »
3 : Très bien équipé	→ Considéré comme « très satisfait de l'offre »
Z : non rempli	→ Considéré comme données manquantes
Blanc : formulaire non rentré	→ Considéré comme données manquantes

Source : Deboosere, Willaert, 2004 : 40-41.

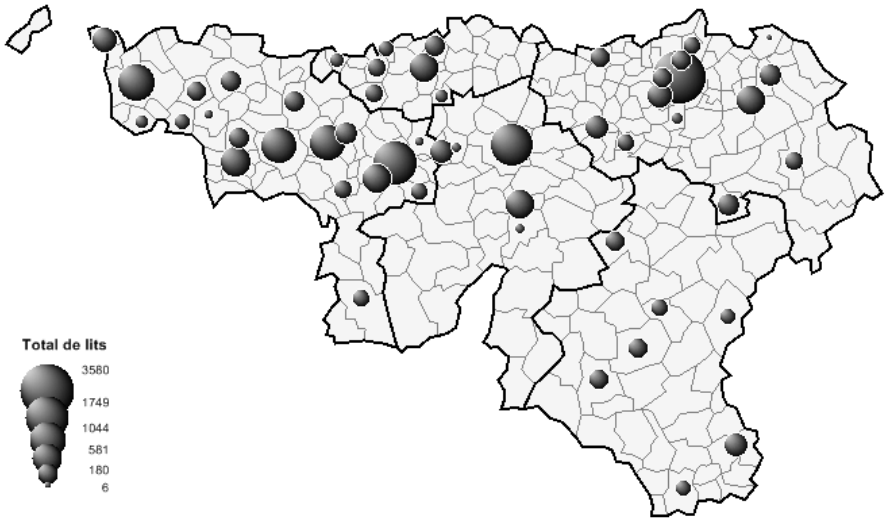
8.2 Annexe 2 : Question relative à l'aide informelle fournie par les répondants

(q4a) Apportez-vous au moins une fois par semaine, en dehors de votre profession, une aide ou des soins à une ou plusieurs personnes ayant une maladie, affection ou handicap durable ?

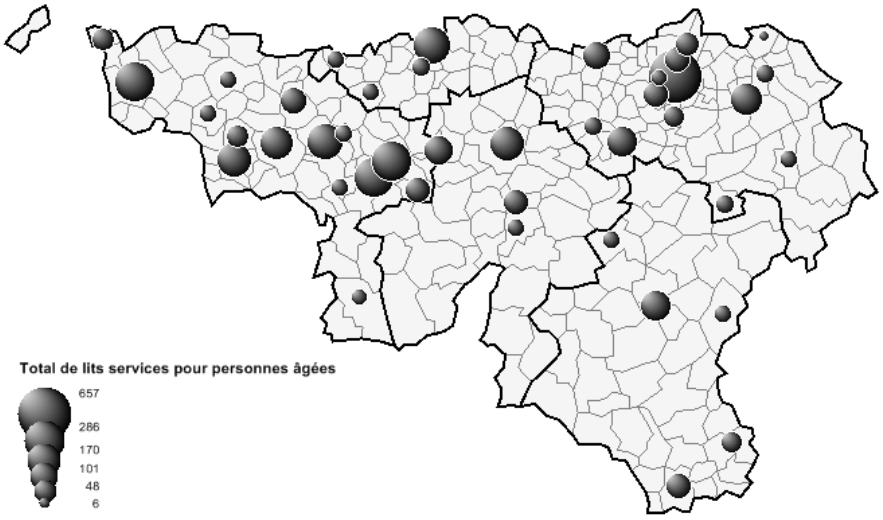
N : Non	→ Considéré comme « non aidant informel »
Y : Oui	→ Considéré comme « aidant informel »
Z : Non rempli	→ Considéré comme données manquantes

Source : Deboosere, Willaert, 2004 : 14.

8.3 Annexe 3 : Nombre de lits hospitaliers (tous types) et nombre de lits hospitaliers de services à orientation gériatrique ou connexe



Nombre de lits hospitaliers (tous types confondus) (Wallonie, 2014). Source : Wallonie, DGO5 ; traitement : UCL-DEMO.



Nombre de lits hospitaliers de services à orientation gériatrique ou connexe (Wallonie, 2014). Source : Wallonie, DGO5 ; traitement : UCL-DEMO.

8.4 Annexe 4 : Indicateurs de besoins et d'offre de services et de soins et attribution de scores aux communes wallonnes

Codes communes	Indicateurs standardisés de besoins de prise en charge						Indicateurs standardisés d'offre d'aides, de soins et de services							Indice synthétique: besoins	Indice synthétique: offre	Classe attribuée
	Parts 80+	Parts 80+ GS 1 et 2	Parts 80+ mauvaise santé subj.	Parts 80+ mauvaise santé obj.	Parts 80+ isolés	Parts 80+ CSE	Aidants inf. hommes 45+	Aidants inf. femmes 45+	Ratio aidants pot.	Prof. médic. et para médic.	80+ insatisf. offre transports	80+ insatisf. offre soins	80+ insatisf. offre serv. soc.			
25005	0,28	0,04	0,47	0,54	0,37	0,63	0,35	0,67	0,53	0,51	0,42	0,16	0,23	2,33	1,25	6
25014	0,37	0,38	0,50	0,56	0,27	0,56	0,44	0,52	0,37	0,43	0,31	0,12	0,13	2,62	1,20	9
25015	0,38	0,25	0,39	0,23	0,41	0,54	0,42	0,64	0,39	0,40	0,33	0,11	0,18	2,20	1,23	6
25018	0,12	0,13	0,52	0,58	0,47	0,72	0,41	0,70	0,79	0,80	0,59	0,12	0,28	2,56	1,71	1
25023	0,17	0,47	0,43	0,56	0,49	0,57	0,57	0,48	0,59	0,58	0,32	0,17	0,27	2,69	1,45	9
25031	0,37	0,35	0,53	0,54	0,48	0,35	0,60	0,80	0,38	0,38	0,41	0,25	0,34	2,63	1,17	9
25037	0,45	0,20	0,46	0,56	0,20	0,44	0,47	0,61	0,34	0,35	0,55	0,24	0,39	2,30	0,58	6
25043	0,25	0,00	0,65	0,76	0,30	0,81	0,43	0,64	0,52	0,36	0,78	0,14	0,34	2,77	0,69	9
25044	0,39	0,45	0,58	0,59	0,10	0,38	0,60	0,60	0,32	0,56	0,58	0,14	0,27	2,48	1,09	6
25048	0,54	0,20	0,44	0,57	0,26	0,68	0,61	0,49	0,21	0,20	0,37	0,21	0,23	2,68	0,70	9
25050	0,63	0,41	0,19	0,37	0,22	0,70	0,56	0,93	0,13	0,25	0,25	0,07	0,05	2,52	1,49	6
25068	0,25	0,30	0,50	0,75	0,46	0,57	0,45	0,64	0,46	0,60	0,70	0,08	0,15	2,83	1,21	9
25072	0,57	0,45	0,41	0,41	0,80	0,68	0,58	0,62	0,18	0,51	0,15	0,23	0,21	3,31	1,30	9
25084	0,30	0,09	0,47	0,44	0,24	0,46	0,49	0,41	0,38	0,37	0,35	0,17	0,11	1,98	1,01	6
25091	0,57	0,19	0,50	0,62	0,29	0,81	0,61	0,92	0,19	0,36	0,19	0,13	0,11	2,99	1,66	5

25105	0,28	0,46	0,40	0,59	0,38	0,59	0,43	0,25	0,43	0,21	0,38	0,19	0,24	2,70	0,50	9
25107	0,23	0,31	0,52	0,61	0,53	0,61	0,48	0,65	0,52	0,48	0,55	0,05	0,29	2,81	1,24	9
25110	0,64	0,23	0,37	0,50	0,25	0,74	0,42	0,71	0,18	0,37	0,34	0,08	0,04	2,73	1,22	9
25112	0,54	0,34	0,27	0,46	0,69	0,58	0,51	0,60	0,24	0,29	0,31	0,14	0,26	2,89	0,94	9
25117	0,05	0,14	0,40	0,52	0,30	0,32	0,57	0,33	0,86	0,52	0,55	0,14	0,16	1,73	1,44	6
25118	0,45	0,37	0,64	0,60	0,76	0,38	0,83	0,56	0,28	0,21	0,37	0,03	0,16	3,20	1,31	9
25119	0,34	0,13	0,21	0,21	0,13	0,78	0,40	0,96	0,46	0,63	0,69	0,20	0,21	1,79	1,36	6
25120	0,38	0,25	0,46	0,75	0,41	0,49	0,71	0,60	0,35	0,21	0,49	0,20	0,21	2,74	0,97	9
25121	0,21	0,40	0,45	0,53	0,66	0,67	0,49	0,70	0,45	0,64	0,29	0,15	0,17	2,92	1,65	5
25122	0,25	0,11	0,71	0,54	0,19	0,66	0,65	0,63	0,48	0,34	0,48	0,20	0,21	2,46	1,22	6
25123	0,20	0,90	0,62	0,55	0,44	0,50	0,61	0,41	0,60	0,32	0,30	0,13	0,23	3,20	1,29	9
25124	0,23	0,08	0,31	0,42	0,78	0,49	0,59	0,57	0,47	0,56	0,65	0,00	0,12	2,30	1,42	6
51004	0,53	0,41	0,51	0,68	0,41	0,41	0,74	0,76	0,21	0,23	0,48	0,12	0,19	2,93	1,15	9
51008	0,40	0,53	0,53	0,74	0,59	0,36	0,65	0,46	0,32	0,32	0,46	0,13	0,29	3,15	0,87	9
51009	0,40	0,42	0,73	0,84	0,52	0,42	0,43	0,26	0,33	0,19	0,47	0,10	0,32	3,33	0,31	3
51012	0,26	0,67	0,91	0,86	0,66	0,53	0,79	0,66	0,45	0,17	0,55	0,17	0,37	3,89	0,98	4
51014	0,44	0,45	0,52	0,61	0,25	0,42	0,77	0,57	0,28	0,21	0,36	0,23	0,34	2,69	0,90	9
51017	0,69	0,42	0,46	0,69	0,38	0,51	0,70	0,73	0,15	0,30	0,58	0,13	0,26	3,14	0,93	9
51019	0,89	0,36	0,44	0,44	0,11	0,39	0,49	0,39	0,03	0,16	0,66	0,04	0,15	2,64	0,22	3
51065	0,50	0,44	0,54	0,71	0,44	0,51	0,87	0,92	0,22	0,31	0,86	0,13	0,33	3,15	1,00	9
52010	0,47	0,77	0,85	0,78	0,41	0,35	0,63	0,36	0,25	0,24	0,23	0,05	0,11	3,64	1,09	9

52011	0,50	0,74	0,73	0,76	0,60	0,42	0,65	0,44	0,20	0,13	0,10	0,12	0,18	3,74	1,02	4
52012	0,42	0,73	0,82	0,90	0,57	0,38	0,51	0,27	0,30	0,12	0,11	0,14	0,24	3,81	0,70	4
52015	0,41	0,75	0,72	0,87	0,53	0,46	0,61	0,48	0,32	0,21	0,27	0,12	0,24	3,74	0,99	4
52018	0,25	1,00	0,83	1,00	0,63	0,29	0,66	0,41	0,45	0,12	0,21	0,19	0,29	4,01	0,95	4
52021	0,40	0,63	0,73	0,89	0,54	0,42	0,59	0,47	0,35	0,25	0,22	0,15	0,24	3,60	1,05	9
52022	0,50	0,69	0,80	0,78	0,55	0,41	0,73	0,53	0,25	0,25	0,29	0,15	0,27	3,74	1,05	4
52025	0,54	0,33	0,58	0,55	0,18	0,56	0,66	0,92	0,32	0,55	0,32	0,11	0,36	2,73	1,66	5
52043	0,34	0,56	0,66	0,72	0,48	0,46	0,56	0,55	0,39	0,27	0,26	0,21	0,26	3,22	1,04	9
52048	0,86	0,43	0,57	0,40	0,49	0,67	0,66	0,56	0,09	0,49	0,13	0,04	0,12	3,43	1,50	9
52055	0,39	0,41	0,60	0,41	0,41	0,41	0,50	0,40	0,35	0,29	0,34	0,17	0,29	2,63	0,76	9
52063	0,29	0,40	0,51	0,49	0,37	0,47	0,54	0,50	0,47	0,46	0,27	0,12	0,16	2,54	1,42	6
52074	0,31	0,65	1,00	0,89	0,55	0,59	0,57	0,59	0,50	0,33	0,25	0,17	0,33	3,99	1,24	4
52075	0,44	0,26	0,63	0,43	0,30	0,34	0,61	0,89	0,32	0,38	0,27	0,10	0,17	2,40	1,66	1
53014	0,53	0,80	0,77	0,95	0,52	0,24	0,73	0,44	0,22	0,26	0,21	0,13	0,19	3,80	1,11	4
53020	0,57	0,84	0,84	0,82	0,37	0,32	0,73	0,48	0,18	0,27	0,24	0,09	0,20	3,77	1,13	4
53028	0,54	0,52	0,81	0,80	0,52	0,41	0,70	0,47	0,21	0,20	0,28	0,17	0,22	3,59	0,92	9
53039	0,46	0,62	0,70	0,70	0,59	0,33	0,61	0,37	0,30	0,29	0,69	0,21	0,20	3,40	0,47	9
53044	0,27	0,20	0,58	0,71	0,39	0,52	0,71	0,46	0,53	0,57	0,78	0,10	0,17	2,68	1,22	9
53046	0,40	0,43	0,51	0,65	0,54	0,66	0,33	0,46	0,30	0,28	0,92	0,21	0,43	3,18	-0,18	3
53053	0,46	0,48	0,62	0,66	0,62	0,42	0,68	0,63	0,26	0,37	0,24	0,20	0,49	3,26	1,00	9
53065	0,44	0,62	0,79	0,88	0,53	0,30	0,59	0,37	0,30	0,17	0,35	0,24	0,32	3,55	0,52	9

53068	0,53	0,65	0,69	0,94	0,48	0,15	0,61	0,27	0,22	0,15	0,27	0,18	0,32	3,45	0,48	9
53070	0,64	0,56	0,63	0,61	0,29	0,44	0,69	0,47	0,18	0,26	0,39	0,11	0,24	3,18	0,87	9
53082	0,28	0,65	0,80	0,92	0,73	0,28	0,66	0,28	0,44	0,22	0,18	0,19	0,23	3,67	1,00	4
53083	0,34	0,12	0,57	0,34	0,37	0,65	0,81	0,43	0,46	0,63	0,57	0,31	0,57	2,39	0,87	6
53084	0,62	0,38	0,56	0,87	0,15	0,32	0,59	0,54	0,17	0,37	0,70	0,19	0,42	2,90	0,35	3
54007	0,60	0,82	0,43	0,51	0,98	0,57	0,62	0,47	0,12	0,17	0,21	0,15	0,22	3,91	0,82	4
54010	0,68	0,91	0,19	0,44	0,25	0,41	0,48	0,32	0,10	0,07	0,15	0,14	0,21	2,87	0,48	9
55004	0,31	0,48	0,47	0,56	0,36	0,47	0,50	0,32	0,42	0,32	0,37	0,22	0,38	2,66	0,58	9
55010	0,37	0,53	0,38	0,48	0,45	0,48	0,52	0,47	0,31	0,30	0,32	0,13	0,18	2,69	0,97	9
55022	0,46	0,75	0,69	0,74	0,42	0,53	0,65	0,42	0,26	0,22	0,14	0,12	0,20	3,59	1,09	9
55023	0,57	0,38	0,42	0,23	0,38	0,55	0,49	0,37	0,19	0,15	0,56	0,24	0,38	2,53	0,01	7
55035	0,43	0,70	0,64	0,66	0,32	0,62	0,53	0,52	0,33	0,42	0,55	0,33	0,44	3,37	0,48	9
55039	0,28	0,19	0,53	0,35	0,29	0,44	0,58	0,70	0,56	0,41	0,60	0,20	0,14	2,08	1,31	6
55040	0,50	0,46	0,65	0,75	0,39	0,37	0,62	0,68	0,27	0,30	0,41	0,14	0,36	3,10	0,95	9
55050	0,43	0,50	0,60	0,78	0,41	0,48	0,76	0,51	0,24	0,19	0,33	0,12	0,17	3,20	1,07	9
56001	0,61	0,71	0,88	0,76	0,44	0,23	0,72	0,32	0,17	0,20	0,22	0,09	0,12	3,63	0,97	9
56005	0,49	0,99	0,53	0,43	0,38	0,34	0,60	0,56	0,24	0,35	0,57	0,25	0,31	3,15	0,62	9
56011	0,61	0,90	0,72	0,78	0,48	0,45	0,54	0,37	0,17	0,25	0,26	0,16	0,41	3,95	0,49	4
56016	0,47	0,51	0,64	0,70	0,59	0,50	0,67	0,83	0,27	0,27	0,60	0,19	0,42	3,41	0,83	9
56022	0,43	0,60	0,78	0,76	0,45	0,58	0,66	0,69	0,28	0,20	0,51	0,12	0,27	3,61	0,94	9
56029	0,31	0,83	0,57	0,77	0,37	0,30	0,74	0,57	0,49	0,34	0,84	0,14	0,29	3,16	0,87	9

56044	0,54	0,81	0,58	0,48	0,43	0,49	0,71	0,84	0,28	1,00	0,41	0,15	0,24	3,33	2,04	5
56049	0,10	0,77	0,61	0,46	0,65	0,59	0,60	0,29	0,77	0,51	0,59	0,27	0,20	3,18	1,11	9
56051	0,30	0,37	0,66	0,76	0,60	0,34	0,47	0,35	0,41	0,25	0,60	0,15	0,22	3,03	0,52	9
56078	0,41	0,48	0,73	0,72	0,41	0,67	0,68	0,75	0,43	0,58	0,44	0,11	0,27	3,43	1,62	5
56085	0,30	0,49	0,79	0,66	0,38	0,43	0,57	0,44	0,45	0,56	0,75	0,33	0,60	3,06	0,34	3
56086	0,56	0,39	0,64	0,68	0,32	0,58	0,67	0,73	0,30	0,57	0,25	0,07	0,11	3,17	1,82	5
56087	0,58	0,73	0,64	0,68	0,17	0,26	0,68	0,43	0,18	0,23	0,20	0,18	0,28	3,06	0,86	9
56088	0,41	0,50	0,46	0,74	0,60	0,62	0,79	0,91	0,34	0,26	0,38	0,09	0,20	3,33	1,64	5
57003	0,50	0,87	0,53	0,73	0,43	0,51	0,74	0,41	0,20	0,18	0,16	0,19	0,25	3,57	0,94	9
57018	0,45	0,92	0,40	0,66	0,16	0,30	0,50	0,36	0,26	0,24	0,42	0,18	0,17	2,89	0,59	9
57027	0,48	0,94	0,40	0,52	0,33	0,35	0,63	0,28	0,27	0,12	0,28	0,17	0,20	3,01	0,66	9
57062	0,64	0,78	0,27	0,42	0,18	0,67	0,40	0,65	0,11	0,20	0,18	0,20	0,11	2,95	0,87	9
57064	0,50	0,61	0,55	0,63	0,43	0,40	0,68	0,62	0,22	0,28	0,51	0,20	0,34	3,11	0,76	9
57072	0,35	0,30	0,47	0,55	0,82	0,63	0,57	0,56	0,45	0,35	0,08	0,10	0,08	3,12	1,68	5
57081	0,62	0,86	0,54	0,64	0,47	0,44	0,60	0,59	0,17	0,35	0,23	0,17	0,38	3,57	0,92	9
57093	0,59	0,40	0,39	0,60	0,54	0,39	0,76	0,56	0,13	0,31	0,26	0,03	0,18	2,91	1,29	9
57094	0,61	0,81	0,68	0,82	0,43	0,35	0,63	0,70	0,17	0,20	0,56	0,21	0,32	3,70	0,61	4
57095	0,35	0,62	0,34	0,46	0,24	0,35	0,51	0,07	0,33	0,28	0,55	0,08	0,39	2,37	0,17	7
61003	0,40	0,35	0,53	0,61	0,27	0,45	0,64	0,48	0,33	0,21	0,28	0,24	0,32	2,61	0,82	9
61010	0,30	0,00	0,52	0,43	0,47	0,55	0,50	0,83	0,44	0,42	0,54	0,24	0,46	2,27	0,95	6
61012	0,51	0,40	0,35	0,42	0,29	0,35	0,66	0,73	0,18	0,28	0,71	0,26	0,30	2,32	0,59	6

61019	0,38	0,33	0,16	0,24	0,40	0,44	0,40	0,58	0,41	0,39	0,66	0,21	0,41	1,95	0,49	6
61024	0,35	0,30	0,86	0,95	0,69	0,65	0,81	0,83	0,42	0,33	0,44	0,14	0,14	3,81	1,67	8
61028	0,08	0,09	0,52	0,47	0,60	0,49	0,71	0,57	0,76	0,56	0,77	0,10	0,44	2,24	1,30	6
61031	0,69	0,41	0,47	0,64	0,33	0,37	0,70	0,65	0,08	0,23	0,16	0,15	0,33	2,93	1,01	9
61039	0,22	0,41	0,39	0,53	0,41	0,89	0,33	0,35	0,59	0,45	0,55	0,12	0,28	2,85	0,78	9
61041	0,13	0,27	0,40	0,67	0,40	0,69	0,37	0,60	0,73	0,61	0,52	0,04	0,21	2,55	1,54	1
61043	0,44	0,05	0,54	0,57	0,00	0,23	0,39	0,44	0,45	0,65	0,79	0,10	0,25	1,84	0,78	6
61048	0,20	0,42	0,23	0,65	0,71	0,52	0,38	0,84	0,62	0,45	0,33	0,11	0,28	2,73	1,57	5
61063	0,13	0,22	0,61	0,72	0,12	0,83	0,58	0,84	0,77	0,53	0,63	0,22	0,16	2,62	1,72	5
61068	0,19	0,15	0,67	0,64	0,17	0,44	0,69	0,47	0,56	0,46	0,52	0,06	0,31	2,26	1,28	6
61072	0,41	0,35	0,42	0,56	0,34	0,50	0,71	0,66	0,31	0,31	0,24	0,13	0,18	2,59	1,44	6
61079	0,35	0,34	0,71	0,90	0,51	0,78	0,56	0,61	0,45	0,50	0,59	0,12	0,20	3,59	1,21	9
61080	0,24	0,62	0,56	0,73	0,73	0,55	0,68	0,21	0,51	0,18	0,30	0,19	0,16	3,42	0,94	9
61081	0,25	0,63	0,59	0,67	0,09	0,14	0,67	0,60	0,56	0,51	0,56	0,60	0,37	2,37	0,82	6
62003	0,60	0,54	0,46	0,60	0,51	0,59	0,58	0,34	0,19	0,17	0,10	0,10	0,10	3,30	0,98	9
62006	0,54	0,50	0,72	0,55	0,07	0,28	0,51	0,61	0,27	0,21	0,15	0,20	0,17	2,66	1,09	9
62009	0,33	0,50	0,53	0,50	0,75	0,67	0,61	0,58	0,43	0,45	0,26	0,18	0,28	3,30	1,35	9
62011	0,40	0,36	0,58	0,82	0,44	0,37	0,47	0,52	0,35	0,30	0,55	0,09	0,28	2,96	0,71	9
62015	0,28	0,79	0,68	0,96	0,61	0,74	0,54	0,61	0,47	0,32	0,10	0,11	0,16	4,07	1,57	8
62022	0,94	0,36	0,41	0,70	0,25	0,60	0,70	0,80	0,04	0,43	0,12	0,05	0,06	3,25	1,74	5
62026	0,57	0,81	0,56	0,59	0,42	0,45	0,62	0,48	0,18	0,10	0,26	0,03	0,24	3,40	0,84	9

62027	0,12	0,72	0,43	0,46	0,45	0,69	0,57	0,56	0,81	0,59	0,59	0,33	0,26	2,87	1,35	9
62032	0,55	0,40	0,33	0,45	0,51	0,56	0,68	0,70	0,27	0,52	0,29	0,14	0,18	2,80	1,56	5
62038	0,53	0,80	0,60	0,73	0,58	0,62	0,73	0,52	0,22	0,20	0,00	0,03	0,07	3,87	1,57	8
62051	0,61	0,86	0,58	0,65	0,46	0,43	0,56	0,26	0,14	0,08	0,07	0,14	0,21	3,59	0,61	9
62060	0,28	0,56	0,57	0,64	0,07	0,47	0,59	0,58	0,55	0,53	0,22	0,13	0,14	2,57	1,76	1
62063	0,56	0,61	0,47	0,61	0,65	0,50	0,57	0,44	0,12	0,28	0,00	0,10	0,24	3,40	1,06	9
62079	0,45	0,76	0,51	0,75	0,44	0,59	0,56	0,46	0,33	0,25	0,30	0,09	0,16	3,51	1,04	9
62093	0,53	0,85	0,59	0,62	0,68	0,47	0,56	0,14	0,17	0,09	0,00	0,14	0,10	3,74	0,71	4
62096	0,52	0,94	0,57	0,71	0,65	0,53	0,69	0,35	0,19	0,16	0,07	0,11	0,15	3,92	1,06	4
62099	0,31	0,56	0,52	0,78	0,40	0,52	0,52	0,68	0,42	0,35	0,15	0,02	0,07	3,09	1,72	5
62100	0,33	0,37	0,32	0,59	0,21	0,40	0,55	0,67	0,43	0,64	0,46	0,31	0,34	2,22	1,18	6
62108	0,45	0,67	0,38	0,77	0,45	0,62	0,73	0,56	0,28	0,23	0,41	0,20	0,21	3,33	0,97	9
62118	0,34	0,97	0,70	0,79	0,53	0,69	0,55	0,33	0,42	0,19	0,20	0,20	0,19	4,02	0,91	4
62119	0,30	0,50	0,45	0,72	0,16	0,43	0,50	0,59	0,47	0,47	0,45	0,11	0,22	2,56	1,25	6
62120	0,62	0,85	0,69	0,72	0,55	0,56	0,71	0,47	0,15	0,11	0,27	0,20	0,28	4,00	0,68	4
62121	0,38	0,10	0,32	0,45	0,36	0,72	0,47	0,59	0,50	0,97	0,81	0,06	0,17	2,33	1,48	6
62122	0,25	0,78	0,34	0,42	0,73	0,57	0,55	0,56	0,52	0,49	0,35	0,23	0,26	3,09	1,27	9
63001	0,39	0,14	0,41	0,50	0,33	0,63	0,28	0,66	0,30	0,17	0,44	0,20	0,14	2,40	0,61	6
63003	0,49	0,97	0,19	0,36	0,42	0,53	0,43	0,31	0,21	0,28	0,20	0,08	0,09	2,95	0,85	9
63004	0,12	0,88	0,26	0,56	0,26	0,40	0,39	0,49	0,72	0,44	0,28	0,48	0,27	2,49	1,02	6
63012	0,45	0,25	0,72	0,71	0,71	0,63	0,05	0,84	0,26	0,06	0,47	0,45	0,18	3,47	0,12	3

63013	0,35	0,29	0,58	0,50	0,44	0,47	0,15	0,00	0,38	0,11	0,41	0,38	0,20	2,63	-0,34	3
63020	0,33	0,88	0,35	0,40	0,34	0,53	0,36	0,22	0,27	0,07	0,17	0,36	0,32	2,83	0,07	3
63023	0,36	0,85	0,65	0,77	0,45	0,66	0,21	0,20	0,37	0,28	0,17	0,20	0,20	3,73	0,49	4
63035	0,27	0,67	0,47	0,55	0,51	0,46	0,37	0,54	0,49	0,48	0,21	0,26	0,11	2,92	1,31	9
63038	0,24	0,34	0,35	0,25	0,02	0,46	0,48	0,36	0,58	0,65	0,44	0,32	0,11	1,66	1,21	6
63040	0,16	0,58	0,51	0,52	0,75	0,74	0,26	0,12	0,78	0,00	0,20	0,12	0,10	3,26	0,75	9
63045	0,31	0,21	0,66	0,63	0,48	0,78	0,48	0,78	0,47	0,31	0,68	0,10	0,39	3,07	0,87	9
63046	0,43	0,84	0,31	0,58	0,36	0,56	0,51	0,37	0,26	0,18	0,20	0,19	0,12	3,09	0,79	9
63048	0,29	0,82	0,81	0,60	0,06	0,33	0,16	0,21	0,53	0,07	0,48	0,55	0,18	2,92	-0,24	3
63049	0,56	0,45	0,37	0,49	0,46	0,52	0,46	0,96	0,17	0,22	0,24	0,13	0,15	2,85	1,28	9
63057	0,15	0,88	0,57	0,51	0,65	0,43	0,51	0,87	0,80	0,84	0,65	0,20	0,21	3,20	1,97	5
63058	0,30	0,69	0,52	0,63	0,39	0,55	0,41	0,44	0,36	0,30	0,16	0,27	0,23	3,09	0,86	9
63061	0,34	0,27	0,16	0,21	0,17	0,49	0,14	0,15	0,54	0,01	0,25	0,39	0,17	1,64	0,04	7
63067	0,66	0,12	0,73	0,77	0,29	0,50	0,24	0,49	0,14	0,13	0,43	0,23	0,14	3,06	0,20	3
63072	0,97	0,49	0,36	0,66	0,35	0,53	0,44	0,40	0,00	0,13	0,27	0,17	0,16	3,35	0,37	3
63073	0,50	0,21	0,55	0,35	0,50	0,52	0,56	0,84	0,27	0,25	0,53	0,21	0,26	2,63	0,93	9
63075	0,50	0,37	0,23	0,31	0,35	0,49	0,47	0,37	0,31	0,37	1,00	0,42	0,44	2,24	-0,34	7
63076	0,32	0,32	0,47	0,48	0,20	0,49	0,40	0,48	0,42	0,39	0,40	0,23	0,31	2,28	0,74	6
63079	0,45	0,86	0,33	0,53	0,42	0,54	0,42	0,45	0,20	0,27	0,07	0,17	0,31	3,13	0,78	9
63080	0,34	0,23	0,43	0,55	0,24	0,63	0,42	0,40	0,35	0,25	0,25	0,25	0,16	2,41	0,76	6
63084	0,32	0,60	0,34	0,50	0,32	0,52	0,52	0,48	0,40	0,30	0,05	0,14	0,13	2,59	1,38	6

63086	0,51	0,42	0,41	0,51	0,51	1,00	0,38	0,31	0,26	0,31	0,47	0,17	0,32	3,36	0,29	3
63087	0,33	0,06	0,59	0,75	0,32	0,50	0,11	0,39	0,35	0,01	0,45	0,41	0,07	2,55	-0,07	7
63088	0,34	0,41	0,33	0,51	0,27	0,40	0,55	0,38	0,47	0,06	0,21	0,19	0,26	2,26	0,81	6
63089	0,01	0,79	0,09	0,17	0,29	0,40	0,25	0,33	1,00	0,75	0,34	0,33	0,23	1,74	1,43	6
64008	0,06	0,30	0,62	0,51	0,53	0,52	1,00	0,93	0,77	0,41	0,55	0,46	0,41	2,54	1,69	1
64015	0,26	0,23	0,47	0,80	0,51	0,22	0,44	0,46	0,51	0,34	0,31	0,17	0,29	2,49	0,98	6
64021	0,20	0,07	0,25	0,89	0,75	0,24	0,72	0,99	0,65	0,45	0,40	0,15	0,24	2,41	2,00	1
64023	0,23	0,10	0,10	0,07	0,24	0,67	0,41	0,53	0,62	0,53	0,20	0,26	0,00	1,41	1,64	1
64025	0,41	0,37	0,31	0,57	0,32	0,45	0,57	0,97	0,39	0,28	0,24	0,03	0,07	2,42	1,86	1
64029	0,13	0,09	0,49	0,81	0,61	0,19	0,72	0,47	0,59	0,54	0,25	0,24	0,29	2,32	1,54	1
64034	0,45	0,12	0,53	0,83	0,26	0,49	0,70	0,70	0,26	0,23	0,48	0,20	0,36	2,68	0,85	9
64047	0,41	0,36	0,62	0,71	0,16	0,00	0,55	0,21	0,31	0,21	0,32	0,04	0,17	2,27	0,75	6
64056	0,27	0,18	0,35	0,32	0,77	0,59	0,57	0,38	0,50	0,46	0,31	0,07	0,23	2,50	1,29	6
64063	0,42	0,08	0,55	0,80	0,13	0,19	0,44	0,43	0,30	0,26	0,20	0,12	0,38	2,16	0,74	6
64065	0,42	0,69	0,39	0,48	0,37	0,45	0,62	0,43	0,35	0,21	0,32	0,17	0,37	2,80	0,76	9
64074	0,65	0,30	0,49	0,67	0,42	0,66	0,89	0,57	0,16	0,18	0,18	0,11	0,14	3,20	1,38	9
64075	0,27	0,50	0,56	0,47	0,12	0,58	0,77	0,50	0,39	0,40	0,50	0,14	0,06	2,50	1,37	6
64076	0,28	0,19	0,76	0,97	0,26	0,26	0,58	0,70	0,47	0,50	0,47	0,28	0,19	2,72	1,31	9
81001	0,29	0,23	0,35	0,40	0,42	0,71	0,49	0,48	0,34	0,56	0,21	0,34	0,37	2,42	0,96	6
81003	0,31	0,17	0,66	0,57	0,09	0,61	0,23	0,45	0,30	0,21	0,53	0,75	0,34	2,40	-0,43	7
81004	0,42	0,33	0,45	0,41	0,57	0,65	0,43	0,26	0,23	0,05	0,31	0,26	0,23	2,84	0,17	3

81013	0,34	0,33	0,48	0,67	0,06	0,56	0,73	0,69	0,20	0,10	0,41	0,18	0,32	2,44	0,81	6
81015	0,26	0,09	0,28	0,76	0,39	0,65	0,30	0,35	0,41	0,10	0,42	0,39	0,28	2,43	0,05	7
82003	0,20	0,33	0,36	0,41	0,41	0,43	0,33	0,41	0,45	0,38	0,33	0,25	0,29	2,13	0,70	6
82005	0,19	0,26	0,50	0,58	0,60	0,45	0,18	0,38	0,40	0,41	0,60	0,44	0,51	2,60	-0,17	7
82009	0,21	0,16	0,44	0,40	0,59	0,42	0,00	0,25	0,40	0,15	0,68	0,64	1,00	2,22	-1,52	7
82014	0,46	0,16	0,60	0,85	0,48	0,33	0,49	0,53	0,28	0,21	0,51	0,43	0,48	2,88	0,09	3
82032	0,44	0,44	0,24	0,46	0,52	0,58	0,62	0,66	0,29	0,22	0,59	0,33	0,31	2,69	0,55	9
82036	0,18	0,34	0,65	0,54	0,40	0,29	0,37	0,19	0,34	0,28	0,18	0,37	0,37	2,41	0,26	7
82037	0,37	0,20	0,54	0,40	0,71	0,68	0,50	0,54	0,25	0,27	0,34	0,46	0,41	2,90	0,35	3
82038	0,36	0,20	0,43	0,54	0,57	0,23	0,13	0,15	0,30	0,33	0,36	0,23	0,30	2,33	0,03	7
83012	0,55	0,57	0,35	0,62	0,28	0,68	0,58	0,52	0,26	0,15	0,64	0,27	0,30	3,05	0,30	3
83013	0,38	0,36	0,47	0,52	0,33	0,66	0,35	0,41	0,41	0,16	0,99	0,15	0,61	2,71	-0,41	3
83028	0,17	0,46	0,45	0,61	0,75	0,56	0,75	0,80	0,58	0,23	0,47	0,09	0,09	2,99	1,72	5
83031	0,70	0,31	0,34	0,49	0,60	0,58	0,55	0,37	0,10	0,03	0,55	0,35	0,32	3,03	-0,17	3
83034	0,35	0,35	0,36	0,53	0,44	0,39	0,49	0,49	0,35	0,27	0,36	0,18	0,27	2,41	0,80	6
83040	0,38	0,20	0,60	0,67	0,58	0,47	0,62	0,67	0,32	0,29	0,51	0,21	0,31	2,91	0,87	9
83044	0,57	0,31	0,34	0,57	0,78	0,68	0,65	0,64	0,18	0,12	0,66	0,36	0,44	3,25	0,14	3
83049	0,44	0,29	0,05	0,00	0,46	0,46	0,31	0,16	0,28	0,53	0,54	0,18	0,13	1,69	0,42	6
83055	0,32	0,38	0,43	0,47	0,55	0,45	0,37	0,69	0,39	0,44	0,59	0,20	0,33	2,61	0,77	9
84009	0,44	0,41	0,60	0,65	0,43	0,62	0,44	0,67	0,29	0,22	0,47	0,25	0,25	3,15	0,65	9
84010	1,00	0,22	0,34	0,51	0,32	0,49	0,64	0,43	0,03	0,06	0,61	0,31	0,42	2,88	-0,19	3

84016	0,74	0,44	0,40	0,46	0,45	0,87	0,67	0,59	0,10	0,06	0,97	0,64	0,69	3,37	-0,88	3
84029	0,89	0,29	0,48	0,46	0,53	0,65	0,61	0,50	0,02	0,00	0,52	0,22	0,33	3,30	0,07	3
84033	0,22	0,27	0,39	0,50	0,52	0,44	0,54	0,61	0,25	0,33	0,49	0,37	0,36	2,35	0,51	6
84035	0,48	0,22	0,56	0,52	0,60	0,67	0,41	0,54	0,21	0,26	0,41	0,26	0,26	3,04	0,48	9
84043	0,37	0,37	0,55	0,35	0,50	0,58	0,44	0,82	0,22	0,20	0,38	0,41	0,34	2,71	0,56	9
84050	0,47	0,26	0,34	0,60	0,51	0,69	0,51	0,70	0,20	0,21	0,60	0,33	0,28	2,86	0,42	9
84059	0,55	0,20	0,50	0,45	0,56	0,55	0,59	0,61	0,25	0,53	0,39	0,24	0,23	2,80	1,14	9
84068	0,41	0,29	0,61	0,55	0,25	0,99	0,71	1,00	0,27	0,26	0,75	0,30	0,18	3,10	1,00	9
84075	0,79	0,23	0,45	0,82	0,32	0,29	0,63	0,58	0,04	0,14	0,61	0,06	0,15	2,90	0,56	9
84077	0,24	0,23	0,44	0,38	0,38	0,52	0,63	0,87	0,41	0,59	0,30	0,38	0,17	2,18	1,65	1
85007	0,67	0,35	0,61	0,51	0,51	1,00	0,50	0,66	0,11	0,08	0,37	0,39	0,32	3,65	0,27	3
85009	0,00	0,06	0,46	0,52	0,65	0,51	0,54	0,89	0,85	0,42	0,21	0,32	0,24	2,21	1,92	1
85011	0,84	0,19	0,42	0,63	0,55	0,35	0,76	0,84	0,06	0,06	0,39	0,37	0,46	2,98	0,49	9
85024	0,41	0,16	0,51	0,36	0,71	0,80	0,52	0,80	0,29	0,21	0,56	0,74	0,51	2,95	0,01	3
85026	0,24	0,00	0,40	0,32	0,53	0,63	0,53	0,41	0,40	0,16	0,35	0,33	0,60	2,12	0,23	7
85034	0,26	0,32	0,00	0,26	1,00	0,46	0,35	0,41	0,45	0,10	0,17	0,15	0,14	2,30	0,85	6
85039	0,42	0,34	0,58	0,49	0,68	0,80	0,37	0,11	0,18	0,16	0,37	0,39	0,43	3,32	-0,37	3
85045	0,60	0,36	0,40	0,41	0,44	0,46	0,66	0,65	0,13	0,15	0,26	0,38	0,20	2,66	0,75	9
85046	0,33	0,29	0,28	0,22	0,33	0,59	0,64	0,45	0,25	0,18	0,25	0,39	0,31	2,05	0,58	6
85047	0,69	0,35	0,55	0,76	0,40	0,17	0,40	0,79	0,07	0,16	0,43	1,00	0,37	2,93	-0,38	3
91005	0,40	0,39	0,58	0,63	0,56	0,43	0,88	0,99	0,36	0,26	0,61	0,14	0,38	2,98	1,36	9

91013	0,61	0,33	0,45	0,35	0,63	0,39	0,73	0,69	0,13	0,15	0,51	0,36	0,39	2,76	0,44	9
91015	0,65	0,30	0,51	0,62	0,69	0,48	0,56	0,89	0,16	0,04	0,69	0,34	0,51	3,25	0,10	3
91030	0,60	0,52	0,51	0,53	0,60	0,33	0,53	0,61	0,16	0,18	0,35	0,16	0,25	3,09	0,72	9
91034	0,53	0,54	0,34	0,63	0,56	0,49	0,60	0,59	0,20	0,21	0,38	0,23	0,38	3,08	0,61	9
91054	0,72	0,42	0,49	0,60	0,61	0,52	0,49	0,47	0,10	0,09	0,56	0,33	0,54	3,35	-0,28	3
91059	0,19	0,55	0,54	0,85	0,74	0,70	0,53	0,95	0,54	0,34	0,33	0,18	0,21	3,58	1,65	5
91064	0,41	0,13	0,49	0,78	0,36	0,34	0,82	0,79	0,25	0,27	0,60	0,28	0,27	2,52	0,98	6
91072	0,66	0,32	0,68	0,53	0,33	0,43	0,43	0,25	0,13	0,22	0,75	0,30	0,65	2,95	-0,67	3
91103	0,21	0,16	0,25	0,47	0,84	0,51	0,46	0,36	0,59	0,52	0,84	0,35	0,51	2,44	0,23	7
91114	0,43	0,27	0,55	0,56	0,53	0,55	0,67	0,68	0,27	0,20	0,46	0,27	0,46	2,89	0,64	9
91120	0,23	0,41	0,38	0,39	0,30	0,75	0,51	0,45	0,57	0,31	0,87	0,40	0,46	2,46	0,13	7
91141	0,37	0,15	0,49	0,52	0,30	0,60	0,67	0,60	0,33	0,71	0,27	0,15	0,15	2,44	1,73	1
91142	0,31	0,61	0,55	0,73	0,57	0,79	0,65	0,38	0,60	0,15	0,55	0,49	0,44	3,57	0,32	3
91143	0,85	0,27	0,40	0,41	0,77	0,65	0,66	0,56	0,10	0,04	0,51	0,27	0,22	3,34	0,37	3
92003	0,44	0,54	0,50	0,61	0,44	0,40	0,72	0,54	0,26	0,15	0,25	0,11	0,28	2,91	1,02	9
92006	0,06	0,14	0,46	0,66	0,47	0,69	0,59	0,64	0,85	0,86	0,42	0,20	0,27	2,48	2,04	1
92035	0,35	0,33	0,48	0,66	0,24	0,39	0,56	0,71	0,35	0,27	0,45	0,17	0,38	2,46	0,90	6
92045	0,17	0,36	0,62	0,75	0,28	0,38	0,63	0,61	0,61	0,51	0,42	0,12	0,26	2,56	1,56	1
92048	0,23	0,60	0,83	0,91	0,32	0,49	0,58	0,70	0,52	0,48	0,54	0,29	0,48	3,38	0,98	9
92054	0,22	0,08	0,34	0,35	0,14	0,56	0,41	0,38	0,53	0,56	0,36	0,10	0,29	1,69	1,13	6
92087	0,27	0,55	0,70	0,91	0,38	0,27	0,64	0,88	0,46	0,45	0,39	0,21	0,26	3,09	1,57	5

92094	0,56	0,45	0,45	0,51	0,41	0,46	0,66	0,66	0,18	0,35	0,08	0,15	0,35	2,85	1,28	9
92097	0,17	0,44	0,59	0,64	0,69	0,54	0,45	0,67	0,58	0,43	0,44	0,15	0,16	3,06	1,39	9
92101	0,21	0,26	0,55	0,59	0,38	0,46	0,47	0,67	0,58	0,66	0,36	0,06	0,28	2,44	1,67	1
92114	0,37	0,45	0,55	0,44	0,36	0,42	0,56	0,41	0,34	0,30	0,41	0,05	0,13	2,60	1,02	6
92137	0,51	0,46	0,63	0,69	0,43	0,42	0,63	0,44	0,24	0,22	0,23	0,11	0,27	3,14	0,92	9
92138	0,25	0,34	0,34	0,30	0,28	0,46	0,65	0,40	0,48	0,51	0,43	0,24	0,21	1,97	1,16	6
92140	0,23	0,45	0,68	0,67	0,56	0,51	0,64	0,43	0,51	0,37	0,37	0,14	0,25	3,10	1,20	9
92141	0,25	0,11	0,65	0,74	0,16	0,24	0,44	0,72	0,47	0,51	0,41	0,18	0,06	2,14	1,49	6
92142	0,36	0,31	0,46	0,64	0,29	0,56	0,56	0,45	0,30	0,31	0,36	0,13	0,22	2,63	0,92	9
93010	0,37	0,39	0,61	0,64	0,55	0,76	0,52	0,24	0,34	0,27	0,47	0,20	0,46	3,32	0,25	3
93014	0,54	0,59	0,56	0,62	0,53	0,48	0,81	0,74	0,23	0,12	0,46	0,22	0,43	3,32	0,78	9
93018	0,62	0,50	0,57	0,49	0,59	0,53	0,75	0,66	0,15	0,14	0,72	0,32	0,62	3,29	0,04	3
93022	0,31	0,41	0,53	0,66	0,47	0,43	0,53	0,73	0,45	0,30	0,34	0,25	0,34	2,81	1,08	9
93056	0,37	0,66	0,66	0,83	0,53	0,58	0,56	0,50	0,38	0,36	0,56	0,36	0,45	3,63	0,44	9
93088	0,31	0,33	0,52	0,64	0,32	0,61	0,53	0,54	0,50	0,44	0,47	0,27	0,52	2,73	0,75	9
93090	0,56	0,19	0,39	0,40	0,91	0,20	0,76	0,89	0,23	0,12	0,62	0,21	0,36	2,65	0,81	9
RW	0,45	0,54	0,54	0,63	0,47	0,49	0,58	0,52	0,27	0,28	0,28	0,17	0,26	3,13	0,95	-

DEUXIÈME PARTIE

L'innovation sociale dans le secteur de l'aide aux personnes âgées en Wallonie

Etude de cas des IS : présentation des résultats

Florence DEGAVRE (dir.) et Mélanie BOURGUIGNON

En collaboration avec Th. Eggerickx, J-P. Sanderson, J. Marquet, L. Merla et B. Leider

1. Liste des signes et abréviations présents dans le document

ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural

AF : Aides Familiales

APE : Aides à la Promotion de l'Emploi

ASBL : Association Sans But Lucratif

BEPA : *Bureau of European Policy Advisers* (Bureau des Conseiller-e-s de Politique Européenne)

CESW : Conseil Economique et Social de Wallonie

CIRTES : Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société

CPAS : Centre Public d'Action Sociale

CPS : Conseil de la Politique Scientifique (de la RW)

CRISES : Centre de Recherche sur les Innovations Sociales (Université du Québec - Montréal)

CS : Court-séjour

DEMO : Centre de recherche en démographie et société

DGO5 : Direction générale opérationnelle *des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé (RW)*

DGO6 : Direction générale opérationnelle de l'Économie, de l'Emploi et de la Recherche (RW)

DPR : Déclaration de Politique Régionale

ES : Entreprise Sociale

ESS : Economie Sociale et Solidaire

ETP : Equivalent Temps-Plein

FASD : Fédération Aide et Soins à Domicile

FCSD : Fédération des Centrales de Services à Domicile

FEDOM : Fédération Wallonne de services d'aide à Domicile

FTU : Fondation Travail-Université

HA : Habitat Adapté (aux personnes âgées)

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

IS : Innovation Sociale

KUL : *Katholieke Universiteit Leuven*

MAC : Maison d'Accueil Communautaire

MD : Maintien à Domicile

MR : Maison de Repos pour personnes âgées

MRS : Maison de Repos et de soins

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OIP : Organisme d'Intérêt Public

R&D : Recherche et Développement

RQUIS : Réseau Québécois en Innovation Sociale

RS : Résidence-services

RW : Région Wallonne

ST : *Standpoint Theory* (théorie de la connaissance située)

UCL : Université Catholique de Louvain

UCP : Mouvement Social des Ainé-e-s

ULB : Université Libre de Bruxelles

ULG : Université Libre de Liège

UNIPSO : Union des Entreprises à Profit Social

WP : Working Package

2. Remerciements

Les auteures tiennent à remercier les différentes personnes qui, de près ou de loin, ont contribué au bon déroulement de la recherche en nous accordant leur temps précieux et en partageant leur savoir et expérience avec générosité :

- Les responsables, travailleur-se-s, bénévoles ou bénéficiaires des sept organisations rencontrées ;
- Les personnes-ressources et expert-e-s de terrain : Laurence Braet, Yves Dario, François Demonty, Dominique Dubourg, Bruno Gérard, Bénédicte Gombault, Caroline Guffens, Jean Macq, Brice Many, Olivier Schmitz, Marie-Claire Sepulchre et Laurent Wenric ;
- Chacun-e des membres des comités technique et d'accompagnement de l'Iweps.

Nous adressons également nos plus vifs remerciements à Ela Callorda, Bruno Gérard et Magalie Saussey pour leurs relectures attentives et efficaces.

Enfin, nous sommes également reconnaissantes à Marthe Nyssens pour sa contribution théorique essentielle à différents stades du travail.

Les auteures restent seules responsables des imperfections éventuelles du document.

3. Introduction

Ce rapport a pour objectif d'analyser les initiatives innovantes développées récemment dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées, via l'habitat adapté pour les personnes âgées (HA)[64] et le soutien au maintien à domicile (MD)[65]. Le mouvement récent d'initiatives prises dans le MD et l'HA pour répondre à une demande sociale croissante justifie cette démarche et invite à s'interroger sur les conditions d'émergence de ces initiatives et leur développement. La poursuite d'un bénéfice collectif – lutte contre l'isolement des personnes âgées, maintien et bien-être au domicile le plus longtemps possible ou encore amélioration des conditions du travail professionnel de ce domaine – caractérise ces initiatives qui élargissent ou transforment l'offre de services. Elles sont généralement portées par des organisations relevant de l'économie sociale. La recherche se concentre plus particulièrement sur les conditions d'émergence et d'implantation de ce que la littérature désigne comme des innovations sociales (IS). Il s'agira d'étudier à la fois le **contexte** (rôle des pouvoirs publics et des institutions) et les **ressources-clés** (monétaires et non monétaires) qui prévalent à l'impulsion d'innover.

Ce document constitue le document final du *working package* 2 (WP 2) de la recherche. Il fait (brièvement) état des théories mobilisées, rend compte des analyses menées et des réflexions qui en découlent. Plus précisément, nous nous interrogerons d'abord sur les raisons qui poussent à s'intéresser à l'innovation dans le MD et l'HA en Wallonie (1). Il s'agira ensuite d'apporter des éléments de contexte sur l'intérêt (récent) pour l'IS dans ces domaines en Wallonie (2). Dans un troisième temps, nous présenterons la problématique précise de la recherche dans son cadre théorique (3). Enfin, nous aborderons les résultats de la recherche à travers les thèmes traités par l'enquête de terrain :

- L'origine des IS et les conditions de leur émergence (4),
- L'analyse des ressources socioéconomiques (5),

[64] L'habitat adapté désigne les formes d'accueil permanent des personnes âgées autres que MR ou MRS.

[65] Le soutien au maintien à domicile désigne les interventions au domicile des usager-e-s qui limitent le risque d'institutionnalisation ainsi que les courts séjours ou centres de jour, et le soutien aux aidant-e-s proches.

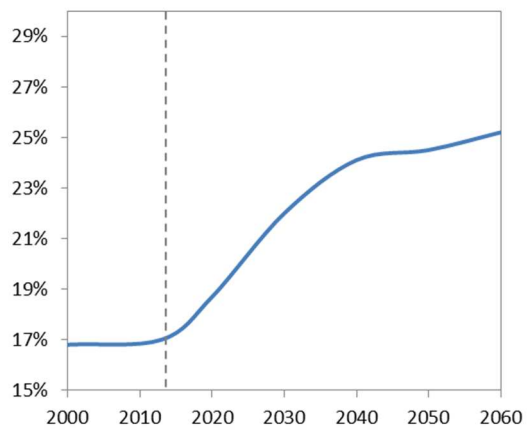
- La prise de risque liée à l'émergence des projets (6),
- Les preuves de soutien au projet et la co-production du service (7),
- Les marques de consolidation et d'institutionnalisation des projets (8).

La dernière section est consacrée à la réflexion sur un scénario de prise en charge du vieillissement dont l'IS serait l'axe principal (9). Ces réflexions sont destinées à alimenter le quatrième *working package* qui visera à établir des scénarios plausibles en matière de vieillissement des populations. Cependant, la prospective est intégrée tout au long de la réflexion puisque chaque section se termine par une réflexion sur les composantes de l'IS identifiées par la recherche et sur des réflexions pour un scénario « d'innovation sociale maximale » (cf. section 6.6).

4. Innover dans le MD et l'HA en Wallonie

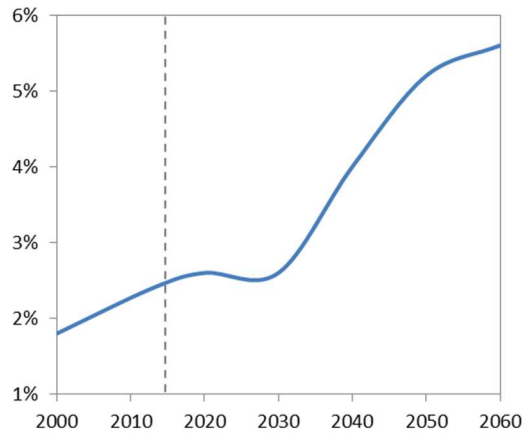
4.1 Le contexte socio-démographique

Déjà d'ici les années 2020-2030, la proportion de personnes de 65 ans et plus augmentera significativement en Wallonie, passant de 17.0% en 2013 à 22.0% en 2030 (BFP, DGSIE, 2014 ; Figure 55). De même, la part de personnes de 85 ans et plus suivra la même tendance (Figure 56). Ces changements démographiques et l'augmentation de la dépendance y associée auront un impact budgétaire important. Dans ce contexte, la question de la **prise en charge par les entités fédérées de l'accompagnement et de la dépendance des personnes âgées dans les meilleures conditions possibles** se pose avec acuité.



Source : 2000-2013 : observations de la DGSIE ; 2014-2060 : perspectives démographiques 2013-2060, Bureau fédéral du Plan, DGSIE (in BFP, DGSIE, 2014). Traitement : UCL-DEMO/CIRTES.

Figure 55 – Evolution et projections de la proportion des « 65 ans et plus » en Région wallonne (y compris la Communauté germanophone) (2000-2060)



Source : 2000-2013 : observations de la DGSIE ; 2014-2060 : perspectives démographiques 2013-2060, Bureau fédéral du Plan, DGSIE (in BFP, DGSIE, 2014). Traitement : UCL-DEMO/CIRTES.

Figure 56 – Evolution et projections de la proportion des « 85 ans et plus » en Région wallonne (y compris la Communauté germanophone) (2000-2060)

La crise économique actuelle vient aggraver la situation qui est parfois déjà très précaire chez les plus âgés. En 2011, on observait par exemple à partir des données de l'enquête EU-SILC (2012) que le risque de pauvreté concernerait 15% de l'ensemble de la population totale de Belgique (Conseil supérieur des Finances, Comité d'Etude sur le Vieillissement, 2014). Ce pourcentage passe à 17.8% parmi les personnes de 65 ans et plus, et à 18.4% parmi celles âgées de 75 ans et plus (Conseil supérieur des Finances,

Comité d'Etude sur le Vieillissement, 2014)[66]. Les coupes budgétaires que subissent actuellement la plupart des services de la région amènent à se questionner sur l'accès aux soins et aux aides, qui pourrait progressivement se trouver réservé aux plus nantis. De même, les conjonctures actuelles durcissent les débats sur les pensions dont les montants ne couvrent que partiellement les besoins exprimés chez les plus âgés.

4.2 Les transferts de compétences successifs: une opportunité d'innover dans le MD et l'HA?

La Belgique présente une structure complexe du point de vue de la gestion de son système de soins de santé, les compétences étant réparties entre les autorités fédérales et les entités fédérées du pays (régions et communautés).

Depuis les années 1970, notre pays s'est engagé dans un mouvement de réformes de ses structures, déléguant progressivement une partie des compétences fédérales aux communautés et régions, actuellement pourvues de leurs organes décisionnels et législatifs. Il en résulte aujourd'hui une répartition des compétences entre les différentes entités légales du pays.

Par exemple, les compétences liées aux soins et à la prise en charge des personnes âgées relèvent à la fois des autorités fédérales et fédérées. L'autorité fédérale conserve notamment ses attributions législatives en ce qui concerne « *la programmation et le financement des structures d'accueil pour personnes âgées et autres formes de soins* » (site internet SPF Sécurité Sociale[67]). Ce qui relève par contre des matières personnalisables revient aux autorités fédérées, qui sont dès lors compétentes pour « *la politique du 3ème âge, la programmation, l'agrément des structures d'accueil pour les personnes âgées et les autres formes de soins, [et] la politique d'aide sociale des CPAS* » (site internet SPF Sécurité Sociale67)

[66] Cf. Conseil supérieur des Finances, Comité d'Etude sur le Vieillissement (2014) pour plus de détails concernant la signification des écarts entre groupes.

[67] Url : https://www.socialsecurity.be/CMS/fr/about/displayThema/about/ABOUT_5/ABOUT_5_2.xml, consulté le 27/10/2014.

Conformément à la loi spéciale du 08 août 1980, les politiques de santé et d'aide aux personnes, entendues comme des matières personnalisables, relèvent des compétences communautaires (Hanson, 2003). Depuis 1993 toutefois, ces matières sont gérées, non pas par la Communauté française pour le territoire de langue française, mais par les autorités de la Région wallonne, actuellement compétentes en matière de politique du troisième âge (Hanson, 2003 ; site internet SPF Sécurité Sociale67). Dans le domaine socio-sanitaire, tant les autorités fédérales que les autorités régionales, communautaires et locales disposent donc de pouvoirs, révélant ainsi la complexité du système.

La sixième réforme de l'Etat[68] participe, à l'instar des précédentes, au transfert de compétences fédérales vers les entités régionales dans le domaine de l'accueil des personnes âgées. Les conséquences et modalités concrètes de cette réforme sont encore peu perceptibles ; elles le sont d'autant moins que les attributions politiques viennent d'être redéfinies au sein du gouvernement fédéral et des gouvernements régionaux et ce que certains avaient affiché lors des précédentes législatures comme des priorités pour la durée de leur mandat ne sera pas nécessairement garanti dans l'avenir. La déclaration de politique régionale (DPR) indique toutefois qu' « *un organisme d'intérêt public (OIP) « santé/personnes âgées/personnes handicapées » sera créé, en absorbant les OIP et services administratifs actuellement compétents. Cet organisme d'intérêt public gérera les compétences nouvelles et actuelles de la Région en matière de santé, de personnes âgées et de personnes handicapées et sera soumis à un contrat de gestion* » (Wallonie, 2014 : 39).

En matière de prise en charge du vieillissement, le MD est privilégié, de même que les courts-séjours ou les accueils de jour. Sur les modalités de développement du secteur, la DPR indique que la Wallonie veillera « *dans le cadre de la remise à plat des aides à l'emploi, à soutenir le développement de l'aide aux personnes via des structures relevant de l'économie sociale* » (Wallonie, 2014 : 30).

En ce qui concerne l'HA, la déclaration indique que l'institutionnalisation doit être réservée aux personnes dont l'état de santé et de dépendance le justifient (Wallonie,

[68] Le 11/10/2011, un accord institutionnel était conclu après 541 jours de négociations gouvernementales. Cet accord marque le départ d'une sixième réforme de l'Etat qui devait consacrer une profonde évolution de la Belgique (cf. http://www.dekamer.be/kvvcr/pdf_sections/home/FRtexte%20dirrupo.pdf).

2014). D'autre part, le gouvernement entend « *adapter la réglementation actuelle afin de favoriser l'innovation en matière d'accueil des aînés dans l'habitat alternatif(ex.: résidences services médicalisées, résidences services acquisitives, coopératives immobilières intergénérationnelles, etc.)* » (Wallonie, 2014 : 47).

Un « *side effect* » possible de cette approche pro-MD et pro-HA pourrait être de vider les MR et MRS des personnes encore valides et d'y concentrer une population très fragilisée. Il sera alors de plus en plus difficile de développer un « projet de vie » pro-actif dans des lieux qui deviendraient des « mouroirs ».

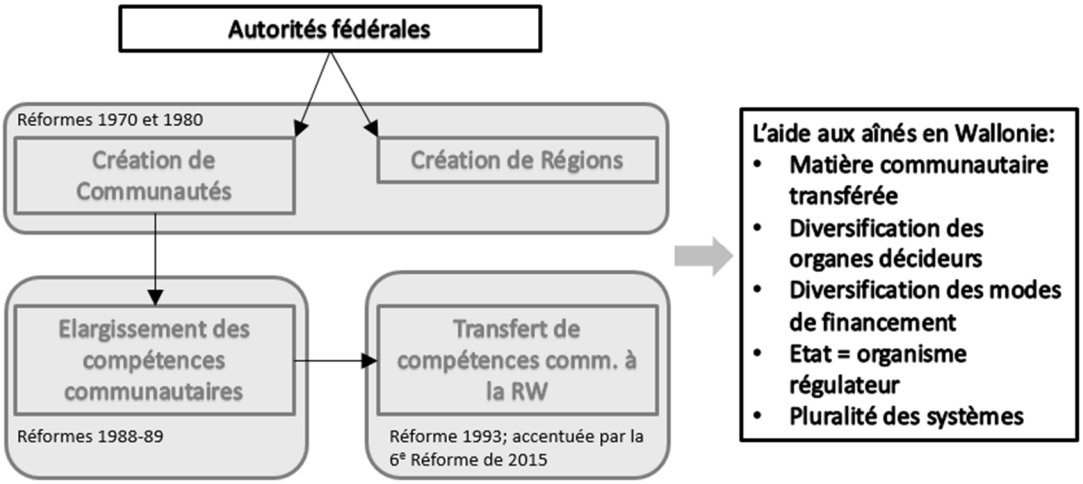


Figure 57 – Réformes principales de l'Etat fédéral belge et impacts sur le secteur de l'aide aux aînés : schématisation.

Il n'en reste pas moins que le transfert actuel de compétences de la sixième réforme de l'Etat constitue une opportunité pour **faire un relevé de l'offre de services, mettre à plat leurs coûts et performances** et repenser l'ensemble du système d'accompagnement du vieillissement.

La régionalisation des matières personnalisables, parallèlement au rôle régulateur joué par les instances fédérales belges, est à l'origine de la pluralité des systèmes (cf. avant). De nombreux acteurs interviennent dans la prise de décision et dans la régulation de l'offre de soins et de services : autorités fédérales et fédérées, mais aussi entités locales (communes) ou supra-locales, centres publics d'action sociale, travailleur-se-s de terrain,

coordinateurs, etc. Cela suppose à la fois une diversification des sources de financement des aides et des services disponibles, et une diversification des acteurs (locaux, supra-locaux et régionaux) intervenant tous (selon une marge de manœuvre plus ou moins large) dans les processus décisionnels et organisationnels du secteur de l'aide aux personnes âgées.

4.3 Pourquoi innover ? Le point de vue des acteurs du MD et de l'HA

La Belgique a déjà pris la mesure – au moins partiellement – des questions que la perspective du vieillissement soulève en mettant en place plusieurs outils pour la prévention, le financement et la prise en charge de la dépendance. Les dispositifs fédéraux et régionaux combinent des transferts monétaires comme l'allocation aux personnes âgées, les services d'aides et de soins, ainsi qu'un appui au développement de professions de santé de première ligne. En ce qui concerne les services d'aides et de soins à domicile (sauf titres-services), ils sont confiés à des acteurs, privés ou publics, non-marchands (CPAS, ASBL), relevant du secteur de l'action sociale. Ces acteurs sont soutenus par les pouvoirs publics. Au travers de protocoles d'accord conclus avec l'Etat fédéral (par exemple l'accord de Protocole 3 – P3 –), les régions se sont aussi engagées à développer des formes alternatives de soins et d'aides (via l'habitat) et à favoriser le MD des personnes âgées. Globalement, les financements mobilisés dans le cadre du programme P3 sont issus d'une volonté politique qui vise à promouvoir des projets innovants, créés par les acteurs de terrain (*bottom-up*) pour soutenir et aider les personnes âgées et fragiles, dans leur environnement de vie le plus familier (domicile) et, à terme, réduire le risque d'institutionnalisation (Cès *et al.*, 2014 : 38). Deux appels à projets ont été organisés à l'échelle nationale. Le premier (2009) visait à recruter des initiatives essentiellement centrées sur le MD qui visent à satisfaire le bien-être des bénéficiaires et la production d'output(s), compte-tenu des coûts imposés par le projet ; le second appel (2013) visait quant à lui l'octroi d'une nouvelle période de financement à des projets du

premier appel qui avaient satisfait à l'évaluation traitant de leur implémentation, de la gestion de leurs coûts et de leur efficacité[69] (Inami, 2014).

Il reste que l'offre de services ne répond pas à tous les besoins émergents. Les acteurs travaillant auprès des personnes âgées relèvent notamment les défis suivants (FCSD, Fedom, FASD, 2014) :

- *La diversification de l'offre* : Face à la très forte institutionnalisation des personnes âgées en Wallonie, un enjeu essentiel est de diversifier les formes d'accueil en favorisant un *continuum* de soins et de services tout en s'interrogeant sur le manque de succès des formules alternatives à l'hébergement classique (Horizon 2022, 2013). L'amélioration de l'offre de services disponibles doit aussi être affichée comme une priorité de premier plan. Elle concerne à la fois la disponibilité effective de services, leur accessibilité financière et le développement de métiers parallèles qui permettent un accompagnement dans la vie quotidienne ;
- *La parcellisation des dispositifs de MD :* La multiplication des métiers liés au *care* (garde, ergothérapeute, psychologue à domicile, etc.) et des formes nouvelles de lieux de vie pour personnes âgées (centres d'accueil ou de soins de jour, habitats groupés, habitats intergénérationnels, résidences-services, etc.) ont induit une certaine parcellisation des tâches et la difficulté accrue de coordonner des services qui, par ailleurs, privilégient l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées dans des activités génératrices de lien ;
- *Le lien social relégué au deuxième plan* : La culture des intervenants dans le secteur de l'aide, mais également l'accélération des temps d'intervention font que la priorité de la prise en charge de la dépendance est mise sur les aspects de maladie, au détriment de ses aspects relationnels. Dès lors, peu d'attention est portée au contexte bio-psycho-social de l'usager ;

[69] L'évaluation scientifique des projets vise à répondre à une série de questions portant sur « les caractéristiques des interventions, les bénéficiaires, l'association avec les outcomes et les coûts et, finalement, les théories explicatives à ce sujet. Le but de l'évaluation était de trouver des réponses aux questions suivantes : que sont ces interventions et quel effet pouvons-nous en attendre? Qui bénéficie de ces interventions ? Ces interventions sont-elles associées à des changements au niveau d'outcomes mesurables? Pour quelle population? Dans quels contextes ou sous quelles conditions? Par quels mécanismes? Quel est le coût des interventions? » (Cès et al., 2014 : 38).

- *L'inégalité d'accès :* Le recours, pour les ménages aisés, au marché de services (déclarés ou non) contraste avec la prise en charge de la dépendance par l'entourage familial chez les moins aisés. La tendance au ciblage sur les besoins les plus précaires ou le phénomène du non-recours aux services pose également la question de l'accès inégal à l'aide et aux soins ;
- *Le risque accru d'emplois de mauvaise qualité :* Le maintien d'emplois régulés dans les services d'aides n'empêche pas le développement parallèle d'un marché irrégulier, occupé par des personnes peu sécurisées. Dans le secteur des soins de santé, la dévalorisation et la pression sur certaines professions (médecine générale et soins infirmiers à domicile) menacent leur pérennité et poussent à la délégation vers des professions parfois moins qualifiées (assistants médicaux, etc.) qui présentent un important *turn-over*. Il y a donc un travail de grande ampleur à réaliser pour améliorer l'attractivité et valoriser les métiers de *care* au domicile. L'amélioration de l'attractivité des métiers et leur valorisation peut notamment passer par une formation de base et continue des acteurs de terrain, ainsi que par la mise en place de formations permettant de créer des passerelles entre les métiers afin d'offrir des perspectives de carrière aux travailleurs ;
- *Le fardeau et l'emploi de l'aidant proche :* L'absence d'alternatives à la prise en charge par les proches (par manque d'informations ou de difficulté d'accès) entraîne l'épuisement physique et mental et augmente le risque de retrait du marché du travail, notamment chez les femmes et les personnes à bas revenus ;
- *Le fardeau administratif des acteurs de terrain :* La simplification administrative et la clarification des aides à l'emploi sont, à terme, les éléments qui doivent être privilégiés par les autorités politiques pour alléger les responsabilités et les tâches des acteurs de terrain. Différents moyens permettent de remédier à cet objectif. Ils doivent en tout cas tous concourir à une harmonisation des modes de fonctionnement au sein du secteur.

Compte tenu de l'ensemble des défis affectant le secteur de l'aide aux personnes âgées, il y a lieu de s'interroger sur les adaptations nécessaires des politiques sociales (notamment dans le cadre des transferts de compétences), mais aussi à encourager certaines transformations sur le plan des pratiques au niveau des entreprises et

organisations intervenant dans ce domaine, voire celui des usager-e-s. Dans ce cadre, l'analyse des dispositifs mis en place récemment pour relever ces défis présente un intérêt à la fois scientifique et social.

5. L'innovation sociale : un concept inégalement mobilisé

5.1 Un intérêt affirmé au niveau européen

A l'échelle européenne et au niveau d'organismes tels que l'Union européenne ou l'OCDE, l'IS a été mobilisée dans le cadre de la refondation des politiques sociales et, surtout, comme une façon de répondre aux exigences du *New Public Management* (Marival, Petrella et Richez-Battesti, 2012 : 13). Dans le contexte de crise économique post-2008 en particulier, l'IS vient en appui à une nouvelle forme d'intervention des pouvoirs publics qui laisserait aux acteurs de terrain et aux individus eux-mêmes le soin d'organiser les solutions à leurs problèmes, avec l'appui bienveillant de l'Etat. Cette conception établit clairement un lien entre la question sociale – dont on peut dire que la résolution était préalablement considérée comme étant du ressort de l'Etat – et l'IS comme nouvelle voie politique pour y répondre : « *Ce qui a changé, c'est (…) moins la teneur des problèmes que l'attention désormais affichée par les responsables publics européens à l'innovation sociale perçue comme le « développement de solutions innovantes et de nouvelles formes d'organisation pour lutter contre les problèmes sociaux » (Hubert, 2011). En témoignent de nombreux projets européens qui traitent des questions relatives à l'innovation sociale (…).* » (Bucolo, Eynaud, Laville *in* Klein *et al.*, 2014 : 159). Dans ce nouveau dispositif, l'entreprise sociale a une carte à jouer. Elle fait donc partie des cibles d'intervention privilégiées.

Plusieurs faits récents viennent en appui de cette vision « européenne » en faveur de l'IS (Gèze *et al.* (2012) :

- Le 20 janvier 2009 lors d'un atelier organisé par le BEPA, J.M. Barroso, Président de la Commission européenne déclarait ainsi : « *La crise financière et économique a encore accru l'importance de la créativité et de l'innovation en général, et de l'innovation sociale en particulier, comme facteurs de croissance durable, de création*

d'emplois et de renforcement de la compétitivité. » (Gèze *et al.*, 2012 : 10). À partir de là, la Commission européenne a fait de l'IS « *l'une des 2 priorités pour l'Acte pour le marché unique du 27 octobre 2010.* » (Gèze *et al.*, 2012 : 10) ;

- Fin 2011, « *la Commission européenne a présenté une communication déclinée autour de 3 grands axes (amélioration de l'accès aux financements, de la visibilité de l'entrepreneuriat social, de l'environnement juridique) visant à développer les entreprises sociales et plus largement l'innovation sociale en Europe.* » (Gèze *et al.*, 2012 : 10) ;
- En 2013, la DG de la recherche et l'innovation de la Commission européenne « *s'engage activement pour l'inclusion de l'innovation sociale dans le futur Common Strategic Framework for Research and Innovation.* » (Gèze *et al.*, 2012 : 10). Un programme européen ainsi qu'un budget seront établis pour promouvoir le changement social et l'IS (Gèze *et al.*, 2012 : 10) ;
- Gèze *et al.* (2012 : 10) constatent aussi que parallèlement à ces incursions de l'IS dans le fonctionnement et les objectifs européens, « *le Fonds social européen (…) et le Fond européen de développement régional (…) sont renforcés dans leur rôle de leviers sur lesquels s'appuyer pour soutenir l'innovation sociale.* » ;
- La déclaration de Strasbourg (janvier 2014) soutient le développement des entreprises sociales et fait se rejoindre le débat sur l'entreprise sociale et l'IS. Pour les ES, l'« *objectif social ou sociétal d'intérêt commun est la raison d'être de leur activité économique, qui se traduit souvent par un haut niveau d'innovation sociale*[70] »;

Ces évènements sont des premières preuves de l'intérêt récent porté à l'IS. Les marques d'une politique directement centrée autour de l'IS sont toutefois peu présentes. Elles structureront probablement une partie des initiatives politiques des prochaines législatures européennes.

[70] http://ec.europa.eu/internal_market/conferences/2014/0116-social-entrepreneurs/docs/strasbourg-declaration_fr.pdf

5.2 ...qui émerge en Wallonie

Cet intérêt pour l'IS, tant dans la littérature scientifique que comme « refondation politique » à l'échelle européenne, a rapidement percolé au niveau des Etats et des régions mais, étonnamment, encore peu en Wallonie où l'intérêt politique pour la question ne s'est manifesté que récemment. Il n'y a actuellement aucun cadre légal à la notion d' « innovation sociale » mais le **transfert des compétences liées à l'aide aux personnes** sera certainement un vecteur accélérateur de la mise à l'agenda politique de l'IS au niveau wallon. Ce transfert place les pouvoirs publics devant des choix à effectuer dans un contexte budgétaire difficile (Horizon 2022, 2013). La vision de l'IS pourrait s'en trouver fortement influencée. Comme au niveau européen, dans le **contexte de crise** des finances publiques et de réduction globale de l'enveloppe budgétaire disponible, l'attrait pour une stratégie d'efficacité, en « faisant plus et mieux avec moins » prônée par le courant New Public Management sera très probablement lui aussi un encouragement à l'insertion du concept et de la pratique d'IS dans le secteur wallon de l'aide aux personnes âgées. Il y aurait donc ici un vecteur double à l'intérêt futur pour l'IS : la recherche de solutions plus adaptées aux attentes et aux besoins des citoyens et, parallèlement, la rationalisation des coûts impliqués (Amar, Berthier, 2007).

Si l'IS ne bénéficie pas encore d'une politique *ad hoc* en Wallonie (UNISPO, 2014[71]), et *a fortiori* pas non plus dans le secteur de l'aide aux personnes âgées, ni même d'une définition unifiée (voir encadré 1, ci-dessous), l'intérêt pour la question n'est pas nul. Il se manifeste, jusqu'à présent, au travers du soutien de certains acteurs de terrain pour la question (comme l'UNIPSO) et, du côté des pouvoirs publics, de prix récompensant une IS. Ainsi, en 2011, le **prix Egal'titude** est mis en place en Wallonie par la Ministre Eliane Tillieux, alors en charge de l'Action sociale, de la Santé et de l'Égalité des chances. Organisé en collaboration avec la DGO5, il est destiné à « *mettre à l'honneur des initiatives remarquables en organisant une sélection de projets dignes d'intérêt dans le domaine de l'Egalité* » (site internet Egal'titude[72]). Le prix est d'abord attribué dans trois domaines

71 http://www.ufenm.be/IMG/pdf/Communique_de_presse_Innovation_sociale_5_juin_2014.pdf, consulté le 03/11/2014.

72 Url : http://egaltitude.wallonie.be/presentation/, consulté le 03/11/2014.

spécifiques : l'égalité des chances, l'action sociale et l'intergénérationnel[73]. Depuis 2013, le Prix récompense désormais aussi l'« Innovation sociale » en tant que telle. Si le texte de l'appel spécifie qu'elle doit apporter une plus-value dans le domaine de l'action sociale, de la santé et de l'emploi, on peut s'étonner de voir cette catégorie transversale figurer à côté de champs thématiques de l'égalité ou de l'intergénérationnel où elle pourrait tout aussi bien se déployer.

Le **Prix Zénobe**, organisé par le Conseil économique et social de Wallonie (CESW), le Conseil de la politique scientifique (CPS), en partenariat avec le Gouvernement wallon et le service public de Wallonie DG06, est décerné à une innovation technologique. L'édition 2013 fut cependant exceptionnellement « *destinée aux entreprises et aux unités de recherche en Wallonie ayant mis au point une innovation sociale* » (Prix Zénobe[74], 2013 : 1). Les critères restent néanmoins très inspirés de l'innovation à caractère technologique.

Du côté des employeurs du secteur non-marchand, l'UNIPSO a lancé un **prix « Innovation sociale »** qui récompense des entreprises à profit social qui ont développé un projet innovant répondant à des besoins non satisfaits et dont les impacts sont détectables et positifs pour les bénéficiaires. Un service d'aide aux familles a été récompensé en décembre 2012.

[73] Lors de l'édition de 2011, le prix est attribué à « 1 toit 2 âges » (une des IS retenues dans nos études de cas) dans le domaine « intergénérationnel ».

[74] Url: http://www.prix-zenobe.be/upload/CESW-Prix-Zenobe-2013.pdf, consulté le 10/11/2014.

Encadré 1 : Définitions opérationnelles de l'IS apportées par les pouvoirs publics wallons et l'Unipso

Le Prix Egaltitude :

« *(…) cette innovation est sociale tant dans son procédé que dans sa finalité. Il s'agit de projets innovants et originaux permettant d'apporter une réponse nouvelle aux besoins fondamentaux de la population, émergeants ou insuffisamment satisfaits, en matière de formation, d'action sociale, de santé et d'emploi. Ils peuvent être technologiques ou non technologiques, concerner un nouveau produit, un nouveau service ou améliorer l'opérationnalisation des projets existants via un nouveau procédé (pratique de travail, politique de ressources humaines, mode d'organisation, etc.) pour autant qu'ils apportent une réelle plus-value auprès du public bénéficiaire et/ou renforcent la finalité sociale du porteur du projet.* » (UNIPSO, sd. : 10).

L'Unipso :

« *l'ensemble des initiatives innovantes et originales permettant d'apporter une réponse nouvelle aux besoins fondamentaux de la population, émergeants ou insuffisamment satisfaits, en matière d'éducation, d'action sociale, de santé, de culture et d'emploi. Ces initiatives s'inscrivent sur un territoire et en collaboration avec les acteurs locaux (usagers, pouvoirs publics, entreprises, etc.). Elles peuvent être technologiques ou non technologiques, concerner un produit, un service ou améliorent l'opérationnalisation des projets à profit social existants via un nouveau procédé (pratique de travail, mode d'organisation, etc.) pour autant qu'elles renforcent sa finalité sociale. Cette innovation est sociale tant dans son activité, son procédé que dans sa finalité. Enfin, elle est également transformationniste puisqu'elle suscite les changements de comportement nécessaires pour relever les grands défis sociétaux.* » (UNIPSO, sd. : 11)

L'appel à projet « Germaine Tillion » de la DG06 :

L'appel à projets "Germaine Tillion" définit l'IS comme "l'exploitation de l'ingéniosité des institutions, des associations et des entreprises sociales pour trouver de nouveaux moyens de répondre aux besoins sociaux que le marché ou le secteur public ne parviennent pas à satisfaire d'une manière suffisante. L'IS peut aussi consister à exploiter cette même ingéniosité pour susciter les changements de comportement qui sont nécessaires pour relever les grands défis auxquels sont confrontées nos sociétés. En outre, elles (les IS) donnent les moyens d'accéder à l'autonomie et génèrent des relations sociales et des modèles de collaboration d'un nouveau genre. Elles sont donc à la fois innovantes en soi et utiles pour la capacité de la société à innover ». (UNIPSO, sd. : 10)

La réflexion politique initiée dans le **groupe de travail « Horizon 2022 »** en 2011 constitue aussi une percée timide de reconnaissance du potentiel de l'IS dans le domaine. Une série de recommandations a en effet été élaborée en matière d'accompagnement des personnes âgées pour répondre au contexte de la régionalisation. Parmi elles figuraient l'encouragement et le financement des innovations sociales dans le secteur, réputé pour être créateur d'emplois non délocalisables et pour des personnes peu qualifiées.

En 2013, la DG06 du gouvernement wallon lance **un appel à projets de recherche** aux universités et Hautes Ecoles pour le développement de l'IS en Wallonie (appel

« Germaine Tillion »[75]). Le modèle de l'appel est inspiré du modèle d'innovation technologique. Son objectif est d'aider les centres de recherches à produire une IS en rapport avec un besoin non couvert en Wallonie et de l'intégrer dans le plan de développement de la région.

Enfin, la déclaration de politique régionale 2014-2019 stipule notamment que le Gouvernement wallon « *favorisera le développement de l'innovation sociale* » (Wallonie, 2014 : 34), soutiendra « *les projets de recherche et d'innovations sociales portées par les entreprises à profit social* » (Wallonie, 2014 : 55) et mobilisera « *une partie des moyens financiers alloués au secteur de l'économie sociale pour soutenir les innovations sociales et technologiques dans le secteur* » (Wallonie, 2014 : 30).

Ces intentions, promesses, prix ou appels à projet, leurs critères et surtout les visions de l'IS qu'ils sous-tendent, sont certainement témoins des tensions que l'on retrouve au sein de la littérature. Dans ce sens, plus qu'une polysémie, l'IS est sujette au syncrétisme, en fonction de la mission des institutions qui la valorisent. Il est encore trop tôt pour comprendre les intentions des autorités wallonnes en matière de soutien à l'IS, et en particulier dans la gestion du vieillissement. Mais il y a un réel enjeu à traiter la question d'une définition cohérente de l'IS qui se pose déjà en amont.

L'enjeu de décrypter la direction que prendront nos autorités et la place qu'elles accorderont à l'IS est réel à l'heure où les pays européens se repositionnent quasiment tous en termes de paradigmes de gestion du vieillissement et du *long term care* (Degavre, Nyssens, 2012). Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question dans le WP4.

5.3 Une pratique déjà ancienne sur le terrain

Si le paradigme de l'IS ne fait pas encore partie des paradigmes de l'action publique en Wallonie, les acteurs de terrain ont, quant à eux, depuis plus longtemps pris la mesure

75 Url: http://recherche-technologie.wallonie.be/fr/menu/acteurs-institutionnels/service-public-de-wallonie-services-en-charge-de-la-recherche-et-des-technologies/departement-des-programmes-de-recherche/direction-des-programmes-regionaux/les-programmes-mobilisateurs/l-appel-germaine-tillion/index.htm.

de l'importance de développer et d'innover dans le domaine du MD et de l'HA (cf. encadré relatif aux Maisons d'Accueil Communautaire – MAC –). Historiquement d'ailleurs, l'aide à domicile et ses métiers sont des innovations sociales, par leur développement et leurs caractéristiques normatives (Degavre, Nyssens, 2008). Elles se sont développées notamment pour répondre à l'**émergence de nouveaux besoins sociaux** (vieillissement, prise en charge de la dépendance, de formes de démence, etc.) que les formes traditionnelles d'aides ne permettaient pas de couvrir.

Dans le MD ou l'HA, les IS permettent aussi plus particulièrement aux organisations de repenser leurs pratiques et d'expérimenter d'autres façons de faire au quotidien. L'IS ne se limite donc pas à des nouvelles prestations de services. Elle peut aussi porter sur la prestation des professionnel-le-s elle-même: mise en réseau, partenariats, etc. Le « photogramme », véritable outil de gestion des cas dans l'aide à domicile, a été inventé pour les besoins des intervenantes auprès des usager-e-s aux situations complexes : « *On a créé avec une stagiaire, un doc A4, qui s'appelle le photogramme et qui essaie de représenter la situation de l'usager* » (Code[76] : PR7). Cet outil a permis une meilleure communication dans les réunions d'équipe et une meilleure approche de l'usager-e. Le photogramme, outil permettant la description, s'est ensuite doublé d'un outil d'analyse de la relation « professionnel-entourage-usager », puis d'un outil permettant de dégager le meilleur plan d'aide.

[76] Nous avons opté pour l'anonymisation des extraits utilisés parmi les interviews que nous avons réalisés avec des personnes-ressources ou des acteurs de terrain. À chaque fois que le propos cité provient du discours d'une de ces personnes, nous recourons donc à une série de codes anonymes en guise de référence.

Encadré 2 – Les Maisons d'Accueil Communautaire : des pionniers de l'innovation sociale au service du MD « le plus longtemps possible » (Sepulchre, 2014)

Les Maisons d'Accueil Communautaire (MAC) se sont développées à partir de 1997. Créées à l'initiative d'une antenne locale du service Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), elles visent prioritairement l'organisation d'activités sociales et/ou culturelles pour permettre aux plus âgés de perpétuer ou, à tout le moins de conserver leur autonomie physique et psycho-sociale (FEDOM, 2014). Répondant à la problématique de l'isolement social chez les personnes âgées, les MAC proposent des activités quelques jours par semaine pour les personnes âgées à proximité de leur lieu de vie. Elles contribuent à répondre à un double objectif puisqu'elles offrent la possibilité d'entretenir des relations sociales d'une part, et un moment de répit pour les aidants proches d'autre part. Aujourd'hui, une quinzaine de MAC ont essaimé partout en Wallonie.

Une partie non négligeable des transformations du secteur ont d'ailleurs eu lieu sur l'impulsion « d'appels à projet », émanant des pouvoirs publics ou de fondations privées. Ces expériences modifient le travail et le service dans les organisations qui ont emporté un appel au point de parler de véritable « impact » (Sepulchre, 2014). La cible de ces appels n'était pas l'innovation en tant que telle, mais encourageait par exemple l'embauche d'ergothérapeutes, l'accueil familial, la communication dans l'entreprise, etc. Le secteur est en effet régulièrement sollicité étant donné son potentiel d'emplois (surtout pour des personnes peu qualifiées dans des postes non délocalisables) et les besoins énormes qui s'avèrent non couverts : « *les appels à projet permettent d'innover et d'anticiper de nouvelles offres de services en les expérimentant concrètement* » (Sepulchre, entretien). L'appel à projet, contrairement au Prix, apporte donc un soutien plus spécifiquement dans la phase de test de l'innovation.

6. La contribution du concept d'IS à la recherche prospective en matière de gestion du vieillissement

6.1 L'innovation sociale : un processus de transformation propre aux organisations d'économie sociale

L'innovation est un terme qui dépasse aujourd'hui le monde de l'entreprise privée capitaliste et de la technologie. Il s'étend en effet à celui de l'entreprise sociale et de la production de bénéfices (quasi-) collectifs et l'innovation acquiert désormais une

dimension sociale. La définition de l'innovation sociale fait l'objet de débats quant à sa définition, son étendue et son application (Richez-Battesti, Vallade et Petrella, 2012 ; Besançon et Chonoy, 2014 ; Nyssens, à paraître) mais elle est plus généralement associée à l'économie sociale et solidaire où elle est considérée comme « *conséquence naturelle de son action* » (Durance, 2011 : 53). Si on parle d'IS aussi dans le cadre de l'économie de type capitaliste, c'est plutôt à partir du souci de contrôler les conséquences sociales de son activité lucrative.

Etant donné la nature non lucrative des cas étudiés, c'est dans la première conception que nous avons puisé principalement nos références théoriques. Un premier document a servi à définir le champ de l'IS à partir d'une revue de la littérature[77]. Nous en rappelons ici brièvement les traits principaux.

6.1.a Les caractéristiques principales de l'IS

Les innovations sociales peuvent prendre la forme d'un produit, d'un processus de production, d'une technologie mais elles peuvent aussi être un principe, une idée, une loi, un mouvement social, une intervention ou une combinaison d'entre eux (CRISES *in* Bouchard, Levesque 2014 ; Bouchard, 1999 ; BEPA, 2010 ; RQIS *in* Valenduc et Vendramin 2013). Les innovations sociales ont comme première finalité de répondre à des besoins sociaux mais innovent également dans le processus de réponse à ces besoins : « *les innovations sociales répondent aux besoins sociaux et permettent de relever les défis auxquels sont confrontées nos sociétés, mais elles donnent aussi aux citoyens les moyens d'accéder à l'autonomie et génèrent des relations sociales et des modèles de collaboration d'un nouveau genre. Elles sont donc à la fois innovantes en soi et utiles pour la capacité de la société à innover.* » (Commission européenne[78], 2010 : 24). Elles peuvent aussi porter sur les façons de consommer le service, en particulier dans le champs de l'aide à domicile lorsque la personne âgée est placée au centre d'un plan d'aides coordonné qui envisage

[77] Cf. DEGAVRE F. (dir.) et BOURGUIGNON M. (avec la collaboration de Th. EGGERICKX, J-P. SANDERSON, J. MARQUET, L. MERLA et B. LEIDER) (2014). *Document 1 – WP3 : Identification et sélection des IS (Work in progress)*, document soumis en vue de la réunion du comité technique du 20/06/2014.

[78] Url : http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/innovation-union-communication_fr.pdf, consulté le 10/11/2014.

sa prise en charge globale, lorsque la participation de l'entourage ou du bénéficiaire est sollicitée en amont du plan d'aides (Oulhaj 2004), ou encore lorsqu'elles incluent des personnes qui auparavant n'avaient pas accès au bien ou au service (problème d'inégalité d'accès) (Nyssens 2015).

Bien que la littérature sur l'IS soit traversée de tensions fortes (Marival, Petrella et Richez-Battesti, 2012), un certain consensus peut être identifié autour de caractéristiques incontournables de l'IS.

- **Bénéfices collectifs**

Chaque initiative dégage une série de bénéfices et d'effets collectifs non incompatibles entre eux mais qui peuvent toutefois être différents : amélioration du bien-être et/ou résolution de problèmes, bénéfices économiques parallèles (création d'emplois, mise à l'emploi, valorisation d'activités délaissées ou mal perçues, etc.), création d'autres initiatives innovantes (via le phénomène de « grappe d'IS »), etc.

- **Bénéfice détectable pour le bénéficiaire**

Le projet d'IS répond à une problématique précise et vise un ou des bénéficiaires précis (amélioration de l'emploi dans la prise en charge par les personnes âgées, réponse à l'isolement des personnes, etc.).

- **Une part d'invention**

Chaque initiative est toujours porteuse d'un caractère novateur, soit parce qu'elle se distingue de ce qui existe déjà (elle invente d'autres biens et services particuliers, sa façon de proposer des biens et services est spécifique, etc.), soit parce qu'elle adapte une formule à de nouveaux besoins identifiés (il s'agit par exemple d'un service que l'on transpose en l'adaptant, plus que d'une duplication).

- **Visée de transformation par le processus et le résultat en articulation avec des normes**

Chaque initiative poursuit une finalité de changement tant dans le bien ou le service produit qu'en « *mettant en œuvre de nouveaux arrangements sociaux, de nouvelles*

façons de faire, de nouveaux liens sociaux. » (Harrisson *et al. in* Klein et Harrisson, 2007 : 5). Il s'agit là de l'exigence rappelée à de nombreux endroits d'une innovation « sociale » par le processus *et* le résultat. Mais la littérature n'est ni claire ni unanime quant à ce que recouvre exactement l'exigence d'une transformation visant à la fois le processus *et* le résultat final. Il nous semble que, plus qu'une obligation de cibler une transformation à la fois au niveau du processus et du résultat en soi, c'est surtout le respect d'un certain esprit qui rend une innovation « sociale ». Cet « esprit » se reflète dans la poursuite plus ou moins stricte de normes (ou de valeurs) marquant l'IS, voire dans sa politisation. Dès lors, un *processus* est considéré comme une IS quand il s'incarne dans une « nouvelle » façon de rendre le service qui correspond mieux à certaines normes (par exemple plus de participation démocratique dans le processus de production, un assemblage différent de ressources qui permet une moindre dépendance au marché, le développement de partenariats ou le partage de ressources, etc.). Un *résultat* est considéré comme innovant « socialement » lorsqu'un changement survenu en amont aboutit soit à un bénéfice collectif au sein d'un service déjà existant (un nouvel outil de travail produisant une meilleure qualité de travail ou un recentrage sur les aspects sociaux du métier ; un nouveau métier ou une nouvelle compétence complète une offre déjà en place) soit à un nouveau service qui produit, lui aussi, des bénéfices collectifs détectables. Cette distinction correspond à ce que Marival, Petrella et Richez-Battesti (2012 : 70) appellent des **innovations « sociales » 1) par leur processus, 2) par leur résultat et 3) par la création d'un nouveau service.** La question de l'efficacité n'est généralement pas retenue comme étant une norme ou une valeur caractérisant le champ de l'IS, mais sa poursuite est évidemment légitime. On pourrait parler de poursuite d'efficacité « sous contrainte » d'innovation *sociale*.

Idéalement, l'IS participe, au terme de son processus, à un **changement d'orientation normatif** sur le plan politique, économique, sociale, culturel ou a un impact sur les mentalités.

Ces différentes dimensions seront explorées dans l'analyse empirique mais elles n'ont pas, néanmoins, servi à la sélection des IS qui ont fait l'objet de nos études de cas. En effet, notre démarche ici n'est pas d'évaluer les cas ni de déterminer si une IS remplit bien tous les critères rencontrés dans la littérature. Notre propos est de faire remonter

des réalités de terrain à partir de ce que les acteurs identifient comme des IS. Nous avons donc opté pour une méthode « pragmatique » d'identification des IS, en s'appuyant sur la vision des personnes-ressources connaissant, en tant qu'acteurs, la prise en charge en Wallonie des personnes âgées (soit via des services de MD, soit via des formes alternatives d'habitat) et/ou de leurs aidants proches.

6.1.b Plus précisément, pourquoi « sociale » ?

On l'a dit, on qualifie généralement une innovation de « sociale » parce qu'elle poursuit notamment une **finalité (normative) spécifique** qui concerne la cohésion sociale, le partage de bénéfices et plus globalement l'amélioration du bien-être de groupes de population via la mise en place d'alternatives aux services actuellement disponibles (Oulhaj, 2004 : 4 ; Degavre, Nyssens, 2008). Une IS est donc qualifiée comme telle lorsqu'il y a diffusion du changement établi au sein d'une société, un apprentissage collectif, et pas accaparement des profits par une ou plusieurs entités restreintes.

Mais l'IS dévoile aussi son caractère « social » dans l'importance des liens sociaux qui lui sont sous-jacents. La force de l'IS est de créer des liens sociaux en aval et de s'en nourrir en amont. La littérature de l'économie sociale et solidaire (ESS) positionne l'IS au cœur du lien social, de l'impulsion réciprocitaire et du besoin de reconnaissance réciproque et d'appartenance. En effet, « *la conception de l'activité économique à partir d'une impulsion réciprocitaire peut permettre à celle-ci d'être fondée sur le sens qui lui est donné par les participants et par là même de favoriser des dynamiques de socialisation* » (Laville *in* Klein et Lévesque, 1995 : 162). Il faut donc éviter l'écueil de l'IS devenant un « fait divers » sans environnement et la replacer dans l'histoire longue des échanges (ou de la circulation), la production (de valeurs), de la reproduction (du lien social) et de l'échange. Dans cette perspective, c'est le groupe qui établit une stratégie de « mettre ensemble » des gens et des ressources. **Ainsi n'apparaît pas seulement le travail de l'argent, de la matière ou des mains dans la production d'une IS, mais aussi celui du lien entre les individus**, ce qui n'est pas nécessairement facilement opérationnalisable dans une recherche. Il faut dès lors prendre la question de l'IS à partir de la personne ou du groupe de personnes qui impulse, et rendre visibles tant les ressources matérielles

qu'immatérielles qui sous-tendent la création de l'IS. La dimension sociale de l'IS est également ce qui lui ôte son apparence de « savoir banal » (Richez-Battesti 2010 *in* Battesti, Petrella, Vallade, 2012). L'objectif ne vise pas seulement à réduire des coûts, comme le montre bien la dualité présente dans la littérature (Nyssens, 2014).

Une des façons d'appréhender ces liens sociaux est de prendre en considération la dimension de **participation de plusieurs parties prenantes à la (co-)production** d'une IS. Chaque étape approchant progressivement l'IS de la phase d'institutionnalisation est marquée par une dimension participative faisant, elle aussi, partie intrinsèque de la définition du concept d'IS. Tant du point de vue de sa production (autrement dit de sa création et de sa mise en place) que de sa consommation, l'IS se caractérise notamment par la participation des parties prenantes. À juste titre, Cloutier (2003: 9) affirme d'ailleurs que « *l'innovation sociale se particularise par la participation des usagers au processus et ce, de la prise de conscience du besoin, à la conception du projet jusqu'à sa mise en œuvre.* ». Chambon, David et Devevey (1982 : 33 in Cloutier, 2003: 9) diront même que « *la condition essentielle d'existence de l'innovation sociale est la participation* ». « *L'innovation sociale est animée par le souci* "*...de donner au groupe concerné par le projet la maîtrise de sa conception et de son déroulement*."[79] » (Cloutier, 2003: 9).

Le caractère social d'une innovation provient donc à la fois de la **finalité normative** qu'elle poursuit (amélioration du bien-être et des conditions de vie) et des **moyens qu'elle se donne pour y parvenir** (en mobilisant une série d'acteurs – bénéficiaires ou prestataires – concernés par la problématique).

6.1.c Concrètement… le processus d'IS

Une IS, pour qu'elle aboutisse finalement à un projet durable et satisfaisant, passe par différentes étapes qui lui confèreront progressivement à la fois son caractère incontournable dans le champ d'intervention dans lequel elle est mise en place et son caractère d'innovation *sociale*.

[79] Chambon, David et Devevey, 1982 : 22.

Selon les auteurs, les processus menant à l'IS divergent mais correspondent finalement en un schéma à quatre étapes distinctes, allant de l'émergence d'une demande, la recherche d'une solution et la création d'un projet à son institutionnalisation, et passant par l'expérimentation et la diffusion du produit ou du service.

Une IS est initialement mise en place pour répondre à un besoin émergeant dans des groupes particuliers d'individus. La phase **d'émergence** comprend donc l'identification d'une problématique par certains acteurs (demandeurs ou intervenants dans le secteur), la recherche et la mise en place d'alternatives souhaitables ou possibles. La littérature parle souvent de **co-production**, en particulier lors de la phase d'émergence mais également tout au long du processus de production. Elle se définit comme la collaboration de différents acteurs (bénéficiaires) ou institutions (réseaux, mutuelles, etc.), à « *la mise en œuvre et la production des services au niveau organisationnel* » (Pestoff, 2006 *in* Klein, Fontan, Harrisson, Lévesque *in* Klein *et al.*, 2014 : 207 – 208).

Une IS passe aussi généralement, même si ce n'est pas forcément ou explicitement applicable dans tous les cas, par une phase **d'expérimentation** qui vise à en tester les effets, en relation avec les demandes et les attentes pour des groupes ciblés de population.

La **diffusion** d'une IS désigne quant à elle l'extension du projet, soit dans une aire géographique distincte de la première, soit dans une aire géographique plus large, soit encore dans un autre secteur d'activités.

Enfin, **l'institutionnalisation** est appréhendée ici comme une forme de « sanction » positive attribuée à un projet particulier. La sanction peut être attribuée *soit par le marché* (quand l'IS est consommée), *soit par une autorité publique* (qui inscrit l'IS dans une loi ou la finance à son tour sur une base durable - on parle alors souvent de co-construction), *soit par d'autres prestataires* (qui répliquent alors l'IS). La **co-construction** renvoie généralement à la sphère des politiques publiques et à la participation des acteurs d'une IS à leur redéfinition. Elle désigne « *la participation des acteurs, notamment des mouvements sociaux, à l'élaboration des politiques publiques au niveau institutionnel* » (Vaillancourt, 2008 *in* Klein, Fontan, Harrisson, Lévesque *in* Klein *et al.*, 2014 : 207). La co-construction peut dès lors être considérée comme un aboutissement de l'institutionnalisation.

Dans la réalité, il est difficile d'isoler et d'identifier de façon précise ces différentes phases. Ce travail s'est donc concentré sur l'identification de la dynamique d'implantation et de développement des IS étudiées en examinant prioritairement les conditions à l'émergence d'une IS (section 7), l'analyse des ressources de l'IS (section 8), la prise de risque engendrée par la création de l'IS (section 9), les marques de soutien et de co-production que l'IS reçoit/engendre (section 10) et sa consolidation (section 11).

6.2 Les questions et hypothèses de la recherche

La question à laquelle ce WP tente de répondre porte sur l'identification des facteurs contextuels (extrinsèques et intrinsèques) favorisant l'émergence des IS et sur la dynamique de leur implantation. En vue de la phase prospective ultérieure de la recherche (WP4), l'analyse vise aussi à proposer une vision de l'IS à partir de ses composantes et des liens entre elles.

Plusieurs hypothèses issues de la littérature sur l'innovation dans le cadre de l'économie sociale et solidaire ont guidé le travail. La première réside dans l'imbrication des différentes dimensions de l'innovation. Elle est inspirée du travail de Marival, Petrella et Richez-Battesti (2012) qui parlent de « réconciliation » de la dimension technologique et sociale de l'IS.

La littérature sur l'IS souligne également le rôle majeur de l'hybridation des ressources – autrement dit la mobilisation de ressources d'origines et de natures différentes – exercée au sein d'innovations sociales. Vu les marges ténues pour innover dans les organisations et l'absence d'une politique de financement adéquate en Wallonie, on formule l'hypothèse d'un recours relativement important à la réciprocité via le partage des ressources ou le bénévolat pour démarrer une IS (hypothèse 2). Les moyens de l'IS se trouveraient du côté de financements innovants, de nouveaux partenariats privé-public, voire privé-public-famille.

Diverses études montrent effectivement que la réciprocité exercée à la fois par les usager-e-s, les bénévoles, voire même les professionnel-le-s, est ce qui a souvent permis la mise en place des structures innovantes qui ne séparent pas production et usage

(Gardin, 2006). Dans ces initiatives, la production de lien social – via des aspects de participation ou de co-production du service rendu – compte autant que celle du service lui-même, celui-ci étant envisagé comme un support du lien. Pourtant, dans le cas des publics particuliers de certaines de nos études de cas, on pourrait craindre une faible co-production par les bénéficiaires. C'est donc notre troisième hypothèse.

6.3 Identification et sélection des IS[80]

À partir de la littérature et du discours des experts dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées, une liste non exhaustive d'une quarantaine de projets considérés comme étant des innovations sociales a été dressée. Dans le cadre de ce WP, l'objectif était de réaliser six études de cas. Une première étape a consisté à consulter des « personnes-ressources » reconnues dans le domaine du MD et de l'HA (Tableau 23). Ces personnes, rencontrées lors d'entretiens semi-directifs[81], ont contribué par leur connaissance du secteur du MD et de l'HA à notre propre compréhension du fonctionnement et des enjeux du secteur et nous ont permis de dresser une liste (non exhaustive) d'une quarantaine d'initiatives jugées par elles remarquables dans les deux domaines précités.

La liste des projets a ensuite été re-soumise aux mêmes personnes ressources ainsi qu'à des personnalités du monde académique reconnues pour avoir travaillé sur la problématique ou participant au comité technique de la recherche IWPEPS. Il leur était demandé d'évaluer une quarantaine d'initiatives sur base (1) de leur caractère novateur,

[80] Cf. DEGAVRE F. (dir.) et BOURGUIGNON M. (avec la collaboration de Th. EGGERICKX, J-P. SANDERSON, J. MARQUET, L. MERLA et B. LEIDER) (2014). *Document 1 – WP3 : Identification et sélection des IS (Work in progress)*, document soumis en vue de la réunion du comité technique du 20/06/2014.

[81] Le guide d'entretien utilisé pour les personnes-ressources est disponible à l'Annexe 14.1.

(2) de leur impact sur le bien-être des personnes âgées et (3) de leur réplicabilité. Cette façon de procéder par consultation d'experts et re-soumission d'une liste à leur appréciation en vue du choix final des études de cas est inspirée des principes de la méthode DELPHI[82].

Personne/Organisation	Date	Lieu
Participation au colloque « Construire le bien-être des personnes âgées en perte d'autonomie », organisé par le centre de recherche Travail & Technologies (FTU)	27/03/2014	LLN
Olivier SCHMITZ Anthropologue à l'UCL ayant travaillé sur l'évaluation des projets du protocole 3 de l'INAMI	24/04/2014	Bruxelles
Brice MANY Directeur général Fédération Aide et Soins à Domicile (FASD)	14/05/2014	LLN
Yves DARIO, Bénédicte GOMBAULT Chargés de projet « Ageing », Fondation Roi Baudoin	22/05/2014	Bruxelles
François DEMONTY Aspirant FNRS, thèse sur l'habitat adapté en Wallonie et à Bruxelles	22/05/2014	Bruxelles
Dominique DUBOURG Collaboratrice à l'Observatoire wallon de la santé	28/05/2014	Mail
Laurent WENRIC Conseiller économique, Fédération des Centrales de Services à Domicile (FCSD)	11/06/2014	Bruxelles
Laurence BRAET Chargée de mission, Habitat et Participation ASBL	01/07/2014	LLN
Caroline GUFFENS Chargée de projet, Le Bien Vieillir ASBL	07/07/2014	Namur
Marie-Claire Sepulchre Fédération wallonne de services d'aide à domicile (FEDOM)	24/09/2014	LLN

Tableau 23 - Liste des entretiens exploratoires effectués.

[82] La méthode DELPHI repose sur la consultation itérative d'experts ou d'analystes et est utilisée comme première étape dans la démarche prospective poursuivie dans le cadre de ce WP « Innovation sociale » (ULg, Spiral, 2011; Orsas Lorraine, 2009 ; Slocum *et al.*, 2006 ; Booto Ekionea *et al.*, 2011). Cette démarche fonctionne par étapes successives. La première comprend la formulation et la délimitation d'une problématique, ainsi que la constitution d'un questionnaire. Lors de la deuxième étape, on cherche à identifier une série d'experts capables de par leurs expertise ou leurs connaissances de se positionner adéquatement par rapport à la problématique. La collecte et l'exploitation des données constituent la troisième étape lors de laquelle un premier questionnaire est envoyé aux experts pour les laisser s'exprimer librement (tour 1). Les experts reçoivent ensuite un deuxième questionnaire auquel ils doivent répondre aux questions en justifiant leurs positions et en ayant connaissance des résultats globaux du premier tour (tour 2). Lors du troisième tour, les répondants se positionnent par rapport aux justifications invoquées par eux et leurs collègues pour répondre aux questions. Enfin, lors du quatrième tour, les répondants fournissent leurs réponses définitives aux questions. Une dernière étape plus informelle peut être organisée : elle consiste en des discussions organisées entre les différents experts à propos de la passation des questionnaires et de leur contenu. Cf. DEGAVRE F. (dir.) et BOURGUIGNON M. (avec la collaboration de Th. EGGERICKX, J-P. SANDERSON, J. MARQUET, L. MERLA et B. LEIDER) (2014). *Document 1 – WP3 : Identification et sélection des IS (Work in progress)*, document soumis en vue de la réunion du comité technique du 20/06/2014.

Un ensemble de huit[83] projets a finalement été retenu, avec lesquels des contacts ont été pris et des rendez-vous fixés pour réaliser l'enquête. Des études de cas seront finalement menées auprès de sept projets[84].

6.4 Présentation succincte des cas étudiés

Les organisations ont été sélectionnées sur base d'un processus méthodologique particulier (cf. section précédente) permettant de diversifier leurs objectifs, leurs méthodes d'agir, le service qu'elles rendent, ou plus globalement ce sur quoi elles innovent dans le domaine de l'aide aux personnes âgées. Ci-dessous se trouve une fiche de description détaillée de chaque projet analysé.

[83] Au cas où l'un d'eux ferait défaut pour une étude de cas.

[84] L'un d'entre eux n'a pas pu répondre à notre demande d'entretien durant la période proposée.

6.4.a Projet « Aide et Soin Psychologique (ASP)» (Liège, depuis 2010)

Projet	• Consultations psychologiques à domicile pour personnes âgées ; • Service intégré dans le secteur du MD du CPAS concerné ; • 1 employé et recrutement prochain d'un 2e.
Caractéristiques du projet : origine, objectifs, missions	• Constat de départ : absence de psychologue à vocation sociale, aucune prise en charge des aspects psychologiques du bien-être à domicile. Or le bien-être psychologique est une condition du MD des personnes âgées ; → **Objectif :** proposer une consultation psychologique aux personnes âgées à domicile ; maintenir les personnes âgées à domicile; l'intervention consiste à écouter, soutenir, aider concrètement et matériellement (parfois) et à intervenir avec les proches aidants et/ou les soignants.
Public cible	• Être âgé d'au moins 60 ans, résider dans la commune concernée et être considéré comme fragile selon la grille Inami, ou dément ou nécessitant des soins complexes (Katz) ; • Temps d'intervention maximal autorisé (avant réorientation) : 2 ans.
Processus	• Projet issu du 1er appel du protocole 3 de l'Inami, créé en 2010 et renouvelé en 2014 à la suite du 2e appel à projet.

6.4.b Projet « Un toit 2 âges (1T2A)» (Wallonie et Bruxelles, depuis 2009)

Projet

- Gestion de formules « locatives » entre séniors et étudiants ;
- Une structure de base avec petites équipes localisées dans les villes concernées par le projet ;
- Au 01/08/2014 : 5.5 ETP et bientôt 6 ; 10 personnes engagées dont 9 sont des femmes.

Caractéristiques du projet : origine, objectifs, missions

- Projet issu de l'expérience internationale de son créateur ;
- Constat de départ : (1) isolement des personnes âgées (risquant de questionner dans certains cas la capacité des aînés à rester à domicile) et manque de places en institutions d'une part, et (2) difficultés pour les étudiants de trouver un logement dans le cadre de leurs études d'autre part ;

→ **Objectif :** proposer des formules d'hébergement pour l'étudiant chez le sénior et encadrer juridiquement et quotidiennement cette relation. Deux formules sont envisagées : la première vise à proposer un logement à l'étudiant chez le sénior en échange du paiement d'un loyer ; la seconde vise également à proposer un logement à l'étudiant chez un sénior, en contrepartie d'un loyer modéré et d'un accompagnement pour certaines activités simples de la vie quotidienne. Le projet vise à prolonger le MD au moyen de la cohabitation intergénérationnelle.

Public cible

- Sénior : âgé d'au moins 50 ans, avec exclusion des personnes Alzheimer ;
- Étudiant : se porter volontaire pour le recours à un tel logement, sans domiciliation envisagée chez la personne âgée ;
- Dans tous les cas, une sélection par le responsable local est établie.

Processus

- Projet créé en 2009, avec phase-test entre 2009 et 2011 après enquête informelle par les créateurs pour « tâter le terrain » auprès des autorités politiques et académiques/universitaires. Organisation d'une conférence de presse pour le lancement ;
- Extension progressive du projet à d'autres villes wallonnes : 1ère phase en 2012 (extension à 4 villes) et 2ème en 2014 (extension à 3 autres villes).

6.4.c Projet « Auberge Du Vivier (ADV)» (Habay-la-Neuve, depuis 1991)

Projet

- Institution pour personnes âgées (Lits MR et court-séjour) en parallèle d'une activité d'accueil de court ou moyen terme pour enfants ;
- Capacité d'accueil actuelle (côté personnes âgées) : environ 75 lits (MR, CS compris).
-

Caractéristiques du projet : origine, objectifs, missions

- Constat de départ : pressentiment quant à une modification des modes de financement de l'activité d'accueil d'enfants (qui n'est au départ que la seule occupation de l'institution) qui en compliquerait la « survie ». L'objectif du directeur de l'époque est donc de reconvertir une partie de son activité en une autre, économiquement rentable. Pour ce faire, l'institution propose aujourd'hui l'accueil d'enfants et l'hébergement de personnes âgées. Elle organise son projet de vie autour de cette dimension intergénérationnelle ;

→ **Objectif :** proposer une forme alternative d'habitat aux résidents âgés ; sauvegarder l'activité « enfants » en recourant à une combinaison avec une autre activité plus rentable. Organisation de l'institution autour de la dimension intergénérationnelle. Offrir un lieu de vie avec un véritable projet de vie qui propose des activités directement en lien avec l'intergénérationnel, procurer un sentiment d'utilité aux résidents.

Public cible

- Vouloir vivre dans ce type d'institution et présenter un intérêt pour celle-ci (si la famille fait la démarche sans le consentement et la participation de la personne âgée, l'avis de l'institution est généralement défavorable) ;
- Pas de personnes atteintes d'Alzheimer ou de troubles cognitifs <u>dès le moment de l'entrée</u> (pas d'équipement prévu pour ce type d'accueil).

Processus

- Création de l'ASBL vers 1980 avec affranchissement par rapport à l'Eglise ;
- Maison d'enfants reconvertie en une maison d'accueil mixte (enfants et résidents âgés) à partir de 1991 ;
- Réitération du projet avec 1ère phase d'extension vers 1998 ;
- Nouveau projet en cours avec création de lits en résidence-services.

6.4.d Projet « Domicile : Lieu de Vie Lieu de Santé (DLVLS) » (Charleroi, depuis 2010)

Projet	• Services d'ergonomie proposés pour l'aménagement du domicile et de la vie quotidienne des personnes âgées ; • Intégré dans les services du CPAS de la commune concernée ; • 1 employé actuel.
Caractéristiques du projet : origine, objectifs, missions	**Objectif :** permettre le MD de la personne âgée en agissant à la fois sur ces motivations et l'amélioration de la qualité de vie (source : projet fourni à l'INAMI dans le cadre de l'appel à projets). Organiser le retour au domicile après un séjour de revalidation.
Public cible	• Résider dans l'espace communal concerné.
Processus	• Projet issu du 1er appel du protocole 3 de l'INAMI, créé en 2010 ; • Ne serait apparemment pas renouvelé dans le cadre du financement du protocole 3 mais réflexions à entamer sur la perpétuation du projet et le renouvellement de l'engagement des personnes concernées (information fournie lors de l'entretien du 22/09/2014).

6.4.e Projet « e-54 » (Liège, depuis 2013)

Projet

- Informatisation du travail administratif des aides familiales ;
- Projet destiné en premier lieu à la simplification administrative des tâches des aides-familiales.

Caractéristiques du projet : origine, objectifs, missions

- Projet issu de l'expérience réalisée en 2004 avec les infirmières à domicile de la même structure ;
- Constat de départ : volonté de simplification administrative parmi les autorités wallonnes ; le temps et le budget réservés aux tâches administratives des aides-familiales sont démesurés ;

→ **Objectif :** simplification administrative, gains de temps, gains budgétaires, fournir un outil de travail aux aides-familiales (appels entre collègues, centralisation des informations sur les patients, des horaires, etc.).

Public cible

- Projet pensé, créé et mis en place pour les aides-familiales de la structure concernée (ce qui représente 700 travailleurs dans cette zone et pour cette profession).

Processus

- Élaboration d'un dossier technique présentant le projet à l'administration en 2013 et acceptation du dossier par les autorités ;
- Actuellement : projet en phase de déploiement : environ 200 AF sont équipées (la mise en place du projet comprend une formation des AF) ;
- Objectif : avoir équipé toutes les AF pour le premier trimestre 2015.

6.4.f Projet « Le Lion Solidaire (LLS) » (Braine-L'Alleud, depuis 2010)

Projet

- Accompagnement à domicile de personnes âgées par des personnes qui se portent volontaires pour des activités simples (présence, lecture, marche, etc.) ;
- Service proposé dans le cadre de l'institution plus large qu'est la mutualité chrétienne ;
- Environ 25 bénévoles impliqués dans le projet durant au moins 2 heures par semaine, soit environ 1,5 ETP (2013).

Caractéristiques du projet : origine, objectifs, missions

- Projet inspiré d'une expérience locale belge similaire ;
- Constat de départ : les interventions des professionnels sont limitées par des contraintes de temps et des contraintes règlementaires liées à leur profession ;

→ **Objectif :** à côté des professionnels de la prise en charge et des aidants proches des personnes âgées, il y a de la place pour du volontariat. L'objectif est donc de fournir un service de proximité, pour des personnes âgées et malades, assuré par des volontaires. Cette intervention est aussi une forme de répit pour l'entourage proche des bénéficiaires.

Public cible

- Personnes âgées autonomes ou souffrant de plus graves difficultés (telles Alzheimer, fin de vie, etc.).

Processus

- Projet mis en place en 2011 avec gestation progressive de l'idée dès 2010 ;
- Première phase de recrutement de bénévoles organisée : environ une quinzaine de bénévoles ont été impliqués dans ce projet à la suite de la phase de recrutement ; 2e phase de recrutement : actuellement 25 bénévoles ;
- Objectifs prochains : créer une ASBL indépendante; organisation d'une journée verte pour la redéfinition du projet avec la participation des volontaires (octobre 2014).

6.4.g Projet « Maison de Mariemont (MDM) » (Morlanwelz, depuis 1996)

Projet

- Institution qui propose une offre diversifiée de formes d'accueil pour personnes âgées, y compris en cantous, c'est-à-dire en petites unités (une quinzaine de résidents) réservées à des personnes désorientées et organisées autour d'un lieu central et commun de partage (cuisine) ;
- Capacité d'accueil de l'institution : env. 300 lits (tous types confondus) ;
- 230 travailleurs environ, ce qui représente 130 ETP.
-

Caractéristiques du projet : origine, objectifs, missions

- Constat de départ : création de l'institution en réaction à une décision politique qui vise à fermer un hôpital pour mineurs de la région. L'idée est donc de maintenir l'emploi des travailleurs de cet hôpital et de reconvertir les lits d'hôpitaux en lits MRS puis de les faire évoluer en fonction du public de l'institution avec progressivement plus de personnes désorientées ;

→ **Objectif :** proposer une forme alternative d'habitat aux résidents âgées ; prendre en compte l'évolution des maladies liées à la démence ; organiser une structure institutionnelle autour d'un cadre de vie ;

Cantou : vient de l'occitan : le coin du feu. Issu de l'expérience française. Vise à regrouper des personnes ayant des troubles de démences ou cognitifs autour d'un projet de vie commun. Petites unités.

Public cible

- Accès défini sur liste d'attente ;
- Accès spécifique aux cantous défini par la loi : avis d'un neurologue requis, pathologie liée à la démence ou à des troubles cognitifs.

Processus

- 1985 : décision politique : fermeture d'un hôpital ;
- 1996 : acquisition d'un terrain vierge par l'ASBL ;
- Création du projet de vie ;
- Autour du projet de vie, création de l'infrastructure (d'abord 4 cantous puis extension du projet avec 8 unités) ;
- Aujourd'hui : diversification des formes d'habitat : cantous, MR, MRS, RS, aile pour sclérose en plaques, etc.

Le tableau suivant classe les IS selon l'objectif-cible de départ. Si l'on reprend la classification de Marival, Petrella et Richez-Battesti (2012) évoquée plus haut, on s'aperçoit qu'au niveau des cibles de départ des projets étudiés, les IS peuvent être distinguées en deux types : quatre IS par résultat au sein de l'organisation d'une part, et trois IS créatrices d'un nouveau service. Il n'y a pas véritablement d'IS par leur processus. On verra par la suite que l'objectif-cible d'innovation annoncé au départ s'est souvent accompagné d'autres innovations, notamment au niveau du processus. Il s'agit toutes d'initiatives *bottom-up*.

Structure	Cible de départ de l'IS	Réalisations
« ASP »	Résultat au sein de l'organisation	Nouvelle compétence au sein de l'organisation : Psychologue
« DLVLS »		Nouvelle compétence au sein de l'organisation : Ergothérapeute
« MDM »		Création d'une aile pour personnes désorientées : Habitat adapté
« e-54 »		Technologie de communication
« ADV »	Création d'un nouveau service	Habitat adapté
« 1T2A »		Soutien au MD
« LLS »		Soutien au MD

Tableau 24 – Description synthétique des projets par cible de l'IS.

6.5 La méthodologie de l'étude de cas[85]

Comme précédemment mentionné, sept projets ont fait l'objet d'analyses approfondies. Le « cas » correspond à l'initiative innovante elle-même telle que définie pragmatiquement et par les personnes interrogées. Parfois le « cas » désigne

[85] Cf. DEGAVRE F. (dir.) et BOURGUIGNON M. (avec la collaboration de Th. EGGERICKX, J-P. SANDERSON, J. MARQUET, L. MERLA et B. LEIDER) (2014). *Document 2 – WP3 : Etude de cas des IS : méthodologie et guidelines (Work in progress)*, document soumis en vue de la réunion du comité technique du 29/08/2014.

l'organisation toute entière, d'autres fois il s'agit d'un projet bien délimité porté par une organisation (qui devient alors un élément de contexte).

L'étude de cas est considérée par nous comme la méthode d'enquête la plus adéquate 1) pour recueillir des données d'un maximum de protagonistes de l'IS (ici : fondateurs/concepteurs, responsables, travailleurs, bénéficiaires), 2) pour appréhender les différents composantes organisationnelles de l'IS et 3) pour comprendre l'interaction entre le projet et son contexte[86]. Précisément, le contexte est fondamental pour désigner et comprendre le sens de l'innovation : une nouvelle technique ou un service ne peut être qualifié d'IS qu'en fonction du sens que lui ont donné ou lui donnent les acteurs (c'est l'aspect « normatif » des IS) et des facteurs intrinsèques ou extrinsèques qui lui ont permis de se réaliser. Par ailleurs, une IS dans un contexte local particulier ne l'est pas ou plus nécessairement dans un autre. Comme on le verra, les IS s'inspirent souvent de pratiques déjà expérimentées ailleurs.

Pour l'analyse de chaque cas, nous recourrons à deux séries de données. La première consiste en des **entretiens semi-directifs**[87] avec des catégories bien définies d'acteurs dans chaque organisation. Après discussion préalable avec les responsables actuels de projet et selon les disponibilités des personnes aux périodes proposées pour faire l'enquête, nous avons interviewé les personnes jugées les plus pertinentes : les initiateurs du projet et/ou les responsables actuels et/ou les prestataires de soins et de services (salariés, bénévoles ou volontaires) et/ou, lorsque c'est faisable, les usagers de ces services. Dans certains cas, initiateur et responsable désignent la même personne. Afin de préserver l'anonymat des personnes interrogées (requis par certaines et étendu à l'ensemble des informateur·trice·s), la liste des personnes interrogées par étude de cas ne figure pas dans ce rapport. Nous recourrons également à un deuxième type de données : **rapports, bilans et articles ou documents divers émanant des organisations elles-**

[86] Cf. DEGAVRE F. (dir.) et BOURGUIGNON M. (avec la collaboration de Th. EGGERICKX, J-P. SANDERSON, J. MARQUET, L. MERLA et B. LEIDER) (2014). *Document 2 – WP3 : Etude de cas des IS : méthodologie et guidelines (Work in progress)*, document soumis en vue de la réunion du comité technique du 29/08/2014.

[87] Les guides d'entretien ayant servi à interroger les différents profils de personnes sont disponibles en annexe (Annexe 14.2 à Annexe 14.5).

mêmes. Si nous avons reçu un accueil très favorable pour les entretiens, les organisations n'ont toutefois pas toutes pu/voulu partager cette « littérature grise ».

6.6 L'innovation sociale pour réfléchir à la prospective ?

6.6.a Des points communs

Si l'objectif de ce WP est d'analyser le processus d'IS dans le MD, il reste subordonné, *in fine*, à l'élaboration de scénarios sur l'accompagnement du vieillissement. Avant de proposer quelques pistes pour rendre cet objectif opérationnel, il nous semble nécessaire de réfléchir à l'articulation au niveau théorique de « l'approche innovation sociale » à celle de « l'approche prospective ». La littérature à ce sujet est, à notre connaissance, plus que ténue[88].

Prises indépendamment, les approches prospectivistes (ou *future studies*) et de l'IS intéressent de plus en plus, aussi bien le monde académique que celui de la prise de décision politique. Globalement, la *prospective*, comme outil d'aide à la construction et à l'anticipation raisonnée des futurs, donne aux chercheurs la possibilité d'intégrer dans leurs réflexions une dimension sur le temps long, basée à la fois sur les connaissances théoriques, les acquis empiriques, les tendances passées et la vision holistique d'un phénomène ou d'un processus (de Jouvenel, 1999). Autrement dit, la démarche prospective est pluridisciplinaire et systémique : « *Partant du constat élémentaire que les problèmes auxquels nous sommes confrontés ne sauraient être réduits à une seule dimension et correctement appréhendés lorsqu'on les découpe en rondelles (…), la prospective se propose d'appréhender les réalités au travers de l'ensemble de leurs aspects, de toutes leurs variables, quelle que soit leur nature. Empruntant très largement à l'analyse des systèmes,*

[88] Voir par exemple Valax Marc, « Pour une approche prospective de l'innovation sociale et managériale à Cuba », Management & Avenir 6/ 2009 (n° 26), p. 112-126 URL : www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2009-6-page-112.htm. DOI : 10.3917/mav.026.0112

elle nous invite à considérer les phénomènes à partir d'une étude de l'ensemble des facteurs et de leurs inter-relations. » (de Jouvenel, 1999 : 5[89]).

Pour Miller (*in* OECD, 2006), l'objectif des *future studies* est de se pencher sur les conditions de la reproduction de la vie quotidienne dans l'avenir : « *the distinctiveness of future studies is in providing a rigorous approach to the plausibility of different configurations for the reproduction of daily life in the future* » (Miller *in* OECD, 2006 : 96). Cette approche prend appui sur cinq axiomes, qu'elle partage d'ailleurs avec l'histoire comme discipline scientifique (Miller, *in* OECD, 2006 : 96-98) :

1) Plus la réflexion porte sur des horizons temporels lointains par rapport à « aujourd'hui », moins on a de précision dans l'analyse ;
2) Le rythme et l'échelle du changement doivent être considérés comme des grandeurs relatives ;
3) Les indicateurs pour mesurer le changement évoluent eux aussi à travers le temps ;
4) La perception des évènements de la vie quotidienne dans un avenir plus ou moins lointain ne peut être calibrée sur la perception que l'on aurait de ces mêmes évènements aujourd'hui. Cet axiome aborde principalement la question des mentalités qui changent, des craintes ou des aspirations qui évoluent au fur et à mesure de l'expérience de l'humanité ;
5) Enfin, le cinquième axiome concerne la réduction des variations du possible (les « degrés de libertés » du changement) à ce qu'il est raisonnable d'anticiper ou de présumer par rapport aux éléments physiques, sociaux ou intellectuels de la vie.

Le concept d'*innovation sociale* est, à notre connaissance, relativement étranger au champ de la prospective, mais tenter d'en penser l'articulation ne relève pas d'une démarche si saugrenue. Il est raisonnable en effet de penser que l'intérêt pour la prospective provient d'un désir de changement typique des périodes de transitions multiples tout autant que de la volonté de les anticiper. L'IS comme processus ou méthode, portée par les acteurs sociaux (porteurs de projets qui peuvent être prestataires, bénéficiaires, etc.) en vue d'améliorer le bien-être des populations en répondant à un

[89] Document imprimé à partir de la publication *online*, consulté le 07/11/2014 et disponible à l'adresse suivante : http://old.futuribles.com/demarcheprospective.html.

besoin particulier, en solutionnant un manque que la structure actuelle ne parvient pas à combler ou en se saisissant d'une occasion pour produire autre chose, autrement (Bouchard, 1999 ; CRISES in Bouchard, Levesque 2014 ; BEPA, 2010), porte en elle la perspective du changement. S'y intéresser relève aussi d'un intérêt pour les dynamiques nouvelles, *bottom up*, au plus près des acteurs de terrain et des soucis des bénéficiaires et qui sont susceptibles de dessiner les tendances d'avenir, en particulier dans la prise en charge adaptée du vieillissement. En fait, **la volonté de réfléchir à la transformation des structures existantes est commune aux deux approches**.

Si les champs identifiés par la prospective sont *a priori* sans limites, ceux de l'IS le sont aussi : on parle d'IS dans les politiques publiques tout autant que d'IS pour les organisations et pour les individu-e-s. En revanche, si les possibles établis dans la prospective vont du « pire » au « meilleur » (tout en restant dans le « raisonnable » de l'axiome 5), l'IS constitue en soi le scénario privilégié de l'« *alternative to the neoliberalist societal vision* » (Klein 2013 : 11). Penser en termes d'IS indique en partie déjà les moyens du changement et les valeurs défendues dans la transformation Dans la perspective prospective, l'IS est donc une des modalités du changement possible, un des scénarios envisageables.

Cette réflexion renvoie à la question de la posture épistémologique adoptée dans l'exercice de la prospective et l'analyse de l'IS. La prospective semble s'inscrire globalement dans une volonté de rester une science sociale « neutre » (Miller *in* OECD, 2006 : 96) avec des outils, des méthodes d'analyse et d'enquête adaptés. La pratique scientifique n'y est pas explicitement revendiquée comme objective mais l'élaboration des scénarios doit se faire, elle, en maitrisant le plus possible l'influence limitative des outils et théories ou de leurs usages par les chercheurs qui sont, eux, si pas « impliqués », au moins « situés » au sens de la *standpoint theory* (ST) (Harding, 2004 ; Haraway 1988). D'où l'ambition des prospectivistes de maintenir l'objectif de neutralité dans l'élaboration de tous les scénarios possibles et pas uniquement de ceux qui sont préférables ou préférés. Miller (*in* OECD, 2006: 102) parle d'ailleurs de « *neutrality of the possibility-space methodology* ».

6.6.b Vers un scénario d'« Innovation sociale maximale »

Le paradigme dans lequel s'inscrit l'IS (celui de l'économie sociale et solidaire) ne s'inscrit pas d'emblée dans la poursuite d'un objectif de neutralité. Il revendique au contraire au niveau de l'analyse une implication forte en faveur d'une économie de la solidarité et, au niveau du savoir, la prétention de le co-constuire avec les acteurs de terrain. L'économie sociale dont l'IS est issue prend donc ses distances par rapport à la vision classique du-de la chercheur-e pris-e en tension entre « engagement » et « détachement » à partir de laquelle est généralement pensée la problématique du positionnement, au profit d'une vision du travail scientifique « situé » ou en « contexte », emprunté à la *ST*. Celle-ci a pour caractéristique de reposer la question de l'objectivité du savoir à partir du *contexte*, dans lequel on inclut le triangle formé par le-la chercheur-e, son dispositif méthodologique et le terrain d'enquête (Degavre, Saussey, à paraître). Pour Klein, l'IS est l'ingrédient d'une stratégie alternative de développement à tous les niveaux : tant celui de la production de bien-être matériel, que de la gouvernance ou de la co-construction des savoirs[90].

C'est avec ces différences en tête qu'il y a lieu d'aborder la question de la contribution de ce WP sur l'IS à la démarche prospective dans le cadre de l'accompagnement futur du vieillissement des populations wallonnes.

L'IS avec les dimensions normatives qu'elle implique, est donc entendue, ici, comme **une approche poursuivant l'objectif de maximiser le bien-être des populations bénéficiaires et de répondre à un besoin/une demande qui ne peut être couvert en l'état actuel de l'offre des services et des aides disponibles**. C'est à partir de cette approche de l'IS, à la fois comme transformation de l'existant et comme

[90] Il est important de noter toutefois que cette façon d'appréhender l'IS n'est pas partagée par l'ensemble de la communauté scientifique. Harrisson (2011) note qu'une tension semble en effet s'installer ces dernières années entre une vision de l'individu rationnel qui calcule ses coûts-bénéfices dans l'engagement collectif sous-jacent à l'innovation sociale et une vision qui insiste sur la co-production du bien et/ou du service innovant par un ensemble d'individus en vue de bénéfices collectifs. De même, Nyssens (2014, à paraître) observe une conception « faible » de l'IS où « *ce sont les acteurs privés et marchands qui semblent dessiner le paysage.* ». Dans la conception qu'elle qualifie de « forte » l'entreprise sociale et l'innovation sociale produisent non seulement des impacts sociaux mais participent à l'émergence de normes qui visent à réinterroger les équilibres fondamentaux de nos sociétés » (Nyssens 2014). Besançon et Chonoy parlent, eux, de conception « entrepreneuriale » versus une conception « institutionnaliste » (2014).

processus complexe et coproduit que l'on peut alimenter une démarche prospective. Concrètement, en qualifiant les processus sous-jacents à l'IS et ses différentes composantes, nous tenterons de mettre en évidence d'une part les facteurs conjoncturels qui ont fourni les opportunités d'innover et, d'autre part, les composantes plus structurelles des projets. Ces dernières sont les variables sur lesquelles les acteurs de terrain, les politiciens ou les bénéficiaires ont la possibilité d'agir pour modifier le présent en fonction des attentes et des objectifs fixés pour le futur. Cette démarche visera l'identification progressive de leviers pour l'action et, *in fine*, la production d'un scénario d'« Innovation sociale maximale », scénario de prise en charge du vieillissement où l'IS serait l'actrice principale, la référence de l'action. Ce scénario extrême intègrera des réflexions sur l'évolution des composantes futures de l'IS. Il n'est pas pris pour son réalisme mais pour son intérêt en termes d'idéaltype. Il servira de base au WP4 pour réfléchir ensuite à d'autres scénarios qui intégreront l'IS comme une de leurs modalités dans la réflexion globale sur l'accompagnement politique, économique et social du vieillissement des populations en Wallonie.

Sur un plan plus pragmatique néanmoins, on observera que l'innovation sociale est souvent et idéalement appréhendée par des études de cas (cf. plus haut) qui révèlent un fonctionnement micro ou méso. La prospective cependant se pose plus au niveau macro (politiques publiques) ou meso (dans le cadre du pilotage prospectif des entreprises ou encore dans la prospective territoriale, qui implique les acteurs de terrain). La difficulté pressentie, sur le plan méthodologique, est donc d'arriver à relier les composantes de l'IS – forcément particulières – à celles de **la gestion du vieillissement située dans le cadre de ce projet à un niveau résolument « macro »**. Le WP4 définira les grandes composantes du vieillissement sur lesquels exercer une forme de « gestion ». La section 9 tentera, modestement, de faire le point sur les composantes de l'IS et, à partir de là, de réfléchir aux leviers de l'action publique et privée en matière de gestion du vieillissement.

7. D'où vient l'innovation sociale ? Identifications des opportunités politiques et décisionnelles liées à l'émergence d'IS

7.1 Le rôle du contexte politique

Les IS ne sont pas des « faits divers » détachés des mouvements de la société. L'analyse de l'émergence d'une IS ne peut donc se limiter au seul niveau de l'organisation. Elle nécessite d'abord une recontextualisation (Bucolo, Eynaud, Laville *in* Klein *et al.*, 2014 : 146). Parmi d'autres, Harrisson *et al.* (*in* Klein et Harrisson, 2007 : 8) proposent une définition du contexte qui n'est pas simplement une « *arrière-scène* » propre à chacun des projets. « *Ce contexte est souvent identifié à ce qui est externe à l'organisation, à ce qui échappe à l'influence des acteurs internes. (…) Il résulte (…) des décisions qui sont prises ailleurs dans d'autres organisations dont la somme des décisions forme l'environnement social, économique ou politique qui se répercute fortement sur la capacité des acteurs à agir dans une organisation donnée. Le contexte s'impose donc comme étant un ensemble de variables environnementales qui s'imbriquent dans les relations internes des acteurs et forment un système.* » (Harrisson *et al. in* Klein et Harrisson, 2007 : 8).

A la suite de cette conception, nous examinons ici l'innovation sociale comme l'héritage de contextes particuliers. Nous nous focaliserons précisément sur la dimension politique, c'est-à-dire ce qui, aux yeux des acteurs prenant part à l'IS, a **échappé à leur pouvoir de décision strict mais a joué un rôle dans leur décision d'innover**.

Le projet e-54 constitue un exemple d'opportunité saisie dans un contexte politique favorable. Ce projet, mis en place en 2013, vise notamment à remplacer le formulaire papier initial destiné aux aides familiales par un nouveau, informatisé à partir d'un scan de code QR distribué dans chaque famille bénéficiaire. Il permet dès lors que le passage d'une aide familiale soit répertorié simplement sur base d'une photographie faite à l'aide d'un smartphone. **Ce projet intervient en fait en réponse à une volonté politique : la Wallonie est preneuse de projets visant une simplification des tâches administratives et, du même coup, la réduction des coûts liés à ces charges** :

> *À l'échelle de la région, on compte 6 millions d'heures de contingents d'aides familiales. Sur cela, on en a 600 000, soit à peu près 10%. Le budget est de 160 millions d'euros et là-dedans, 10 ou 12 millions étaient consacrés aux charges administratives (quasiment 10%) et dans le coût de la charge administrative, 80% de ces coûts étaient générés par la manipulation du F54 [formulaire papier,nda]. Le gros du travail administratif c'était ça. Et dès qu'ils ont entrouvert une porte* [autrement dit : dès que la Wallonie s'est montrée preneuse de projets de simplification administrative, nda], *nous on l'a enfoncée.* (Code : 1LD)

Le contexte politique favorise l'IS en créant des opportunités positives mais peut également contraindre les acteurs à l'innovation en les confrontant à une décision politique irréversible mettant en péril leur activité ou en réaction à des décisions, des changements ou des orientations politiques parfois dramatiques[91]. C'est le cas par exemple du projet ADV qui était initialement conçu pour l'accueil d'enfants à court ou moyen terme. Dans les années 1980, **le directeur de l'institution pressentait une diminution des financements et des subsidiations des activités pour enfants** et c'est notamment pour anticiper et reconvertir une partie des places pour enfants, en une activité durable et rentable que l'institution a décidé de convertir une partie des places d'accueil d'enfants en une activité d'hébergement pour personnes âgées. À l'époque, l'ouverture d'une maison de repos était simplement subordonnée à l'obtention d'un agrément, relativement facile d'accès : « *en Région wallonne, on distribuait les lits.* » (code : 2HD).

L'ASBL MDM a, quant à elle, été créée **en 1985, suite à la décision du Ministre Dehaene de fermer** l'hôpital des mineurs de Morlanwelz **financé par le fonds des maladies professionnelles**. Cette fermeture fut très durement ressentie par la population : le bâtiment avait été payé en partie par le fonds des mineurs et une partie importante des travailleur-e-s de l'hôpital habitent la région déjà sinistrée économiquement. Mutuelles et syndicats, considérées comme les « forces vives » de la région, se sont concertés et ont décidé, dans une perspective pluraliste (unique à l'époque), de reprendre l'hôpital sous la forme d'ASBL et de le transformer en maison de

[91] Nous avons étudié des cas où ces opportunités ont été saisies. Il est certain que cela nécessite certaines conditions et toute opportunité ne donne pas nécessairement lieu à la mise en place d'un dispositif d'IS, surtout eu égard aux moyens nécessaires pour organiser la mise en place d'une IS, comme le démontre notre terrain.

repos (MR) afin, d'une part, de maintenir les emplois menacés par la fermeture de cet hôpital et, d'autre part, de reloger les personnes hospitalisées. L'ASBL a récupéré un terrain vierge, a créé son projet de MR et, autour de celui-ci, une infrastructure permettant aujourd'hui d'accueillir environ 300 lits et de proposer une offre variée de modes d'institutionnalisation (MR, MRS, Cantous, aile pour malades de la sclérose en plaques, résidence-services, etc.).

Les facteurs déclenchant l'innovation présentent des similitudes à travers ces différents exemples. Ce sont des manifestations d'adaptation ou des réactions à des formes de « pressions », typiques d'environnements en restructuration politique ou socioéconomique qui ont fait réagir les acteurs de terrain et ont créé les *« conditions pour innover, c'est-à-dire pour donner aux acteurs une plus grande participation.* ». (Klein, Fontan, Harrisson et Lévesque *in* Klein *et al.*, 2014 : 204).

Il convient néanmoins de se garder d'un trop grand optimisme quant au rôle joué par le contexte macro-politique dans l'émergence d'une IS. Il n'est pas fait beaucoup mention dans la littérature – misant beaucoup sur la capacité de réaction des acteurs et leur *empowerment* – d'études menées spécifiquement sur l'empêchement d'innover ou sur les contextes politiques nocifs pour l'IS. Par ailleurs, **un contexte favorable à l'innovation n'implique pas nécessairement la finalisation de l'activité**, comme on le verra plus loin.

7.2 Une bonne compréhension des besoins non satisfaits

La littérature évoque le fait que l'innovation est souvent due à l'impossibilité de l'Etat ou du marché à répondre à une demande sociale. Cette incapacité à répondre à des nouvelles demandes ou exigences provient de ce que Klein, Fontan, Harrisson et Lévesque (*in* Klein *et al*., 2014) associent à une période de crise affectant les finances publiques, le fonctionnement et la légitimité de l'État : « *dans ce contexte, les raisons pour la mobilisation de la société civile ne sont plus seulement une démocratisation des services collectifs mais aussi la nécessité de répondre à de nouvelles demandes sociales que l'Etat n'est plus en mesure de satisfaire seul, ce qui met en place un contexte favorable aux innovations* ». Mais l'identification de la « demande sociale » requiert des compétences et une bonne

connaissance initiale du terrain qui permettent aux acteurs d'identifier des « niches » plus ou moins larges d'innovation et d'engendrer une dynamique *bottom-up*.

L'isolement des aînés, le mal-être psychologique, les contraintes fixées au métier d'aidant professionnel, la disponibilité des aidants, etc. sont autant de dimensions qui se rapportent plus globalement à la thématique du vieillissement des populations et où la demande sociale est manifestement insatisfaite. Cette thématique est, par définition, multidimensionnelle. La résolution des problèmes n'est dès lors pas une tâche aisée et se fait très progressivement, étape par étape et point par point. Les cas analysés ne prétendent d'ailleurs pas remédier à un ensemble de problèmes liés à cette thématique. Ils s'attachent davantage à proposer une solution novatrice pour *une* dimension particulière de la problématique multidimensionnelle qu'est le vieillissement des populations.

Les projets ASP, 1T2A et LLS ciblent des problématiques relativement précises : l'isolement des personnes âgées et le mal-être psychologique qui peut en résulter. ASP tente de répondre à l'accès problématique à des institutions spécialisées dans la prise en charge psychologique des personnes âgées et à l'absence de psychologues intervenant au domicile. LLS vient combler ce qui apparaît comme un chaînon manquant dans l'aide : les professionnels de soins sont limités par des contraintes règlementaires qui fixent le temps et le contenu de leurs interventions auprès des personnes âgées ; parallèlement l'entourage des personnes âgées est présent mais éprouve dans certains cas des difficultés à remplir ses missions, tant du point de vue de leur disponibilité que du point de vue de la gestion des émotions physiques et morales dans la prise en charge d'un aîné. À côté de l'aide de professionnels ou de proches, il y a donc place pour du volontariat. Le projet 1T2A se présente, lui, comme un intermédiaire entre le MD et l'institutionnalisation : la présence d'un étudiant prolonge l'autonomie des aînés souvent remise en question dès l'apparition de signes d'isolement.

Au départ des projets étudiés, il y a souvent soit un temps de maturation relativement long ou bien une insertion déjà ancienne sur le terrain. Il y a aussi des constats partagés.

L'identification des besoins par les créateurs des projets provient parfois d'une **réflexion multidisciplinaire menée avec des experts de terrain** (ASD, mutuelles, entités de CPAS) qui, par leur expérience, identifient des failles du système, et réfléchissent à des solutions qui permettraient d'accomplir l'objectif poursuivi. L'identification des besoins peut aussi provenir de **l'expertise de scientifiques** qui établissent des constats motivant la recherche et l'émergence de solutions plus adaptées.

> *Des réunions fréquentes étaient organisées avec des **associations impliquées dans la prise en charge des personnes âgées (Altéo, Enéo, etc.)** et ce qui en ressortait principalement, c'était la question de savoir comment faire pour organiser ensemble la prise en charge des personnes âgées. La première étape du projet a consisté en l'organisation d'une conférence avec pour objectif de prendre des initiatives qui permettent le MD des personnes âgées. Les **contacts avec le personnel de l'ASD** montraient notamment que les professionnels de soins étaient limités par des contraintes règlementaires liées à leur profession.* (Code : 6BAI)

> *En 2009, on a pris des **contacts avec l'ULB et l'UCL** qui ont trouvé l'idée super car il y a un manque de logements étudiants. Ils ont aussi été voir le **bourgmestre d'Etterbeek** qui a aussi trouvé que l'idée est une solution sur un plateau d'argent pour deux problèmes : la solitude des personnes âgées (point principal) et le problème des maisons de repos (surchargées – l'étudiant permet de repousser l'entrée en MR).* (Code : 4ED)

> *À l'échelle de la région, on compte 6 millions d'heures de contingents d'AF. Sur cela, on en a 600 000 soit à peu près 10%. Le budget est de 160 millions d'euros (subventions) et là-dedans, 10 ou 12 millions étaient consacrés aux charges administratives (quasiment 10%) et dans le coût de la charge administrative, 80% de ces coûts étaient générés par la manipulation du F54 papier. Cela vient d'un **audit réalisé par le bureau van Dijck**. Le gros du travail administratif c'était ça. Et dès qu'ils ont entrouvert une porte, nous on l'a enfoncée.* (Code : 1LD)

L'expertise des créateurs de projets, souvent combinée à celle d'experts de terrain ou de scientifiques, vient appuyer leurs convictions qu'il y a de la place pour l'innovation dans le secteur, que l'Etat et le marché (et éventuellement l'entourage des aînés) sont incapables à eux seuls de satisfaire l'entièreté des besoins des aînés et que c'est aussi leur rôle de repenser l'organisation de la prise en charge des personnes âgées.

7.3 Des sources d'inspiration pour innover

7.3.a Les expériences déjà menées ailleurs

Les expériences déjà menées en Belgique ou à l'étranger jouent un rôle capital dans la mise en place de projets dans des institutions et fonctionnements spécifiques. Elles occupent quasiment systématiquement une place prépondérante dans l'émergence et l'argumentaire sous-jacente aux différents projets étudiés.

Le projet e-54 est une extension de ce qui avait été précédemment pensé et imaginé pour les infirmières de la CSD en 2004. Ainsi, l'informatisation d'une partie des tâches administratives réservées au métier d'aide-familiale n'est pas neuve, mais inspirée de l'expérience du service de soins de la CSD: il y a dix ans déjà, l'équipe d'infirmiers avait été équipée de Smartphones et de *Personal Digital Assistant* pour simplifier l'organisation de leur emploi du temps. Dix ans plus tard, le principe a été reproduit et agencé pour être appliqué aux aides familiales. Si bien sûr l'application d'un système dans une équipe de travailleurs peut différer de l'application du même service mais à d'autres types de travailleurs, le fait que le projet ait déjà été mis en place par ailleurs et partiellement expérimenté confère une expertise au service. Ce projet ne part pas de néant puisqu'il repose sur l'expérience précédente et fournit aux dirigeants et décideurs de l'équipe un package de connaissances qui leur permet d'être conscients des limites et des difficultés du projet.

Les projets 1T2A et LLS sont quant à eux issus d'expériences déjà connues de leurs créateurs. Le premier est inspiré de l'expérience française : l'idée sous-jacente n'est effectivement pas récente ni novatrice si l'on se place à l'échelle internationale. Au contraire, dans son fonctionnement global, l'initiative existait déjà notamment en France. Les créateurs qui l'ont initiée en Belgique disent avoir « simplement » importé l'idée de départ, en l'adaptant à la culture, à la législation et aux attentes de la population belge. Le second, au-delà de l'expérience personnelle des initiateurs, puise quant à lui, ses sources dans le Réseau Santé du Vieux Sainte-Anne d'Auderghem. La création des Cantous au sein du projet MDM s'inspire aussi d'une réalisation française mais qui n'avait pas bien

fonctionné, faute de normes claires. Désigant littéralement le « coin du feu » en Provence, le cantou réunit une quinzaine de personnes désorientées autour d'un projet de vie et d'une architecture prothétique : une grande salle avec la cuisine au milieu et la vie des personnes s'organise autour. On a supprimé les murs et les couloirs et on a ainsi encouragé une vie communautaire entre des membres, le lien social, l'amitié. Au final, le projet tente de redonner aux personnes désorientées une nouvelle organisation quotidienne, plus adaptée à leur état mais toujours dans la perspective de les faire participer et communiquer. L'architecture est mise ici au service de l'IS : « *on a construit les murs autour du projet* » (code : 3MI).

Dans ces cas précis, les IS étudiées constituent déjà des répliques ou des projets inspirés d'autres projets. Ces exemples le montrent, la réplicabilité de projets – même s'ils ont été adaptés – pose la question de la définition d'une IS : à partir de quand et jusqu'à quand considère-t-on un projet comme socialement innovant ? La reproduction, après adaptation éventuelle, de projets développés ailleurs ou pour d'autres corps de métier prouve d'une part qu'ils ont été testés et qu'ils ont suffisamment démontré leurs preuves pour qu'on les réplique à nouveau. Ils ont acquis une certaine notoriété des points de vue économique (ils ont été économiquement rentables/durables à une échelle ou dans un secteur spécifique), politique/légal (ils ont été en accord avec les législations et les exigences institutionnelles) et social (ils ont permis, à un moment donné, de satisfaire les besoins de populations précises). Mais le caractère novateur de telles approches, en tout cas à un niveau plus macro, peut s'avérer plus discutable, jusqu'à parfois remettre en question leur statut d'IS. Dans tous les cas, c'est souvent l'analyse de contexte qui permet de donner son véritable caractère à une IS. Ce débat critique sur les limites du projet socialement innovant reste, à notre connaissance, quasiment inabordé dans la littérature.

7.3.b L'expérience personnelle des initiateurs et la volonté de mettre en œuvre une conviction[92]

Les opportunités d'innover sont créées ou saisies grâce à la mobilisation des acteurs et de leur intérêt pour le sujet. Les expériences personnelles à la fois des initiateurs des projets et des services concernés ont souvent joué le rôle d'élément déclencheur. Deux exemples sont, à ce titre, bien éclairants.

Le projet ADV, sous sa forme d'institution intergénérationnelle pour accueil d'enfants et de résidents âgés, a été mis sur pied pour anticiper une diminution des subsides et des financements destinés aux activités d'hébergement d'enfants. Mais de manière plus anecdotique, il a aussi été initié par un créateur marqué de son expérience personnelle : un ami a fait l'expérience de l'institutionnalisation où il est arrivé avec son outillage pour pouvoir continuer à y jardiner. S'étant vu refusé l'entrée en maison de repos avec « ses bottes et sa pelle », il s'est laissé mourir, ne trouvant plus de sens à son existence. C'est cette expérience qui a motivé le directeur de l'époque à orienter son projet vers de l'hébergement pour personnes âgées, tout en poursuivant une activité d'hébergement d'enfants. La cohabitation d'individus situés aux extrêmes de la pyramide des âges permet d'expliquer au moins partiellement la force du projet de vie proactif qui s'est construit autour de cette dimension intergénérationnelle :

> *C'est comme ça que le projet de transformer une partie des bâtiments a été lancé pour l'hébergement des personnes âgées tout en continuant une activité d'hébergement d'enfants et de lancer ce projet intergénérationnel avec un projet de vie assez fort autour d'une maison de vie, maison où les activités seraient possibles pour les résidents et notamment nourries par le contact intergénérationnel.* (Code : 1HD)

L'initiative LLS trouve également une part de ses fondements dans l'expérience privée de son initiateur. L'entrée en institution de ses propres parents, notamment parce que l'un d'eux souffrait de la maladie d'Alzheimer, l'a conforté dans l'idée qu'un service de

92 Cette section est consacrée au parcours des personnes interrogées, parmi lesquelles les responsables (directeur-trice, secrétaire général, etc.) sont surreprésentées. Il y a donc de ce fait un biais important ici en faveur d'une approche de l'IS centrée sur l'entrepreneur individuel porteur d'IS et non sur les aspects plus collectifs. Notre analyse porte d'ailleurs, en conséquence, plus sur éléments liés au leadership et à la prise de décision.

bénévoles aurait permis à ses parents de vivre un peu plus longtemps à domicile. Mais la « seule » présence d'enfants et de professionnels contraignait la vie quotidienne et l'expression de leur autonomie. Parallèlement, il a eu l'occasion par le passé de rencontrer une communauté italienne qui prônait la *présence* auprès de personnes âgées et le développement de relations avec elles, basées sur le développement de « *marqueurs d'amitié* ». Cette expérience a servi de fondement à la philosophie du projet LLS. Cette observation permet aussi d'alimenter l'idée encore peu développée dans la littérature qu'une expérience vécue de *care* pour autrui (que l'on soit du côté du donneur ou du récipiendaire) constitue un ressort pour rendre de l'aide par la suite et s'inscrire dans une logique de réciprocité. Les raisons données par une des bénévoles de participer au projet LLS et interrogée dans le cadre de notre enquête repose précisément sur l'expérience d'une épreuve personnelle ou elle a « *tant reçu* » (code : 6BAB). A la MDM également certains bénéficiaires fournissent une aide dans les tâches quotidiennes comme par exemple la préparation des repas, etc. et alimentent ainsi l'IS, par gratitude pour le service assuré à un proche par le passé.

> *Mon épouse aide par exemple à la préparation des petits déjeuners dans le cantou (où sa mère est décédée) les samedis, lorsque le personnel est en effectif réduit.* (Code : 3MR)

Par-delà les expériences personnelles des initiateurs et/ou des services concernés, le **leadership des responsables** de projet transparaît dans leurs discours, marqué de **convictions fortes en termes de relation à l'humain et de rôle du secteur non-marchand**. Disposant d'une formation supérieure la plupart du temps, quelquefois orientée dans les secteurs sociaux (assistant social, sociologue, etc.) ou médicaux (infirmiers, directeur d'hôpital, etc.), on note une réelle motivation des responsables actuels pour leur projet et une volonté de s'impliquer dans le secteur non marchand, considéré par certains comme nécessaire dans le contexte actuel de vieillissement des populations.

> *Je suis infirmier. J'ai travaillé comme infirmier social, j'ai été* ***mordu par le projet****. Il y a énormément de choses à faire, puis j'ai géré l'animation etc. Je suis* ***mordu par le***

***milieu**. C'est un public que j'aime bien, je ne suis pas un technicien au niveau infirmier, je suis plutôt social.* (Code : 3MD)

*Je suis directeur de l'hôpital A. R. J'ai aussi une expérience de contrôle interne. J'ai une formation HEC et je suis féru d'informatique. Je suis **convaincu et attaché au non-marchand parce que je pense que c'est important pour le vieillissement**. Je suis adepte de réduire les contraintes administratives et les frais de fonctionnement, de manière à maximiser la possibilité d'offrir au maximum le service pour lequel on est là. En hôpital tout est informatisé et ici, de plus en plus on est quasiment paperless aujourd'hui. **Ça c'est une question de caractère.*** (Code : 1LD)

*Au départ, c'était plus l'envie du changement. Je n'étais pas du tout de la région ni dans le domaine des maisons de repos. À un moment donné, l'envie de changer, de faire autre chose. **De tout temps, j'ai travaillé dans le non marchand**. Ça c'est important. J'ai une formation sociale au départ et puis je suis sociologue mais **j'ai toujours travaillé dans des ASBL donc le caractère non commercial est quelque chose d'important pour moi.*** (Code : 2HD)

*Alors au départ je suis professeur, donc c'est vrai que j'aime bien le contact et les relations avec l'humain avec un grand « H ». Et puis on est arrivé en Belgique deux ans avant et j'avais ma dernière petite fille qui entrait à l'école et j'avais envie de reprendre une activité mais je n'avais pas trop envie de reprendre un poste de professeur et je voulais aussi être un peu à la maison parce qu'on a quand même cinq enfants et je voulais être présente. **Donc je voulais être indépendante et donc on a cherché quelque chose et c'est quelque chose que je connaissais parce que ça existait en France et ça me touchait donc on s'est dit « allez on essaie ».*** (Code : 4ED)

Ces extraits sur les convictions des impulseurs de l'innovation renvoient implicitement aux « normes » sociales ou valeurs de l'IS telles que prônées dans la perspective de l'économie sociale et solidaire (ESS). L'importance accordée ici aux normes invite d'ailleurs à revenir sur la question de la définition d'une IS dans le cadre des organisations observées. La définition formulée par le CRISES paraît particulièrement pertinente puisqu'elle insiste à la fois sur l'importance des éléments de contexte (opportunités) et d'aspirations, qui sont à la base de la demande sociale : « *Une innovation initiée par des acteurs sociaux, pour répondre à une aspiration, subvenir à un besoin, apporter une solution ou profiter d'une opportunité d'action afin de modifier des relations*

sociales, de transformer un cadre d'action ou de proposer de nouvelles orientations culturelles. L'innovation sociale est donc liée à l'idée de transformation sociale. » (CRISES *in* Bouchard, Lévesque, 2014 : 132). Nous avons désigné plus haut par le terme « esprit de l'IS » la poursuite de valeurs et/ou la politisation d'une situation problématique où des convictions s'expriment à travers une demande sociale émanant tant des porteurs d'IS que des bénéficiaires. L'esprit de l'IS est distinct de *l'esprit d'entreprendre* qui ne renverrait qu'à la personnalité du porteur d'IS ou de l'entrepreneur-responsable. Cet esprit revêt dans certains secteurs de l'économie sociale un vif contenu politique au sens de la volonté des acteurs d'opérer une déconstruction des rapports sociaux ou de dénoncer des phénomènes d'oppression. Les IS peuvent alors intervenir comme vecteur d'action contestataire forte contre le système économique, ou comme une façon d'inclure des groupes marginalisés (Gibson-Graham, Roelvink, 2013 : 453). Dans d'autres contextes, l'esprit désigne une référence collective, un héritage culturel ou la mémoire d'un lieu ou d'un évènement. Il devient alors le ciment qui permet l'action innovante (André *et al.*, 2013 : 242). Les cas étudiés présentent, de ce point de vue, un esprit moins contestataire, plus pragmatique. Il s'agit rarement d'innover pour révolutionner le monde mais bien de **construire une réponse cohérente à la demande sociale dans le cadre du vieillissement**.

7.4 Le contexte façonne la forme des IS

Le contexte légal présente une influence directe sur la forme, l'étendue ou l'intensité d'une IS au départ. C'est par exemple le cas du projet 1T2A qui, inspiré de l'expérience internationale (France, Espagne, Italie, etc.), n'a pas pu être importé en tant que tel en Belgique. Cette ASBL repose en réalité sur un objectif précis : organiser la cohabitation intergénérationnel, entre séniors et étudiants, pour faire face, à la fois, au manque de logements étudiants dans les grandes villes wallonnes et bruxelloises, à l'isolement des personnes âgées et à la difficulté d'accéder aux institutions lorsque la vie quotidienne est difficilement gérable compte-tenu de limitations physiques et/ou psychiques. Ce projet se présente ainsi comme un intermédiaire au MD et à l'institutionnalisation : au moins pour quelques temps, il permet aux séniors de prolonger leur séjour dans leur environnement de vie initial. Si ses créateurs ont voulu l'initier en

Belgique, c'est notamment parce qu'ils l'ont fréquenté ailleurs et qu'ils ont jugé que, sous certaines conditions, il pouvait être appliqué en Belgique (voir plus bas) mais la spécificité des lois belges les ont contraint à quelques aménagements.

En France par exemple, le projet prévoit trois formules d'hébergement d'étudiants chez des séniors :

- Soit le paiement simple d'un loyer sans contrepartie (actuellement 300€ en Belgique) ;
- Soit le paiement d'un loyer modéré (actuellement 180€ en Belgique) avec intervention minime des étudiants dans les aides pour les activités quotidiennes auprès des personnes âgées (faire des courses, sortir des poubelles, etc.) ;
- Soit aucun loyer n'est dû mais en contrepartie, l'étudiant s'engage pour la fourniture plus importante de services et d'aides à la personne âgée.

Si les deux premières formules ont pu être mises en place en Belgique, la troisième, après tentative de la rendre également disponible chez nous, a dû être annulée, au risque qu'elle soit considérée comme une forme de travail informel, non déclaré et interdit par les lois belges. Le service proposé en Belgique ne comprend dès lors que les deux premières formules, en accord avec les législations nationales et infranationales.

Par ailleurs, ce projet ne peut offrir ses services qu'à des binômes étudiants-séniors qui ne désirent pas qu'il y ait changement de domicile. La législation envisage effectivement que le montant des allocations des personnes est fonction des ressources du ménage. Le statut d'isolé confère notamment aux personnes vivant seules le droit de bénéficier de revenus plus élevés via un taux d'imposition moindre. Autrement dit, une personne âgée résidant seule dispose de ressources financières plus importantes que si elle cohabite. Le fait qu'un étudiant puisse se domicilier chez ces personnes en cas de convention avec 1T2A leur ôte justement leur statut d'isolé et les avantages qui l'accompagnent. Dans la mesure où la domiciliation d'un étudiant étranger est obligatoire, ce principe exclut les étudiants ou profils de personnes (travailleurs, chômeurs, etc.) qui doivent se domicilier où ils vivent effectivement. Cette contrainte implique dès lors un biais de sélection au niveau des bénéficiaires puisque le projet ne peut être proposé qu'à un ensemble plus restreint de la population (c'est-à-dire la population qui n'est pas tenue

de signaler le changement de domicile chez la personne âgée). Directement ou indirectement donc, le paysage légal façonne la forme des IS émergeant dans un contexte donné.

8. Les ressources pour innover

8.1 Le financement hybride des IS

Une des particularités des initiatives observées dans l'accompagnement des personnes âgées est de fonctionner, à la fois dans la phase d'émergence et de consolidation, sur base de ressources financières marchandes, non marchandes et non monétaires. De nombreuses études ont démontré l'**importance de l'hybridation des ressources pour le projet comme facteur de succès de projets novateurs** (Nyssens, Degavre 2008 ; Gardin 2006). Pour Marival, Petrella et Richez-Battesti (2012 : 95), parmi les facteurs expliquant le succès de structures innovantes, « *il y a d'abord la capacité des structures à se saisir des différentes opportunités financières qui s'offrent à elles. En effet, pour de nombreuses structures, il est difficile de jouer sur les prix de vente des services pour dégager des marges financières susceptibles de financer l'innovation. Il faut alors recourir à d'autres ressources pour financer l'innovation.* ».

Les cas d'études semblent s'accorder à ce constat puisque les ressources socioéconomiques mobilisées lors de leur émergence ou en phase de consolidation sont hybrides. Les analyses démontrent parallèlement l'emploi de stratégies originales permettant de développer une IS tout en restant – *a priori* – économiquement viable.

Lors des entretiens avec les responsables de projet, nous avons collecté l'information concernant les ressources mobilisées par type de ressources en faisant référence à la typologie[93] inspirée de la socio-économie de Polanyi (1983) et ensuite opérationnalisée par Gardin (2006a) et Gaiffe (2010) (voir encadré 3).

[93] Le tableau présentant les différents types de ressources identifiés à partir de la littérature et articulé pour notre recherche est en 14.6.

Encadré 3 – Les principes socioéconomiques au sens de Polanyi - Rappel

La collecte d'informations concernant les ressources socioéconomiques mobilisées au sein des projets repose, à l'instar de ce que Gardin (2006a) propose, sur l'identification de quatre types de ressources : le marché, la réciprocité, la redistribution et l'administration domestique.

Le **principe de marché** « *fait référence à l'échange de biens et de services par le mécanisme de fixation des prix, qui fait rencontrer l'offre et la demande pour ces biens et ces services* » (Degavre, Lemaître, 2008 : 4). Autrement dit, le marché est donc appréhendé « *comme lieu technique d'échange, c'est-à-dire de rencontre entre une offre et une demande portant sur un bien dont le prix, envisagé du point de vue de l'offre, est censé couvrir le coût de production.* » (Marée, Mertens, 2006 : 230).

Le **principe de redistribution** consiste en la remise de l'ensemble de la production à une autorité centrale, chargée ensuite de redistribuer les bénéfices à l'ensemble des acteurs. Ces fonctions sont actuellement assurées par des organes centraux tels que l'Etat ou les organismes sociaux (Gardin, 2006a). La redistribution peut être appliquée sous formes variées : démocratie représentative, régimes d'assurance sociale, services publics, etc. (Gardin, 2006a : 31).

La **réciprocité**, troisième principe d'échange économique, repose quant à elle « *sur le don et le contre-don, traduisant l'existence d'un lien social entre les parties prenantes.* » (Marée, Mertens, 2006 : 231). La réciprocité est basée sur des ressources diverses, « *mobilisées sur une base volontaire et consistant en dons, cotisations, travail bénévole…* » (Marée, Mertens, 2006 : 230 ; Gaiffe, 2010). Les ressources peuvent donc, selon les cas, être monétaires et/ou non monétaires (Gaiffe, 2010).

Enfin, le principe d'**administration domestique** « *consiste à produire pour son propre usage ou pour les membres de son groupe.* » (Polanyi, 1983 : 84 *in* Degavre, Lemaître, 2008 : 4). Ce principe est donc organisé autour d'un groupe restreint d'individus avec des noyaux institutionnels qui peuvent prendre différentes formes : la famille, le village, etc. (Polanyi, 1983 : 84 in Degavre, Lemaître, 2008 ; Gardin, 2006a ; Degavre, Nyssens, 2008).

Cette grille de lecture mobilisée pour l'analyse des ressources socioéconomiques poursuit l'objectif suivant : documenter quantitativement l'hybridation des ressources et mesurer qualitativement l'importance relative de chacune dans la phase de consolidation du projet. Cet objectif est en lien avec notre deuxième hypothèse énoncée plus haut qui souligne l'importance de l'hybridation dans tout projet d'innovation sociale. Les ressources analysées sont généralement celles mobilisées actuellement, soit lorsque les projets ont acquis une certaine solidité. Lorsque nous le pourrons, nous mobiliserons également des exemples issus de la phase d'émergence des projets[94].

[94] Le travail de comparaison des ressources des phases d'émergence et de consolidation n'a pas été fait systématiquement parce qu'il supposait que l'on dispose d'informations suffisantes et solides pour les deux périodes. Si la collecte d'informations sur la période actuelle (considérée comme consolidation) n'a pas posé de souci, elle a par

L'intérêt de l'approche polanyienne est multiple. Il relève entre autres du fait que les types de ressources identifiés dans cette typologie (marché, réciprocité, redistribution, administration domestique) sont des indicateurs de la façon dont le secteur économique, financier, s'insère dans l'organisation politique, la gouvernance des projets. Cet angle de vue aide par exemple à analyser le rôle joué par les ressources issues du marché ou de l'Etat, à la fois au sein des initiatives – en termes de gouvernance – et dans la production du bien ou du service. Cet angle de vue permet d'apprécier le degré de dépendance à l'une ou l'autre ressource et aussi de mesurer le degré de « résistance » ou, au contraire, de « pénétration » de ces innovations sociales à une logique (marchande, non-marchande) plutôt qu'à une autre. Dans le cas le plus extrême, l'innovation sociale peut être envisagée comme une contre-culture de la norme de marché, confortée dans cette posture par un important bénévolat de type militant dans les ressources. De l'autre côté, la forte dépendance au marché induit un certain type de management et de gouvernance plus calqué sur la culture « *for-profit* ».

8.2 Le renouvellement au cours du projet des sources de financement

La **diversification des modes de financement**, aussi dénommée **hybridation ou pluralité des ressources socioéconomiques**, fait partie à la fois (1) du fonctionnement des études de cas réalisées et (2) des volontés – plus ou moins affichées – des personnes interrogées.

L'ensemble des projets innovants analysés mobilisent systématiquement des ressources issues du marché, de la réciprocité, de la redistribution et de l'administration domestique.

Les ressources du marché sont assez faciles à détecter puisqu'elles incluent le prix du service ou la cotisation payée par le consommateur, les emprunts bancaires, ainsi que

contre été plus compliquée pour la phase d'émergence, les porteurs actuels du projet n'ayant pas forcément assisté à la mise en place du projet. Des tableaux sont disponibles dans ce document pour illustrer la répartition des ressources mobilisées en phase de consolidation. Pour la phase d'émergence, nous n'utiliserons que le discours des acteurs, nos informations ne sont donc pas forcément exhaustives.

les investissements de particuliers dans les projets. La part de ressources issues du marché n'est généralement pas quantitativement prépondérante parmi les ressources mobilisées, ni lors de la phase d'émergence, ni lors de la phase de consolidation, d'autant plus dans des projets de MD qui n'exigent qu'une très faible participation des usagers dans les coûts de production des services – lorsqu'une participation est demandée.

	1T2A	DLVLS	ASP	ADV	MDM	LLS	e-54
Période	2013	2013	**2013**	2013	Situation au 19/11/2014	2013	2013
Cotisations	250€/mbr	/	/	/	/	/	/
Prix payé par le consommateur	/	/	5.5 ou 11€ par consultation	42.9€/jr/rés.	45€/jr/rés.	/	/
Emprunts bancaires	Avance de trésorerie (Partenamut)	/	/	Pour gros travaux	+- 8 millions d'€	/	/
Investissements de particuliers	Réalisation d'études rémunérées	/	/	/	/	/	/

Tableau 25: Synthèse: Ressources de marché en phase de consolidation[95]

En termes de quantité, les ressources de la redistribution sont par contre bien plus mobilisées dans les projets analysés qui bénéficient, la plupart de temps, de subventions (de l'Inami, des mutuelles, etc.), de subsides (régionaux ou plus locaux) ou d'allocations de fonctionnement sous forme d'Aides à la promotion de l'emploi (APE) et d'allègement de cotisations ou d'impositions qui leur permettent de proposer un service démocratiquement accessible. Pour les projets issus du Protocole 3, les subsides constituent la forme exclusive de financement des salaires et frais de fonctionnement. Les institutions pour personnes âgées se voient également garantir une part importante de leurs revenus par le transfert de subsides de l'Inami et de mutuelles.

[95] Le tableau détaillé est disponible à l'annexe 14.7.

	1T2A	DLVLS	ASP	ADV	MDM	LLS	e-54
Période	2013	2013	**2013**	2013	Situation au 19/11/2014	2013	2013
Subsides Financements publics	Subsides APE	Subside P3 (73000€ en 2013)	Subsides P3	Subventions Inami, ONE APE	Subventions Inami, mutuelles APE Appels projet	Subventions mutuelle Subsides province	/

Tableau 26: Synthèse: Ressources de la redistribution en phase de consolidation[96]

La réciprocité se présente quant à elle sous plusieurs formes : implication personnelle du responsable au départ (comme pour 1T2A) et tout au long du projet sans contrepartie en rémunération, implication de bénévoles, dons et/ou partage de ressources entre associations ou services d'une même structure (nous y reviendrons plus tard). Le travail non rémunéré (qui peut prendre la forme d'un investissement en temps considérable ou d' « heures sup'») des initiateurs sont un préalable à l'innovation dans chaque cas étudié. C'est un phénomène qui avait déjà été constaté par Marival, Petrella et Richez-Battesti (2012 : 96) : « *le volontarisme et l'implication personnelle du dirigeant dans le projet de la structure sont des éléments favorables à l'émergence d'innovations.* ». Les dons occupent également une place importante parmi les ressources de la réciprocité. Ils peuvent, selon les cas, être de type monétaire ou non monétaire. Dans le cas de dons monétaires, il s'agit par exemple de dons financiers par des organismes publics (banques), des associations à caractère social (*Lions*, *Rotary*, etc.) ou des particuliers.

Par exemple, pour trouver des chaussures et vêtements d'occasion aux enfants c'est très compliqué, spécialement en ce qui concerne les chaussures. Une banque luxembourgeoise a donc décidé que chaque année, au mois de septembre, elle offrait le prix d'une paire de chaussure pour chaque enfant dans un magasin de qualité près d'Arlon. Cela revient à environ 100 ou 120 euros par enfant et par paire et si l'ASBL devait financer ça, ce ne serait pas possible. En plus de payer le prix des chaussures, la banque met aussi deux personnes à disposition qui viennent chercher les enfants et les accompagnent pour choisir leurs chaussures. Du côté de l'activité MR, il y a des dons non monétaires, comme par exemple l'intervention de bénévoles pour organiser des activités (prêt de livre, matériel informatique, etc.) que l'ASBL ne mettrait pas en place si elle devait engager des personnes et les payer pour

[96] Le tableau détaillé est disponible à l'annexe 14.7.

qu'ils organisent ces activités. Ce bénévolat contribue à rendre viable l'ASBL d'une part, et à permettre une ouverture sur le monde extérieur. (Code : 2HD)

La participation des travailleurs « au-delà des heures » ou de leurs proches dans les projets dans lesquels ils sont impliqués est également interpelante. Ce phénomène n'est pas rare et interroge. Aux dires des responsables, l'implication du personnel va bien au-delà de ce que l'on attend dans un cadre professionnel. S'agit-il d'une preuve de la conviction du personnel de l'utilité du projet ou d'une forme de contrainte « *soft* » exercé par le management et liée à la mission de l'organisation à laquelle le personnel se sent en partie responsabilisé ?

« *Les personnes qui travaillent à l'ASBL n'y travaillent pas parce qu'elles sont bien payées mais parce qu'elles sont motivées par le projet. La richesse c'est la relation humaine. Les personnes donnent beaucoup : même si certains travaillent à mi-temps ou à quart temps, elles travaillent bien plus ; elles mobilisent leur famille pour le projet.* » (Code : 4ED)

L'implication de bénévoles, illustrant une forme de don non monétaire, joue elle aussi un rôle important dans la bonne organisation de projets qui, sans l'intervention de tels acteurs, risquerait de pâtir du manque de moyens et/ou de « main d'œuvre » disponible. Cette observation laisse penser que les IS sont basées sur différentes ressources, dont la réciprocité est une composante motrice, le « carburant » du projet. Elle prend ici la forme de capital humain, des gens « motivés », plus que du capital financier.

	1T2A	DLVLS	ASP	ADV	MDM	LLS	e-54
Période	2013	2013	2013	2013	Situation au 19/11/2014	2013	2013
Dons monétaires	/	/	/	Lion's, Rotary, banques, particuliers, etc.	/	/	/
Dons non monétaires	Réseau Bouche-à-oreille	/	/	Bénévoles en MR (env. 1 ou 1.5 ETP)	4 bénévoles Dons occasionnels	25 bénévoles (env. 1.5 ETP)	/
Ressources partagées	Partage de personnel et de locaux avec communes et Partenamut	Partage de local, matériel, personnel, frais énergétiques avec CPAS	Partage de matériel, service, frais énergétiques avec CPAS	Partage de ressources et services entre activités enfants et MR	/	Partage de personnel, locaux, matériel et services avec mutuelle	Partage de services avec Solidaris

Tableau 27: Synthèse: Ressources de la réciprocité en phase de consolidation[97]

Enfin, les ressources de l'administration domestique jouent également un rôle particulier dans l'organisation socioéconomique des projets. Ces ressources peuvent prendre différentes formes, émanant le plus souvent de la famille des responsables ou bien de celle des bénéficiaires. Il s'agit par exemple de l'implication de la famille des responsables dans les projets qui, si elle n'est pas exigée, contribue toutefois au démarrage, voire même au fonctionnement en phase de consolidation des projets. L'implication de la famille des bénéficiaires est, elle aussi, présente et peut prendre des formes variées : l'entourage peut par exemple jouer un rôle d'intermédiaire entre bénéficiaires et prestataires de services en facilitant et perpétuant les demandes de leur parent/conjoint âgé. L'entourage peut s'impliquer plus pratiquement dans l'organisation du projet (accompagnement d'activités, organisation d'activités, etc.) et, du même coup, participer à la fois au bien-être de leurs proches et à la pérennité économique du projet. En échange, l'entourage se sent impliqué dans son rôle de proche et dans le rôle qu'il a à jouer au sein du projet. Il est d'ailleurs fréquent que la participation de proches perdure au-delà de la présence de résidents ou de bénéficiaires dans le projet : il n'est par exemple

[97] Le tableau détaillé est disponible à l'annexe 14.7.

par rare que des enfants d'anciens résidents soient toujours impliqués comme bénévoles dans les initiatives étudiées.

	1T2A	DLVLS	ASP	ADV	MDM	LLS	e-54
Période	2013	2013	2013	2013	Situation au 19/11/2014	2013	2013
Aide, implication entourage	Implication entourage des responsables et travailleurs	/	/	Implication des familles des résidents et entourage de travailleurs	Peu de participation (sauf Cantous)	Présence familiale est un plus mais pas obligatoire	/
Effets des réseaux	Bouche-à-oreille Renseignements sur projet Collaborations et entraides avec autres associations	Bouche-à-oreille Renseignements sur projet	Bouche-à-oreille Renseignements sur projet Échanges avec autres porteurs de projets	/	/	/	Échanges avec DGO5 (Wallonie)

Tableau 28: Synthèse: Ressources de l'administration domestique en phase de consolidation[98]

Les responsables interrogés affichent clairement dans leur discours **la volonté de rassembler différents types de ressources et de se saisir d'opportunités ou d'espaces pour innover qui s'offrent à eux**. Marival, Petrella et Richez-Battesti (2012 : 96) ont constaté pour leurs cas d'étude, la volonté des organisateurs de rechercher activement des financements autres que ceux classiquement mobilisés. Selon ces auteurs, la recherche active de financements est une manifestation du lien existant entre « *l'innovation sociale* » d'une part, et « *l'entrepreneur social* » d'autre part (Marival, Petrella et Richez-Battesti, 2012 : 96). La réponse à des appels à projets fait par exemple partie intégrante du fonctionnement des cas analysés et ceux-ci permettent d'obtenir des ressources issues de la réciprocité ou de la redistribution. Les moyens dégagés d'appels à projets sont fréquemment utilisés pour le financement de salaires de professions particulières que les services ou les institutions ne pourraient pas engager/proposer s'ils

[98] Le tableau détaillé est disponible à l'annexe 14.7.

fonctionnaient uniquement sur fonds propres. C'est le cas par exemple des projets du Protocole 3 dont le subside sert quasi exclusivement à rémunérer la/les personne(s) engagée(s) pour le projet. C'est également le même constat qui est fait dans des institutions qui se lancent par exemple dans des formes d'accueil spécialisé ou dans l'engagement de professionnels spécialisés (p. ex. la création d'une aile pour malades de la sclérose en plaques ou l'engagement d'une logopède pendant deux ans grâce aux financements d'appels à projet remportés). La participation à des appels à projet sert aussi la valorisation et la (re)connaissance du projet. C'est le cas notamment d'un appel à projet pour les petits déjeuners auquel le projet MDM a répondu, plus pour se faire connaître que pour faire partie des « gagnants ». La stratégie de répondre à un appel à projet est intéressante à observer.

> « *On fonctionne aussi beaucoup sur les appels à projet. Quand la RW a lancé un appel à projet pour les formes alternatives aux médicaments, on a eu 25 000 € par an pendant deux ans et cela a été utile pour payer le salaire d'une logopède pendant la période. Elle a permis de dynamiser les choses, de créer des automatismes, etc. ce n'est pas perdu parce qu'il y a eu une formation du personnel. On a aussi répondu à un appel à projet de la Fondation Roi Baudoin pour les petits déjeuners. On a fait un petit déjeuner continental et actuellement on est dans les 4 finalistes. Les deux premiers reçoivent une somme d'argent mais ce qui compte surtout c'est déjà d'être dans les 4 premiers parce que cela met en valeur l'institution et la fait connaître (il va y avoir un petit film tourné à ce sujet). Il y a aussi un projet en phase test qui concerne la sclérose en plaque avec l'Inami. Cinq personnes sont accueillies actuellement. Un couloir a pu être rénové et aménagé en fonction. Du personnel a été engagé qui vient avec des nouvelles pratiques et qui percolent sur le reste de l'institution.* » (Code : 3MD)

La réponse aux appels est considérée comme une stratégie à part entière pour obtenir des ressources pour l'innovation, pour dynamiser une capacité d'autoréflexion au sein de l'organisation et pour la diffusion de l'innovation.

8.3 La mutualisation de ressources socioéconomiques

Comme nous venons de l'identifier, le partage de ressources entre structures d'une même entité ou entre services et structures plus larges fait partie des stratégies originales adoptées par la plupart des projets (cf. Tableau 27). Cette technique sert à maintenir

l'équilibre économique au sein de projets, tout en proposant des aides ou des services à bas prix aux bénéficiaires.

8.3.a Formes de partage interne

Selon les cas, le partage de ressources peut prendre différentes formes. Il peut s'agir d'une part d'un regroupement d'activités plus ou moins rentables qui, les unes associées aux autres, parviennent à maintenir un bilan économique satisfaisant. L'association d'activités constitue donc dans ce cadre un moyen pour assurer la pérennité de projets qui, s'ils étaient pris isolément, auraient plus de difficultés à se maintenir dans une conjoncture économique qui ne facilite pas forcément la stabilité d'entreprises à vocation sociale.

L'exemple le plus illustratif est issu du projet ADV, ASBL associant à la fois une activité d'hébergement pour enfants et une activité de maison de repos pour personnes âgées. S'il tire de cette association la force de son projet de vie (en intégrant la dimension intergénérationnelle comme une manière d'accroître le bien-être de ses résidents jeunes et âgés), la combinaison paradoxale de ces deux types d'activités contribue aussi à la viabilité de l'ASBL qui maintient son équilibre économique grâce à une activité rentable (MR) et pour les besoins d'une activité qui n'est pas pérenne à elle seule (accueil d'enfants). Il y a une forme de redistribution interne du bénéfice généré par une des parties. Le partage au sein de cette institution ne concerne pas seulement le bénéfice généré, il consiste aussi en un partage de services (cuisine, secrétariat, technique).

8.3.b Formes de partage externe

Le partage de ressources peut aussi se traduire en une mise à disposition de services pour un ensemble d'acteurs. À plusieurs reprises, nous avons par exemple noté que des services administratifs (services informatiques, service de facturation, service du personnel, etc.) peuvent être partagés entre projets ou institutions. Du personnel peut également être mis à disposition d'un service par une institution plus large. Ces constats s'appliquent à plusieurs de nos projets.

Projet concerné	Objet du partage	Partenaire de mutualisation
1T2A	Personnel	Deux communes wallonnes
LLS	Personnel Matériel (téléphonie, informatique) Services (service courrier)	Mutualité chrétienne
e-54	Services (service informatique)	Solidaris
ASP	Matériel (bureau, mobilier de bureau, informatique, téléphonie, énergies)	CPAS concerné
DLVLS	Matériel (bureau, mobilier de bureau, informatique, téléphonie, énergies)	CPAS concerné

Tableau 29: Formes de partage externe de ressources.

En conclusion à cette analyse des ressources mobilisées par les IS, nous notons indéniablement que c'est le facteur « hybridation des ressources » qui lie nos expériences analysées au concept d'innovation sociale. Le recours à des stratégies originales de mobilisation des ressources, et surtout à l'utilisation concomitante de différents principes économiques fait dès lors partie intrinsèque de la définition des IS, et particulièrement de nos IS analysées. Ce n'est pas seulement sur la base de la délibération ou de la participation active des porteurs de projets, des travailleurs et des bénéficiaires que les cas sont considérés comme des IS. Mais c'est parce qu'ils cumulent un ensemble de facteurs-types de l'IS et qu'ils présentent une concordance avec la littérature existante.

Ces stratégies originales de financement mises en place par les porteurs de projet sont intéressantes à plus d'un titre. Au-delà du fait qu'elles leur permettent d'offrir un service démocratiquement accessible, l'appel à des ressources autres que celles issues du marché, en particulier les ressources de la réciprocité, limite aussi au moins partiellement les coûts et les risques pris (Lévesque, 2013 : 35). Autrement dit, l'utilisation de ces ressources particulières limite les pertes financières importantes en cas d'échec de projet.

Pour autant, la prise de risque financière engendrée par les projets n'est pas inexistante. Elle pose notamment la question de la pérennisation des projets et du maintien de l'activité en lien avec sa mission de départ lorsque le projet est soumis à des difficultés qui limitent son autonomie financière (par manque de ressources) ou encore

« législative » (en cas d'inadéquation avec les textes ayant force légale). Nous reviendrons ultérieurement sur la question de la prise de risque.

Quoi qu'il en soit, l'articulation des ressources au sein des projets, et surtout l'impact que celle-ci peut avoir sur le succès ou l'échec d'un projet (entendu au sens de pérennité, durabilité) constituent des thèmes de recherche importants lorsqu'il est question d'identifier et de comprendre les éléments qui amènent un projet à devenir stable et à être inscrit dans le fonctionnement – au moins local – de la prise en charge des personnes âgées.

9. La prise de risque liée à l'émergence et la consolidation de projets

La prise de risque fait partie des caractéristiques définissant l'IS. Par exemple, le Réseau Innovation Franche-Comté (site internet[99], texte mis en évidence par nous) définit l'IS comme « *une réponse nouvelle à un besoin social pas ou mal satisfait, qui suppose une* ***prise de risque*** *et une démarche sociale ouverte, c'est-à-dire démocratique, participative et collective, autrement dit citoyenne.* ». L'Union des entreprises à profit social (UNIPSO) estime quant à elle qu' « *au même titre qu'une autre innovation, l'innovation sociale repose sur l'esprit d'entreprendre (acteurs inscrits dans une démarche de résolution de problèmes et de créativité) et la* ***prise de risques qui passe par les phases de recherche, développement, expérimentation et diffusion****.* » (UNIPSO[100], s.d. : 24, texte mis en évidence par nous). Cette prise de risque peut se manifester de différentes manières et à plusieurs moments particuliers du processus d'IS.

Si l'on en croit la typologie des critères de l'IS établie par Gèze *et al.* (2012), différents critères peuvent indirectement être utilisés pour caractériser l'IS du point de vue de l'expérimentation et de la prise de risque courue par le projet et les acteurs qui le

[99] Url : http://www.rifc.fr/menu-principal/linnovation-sociale.html, consulté le 28/10/2014.

[100] Document disponible en ligne, url : http://www.unipso.be/IMG/pdf/Guide_Innovation_Sociale.pdf, consulté le 28/10/2014.

portent[101]. Cette prise de risque peut se manifester via différents indicateurs (Gèze *et al.*, 2012 : 25) :

- Critère 1 : « La mise en œuvre du projet présente des risques. En amont (R&D), il y a des **verrous et incertitudes réels à lever pour mettre au point la réponse envisagée**. Et/ou au moment de la mise à disposition de l'offre aux usagers, **le caractère nouveau de l'offre court le risque de se heurter à des tensions et résistances des acteurs existants, ou à la non-appropriation par le public visé**. » ;
- Critère 2 : « **La réponse est effectivement nouvelle** par rapport à l'état du marché sur le territoire : elle est **nettement distincte des solutions disponibles sur ce territoire**. Dans le cas où la réponse s'inspire de projets existants sur d'autres territoires, elle s'attache à s'adapter aux besoins spécifiques de son territoire : elle est une transposition, et non une duplication. La réponse est effectivement **plus adaptée** pour répondre au besoin social que les solutions alternatives disponibles sur ce territoire (améliorations manifestes, création de valeur). » ;
- Critère 3 : « Les acteurs du projet développent une **culture d'innovation** manifeste (accent sur la créativité, encouragement des recherches de solutions inédites) et disposent de **compétences complémentaires** (multidisciplinarité). » ;
- Critère 4 : « Recours à des chercheurs et/ou des experts de terrain pour développer une **expertise** pour lever les verrous et incertitude et gérer les risques. » ;
- Critère 5 : « Le projet est d'abord déployé sur un **mode expérimental** : phase test, avec un processus formalisé d'évaluation et d'ajustements par essais-erreurs. » ;
- Critère 6 : « La structure qui porte le projet a la **capacité financière à supporter les risques et la temporalité longue** liés au processus d'innovation : fonds propres / tour de table permettant l'engagement de partenaires financiers. ».

Selon ces critères, la prise de risques se manifeste déjà bien avant la mise en place proprement dite de l'IS : elle apparaît dès que les réflexions envisageant la réponse qui

[101] Gèze *et al.* (2012 : 24-25) utilisent quatre registres d'indicateurs pour caractériser l'innovation sociale : (1) l'IS est une « *réponse à un besoin social mal satisfait* », (2) elle implique la « *génération d'autres effets positifs* », (3) elle comporte à la fois « *expérimentation et prise de risque* » et (4) elle se distingue aussi du point de vue de l' « *implication des acteurs concernés* ».

pourrait être apportée aux populations sont entamées (critère 1). L'IS est porteuse de nouveaux services, de nouvelles aides, de nouveaux procédés ou de nouvelles manières d'agir (critère 2) qui accroissent le caractère incertain des réactions réservées à l'IS concernée.

Les critères suivants (3 à 6) sont ensuite envisagés comme des moyens qui peuvent être mis en place par les porteurs de projets pour contrer ou amoindrir la prise de risque afférant à la mise en place de leur projet. La gestion de la prise de risque pourrait donc passer par le contrôle de différents facteurs :

- Le développement d'une culture de l'innovation (critère 3) ;
- Le développement d'aptitudes personnelles chez les porteurs de projet pour gérer la multidisciplinarité (critère 3) ;
- L'intervention de scientifiques et/ou d'experts de terrain, concomitante à celle des porteurs de projet (critère 4) ;
- L'expérimentation à échelle réduite des projets avant leur diffusion plus large à un service, un secteur ou un territoire entier (critère 5) ;
- Le recours à des stratégies qui améliorent la capacité financière des projets (critère 6).

Nos études de cas présentent un certain nombre de similitudes avec ce qui est envisagé dans cette littérature. La prise de risque ressort dans le discours des personnes interrogées qui font, consciemment ou non, des allusions récurrentes au fait que les projets mis en place ne sont pas nécessairement faciles à implanter dans les territoires concernés et qu'ils s'accompagnent de toute une série d'enjeux qui facilitent ou compliquent leur acceptation, et plus globalement leur intégration dans les plans d'aides destinés aux personnes âgées.

Dans ce point traitant de la prise de risque, nous aborderons en premier lieu ce goût pour le risque que développent la plupart des porteurs de projets rencontrés. Nous traiterons ensuite des moyens mis en place, consciemment ou non, pour se distancier ou prendre le contrôle du risque couru. Finalement, nous terminerons par une discussion dans laquelle nous confronterons l'idée que se font les acteurs de terrain de la prise de

risque propre à leur projet et la prise de risque objectivée à partir des ressources mobilisées et impliquées.

9.1 Goût pour le risque et vision subjective de la prise de risque

Le discours des acteurs interrogés montre, selon leur propre vision, que les projets entrepris impliquent quasi systématiquement une prise de risque principalement inhérente à leur caractère novateur. Le caractère novateur des projets mis en place peut concerner soit le produit qui en est issu (services, aides, soins disponibles), soit la manière par laquelle il y a production de biens et services. Ces nouveaux procédés remettent en question l'ordre acquis des choses et l'organisation du secteur. Par cela, les porteurs de projets, lorsqu'ils apportent une solution novatrice à un problème social, prennent le risque que leur projet puisse ne pas aboutir et ne pas atteindre ses objectifs ultimes que seraient l'apport d'une solution plus adéquate à une demande particulière et la meilleure organisation du secteur. Cette idée que les projets pourraient « *ne pas prendre* » transparaît clairement dans le discours de certains acteurs.

> *Donc je voulais être indépendante et donc on a cherché quelque chose et c'est quelque chose que je connaissais parce que ça existait en France et ça me touchait donc on s'est dit « allé on essaie ». C'est comme ça que c'est parti.* ***Mais c'était à Paris donc ça aurait pu ne pas marcher du tout.*** (Code : 4ED)

> ***Il y avait quand même le risque que le projet ne prenne pas. Il n'existe nulle part ailleurs.*** *Il faut donc qu'il arrive à trouver sa place au sein d'autres services.* (Code : 5LD)

Le goût pour le risque est également une valeur qui est manifestement présente dans le discours des porteurs des projets analysés. Leurs comportements sont notamment guidés par différentes valeurs qui visent par exemple :

- L'envie de faire mieux ou différemment de ce qui existe déjà (*extraits 1, 2 et 3*),
- L'envie de faire plus qu'il ne faut (*extrait 4*),
- L'envie de faire connaître et reconnaître leur projet (*extrait 5*),

- Ou tout simplement l'attrait pour développer des idées ou des projets dont on est incapable d'en prédire l'issue avant de les tester et les mettre en place concrètement (*extrait 6*).

Extrait 1 : *Et tous ces moments-là sont des petites pépites qui font que l'**on est dans quelque chose de différent**. Ça ne révolutionne pas le domaine de l'hébergement des personnes âgées mais il y a **quelque chose de plus**, on a l'impression de **faire les choses différemment** et d'avoir un résultat. Mais voilà c'est compliqué.* (Code : 2HD)

Extrait 2 : *Avant la mise en place de ce projet, la priorité était accordée aux aspects matériels de la prise en charge des personnes âgées. Actuellement, par ce projet, la psychologue apporte la vision psychologique de la personne âgée, jusque-là méconnue.* (Code : 5LD)

Extrait 3 : *Au niveau de la dimension intergénérationnelle, si ce n'est Le Balloir à Liège qui a été créé à peu près au même moment et dont le directeur connaissait Mr H., **des institutions où vivent dans un même lieu des enfants et des personnes âgées, c'est assez unique**. Toute cette dimension informelle, de rencontres possibles, ce n'est que parce qu'on vit sur un même lieu que c'est possible. **En cela, c'est assez unique**. Une maison de repos où tous les matins, il y a des cris d'enfants quand ils partent à l'école, **ce n'est pas fréquent**. Même s'il y a des jours où c'est fatiguant, ça donne un dynamisme au niveau de la maison.* (Code : 2HD)

Extrait 4 : *D'abord, même si on en parle avec de la passion, le projet ne va pas de soi. En tant que directeur, **j'aurais suffisamment de travail avec une MR ou une maison d'enfants et c'est comme ça pour tous les collègues. Ça ne va pas de soi, ce n'est jamais gagné d'avance et c'est un combat de tous les jours. On ne se facilite pas la vie. On pourrait dire que mettre les deux ensembles complique le l'histoire mais à côté de ça on a une qualité de vie qu'on n'a pas à beaucoup d'endroit.** C'est quelque chose dans lequel on est tous embarqués, y compris les résidents. On est dans une institution un peu différente. **Côté MR, la présence des enfants nous oblige à faire des choses, fait vivre le projet de vie.** Si les enfants n'étaient pas là, oui on pourrait faire des activités sans lien direct avec l'intergénérationnel. **Mais dans la vie de tous les jours on se complique la vie.*** (Code : 2HD)

Extrait 5 : *On a aussi répondu à un appel à projet de la Fondation Roi Baudoin pour les petits déjeuners. On a fait un petit déjeuner continental et actuellement on est dans les 4 finalistes. Les deux premiers reçoivent une somme d'argent mais ce qui compte surtout*

c'est déjà d'être dans les 4 premiers parce que ***cela met en valeur l'institution et la fait connaître*** *(il va y avoir un petit film tourné à ce sujet).* (Code : 3MD)

Extrait 6 : ***J'ai aussi un caractère qui fait que j'aime être innovant et prendre des risques.*** *Je suis comme ça. Et j'ai la chance que N. et d'autres personnes soient là et d'avoir des collègues directs qui sont motivés et qui mordent dedans. On peut avoir le meilleur dirigeant du monde, s'il est seul, il ne sait rien faire. Il faut être très conscient de ça. Et on a un personnel qui suit. (…) De caractère, moi je suis fonceur mais y'a des étapes à ne pas oublier et on en discute entre nous. C'est un peu mon défaut, c'est que j'ai dix idées à la minute. Et chaque fois que j'ai une idée, il leur faut une journée pour la mettre en œuvre, ou plus, une année.* (Code : 1LD)

9.2 La gestion du risque

Des combinaisons particulières de différents moyens sont mis en place (volontairement ou non) par les acteurs pour parvenir à gérer au moins partiellement la prise de risque liée à leur projet. Ces moyens s'apparentent de près à ceux identifiés dans la littérature : développement de compétences multidisciplinaires, accompagnement scientifique des projets, prise en compte de l'expertise de certains acteurs, expérimentation/phase-test des projets, capacité financière à porter un projet[102], etc. (Gèze *et al.*, 2012).

9.2.a Expérimentation des projets

Par exemple, la ***phase d'expérimentation*** est très fréquemment pratiquée parmi nos études de cas, excepté les projets issus de l'accord du Protocole 3. Ceux-ci sont en quelque sorte à considérer directement comme des expérimentations à petite échelle qui, si elles résistent, risqueront de bénéficier de suffisamment de crédibilité pour obtenir un financement autre que périodique, proposé par l'appel à projets.

[102] Cette capacité financière à porter un projet sera exploitée plus en détails dans la vision objectivée de la prise de risque.

La phase-test peut ne pas forcément être désignée comme telle par les acteurs de terrain interrogés. Des pratiques observées peuvent cependant y être associées parce qu'elles visent, explicitement ou non, à tester le projet, à petite échelle d'abord.

C'est ce qui a par exemple été précisément appliqué pour les projets MDM et ADV qui ont procédé par touches successives et ont progressivement augmenté leur capacité d'accueil en s'assurant au préalable que l'offre proposée répondait aux besoins des populations et récoltait un certain succès parmi les potentiels bénéficiaires. Les expérimentations observées pour tester de la validité de ces deux projets portent clairement ce nom dans le discours des personnes interrogées. Les phases-tests sont par contre plus « inconscientes » dans le cadre des autres projets ou, dans tous les cas, ne sont pas forcément considérées comme telles par les acteurs de terrain. Ainsi, les responsables de 1T2A, LLS et e-54 ont emprunté des éléments d'expériences connues par ailleurs pour concrétiser leur projet. Il peut par exemple s'agir d'une expérience internationale (1T2A), d'une adaptation d'un projet similaire (LLS) ou d'une expertise développée au sein d'un service de l'organisation centrale (e-54). Si l'inspiration issue d'autres initiatives n'est pas clairement identifiée comme phase-test, elle donne en tout cas l'opportunité aux porteurs de projets de s'affranchir d'éléments inconnus, leur permettant de proposer un concept solide et réfléchi à partir de ce qui se fait ailleurs.

Pour s'assurer de la validité du projet 1T2A, ses responsables sont allés encore un peu plus loin, puisqu'en plus de s'inspirer d'expériences connues, ils ont aussi testé l'idée sous-jacente à leur projet auprès de responsables politiques et académiques. Ce n'est qu'après avoir eu l'aval de ces différentes personnalités que le projet a vu le jour. Par ailleurs, le fait que le projet soit progressivement étendu en Wallonie après l'avoir mis en place à Bruxelles fait partie des phases qui testent et assurent de la validité du projet.

La phase-test, fréquemment appliquée par les différents cas analysés mais par contre moins souvent désignée comme telle, ne consiste pas nécessairement en une étape d'évaluation très formalisée. Il n'y a pas de protocole de test ni d'évaluation formelle mise en place pour évaluer objectivement le projet. Il s'agit davantage d'une série d'outils mis en place de manière informelle par les acteurs pour s'affranchir au moins partiellement

du fait que le projet « ne prenne pas » ou pour éviter un engagement financier supplémentaire mais que l'on sait, d'avance, être non rentable.

Ces questions ont d'ailleurs été cruciales pour la plupart des projets, mais encore plus pour e-54 qui aurait pu faire l'objet d'importantes résistances du côté des travailleurs. Cet outil a été présenté par ses porteurs comme une méthode qui visait l'amélioration des conditions de travail, par l'amélioration de l'efficacité administrative, et par un recentrage sur les aspects sociaux du métier. Du point de vue de l'entourage du bénéficiaire, il permet une plus grande transparence sur le passage avéré et le temps passé auprès des bénéficiaires. Mais le fait de pouvoir « pister » les travailleurs, de savoir où ils se trouvent, quel trajet ils empruntent pour leurs déplacements, et l'heure à laquelle ils entament leurs prestations aurait pu être prétexte à des contestations de la part des travailleurs. Les responsables de ce projet se sont dès lors engagés auprès des travailleurs à ne pas utiliser cet outil pour quelle que forme de répression que ce soit ou comme prétexte à un licenciement. La consultation des syndicats de travailleurs par la direction en vue de partager les avis sur ce projet puis la phase-test (auprès de quelques travailleurs) leur a aussi permis de mesurer l'acceptation de ce projet. Mais pour autant, ce n'est pas un combat gagné ; le risque entrepris est énorme, surtout du point de vue social, et le moindre faux pas ou le moindre soupçon d'utilisation non consentie de cet outil pour de la répression risque d'anéantir tous les efforts qui ont été faits de part et d'autre jusqu'à présent. C'est un climat de confiance qui règne mais qui est en équilibre instable et qui risque d'être bousculé en cas de désaccord.

> *On avait des très très bonnes relations, un bon dialogue social donc je pense que ça a été facilitant maintenant* ***il ne faut pas croire non plus que tout est digéré et que tous les travailleurs l'ont accepté****. Il y a quand même d'après les études de (centre de recherche), une* ***approche qui est globalement positive de la part des travailleurs mais aussi attentiste : c'est-à-dire qu'ils ont adopté une position ou pour le moment on ne dit rien mais on va voir****. Je pense qu'on n'a pas encore convaincu tout le monde, on les a juste persuadés de ne rien dire pour le moment et il faudra qu'on fasse nos preuves et quand on sera devant les premiers cas concrets on montre patte blanche pour dire qu'on ne se sert pas des données pour licencier quelqu'un.* (Code : 1Ld)

9.2.b Accompagnement scientifique des projets et/ou de l'expertise d'acteurs de terrain

L'accompagnement des projets est une méthode fréquemment mise en place, elle aussi, par les porteurs de projets. Cet accompagnement se veut, selon les cas, être scientifique (évaluation) ou pratico-pratique (par les experts du terrain).

Il n'est effectivement pas rare que des intervenants, réputés pour leur expertise scientifique, interviennent dans l'accompagnement, le suivi, et parfois même l'évaluation des projets. C'est par exemple systématiquement le cas des projets financés par l'accord du Protocole 3 qui, pour espérer bénéficier d'un second mandat financé, font l'objet d'un accompagnement et d'une évaluation, à la fois par l'administration de l'Inami et par une équipe scientifique multidisciplinaire[103] qui a été chargée d'évaluer la plus-value des projets en termes d'efficacité, d'implémentation et de gestion financière, et à terme d'identifier les projets qui mériteraient un financement structurel. Parallèlement à cet accompagnement, les porteurs de projet du P3 ne cachent pas non plus, lorsque c'est le cas, qu'ils collaborent parfois avec des équipes indépendantes qui réalisent des études de cas plus spécifiques comprenant, entre autres, leur projet. On parle alors de cofertilisation (Perron, Veillette, 2012 :4). Le même constat peut être fait à l'égard du projet e-54 pour lequel les porteurs du projet se sont adjoints de chercheurs universitaires qui, d'une part, garantissent objectivement les apports du projet et, d'autre part, attirent l'attention des responsables sur des éventuels points de faille de leur projet.

> *(…) on a investi dans un accompagnement scientifique avec l'équipe du professeur P. avec le Lentic (HEC, ULg). (…) Imaginons que le gouvernement change et que le ministre suivant revient sur la décision, qu'est-ce qu'il se passe ? Donc on s'est dit qu'on aimerait bien avoir une* ***caution scientifique****. Un professeur, sociologue, de l'HEC qui donne des cours de change management, c'est une caution scientifique. À côté de ça,* ***il a mis le doigt sur des points d'attention*** *et on s'est dit qu'on allait faire des interviews auprès des aides-familiales, des délégations syndicales, etc. et analyser les risques et les points de tensions.* ***Et il nous a aidé pas mal, il nous a guidé pour éviter des pièges****. Et c'est vrai aussi que*

[103] Cette équipe comprend des chercheurs d'équipes universitaires de l'UCL (Louvain-la-Neuve), l'ULg (Liège), la KUL (Leuven) et l'UAntwerp (Anvers).

> *l'expérience avec les infirmiers nous a confortés dans l'idée qu'il fallait être accompagné parce que ça peut très vite partir de travers. Il suffit d'un petit problème technique et la confiance du personnel dans la solution peut-être très vite ébranlé. (…) P. est venu présenter son travail au conseil d'entreprise avant, a fait un premier retour et maintenant, après déploiement, il va refaire des interviews et autres et tout ça dans le souci de la transparence. (…).* (Code : 1LD)

Parallèlement à l'accompagnement scientifique, les porteurs de projets peuvent aussi recourir à l'expertise d'acteurs de terrain, en étant eux-mêmes des bénéficiaires d'une forme « d'essaimage » (i.e. le fait de bénéficier du partage d'une information ou d'être accompagné dans une nouvelle façon de faire). Cette prise en compte de l'expertise se manifeste par exemple lors des enquêtes de terrain que peuvent réaliser les porteurs de projets, avant, pendant et après la mise en place de leur initiative. C'est notamment ce qu'ont fait les initiateurs de projets institutionnels qui ont consacré une part de leur temps à la visite de projets similaires, situés en Belgique ou ailleurs. Percevoir ce qui a été fait ailleurs, la manière par laquelle le projet a été créé et mis en place et les réflexions qui ont accompagné son émergence revêt un caractère très utile. Cela permet d'identifier les obstacles rencontrés, les possibles failles et les moyens qui peuvent être mis en place pour y remédier. Les projets 1T2A, LLS et e-54 se sont aussi inspirés de ce qui a été fait ailleurs ou pour un autre service. Si ces expériences peuvent être considérées comme des expérimentations des projets analysés (cf. plus haut), elles peuvent aussi être perçues comme des formes d'accompagnement pratico-pratique, souvent bien plus éclairantes qu'une série de recommandations virtuelles.

Ces différentes formes d'accompagnement – scientifique ou basé sur l'expérience/l'expertise – jouent dès lors un rôle parfois très important dans la légitimité acquise par les projets. Elles servent à appréhender une série d'obstacles qui donnent aux porteurs de projet l'opportunité d'agir en connaissance de cause. Plus globalement, **ces accompagnements ôtent aux projets une part de la prise de risque, par la « gestion prévue de l'imprévu » et l'acquisition de cautions objectives validant le projet**.

9.2.c Développement de compétences multidisciplinaires

Finalement, le profil des porteurs de projet, et précisément le développement de compétences multidisciplinaires est aussi un outil à valoriser pour la gestion du risque.

Nous abordions plus tôt la question du profil des créateurs de projets et leur attrait pour le secteur non-marchand. Ce goût ou cette culture pour la sphère de l'économie sociale et solidaire peut jouer en faveur d'une maîtrise du secteur, apportant des compétences non négligeables pour aiguiller la prise de décisions opportunes pour le bon développement des projets.

Parallèlement à cet attrait pour le non-marchand, les porteurs de projet sont rarement dotés d'un parcours académique et professionnel uniforme (Figure 30).

	Code : 5LD	Code : 2HD	Code : 3MD	Code : 1LD
Formations	Assistant social Sociologue Graphologie Restauration	Formation sociale Sociologue	Santé publique	Formation HEC
Expériences – carrière	Centre PMS Téléphoniste Infor-femmes recherches	Secteur non marchand (ASBL)	Infirmier Infirmier social Gestion animation en institution	Directeur hôpital

Tableau 30: Illustrations du profil de formation et professionnel de quelques porteurs de projet.

Si ce n'est pas toujours une motivation fixe et déterminée qui les a menés à la tête d'un projet, ces personnes jouissent par contre d'une expérience professionnelle multidisciplinaire large et variée qui les dote d'une expertise multidisciplinaire non négligeable. Cela se reflète notamment dans leurs expériences professionnelles qui, sans être directement et forcément liées au monde de la vieillesse et de la dépendance, leur ont ouvert une série de portes pour mieux comprendre le secteur de l'aide/de la santé, le secteur non-marchand ou encore l'aide aux plus faibles.

9.3 La prise de risque au regard des ressources mobilisées

La prise de risque est finalement davantage centrée sur l'intégration et l'acceptation des projets concernés. Celle-ci reste toutefois modérée, et sous le contrôle apparent des porteurs de projets. Les projets répondent effectivement à une demande précise, exprimée (parfois implicitement) par les populations. Si l'offre correspond à une demande, *a priori* le projet ne court pas de grands risques d'être inexploité. La question reste de savoir si les moyens choisis pour répondre à la demande sont les plus efficaces et les plus adaptés.

Bien sûr, les projets analysés ne sont pas à l'abri d'un problème financier sérieux. Si la réciprocité et la redistribution sont des formes de ressources fréquemment mobilisées par les acteurs, elles fragilisent toutefois leur structure parce qu'elles sont loin d'être acquises une fois pour toutes par les acteurs de l'innovation sociale. Ces ressources réciprocitaires – celles qui sont issues de la mise en œuvre d'une intention de « rendre en retour » (à la société, une organisation, un groupe de personnes) ce que l'on a soi-même précédemment reçu ou ce que l'on espère recevoir, que ce soit de la part de la personne envers qui on « réciproque », ou envers quelqu'un d'autre, en vertu du lien de celle-ci avec son propre groupe d'appartenance – permettent néanmoins de limiter les dégâts liées aux risques des projets. L'obtention de financements publics est un combat quotidien pour les porteurs de projets et l'implication dans de la construction de dossiers pour rentrer dans les conditions et postuler pour un appel à projet en est une preuve indéniable : « *keeping and managing such a hybridity nevertheless constitutes a daily challenge for social enterprise.* » (Defourny, Nyssens, Thys, 2015, à paraître). C'est probablement le caractère économique incertain qui motive aussi les acteurs de terrain à rechercher des alternatives originales de financement. Mais l'apport de financements structurels a souvent été mentionné par eux comme une condition *sine qua non* de leur développement, de leur sécurité financière et de leur pérennité à plus long terme. Ils se justifient par le caractère collectif des bénéfices produits. Mais dans l'état actuel des choses, l'absence de financements structurels et le devoir continu de toujours s'appliquer à trouver des modes et des sources de financements exposent les projets à une insécurité économique marquée. Elle accroît d'autant plus la prise de risque courue par les porteurs de projets

qui, si les financements leur font défaut, risquent de ne plus poursuivre les engagements qu'ils ont pris, ni les emplois qu'ils ont créés. Bien sûr l'absence de financements structurels n'anéantit pas la phase de consolidation des projets étudiés. Mais elle les rend plus vulnérables et « à la merci » des conjonctures économiques défavorables.

Un projet, lorsqu'il est nouvellement mis en place, court aussi le risque d'être en décalage avec la demande exprimée, de ne pas – ou peu – y répondre et que l'initiative soit tout simplement un échec.

Cette prise de risque existe à la fois objectivement (absence de financements durables ; offre pas toujours adaptée à la demande) et subjectivement (cette dimension est bien présente dans le discours des acteurs). Mais rapportée à ce qui est initialement investi, elle peut, selon les cas, encourir des conséquences plus ou moins importantes.

10. Du soutien politique aux projets à la co-production de l'innovation sociale

10.1 Le soutien politique aux initiatives

Le soutien d'institutions politiques ou de personnalités représentant les autorités locales a été crucial dans le démarrage des IS rencontrées. Si nous avons déploré plus haut l'absence de politique systématique *ex ante* en faveur de l'IS, les expérience**s** étudiées ont su néanmoins trouver l'appui nécessaire à leur développement du côté d'institutions ou d'autorités politiques locales. Ce soutien a fait la différence. 1T2A bénéficie d'un partage de ressources de la mutuelle (nom de la mutuelle) mais elle n'en émane pas. Il s'agit d'une initiative d'une personne en dehors de la mutuelle. Dans ce projet, il faut noter le soutien politique qui s'est manifesté autant durant l'émergence du projet que dans sa phase actuelle. Il s'est notamment traduit par un engouement de la part des autorités politiques locales (autorités communales d'Etterbeek) et institutionnelles/académiques (UCL et ULB) lorsque les initiateurs du projet ont testé le potentiel bien-fondé du projet. C'est d'ailleurs par les autorités communales d'Etterbeek que la conférence officialisant le lancement du projet a été financée. Par ailleurs, si les responsables du projet revendiquent leur projet comme apolitique, ils sont toutefois impliqués dans des relations avec des

politiciens, ne fut-ce que pour revendiquer une adaptation des normes légales en faveur du déploiement de leur projet ou un financement du projet par subsidiation.

MDM et ADV sont aussi des projets d'une grande envergure financière qui a nécessité la garantie d'être autonome très rapidement. Le soutien d'acteurs historiques comme les mutuelles ou les syndicats s'est certes manifesté mais il n'y a pas eu de partage durable des ressources. Pour MDM, ils font toujours partie du Conseil d'Administration mais ils ne participent plus aux ressources ou au fonctionnement du service proprement dit. Ces structures ont par ailleurs parfois bénéficié d'un soutien de la part des autorités locales qui leur a permis d'accéder à des « privilèges » pour que leur projet se concrétise. MDM a par exemple reçu l'appui de personnes impliquées dans la gestion communale, voire au-delà. Cet appui pouvait prendre différentes formes, notamment celui de « facilitateur » puisqu'il était dès lors possible par exemple via les autorités communales d'entrer indirectement en contact avec les services urbanistiques pour débloquer leur nouvelle demande d'extension des bâtiments.

10.2 L'adossement à une institution

Par « adossement », on entend le fait pour une IS de devoir son émergence à une structure amie plus grande et plus forte institutionnellement qui a partagé ses ressources ou mis à la disposition de l'organisation porteuse de l'IS des ressources fraiches. C'est le cas des projets LLS et e-54 qui sont respectivement attachés structurellement aux mutualités chrétiennes et socialistes qui assurent leur renommée et leur faisabilité économique et favorisent probablement leur acception sociale parmi les bénéficiaires. Les mutualités renseignent et font la promotion des services proposés par ces deux projets, notamment par le biais de publications dans leur périodique, par le financement de flyers, ou par l'intégration de ces services dans leurs plans d'aides et les renseignements fournis par les professionnels aux bénéficiaires qu'ils jugent en attente de tels services. Les mutualités contribuent également à la pérennité économique des projets, une fois encore principalement à partir du partage de ressources : mise à disposition de personnels de secrétariat, de services (informatiques entre autres) et de locaux.

L'adossement à une structure de plus grande envergure semble donc particulièrement fécond pour l'émergence et surtout le maintien et/ou la pérennité économique des initiatives. Mais l'adossement n'est pas perçu qu'à travers ses avantages, comme le montre l'étude de cas du projet LLS.

> *Le passage à une ASBL permettrait de s'affranchir des mutualités et de faciliter les recherches de subsides, bloquées si l'on dit que les mutuelles financent le projet.* (Code : 6BAI)

La dépendance du projet par rapport à ce qui est perçu comme un « bon vouloir » de la structure à laquelle le projet est adossé présente des risques : retrait du soutien, perception du projet comme « connoté » politiquement, impossibilité de répondre à des appels à projet pour obtenir des fonds puisque la mutuelle est elle-même déjà financée etc. Se pose alors la question de l'autonomisation en une ASBL séparée.

10.3 L'hébergement par une institution

Par « hébergement » on entend le fait pour une IS portée par exemple par un service de bénéficier de la structure plus large qui héberge ce même service. C'est le cas des IS portée par les CPAS de Liège et Charleroi. Les deux projets ayant émergé grâce à l'appel du P3 intègrent respectivement le service d'aides et de MD des personnes âgées de leur CPAS. Ces deux projets ont été introduits par ce service qui assure une mission non obligatoire du CPAS et non prioritaire. Le soutien de cette structure au projet n'était donc pas acquis, comme l'affirme certains porteurs de projets. Notamment le coût financier devait être entièrement absorbé par les ressources P3 sinon l'IS n'aurait reçu aucun soutien institutionnel. Mais l'immersion des IS dans l'institution plus large qu'est un CPAS offre un cadre apparemment porteur pour ces initiatives et ce, pour différentes raisons. Si les coûts principaux sont assurés par l'appel Protocole 3 (salaires des personnes engagées, etc.), les CPAS assurent au moins le fonctionnement de ces services par le partage de ressources qui facilitent la bonne organisation des projets : mise à disposition de services de facturation, services de personnel, locaux, fournitures, etc. Les professionnels qui ont été engagés ont aussi intégré une équipe, ce qui favorise leur sentiment d'appartenance à un service plus large auquel s'articule leur propre travail de terrain. Parallèlement, les CPAS assurent l'information autour des services en interne

puisqu'ils intègrent dans leurs plans d'aides l'intervention de psychologues (Liège) ou d'ergothérapeutes (Charleroi). A l'extérieur du service aussi l'information est diffusée par les réseaux du CPAS (maison médicale, Réseau Santé Wallon, etc.). Naît donc de cela l'insertion des professionnels dans le secteur du MD et c'est entre autres parce qu'ils se font connaître via des intermédiaires (travailleurs du CPAS) qu'ils peuvent aussi assurer la continuité de leurs emplois, et éventuellement l'envisager au-delà du financement P3.

10.4 De la co-production par les bénéficiaires et les travailleurs : présente mais en faible « quantité »

La participation des acteurs prenant part au projet, y compris les bénéficiaires des services et les travailleurs, fait partie intégrante de la définition de l'innovation sociale. Parler de participation revient en fait à parler de co-production entre acteurs, entendue au sens de Pestoff (2006 *in* Klein, Fontan, Harrisson, Lévesque *in* Klein *et al.*, 2014 : 207-208) : il s'agit de « *la mise en œuvre et la production des services au niveau organisationnel*. ». Dans ce sens, il est vrai que l'ampleur de la co-production des cas étudiés est en apparence relativement limitée. Mais la co-production ne porte pas uniquement sur le service rendu, mais parfois aussi sur la garantie de finalité sociale du bien ou du service (Nyssens, communication, 2014).

Il s'agit alors davantage de la co-production des bénéfices collectifs (et des conditions de leur accès et partage) que de co-production en matière de prise de décision, de mise en place du service ou de management interne au projet. Du côté des bénéficiaires des services, la co-production porte surtout sur **l'identification d'un besoin particulier** et **la transformation du bénéfice**. Du côté des travailleurs, on note aussi que des initiatives sont mises en place pour leur laisser la **possibilité de s'exprimer, de s'organiser, de décider**. Dans tous les cas, l'analyse n'est pas forcément aisée puisque la co-production est notamment fonction du type de service rendu (MD *vs.* HA) et du caractère « imposé/légalement obligatoire » ou « libre » de ce qui nous est parfois présenté comme innovant du point de vue de la dimension participative.

10.4.a Formes de co-production avec les bénéficiaires

La participation des bénéficiaires de services est présente mais en faible « quantité ». Il importe d'être conscient que cela est probablement lié, en très grande partie, au fait que les personnes qui expriment/nécessitent un besoin de prise en charge, se trouvent en réalité dans des situations de vulnérabilités physiques et/ou mentales qui ne leur permettent pas toujours de définir le projet de vie ou de profiter pleinement des termes du « contrat ». Pour autant, des marques de participation des bénéficiaires existent. Elles sont la preuve que même âgé, tout individu reste citoyen et responsable (selon ses possibilités) de sa propre vie.

Il n'est pas surprenant qu'un conseil des résidents soit mis en place dans chaque institution d'hébergement pour personnes âgées, lors duquel les résidents (et/ou leur(s) représentant(s) et/ou leur(s) proche(s)) disposent d'un temps de parole pour exprimer des souhaits, des demandes, des avis, des suggestions, des désaccords, des plaintes, etc.). Cette mesure est imposée par la législation : l'article 14 du décret wallon du 06/02/2003[104] définit le conseil des résidents et en délimite les modalités pratiques (fréquence de réunion, participation, contenu, etc.).

Au-delà de cette obligation légale mise en place dans toute institution d'hébergement, nous constatons aussi que d'autres éléments concrets peuvent être parallèlement décelés dans le discours des acteurs pour illustrer la participation des bénéficiaires. Il s'agit par exemple d'un projet de vie qui est spécialement articulé autour de l'enjeu de la participation des résidents dans l'organisation et la vie de l'établissement. C'est notamment la philosophie sous-jacente au projet ADV qui, fondé autour de la dimension des relations intergénérationnelles, implique les résidents dans des activités régulières. Cette participation contribue à produire des bénéfices du côté des résidents

[104] « Dans chaque maison de repos, il est créé un conseil des résidents qui se réunit au moins une fois par trimestre. Afin d'assurer le bon fonctionnement de ce conseil, celui-ci reçoit le soutien du personnel de la maison de repos. Le conseil est composé de résidents ou de leurs représentants et/ou de membres de leur famille. Le directeur ou son représentant peut assister aux réunions du conseil. Le conseil des résidents donne des avis et fait des suggestions, notamment au sujet du fonctionnement de l'établissement, de l'organisation des services, du projet de vie et des activités d'animation. Le Gouvernement fixe les modalités de fonctionnement du conseil des résidents. » (Art. 14, décret du 06/02/2003).

âgés et des enfants placés dans l'institution. Autrement dit, le fait d'accepter d'être impliqué et de participer à un projet intergénérationnel procure aux résidents une forme particulière de bien-être dont ils ne pourraient pas forcément bénéficier s'ils étaient dans une institution traditionnelle. Et c'est parce que chacun participe, y met de la bonne volonté et contribue au projet de vie de l'institution que les bénéfices collectifs peuvent être partagés entre chacun des résidents (jeunes ou moins jeunes) : l'activité/la présence des uns contribue au bien-être des autres et inversement.

> *De nouveau, sans critiquer, une journée en maison de repos ça peut être fait de beaucoup de moments de solitude.* ***Donc le fait de pouvoir avoir des moments de vie, de bruits, où les enfants sont présents, ça peut apporter beaucoup****. (…). Et pour les enfants qu'on héberge (qui sont pour la plupart en perte de liens et de repères),* ***le fait de pouvoir avoir des « papys » et des « mamys », des gens qui peuvent manifester un intérêt et un attachement autre que professionnel*** *(les éducateurs s'investissent pour leur boulot en premier lieu) peut être quelque chose d'important.* (Code : 2HD)

> *Toutes ces activités,* ***ces moments de vie font que nos résidents continuent à se sentir en vie****. Il y a des pommiers, on fait la récolte, du jus et du cidre. On fait imprimer des étiquettes et on a la cuvée du Vivier. On fait du Maitrank, de la confiture. Et depuis deux ans, on organise un marché de noël. Durant toute l'année on fait de la gelée, etc. on produit et puis à partir d'octobre, on fait des pommes de pins (enfin les résidents) et on essaie que les activités aient du sens, un but. Et se dire on va faire une activité d'artisanat ou de bricolage et on va produire pour vendre au marché du noël.* ***Les bénéfices servent à payer une activité aux enfants.*** *Tout de suite, ça donne autre chose : les résidents doivent être arrêtés parce que le personnel ne suit pas (ex : une femme fait des boules de noël en crochet).* ***Ils ont de l'utilité maintenant.*** (Code : 2HD)

La participation des résidents, entendue au sens de co-production, passe aussi par des éléments très simples du quotidien, tels que la responsabilisation des personnes âgées comme citoyen de leur nouveau lieu de vie ou la mise en place d'instances, de « clubs », d'organisations, d'activités. Toutes ces manifestations leur laissent la possibilité de choisir de participer au projet, de s'exprimer, mais aussi de rencontrer « l'Autre » (parfois extérieur à la résidence), d'apprivoiser l'espace dans lequel ils vivent, d'expérimenter des tâches qui leur sont réservées et, *in fine*, de retrouver ce sentiment d'utilité qu'ils auraient pu croire perdu au moment de leur institutionnalisation.

(…) même au niveau de l'admission des résidents, c'est l'intérêt qu'ils peuvent avoir par rapport au projet intergénérationnel. Si on a des résidents qui cherchent juste une place en MR et qui s'en fichent éperdument, leur candidature ne sera pas retenue. (…) Une de mes exigences, au niveau de l'inscription en MR, chez nous, ***c'est obligatoirement sur rendez-vous, en présence du futur résident obligatoirement, on veut la rencontrer, on veut discuter avec elle, on fait visiter la maison et puis elle nous dit si elle maintient son inscription****. (…) Pour que le placement se passe au mieux, il faut que la personne concernée soit là et marque son accord.* (Code : 2HD)

On est une maison ouverte, les portes sont ouvertes, les cages d'escaliers aussi, les résidents ont la clé de leur chambre *donc il y a cette idée que cette maison devient leur maison. C'est comme si on faisait du travail à domicile avec cette même exigence par rapport au respect de la vie privée.* (Code : 2HD)

L'objectif de ce projet est le ***développement de la citoyenneté****, c'est-à-dire* ***laisser les résidents maîtres de leur lieu de vie. Ce n'est pas ma maison, c'est le lieu des résidents****. On est là pour leur donner la possibilité de faire évoluer cette maison. On crée donc des systèmes. Il y a le* ***Conseil des résidents*** *qui est une obligation légale. (…). Il y a la* ***Revue « Mon Village »*** *avec un comité de rédaction qui se réunit tous les deux mois. (…) c'est une initiative créée par les résidents. Il y a aussi le* ***Comité « Mariemont Village »*** *qui regroupe tous les résidents qui veulent s'impliquer bénévolement dans l'institution. Il y a alors signature d'une charte pour régir ce qui peut être fait ou non par le bénévole et encadrer son activité. L'activité bénévole peut être variée : représentation de l'institution à la commune, préparation des repas, visites aux résidents, séance de lecture, etc. L'objectif est donc d'officialiser le rôle du bénévole. S'il y en a qui veulent aider, c'est encadré. Ils se rendent utiles, c'est important pour eux. (…) En résumé, les cantous c'est donc* ***un projet basé sur la citoyenneté*** *(faire entrer la commune chez nous).* ***La citoyenneté se traduit par des initiatives, des comités qui laissent la parole aux résidents****.* (Code : 3MD)

Comme le prétendent les acteurs de terrain, la participation des bénéficiaires est porteuse de nombreux bénéfices. Selon L'UCP, Mouvement social des aînés (2008), la participation active fait même partie des critères qui améliorent le bien-vivre au sein des institutions. Elle exige, certes, une forme particulière d'organisation, qui complique parfois le quotidien des porteurs de projets mais c'est un enjeu qui en vaut la peine. « *Participer, adhérer, se sentir accepté au sein de la structure d'hébergement ne s'improvise pas. La participation s'inscrit, entre autres, dans le projet de vie de l'institution et les préoccupations du conseil des résidents. (…). C'est en élaborant ensemble, un projet global,*

que les résidents (et/ou leurs proches) ainsi que l'équipe d'encadrement feront évoluer en permanence le projet de vie de l'institution. C'est par la franche collaboration et le soutien de l'intérêt commun qu'un projet reste cohérent pour l'ensemble des résidents et le personnel. Ces éléments essentiels de la vie quotidienne lorsqu'ils sont valorisés, intégrés et discutés facilitent l'émergence d'un sentiment d'appartenance et d'adhésion au lieu de vie. Vivre ensemble se construit avec les autres, se nourrit des besoins et des désirs de la collectivité. L'importance de la participation se traduit aussi concrètement par l'accueil personnalisé des nouveaux résidents, la diversité et l'attrait des activités collectives, la convivialité des repas, la fréquence des sorties extérieures, l'opportunité des rencontres avec des personnes extérieures. Tous ces éléments assoient, de l'avis des répondants, un sentiment d'appartenance permettant de rester le plus possible décideur de sa vie quel que soit l'état de santé dans lequel l'on se trouve(rait). » (UCP, 2008 : 7).

Ces formes de participation, telles qu'elles sont actuellement envisagées dans un projet intergénérationnel comme ADV ne sont toutefois faisables à long terme que si la politique d'accès aux institutions ne restreint pas les places MR ou MRS à des personnes grabataires ou largement dépendantes. L'entrée de plus en plus tardive en maison de repos, souvent contrainte par des raisons de santé qui rendent le maintien à domicile impossible, amène progressivement les institutions à être des sas pré- ou post-hospitaliers. Or, **le maintien d'un projet intergénérationnel, où la plupart des résidents âgés s'intègrent activement au projet, n'est viable que si le profil du public-cible reste inchangé du point de vue de sa santé**, c'est-à-dire encore relativement autonome et capable de s'intégrer activement dans un projet de vie.

Et ce qui nous attend demain ne nous rassure pas puisqu'avec toute la régionalisation, si on n'a plus les cas O et les cas A, et qu'il ne reste que les cas B, C CD, ce sont les cas qui ne sont pas les plus actifs dans ce projet. Si on dit qu'on fait de l'intergénérationnel en faisant venir une école pour chanter à des gens complètement gagas, sans doute que c'est très bien et que ça apporte de part et d'autre, mais c'est quand même très très limité. C'est gentil, c'est beau mais ça n'apporte pas grand-chose. Si on veut continuer à pouvoir maintenir des véritables projets intergénérationnels, on a quand même besoin de gens actifs et ça c'est quand même une des grandes critiques qu'on peut faire : c'est que malheureusement, à l'heure actuelle, au niveau de la législation, tout est

fait pour qu'on soit dans de l'hébergement de type hospitalier où les gens n'ont plus la possibilité de pouvoir se montrer actif. (Code : 2HD)

Dans un service de type MD, l'identification de preuves de participation des bénéficiaires est plus compliquée parce qu'il n'existe aucun lieu d'expression (imposé ou non par la loi) réservé aux bénéficiaires des services. Leur participation, lorsqu'elle existe, est beaucoup plus **centrée sur leurs propres besoins et sur l'identification de ce pour quoi ils font appel au service** (par exemple rompre l'isolement par la présence d'un étudiant pour le projet 1T2A). Si aucune place n'est laissée aux bénéficiaires pour qu'ils puissent s'exprimer, poser des choix organisationnels et disposer d'une marge de manœuvre dans la structure, l'expérience des porteurs de projets montre aussi qu'il est très difficile de mobiliser les bénéficiaires et de les faire participer aux projets.

Les séniors ou étudiants participent indirectement lors d'un témoignage ou d'un enregistrement télévisé. C'est primordial pour faire connaître l'ASBL. Mais ce n'est vraiment pas facile de faire participer les binômes. L'ASBL propose même de supprimer la cotisation à ceux qui participent aux reportages. Ce sont souvent les mêmes séniors qui reviennent. (Code : 4ED)

10.4.b Formes de co-production avec les travailleurs/bénévoles

Du côté des travailleurs (entendus au sens large puisque selon les cas ces termes englobent les salariés, les bénévoles, les volontaires, etc.), les observations ne sont pas non plus figées pour l'ensemble des cas analysés. **Leur participation dépend probablement à la fois de la marge de manœuvre qui leur est laissée pour participer activement au projet et du degré de leur investissement personnel dans le projet**.

S'il n'est pas possible, sur base de l'étude réalisée, d'établir de lien éventuel entre le caractère innovant du projet d'une part, et sa co-production d'autre part, certaines expériences nous amènent toutefois à réfléchir et à envisager cette relation.

Au sein des deux projets d'HA par exemple, l'apport et la responsabilisation des travailleurs – salariés ou bénévoles – sont des valeurs vivement encouragées par les

responsables. Il y a donc cette idée de co-production de la vie journalière entre travailleurs (qui proposent) et responsables (qui, le plus souvent, avalisent les projets).

> *Et quelque chose qui a toujours existé et qu'on continue à poursuivre, c'est au niveau de l'animation, on n'a pas d'ergothérapeutes ni d'équipes d'animation. On a des heures d'animation qui vont être distribuées en fonction des demandes et des envies des membres de l'équipe. On peut très bien avoir une aide-soignante, une infirmière, une femme d'ouvrage qui a un projet qui a envie de mettre en place une activité et qui se voit octroyer un paquet d'heures pour pouvoir mettre ça en place. À côté de ça on a aussi tous les bénévoles, c'est-à-dire des personnes extérieures qui viennent travailler, proposer des activités pour nos résidents. Travailler avec des bénévoles, c'est aussi faire venir des gens de l'extérieur encore actifs, plutôt que de tomber dans quelque chose d'un peu stéréotypé et où on a une équipe d'animations avec des gens spécialisés pour cela. Mettre en place ce type d'activités montre que « tiens d'un coup c'est l'infirmière qui anime l'atelier ».* (Code : 2HD)

La structure LLS, reposant exclusivement sur la ressource « bénévole » du côté des travailleurs (ce qui ne constitue pas en soi une innovation), invente une plate-forme qui organise la rencontre entre l'offre et la demande de temps libre. Ce dispositif démontre qu'une place peut être laissée aux travailleurs (bénévoles dans ce cas) en amont et/ou en aval de leurs prestations, pour qu'ils puissent s'exprimer et agir à leur guise. Ils disposent notamment d'un temps de parole avec la coordinatrice du projet pour s'exprimer sur ce qui fonctionne bien ou moins bien au sein des différents binômes « bénévoles-bénéficiaire ». Les bénévoles ont également été intégrés dans la redéfinition du projet et l'élaboration de la charte qu'ils ont créée en collaboration avec les responsables. Ces exemples constituent une invention des concepteurs de l'IS qui peut être sans cesse réajustée grâce aux nombreuses interfaces avec les bénévoles. Cette participation peut être encore plus fructueuse si les travailleurs se sentent investis d'une mission, d'un rôle au sein de l'organisation qui accentue leur sentiment d'appartenance à une même structure. La mobilisation de ressources bénévoles uniquement parmi les travailleurs n'est peut-être pas à concevoir indépendamment de la volonté/la possibilité pour les travailleurs de participer au projet. S'ils y prennent part, c'est parce qu'au départ ils se

sentent concernés, à leur manière, par le projet (expérience de santé personnelle[105], expérience vécue avec un membre de leur entourage[106], envie de mettre à profit ce pour quoi ils se sont battus durant leur carrière professionnelle[107], etc.). Et ces motivations, indépendamment de l'aspect financier qui n'intervient pas dans la décision de prendre part au projet (puisqu'ils sont bénévoles), pourraient être le moteur d'un investissement bien plus marqué que simplement basé sur l'attrait d'une activité économique. Encore faut-il, si les travailleurs ont la volonté de s'impliquer jusqu'à participer, que les porteurs du projet soient prêts à leur laisser l'espace nécessaire pour le faire.

Dans les expériences P3, il y a sans doute moins d'esprit innovant au niveau de la mise en place du service et moins de co-production. Mais il y a un très fort potentiel d'innovation dans l'institutionnalisation si les deux métiers en question (psychologue, ergothérapeute) sont officialisés et financés par l'Inami. Par ailleurs la demande est très grande et donc le potentiel de diffusion aussi !

11. Vers l'institutionnalisation de l'innovation sociale

Le processus d'innovation, s'il est mené à bon terme, porte un projet d'une phase expérimentale à une phase de consolidation. La consolidation peut se manifester de différentes manières qui permettent de situer chacun des projets dans le processus d'IS.

[105] Exemple : une personne interrogée nous a confié ceci : J'ai eu un cancer du sein deux ans avant de voir cette annonce, j'ai eu très peur, je me suis demandée qu'est-ce que j'ai fait pour les autres. Après la guérison j'ai eu envie de faire quelque chose pour les autres. (Code : 6BAB)

[106] Exemple : une personne interrogée nous a confié ceci : Mon papa a 95 ans et vit en MR. Il y est entré en même temps que ma maman qui était plus jeune d'une dizaine d'années mais qui avait la maladie d'Alzheimer. Malgré la présence d'enfants, l'entrée en MR est devenue une solution parce que mes parents avaient des difficultés à rester autonomes chez eux et à se débrouiller dans leur appartement. À ce moment, j'ai pris conscience qu'avec ce service, mes parents auraient pu vivre un peu plus longtemps à domicile. (Code : 6BAI)

[107] Exemple : une personne interrogée nous a confié ceci : Je suis en prépension, à la suite de problèmes de santé. Une fois que mes problèmes ont été résolus, j'ai voulu reprendre une activité. Avant cela, je travaillais à l'ASD, d'abord comme infirmière à domicile, puis comme responsable d'équipe et comme directrice de soins infirmiers pour le Brabant wallon. Via mon métier, je me suis rendue compte de l'isolement des personnes âgées mais dans le cadre de l'ASD, j'étais professionnellement limitée dans le temps et dans les activités que je pouvais faire. A chaque fois, j'étais frustrée et je pensais qu'il manquait un maillon dans le système de prise en charge des personnes âgées. (Code : 6BAC)

11.1 La reconnaissance de l'IS par son champ, un préalable à sa consolidation

L'IS, si elle prévoit des nouveaux procédés, des nouveaux services et des nouvelles méthodes d'agir, peut être perçue, dans un premier temps, comme une **forme concurrente** à celles existant par ailleurs. C'est en général une réaction de défense développée par les acteurs traditionnels qui émerge face au caractère novateur des projets. C'est davantage la méconnaissance du projet qui les guide en premier lieu pour ensuite laisser place à des **relations de collaboration**, les projets innovants étant développés pour combler un manquement des systèmes actuels plutôt que de les concurrencer.

> *Il a été nécessaire de réajuster par rapport à la concurrence avec le travail des aides familiales : c'est un problème qui est aujourd'hui résolu parce que* ***les AF appellent le service pour remédier à des problèmes, étant elles-mêmes limitées dans le temps et dans les activités qu'elles peuvent faire.*** (code : 6BAC)

> *Au départ, les professionnels de l'aide au domicile auraient pu être le relais auprès des bénéficiaires en leur faisant connaître l'existence du projet. Mais* ***le travail des bénévoles a plutôt été perçu comme une concurrence au travail des aides familiales****.* (code : 6BAI)

> *Ce n'était pas facile au départ pour la psychologue de se créer une place : les autres travailleurs sont plus âgés donc* ***il y a eu une certaine réticence par rapport à ce qui est nouveau. Une fois qu'elles comprennent que ça ne remet pas en question leur poste, ça commence à passer.*** (code : 5LD)

La perception d'une concurrence entre services a parfois ralenti le processus de consolidation des projets. Elle constitue aussi, paradoxalement, une forme de reconnaissance par les acteurs, de ce nouveau service. Une fois passé le stade de la méfiance, **c'est alors une certaine réputation ou publicité, une forte demande de la part des usager-e-s ou de la part d'autres acteurs** (pour que le nouveau service soit intégré dans les plans d'aides coordonnés) **qui apparaissent comme des preuves de la consolidation d'une IS**.

Maintenant on a quand même une bonne réputation, on a des listes d'attentes kilométriques donc on peut aussi se permettre de choisir les bénéficiaires. (code : 2HD)

Il y a une liste d'attente énorme (400 personnes sur la liste). Il y a une grande demande. (code : 3MD)

La personne engagée a été intégrée à l'étage du MD. Cela a contribué à montrer qu'il y a d'autres solutions que le placement en institution en période de crise ou de litige. ***Le service est entré dans le mode de fonctionnement, dans la façon de travailler du service de MD. Par exemple, si une assistante sociale constate un problème, elle se réfère à la psychologue du service.*** (code : 5LD)

Les preuves de la consolidation des deux projets issus de l'appel P3 sont moins facilement identifiables puisqu'il s'agit de projets plus récents (2010), à taille réduite, localement définis et dont la consolidation réside avant tout dans la preuve de leur viabilité économique. Le financement n'est en effet prévu que pour une durée déterminée. Si l'objectif vise à terme que les projets puissent fonctionner sur base de financements structurels, il n'implique pas forcément que le projet soit reproduit ou répliqué ailleurs. Dans ce cadre, la reconduction du financement du projet pour un deuxième mandat (post-septembre 2014) peut être considérée comme une forme de consolidation, ou, dans tous les cas, une forme de validation des projets pour leur pertinence. Le projet ASP a obtenu une reconduction de son financement lors du deuxième appel avec, à la clé, la possibilité d'engager un psychologue supplémentaire pour améliorer l'offre de services auprès des bénéficiaires potentiels. Ces formes de validation sont des manifestations concrètes de l'intérêt scientifique et institutionnel que revêt ce projet et contribuent à sa crédibilité parmi les acteurs de terrain, les bénéficiaires et les décideurs politiques, plus globalement. Cela ne signifie pas pour autant que les projets qui n'ont pas obtenu de reconduction de leurs financements[108] soient scientifiquement et pratiquement dénués de sens. La question est encore actuellement ouverte de savoir comment les acteurs de tels projets (dont le financement n'est pas reconduit) peuvent agir pour faire perdurer leur initiative, malgré l'absence du financement du P3. Avec du recul, il sera intéressant (1) d'analyser les stratégies adoptées par les acteurs pour que leur projet résiste, au moins

[108] C'est le cas du projet DLVLS qui avait obtenu le premier financement et qui ne bénéficierait probablement plus du second (c'était en tout cas l'information – à confirmer par la suite – qui filtrait en date de nos entretiens – 22/09/2014).

économiquement, à la décision issue de l'appel à projets, et (2) d'identifier d'éventuels effets que peut avoir la non-reconduction du financement sur les plans d'aides destinés aux aînés suite à la place laissée vacante par le projet.

11.2 La diffusion de l'IS : ses formes et ses déterminants

11.2.a Formes de diffusion de l'IS

La diffusion des projets, après qu'ils aient été testés, constitue une étape dans le processus qui mène à une possible institutionnalisation des projets. Cette diffusion peut prendre différentes formes. L'analyse des cas sélectionnés témoigne de cette diversité. Elle met également en exergue une série de facilités ou de difficultés rencontrées pour parvenir à réaliser (ou non) cette étape, les menant plus près de l'institutionnalisation de leur projet.

Les projets 1T2A, LLS et e-54 sont déjà en eux-mêmes des cas particuliers puisque dès leur création, ils sont inspirés de ce qui se fait ailleurs. Ils peuvent donc déjà à eux seuls être considérés comme des formes diffusées de l'IS parce qu'inspirés de services existant par ailleurs, à des échelles micro (entité d'une entreprise au sens large, association, entreprise, etc.) ou macro (ville, région, pays). Mais l'enjeu de l'innovation et, *a fortiori* de sa consolidation, se rejoue dans chaque contexte et à chaque passage d'échelle. C'est par exemple le cas de 1T2A, largement inspiré de l'expérience française, mais revu pour les besoins d'adaptation aux normes et aux valeurs institutionnelles, sociales ou culturelles propres à la Belgique. LLS puise quant à lui ses racines dans le réseau Sainte-Anne d'Auderghem qui propose également l'accompagnement bénévole de personnes âgées, pour des activités quotidiennes simples. À une échelle plus micro, le fait que e-54 soit une extension de ce qui a été fait en 2004 pour les infirmiers du service constitue, là aussi, une forme de diffusion, typique d'un service attaché aux valeurs novatrices. Pour autant, e-54 n'a pas été implanté aussi simplement parmi les aides-familiales. Il a d'abord été testé auprès d'une dizaine de travailleurs, avant d'être progressivement implémenté auprès de l'ensemble des aides-familiales.

Mais au-delà d'être eux-mêmes l'extension des projets à partir d'expériences extérieures ou antérieures, les différents projets ont également connu des formes de diffusion qui leur sont propres, rendant compte de la diversité des possibilités de diffusion. La littérature distingue généralement deux types de diffusion : le ***scaling-up*** et l'**essaimage**. Un projet peut par exemple, être étendu à une plus large échelle pour lui permettre d'augmenter sa capacité d'accueil ou d'intervention (*scaling-up* ; Figure 58). À côté du *scaling-up* comme forme de diffusion, on distingue la reproduction d'un projet local dans une aire géographique ou dans un secteur d'activités distinct(e) de celui/celle où il a été initialement déployé (essaimage ; Figure 60).

On note par exemple que le *scaling-up* est pratiqué au sein des deux institutions d'accueil pour personnes âgées étudiées. Celles-ci ont d'abord été testées à partir d'une structure à taille réduite, puis évaluées et ensuite agrandies de manière à accroître leur capacité d'accueil. Le projet ADV a été partiellement reconverti en maison d'accueil pour héberger une quarantaine de résidents âgés. Vu le succès de la première expérience, une deuxième phase de travaux a été engagée dix ans plus tard, portant la capacité d'accueil à 74 résidents. Dans le même ordre d'idée, quatre cantous avaient initialement été créés au sein de MDM ; aujourd'hui et depuis 2008, on en compte huit, portant la capacité d'accueil à 120 places en cantous (et environ 300 au sein de l'institution). Ces deux institutions pensent encore actuellement poursuivre leur extension en s'engageant dans des projets de plus grande envergure visant la diversification des formes d'accueil davantage transitoires entre le domicile et la MR(S).

Même si c'est à une échelle moins marquée que les précédents, le projet ASP, financé par P3 est, lui aussi, engagé dans une forme de diffusion par *scaling-up*. Le fait qu'il ait été mis en place, pratiqué, testé et évalué objectivement lui confère un certain degré d'autonomie et de reconnaissance dans le secteur de l'aide aux personnes âgées. Mais surtout, l'évaluation positive de ce projet lui donne droit à la reconduction de son financement pour une durée de quatre ans, ce qui lui permettra notamment d'engager un deuxième psychologue pour élargir sa patientèle. Dans le même ordre d'idée, le projet DLVLS était, lui aussi, issu du premier appel P3. Ce projet a bénéficié d'un financement pour la période 2010-2014 et n'était pas sûr de son renouvellement. Trois pistes sont actuellement envisageables :

- Soit le financement dans le cadre du Protocole 3 est finalement reconduit, ce qui constitue indirectement une validation scientifique du projet et lui offre la possibilité éventuelle d'accroître son cadre d'action. Cette solution, la plus favorable, contribuerait alors potentiellement à la diffusion du projet par *scaling-up* (selon les modalités que ses responsables choisiraient) ;
- Soit le financement dans le cadre du Protocole 3 n'est pas reconduit mais le projet perdure parce qu'il est repris et financé par un autre organisme (CPAS, fédération de soins, commune, etc.). Cette solution constituerait en réalité une forme de « diffusion » atypique, de type « assimilation par un autre service » (Figure 59) ;
- Soit le financement dans le cadre du Protocole 3 n'est pas reconduit et aucun autre organisme n'est candidat pour faire perdurer le projet. Cette solution serait de loin la moins favorable puisqu'elle mènerait à l'extinction pure et simple du projet.

Le cas de 1T2A poursuit, lui, sa croissance par l'essaimage. Initié par une seule et même personne, d'abord dans une « ville-test » (Bruxelles), il a ensuite été diffusé sous la forme d'une multiplication dans la plupart des grandes villes wallonnes, probablement pour des raisons d'uniformité et de lisibilité de l'offre[109]. Des agents salariés sont responsables des antennes locales et ont été formés selon les objectifs et les attentes de la direction. Ces gestionnaires locaux ont un profil proche de l'entrepreneur local en raison de leur autonomie au quotidien. Mais la créatrice initiale reste l'actuelle responsable de l'ensemble des bureaux locaux qui appartiennent à une seule structure associative. C'est elle aussi qui organise des réunions inter-sites et visite les différents espaces de travail pour éviter que les responsables des antennes ne se retrouvent dans une gestion solitaire au quotidien.

> *Ce qui est à l'origine de l'extension du projet dans d'autres villes, ce sont des appels de personnes. Souvent, des personnes âgées nous appellent parce qu'elles aimeraient avoir un étudiant mais si c'est ailleurs [en dehors des villes où le projet est implanté], c'est compliqué. Et au bout d'un moment, on décide d'étendre le projet.* (Code : 4ED)

[109] Ce sont les appels répétés d'habitants de villes qui ne bénéficient pas encore du service qui amènent la direction à réfléchir à l'opportunité d'y ouvrir une antenne locale.

L'analyse des cas empiriques est dès lors intéressante parce qu'elle démontre une grande complexité dans l'essaimage. Il peut prendre la forme de :

- **L'essaimage simple**: un individu « i » innovant, créateur d'une IS au sein de sa structure « A », peut former un individu « i' », pour que ce dernier devienne responsable de sa propre structure innovante « B » (zone orange ; Figure 60). Il s'agit dans ce cas d'un essaimage du projet initial qui poursuivra sa propre trajectoire. C'est le cas d'e-54.
- **La traduction** de l'IS à un autre contexte (social, géographique, légal, etc.) mais en lien (de dépendance) avec l'IS initiale. Un individu innovant « i », créateur d'une IS au sein de la structure « A », exporte lui-même son projet dans un autre espace distinct (zone bleue ; Figure 60). La traduction s'accompagne forcément d'une **multiplication des zones d'exercice du projet**. C'est le cas de 1T2A.

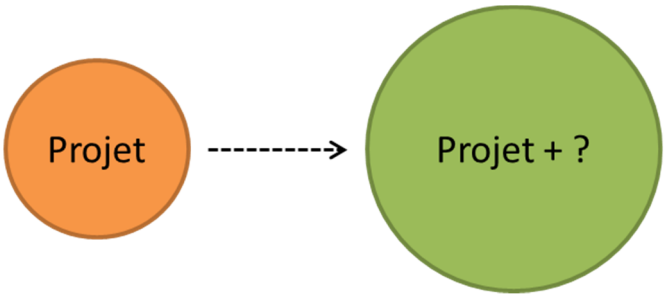


Figure 58 - Schématisation de la diffusion par scaling-up.

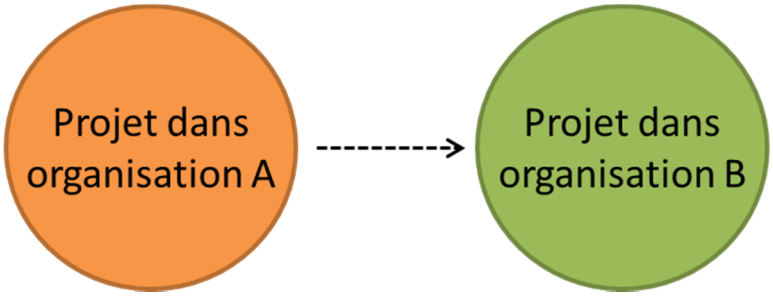


Figure 59 - Schématisation de la diffusion d'une IS par assimilation par une autre organisation.

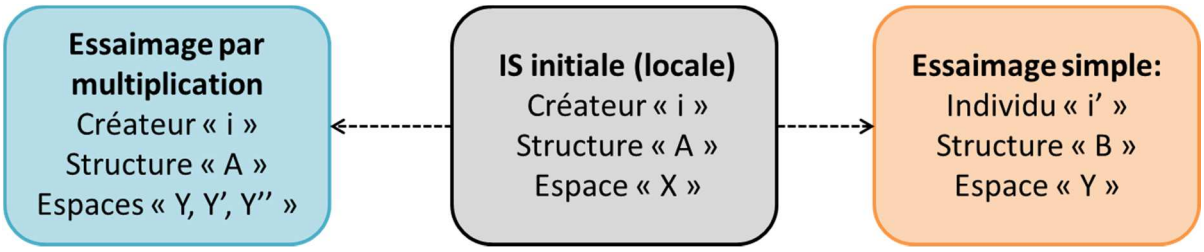


Figure 60 - Schématisation de la diffusion d'une IS à une aire géographique distincte de la zone de déploiement initiale.

Dans les expériences étudiées, on a également observé un phénomène d'innovations en cascade : un projet qui vise un public de départ mais engendre des transformations « positives » pour un autre, un projet qui innove sur un plan, transforme les façons de travailler, de se représenter le public bénéficiaire et produit dès lors d'autres innovations. Le cas de MDM est emblématique. L'innovation en cascade désigne un processus de diffusion principalement interne à l'organisation. D'une invention « architecturale » visant à abolir les couloirs, l'institution a encouragé l'innovation « technologique » consistant à adapter les murs des chambres à la personne désorientée (et non l'inverse) à travers la création d'une salle de douche mobile par exemple. L'architecture d'un cantou, organisée autour d'une pièce de vie centrale, suscite quant à elle les interactions, implique le patient dans la vie quotidienne, et les maintient dans un cadre de vie réel, non restreint à l'espace individuel qu'est la chambre.

11.2.b Les déterminants de la diffusion de l'IS

Les formes de diffusion d'une IS varient (cf. ci-dessus) et peuvent dépendre, selon les cas, du **type de projet** (MD ou HA, processus ou résultat), de **l'expérience/expertise des créateurs ou porteurs de projets et/ou de l'état du secteur de l'aide aux personnes âgées** (présence/absence d'une offre concurrente). Il faut néanmoins les considérer aussi comme autant de choix (conscients ou non) posés stratégiquement et qui peuvent dépendre de l'**ancrage de l'organisation dans le système local d'aides et de services**, du **degré d'attachement au principe de proximité**, de la **modalité choisie pour la gestion des ressources humaines**, etc.

Le passage à une capacité supérieure (*scaling-up*) est essentiellement fonction de différents facteurs et est certainement influencé par (1) un ancrage marqué dans

l'organisation locale du secteur de l'aide et des soins aux personnes âgées, (2) un sens développé de la proximité avec les bénéficiaires, les travailleurs et l'écosystème, (3) une volonté de gérer les ressources humaines sur base d'échanges « en chair et en os », (4) une relation de concurrence avec les services disponibles dans le secteur, etc[110]. Les cas répertoriés comme ayant connu une phase de diffusion par *scaling-up* ne présentent pas systématiquement tous les critères mais le projet MDM est un exemple très illustratif de la diffusion par *scaling-up*. Cette institution se distingue par exemple par le caractère de proximité qu'elle développe avec les résidents et le degré de liberté qu'elle leur laisse dans la gestion de leur vie quotidienne. Les résidents sont davantage amenés à s'impliquer dans l'organisation de l'institution et à se comporter comme des citoyens à part entière, qui disposent d'une marge de manœuvre dans la gouvernance de leur lieu de vie.

> *L'objectif de ce projet est le* ***développement de la citoyenneté****, c'est-à-dire* ***laisser les résidents maîtres de leur lieu de vie****. Ce n'est pas ma maison, c'est le lieu des résidents. On est là pour leur donner la possibilité de faire évoluer cette maison. On crée donc des systèmes : le conseil des résidents (c'est une obligation légale) (…) ; la revue « nom de la revue» (…) : c'est une initiative créée par les résidents ; le Comité (nom du comité) qui regroupe les résidents qui veulent s'impliquer bénévolement dans l'institution. (…). En résumé, les cantous c'est donc* ***un projet basé sur la citoyenneté*** *(faire entrer la commune chez nous).* ***La citoyenneté se traduit par des initiatives, des comités qui laissent la parole aux résidents****.* (Code : 3MD)

Cette même institution bénéficie par ailleurs d'un ancrage local très marqué, qui se manifeste à double sens. Il n'est effectivement pas rare que des instances extérieures locales participent à la vie de l'institution, par leur appui et leur participation à des réunions d'organes décisionnels – ex : conseil administratif – ou par leur soutien (symbolique) ou l'intérêt qu'elles manifestent à l'égard de l'institution. On note parallèlement que l'institution s'investit énormément dans des activités publiques qui lui permettent de s'ouvrir vers l'extérieur « local ». L'organisation des élections fédérales en mai 2014 (par la mise en place d'un bureau de vote au sein même des bâtiments de l'institution) a notamment permis de réduire significativement l'abstention de votes de

[110] Rem : Il y a un compromis à trouver entre le passage à une échelle supérieure (*scaling-up*) et la volonté de conserver une proximité, un caractère local. Les termes peuvent apparaître contradictoires mais c'est un juste équilibre à trouver pour que le projet rencontre les aspirations de ses porteurs, responsables, bénéficiaires, etc.

personnes institutionnalisées. Mais au-delà de ce point pratico-pratique, c'est surtout l'insertion de l'institution dans la vie citoyenne et l'ouverture au monde extérieur qui primait. La publication d'articles dans des journaux locaux, la possibilité de bénéficier d'infrastructures (terrain de golf, etc.) ou de services (par les ouvriers salariés) en tant que personne extérieure à l'institution sont autant de manifestations qui prouvent aussi que l'objectif n'est pas tant de proposer un service à des personnes qui ont des difficultés à domicile, mais aussi de trouver une place dans le secteur local des aides et des soins, et plus globalement dans le fonctionnement local quotidien.

> *La commune n'a pas été aux bases des initiatives mais* ***elle a toujours soutenu et suivi le projet****. Les représentants sont des* ***appuis politiques****. Ils n'ont pas mis un franc dans la maison mais on a eu des* ***entrées vers des personnes politiques*** *(…).* ***L'ancien bourgmestre était dans le CA de l'institution*** *parce qu'il était lié avec des mutuelles.* ***Ce n'est plus le cas pour le bourgmestre actuel mais on réfléchit quand même actuellement à une alternative pour l'y intégrer.***
>
> *On essaie de faire du* ***lobbying au niveau de la commune****. On collabore très bien avec la commune qui nous a* ***désigné bureau de vote****. (…)*
>
> *J'écris aussi des articles dans la* ***revue de Morlanwelz****. Ça permet de faire connaître l'institution, ce qui s'y fait et ce qu'il est possible de venir y faire en tant que personnes de l'extérieur.* (Code : 3MD)
>
> *Il y a aussi l'objectif de créer* ***un dispensaire [au sein de l'institution] ouvert sur l'extérieur qui pourrait servir aux habitants de Morlanwelz****. On a comme objectif de développer la santé communautaire, faire des dépistages de diabète, obésité, etc. La maison de repos prend une* ***place de référent santé****. La MR a une expertise au niveau des soins alors pourquoi ne pas s'en servir ? On part vers un* ***système ouvert****. On a aussi des ouvriers très compétents alors* ***pourquoi ne pourraient-ils pas intervenir au domicile des personnes âgées pour réparer, etc. ?*** (Code : 3MD)

L'institution MDM a privilégié, au contraire d'autres projets, une diffusion « sur place », pour perpétuer l'idée d'un espace où les personnes trouvent un lieu d'accueil adapté pour chaque nouvelle étape de leur vieillissement. La diversification des formes d'accueil[111] va dans le sens d'une prise en charge anticipée, d'une forme transitoire entre

[111] Sur un même site, l'institution propose(ra) à terme, l'accueil en résidence-services, en centre de convalescence, en centre *wellness*, en maison de repos, en maison de repos et soins, en court-séjour ou en cantous.

le domicile et l'institution et d'une transition en douceur vers un lieu plus adapté lorsque le besoin se fait sentir.

Cette institution joue un rôle de régulateur dans l'offre de services et de soins et dans la fixation du prix d'accès aux services. Cette gestion de la concurrence lui permet de se déployer, à une échelle locale certes, mais de proposer un projet de grande envergure et de garder le monopole par une offre tellement diversifiée qu'elle est difficilement mise en concurrence par des institutions paires.

> *On n'est pas les meilleurs marchés mais on est une référence pour les services rendus. On joue les régulateurs de prix car pour la qualité, d'autres projets ne peuvent pas demander plus.* (Code : 3MD)

La structure 1T2A est aux antipodes de l'institution MDM du point de vue de la forme de diffusion et de la stratégie de ses créateurs. La première a effectivement opté pour une diffusion par multiplication des sites à travers la Wallonie et Bruxelles. Le caractère excessivement novateur et non-concurrentiel de l'initiative fait certainement partie des raisons qui justifient le mode de diffusion par multiplication : l'absence d'initiatives de ce type, même légèrement dérivées, à l'échelle wallonne procure à ses créateurs la possibilité d'étendre leur projet au-delà de l'échelle locale, d'en fixer les règles (évidemment conformes à la législation) et d'en dessiner les contours (prix, fonctionnement, etc.) à leur guise.

Ce type de diffusion par multiplication est nécessairement en lien avec les objectifs poursuivis par les créateurs du projet et par l'orientation qu'ils veulent donner à la gestion des ressources humaines. Les agents responsables des antennes locales sont formés aux attentes de la direction. S'ils appartiennent tous à une seule et même structure, ils disposent tous aussi d'une autonomie relative qui leur permet de gérer au mieux l'organisation de leur implantation locale. Des réunions intersites sont néanmoins organisées régulièrement. Ce mode d'organisation sert d'une part à conforter le sentiment d'appartenance des travailleurs à une structure identique à tous. D'autre part, il est utile pour rendre les travailleurs autonomes et les laisser entretenir une relation « de personne à personne » avec chacun des binômes « séniors-étudiants » qui participent au projet.

Ces deux exemples, extrêmes l'un et l'autre du point de vue de la stratégie de diffusion adoptée, montrent que les choix posés (consciemment ou non) sont essentiellement fonction du profil du créateur ou du porteur de projet, de la concurrence sur le marché, de l'ancrage dans le système local, du degré de proximité désiré avec les bénéficiaires et du type de gestion des ressources humaines.

11.3 Vers la co-construction des politiques publiques ?

La reconnaissance apportée par le secteur est considérée comme une autre étape importante de l'institutionnalisation des IS. Une autre forme d'institutionnalisation des projets réside dans la relation que les acteurs parviennent à établir avec les politiques publiques en faisant par exemple évoluer le contexte légal. On parle alors de **co-construction des politiques publiques**.

C'est par exemple le cas de 1T2A qui tente actuellement d'introduire une modification des règles concernant la domiciliation et l'imposition des personnes cohabitantes pour que le projet puisse aussi être proposé à chaque personne souhaitant recourir à un mode de cohabitation intergénérationnel, peu importe qu'elle désire ou non qu'il y ait domiciliation de l'étudiant chez le sénior. Cette organisation a proposé une résolution au parlement bruxellois, en passe d'être acceptée. Au moins régionalement donc, cette modification fait office de sanction du projet par le monde politique et institutionnel. Mais cette modification implique que si la proposition se concrétise en une règlementation régionale à plus long terme, les textes légaux soient aussi adaptés au niveau fédéral, qui reste le seul décideur en matière fiscale.

Dans le même ordre d'idée mais à une échelle encore plus avancée, l'expérience de l'institution MDM montre l'existence d'une interaction entre l'IS d'une part, et la législation d'autre part. Ce projet des Cantous était tout à fait neuf en Belgique lorsqu'il a été initié en 1996. Au départ considéré comme pilote en Wallonie, il a servi à la réflexion et la rédaction d'un décret de loi dès 1998 sur les « unités adaptées »[112] et à la définition

[112] Cf. chap. 7 (Normes spécifiques relatives à l'accueil et à l'hébergement des personnes âgées désorientées dans une unité adaptée), Annexe II de l'arrêté du Gouvernement wallon (du 3 décembre 1998) portant exécution du

des normes relatives aux principes du cantou en 2010. Un cantou est aujourd'hui entendu comme respectant cinq principes :

- Un cantou rassemble une quinzaine de personnes, seuil permettant d'allier impératifs économiques d'une part, et stimulation efficace de la personne au sein d'une petite unité ;
- Un cantou est conçu autour d'un projet de vie spécifique, adapté au public accueilli ;
- Un cantou vit avec les familles des résidents ;
- Un cantou est équipé d'un personnel stable (servant de repère au public concerné) et adapté aux besoins des résidents ;
- Un cantou est organisé autour d'une architecture qui vient en renfort à la personne âgée et est de bonne qualité/ergonomique pour les résidents et le personnel (= lieu de vie prothétique).

Au-delà de ces critères, la règlementation fixe des exigences : l'accès à un cantou est par exemple subordonné à l'avis d'un neurologue ; un membre du personnel doit être présent dans chaque unité jusqu'à 21 heures.

Si l'ASBL a contribué à l'élaboration des textes légaux, elle écope en retour d'un certain nombre de contraintes puisqu'elle se voit imposer toute une série de normes qu'elle n'avait pas envisagées et en paie directement les conséquences : l'obligation de la présence de personnel jusqu'à 21 heures accroît le contingent d'heures et l'avis exigé d'un neurologue complique les tâches administratives liées à l'accès aux cantous. L'institution a aussi subi indirectement les effets de la législation : mise en lumière, elle a payé les frais de critiques, les cantous étant parfois considérés de manière extrême, comme des « ghettos pour personnes âgées ».

Si l'adéquation des projets avec les contextes légaux est une condition préalable à la pérennité de l'IS, il s'avère aussi que les projets détiennent une marge de manœuvre sur ce cadre légal qu'ils peuvent acquérir au fil du temps, après avoir « fait leurs preuves ». Cette marge de manœuvre doit être utilisée au maximum car **la co-construction est**

décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (Charlot *et al.*, 2007).

parfois ce qui permet à une IS de passer du stade de l'émergence ou du test à la phase de consolidation. L'absence d'un accord entre législation et IS entrave inévitablement la réalisation du projet.

11.4 Le cas où la co-construction est absente

Dans certains cas évoqués lors des entretiens, l'IS bénéficie par exemple d'un financement pour son lancement ou pour une phase-test mais n'est plus accompagnée par la suite, ni sur le plan financier, ni sur le plan des conditions de sa consolidation. Les organisations qui ont fait l'objet d'études de cas expliquent souvent qu'elles répondent à des appels à projets qui sont des « *one-shot* » qu'elles aimeraient répliquer mais qu'elles ne peuvent poursuivre, **faute d'un accompagnement adéquat par la suite ou encore faute d'une modification en conséquence des règles ou des lois.** Le processus de création de l'activité de garde à domicile en est un bon exemple. Initialement, cette initiative, considérée comme IS en son temps, a été rendue possible par les dispositifs d'aide à l'emploi. Aujourd'hui encore, c'est une activité régulièrement déficitaire. Or son sous-financement met en péril son partage par tous les publics et en particulier les personnes précarisées financièrement. Mais le financement n'est pas seul en cause puisqu'on peut très bien modifier ses pratiques sans argent, comme l'illustre le photogramme par exemple. Dans le cas des gardes à domicile, le métier ne bénéficie toujours pas d'une reconnaissance légale en tant que telle, ce qui complique l'évolution en termes de formation et de carrière des personnes qui le pratiquent. L'accueil familial présente à peu près le même problème. Ces IS illustrent bien la capacité d'un secteur à se saisir d'opportunités (aides à l'emploi ou financement direct) mais aussi le manque de co-construction *a posteriori* pour institutionnaliser l'innovation. Celle-ci se trouve alors dans la situation de voir sa pérennisation sérieusement entravée ou empêchée. Intégrer une étape de consolidation et d'institutionnalisation aux multiples appels d'offre adressés aux entreprises à profit social reviendrait, pour les pouvoirs publics, à garantir une forme de durabilité de leur soutien ponctuel.

Notons enfin que l'existence d'une phase d'institutionnalisation, si elle vise surtout à perpétuer une IS dans le long terme, peut être approchée soit comme l'issue du

processus d'innovation, soit comme une simple étape de la vie d'un projet. La reconnaissance que la phase d'institutionnalisation apporte à un projet innovant peut impliquer un abandon de la force transformationniste d'un projet. Sanctionnée positivement par les bénéficiaires et devenue pérenne ou « légale », l'IS deviendrait alors une nouvelle case parmi l'échiquier d'aides et de soins disponibles pour les personnes âgées. Au contraire, la phase d'institutionnalisation pourrait aussi être conçue comme une nouvelle étape dans le processus de l'IS. Cela suppose alors que le projet se donne encore la possibilité (1) d'évoluer, de s'adapter, de se muer au gré des partenariats et des besoins, (2) d'inspirer d'autres acteurs/secteurs (on parle de « grappes » d'IS ou d'innovations en cascade) ou (3) d'être diffusé dans d'autres espaces (entendus au sens large : géographiques, culturels, sociaux, etc.). Si tout le monde (en particulier la littérature de l'ESS) reconnaît dans l'institutionnalisation la potentialité du développement et de la pérennisation du projet, cette étape nécessite toutefois d'être contrôlée, menée à bon terme et évaluée parce qu'elle est souvent imparfaite ou partielle. L'institutionnalisation joue en faveur de la durabilité et de la pérennisation du projet mais peut aussi être conçue comme une étape dans un processus global, plus qu'une fin en soi poursuivie par l'IS.

12. Comment innover dans la gestion du vieillissement ? Réflexions pour la prospective[113]

La tendance à l'IS des organisations accompagnant les personnes âgées observée en Wallonie comme un élément pèsera dans la gestion du vieillissement à l'horizon 2025-2045. Suite aux études de cas menées dans sept organisations ayant accompli une IS, nous avons pu identifier plusieurs éléments propres à la dynamique d'innovation dans ces organisations (Tableaux 31 à 35). Ces « composantes » de l'IS sont internes ou externes aux organisations. Il ne s'agit cependant pas tant de relever toutes les caractéristiques organisationnelles que d'identifier celles qui constituent des leviers d'action – directs ou indirects – dans le cadre d'un scénario d'encouragement à l'IS. Elles permettent ainsi de

[113] Les réflexions développées dans cette section ont largement bénéficié des exposés et échanges qui ont eu lieu à la conférence de l'UNIPSO le 13/11/2014 "L'innovation sociale, un levier pour le développement régional", et en particulier de l'exposé de M. Farbod Khansari "Panorama des politiques régionales françaises en faveur de l'innovation sociale, impacts et enjeux socio-économiques", responsable de programme à l'Avise (France, http://www.avise.org/decouvrir/innovation-sociale).

réfléchir aux **conditions qui rendraient favorables le développement de l'IS à une plus grande échelle, permettant le déploiement « maximal » de l'IS dans la gestion du vieillissement**.

L'HA et le MD ont servi ici de terrain d'exploration pour comprendre la dynamique d'innovation et pour prendre la mesure de l'intérêt potentiel d'une approche transversale de l'innovation dans d'autres domaines de gestion du vieillissement, que ces domaines soient liés au quotidien des personnes âgées (mobilité, accès à la culture, et aux loisirs, construction de logements accessibles, etc.), de leur entourage (articulation entre travail de care et travail professionnel des aidant-e-s proches, etc.) ou encore dans des problématiques plus « macro » de la protection sociale (assurance aide et soin de long terme, nouvelle organisation du parcours de soin, etc.). La problématique de la gestion future du vieillissement en Wallonie sur laquelle cette recherche s'interroge est évidemment bien plus large que la question du MD et de l'HA. Mais ces deux secteurs nous paraissent particulièrement emblématiques de la dynamique d'innovation sociale avec laquelle la gestion future devra, au moins en partie, être pensée.

Dans les paragraphes suivants, après avoir rappelé la tension fondamentale qui persiste autour de la mise en œuvre de l'innovation sociale et de sa fonction dans le système, nous développons certaines composantes principales de l'IS telles qu'identifiées précédemment, en particulier celles qui offrent des leviers d'action publique les plus intéressants.

12.1 L'innovation sociale et sa fonction dans le système

L'IS est typique de contextes particuliers où elle assure une fonction de détection, d'interprétation et de réponse à une demande sociale. **Elle est par ailleurs fortement réactive au contexte et à la demande sociale**. Les pressions de l'environnement politique ou les crises alimentent les **opportunités ou les contraintes à l'innovation** et façonnent, au moins en partie, le sens, la forme et l'intensité de l'IS. La connaissance fine du terrain de la part des « impulseurs » de l'IS (à travers leur activité professionnelle ou militante, leur expérience personnelle) les positionne au plus près des évolutions de la

demande sociale liée à la prise en charge du vieillissement et leur permet d'identifier les cibles potentielles de l'IS.

La réactivité des IS aux crises ou transitions du système (mais également à des volontés de changement politique, comme observé sur le terrain) pose dès lors la question de la fonction des IS au sein de ce système : constituent-elles, en particulier lorsqu'elles émergent au sein des organisations d'économie sociale (OESS), des amortisseurs souples, flexibles, pragmatiques à la crise économique tout en permettant au système capitaliste de perdurer, en comptant davantage sur la responsabilité des acteurs intermédiaires et moins sur celle de l'Etat? Sont-elles au contraire le lieu d'une expérimentation ambitieuse d'alternatives au système étatique, un lieu de réinvention de l'intervention de l'Etat amené à prendre plus de place dans la phase d'institutionnalisation par exemple ? L'IS est-elle considérée comme un dispositif de diminution des coûts qui s'appuie sur l'ingéniosité des OESS ou est-elle une logique transversale de réalisation des aspirations sociales d'une population âgée en prise avec le risque d'isolement social, de ressources et de services insuffisants pour couvrir ses besoins ? La légitimité de ces deux directions disctinctes ne sera pas discutée ici mais la réponse à cette question dépend du type de soutien à l'IS (moyens financiers, accompagnement législatif, etc.), du niveau de l'action (régional ou communal, individuel ou organisationnel) et de la méthode pour innover (approche transversale ou agence dédiée) (Tableau 31). **Deux formes du rapport de la fonction de l'IS à l'économie et aux politiques sociales (l'un plus marchand, l'autre plus citoyen) se trouvent ici soulevées dont il doit être tenu compte dans l'élaboration des scénarios finaux de gestion du vieillissement.**

Composante	Dimensions de la composante à partir des cas étudiés	Leviers d'action sur la composante
Réactivité à un contexte de crise ou de changement	• Crise économique (= innovation sous contrainte) • Volonté de changement transversale de la part des politiques (simplification administrative) (= innovation par opportunité) • Contexte légal	• Approche transversale de l'IS dans les politiques publiques (régionales, politiques d'emploi, etc.) : approche d'innovation « dédiée » • Agence locale pour l'IS (sur le modèle de l'innovation technologique) dédiée en particulier aux objectifs de la co-construction

Tableau 31: Récapitulatif : l'IS dans le système

12.2 Comprendre l'aspiration au changement

En conséquence de ce nous avons dit précédemment, le potentiel innovant des projets dépendra de la marge de manœuvre laissée respectivement aux acteurs de terrain, aux administrations publiques et aux bénéficiaires dans le cadre de la gestion du vieillissement par l'innovation. Mais dans tous les cas de figure **une bonne compréhension de la demande sociale est fondamentale**. Les projets étudiés témoignent – pour certains – de la volonté des acteurs d'opérer un vrai changement systémique même si l'IS en soi n'a que le statut de « petite pierre » apportée à l'édifice. Il y a un projet de société derrière l'IS auquel il faut rester attentif et qu'il est important d'opérationnaliser. Le projet 1T2A ne vise pas seulement le partage d'un même toit, mais aussi la diffusion d'une autre culture de l'échange entre générations. C'est aussi indirectement l'objectif poursuivi au sein de l'institution ADV qui tire profit de la présence de deux générations situées aux extrémités de la pyramide des âges pour fonder un projet de vie autour de l'échange de services, d'une présence, d'une écoute, d'un soutien mutuel. Les projets ASP, LLS et DLVLS investissent quant à eux des modes d'agir lorsqu'il est question de prise en charge des personnes âgées. Cette dernière ne se limite pas seulement à une aide dans les activités quotidiennes, mais elle peut aussi inclure des nouvelles dimensions (présence ou accompagnement, suivi psychologique, suivi ergonomique) portées par ces projets et qui contribuent au bien-être global des aînés.

Remonter jusqu'aux aspirations, aider à les concrétiser en besoins, à les détecter et les mettre en œuvre concrètement peut devenir une ligne de force d'une politique d'IS régionale. Plusieurs pistes sont pratiquées sur notre terrain (colonne 2 du Tableau 31) ou évoquées dans la littérature (colonne 3 du Tableau 31).

Les cas étudiés ne permettent pas de conclure à l'existence d'un souhait cohérent et partagé de développer par exemple une véritable alternative au parcours de soin actuel ni d'agir dans le sens d'une approche « bio-psycho-sociale » et non pas seulement médicale du vieillissement. Mais la dimension du changement des mentalités est un enjeu des innovations dans le MD et l'HA et elle fait partie des composantes de l'IS qui doit être traitée dans une approche prospective. Cette question concerne à la fois les **changements de mentalité chez les personnes âgées à aider** (puisqu'une innovation sociale suppose un changement dans l'ordre préétabli et la manière de consommer le service rendu) **et chez les personnes qui les aident** : le terrain reste attaché à l'idée qu'une personne âgée n'est pas une personne qui ne sait plus rien faire, au contraire.

L'innovation sociale repose parallèlement sur un **changement de mentalité chez les porteurs de projets** pour qu'ils développent le goût pour la création et leur réactivité pour se saisir d'opportunités particulières (appels à projets, etc.) qui leur permettent de concilier durabilité, finalité sociale et caractère solidaire pour leur(s) initiative(s). La dimension normative de l'innovation sociale amène aussi le chercheur à se placer dans une posture basée sur les **valeurs de l'innovation sociale**. Le partage et l'hybridation (des ressources), ainsi que le rôle majeur joué par les principes de réciprocité et de redistribution font notamment partie des valeurs de l'innovation sociale, et plus globalement des valeurs de l'ESS.

L'approche par processus d'innovation sociale offre l'opportunité de réfléchir **aux nouveaux vecteurs d'innovation**, aux manières par lesquelles on crée l'innovation (par exemple l'utilisation de technologies pour e-54, l'architecture dans le cadre de MDM).

Le transfert de compétences est également une **occasion de changer les mentalités dans la façon de concevoir les personnes âgées et leur prise en charge.** Une des personnes interviewées évoque l'idée d'adapter la prise en charge à l'idée de

« trajet de vie », où les services qui prennent en charge les usager-e-s les accompagnent aussi dans les transitions entre services ou dans leur retour à la maison.

> *On estime que* ***le transfert de compétences est une opportunité pour mettre à plat l'offre de service au niveau des coûts et de leurs performances, en essayant de favoriser un parcours de vie où les personnes s'y retrouvent, avec des « va-et-vient » si nécessaire et où les acteurs aident les personnes à faire les transitions****. On doit se redire que* ***c'est les mêmes publics à différentes périodes de vie*** *: je vais être à la clinique, vivre en couple, à la maternité, etc. La même personne fera tout ce trajet-là. Cela demande de repenser les interfaces entre l'aide apportée par les professionnel-le-s et la famille, les acteurs du soin etc.* (Code : PR7)

Aujourd'hui, chaque service compétent traite les bénéficiaires en rapport avec un « problème » (handicapés, personnes âgées, etc.) et s'occupe très peu des phases de transition entre étapes pour les personnes. L'approche par « parcours de vie » – beaucoup plus intégrée dans une vision globale de la dépendance comme évolution « normale » et inévitable des vivants – est **une des pistes d'innovation qui permettrait d'envisager l'aide aux personnes de manière moins parcellaire,** davantage en phase avec leur parcours de vie « normal » qu'avec un état considéré comme « défaillant » à un moment donné.

Composante	Dimensions de la composante à partir des cas étudiés	Leviers d'action sur la composante
Une bonne compréhension de la demande sociale ; besoins détectables	• Identification des besoins et réponses apportées par des acteurs « déjà » sur le terrain • Des sources d'inspiration multiples et fondamentales (expérience professionnelle, motivations sociales ou politiques)	• Créer des outils de détection de la demande sociale • Sensibilisation et formation : permettre de repérer les opportunités d'IS • Outil de diagnostic du potentiel d'IS • Mobilisation concomitante des acteurs sociaux, des entreprises privées et des pouvoirs publics dans l'identification des opportunités d'IS

Tableau 32: Récapitulatif : la compréhension de la demande sociale et de l'aspiration au changement

12.3 Éléments pour « gérer » et limiter le risque lié à l'IS

La question de la prise de risque est une composante plus pragmatique – mais néanmoins importante – de la démarche d'innovation. Elle est présente au démarrage, au moment du changement d'échelle et dans la phase d'institutionnalisation. Il est apparu des observations que l'implication d'autres acteurs – chercheurs, porteurs d'initiatives plus anciennes et structures d'accompagnement – permet une meilleure connaissance des pièges à éviter. La mise en réseau augmente l'acceptabilité du projet et assure un meilleur soutien, la mise en phase de test de l'IS limite également les risques d'échec et ses conséquences. Les facteurs influençant le risque et les stratégies pour le contourner de la part des acteurs sont donc à prendre en considération dans l'établissement d'un scénario d'innovation sociale (Tableau 33).

Composante	Dimensions de la composante à partir des cas étudiés	Leviers d'action sur la composante
Éléments pour « gérer » et limiter le risque lié à l'IS	• Présence d'une phase de test • Goût pour le risque (type de leadership) • Stratégie de mobilisation d'un réseau et de ressources réciprocitaires pour limiter le risque • Mode de financement innovant (hybridation des ressources) intégrant le risque et le besoin d'innover (et pas d'accumuler) • Co-production (soutien politique, adossement, hébergement)	• Créer des techniques de pilotage de l'IS • Outil de financement des IS • Dégager des moyens financiers et non monétaires pour financer les IS, budgets « fléchés »

Tableau 33: Récapitulatif : la gestion du risque

12.4 Détectabilité des bénéfices collectifs de l'IS

Les études de cas ont, pour différentes raisons, livré peu d'informations sur le coût des projets. Il eut été intéressant pourtant d'interroger les ressources des IS sous l'angle

à la fois de l'hybridation et de la rentabilité. Pour cela, il y a lieu d'élaborer une méthode de mesure de la valeur des différentes ressources non monétaires mobilisées, de les valoriser et d'établir la condition de rentabilité du projet. Dans l'approche entrepreneuriale, l'IS doit être rentable, même si ce n'est pas l'objectif ultime. La question du profit est généralement absente. Elle intervient uniquement lorsque les organisations ont besoin d'investir, sinon ce n'est pas ce qu'elles recherchent. Dans l'approche décrite par Nyssens (2015) comme « forte » et par Besançon et Chochoy (2014) comme « institutionnaliste », l'IS doit avant tout remplir son objectif social, l'autonomie financière venant de surcroît et grâce à l'hybridation des ressources. Dans ce cadre, il est logique d'aborder la rentabilité du projet en même temps que son impact sur les individus et la société, par exemple à travers le **calcul des coûts évités** – pour les acteurs publics et privés – de l'existence d'une IS. Ici, l'ambition des projets analysés dans le MD est directement ou indirectement, de retarder l'entrée en institution, soit en rompant l'isolement des personnes âgées (1T2A, LLS), soit en agissant sur leur bien-être physique et psychique (ASP, DLVLS). Le « temps gagné » sur l'institutionnalisation devrait être évalué financièrement dans le calcul de la rentabilité d'une IS[114]. L'évaluation par les coûts évités est une technique d'évaluation de l'impact mais il serait important d'en construire d'autres grâce à la participation des bénéficiaires notamment. Quel périmètre adopter pour les identifier ? La mesure de l'impact – et donc de la rentabilité étendue du projet – est tributaire de la définition de l'IS et de la caractérisation des bénéficiaires directs et indirects du service innovant. Dans le cadre du MD ou de l'HA, il s'agit par exemple de l'entourage qui trouve un soutien dans l'aide qu'elle a à accomplir.

Composante	Dimensions de la composante à partir des cas étudiés	Leviers d'action sur la composante
Détectabilité des bénéfices collectifs de l'IS	• Acceptabilité, • Reconnaissance par les bénéficiaires	• Outil de détection du potentiel « social » d'une innovation : potentiel de co-production (dans l'élaboration de l'IS et dans sa mise en œuvre), • Outil de mesure d'impact

Tableau 34: Récapitulatif : Détecter les bénéfices collectifs

[114] C'est en partie ce qui est fait dans l'évaluation des projets P3 (Cès *et al.*, 2014).

12.5 Changement d'échelle, diffusion et institutionnalisation : le rôle indispensable des pouvoirs publics

Un contexte favorable à l'innovation n'implique pas nécessairement l'émergence de l'IS ni sa diffusion. L'absence de co-construction, par manque d'adaptation des financements à l'activité exercée ou par manque d'adaptation des textes légaux, sont certainement des facteurs restrictifs des IS. Au total, si les possibilités pour des IS d'émerger existent, les conditions dans lesquelles elles se consolident et s'institutionnalisent sont fondamentales. La question de la bonne forme juridique se pose souvent dans l'innovation sociale que ce soit au début (1T2A se heurte à la législation sur la domiciliation) ou en cours de route (LLS hésite à se transformer en ASBL). Une aide à « l'institutionnalisation » à partir de la réflexion sur le contexte juridique et sur les modifications de ce contexte devrait d'emblée être incluse dans la promotion de l'IS.

Il y a une volonté des acteurs du MD et de l'HA d'innover et il y a des expériences de soutien aux IS dans d'autres pays européens qui pourraient inspirer les pouvoirs publics wallons. On peut également espérer que le milieu de la recherche et les acteurs de terrain ont aujourd'hui suffisamment de recul pour travailler ensemble à définir les critères d'une IS et pour définir une politique publique de soutien à l'IS.

Composante	Dimensions de la composante à partir des cas étudiés	Leviers d'action sur la composante
Diffusion et institutionnalisation	• Co-production (soutien politique, adossement, hébergement) • IS devenue norme légale	• Outil de détection du potentiel de diffusion (essaimage, reproduction, scaling-up, etc.) • Accompagnement au changement d'échelle

Tableau 35: Récapitulatif : Diffusion et institutionnalisation

13. Conclusions

La recherche a permis de faire apparaître différents résultats sur lesquels nous revenons dans la conclusion. Pour rappel, ce WP a vocation d'explorer les expériences innovantes du MD et de l'HA. Il interroge les facteurs qui ont joué un rôle important dans la création et le développement des IS de ces secteurs. Trois hypothèses étaient formulées à partir de la littérature et concernaient (1) l'imbrication des dimensions sociales et technologiques des IS, (2) l'hybridation des ressources comme facteur d'émergence de l'innovation et (3) la faible co-production en lien avec la capacité de participation du public bénéficiaire dans le MD et l'HA.

13.1 Des IS multidimensionnelles … mais surtout « sociales »

Le terrain a permis d'observer une forme d'imbrication des dimensions sociales et techn(olog)iques dans le processus de production d'une IS. Mais ce trait n'est pas propre au terrain du MD et il faut dépasser ce simple constat pour tenter de comprendre comment certaines technologies, techniques ou outils (qu'ils soient virtuels ou matériels) se prètent (ou non) à une dimension sociale et en quoi, dans l'usage qu'ils en font, les acteurs y ajoutent eux-mêmes de la valeur sociale, parfois même en contournant certaines limites inhérentes à ces nouveaux dispositifs. Une TIC, une architecture nouvelle ou un outil de domotique, par exemple, peuvent être conçus dans le cadre de la mission sociale d'une organisation mais « l'esprit » social de l'innovation ne sera acquis que dans l'usage qui en est fait, et grâce à la volonté des concepteurs de la partager et de la diffuser. En fait, la dimension sociale de l'innovation peut s'acquérir lors de la phase de conception, dans l'usage ou encore dans la diffusion et/ou institutionnalisation de l'innovation et l'imbrication des dimensions sociales et tech(nolog)iques n'est jamais acquise définitivement. Certaines variables comme le type de projet (MD, HA, IS sur le processus ou le résultat), l'expérience/expertise des porteurs de projets, le degré d'attachement au principe de proximité la présence d'offre concurrente dans le système local d'aides et de soins, le type de gestion des ressources humaines adoptées lors du passage à une échelle supérieure ou encore les modalités de la diffusion ne sont pas anodines. Elles définissent

l'épaisseur et la teneur de la dimension sociale de l'innovation. Le terrain nous enseigne d'ailleurs la grande variance entre phases et entre cas sur cette dimension sociale.

13.2 Des ressources hybrides et partagées

Les IS observées se sont produites au niveau d'une organisation. Nous n'avons pas observé spécifiquement le niveau des politiques publiques au-delà de l'institutionnalisation – ou non – de l'IS. Les observations viennent confirmer l'idée que les organisations d'ESS jouent le rôle d'innovation, d'impulseur, et que celui-ci n'est pas réservé aux pouvoirs publics. **Mais les infrastructures publiques continuent de jouer un rôle important dans ces initiatives**. Certaines IS s'adossent à une structure publique existante (comme les CPAS ou les mutuelles) ou ont été soutenues ou hébergées par elle. Les infrastructures publiques ne peuvent pas toujours remplir leur mission auprès de tous les publics. C'est donc là que des IS spécifiques prennent le relais, en s'associant à des nouveaux acteurs et, surtout, à des ressources multiples. L'IS dans le MD et l'HA repose en effet sur des modes de financements hybrides et sur des articulations originales et spécifiques des ressources, dont le partage est une forme originale et abondamment pratiquée. L'absence de financement structurel explique en partie cette hybridation qui nécessite une **recherche active de ressources mixtes** (du marché, de la redistribution, de la réciprocité et de l'administration domestique). Les processus d'innovation accorde une **place prépondérante aux ressources réciprocitaires** (rôle central des volontaires et des bénévoles ou don de « temps » de la part des travailleurs ou des responsables), **de la redistribution** (subsidiations et subventions publiques) **et de l'administration domestique** (rôle central de l'entourage proche des bénéficiaires, des réseaux et des responsables de projets).

13.3 La dimension de participation remise dans son contexte : un point commun aux approches prospectivistes et d'IS

Co-production et co-construction illustrent la participation active à différents niveaux comme facteur imputé à la définition d'une IS. Ces dimensions présentent toutefois des caractéristiques spécifiques pour notre terrain. D'une part, **la co-**

production est, certes présente, mais en faible « quantité » et selon des modalités propres au secteur de l'aide aux personnes âgées, c'est-à-dire des bénéficiaires qui peuvent ne pas être à même de « participer » comme on pourrait l'attendre d'eux. Elle porte principalement sur **l'identification d'un besoin particulier et la transformation du bénéfice chez les bénéficiaires**. Du côté des travailleurs, elle concerne essentiellement **l'organisation de leur temps de travail, leur autonomie, leur créativité et leur pouvoir** – limité tout de même – **de décision**. En revanche, on observe une importante participation des réseaux extérieurs à l'organisation. L'accompagnement/l'expertise scientifique (comme ressource) joue ainsi un rôle de garant dans le développement de l'IS, par la réduction de la prise de risques et la préservation de l'identité sociale initiale de l'innovation.

La **co-construction** concerne davantage la relation que parviennent à établir (ou non) les acteurs de terrain avec les politiques publiques. De nouveau, **la réalisation de cette étape est fonction du type de projet étudié** (MD ou HA ?). Certains des cas étudiés présentent une relation interactive (et parfois à double-tranchant) avec le secteur politique. Ils parviennent, au mieux, à influencer les décisions et, par exemple, la législation, pour pouvoir mettre en place, valoriser et pérenniser leur projet. La co-construction n'est toutefois pas une évidence. **Son existence est aussi fonction de l'accompagnement** (financier ou organisationnel) **des projets et, surtout, de la reconnaissance légale accordée au service concerné**.

14. Annexes

14.1 Annexe 1 : Guide d'entretien des personnes-ressources (interrogées en vue du déploiement de la méthode DELPHI)

Personne

Date de l'entretien

Durée de l'entretien Début :

Fin :

Durée :

Lieu de l'entretien

Objectifs

1. **Identification des besoins par l'acteur**

   a. Qu'est-ce que l'acteur identifie comme besoins criants pour le MD/l'HA des personnes âgées

   b. Dans quelle mesure l'existant répond-il aux besoins/attentes des populations âgées ?

   c. Qu'est ce qui est « déficient » ou « déficitaire » en Wallonie ?

2. **Participation de l'acteur à des innovations en termes de MD, d'HA ou de prise en charge des personnes âgées plus globalement**

   a. A quel(s) projet(s) identifiés par vous comme innovants avez-vous participé ? Y avez-vous participé en tant qu'initiateur, participant, collaborateur, autre ?

b. Avez-vous des collaborations avec les maisons médicales ?

c. Y a-t-il des projets d'ergonomie auxquels vous participez ?

3. Identification d'innovations sociales intéressantes à analyser du point de vue de leur reproductibilité à plus large échelle

a. Quelles peuvent être les IS intéressantes à étudier du point de vue de leur reproductibilité d'après l'acteur ?

b. S'il y a mise en place d'IS et extension de certaines à plus large échelle, quelles sont celles à privilégier compte-tenu des attentes des populations âgées d'une part, et des attentes de l'acteur d'autre part ?

4. Innovations sociales permettant une prise en charge des aidants proches ?

a. Qu'est-ce qui est fait à l'égard des aidants par l'acteur ?

b. Quel type d'IS doit être pris en compte si l'analyse vise aussi des initiatives permettant une prise en charge – même indirecte – des aidants proches ?

5. Scénarios d'avenir envisagé par l'acteur en termes d'innovations sociales

a. Quelle priorités pour l'avenir (scénario) : aider les aidants, les dépendants ? …Le MD plus que l'institutionnalisation ?

14.2 Annexe 2 : Guide d'entretien (résumé[115]) – Responsable du projet

Présentation du projet innovant

- Quels objectifs ?
- Quel public ?
- Quels services proposés ?
- Caractère novateur par rapport à l'existant ?
- Dimension intergénérationnelle ?
- Le projet est-il une réponse à un besoin particulier ?

Historique/évolution du projet

- Quelles grandes tendances d'évolution ?
- Identification de phases : émergence ? test du projet ? diffusion ? institutionnalisation ?
- Durée des phases
- Stabilité du contexte ?

Changements internes ou externes ?

- Modifications de l'image de la personne âgée ?
- Émergence de nouvelles considérations/organisations ?

Caractéristiques personnelles qui ont amené à la participation au projet ?
Analyse des ressources socioéconomiques et identification de différents types à différents moments : utilisation du « répertoire des ressources »
Organisation interne

- Organisation d'une journée de travail ?
- Comment se fait la prise de décision ?

Identification de freins ou d'adjuvants au projet ?

- Acception sociale ?
- Faisabilité économique ? Faisabilité politiques ?
- Preuves d'institutionnalisation ? de création de normes ?

Prise de risque via la mise en place du projet ?
Dimension participative (travailleurs ? résidents ? autres ?)
Réseau horizontal

- Quelles aides ? Quelles contributions ? Qui ?

[115] Le questionnaire complet peut être disponible sur demande.

14.3 Annexe 3 : Guide d'entretien (résumé[116]) – Initiateur du projet

Histoire personnelle

- Parcours qui a amené à initier le projet
- Comment le projet a-t-il été mis en place ?
- Caractéristiques personnelles liées à l'implication dans le projet
- Perception de la mission ? quelle implication attendue ?
- Quel rôle, quelle implication dans le projet ?

Structure et perception de l'institution

- Objectifs poursuivis ? au départ vs. maintenant ?
- Histoire du projet ? qui y a participé ? quelle place était laissée aux travailleurs ? aux résidents ?
- Capacité d'accueil, profil du public
- Évolution des services depuis le début de l'institutionnalisation ? autres changements perçus ?
- Caractère novateur : est-ce que le projet se distinguait/se distingue de ce qui était/est fait ailleurs ? comment ?
- Est-ce que le projet répond(ait) à un besoin particulier ?
- Critiques positives/négatives du projet ?
- Public cible : population totale ou partie sélectionnée ?

Contexte d'émergence et phases du projet

- Effet du contexte (éco, pol, soc) sur la mise en place du projet ?
- Instabilité du contexte ?
- Contexte politique de l'époque : au point de vue local et régional
- Phases du projet et articulation (émergence, expérimentation, diffusion, institutionnalisation – création décret –)
- Évolution de la mission à travers les différentes phases ?
- Changements impliqués par le projet : modification de la façon de travailler ailleurs, du regard vers les personnes âgées, etc.
- Initialement, y avait-il prise de risque ?

Identification de freins/incitants pour recourir aux services proposés ?
Dimension participative

- Activités de gouvernance : participation à des conseils, à des prises de décision, participation administrative, etc.
- Question sur la prise de décision : comment se fait-elle ? quelle place est laissée aux travailleurs ?

[116] Le questionnaire complet peut être disponible sur demande.

- Mode de gouvernance ? quelle place laissée à quels acteurs ?
- Aspect démocratique prôné. Ex : ouverture d'un bureau de vote dans l'institution => objectif : ne pas isoler les PA de leur vie de citoyen => est-ce suffisant pour y remédier ?

Durabilité du projet

- Durabilité économique : projet économiquement reproductible ?
- Durabilité politique : en accord avec la législation ? existence de normes en faveur/défaveur du projet ?
- Durabilité/acception sociale du projet

14.4 Annexe 4 : Guide d'entretien (résumé[117]) – Travailleur

Histoire personnelle

- Parcours qui a amené à participer au projet
- Comment s'est fait l'entrée ?
- Caractéristiques personnelles liées à l'implication dans le projet
- Perception de la mission ? quelle implication attendue ?

Structure et perception de l'institution

- Objectifs poursuivis ?
- Capacité d'accueil, profil du public
- Évolution des services depuis le début de l'institutionnalisation ? autres changements perçus ?
- Caractère novateur : est-ce que le projet se distingue de ce qui est fait ailleurs ? comment ?
- Est-ce que le projet répond à un besoin particulier ?
- Critiques positives/négatives du projet ?
- Public cible : population totale ou partie sélectionnée ?

Identification de freins/incitants pour recourir aux services proposés ?
Dimension participative

- Activités de gouvernance : participation à des conseils, à des prises de décision, participation administrative, etc.
- Question sur la prise de décision : comment se fait-elle ? quelle place est laissée aux travailleurs ?
- Groupe de travailleurs ? représentants ? si oui qui ? comment est-il choisi ?

Organisation du travail

- Comment se fait l'organisation du travail et des tâches à accomplir ?
- Facilités/difficultés dans la façon de travailler ?
- Quel degré de liberté laissé aux travailleurs ?

[117] Le questionnaire complet peut être disponible sur demande.

14.5 Annexe 5 : Guide d'entretien (résumé[118]) – Bénéficiaire des services (personne institutionnalisée)

Histoire personnelle

- Parcours qui a amené à être institutionnalisé
- Choix de l'institution, comment a-t-il connu le projet ?
- Comment s'est fait l'entrée en institution ?
- Explication de la vie quotidienne et des activités qui la rythment

Structure et perception de l'institution

- Objectifs poursuivis ?
- Capacité d'accueil
- Évolution des services depuis le début de l'institutionnalisation ? autres changements perçus par le bénéficiaire que ceux concernant les services proposés ?
- Caractère novateur : est-ce que le projet se distingue de ce qui est fait ailleurs ?
- Si caractère novateur identifié, est-ce la raison pour recourir à cette institution ?
- Est-ce que le projet répond à un besoin particulier ?
- Perception des services reçus : comment percevez-vous les services reçus ? répondent-ils à vos attentes/besoins ?
- Critiques positives/négatives du projet ?
- Public cible : population totale ou partie sélectionnée ?

Identification de freins pour recourir aux services proposés ?
Dimension participative

- Activités quotidiennes ?
- Activités de gouvernance : participation à des conseils, à des prises de décision, participation administrative, etc.
- Question sur la prise de décision : comment se fait-elle ? quelle place est laissée aux résidents ?
- Groupe de résidents ? représentants ? si oui qui ? comment est-il choisi ?
- Organisation d'activités ?

Implication des proches dans la vie de l'institution

[118] Le questionnaire complet peut être disponible sur demande.

14.6 Annexe 6 : Identification des types de ressources mobilisées

Ressources du marché	Prix payé par le(s) consommateur(s) de services - Vente de parts ? - Vente de titres de propriété ? - Revenus de loyers ? - Participation aux frais ? - Autres ?	**Ressources de la réciprocité**	Dons monétaires Dons non monétaires - Participation de bénévoles ? - Participation de volontaires ? - Participation d'usagers ? - Autres ?
Ressources de la redistribution	Emprunts bancaires Cotisations de membres Subsides/financements publics ? - Subventions ? - Subsides ? - Primes de pouvoirs publics ? - APE, aides à l'emploi ? - Déduction d'impôts, réduction des charges sociales ? - Prestations versées aux usagers pour l'utilisation de services ? - Autres ?	**Ressources de l'administration domestique**	Ressources partagées Aide, implication de l'entourage proche (ex : famille, village, etc.) Effets du réseau

Tableau inspiré des sources suivantes : Gardin, 2006a et Gaiffe, 2010 : 26.

14.7 Annexe 7 : Répertoire des ressources économiques mobilisées au sein des projets analysés lors de la phase de consolidation

Ressources	1T2A	DLVLS	ASP	ADV	MDM	LLS	e-54
Période	2013	2013		2013	Situation au 19/11/2014	2013	
RESSOURCES DU MARCHÉ							
Prix payé par le consommateur	/	/	5.5€ ou 11€ selon les situations et par consultation (peut durer 1 ou 2 hrs) (pas un montant significatif !)	42.90€ par jour et par résident	45€ par jour et par résident	/	/
Emprunts bancaires	Pas d'emprunt mais avance de trésorerie par Partenamut (20.000€)	/	/	Emprunts bancaires pour gros travaux (ex : extension bâtiment)	Emprunts bancaires hypothécaires (+- 8.000.000€)	/	/
Investissements de particuliers	Etude sur les types de logements intergén. dans le monde réalisée pour Partenamut (1.500€)	/	/	/	/	/	/
Cotisations de membres	Cotisation de 250€ par membre (42.315€)	/	/	/	/	/	/
RESSOURCES DE LA RÉCIPROCITÉ							
Dons monétaires	/	/	/	Dons monétaires pour activités pour enfants (Lion's, Rottary, banques, particuliers, etc.)	/	/	/
Dons non monétaires	Réciprocité jugée très importante : formes de bouche-à-oreille pour faire connaître l'ASBL Un senior adhérent de l'Asbl fait partie du CA.	/	/	Intervention de bénévoles pour activités MR (env. 1 ou 1.5 ETP)	+- 4 bénévoles Dons très occasionnels (après décès la famille laisse du mobilier qui est redistribué aux résidents)	+-25 bénévoles qui s'investissent au moins 2 heures par semaine (soit l'équivalent d'environ 1.5 ETP)	/
Ressources partagées	Mise à disposition de personnel par certaines communes pour y gérer les agences locales. Locaux prêtés par Partenamut pour entretiens avec	Mise à disposition d'un local, de matériel, de personnel (aide ponctuelle) et prise en charge des frais énergétiques par le CPAS concerné	Mise à disposition de bureau (+ mobilier), comptable, service du personnel, service facturation, matériel informatique et prise en charge des frais	Secrétariat, direction, équipe de cuisine et équipe technique : en commun avec l'activité d'hébergement pour enfants	/	Mise à disposition de personnel par la MC (2 personnes, +-2hrs/sem) Mise à disposition de locaux, d'une ligne téléphonique et du service d'envoi par la MC	Partage du service informatique avec Solidaris

Ressources	1T2A	DLVLS	ASP	ADV	MDM	LLS	e-54
	personnes intéressées par projet		énergétiques par CPAS concerné				
RESSOURCES DE LA REDISTRIBUTION							
Subsides Financements publics	Subsides de la COCOF, du Ministère du logement de la RW et de l'AIPL de la Région bruxelloise. 65% des rentrées sont des subsides (plus précisément 53% + 12% du Forem sous forme d'APE)	Financement de l'entièreté du projet par INAMI (protocole 3) jusqu'en décembre 2014 et à hauteur de 73.000€ pour l'année 2013	Financement de l'entièreté du projet par INAMI (protocole 3)	Subventions INAMI: 19.90€/jour/résident Subventions ONE pour la partie enfant (750 000€/an) Subsides sous forme APE pour la partie enfant	Subventions Inami : 50€/jour/résident Subventions Inami pour projet-test (aile pour sclérose en plaque) Subsides sous forme APE, activa Appels à projets (RW, ...) Subventions des mutuelles : 30€/jour/résident pour le centre de convalescence Subventions communales (art. 60) Subsides de la RW pour la construction des cantous	Subventions de la MC Financement des tracts pour présenter le projet par la MC Financement des encarts dans le journal de la MC Subsides de la province du BW (5000€) pour la formation des bénévoles, le développement d'ou-tils de promotions et le financement d'équi-pements du service.	/
RESSOURCES DE L'ADMINISTRATION DOMESTIQUE							
Aide, implication de l'entourage proche	Implication de l'entourage des travailleurs de l'ASBL (ex : enfants du couple responsable, entourage des employés pour la réalisation de films, etc.)	/	/	Implication des familles des résidents (ex : en cas de sortie) Implication de l'entourage de certains travailleurs	Peu de participation sauf dans les structures cantous qui sont, par définition, des projets participatifs	La présence de l'entourage familial est un plus (pour cerner la personne aidée et coller à ses évolutions) mais ce n'est pas crucial.	/
Entraide mutuelle entre bénéficiaires	/	/	/	/	/	/	/
Effets des réseaux	Renseignements du projet par autres intervenants Collaboration et entraide avec autres associations (Gymsana, Ashoka, etc.)	Renseignements du projet par autres intervenants internes (du CPAS) ou externes (conseil consultatif des aînés, services sociaux hospitaliers, etc.). Ressources jugées très importantes	Renseignements du projet par autres intervenants Échanges occasionnels avec d'autres porteurs de projets	/	/	/	Beaucoup d'échanges avec la DGO5 (RW)

15. Références utilisées

Action sociale et Santé, SPW, DGO5 (2012). *Politiques wallonnes en faveur des aînés*, SPW Editions, Tout Savoir, Direction générale opérationnelle des pouvoirs locaux, de l'action sociale et de la santé, Jambes, 23 p.

Adalbert, E., Ewert, B. et Brandsen, T. (2014). *Social Innovations in European cities, a reader from the WILCO Project,* url: www.wilcoproject.eu/book/chapters/about-this-book/.

Albarello, L. (2011). *Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*, De Boeck, Bruxelles, 144 p.

Amar, A., Berthier, L. (2007). Le nouveau management public : avantages et limites, *Gestion et Management Publics*, vol.5, 14 p.

Ayerbe, C., Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel, *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 10(2), 37 – 62.

BEPA (2010). *Empowering people, driving change : Social Innovation in the European Union*, Bureau des conseillers de politique européenne.

Besançon, E. et Chochoy, N. (2014). Les marqueurs de l'innovations sociale : un exemple de recherche partenariale contribuant à l'ammorce de nouvelles trajectoires d'innovation, *communication présentée à la 4ème edition du colloque international du CRISES.*

Besançon, E., avec la participation de Boidin, A., Dejonghe C. et Levasseur, S. (2014). *Les marqueurs d'Innovation sociale : un exemple de recherche partenariale contribuant à l'amorce de nouvelles trajectoires d'innovation,* communication réalisée lors de la 4e édition du Colloque international du CRISES, « La transformation sociale par l'innovation sociale », 3-4/04/2014, Montréal, Québec (abstract disponible sur : http://crises.uqam.ca/upload/files/Colloque_international_2014/Textes_de_conf %C3%A9rence_CRISES_2014_v.5.pdf).

Besançon, E., Chochoy, N. (2014). *Les marqueurs d'Innovation sociale : un exemple de recherche partenariale contribuant à l'amorce de nouvelles trajectoires d'innovation*, Communication au colloque international du CRISES (4e édition) « LA transformation sociale par l'innovation sociale, 3-4 avril 2014, url : http://crises.uqam.ca/upload/files/Colloque_international_2014/4E_Besan%C3% A7on-Chochoy.pdf.

Besançon, E., Chochoy, N., Guyon, T. (2013). *L'innovation sociale. Principes et fondements d'un concept*, Série Economie et Innovation de L'Harmattan, 160 p.

Booto Ekionea, J.-P., Bernard, P., Plaisent, M. (2011). Concensus par la method Delphi sur les concepts clés des capacities organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances*, Recherches qualitatives*, vol. 29(3), pp. 168 – 192.

Bouchard, C. (1999). *Contribution à une politique de l'immatériel. Recherche en sciences humaines et sociales et innovations sociales*, Conseil québécois de la recherche sociale, Groupe de travail sur l'innovation sociale.

Bouchard, M. J. (2006). L'innovation sociale en économie sociale*, Cahier de la Chaire de recherche du Canada en économie sociale*, n° R-2006-01, Collection Recherche, Bibliothèque national du Québec, 23 p.

Bouchard, M.J., Lévesque, B. (2014). L'économie sociale et l'innovation. L'approche de la régulation au cœur de la construction québécoise de l'économie sociale, in Lévesque, B., Fontan, J.-M. et Klein, J.-L., *L'innovation sociale. Les marches d'une construction théorique et pratique*, Québec, Presse de l'Université de Québec, pp. 125 – 152.

Bureau fédéral du Plan (BFP) et Direction générale Statistique et Information économique (DGSIE) (2014). *Perspectives démographiques 2013-2060. Population, ménages et quotients de mortalité prospectifs*, 59 p., url : http://www.plan.be/admin/uploaded/201404150736140.FORPOP1360_10697_F.pdf.

Caillé, A. (2006). Don in Laville, J.-L., Cattani, A. D. (dir.), *Dictionnaire de l'autre économie*, collection folio actuel, Paris, 172 – 179.

Cès, S., Van Durme, T., Schmitz, O., Macq, J., Maggi, P., Delye, S., Gosset, C., De Almeida Mello, J., Declercq, A., Lopez Hartmann, M., Remmen, R. (2014). *Scientific evaluation of projects of alternative forms of care or support of care for frail elderly, in order to allow them to maintain their autonomy and to live independently in their homes. "Protocol 3". Summaries*, 98 p., url : http://www.inami.fgov.be/care/fr/residential-care/alternative_forms/pdf/SyntheticReport%200606.pdf.

Charlot, V., Guffens, C., avec la collaboration de Driesens J. (2007). *Où vivre entouré ? L'accueil des personnes âgées atteintes de démence dans les lieux de vie résidentiels collectifs*, Fondation Roi Baudoin, Les éditions namuroises, 166 p.

Cloutier, J. (2003), Qu'est-ce que l'innovation sociale, *Cahier du Crises*, n° ET0314, Collection Etudes théoriques, CRISES, UQAM, 46 p.

Commission européenne (2010). *Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions. Initiative phare Europe 2020. Une Union de l'innovation*, SEC(2010) 1161, 49 p., url : http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/innovation-union-communication_fr.pdf.

Conseil supérieur des Finances, Comité d'Etude sur le Vieillissement (2014). *Rapport annuel,* 75 p., url : http://www.plan.be/admin/uploaded/201407101002340.REP_CEVSCVV2014_10806_F.pdf.

De Jouvenel H. (1999). La démarche prospective. Un bref guide méthodologique, *Futuribles*, n° 247, en ligne, consulté le 08/10/2014, url : http://old.futuribles.com/demarcheprospective.html.

Defourny, J. (2006). Economie sociale in Laville, J.-L., Cattani, A. D. (dir.), *Dictionnaire de l'autre économie*, collection folio actuel, Paris, 279 – 289.

Defourny, J., & Nyssens, M. (2013), Social Innovation, Social Economy and Social Enterprise: What Can the European Debate Tell Us?, in Moulaert, F., MacCallum, D., Mehmood, A. & Hamdouch, A. (eds.), *The International Handbook on Social Innovation*, Cheltenham, UK & Northampton, USA: Edward Elgar, pp. 40 – 52.

Defourny, J., Nyssens, M., Thys, S. (2015). *Beyond Philanthropy: When Philanthropy Becomes Social Entrepreneurship,* à paraître.

Degavre, F., Bourguignon, M. et Callorda Fossati, E. (2014). Des marges pour innover. Hybridation des ressources, gestion de la prise de risque et co-production dans l'aide aux personnes âgées en Wallonie, article soumis à publication.

Degavre, F., Lemaître, A. (2008). Approches substantives de l'économie: des outils pour l'étude des organisations d'économie sociale, *Revue Interventions économiques [*En ligne], n° 38, mis en ligne le 01/12/2008, consulté le 16/04/2014, 16 p.

Degavre, F., Nyssens, M. (2008). L'innovation sociale dans les services d'aide à domicile. Les apports d'une lecture polanyienne et féministe, *Revue française de Socio-Economie*, n° 2, pp. 79 – 98.

Degavre, F., Nyssens, M. (2012). Care Regimes on the Move: Comparing Home Care for Dependent Older People in Belgium, England, Germany and Italy, *CROME final report*, 281 p.

Devetter, F.-X. et Jany-Catrice, F. (2010). L'invention d'un secteur et ses conséquences socio-économiques objectifs et bilan des politiques de soutien aux services à la personne, *Politiques et management public*, Vol. 27(2), pp. 75–101.

Durance P. (2011). Innovation et territoires : quel modèle pour sortir de la crise ?, *Métropolitiques*.

Eggerickx, T. et Tabutin, D. (2001). Le vieillissement démographique dans le monde. Historique, mécanismes et tendances, *Document de Travail* n°14, Département des Sciences de la Population et du Développement, UCL.

Eme, B., Laville, J.-L. (2006). Economie solidaire (2) in Laville, J.-L., Cattani, A. D. (dir.), *Dictionnaire de l'autre économie*, collection folio actuel, Paris, 303 – 312.

European Commission (2013). *Guide to Social Innovation*, Regional and Urban Policy, 72 p.

Evers A., Laville J.L. (2004). *The Third Sector in Europe*, Edward Elgar Publisher, 2004.

Evers, A., Ewert, B. et Brandsen, T. (dir.) (2014). Social Innovations for Social Cohesion. Transnational Paterns and approaches from 20 European Cities, *final report WILCO project*, 420 p.

Federation des centrales de services à domicile (FCSD), Fédération wallonne de services d'aide à domicile (Fédom), Fédération Aide & Soins à domicile (FASD) (2014). *Mémorandum interfédération. Élections européennes, fédérales et régionales du 25 mai 2014*, 23 p.

Federation wallonne des services d'aide à domicile (2014). Site internet, url : http://www.fedom.be/.

Gaiffe, B. (2010). *L'Habitat groupé de personnes âgées : Les ressources et le rôle de la réciprocité*, mémoire Fopes.

Gardin, L. (2006). Réciprocité in Laville, J.-L., Cattani, A. D. (dir.), *Dictionnaire de l'autre économie*, collection folio actuel, Paris, 514 – 522.

Gardin, L. (2006a). *Les initiatives solidaires. La réciprocité face au marché et à l'Etat*, Editions Erès, Ramonville Saint-Agne, 190 p.

Gèze, P. (dir.) (2012). *L'innovation sociale. Un levier pour le développement des territoires. Repères et bonnes pratiques pour développer des politiques régionales de soutien à l'innovation*, Association des Régions des Frances (ARF), Ingénierie et services pour entreprendre autrement (AVISE), 28 p., url : http://www.avise.org/sites/default/files/atoms/files/20140204/201207_Avise_Guide_Innovationsociale.pdf.

Gibbert, M., Ruigrok, W., Wicki, B. (2008). What passes as a rigorous case study?, *Strategic Management Journal*, vol. 29, n° 13, 1645 – 1474.

Gibson, K., Graham, J. and Roelvink, G. (2013), Social innovation for community economies : how action research creates 'other worlds, *The International Handbook on Social Innovation*: Collective Action, Social Learning and Transdisciplinary Research, Edward Elgar 9781849809986.Polanyi, 1983 (48).

Guyot, J.-L., Vandewattyne, J. (2008). Chapitre 2 Le concept de logique d'action : un cadre de référence, in Guyot J.-L. et Vandewattyne, J. (eds.). *Les logiques d'action entrepreneuriale. Le cas des primo-créateurs d'entreprise en Région wallonne*, De Boeck, Bruxelles, 320 p.

Hamel, J. (1997*). Etude de cas et sciences sociales*, L'Harmattan, Paris, 123 p.

Hanson, S. (2003). *Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, thème 3.3 (rapport final de la subvention 2002 – 2003), sous la direction de Quentin, M., Centre de Recherche en Sciences de la Ville, du Territoire et du Milieu rural, Université de Liège, en collaboration avec l'Université Libre de Bruxelles et l'Université Catholique de Louvain, réalisé à la demande du Ministère de la Région wallonne, 150 p.

Haraway, D. (1988). Situated knowledge : The science question in feminism as a site of discourse on the priviledge of partial perspective. *Feminist Studies*, 14 (3), pp. 575-599.

Harding, S. (2004). Rethinking standpoint epistemology. What is « strong objectivity » ? in Hesse-Biver, S. N. et Yaiser M. L.*, Feminist perspectives on social research*, New York, Oxford University Press, pp. 39-64.

Hlady Rispal, M. (2002). *La méthode des cas. Application à la recherche en gestion*, De Boeck et Larcier, Bruxelles, 250 p.

Horizon 2022 (2013). Rapport scientifique pour la Région Wallonne (indisponible).

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) (2014). *Formes alternatives de soins et de soutien aux soins.* Protocole 3 – 2ème appel, 44 p., url : http://www.inami.fgov.be/care/fr/residential-care/alternative_forms/pdf/evoluation_020714.pdf.

Kesserling, A. (dir.) (2014). Social Innovation for Active and Healthy Ageaing – A Case Study Collection, a *publication of the King Baudouin Foundation*, 170 p.

Klein, J.-L. (2013). Introduction: social innovation at the crossroads between science, economy and society, in Moulaert, F., Mac Callum, D., Mehmood, A. and Hamdouch,

A. (2013). *The international handbook on social innovation*, Collective action, social learning and Transdisciplnary research, Edouard Elgar, Chemtenham, UK.

Klein, J.-L. et Lévesque, B. (dir.) (1995). *Contre l'exclusion. Repenser l'économie*, Presse de l'Université du Québec, 320 p.

Klein, J.-L., Harrisson, D. (dir.) (2007). *L'innovation sociale. Emergence et effets sur la transformation des sociétés,* Presses de l'Université de Québec, Canada, 465 p.

Klein, J.-L., Laville, J.-L., Moulaert, F. (dir.) (2014). *L'innovation sociale*, Editions érès, Toulouse, 246 p.

Laville, J.-L. (2006). Economie plurielle in Laville, J.-L., Cattani, A. D. (dir.), *Dictionnaire de l'autre économie*, collection folio actuel, Paris, 250 – 258.

Lemaître, A. (2009). *Organisations d'économie sociale et solidaire. Lecture de réalités Nord et Sud à travers l'encastrement politique et une approche plurielle de l'économie*, Thèse de doctorat, Louvain-la-Neuve, Université catholique de Louvain, 460 p.

Luxinnovation (L'agence Nationale pour la Promotion de l'Innovation et de la Recherche au Luxembourg) (2008). *Méthode Delphi = Interrogation d'experts*, 1 p., document disponible en ligne, url : http://www.innovation.public.lu/fr/ir-entreprise/techniques-gestion-innovation/conception-produits-services/090202-Methode-Delphi-vers-fran.pdf.

Marée, M. et Mertens, S. (2006). « Economie non marchande », in Jean-Louis Laville et Antonio David Cattani (dirs.), *Dictionnaire de l'Autre Economie*, Desclée de Brouwer, Paris, pp.191–198.

Marée, M., Mertens, S. (2006). Economie non marchande in Laville, J.-L., Cattani, A. D. (dir.), *Dictionnaire de l'autre économie,* collection folio actuel, Paris, 229 – 238.

Marival, C., Petrella, F. et Richez-Battesti, N. (2012). *L'innovation sociale dans les services à la personne*. *Rapport final*, dans le cadre de la convention de collaboration de recherche avec le Pôle Services à la Personne sur : « Innovation sociale et innovation technologique : Les services à la personne, un terrain de réconciliation », 109 p.

Moulaert F., Mac Callum D., Mehmood A. and Hamdouch A. (2013). *The internationall handbook on social innovation*, Collective action, social learning and Transdisciplnary research, Edouard Elgar, Chemtenham, UK.

Moulaert, F. et Nussbaumer, J. (2005). « Defining the Social Economy and its Governance at the Neighbourhood Level: A Methodological Reflection », *Urban Studies*, 42 (11), 2071–2088.

Moulaert, F., MacCallum, D. et Hillier, J. (2014). Social Innovation : Intuition, Precept, Concept, Theory and Practice, in Moulaert, F., MacCallum, D., Mehmood, A., et Hamdouch, A. (dir.), *The international Handbook on Social Innovation*. Collective Action, Social Learning and Transdisciplinary Research, Cheltenham, Northampton, Edward Elgar, pp. 13–24.

Moulaert, F., MacCallum, D., Mehmood, A. et Hamdouch, A. (dir.) (2013). *The International handbook on Social Innovation*, Collective Action, Social Learning and Transdisciplnary Research, Edouard Elgar, Chemtenham, UK.

Nyssens, M. (2015). Innovation sociale et entreprise sociale: quels dialogues possibles ? Une perspective européenne in Klein, J.-L., *La transformation sociale par l'innovation sociale*, Presses de l'Université du Québec: Québec, 2015 (Accepté/Sous presse).

Nyssens, M. et Laville J.-L. (2001). Towards a theoretical socio-economic approach, in Carlo Borzaga et Jacques Defourny (dirs), *The Emergence of Social Enterprise*, Routledge, pp. 312–313.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2006). *Schooling for Tomorrow. Think Scenarios*, Rethink Education, OECD, 200 p.

ORSAS Lorraine (Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales) (2009). Méthode DELPHI. *Dossier documentaire*, 48 p., document disponible en ligne, url : http://www.orsas.fr/.

Oulhaj, L. (2004). Le service de gardes à domicile. Une innovation sociale dans l'aide à domicile en Wallonie ?, *Les cahiers du Cerisis*, n° 18, 33 p.

Perron, M., Veillette, S. (2012). Territorialité, mobilisation des acteurs et persévérance scolaire : le cas du Conseil régional de prévention de l'abandon scolaire au Saguenay–Lac-Saint-Jean », in *Économie et Solidarités*, Vol. 41(1-2), 2011, pp. 104-127.

Réseau Innovation Franche-Comté (2014). Site internet, url : http://www.rifc.fr/menu-principal/linnovation-sociale.html.

Richez-Battesti, N. et Vallade, D. (2012). Innovation sociale, normalisation et régulation, *Innovation*, n°38, pp. 5 – 13.

Richez-Battesti, N., Petrella, F. et Vallade, D. L'innovation sociale, une notion aux usages pluriels: quels enjeux et défis pour l'analyse ?, *Innovations* (Cahiers d'économie de l'innovation), 2 (38), p. 15-36. DOI : 10.3917/inno.038.0015.

Ridde, V. et Haddad, S. (2013). « Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61, pp. 95–106.

Rousselle, M. (2013). L'innovation sociale, une solution durable aux défis sociaux, *Informations sociales*, n° 180, pp. 140 – 148.

Roustang, G. (2006). Economie non monétaire in Laville, J.-L., Cattani, A. D. (dir.), *Dictionnaire de l'autre économie*, collection folio actuel, Paris, 239 – 249.

Sepulchre, M.-C. (2014). Impact des appels à projet dans le secteur de l'aide à domicile, 11 p., à paraître.

Service Public Fédéral Sécurité Sociale (SPF Sécurité Sociale), site internet, url : https://www.socialsecurity.be.

Singer, P. (2006). Economie solidaire (1) in Laville, J.-L., Cattani, A. D. (dir.), *Dictionnaire de l'autre économie*, collection folio actuel, Paris, 290 – 302.

Slocum, N., Elliott, J., Heesterbeek, S., Lukensmeyer, C. J. (2006). *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur,* Fondation Roi Baudoin, Bruxelles, 201 p.

SPIRAL (2011). La méthode DELPHI, centre de recherche de l'Université de Liège (ULg), site internet, url : http://www.spiral.ulg.ac.be/fr/outils/methode-delphi/. Gerald

Valenduc et Patricia Vendramin (2013). Qu'est-ce que l'innovation sociale ? Une analyse des différentes approches du concept d'innovation sociale, *Note d'éducation permanente* de l'ASBL Fondation Travail-Université (FTU), n°2013-10, 6 p.

UCP (mouvement social des aînés a.s.b.l.) (2008). Comment vivre heureux en maison de repos, *Balises, Journal des cadres de l'UCP*, mouvement social des aînés, n° 26, 16 p.

UNIPSO (2015), *Lieux de vie : une diversité, une complémentarité et un va-et-vient entre les services pour 'bien vieillir''*, http://www.ufenm.be/spip.php?rubrique112

UNIPSO (Union des entreprises à profit social) (2014). *Le « bien vieillir » en Wallonie. Une approche intersectorielle, non marchande et positive du vieillissement*, disponible sur le site UNIPSO, url : http://www.ufenm.be/spip.php?rubrique112.

UNIPSO (Union des entreprises à profit social) (s.d.). *Guide Innovation Sociale. Innover, c'est dynamiser la solidarité !*, 70 p., url : http://www.unipso.be/IMG/pdf/Guide_Innovation_Sociale.pdf.

Université de Liège (ULg), SPIRAL, (2011), *La méthode Delphi*, site internet, url : http://www.spiral.aulg.ac.be/fr/outils/methode-delphi/.

Valenduc, G., Vendramin, P. (2013), *Qu'est-ce que l'innovation sociale ? Une analyse des différentes approches du concept d'innovation sociale*, Note d'éducation permanente de l'ASBL Fondation Travail-Université (FTU), n° 2013-10, 6 p.

Wallonie (2014). *Déclaration de politique régionale* (DRP 2014-2019). *Oser, Innover Rassembler*. 121 p.

Wallonie (2014). *Déclaration de Politique Régionale* 2014-2019 : *Oser, innover, rassembler,* 121 p., url : http://www.wallonie.be/sites/wallonie/files/publications/dpr_2014-2019.pdf.

Yin, R. K. (1984). *Case study Research. Design and Methods*, Newbury Park, Sage.

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods*. Third Edition, Sage Publications, United States of America, 179 p.

TROISIÈME PARTIE

Les (futurs) acteurs de l'aide

Auteurs : Blanche LEIDER, Myriam GHILAIN, Jacques MARQUET (UCL-CIRFASE) ; avec la collaboration de Mélanie BOURGUIGNON (UCL-DEMO), Florence DEGAVRE (UCL-CIRTES), Thierry EGGERICKX (UCL-DEMO), Laura MERLA (UCL-CIRFASE) et Jean-Paul SANDERSON (UCL-DEMO)

A. les 45 – 55 ans, pourvoyeurs et bénéficiaires de soins aux horizons 2025 - 2045

1. Objectifs du WP

Dans une perspective prospective, la recherche propose ce volet visant à comprendre les futurs acteurs du vieillissement : les jeunes seniors qui sont ou seront, à l'horizon 2025 les aidant-e-s proches ou informel-le-s de leurs parents vieillissants et qui auront eux-mêmes besoin d'aide à l'horizon 2045, et les professionnel-le-s de l'aide à domicile.

Aidants proches, futurs aidants proches, futurs aidés, professionnels d'aujourd'hui et de demain… c'est toute une série d'acteurs et de points de vue que ce volet de la recherche vise à rencontrer. L'objectif de ce 3ème volet de la recherche est alors de mettre au jour les diverses conceptions du « bien vieillir » que développent ces trois ensembles d'acteurs : les stratégies que les futurs aidés et aidants mettent éventuellement en place pour préparer et anticiper les besoins futurs (stratégies financières, affectives, sociales, de mobilité géographique, etc.) en fonction de leurs attentes en matière de « bien vieillir », ainsi les tendances en matière d'aide aux personnes vieillissantes à partir des évolutions observées par les professionnels du soin.

Dans cette première partie du WP, ce sont les 45 – 55 ans, comme (actuels ou futurs) aidants et comme aidés, qui seront au centre du propos. Cette catégorie d'âge nous donnera accès à des individus appartenant à la génération « sandwich », terme utilisé pour désigner des personnes qui, d'une part, fournissent un soutien à leurs parents vieillissants et, d'autre part, aident leurs enfants (plus jeunes ou déjà adultes) à articuler vie familiale et vie professionnelle. Nous pourrons donc mieux comprendre à la fois la manière dont ils vivent actuellement l'aide à un parent vieillissant, et la représentation qu'ils se font de leur propre situation à l'horizon 2025 et au-delà. Les questions et hypothèses de recherche, la méthode d'investigation et les analyses déployées se focaliseront sur leurs attentes et leurs pratiques, partant du principe qu'ils constituent des informateurs-clé pour notre objet, en étant aux premières loges du vieillissement aux horizons 2025 – 2045. C'est alors dans un deuxième temps – pour la deuxième partie du WP – que nous pourrons nous centrer sur les experts, professionnels de la question vieillissement, en nous basant pour cela sur les observations et conclusions tirées de cette première partie du WP.

2. Les 45 – 55 ans comme pourvoyeurs et bénéficiaires de soins : contextualisation et questions de recherche

La contextualisation qui suit a pour objectif de poser les bases des investigations poursuivies dans cette première partie du WP 3. Elle présentera les 45 – 55 ans, comme (actuels ou futurs) pourvoyeurs et comme futurs bénéficiaires de soins, à l'aune de leurs enjeux spécifiques, permettant ainsi de mettre en évidence les questions les plus pertinentes et les plus prometteuses à leur adresser. Il s'agit donc d'un état de l'art ayant pour visée la construction de pistes de réflexion et d'hypothèses, à tester empiriquement avec les données récoltées, qui viendront dans un deuxième temps soutenir, infirmer ou nuancer les éléments de réflexion développés ci-dessous.

2.1 Les 45 – 55 ans : les « aidés » de demain

En 1999, M. Leleu écrivait : « la société n'est pas préparée à assumer le nombre croissant d'individus âgés et la multiplicité des cycles de vie prolongés. Elle manque de repères et ne propose pas de codes comportementaux précis face à cette situation démographique nouvelle. Ce sont bien entendu les personnes qui ont 80 ans aujourd'hui qui sont les plus soumises à la longueur de la vie ; elles vivent assez passivement leur état et leurs dépendances croissantes, dans l'acceptation des contraintes de cette longévité imprévue. Les "nouveaux vieux", leurs enfants, profitent quant à eux de l'expérience de leurs parents pour créer de nouveaux modes de socialisation et d'autres manières d'exister » (Leleu M., 1999, p. 114).

Quinze ans plus tard, nous sommes assurément confrontés à des individus qui sont d'autant moins « pris au dépourvu par une vie plus longue que prévu » (p. 124). Les 45 – 55 ans voient ou ont vu leurs parents, leurs grands-parents, vieillir : il est fort à parier, dès lors, qu'ils seront moins surpris que leurs aînés d'arriver un jour aux 80 – si pas aux 90, voire aux 100 – ans. Cette anticipation de l'allongement de la vie, qu'elle résulte d'une évidence sociale à force d'être évoquée par les médias et les scientifiques, ou qu'elle découle de cette expérience plus intime d'un parent ayant atteint un âge élevé, n'est pas sans bouleverser le rapport des 45 – 55 ans à leur propre vieillissement. Celui-ci devient

une question de long terme, qui s'organise sur plusieurs décennies, allant de l'âge et du moment de la retraite aux âges de la fragilité voire de la dépendance. Cette projection nouvelle d'un soi potentiellement vieillissant, on peut dès lors légitimement supposer qu'elle n'est pas sans impact sur les représentations et les pratiques des individus. Comme le conclut M. Leleu elle-même, « le vécu de la dépendance ne peut qu'être différent dans un contexte où les personnes âgées de demain prévoient leur vieillissement » (*idem*).

En parallèle à cette évolution, trois autres facteurs distinguent les seniors de demain de leurs aînés : leur rapport aux services formels et aux aidants proches, la pluralité et le poids croissants des nouvelles formes de configurations familiales, l'arrivée aux âges élevés des populations migrantes installées en Wallonie. Le premier facteur renvoie à des individus qui sont « plus habitués à l'externalisation des fonctions éducatives et des services sociaux et se servent plus facilement des systèmes de prise en charge institutionnelle », ces derniers faisant ainsi « partie intégrante de leur mode de vie » (p. 116). Cette plus grande facilité à penser le recours à des services professionnels s'accompagne d'une mutation des obligations familiales et des attentes vis-à-vis des proches : ces « nouveaux vieux » nourrissent un « désir de gestion de son devenir âgé dans une plus grande distance par rapport aux structures familiales » (p. 117), pour des devoirs de solidarité contemporains qui demandent plus de parcimonie et de précaution dans leur sollicitation.

Le deuxième facteur renvoie à des individus qui appartiennent, et appartiendront de plus en plus, à des formes de configuration familiales variées : familles divorcées, recomposées, à distance géographique (transnationale[119], multi locales[120], « navetteuses »[121], *living apart together*[122]), familles monoparentales, homoparentales… En bouleversant le modèle traditionnel de la famille nucléaire (un couple de parents hétérosexuels, mariés, cohabitants, et leurs enfants communs), ce foisonnement et cette

[119] Caractérisées par la dispersion géographique, du fait de la migration d'un ou plusieurs de leurs membres.

[120] Familles éclatées en plusieurs foyers, du fait notamment de la décomposition/recomposition des familles.

[121] Familles dont un membre passe certaines périodes à distance géographique du noyau familial, par exemple pour des raisons professionnelles (travail dans l'armée, sur une plateforme pétrolière…).

[122] Couples qui se définissent comme tels mais qui choisissent de vivre dans des logements séparés.

coexistence de différents modèles familiaux interrogent les liens tout autant que les solidarités qui sont/devraient leur être attachées.

Le troisième facteur renvoie à une population vieillissante qui sera aussi celle d'une population migrante. Cette dernière, bien qu'elle soit hétérogène du point de vue des origines, des parcours, de l'histoire dans le pays d'accueil… pourrait toutefois poser la question des caractéristiques spécifiques de la combinaison « vieillesse » et « migration », notamment sur le plan de conceptions (en partie) différentes de la famille, de la santé et des soins.

Les lignes qui suivent visent à détailler ces quatre traits distinctifs des seniors (45 – 55 ans) de demain : des seniors avertis du grand nombre d'années qu'il leur reste probablement à vivre ; des seniors qui portent un certain regard sur leur dépendance vis-à-vis de leurs proches, dans la répartition souhaitée entre aide formelle et informelle ; des seniors qui appartiennent de plus en plus à des réseaux familiaux de solidarité modulés par les évolutions sociétales de ces dernières décennies (divorces, recompositions familiales, mobilités…) ; des seniors qui sont aussi ceux des générations de migrants arrivant à l'âge de la vieillesse.

2.1.a Les 45 – 55 ans : vieillissement projeté, vieillissement anticipé ?

Alors même que la génération des 45 – 55 ans ne peut ignorer l'allongement de l'espérance de vie dont elle bénéficiera très probablement, la question qui se pose est celle de l'intégration effective de cette donnée dans les représentations et les pratiques des principaux intéressés. Autrement dit, il s'agit d'interroger l'équation suivante : un vieillissement projeté amène-t-il nécessairement un vieillissement anticipé ? C'est-à-dire, conduit-il à la mise en place d'une série de comportements (de stratégies) anticipatifs, visant à s'assurer dès aujourd'hui contre les risques inhérents à cet avenir qui se profile à l'horizon ?

Un élément important dans l'enquête pourra être d'avoir, pour les seniors, fait directement l'expérience du vieillissement, à travers le quotidien de leurs parents dont ils sont ou ont été les aidants. Le vieillissement que ces individus ont à l'esprit n'est donc pas

une simple image abstraite, il est ancré dans le concret de ce qu'ils peuvent imaginer pour leur propre devenir, sur base de ce qu'ils observent chez leur parent âgé. Cette expérience agit à deux niveaux. D'abord, comme cela a été dit, parce qu'elle fait du vécu de l'avancée en âge une réalité tangible pour ceux qui l'observent. Mais aussi parce qu'il ne s'agit pas de n'importe quelle personne âgée : il est question de l'ascendant. Ce qui double la réalité observée d'une projection du soi vieillissant d'autant plus marquante qu'elle s'inscrit dans l'idée de l'héritage ou du patrimoine : la fragilité du corps et de l'esprit (notamment pour des maladies de type Alzheimer) est présumée – à tort ou à raison – en partie transmissible de génération en génération. Cette expérience du vieillissement de l'ascendant module donc, nécessairement, l'image projetée, par un individu, pour sa vieillesse : sera-t-il lui aussi Alzheimer ? Doit-il s'inquiéter de la tendance à faire des thromboses, relevée chez ses ascendants ? N'y a-t-il pas beaucoup de cas de cancer, dans son entourage familial ?, etc. Ainsi, on entendra un individu déclarer que « dans sa famille, on a une santé de fer », quand un autre s'inquiètera au contraire d'avoir vu ses parents et ses grands-parents souffrir de maladies chroniques et invalidantes.

En outre, l'expérience du vieillissement observé chez le ou les ascendants ne manquera pas non plus d'alimenter les projections quant à la gestion de ce vieillissement. L'un souhaitera s'inspirer de la manière dont l'ascendant gère son vieillissement, là où un autre, *a contrario*, pensera : « moi, je ferai tout autrement ». Ici aussi, les enjeux de transmission opèrent. Non plus la transmission d'un patrimoine génétique, mais la transmission d'un ensemble de valeurs, attitudes, comportements, formant autant de modèles et de contre-modèles. Le fait d'avoir vu son ascendant prendre peu soin de sa santé, creusant ainsi les déficits de son avancée en âge, en refusant un suivi médical, des aides techniques ou humaines, ou tout autre facteur influant sur la qualité de vie… cela peut convaincre le descendant qui en est le témoin à opérer tout différemment dans sa propre trajectoire de vieillissement. De même, le fait d'avoir dû soutenir un parent exigeant, très demandeur vis-à-vis de ses enfants, peut décider le futur aidé à surtout attendre moins de ses propres enfants, afin de ne pas reproduire ce modèle parental. À l'inverse, l'imaginaire des futurs aidés contient également des modèles, des sources d'inspiration : des figures emblématiques de ce que représente, pour le futur aidé, un

vieillissement « réussi », dans son rapport à soi (physiquement et mentalement) et dans son rapport aux autres (ce qu'on attend et ce qu'on reçoit de ceux-ci, en soutiens).

Cette double dimension de l'héritage (comme patrimoine génétique et comme transmission de modèles/contre-modèles), ainsi que le raisonnement en comparaison qu'il génère, seront l'un comme l'autre intégrés dans les questionnements adressés aux 45 – 55 ans, dans les entretiens individuels. D'abord, parce que cela nous permettra d'analyser plus finement les facteurs influant sur la conscience, par les individus, de leur vieillissement en perspective : cette conscience naît-elle uniquement d'un discours général (médiatique, scientifique) ou se nourrit-elle de l'expérience plus directe et intime de ses propres parents avançant en âge ? Que la prise de conscience découle du sens commun ou qu'elle s'inscrive également dans une expérience vécue, cela génère-t-il le même impact et les mêmes effets sur la projection du soi vieillissant, pour les 45 – 55 ans ?

Mais aussi et surtout parce qu'en analysant les différentes prises de conscience de ce vieillissement annoncé, par les seniors de demain, on se donne l'opportunité de mieux comprendre les stratégies anticipatives que ceux-ci mettent éventuellement en place en vue de gérer leurs vieux jours. De la reproduction ou de la rupture, c'est bien de la relation des générations successives à leur vieillissement qu'il est question : en se positionnant vis-à-vis de leurs ascendants, les seniors de demain ne rendent que plus visibles encore leurs propres normes, modèles idéaux, attentes et pratiques par rapport à cette expérience qu'ils affronteront à l'horizon 2025 – 2045.

In fine, cela nous permettra de dresser le/les portrait/s des personnes âgées de demain, eu égard à cette question : du fait de ce vieillissement projeté, les aînés de 2045 seront-ils des individus *préparés* à cette expérience ? Auront-ils assuré leurs années dans le grand âge dans une logique de prévoyance, que ce soit sur le plan d'un aménagement de leur espace de vie, de leurs finances, d'un travail physique et mental à la prolongation de leur bonne santé, etc. ? Ces questions seront opérationnalisées pour être testées empiriquement. Il ne s'agit donc pas ici d'en présupposer déjà l'issue, le questionnement étant à ce stade absolument ouvert. Ainsi, s'il est possible que notre matériau nous amène à dessiner les contours d'un individu contemporain conscient de son vieillissement, anticipant celui-ci, par des comportements rationnels l'amenant à évaluer les différentes

alternatives à sa portée, il est également tout à fait possible qu'on rencontre des individus qui sont et veulent rester dans un certain flou, ou qui obéissent à d'autres logiques, moins rationnelles et davantage affectives (ou, plus probablement encore, des individus qui se situe à la croisée de ces deux logiques). Afin de préparer ce questionnement, de tester l'hypothèse de l'anticipation du vieillissement, pour la cautionner, l'infirmer, la nuancer ou en dresser les contours, décrivons les lieux et les pratiques dans et pour lesquels cette rationalité *pourrait* s'exprimer.

Dans leur article « *Vieilliront-ils un jour ? Les baby-boomers aidants face à leur vieillissement* », Laure Blein et ses coauteurs (2009) mettent en évidence certaines pratiques adoptées par les baby-boomers en prévision de leurs vieux jours (alors même que ces baby-boomers sont aidants d'un parent âgé, confortant par là l'idée selon laquelle l'expérience du vieillissement d'un proche mobilise l'imagination et les comportements des jeunes seniors, en alimentant leur projection du soi vieillissant). Les baby-boomers interrogés sont décrits en ces termes : « conscients que ce vieillissement qu'ils veulent remettre à aussi tard que possible finira bien par advenir, certains aidants ne cherchent pas moins à contrecarrer [les] aspects négatifs de la vieillesse en adoptant de saines habitudes de vie. C'est qu'il faut rester en santé. On consolide ainsi le réseau social, tout en sécurisant son espace de vie autour d'un maitre mot : autonomie » (p. 127).

À l'article de décrire ainsi plusieurs pratiques, que nous pouvons classer en différents types de stratégie d'anticipation.

❖ *Des stratégies d'anticipation géographiques ou spatiales*

Laure Blein et ses coauteurs (2009) écrivent : « alors que certains [baby-boomers] disent avoir commencé à "songer" à déménager, d'autres affirment avoir déjà entamé des démarches pour aménager un "chez-soi" adapté, tandis que d'autres encore se disent prêts à acquérir une plus petite maison ou un appartement qui leur permettrait de réaliser une plus-value » (p. 128).

C'est bien de l'anticipation du vieillissement dont il est question ici, dans tout son horizon temporel et expérientiel. Qu'entendons-nous par là ? Que « l'organisation de la

vie quotidienne s'ouvre en perspective sur les jours à venir et la préhension du temps futur ; c'est dans cet horizon que l'être humain investit ses projets » (Lalive d'Epinay C., Cavalli S., 2013, p. 61)

Or, cela a été dit, l'allongement de la durée de la vie a pu surprendre les générations antérieures. D'année en année, elles se sont vues vieillir, dans un horizon de court terme à chaque fois repoussé un peu plus loin. Prenons l'exemple d'une course, dont la ligne d'arrivée serait l'âge jusqu'auquel on pense vivre. Les personnes âgées d'hier pensaient la ligne d'arrivée à 100 mètres. Or, après avoir couru ces 100 mètres, elles ont réalisé que la ligne d'arrivée avait été repoussée et qu'elles avaient, en fait, encore 100 mètres à parcourir. Après ces 100 mètres, la ligne d'arrivée avait encore été repoussée, et ainsi de suite… Dans cette perspective, le vieillissement ne faisait pas l'objet d'une vision de long terme : sa perspective temporelle était toujours celle d'un court terme – par le biais de ces années supplémentaires s'enchainant les unes à la suite des autres –, d'une expérience brève n'appelant pas, dès lors, un plan à plus longue échéance.

Les seniors de demain, au contraire, en ayant conscience de l'allongement de la vie dont ils vont potentiellement bénéficier, peuvent être amenés à se projeter dans le futur sur base d'un horizon temporel long. Leur expérience de leur vieillissement serait alors davantage celle d'un marathon, dont ils savent la ligne d'arrivée située à bien des kilomètres de la ligne de départ. Ils auraient conscience de la distance qu'ils auront à parcourir : d'une gestion de court terme, le vieillissement devient une perspective et une expérience de long terme.

Les décisions en matière d'habitat semblent particulièrement sensibles à cette nouvelle donne. Le lieu de vie, comme repaire tout autant que comme point de repère (Veysset B., 1989), n'est pas un changement anodin à opérer. Dans cette optique, nombre de personnes âgées des générations précédentes ont préféré ne pas remettre en question leurs habitudes en matière d'habitat (celles héritées de leurs jeunes années), ce qui était rendu d'autant plus facile que l'évidence d'une longue vieillesse ne s'imposait pas à elles. C'est alors dans des logements peu adaptés à l'avancée en âge que ces personnes âgées furent surprises par l'apparition des incapacités : de grandes maisons avec des escaliers,

avec un jardin à entretenir, situées assez loin de toutes les facilités, de sorte que l'usage de la voiture y est indispensable, etc.

Les seniors de demain, au contraire, imaginent d'ores et déjà leur vieillesse comme un horizon de plusieurs décennies : il s'agirait d'une étape de vie à part entière, de plus en plus pensée comme telle. Car l'allongement de la durée de la vie implique qu'un nombre croissant d'années, dans la vie des seniors, seront consacrées à une certaine période : celle d'un âge à la retraite, au sein d'un ménage restreint (les enfants ayant généralement quitté le domicile parental), avec en toile de fond la perspective de l'apparition d'une série de limitations physiques qui, sans être nécessairement invalidantes, peuvent néanmoins appeler une « logique d'économie des forces » (Clément S., Membrado M., 2010).

Dès lors, l'hypothèse est la suivante : l'horizon d'une vieillesse pensée sur le long terme pourrait se conjuguer à d'autres arguments propres à cette étape de vie, pour décider les seniors de demain à revoir leur occupation de l'espace. On pense au fait d'être soustraits de l'impératif géographique lié à leur occupation professionnelle ou à l'inscription scolaire de leur descendance, d'être sujets à des besoins moins grands en terme de surface habitable, en n'étant plus qu'à deux (ou que seul) dans le ménage… tout en se projetant dans un vieillissement vis-à-vis duquel il serait judicieux de chercher à habiter plutôt un logement de plain-pied, plutôt à proximité d'une série d'infrastructures… Il s'agit là d'autant d'incitants à revoir les choix spatiaux et géographiques d'habitats, par rapport à ceux pour lesquels les seniors ont ou avaient opté à l'âge adulte.

À cette hypothèse de recherche, il faudra adosser d'autres propositions : notamment la possibilité que la logique affective, que ce soit du fait de l'attachement à son logement ou à une inscription géographique qui obéisse avant tout à des choix de proximité familiale, amicale… prime, pour les individus, les incitant davantage à la continuité qu'au changement. En outre, il s'agira de réfléchir aux ressources nécessaires, aux individus, pour opérer ces choix stratégiques, si d'aventure ils le souhaitent : ressources économiques, trajectoires familiales et professionnelles, etc. Ainsi, dans des familles où les enfants trouvent difficilement à s'intégrer sur le marché du travail, c'est

jusqu'à un âge avancé qu'ils peuvent cohabiter avec leur parent, étant à charge et limitant alors la possibilité de penser une étape de vie distincte pour ces années « seniors ».

Notons que si ces stratégies individuelles relatives à l'espace se multiplient (c'est l'hypothèse que nous testerons dans l'enquête), c'est à une évolution à l'échelle de la société dans son ensemble que ce phénomène renverrait : celle d'une trajectoire d'habitat, dans le parcours de vie, qui vise de plus en plus à rencontrer le vieillissement comme l'une de ses étapes. Cela se traduit par la multiplication qualitative et quantitative des offres d'habitats « intermédiaires » : des lieux de vie pensés pour répondre à certains besoins liés au vieillissement, alors que les maisons de repos (et de soins) se concentrent de plus en plus sur la prise en charge des personnes fortement dépendantes (Delvecchio L., Pincé J., 2011). Ces habitats intermédiaires peuvent englober des lieux de vie variés, allant de la résidence-service aux innovations sociales de type « habitat groupé », en passant bien sûr par du maintien à domicile, lorsque celui-ci est aménagé en conséquence[123]. C'est ainsi qu'aux stratégies d'anticipation spatiales et géographiques des individus répondent ou devront répondre une offre de service : conseils pour l'aménagement de son domicile, fournisseurs de matériel adéquat, moyens de transport adaptés, logements intermédiaires (type résidence-service) accessibles au plus grand nombre…

❖ *Des stratégies d'anticipation affectives et sociales*

Au sujet du réseau social des baby-boomers, Laure Blein et ses coauteurs (2009) écrivent : « si l'isolement social leur fait peur, ils déclarent cependant être rétifs à compter sur leur réseau familial pour rompre leur isolement. Ils se retrouvent donc aux prises entre une hantise grandissante de la solitude (qu'ils expérimentent déjà souvent en tant

[123] Une autre recherche (Leider B., 2014) a pu mettre en évidence que l'action sociale est également touchée par ce phénomène : alors que certaines personnes âgées se trouvent prises au dépourvu d'une santé déclinante dans un grand appartement à l'étage, les travailleurs sociaux pensent de plus en plus à anticiper l'aménagement spatial, en proposant à leurs usagers vieillissants des appartements spécifiquement dédiés à la diminution de l'indépendance (parce qu'au rez-de-chaussée, notamment). Ici aussi, c'est la question de la gestion prévisionnelle du vieillissement dont il est question. Car passé un certain âge, il devient compliqué d'insister auprès d'un usager pour qu'il déménage, au risque de déséquilibrer un individu déjà fragile. C'est donc « avant » qu'il faut penser à « plus tard » : de la surprise à l'anticipation, la question « vieillissement » et sa gestion modifient bien le rapport à l'habitat, cela dans les différents champs du monde social (qu'il s'agisse des individus ou des services sociaux, comme évoqué ici).

qu'aidant) et leurs valeurs d'autonomie et d'indépendance qui les empêchent d'envisager des stratégies familialistes, perçues comme liées à la dépendance » (p. 127).

Dès lors, « pour nombre d'aidants, il est important de pouvoir compter sur ces amis afin de s'entraider "plus tard". Ce ne sont donc plus des solidarités verticales (ou intergénérationnelles) qui sont envisagées, mais des solidarités horizontales (entre pairs), fondées sur le mode de l'échange. La préférence pour les solidarités horizontales découle de la remise en question des rôles familiaux traditionnels et des devoirs qui s'y rattachent. Plutôt que de dépendance, certains aidants semblent plutôt promouvoir ce que nous appellerions des formes de co-autonomie » (p. 128). Les auteurs d'en conclure qu'en écho avec un modèle dominant dans lequel c'est à l'individu de prendre ses responsabilités vis-à-vis de son vieillissement, pour ces baby-boomers, « le combat contre l'isolement social [n'est plus] perçu comme phénomène social, mais comme un problème relevant de l'individu qui se doit d'assurer la pérennité de son réseau social » (p. 130).

L'hypothèse posée par l'équipe de L. Blein est bien celle d'un vieillissement projeté, lié à des normes ou des modèles idéaux, lesquels peuvent déboucher sur des comportements concrets de nature anticipative (eux-mêmes reflet d'une époque contemporaine, dans laquelle principe de précaution, maitrise du risque et responsabilité de chacun quant au risque se combinent pour faire de l'individu le premier garant de son destin). Ici, l'association entre la conscience d'un vieillissement futur et la norme d'indépendance entre les générations (« la remise en question des rôles familiaux traditionnels et des devoirs qui s'y rattachent ») semble inciter les individus à privilégier – à ce stade de leur réflexion et de leur projection – les liens amicaux, en mettant en place des pratiques de consolidation de leur réseau social. On se trouve bien dans le cas de figure d'une stratégie d'anticipation du vieillissement, d'ordre affectif et social, qui constitue une autre de nos hypothèses de recherche à tester par la récolte de données.

En pratique, cette participation sociale peut prendre des formes diverses : multiplier les rencontres par le biais d'une activité bénévole, d'une pratique religieuse (les membres de la paroisse, la communauté qui fréquente une mosquée…), d'un loisir (loisirs créatifs, cours de chant, sport collectif…), d'une participation citoyenne (conseil consultatif, vie du quartier…), d'un entretien des relations de voisinage, de la location

d'une partie de son logement (qu'il s'agisse d'une cohabitation intégrée à un projet institutionnalisé – tel le projet de cohabitation intergénérationnelle de l'asbl « 1 toit 2 âges » – ou d'une cohabitation informelle, de particulier à particulier), etc. L'hypothèse de travail est que cela se ferait en ayant conscience que ces activités sont autant d'investissements pour l'avenir[124], que ce soit comme rempart contre l'isolement ou comme ressources pour l'échange de petits services.

La sociologue S. Pennec décrit ainsi chez les veuves qu'elle a enquêtées une « propension à rechercher une amie parmi les voisines [qui] tend à prendre de l'importance au fil de l'âge, comme si cette relation privilégiée constituait un projet de soutien, une garantie de prolongation du maintien à domicile dans le quartier » (citée par Membrado M., Mantovani J., 2014, p. 309 – 310). Dans le rapport de la Fondation Roi Baudouin (2012) consacré à « la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique », sont relayées plusieurs idées, formulées par les personnes âgées elles-mêmes, afin de limiter la solitude : la recommandation « vous préparer à la vieillesse et entretenir votre réseau social » y figure en première place. Les personnes âgées énoncent notamment les conseils suivants : « *il faut davantage aller à la rencontre des autres et participer à des associations. Lorsque je suis seul, je rends visite à des voisins et j'offre un verre aux personnes qui viennent chez moi de sorte que nous continuions à nous voir* » ; « *les personnes âgées doivent également y mettre du leur si elles ne veulent pas se sentir seules, elles doivent faire le premier pas* » ; « *faire du bénévolat* » ; « *il faut se préparer à la vieillesse, ne pas se laisser surprendre par un mauvais coup du sort, avoir des amis avant et garder le contact avec eux, garder des contacts avec ses amis, sa famille, sinon on fabrique la solitude* » (Vandenbroucke S. *et al*., 2012, p. 159 – 160).

Ici aussi, l'hypothèse d'une (de) stratégie(s) d'anticipation affective(s) et sociale(s) renvoie à des hypothèses alternatives : il n'est absolument pas exclu que nous rencontrions des individus qui ne se reconnaissent pas dans cette logique rationnalisante de l'ordre de l'investissement. Choix moins conscients ou moins conscientisés, logiques concurrentes (identitaires, affectives, pulsionnelles)… toutes ces possibilités seront

[124] Il ne s'agit pas ici de décrire des individus « intéressés » ou « calculateurs » selon le sens péjoratif que cette idée peut revêtir dans le sens commun. Il s'agit simplement de décrire un acteur social qui tend à son bien-être, présent et futur, sans y adjoindre de jugement de valeur.

envisagées : le questionnement reste ouvert afin de mettre l'hypothèse de travail à l'épreuve du matériau empirique. En outre, il s'agira évidemment de poser la question de la distribution inégale des ressources qui permettent d'entretenir son réseau social : « nous comptabilisons davantage de seniors solitaires [qui se sentent seuls en dépit d'un réseau social large] et socialement isolés [qui se sentent seuls et qui ont un réseau social réduit] non seulement chez les personnes les plus âgées mais aussi chez les femmes, chez les veufs et les veuves, chez les seniors confrontés à des problèmes de santé et chez les seniors qui ont du mal à joindre les deux bouts. Tous les seniors ne sont donc pas égaux face à ce phénomène » (p. 7).

Les stratégies d'anticipation affectives et sociales, parce qu'elles sont basées sur les relations nouées à autrui, amènent par ailleurs à s'interroger sur le type de lien social qu'elles entretiennent. S'il vise un soutien, une aide pratique ou morale, comment ce lien social se caractérise-t-il effectivement du point de vue de la reconnaissance et de la protection qu'il peut apporter ? À quels besoins, dans le vieillissement, ce lien social est-il susceptible de répondre ? De quelles attentes sont-ils porteurs ?

En évoquant les notions de reconnaissance et de protection, nous nous référons aux deux dimensions que S. Paugman mobilise pour qualifier le lien social. Pour comprendre le type de rapport qui nous lie à autrui, il s'agirait en effet de répondre à deux questions : « pour qui je compte ? » (reconnaissance), et « sur qui je compte ? » (protection) (Paugam S., 2008). Au croisement de ces deux axes, peuvent alors être appréhendés différents types de lien. En ce qui concerne les stratégies d'anticipation sociales, ce lien serait de l'ordre de la « participation élective », dont S. Paugman affirme qu'il concerne les relations entre conjoints, mais aussi entre amis, et entre proches choisis : « le lien de participation élective relève de la socialisation extrafamiliale au cours de laquelle l'individu entre en contact avec d'autres individus qu'il apprend à connaître dans le cadre de groupes divers et d'institutions » (p. 68). Cet « entre-soi électif » serait donc source à la fois d'une forme de solidarité, de protection (« compter sur la solidarité de l'entre-soi électif ») et d'une forme de reconnaissance (« compter pour l'entre-soi électif ») (p. 64).

Toutefois, la recherche en sciences sociales montre que la famille reste, *in fine* – et cela en dépit de l'individualisation des liens familiaux[125] –, le cadre où se manifeste « une plus grande capacité d'adaptation et de compensation » (Lalive d'Epinay C., Spini D. *et al*., 2008, p. 192), notamment en cas de « coups durs » (décès, maladie, accident, rupture…). Il faut le reconnaître, le lien de « participation élective » est probablement moins solide que la famille à cet égard, car il se nourrit de la réciprocité (*idem*). Contrairement au lien familial, qui est associé à de telles prescriptions sociales (Petite S., 2005) qu'il peut se satisfaire d'échanges moins équilibrés (ou plus différés dans le temps) et d'interactions moins satisfaisantes sur le plan interindividuel. En somme, un individu serait plus enclin à poursuivre une relation avec une mère ou un père, qui, dans une « mauvaise passe », se montre moins agréable à vivre, et réclame plus de soutien qu'il n'en donne, qu'avec d'autres types de liens sociaux (ami, voisin, cohabitant), dont il aurait alors plus facilement tendance à s'éloigner dans ce contexte.

M. Membrado et J. Mantovani (2014) l'expriment en ces termes : dans les relations de « participation élective », « l'entraide n'est pas l'aide » (p. 308). Dès lors, « une des propriétés essentielles des liens de voisinage réside dans le maintien de l'égalité des échanges. Certains auteurs (…) parlent de *share-caring behavior* (entraide réciproque ou partagée) : arroser les plantes, sortir le chien, relever le courrier. Une logique de préservation de soi s'accompagne d'un travail de sauvegarde de la réciprocité. Le réseau de voisins d'interconnaissance constitue un réseau de partenaires avec lesquels on cherche à préserver les relations égalitaires » (*idem*). Cela rejoint l'expression de L. Blein et ses coauteurs ci-dessus, lorsqu'ils évoquent les relations horizontales comme des relations non pas de dépendance, mais de co-autonomie.

Si elles ne remplissent pas la même fonction que les relations verticales, et si elles peuvent connaître certaines limites (notamment, l'apparition de la dépendance et la diminution/reconfiguration de la réciprocité), les relations horizontales ont pour elles d'autres atouts : soutien moral, compagnie, réconfort dans l'identité sociale et l'image de soi… On touche là à des dimensions du lien social qui manquent parfois aux contacts familiaux. Car si les aînés peuvent « compter sur » et « compter pour » la famille,

[125] *Cf. infra*, point 2.1.b.

notamment au plus fort des « coups durs » de la vie, les liens de « participation élective » fournissent – à ceux qui ont les ressources sociales, culturelles, de santé, etc., pour les entretenir – des formes de reconnaissance et de protection d'un autre ordre, mais d'une valeur tout aussi grande : une présence plus régulière, une compagnie, le partage d'une passion ou d'un quotidien, une appartenance, une utilité sociale…

De là, on comprend l'importance que peut revêtir, pour les acteurs sociaux, la mise en place d'une stratégie d'anticipation sociale et affective : elle participe d'une multiplication des types de liens sociaux, complémentaires en termes de reconnaissance et de protection.

❖ *Des stratégies d'anticipation relatives à la santé et au corps*

Au sujet du souci des baby-boomers de leur santé future, Laure Blein et ses coauteurs (2009) décrivent : « nombreux sont ceux qui thésaurisent la santé comme d'autres emmagasinent leur épargne dans un régime enregistré d'épargne retraite. (…) La santé est ainsi perçue comme une épargne destinée à l'avenir. À cet égard, la bonne alimentation et l'exercice sont considérés au premier chef. Cela contribuera à pouvoir vivre chez soi, le plus longtemps possible, malgré les incapacités qui viendront se greffer en cours de route » (p. 127).

Ici aussi, l'anticipation prend racine dans une projection. Si les années à vivre sont encore nombreuses, il vaut la peine de chercher à ce que ces années soient les plus réussies possible en terme de santé[126]. Or, l'avancée en âge est, par définition, une fatalité, mais la bonne santé dans la vieillesse semble quant à elle – dans une certaine mesure – du ressort des acteurs sociaux. On parle alors de « facteurs environnementaux » vis-à-vis desquels il faudrait « agir avec détermination et efficacité » (Forette F., 2012, p. 28). Puisque « toutes les maladies dites liées à l'âge (…) sont, pour la plupart, liées à des

[126] À l'image des acteurs de la santé publique ci-après, lorsqu'ils décrivent le séminaire de préparation à la retraite qu'ils dispensent : « la question au centre du séminaire est : comment prendre soin de sa santé aujourd'hui (au début de sa retraite) pour avoir un vieillissement satisfaisant lorsque l'on aura atteint le grand âge ? En effet, nous parions sur le fait que la plupart des futurs retraités de ce secteur économique atteindront des âges élevés, plus de 80 ans » (Cassou B., Hauret X., 2008, p. 123).

facteurs de risque », elles sont « donc accessibles à la prévention » (p. 29). Cette prévention « passe d'abord par l'amélioration du style de vie : nutrition équilibrée, activité physique modérée et prolongée, prolongation de l'activité professionnelle ou bénévole, activité intellectuelle, activités de loisirs, engagement personnel et développement de la conscience préventive » (*idem*). C'est à cette conception qu'une série de messages ou de slogans revoient, portés par des logiques de prévention et de santé publique, reflets du paradigme du vieillissement actif.

En ce qui concerne par exemple la recommandation « bouger pour vieillir en bonne santé », P. Henaff-Pineau écrit ceci : « pour faire face aux coûts sociaux engendrés par une longévité croissante et par les méfaits d'une sédentarité considérée au niveau mondial comme le quatrième facteur de risque de mortalité, se mettent en place, à l'échelle internationale et nationale, des politiques de vieillesse et de santé publique combinées, ciblées notamment sur la prévention par les activités physiques et sportives comme condition d'un vieillissement réussi. "Vivre vieux et vieillir jeune" en toute autonomie, tel est le défi que doivent relever les "seniors", et le choix même de cette terminologie pour évoquer les anciens y incite. Vieillir actif et en mouvement, telle est la préconisation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1999, des différents programmes "Successful active aging" et "Bien vieillir". L'année 2012 a été déclarée "année européenne du vieillissement actif" » (Henaff-Pineau P., 2014, p. 241).

Ces messages sont également relayés par les médias et le marketing. A. Gestin a ainsi dégagé, en analysant le journal *Notre Temps* (un magazine féminin mensuel destiné aux 50 ans et plus), les modèles du bon vieillissement, qui rejettent le « laisser aller » pour mettre en avant un « corps redressé », un « corps présenté et présentable » (Gestin A., 2001, p. 206). L'analyse des salons pour seniors, définis comme des « espaces de cristallisation du marketing senior » (Eraly H., 2014, p. 72), arrive aux mêmes conclusions : ces salons « contribuent à la production d'un modèle de vieillesse fondé sur la consommation de loisirs, tout en mettant l'accent sur l'hygiène de vie, l'anticipation et le contrôle de son vieillissement. On voit donc le retraité actif, en bonne santé, prenant soin de son corps, profitant du temps disponible et préparant son futur (santé et mort). Autrement dit, ces salons promeuvent une résistance au vieillissement du corps et de l'esprit par une action individuelle » (p. 74).

En termes de pratiques, l'hypothèse est alors qu'on rencontre des individus qui se préparent et anticipent leur vieillissement, par un ensemble de comportements. A. Gestin en fait le constat : « la priorité est accordée à la santé : tous nos enquêtés affirment que la santé, avant ou à égalité avec les moyens financiers, conditionne la qualité de la vie à la retraite. (…) L'enjeu est de conserver le plus longtemps possible son autonomie, sa maîtrise de soi et de son corps » (Gestin A., 2001, p. 215). H. Eraly partage cette observation : « la santé devient alors un capital qu'il est nécessaire de préserver et l'action personnelle en est le moyen privilégié. Bien conscients qu'une grande partie de ce capital est le fruit du hasard, il y a toutefois chez beaucoup de répondants une volonté de garder une certaine maîtrise de leur corps en mettant toutes les chances de leur côté. Ils appliquent les conseils glanés dans des revues, chez le médecin, à la télévision, auprès de la famille ou des amis » (Eraly H., 2014, p. 75).

En filigrane à ces deux extraits, se dessinent au moins deux angles à partir desquels les normes du « bien vieillir » influencent les 45 – 55 ans dans leur rapport à leur corps vieillissant. *Primo*, nous nous trouvons face à des individus imprégnés d'une logique de prévention, dans des raisonnements probabilistes quant au « *capital santé* » de l'ordre de : « en évitant telle pratique (par exemple, de fumer), je peux réduire d'autant mon risque d'avoir un cancer (du poumon, de la gorge) ». C'est d'ailleurs bien parce qu'il s'agit de probabilités que les discours seront par essence toujours ambivalents : la fatalité ne peut être rayée, chaque répondant ayant certainement à l'esprit une de ses connaissances, confrontée à une maladie grave alors même qu'elle était un modèle d'hygiène de vie. L'analyse de ces discours ambivalents, qui oscillent entre maîtrise et fatalité, éclaire la génération des 45 – 55 ans comme partie prenante d'une *société du risque*, avec sa tendance à la responsabilisation individuelle, sa promulgation du principe de précaution. Elle donne à voir des seniors ou des futurs seniors soucieux de leur alimentation, de leur activité physique, de leur suivi médical…

Secundo, à partir de ces constats d'une série d'injonctions autour du « bien vieillir », on peut aussi interroger les 45 – 55 ans comme d'actuels et futurs consommateurs de biens et de services médicaux, dans la perspective de leur « *capital corporel* » pour un horizon qu'ils savent potentiellement très long (s'ils se voient vieillir jusqu'aux 80 ans passés). Par la notion de « capital corporel », on entend moins le souci

de la bonne santé générale – qui est, quant à elle, du ressort de la logique de prévention du capital santé, tel que décrit ci-dessus –, que le souci de la préservation d'un corps opérationnel en réponse à ses défaillances concrètes : cataracte, ouïe déclinante, hanches douloureuses, etc., seraient vite et bien prises en charge, afin de garder un corps efficient le plus longtemps possible. Là où la logique du « capital santé » vise la prévention de problèmes de santé futurs, la logique du « capital corporel » vise la gestion des défaillances concrètes du corps au mieux et au plus tôt, afin de garder celui-ci le plus opérationnel possible, le plus longtemps possible.

Ici aussi, c'est la dimension d'un vieillissement projeté qui déploie ses effets, se combinant aux normes du « bien vieillir » pour produire – c'est l'hypothèse – un certain type d'acteur : un acteur qui, parce qu'il est individuellement tenu responsable de son devenir, et parce qu'il se projette jusqu'à un âge élevé, investit très concrètement l'opérationnalité du corps qui le portera jusque-là. Alors qu'on peut rencontrer, dans la génération de leurs parents, des personnes qui ont refusé certaines opérations (remplacement de la hanche, cataracte), certains appareillages (appareil auditif)…, estimant que ça ne « valait pas la peine », eu égard aux années qu'il leur restait supposément à vivre, en sera-t-il ainsi pour les 45 – 55 ans ? On peut se questionner et se demander si une variable (à côté de toute une série d'autres) générationnelle ne serait pas à l'œuvre : l'anticipation qui nait de la projection de son vieillissement, incitant à l'investissement dans l'opérationnalité de son corps.

La distinction « capital santé » et « capital corporel » nous semble alors refléter les deux types de stratégies (reliées) d'anticipation médicales et corporelles que la projection du vieillissement pourrait intensifier pour les 45 – 55 ans, en comparaison à la génération de leurs aînés. D'une part, une logique d'épargne, relativement au « capital santé », sur base d'une série d'attitudes et de comportements de prévention, visant à rester en bonne santé aussi longtemps que possible (pour un résultat plus aléatoire). D'autre part, une logique d'investissement, relativement au « capital corporel », visant à conserver l'opérationnalité du corps (sa mobilité, sa vue, son ouïe), en effectuant, quand en survient la nécessité, les démarches nécessaires à cette conservation (pour un résultat très concret).

Une fois encore, l'hypothèse de ces pratiques d'anticipation devra être testée pour laisser éventuellement apparaître d'autres logiques à l'œuvre : sentiment moins grand de maîtrise, moindre adhésion au paradigme du vieillissement actif, déni, etc., autant de mécanismes qui pourraient moduler, modérer, contrebalancer une logique anticipative. La question suivante peut notamment être posée : le vieillissement actif, « un modèle normatif excluant ? » (Eraly H., 2014, p. 78). Ce paradigme laisserait en effet « dans l'ombre tous ceux qui ne partagent pas les valeurs modernes de réalisation de soi et de responsabilité individuelle (…). Pour ceux-là, le corps prend une importance différente, il n'est pas envisagé comme un capital qu'on doit entretenir, il reste davantage l'outil de travail » (p. 80).

En outre, si la diversité sociale peut moduler les projets ou l'adhésion à certains modèles quant au corps et à la santé, elle impacte également les capacités ou les ressources à disposition pour concrétiser ces projets, s'ils existent : ressources économiques (pour adhérer à un club sportif, choisir son alimentation, engager des frais médicaux), ressources sociales (pour être conduit, entouré au moment d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation, pour avoir le goût de cuisiner pour autrui et non pas juste pour soi seul, pour partager des activités physiques qui sont autant de moments de rencontre), ressources culturelles (pour comprendre les messages de prévention, pour entrer en affinité avec le corps médical), état de santé actuel (les stratégies de prévention ayant moins de sens pour des personnes qui se savent déjà en mauvaise santé et/ou qui n'ont pas d'espoir quant au fait que leur santé puisse être bonne dans les années à venir), etc.

❖ *Des stratégies d'anticipation financières*

Au sujet des baby-boomers et de leur gestion financière de leur vieillissement, on a vu que Laure Blein et ses coauteurs (2009) font référence, dans leur article, à une épargne retraite à laquelle les 45 – 55 ans peuvent avoir souscrit. Plus globalement, il s'agit ici de se demander si la projection d'un vieillissement qu'ils imagent long renforce, chez les 45 – 55 ans, des stratégies d'anticipation d'ordre financier.

Ces stratégies financières, en elles-mêmes, n'ont rien d'inédit. Elles renvoient classiquement à la « théorie des cycles de vie », selon laquelle « trois types de comportements financiers se succèdent au cours de l'avancée en âge. La première époque se caractérise surtout par le recours à l'endettement (pour des biens durables ou le logement par exemple) en vue de compenser la faiblesse, voire l'absence, des revenus. La consommation dépassant et anticipant les revenus, l'épargne est donc négative chez les plus jeunes. Progressivement, à la faveur de la montée du pouvoir d'achat et du remboursement des crédits antérieurs, la priorité est donnée à la constitution d'un patrimoine financier. Avec la retraite, une dernière phase commence : celle de la "consommation" du capital constitué pour compenser la baisse, voire l'absence de revenus après la fin de l'activité professionnelle. Ainsi, en faisant varier son épargne et son patrimoine, un individu maintiendrait peu ou prou le niveau désiré de sa consommation sur l'ensemble de sa vie en fonction du niveau de revenu qu'il anticipe en moyenne sur le long terme » (Tourdjman A., Benoist-Lucy Y., 2006, p. 91).

La perspective du vieillissement et de la fin de l'activité productive qui l'accompagne susciterait donc des stratégies d'épargne et d'investissement, en vue du maintien du niveau de vie. L'hypothèse est alors que ce constat ne pourrait qu'être accentué pour la génération des 45 – 55 ans, à la faveur de plusieurs facteurs convergents : la projection dans un vieillissement long avec comme conséquence l'allongement de la dernière phase du cycle de vie (celle de la consommation du capital constitué), le refus de la dépendance (y compris financière) vis-à-vis des générations descendantes, la montée du sentiment de responsabilité individuelle par rapport au risque… On rencontrerait alors des individus prévoyants, qui « multiplient les produits bancaires, financiers et d'épargne » (Lévêque P., 2006, p. 117).

Dans le discours des seniors de demain, l'indépendance financière vis-à-vis des enfants est centrale (elle renvoie à des conceptions contemporaines des relations familiales, que nous présenterons au point 2.1.b.), d'autant plus que les aînés occupent généralement la position opposée dans les échanges familiaux[127] : ils sont pourvoyeurs de biens et de transferts d'argent à la faveur de leurs descendants, enfants et petits-enfants (*idem*). D'après A. Tourdjmann et Y. Benoist-Lucy, « plus de la moitié des seniors disent ainsi craindre de "se retrouver à la charge de leurs enfants ou de leurs proches" » (Tourdjman A., Benoist-Lucy Y., 2006, p. 103) : « faisant écho à la recherche du bien-être des enfants, le besoin d'autonomie est à mettre en relation avec le refus d'empiéter sur leur liberté dans une société qui valorise la réalisation de soi plus que la solidarité. La hantise d'être pris en charge par ses descendants renvoie donc autant à la crainte de ne pas avoir correctement prévu et assumé les conditions matérielles de sa fin de vie qu'à celle d'empêcher ses enfants de réussir leur existence en entravant leurs possibilités d'accomplissement » (p. 105).

Cette recherche d'une sécurité par rapport à son indépendance financière irait en s'accentuant pour les plus jeunes des seniors (ceux-là même de notre enquête), la rendant d'autant plus importante pour les 45 – 55 ans : « cette proportion [celle des individus qui craignent la dépendance financière] est plus élevée chez les 50 – 69 ans que chez les plus âgés. La défiance envers la capacité des systèmes de prévoyance collective à les prendre en charge le cas échéant et le refus de peser sur la vie de leurs enfants les conduisent à accumuler un patrimoine important pour faire face à des risques de perte de maîtrise de leur vie » (p. 104).

Un deuxième facteur convergeant vers le renforcement des stratégies d'anticipation financière des seniors de demain est énoncé ici : la relation à la protection sociale, à sa dynamique collective et la confiance moindre qu'elle semble générer. Les pratiques de sécurisation individuelle se mettent alors sur pied en écho à une époque où

127 « Les dons d'argent s'adressant principalement aux jeunes, ce qui est une "situation historiquement nouvelle" » (Attias-Donfut C. et al., 2002, p. 107). « L'Etat-providence a inversé le sens des solidarités par l'institution des retraites et le développement des systèmes d'éducation tout en transformant les statuts respectifs des générations : l'enfant n'est plus producteur de ressources mais l'objet d'investissement et de projets ; le vieux n'est plus assisté mais "retraité pourvoyeur" et plus largement investi du rôle de grands-parents » (p. 108).

la capacité du collectif à assumer la charge des pensions fait partie de tous les débats, pour une pyramide des âges qui fait douter de la présence d'une base d'actifs assez large que pour financer les pensions des individus à son sommet. Mais aussi en écho à une époque où cette logique de prévoyance individuelle est promulguée, au travers notamment de certains incitants (fiscaux) en faveur du troisième pilier que représente l'épargne pension individuelle. Ces deux dimensions renforcent, chez les seniors de demain, leur « besoin d'autonomie face aux incertitudes qui affectent autant le pouvoir d'achat de leurs pensions futures que leurs conditions de vie en cas de dépendance » (p. 90).

Or, à l'échelle de chaque individu, « cette motivation d'épargne est d'autant plus importante que les risques auxquels elle répond ne sont pas clairement identifiés par les épargnants et apparaissent de facto difficilement mesurables. Dès lors, au lieu d'une pratique assurantielle parfois inexistante, les seniors sont tentés de constituer un patrimoine en fonction du risque maximal encouru sans tenir compte de sa probabilité d'occurrence, puisque le risque n'est pas mutualisé sur une population nombreuse » (p. 105). C'est dire comme l'anticipation financière semble centrale pour les 45 – 55 ans, que ce soit dans les motifs sur lesquels elle prend racine ou dans les montants qu'elle génère.

Ces stratégies financières visent donc à « pouvoir faire face aux risques susceptibles de survenir en fin de vie : risque de revenu (risque de ne plus être capable de générer des revenus pour cause d'invalidité ou d'incapacité), risque de consommation (risque de devoir faire face à des dépenses, notamment médicales, liées au grand âge), incertitude sur la durée de vie, et éventuellement d'autres incertitudes liées à la pérennité des systèmes publics de couverture sociale ou à la distension des solidarités familiales » (Lavigne A., 2006, p. 17). Que peuvent recouvrir ces stratégies ?

On pense naturellement à l'épargne pension individuelle, déjà évoquée, spécifiquement dédiée à ces risques. De même qu'à certaines assurances ou investissements calculés sur base d'un cycle de vie vis-à-vis duquel on se projette (fixant des échéances aux alentours des 65, 70 ans, etc.). Mais l'épargne peut également faire partie d'une logique plus diffuse, de prévoyance globale face à un ensemble de risques. En effet, on ne peut pas toujours « considérer qu'à un motif [d'épargne] correspond un support » (p. 16), cela car « les individus ne sont pas nécessairement capables d'identifier

leur motif d'épargne », de même que « certains supports d'épargne couvrent plusieurs risques » (*idem*).

Par ailleurs, un autre domaine important de ces stratégies d'anticipation financière concerne le patrimoine immobilier. D'après A. Tourdjmann et Y. Benoist-Lucy, « aux yeux des seniors, la détention du logement constitue un élément central de sécurité pour l'avenir » (Tourdjman A., Benoist-Lucy Y., 2006, p. 94). À titre principal, le fait d'être propriétaire de son logement au moment de la retraite réduit inévitablement les charges quotidiennes aux frais des pensionnés, libérant leurs revenus pour d'autres dépenses. En outre, cela constitue une réserve de liquidités, essentiellement par la revente, en cas de problème d'argent : « dans la perspective du grand âge, pour plus de la moitié des 50 – 65 ans, "la vente d'un bien immobilier, le moment venu" constitue l'une des principales solutions envisagées pour faire face à un éventuel problème de dépendance » (p. 95). S. Billaud a par exemple montré, dans son étude ethnographique du patrimoine de résidents en maison de repos, comment la revente de la maison constituait, pour les milieux modestes, un moyen de combler la différence entre le montant de la retraite légale du résident et le coût de son hébergement (Billaud S., 2012). Elle souligne que, si « dans les premiers temps, l'épargne bancaire suffit dans de nombreux cas à compléter les revenus de la retraite » (p. 113), il s'agit dans un deuxième temps de « convertir en liquidités l'épargne que représente le bien immobilier » (*idem*). À noter que l'argument développé par les personnes âgées, dans ce processus, renvoie à leur indépendance financière par rapport à leurs enfants, tel que développé ci-dessus : « la liquidation du patrimoine, en tant qu'option pouvant protéger les enfants du résident d'une contribution financière dans le cadre de l'obligation alimentaire, constitue ainsi un point crucial des arbitrages économiques effectués » (*idem*).

À titre secondaire, l'investissement dans l'immobilier peut répondre à ces deux mêmes objectifs : accroitre le revenu mensuel afin de dégager des moyens supplémentaires à sa subsistance et « garder une poire pour la soif », en cas de nécessité. « Plus de 20% des 50 – 65 ans encore en activité déclarent ainsi avoir acquis des biens immobiliers autres que la résidence principale "spécifiquement en vue de préparer leur retraite". Cette proportion s'élève à 60% parmi les actifs détenteurs d'immobilier de rapport » (Tourdjman A., Benoist-Lucy Y., 2006, p. 95).

Concernant cette question du patrimoine immobilier, un élément intéressant – qui devra alors constituer un point d'attention dans nos hypothèses et dans le guide d'entretien – renvoie à l'interaction entre la possession d'un patrimoine immobilier et la situation familiale. Car, on l'a évoqué, le vieillissement des 45 – 55 ans se définit aussi par l'appartenance croissante de cette génération à des configurations familiales variées. Les différentes dimensions de cette caractéristique seront développées dans le point 1.3., mais on peut d'ores et déjà souligner que cet état de fait aura des répercussions sur les seniors de demain dans leur statut de propriétaire. En effet, chez les seniors, « la non détention du logement résulte en partie des ruptures conjugales intervenues après la quarantaine. Entre 50 et 60 ans, près de 40% des "solos" (divorcés, célibataires ou veufs) sont locataires (contre moins de 15% parmi les couples) » (p. 91).

Il apparaît donc clairement que la situation familiale module les stratégies d'anticipation financières des 45 – 55 ans, en ce qui concerne notamment leur patrimoine immobilier. Cette variable devra être analysée en regard des autres facteurs qui, comme elle, limitent la marge de manœuvre des individus vis-à-vis de ces stratégies d'anticipation : notamment l'existence et la disponibilité de revenus excédentaires pour l'épargne. Par ailleurs, l'hypothèse d'une anticipation renforcée du fait de la projection grandissante dans le vieillissement ne devra pas occulter d'autres modes de fonctionnement : logique de « *carpe diem* », optimisme ou foi en l'avenir, etc.

*

Tel est donc le premier trait distinctif qui semble caractériser la génération des 45 – 55 ans : une génération d'autant plus prévoyante qu'elle a la possibilité de se projeter dans son vieillissement, lequel est annoncé voire expérimenté à partir et à travers celui de ses aînés.

De cela découleront alors des <u>hypothèses de recherche</u> quant aux **pratiques d'anticipation** que la perspective du vieillissement pourrait renforcer : stratégies d'anticipation géographiques et/ou spatiales, stratégies d'anticipation affectives et sociales, stratégies d'anticipation relatives à la santé et au corps, stratégies d'anticipation financières.

Les données récoltées dans ce volet de la recherche devront permettre de **tester l'existence de telles pratiques, leur prévalence et leurs formes, ainsi que les facteurs qui les influencent**. Afin d'atteindre ce dernier objectif, la recherche intègrera l'analyse des différentes ressources des acteurs comme autant de dimensions agissant sur leurs **préférences** et leurs **capacités** à les concrétiser : ressources économiques, sociales, culturelles, état de santé… Le regard sera également porté sur les facteurs de différenciation de ces ressources, que sont notamment le genre et la composition familiale, allant des dynamiques conjugales à l'inscription dans des logiques verticales, ascendantes (parents) et descendantes (enfants).

2.1.b Les 45 – 55 ans : les devoirs d'entraide à l'aune de l'individualisation de la société

Le deuxième trait distinctif de la génération des 45 – 55 ans renvoie aux conceptions des rapports sociaux de solidarité qui sont le fait de la société dans laquelle cette génération évolue. À cet égard, il est néanmoins indispensable de dresser un portrait nuancé des évolutions normatives du lien familial. En effet, une image simplificatrice des rapports sociaux de solidarité, au sein des familles, décrit les liens comme marqués par un individualisme ambiant, correspondant à « une évolution en terme de crise : crise du lien, pertes de repères, absence de transmission entraînant (…) une "misère sociale" mais aussi "relationnelle" » (Bonvalet C. *et al.*, 2011, p. 330).

Or, les individus, lorsqu'ils décrivent leur famille, font état d'une série d'échanges de biens et de services, traduisant plutôt l'existence bien réelle d'une solidarité familiale (*idem*). Comment expliquer ce qui semble être, de prime abord, incompatible avec le diagnostic fréquent d'une déliquescence des liens sociaux ? Il s'agit d'affiner l'analyse et de comprendre la mutation des devoirs d'entraide comme partie prenante d'un processus qui est moins celui de l'individualisme que celui de l'individualisation.

En effet, « plutôt que de parler d'individualisme, les sociologues contemporains ont montré aujourd'hui qu'un concept caractéristique de notre société contemporaine occidentale est l'individualisation. "L'individualisation caractérise le fait que l'individu veut être maître de son projet de vie. L'individualisation ne se confond pas avec

l'individualisme qui se traduit par le souci de soi et le rejet de l'autre"[128] » (Charlot V., Guffens C., 2006, p. 21 – 22). Ce qui compte, dans ce processus d'individualisation, est donc moins de prendre soin d'autrui ou non, que d'avoir le sentiment que ce *prendre soin* relève d'un choix, d'une décision qui émane de soi comme individu « maître de sa vie ».

Parler de valeur d'individualisation ou d'indépendance au sein de la famille ne revient donc pas à affirmer que les individus rejettent en bloc toute forme d'échange : se positionner en faveur de l'indépendance consiste moins à rêver à des existences sans échanges, qu'à valoriser certains types ou certaines modalités d'échange. « L'individuation ne signifie pas individualisme ou égoïsme. Tout au contraire, les choix peuvent soutenir des valeurs humanistes altruistes mais la volonté d'autodétermination peut conduire au refus de toute imposition d'autrui et à l'extrême refus de toute décision collective » (p. 22).

Qu'est-ce que cela produit sur les 45 – 55 ans en tant que futurs aidés ? En quoi cela cadre leur expérience future, comme receveurs de soutiens ? Cela pose le contexte des attentes qui pourront/pourraient être les leurs, envers la solidarité familiale. Car le vieillissement est affaire de famille : les chiffres annoncent qu'environ 80% de l'aide reçue dans le grand âge est donnée par l'entourage familial (Miceli P., 2013). Ainsi, « les aidants non professionnels sont le plus souvent des membres de la famille (90% des aidants). Les amis et les voisins sont peu concernés[129] (9%). Parmi ces aidants, 66% sont des femmes, la moitié des aidants principaux sont des conjoints (six fois sur dix, une femme) et un tiers sont des enfants » (Ennuyer B., 2007, p. 22). Les données du WP 1 confirment ce constat pour la Région wallonne : y sont soulignés le rôle des femmes, dans la descendance, et du conjoint, dans le couple, lorsque le degré de dépendance d'un individu amène celui-ci à avoir besoin de certaines aides pour les activités (instrumentales) de la vie quotidienne.

Les deux relations familiales les plus concernées par l'aide, dans le vieillissement, sont donc les relations conjugales et les relations filiales. Or, ces deux relations sont attachées à des normes juridiques, des normes sociales d'entraide et des logiques

[128] Les auteures citent ici Roosen M., *Grandir en ville : comprendre, maîtriser, inventer les règles d'urbanité*, conférence dans le cadre du colloque « La ville en jeux », ville de Genève, les 23, 24 et 25 septembre 2004.

[129] Ils remplissent d'autres fonctions, comme cela a été décrit précédemment.

affectives différentes. L'aide d'un conjoint est marquée par « un soutien et une prise en charge [qui] s'inscrivent dans le fil des échanges, ainsi que dans la dynamique du couple » (Membrado M. *et al.*, 2005, p. 97 – 98). Le WP 1 de la recherche mettait d'ailleurs en évidence que ces aides peuvent sembler tellement « couler de source » qu'elles font très certainement l'objet d'une sous-déclaration, dans les enquêtes par questionnaire. Que ce soit du fait d'une logique normative ou d'une logique d'affection, la responsabilité conjugale est ainsi absolue : « l'épuisement complet semble être le seul point limite que l'on fixe à sa responsabilité » (Lavoie J.-P., 2000, p. 124). Or, si « la responsabilité première des conjoints » n'est « jamais remise en cause » (p. 127), il en va autrement des enfants, à quelques exceptions près (pour les enfants uniques, les enfants avec un passé de cohabitation, *e.a.*) : la relation filiale est « nettement plus modulée » (p. 131) par toute une série de facteurs (genre, ressources personnelles[130]…). Les résultats de WP 1 montraient en effet que « la probabilité qu'un répondant se considère comme aidant informel pour l'un de ses parents au moins » dépendait de certaines « caractéristiques individuelles »: « son sexe, son âge, le degré de dépendance de ses parents, leur mode de résidence, ainsi que la durée requise pour parcourir la distance entre les logements des répondants et de leur(s) parent(s) »[131].

L'individualisation dont il est question dans cette section concerne alors davantage la relation aux enfants, pour des relations conjugales qui sont décrites comme étant bien plus inconditionnelles. Les enjeux de la conjugalité dans l'avancée en âge renverront moins au potentiel de solidarité de ce lien qu'aux formes et aux contextes de plus en plus variés dans lesquels il s'inscrit : les recompositions familiales sont autant de changements qui ne semblent pas remettre en cause la solidarité qui attachent les conjoints mais qui bouleversent plutôt les conditions de son exercice (appelant des considérations affectives, patrimoniales, etc., différentes que celles d'une famille nucléaire « traditionnelle »). Ces questions seront abordées dans la section suivante, consacrée aux

[130] *Cf. infra*, point 2.2.

[131] Rapport « La fréquence des contacts intergénérationnels, l'utilisation et la fourniture d'aides comme indicateurs de la prise en charge des personnes âgées », avril 2014, p. 23.

réseaux de solidarité plus variables et plus variés auxquels appartiendront les 45 – 55 ans, troisième trait distinctif des aidés de demain.

Pour l'heure, dans cette section consacrée à l'individualisation des relations familiales, il s'avère donc que cet enjeu concerne principalement les liens entre les futurs aidés et leurs enfants. Quel est le potentiel de solidarité filiale, pour les 45 – 55 ans, aidés de demain, dans le contexte normatif de l'individualisation des rapports sociaux ? La question à adresser aux individus interrogés devra être celle de leurs attentes vis-à-vis de cette solidarité, dans ce contexte : s'imaginent-ils compter sur le soutien de leurs enfants ? Dans quelle(s) condition(s) et à quelle(s) condition(s) ? Avec quelle(s) conséquence(s) sur leur rapport aux aides professionnelles ? Telles sont les questions soulevées par le phénomène de l'individualisation des rapports filiaux, dans ses conséquences sur le potentiel de soutien familial à destination des 45 – 55 ans. Ces différentes questions seront détaillées successivement dans les lignes qui suivent.

❖ *À quelle(s) condition(s) recevoir des aides des enfants ? : le sens de l'offre.*

La première piste à creuser touche, dès lors que l'individualisation implique de ménager le sentiment d'autodétermination du donneur, au jeu entre la demande d'une aide et son offre. En effet, le fait de recevoir une aide serait l'objet d'un jeu social, dans lequel qu'il « est toujours préférable d'offrir une aide que de se la faire demander, et ainsi de se voir offrir une aide plutôt que de la demander » (Godbout J.T., Charbonneau J., 1996, p. 69). Dans la pratique, l'individualisation des enfants, le respect de leur autodétermination, s'exprime donc à travers deux principes : le principe de « ne pas attendre », et son corollaire, le principe de « ne pas demander » (qui indiquerait que l'on attendait) (Finch J., Mason J., 1993). Il s'agit pour le demandeur (l'aidé) de ne pas se qualifier comme une personne contraignant l'autre à lui donner cette aide (en la demandant), ce qui laisserait supposer qu'il altère la liberté d'autrui.

C'est avec beaucoup de clarté que J.-H. Déchaux décrit ces impératifs : « l'indépendance et l'autonomie réciproque des groupes domestiques constituant la parenté sont devenues la norme. Or les échanges entre parents, rendus nécessaires par la

vie sociale, dessinent un entrelacement de liens de dépendance qui contrarie cette aspiration à l'autonomie. Cette contradiction entre deux tensions engendre chez l'acteur un comportement dicté par une logique de dissimulation des intentions. Demander une aide (…) est inavouable, parce que cela équivaut à se mettre en situation de dépendance, ce qui est inconciliable avec l'autonomie revendiquée. Sauf à refuser tout échange, l'individu sera donc contraint à dissimuler plus ou moins consciemment les ressorts de sa conduite. Dans cette optique, le donneur doit prendre garde de ne pas menacer l'autonomie du destinataire pour ne pas risquer de le transformer en un être sous tutelle. (…) Réciproquement, le solliciteur souhaite sauvegarder son indépendance tout en s'assurant des services de ses proches. Il ne doit donc formuler aucune demande, sans pour autant renoncer à susciter la "générosité" de ses parents » (Déchaux J.-H., 1990, p. 101).

Il y aurait donc une forte résistance des individus quant à l'idée d'un droit à réclamer de l'aide. L'identité morale (Finch J., Mason J., 1993) de la personne âgée, comme individu ne contraignant pas la liberté d'autrui, comme obéissant aux principes de « ne pas attendre » et de « ne pas demander », est en jeu. Il en résulte que « les personnes âgées attendent beaucoup d'aide mais répugnent à la solliciter » (Bonnet M., 2001, p. 122).

À la question « à quelle(s) condition(s) recevoir des aides des enfants ? », la réponse tiendrait au sens de l'offre : ces aides devraient émaner des enfants, ils en ont la main, ce qui fait nécessairement planer des incertitudes quant à ces soutiens, leur survenue, leur quantité et leur nature.

- *Dans quelle(s) condition(s) recevoir des aides des enfants ? : ménager leurs projets de vie.*

Dans ce mouvement d'individualisation, l'autodétermination du projet de vie des descendants passerait aussi par leur liberté à se donner un ensemble de priorités autres que celles de la solidarité filiale : dans le discours des (futurs) aidés, apparaitraient ainsi clairement des références au droit de leurs enfants d'investir d'autres domaines de leur

vie, sans attendre que la solidarité familiale les amène à sacrifier ces autres domaines au profit du soutien.

Dans la famille contemporaine, il ne faudrait donc pas que le soutien au parent âgé se fasse au détriment de l'équilibre de l'aidant, de son bien-être et de ses autres engagements familiaux et professionnels. Plusieurs de ces enjeux (parfois imbriqués) ressortent plus particulièrement de la littérature. Les exigences de l'activité professionnelle sont souvent évoquées, lorsque les aidants sont en emploi, comme contrainte qui pèse sur leur disponibilité vis-à-vis du parent âgé (Le Bihan-Youinou B., Martin C., 2006 ; Leider B., 2014). Le temps pour soi, celui de la détente, est également revendiqué par les familles : garder des loisirs, prendre des vacances (*idem*)… Le temps conjugal, les moments d'intimité partagés avec le conjoint, figurent aussi dans la liste des besoins à ne pas sacrifier du fait de la solidarité, considéré comme un des facteurs contribuant à l'équilibre et au bien-être (*idem*). Dernier mais non des moindres, le temps pour les autres engagements familiaux figure quant à lui en tête des préoccupations : il s'agit que le soutien ascendant n'empiète pas sur le temps consacré à la vie de famille, enfants et petits-enfants. La « piété filiale » (les valeurs de solidarité envers les parents) ne pourrait donc se faire aux dépens de la « piété parentale » (le dévouement envers sa descendance) (Attias-Donfut C., 2002, p. 116), qui constitue une priorité.

À la question « dans quelle(s) condition(s) recevoir des aides des enfants ? », la réponse tiendrait aux attentes de disponibilités limitées que les 45 – 55 ans pourraient avoir vis-à-vis de leurs enfants, sachant qu'ils jugent légitime que ceux-ci fassent passer d'autres engagements avant celui de la solidarité filiale.

- *Avec quelle(s) conséquence(s) sur leur rapport aux aides professionnelles ? : un soutien prévisible et régulier.*

En écho avec ces deux premiers constats, faut-il faire l'hypothèse que l'aide formelle (professionnelle) est destinée à occuper une place centrale de l'accompagnement des 45 – 55 ans, à l'horizon de leur future situation d'aidés ? C'est ce que la littérature semble suggérer, sans pour autant que cela revienne à affirmer que l'une

(l'aide formelle) se substitue à l'autre (l'aide familiale). En effet, il semble qu'aide formelle et informelle agissent plutôt en synergie, l'une renforçant l'autre (Attias-Donfut A., Ogg J., 2009). La relation entre le soutien familial et les services professionnels prendrait alors davantage la forme d'une complémentarité, un type de recours venant pallier les limites de l'autre.

Car de l'aide formelle ou de l'aide informelle, y sont attribuées simultanément différentes responsabilités dans le soutien (Killian T., Ganonh L.H., 2002) : certaines activités seraient en effet plus substituables que d'autres (Eideliman J.-S., Golard S., 2008), notamment les pratiques de soin et les activités domestiques. D'autres tâches, comme les questions administratives ou la gestion des décisions relatives à la santé, restent toujours du ressort de la famille (Petite S., 2009). Cela tiendrait à plusieurs facteurs. Du contenu des tâches concernées : de la confiance qu'elles nécessitent (comme la gestion administrative, ce qui incite plutôt à rester dans le cercle des proches), de l'intimité recherchée ou au contraire redoutée (ce qui amènera à confier les tâches de toilette à un professionnel par exemple), etc. Mais aussi, outre le contenu de ces tâches, à la disponibilité et à la régularité qu'elles appellent : les tâches intrinsèquement plus contraignantes en termes d'horaire auraient d'autant plus de raisons d'être confiées à des professionnels. En raison des normes liées à l'individualisation dans la famille contemporaine, il semblerait en effet peu envisageable qu'on attende *a priori* de la famille qu'elle cuisine chaque jour ses repas au parent âgé, qu'elle lui procure certains soins au quotidien… Cela implique un dévouement régulier, prévisible et contraint qui se concilie mal avec les autres projets de vie des descendants, pourtant légitimes socialement (Leider B., 2014). Dans ces circonstances, l'aide professionnelle serait jugée préférable à l'aide filiale.

Or, dans d'autres cas, l'aide familiale pourrait répondre à certains besoins moins bien remplis, cette fois-ci, par les aides formelles : la solidarité familiale se caractérise par sa plasticité (Déchaux J.-H., 1995), ce qui la rend plus modulable pour gérer les urgences et les transitions. C'est ainsi que la famille sera, par exemple, en première ligne en cas de chute : il s'agira de conduire le parent à l'hôpital ou d'appeler une ambulance, de lui rendre visite intensément durant la durée de son hospitalisation, d'être toujours fort présent lors d'un retour à domicile – s'il a lieu –, jusqu'à ce que la main puisse être passée

à un service professionnel *ad hoc*, le cas échéant (soins infirmiers, repas à domicile…). Tel est donc ce qui caractériserait la solidarité dans la famille contemporaine : elle forme un « filet de sécurité », dont le maillage peut se resserrer ponctuellement, pour une certaine durée, le temps de gérer une « crise » ou un « coup dur » (Coenen-Huther J., Kellerhals J., Von Allmen M., 1994).

*

Voici donc le deuxième trait distinctif qui semble caractériser la génération des 45 – 55 ans : une génération qui s'inscrit dans une conception des relations familiales qui est celle de l'individuation de ses membres.

De cela découleront alors des hypothèses de recherche quant aux **attentes des seniors de demain vis-à-vis de leur descendance** : il s'agira de voir si ces attentes renvoient effectivement au respect de la liberté du donneur, que ce soit dans l'acte même de donner (l'initiative incombant à l'enfant, comme pourvoyeur du soutien : l'aide est reçue plutôt que demandée) ou dans les aides concrètes qui seront proposées (à l'enfant, comme donneur, de fixer son investissement, selon de son projet de vie, les différents objectifs qu'il y poursuit).

Ce qui est central, dans les relations de solidarité nouées au cœur du processus d'individualisation, c'est donc la liberté (le sentiment de liberté) du donneur. Dès lors, l'individualisation ne correspond pas à l'absence ou au refus de la solidarité familiale. Cette solidarité peut être très forte. Mais elle doit être (perçue comme) libre. Ce qui caractérise ces aides, ce n'est pas leur absence, mais le fait qu'elles soient, dans une certaine mesure, difficilement acquises, plus encore lorsqu'on parle d'aides importantes, routinières et contraignantes. En vertu du respect de la liberté du donneur, les attentes envers les aides filiales ne peuvent être trop grandes. Quand bien même les aides effectivement reçues peuvent s'avérer, en fait, massives : M. Leleu a ainsi fait le constat d'un « haut degré de responsabilité et d'implication filiale contraire aux attentes assez faibles des personnes âgées » (Leleu M., 1000, p. 118).

Dans ce processus, les aides formelles (qu'il s'agisse des aides reçues à domicile ou des aides dispensées en maison de repos) sont alors autant de garanties du respect de la

liberté des donneurs (des enfants). Ne serait-ce que du simple fait de leur existence, indépendamment du recours qui en est fait : « si on rejette le principe marchand pour la circulation au sein des réseaux, on l'utilise par ailleurs pour rendre les rapports de parenté plus libres, moins obligatoires. Le marché est une "sortie" du réseau qui permet d'éviter les conflits. Mais cet *exit* est moins important qu'on l'aurait cru dans des domaines essentiels comme le vieillissement et la perte d'autonomie des parents âgés. Cet exemple montre comment le marché contribue, mais indirectement, à accroitre la liberté des membres du réseau : les parents disent qu'ils ne veulent pas être un fardeau pour leurs enfants ; donc, si nécessaire, ils iront dans un foyer, c'est-à-dire utiliseront le marché. Mais les enfants, de leur côté, se montrent disponibles pour s'occuper des parents le plus longtemps possible, et certains offrent même de les héberger s'ils le souhaitent. Les rapports familiaux entre adultes sont de plus en plus vécus comme un univers de liberté. C'est de cette façon que la modernité et l'idéologie marchande ont fait une entrée spectaculaire dans les réseaux de parenté » (Godbout J. T., Charbonneau J., 1996, p. 148 – 149).

Cela dit, il s'agit ici aussi d'examiner <u>les ressources des individus</u>, afin de voir si et en quoi elles orientent les **préférences** des acteurs sociaux de même que leurs **capacités** à concrétiser ces préférences. La norme d'individualisation est-elle aussi fortement répandue à travers les différents groupes sociaux que les analyses semblent l'indiquer ? Et si elle s'avère effectivement généralisée, se manifeste-t-elle de la même manière, avec les mêmes curseurs, dans les différentes couches de la population, selon leurs profils socio-économiques ou culturels ? En outre, si ces préférences s'avéraient effectivement partagées, les individus sont-ils égaux dans leurs capacités quant à la réalisation de ces préférences ? Le recours aux services professionnels, dans son imaginaire ou dans sa planification concrète, nécessite en effet de disposer d'une série de ressources. Des ressources culturelles, d'accès à l'information, de gestion de l'information et de coordination des services. Des ressources économiques, pour rémunérer ces différentes aides. Le WP 1 faisait déjà le constat de l'impact du niveau d'instruction sur la probabilité de recourir à des aides formelles. Et de l'expliquer précisément en ces termes : « ce recours différencié à des aides professionnelles selon le niveau d'instruction peut résulter de différents facteurs comme, par exemple, un accès limité à l'information présentant les

services disponibles, une utilisation inefficace de l'information reçue, ou encore un manque de moyens financiers suffisants pour leur permettre d'accéder à ces facilités »[132]. L'état de santé – de même que le genre, facteur de différenciation puisque les femmes ont, à âge égal, une santé moins bonne que celle des hommes[133] – se présente également comme une ressource qui peut faire défaut, limitant ainsi l'ensemble des possibles pour les futurs aidés : en les plaçant dans une situation telle qu'ils peuvent se trouver obligés de compter sur la famille plus qu'ils ne souhaitent idéalement le faire.

2.1.c Les 45 – 55 ans : des réseaux de solidarité plus variables et variés

Le troisième trait distinctif de la génération des 45 – 55 ans renvoie à son appartenance, de plus en plus, à des formes de configuration familiale variées : familles divorcées, recomposées, à distance géographique, monoparentales, etc. Or, « les métamorphoses de la famille, avec la montée de l'union libre, du divorce, des recompositions familiales créent de nouveaux réseaux si complexes que certains sociologues, comme Bob Simpson, parlent du passage de la *nuclear family* à la *unclear family*, de la "famille nucléaire" à la famille "pas très claire" » (Segalen M., 2010, p. 133).

En effet, la question qui surgit alors nécessairement est celle de l'impact de cette nouvelle donne sur le potentiel de solidarité familiale, pour les 45 – 55 ans en tant que futurs bénéficiaires de l'aide informelle. On l'a vu, la famille joue un grand rôle dans le vieillissement d'un proche : aide flexible et souple, adaptée aux situations d'urgence et de crise, clé de voûte des soutiens professionnels, aide polyvalente et quantitativement importante… autant de caractéristiques qui font de la famille – conjoint, enfants, famille élargie éventuellement – un « bâton de vieillesse », central dans le quotidien des aînés.

[132] Rapport « La fréquence des contacts intergénérationnels, l'utilisation et la fourniture d'aides comme indicateurs de la prise en charge des personnes âgées », avril 2014, p. 30.

[133] Ce même rapport du WP 1 souligne en effet qu'à âge égal, la santé des femmes est moins bonne que celle des hommes : elles sont en moins bonne santé subjective.

Or, cette solidarité est encadrée par des logiques normatives et affectives, associées aux différents liens considérés. Le statut de parent, le statut de conjoint, associe certains devoirs à un vécu : celui d'une multitude d'échanges de biens, de services, de moments partagés, de confidences… qui construisent l'histoire de la relation entre les individus, les amenant ainsi à faire partie d'un réseau où les dons circulent, chacun se sentant en dette vis-à-vis des autres (Godbout J., Charbonneau J., 1996 ; Bloch M., Buisson M., 1991). Ces relations familiales sont dès lors régulées par ce « fonctionnement à la dette » (Bloch M., Buisson M., 1991) ou ce sentiment de « dette mutuelle positive » (Godbout J., Charbonneau J., 1996), compris comme une dynamique perpétuelle de dons obéissant aux principes de la réversibilité (il y a occupations successives des positions de donateur et de donataire) et de l'enchaînement (régler une dette, c'est en ouvrir une nouvelle auprès du receveur) (Bloch F., Buisson M., 1991).

Mais qu'en est-il pour des formes de configuration familiale qui bouleversent potentiellement à la fois les statuts, avec les normes qui leur sont associées, et les parcours, qui viennent quant à eux redistribuer la donne des liens construits, avec leur entrelacement de dons et d'affection ? Ou *a contrario*, qu'en est-il lorsque ces trajectoires aboutissent à des ménages de personnes isolées, sans enfant et/ou sans conjoint : quelles perspectives pour ces profils, comme futurs aidés ? Cette section présentera les questions que les évolutions sociétales en matière de modèles familiaux amènent à poser, en ce qui concerne les solidarités aux horizons 2025 – 2045 : parce qu'elles brouillent les statuts et complexifient les trajectoires, quels impacts ces évolutions pourraient-elles avoir sur les projets et les liens de solidarité des acteurs qu'elles mettent en jeu ?

- *La rupture du lien conjugal : un effet déstructurant sur les stratégies d'anticipation liées au vieillissement ?*

M. Segalen synthétise ainsi les conséquences multiples d'une rupture d'alliance : « le divorce introduit de nombreuses autres ruptures, au-delà de celle du lien conjugal, dans le domaine social, affectif, économique » (Segalen M., 2010, p. 130). En effet, si « faire couple » intervient dans une série de domaines de la vie sociale (amical, matériel, spatial…), la déliaison amoureuse provoque alors la déstabilisation, voire la remise en

question, des relations et des investissements construits autour de l'unité conjugale. Le parcours conjugal, marqué par cette rupture, pourrait alors avoir une incidence sur la position des individus quant à leur vieillissement prochain. En effet, cette rupture tendrait à menacer le potentiel de solidarité filiale qu'ils avaient ou auraient eu en réserve, tout comme le maintien de leur réseau de solidarité extra-familiale (source d'entraide et rempart contre l'isolement) ou encore leurs projets et confort matériels, ébranlant dans leur sillage d'éventuelles stratégies d'anticipations financières.

Sur le plan affectif, il est de fait reconnu que le divorce (ou plus généralement la séparation des parents) a des conséquences sur le contact entre l'enfant et ses parents, ce qui est d'autant plus vrai en ce qui concerne la relation au père. Ces derniers étant moins souvent dépositaires d'une garde, la fréquence des contacts peut être moindre, voire quasiment inexistante (Cadolle S., 2005). Ce qui fait dire à Sylvie Cadolle que « bien que toute une réflexion sociale se développe pour promouvoir un idéal de coparentalité et d'inconditionnalité de la filiation, les trajectoires familiales qui se complexifient semblent renforcer l'asymétrie des solidarités familiales : la mère en constitue encore le pivot, imprimant à notre système de parenté une inflexion matrilatérale » (p. 180). *Quid*, dès lors, du potentiel de solidarité familiale pour le père vieillissant, dans de telles circonstances ? L'éloignement affectif, se doublant éventuellement d'un éloignement géographique (celui-ci étant corrélé à celui-là), et d'un moindre sentiment de dette (*cf. infra*), réduirait-il alors la capacité pour ce parent éloigné de compter sur la solidarité filiale ?

Sur le plan social par ailleurs, la rupture conjugale charrie à sa suite une reconfiguration de la socialisation extra-familiale, notamment par le cercle des proches, amis et voisins, qui peut se trouver mis à mal dans ce bouleversement du parcours de vie. Déménagement, difficulté à maintenir de part et d'autre des amitiés communes… semblent propices à redessiner l'environnement social des individus désaffiliés. Encore faudra-t-il s'interroger sur le moment de la rupture, dans le parcours de vie : l'hypothèse étant qu'une séparation plus tardive aura d'autant plus de répercussions sur les stratégies d'anticipation affectives et sociales. A l'inverse, une déstructuration plus précoce dans le parcours de vie, pourrait quant à elle laisser davantage de temps à l'individu concerné de

résorber le vide ainsi créé dans son entourage, pour se trouver à nouveau – le cas échéant – bien doté socialement à l'approche de son troisième et quatrième âge.

Sur le plan économique, enfin, nous avons déjà eu l'occasion de mentionner les effets d'un divorce sur les stratégies financières des conjoints, notamment du point de vue de leur patrimoine (point 2.1.a.). Nous y avions en effet évoqué le fait que le pourcentage de locataires était pour les « solos » (célibataires, veufs, divorcés) 2,5 fois celui des personnes « en couple ». M. Segalen le démontre avec des données, qui partent quant à elle du point de vue des descendants : « quel que soit le statut professionnel du parent enquêté, les enfants issus d'une famille nucléaire stable ont plus fréquemment des parents propriétaires et un logement spacieux qui manifeste la réalisation d'un projet conjugal et parental ; à l'inverse, on rencontre davantage de familles monoparentales dans le parc locatif » (Segalen M., 2010, p. 142). Les données sont donc concordantes et incitent à poser l'hypothèse d'un effet potentiellement déstructurant de la rupture conjugale sur la stratégie d'anticipation financière liée au vieillissement.

❖ *La diversité des conjugalités : quels effets sur le soutien entre conjoints ?*

Comme l'extrait de l'ouvrage de M. Segalen l'indique ci-dessus, l'unité conjugale (et parentale) se manifeste dans la réalisation de projets communs. Dans le prolongement de ce constat, on peut penser les couples comme unité y compris dans la construction des projets liés au vieillissement (Ogg J. *et al.*, 2012). Le vieillissement projeté se penserait alors nécessairement à deux : lieu de résidence, aménagement de l'habitation, constitution du patrimoine, relations sociales et affectives avec le voisinage et l'entourage familial… Le point précédent posait la question de la déstructuration de ces projets communs avec la rupture conjugale, en émettant l'hypothèse que cette dernière pouvait laisser l'individu « solo » plus démuni, à cet égard, que son homologue « stable » en terme de trajectoire conjugale. Mais il s'agit ici d'envisager un autre cas de figure : celui de cet individu solo qui se remet en couple, composant ainsi des configurations conjugales variées sur le plan de leur quotidien et de leurs projets.

En formant un deuxième, voire un troisième – etc. – couple, quelle unité de ménage, quelle unité de projet pour ces conjoints ? Le vieillissement est-il pensé tout autant en commun, sachant que les patrimoines, les filiations… peuvent être en grande partie propres à chaque membre du couple, héritage de la vie passée ? Quelles stratégies communes, patrimoniales et affectives, pour ces ménages ? Et quelle solidarité projetée entre les conjoints, dans la diversité de leurs modes de vie au quotidien ?

Dans son article, « *Les formes de la vie conjugale des ″jeunes″ couples ″âgés″* », V. Caradec (1996) analyse l'organisation et les aspirations de couples « formés alors que les conjoints approchaient ou venaient d'atteindre l'âge de la retraite » (p. 897). Il y partage nos hypothèses sur l'évolution des mentalités quant à la solidarité intergénérationnelle : « autonomie et sentiment d'indépendance sont aujourd'hui valorisés dans les rapports entre générations, et la norme des relations entre parents âgés et enfants est celle de l'″intimité à distance″, selon la formule de L. Rosenmayr ; aussi les personnes âgées sont-elles de moins en moins désireuses de partager le logement de l'un de leurs enfants » (p. 920). De là, il affirme qu' « *a contrario*, la vie conjugale a de bonnes chances d'être aujourd'hui valorisée par les plus de 60 ans : antidote contre la solitude, le conjoint est aussi l'*autre par excellence* avec lequel il est possible de continuer à se construire et qui semble indispensable pour être en adéquation avec les nouvelles représentations de la retraite comme ultime étape de la réalisation de soi » (*idem*). On assisterait donc à un recentrement autour du couple, alors même que la construction de cet ensemble conjugal ne serait pas sans poser différentes questions.

L'unité de ménage est certainement la principale d'entre elles. Lorsque les conjoints se rencontrent et entament une relation, la question de la vie commune apparaît. Or, elle peut prendre une toute autre tournure lorsque les conjoints en question ont déjà, chacun, un domicile signifiant sur le plan symbolique et patrimonial (ce dernier point ne valant évidemment que s'il y a propriété). La double résidence peut alors être privilégiée (au moins dans un premier temps) à la résidence commune. V. Caradec énonce au moins trois motivations, pour ces « jeunes couples âgés », d'être attachés à leurs propriétés respectives, incitant à un fonctionnement de type « living apart together » (LAT). Premièrement, l'attache affective : à la maison, au labeur qu'elle a représenté, aux souvenirs qu'elle incarne, au quartier et à la sociabilité qui y ont été investis.

Deuxièmement, la relation aux enfants et aux petits-enfants : « garder sa maison, ce peut être un message à ses enfants, pour leur signifier que la nouvelle relation conjugale n'altérera pas la relation de filiation. Mais le message peut aussi être adressé aux enfants du nouveau conjoint, pour les assurer que l'on ne cherche pas à s'accaparer les biens de leur ascendant, puisqu'on refuse de prendre possession des lieux » (p. 906). Troisièmement, la sécurité, en cas de séparation ou de décès : « garder sa maison est une sécurité, une façon de préserver l'avenir : un avenir qui peut être marqué par la séparation s'il y a mésentente (…), ou plus sûrement par la disparition de l'un des deux conjoints et la transmission de ses biens à ses héritiers » (*idem*).

Mais cette remise en couple tardive et la « conjugalité non-cohabitante » qu'elle peut amener – permise, rappelons-le, par l'indépendance financière (Segalen M., 2010, p. 133) –, conduit à questionner la solidarité conjugale portée par ce mode de vie. Cela a été évoqué, la solidarité entre conjoints est inconditionnelle et peut conduire ces aidants assez loin dans leur engagement envers leur partenaire vieillissant. Or, ce fonctionnement est décrit pour des couples « traditionnels », mariés et cohabitants. Ce dernier point est essentiel, car les chercheurs s'entendent à dire que le soutien conjugal à ceci de particulier que l'aide se confond avec la vie quotidienne, de sorte qu'elle n'est d'ailleurs pas perçue comme aide par l'offrant et le receveur (Chauvin K., Donnio I., 2003). En effet, les tâches accomplies par l'aidant relèvent en partie de tâches ménagères communes (courses, repas, entretien de la maison et du jardin), de sorte que le soutien ainsi apporté soit dirigé davantage vers le ménage que vers une personne. Qu'en serait-il, alors, pour des conjoints non-cohabitants ? : en ne pouvant agir au nom d'une unité de ménage, la solidarité liant les deux protagonistes de cette relation serait-elle aussi forte ? Dans ce cas de figure, quelles attentes de la part de l'aidé, envers un conjoint aidant non-cohabitant ? ; et réciproquement, quelles disponibilités de la part de l'aidant, envers à conjoint aidé non-cohabitant ? A moins que l'avancée en âge, la perspective du vieillissement, ne puisse induire une logique de mise en commun des ressources, par l'évolution de la conjugalité vers une résidence commune ? V. Caradec évoque cette possibilité, rencontrée lorsque « sous la contrainte de l'âge et des difficultés physiques » (sans compter l'accumulation des charges ménagères), « la cohabitation alternée semble susceptible de se transformer en cohabitation simple » (Caradec V., 1996, p. 916).

La diversité des conjugalités et des parcours de vie dans lesquels elles se manifestent posent également la question, outre l'unité de ménage, de l'unité de projet, dans la vieillesse. Choix de la région, du quartier, de l'habitation ; choix d'une vieillesse plus « famille » ou au contraire, plus indépendante ; choix d'un investissement plus ou moins grand sur le réseau amical ou de voisinage… sont autant de projections qui se conjuguent le plus souvent, « traditionnellement », à deux. Le futur envisagé l'est par un couple, qui forme une unité de projet, se basant ici aussi sur un patrimoine et un entourage commun : les enfants sont ceux du couple, les héritages des deux parties sont mutualisés (Ogg J. et al., 2012)… Or, à l'inverse, qu'en sera-t-il lorsque les deux conjoints auront des enfants chacun de leur côté, des héritages qui ne sont pas réappropriés par le couple[134]… ? Susciteront-ils des stratégies individuelles, plutôt que des anticipations communes aux deux conjoints ? Et si oui, comment ces stratégies s'articuleront à la vie à deux, pour penser à la fois le projet de chacun et le projet d'un couple ?

❖ *La diversité de parentalités : quels effets sur les solidarités ascendantes ?*

Après avoir adressé les questions que la variété des formes de configuration familiale pose aux individus sur leurs trajectoires « solos » ou du point de vue de leurs dynamiques conjugales, il s'agira ici de s'interroger sur les effets de ces trajectoires sur les solidarités ascendantes. En effet, comme l'exprime M. Segalen, « plutôt qu'une soustraction, c'est plutôt à l'abondance de parents, avec les beaux-parents, les demi- et faux-frères, six couples de grands-parents, etc. » (Segalen M., 2010, p. 134), à laquelle nous sommes aujourd'hui confrontés. Ces « familles recomposées » imposent alors « de réfléchir aux différentes fonctions de la parenté » (*idem*). Quelles solidarités intergénérationnelles, au sein de ces configurations familiales ? Les beaux-enfants se sentent-ils un devoir de solidarité à l'égard de leur beau-parent ? Sous quelles formes et à quelles conditions ?

[134] D'une manière générale, « les couples recomposés mettant moins souvent en commun leurs revenus que ceux en première union » (Cadolle S., 2013).

Si la pluriparentalité est de plus en plus étudiée, elle l'est plus rarement sous l'angle du vieillissement des parents et beaux-parents au cœur de telles configurations. Des travaux comme ceux de S. Cadolle nous donnent cependant quelques pistes pour étayer nos hypothèses. La chercheure distingue en effet le beau-parent selon qu'il occupe une position de substitution ou un rôle davantage périphérique dans cellule familiale ainsi recomposée, ces logiques étant largement tributaires du genre des individus concernés.

S. Cadolle constate en effet que « dans les recompositions familiales où le parent extérieur est présent et engagé, le beau-parent est surtout le compagnon ou la compagne du parent, et il ne joue auprès de son bel-enfant qu'un rôle optionnel et périphérique » (Cadolle S., 2007, p. 21). Elle précise ensuite qu'« en revanche, il existe une minorité de familles recomposées où le parent extérieur, pour des raisons dont il est difficile d'établir la responsabilité (éloignement géographique ou manque de ressources du père), a renoncé à garder le contact avec son enfant et à participer à son éducation. Ces enfants ressentent souvent un véritable abandon de la part du parent extérieur et le beau-parent devient pour eux un substitut » (*idem*).

Cette position périphérique ou, au contraire, engagée (dite « de substitution »), doit beaucoup au genre du beau-parent en question : les beaux-pères occupant une place davantage susceptible de relever de la substitution. Cela car « toute leur socialisation féminine retient les mères d'abandonner leurs responsabilités vis-à-vis de leurs enfants à la rupture du couple » (p. 38). Dès lors, la mère « veillera de toute façon à ne pas se laisser supplanter », de sorte que « dans la plupart des cas, il est ainsi impensable, pour la belle-mère, de jouer un rôle de substitution » (*idem*). *A contrario*, « pour bien des pères, qui ont encore une relation aux enfants médiée par les mères et/ou des horaires professionnels lourds, il semble très difficile de prendre seuls en charge leurs enfants et ils se résignent souvent à abandonner une grande partie de leur rôle parental au profit du nouvel homme de leur ex-femme »[135] (p. 37 – 38).

[135] D'autant plus que la qualité de la relation avec la belle-mère « conditionne largement la présence éducative et le soutien du père séparé à l'égard de ses enfants. Si la relation avec la belle-mère est conflictuelle, les contacts entre les enfants et le père se distendent souvent » (p. 36 – 37)

D'un côté, nous aurions donc des beaux-parents « optionnels », « périphériques », occupant davantage « un rôle conjugal que familial » (p. 22), rôle endossé le plus souvent par les belles-mères. D'un autre côté, nous aurions des beaux-parents occupant un rôle « de substitution », c'est-à-dire investissant les droits et les devoirs d'une fonction parentale, les beaux-pères étant plus susceptibles de rentrer dans les conditions de ce statut. S. Cadolle constate que cela n'est pas sans impact sur le sentiment de solidarité à l'égard de ces beaux-parents. Elle écrit en effet : « les beaux-pères jouent généralement un rôle de premier plan dans le soutien économique de leurs beaux-enfants, notamment en finançant leurs études, mais aussi dans leur soutien affectif et psychologique. Dans les enquêtes, certains jeunes disent ressentir un devoir de solidarité à l'égard du beau-père qui les a élevés, alors qu'ils reportent sur leur belle-mère le soin de s'occuper de leur père quand il sera vieux » (p. 21).

Telles seraient donc les conditions de la solidarité ascendante envers le beau-parent : la création d'un sentiment de dette, par l'échange de biens et de services, moteur du devoir filial en général (*cf. infra*). Cette dette aurait davantage tendance à être entretenue à l'égard d'un beau-père, celui-ci ayant plus souvent le champ libre pour investir une place laissée vacante par le père biologique. Notons aussi que le moment de la remise en couple, dans la vie de l'enfant, ne doit pas être étrangère à ce processus : plus celle-ci est précoce, plus cela donne des occasions de donner à ses beaux-enfants, creusant le sillon du don et du contre-don. À l'inverse, une remise en couple plus tardive, peut-être même non-cohabitante ou encore, plus incertaine quant à sa pérennité – « de nombreux couples recomposés se décomposent » (p. 21) –, induirait d'autant moins la réciprocité, entre le beau-parent et son bel-enfant.

*

Voici donc le troisième trait distinctif qui semble caractériser la génération des 45 – 55 ans : une génération qui appartient, de plus en plus, à des formes de configuration familiale variées.

De cela découleront alors des <u>hypothèses de recherche</u> quant aux **effets de ces trajectoires conjugales et familiales sur les réserves ou le potentiel de solidarité des seniors de demain vis-à-vis de la famille**, dans la diversité des liens qu'elle

comprend : conjoint, enfants, beaux-enfants. Il s'agira de voir si et comment les décompositions/recompositions des couples et des familles impactent sur les liens de solidarité : quelles solidarités entre conjoints lorsque le couple ne forme pas (ou moins) une unité de projet et une unité de ménage ? Quelles solidarités des beaux-enfants à l'égard de leurs beaux-parents ? En outre, il s'agira aussi, plus largement, d'interroger la relation entre décompositions/recompositions et stratégies d'anticipation, dans l'idée que la rupture du lien conjugal peut avoir un effet déstructurant sur les projections et anticipations dans le vieillissement (au niveau affectif, social ou matériel).

Ces questionnements seront mis en regard de l'analyse des différentes ressources à disposition des acteurs, agissant autant sur leurs **préférences** que sur leurs **capacités** à les concrétiser : ressources financières, capital culturel, état de santé… viendraient ainsi orienter les acteurs sociaux dans leur positionnement quant à ces problématiques. On l'a dit, certains modèles de conjugalité, tel le fonctionnement LAT, sont tributaires des moyens financiers des deux membres du couple : dans ces configurations, chacun est propriétaire de son logement, ou, à tout le moins, n'est pas dans la nécessité de partager un loyer. De même, nous avons vu que l'urgence d'un état de santé qui se précarise peut inciter à la cohabitation, limitant les possibles dans les choix de vie commune de ces acteurs sociaux, réduisant par là leurs créneaux pour se projeter dans un vieillissement qui se situe à la rencontre du collectif (conjugal) et de l'individuel.

L'appartenance sociale viendrait aussi modeler le devenir des pères et des mères, après une rupture conjugale, interagissant avec la variable « genre ». S. Cadolle constate en effet que « dans les milieux populaires, où le partage des rôles de genre est plus rigide et où manquent les moyens matériels pour accueillir les enfants et leur offrir des loisirs, le lien des enfants à leur père est encore plus fragile » (Cadolle S., 2001, p. 32). On y rencontrerait alors davantage de pères absents, ayant pour corollaire davantage de beaux-pères de type « substitution ». A l'inverse, dans les milieux plus aisés, les capitaux à disposition des beaux-parents leur permettraient de se composer plus facilement un rôle sur mesure, échappant à la logique binaire « substitution/périphérique » : ces beaux-parents arriveraient à être présents sans pour autant prendre la place du père ou de la mère biologique. S. Cadolle l'évoque ici en ce qui concerne les belles-mères : « certaines belles-mères réussissent à être pour leurs beaux-enfants un "modèle de femme autre que

la mère" et que les beaux-enfants évoquent parfois une relation très positive avec elle (…), sans qu'il s'agisse de mères de substitution (…). Mais ce style de relation existe plus facilement actuellement au sein de milieux favorisés culturellement. Avoir une relation harmonieuse avec ses beaux-enfants et respecter la prééminence maternelle est plus facile quand on dispose de ressources financières, culturelles et psychiques » (Cadolle S., 2013, p. 44).

Au détour de ces réseaux de solidarité plus variables et variés, se cache en outre une autre situation de ménage, encore peu évoquée jusqu'ici : celle des personnes isolées, qui concerne pourtant un nombre croissant d'individus (Toulemon L., 2011). La recherche y prêtera attention, en s'interrogeant sur les solidarités familiales mobilisables, pratiquement et socialement, par ces acteurs. En effet, si les conjoints et les enfants arrivent en premier, lorsqu'il s'agit de désigner des aidants (Petite S., 2005), qu'en sera-t-il pour des personnes sans conjoint ni enfant ? Sur qui estimeront-ils pouvoir compter ? Avec quel rapport aux aides formelles ? M. Membrado a par exemple montré que ces profils sociodémographiques produisaient notamment des acteurs sociaux de type « indépendants », construisant de véritables projets de soin pour leur vieillissement, à l'appui d'une connaissance développée du réseau d'aide formelle (Membrado M., 1999). Ces profils d'individus seraient alors d'autant plus dans l'anticipation que leurs homologues « en famille ».

2.1.d Les 45 – 55 ans : l'arrivée au grand âge des populations migrantes

Le quatrième trait distinctif de la génération des 45 – 55 ans renvoie au fait que la population vieillissante, aux horizons 2015 – 2045, sera aussi celle d'une population migrante. En effet, « le nombre de personnes âgées augmente rapidement dans la population d'origine étrangère, comme dans la population de souche, et elle ne cessera de croître. Un facteur majeur explique cette évolution : contrairement à ce qu'ils avaient eux-mêmes souvent pensé, la plupart des travailleurs migrants de la première génération vieillissent en Belgique » (Moulin M. *et al.*, 2006, p. 7).

La question qui se pose est alors celle de la spécificité du vieillissement de ces populations : leurs attentes et leurs ressources seront-elles différentes de celles de leurs concitoyens « de souche » ? Dans le cadre de cette recherche, nous nous intéresserons à trois origines migratoires, intéressantes à comparer du fait de leur diversité de culture d'origine et d'historique migratoire : Espagnoles et Italiennes, Turques, Marocaines et Algériennes. Pour ces populations – et cela est d'autant plus vrai pour les personnes d'origine turque et marocaine –, du côté des attentes, la littérature semble indiquer un moins grand recours aux aides professionnelles, que ce soit par méfiance, absence de besoin ou inaccessibilité financière. Du côté des ressources, on trouve des modèles culturels dans lesquels la solidarité familiale est extensive et intensive, ce qui module d'ailleurs les attentes, l'absence de besoin d'aide formelle trouvant une de ses sources dans le soutien massif de l'entourage familial. Cela dit, tout ne renvoie pas uniquement au culturel (en mentionnant l'inaccessibilité financière de l'aide professionnelle, il s'agit d'ailleurs bien de cela) : la population d'origine migrante se définit nécessairement comme l'imbrication de caractéristiques : des caractéristiques culturelles, bien sûr, mais également des caractéristiques socio-économiques. De fait, pour les populations d'origine turque et marocaine notamment, « les résultats sont relativement saisissants puisque pour la population totale, le taux de pauvreté est de 12,66%, alors que pour les personnes d'origine marocaine il est de 55,56% et de 58,94% pour les personnes d'origine turque » (p. 71).

Il s'agira donc de poser le regard sur la population d'origine migrante à la croisée de toutes ses dimensions pour adresser les questions suivantes : quelles particularités les 45 – 55 ans de ces origines présentent-ils comme (actuels ou futurs) aidants et comme futurs aidés ? Leurs attentes et leurs ressources sont-elles différentes de celles des seniors de demain « de souche » ? Comment définissent-ils le rôle de l'aide familiale et de l'aide professionnelle, dans le vieillissement ? Quelle continuité et quelle rupture des modèles, dans un contexte de changement de mentalité, pour les générations successives qui s'imprègnent des normes d'individualisation de la société d'accueil contemporaine ?

❖ *Le rapport à l'aide formelle : méfiance, non-besoin, inaccessibilité ?*

Dans leur rapport sur le vieillissement de l'immigration marocaine et turque en Belgique, M. Moulin et ses coauteurs constatent : « parmi les populations immigrées d'origines turque ou marocaine, la plupart des témoignages recueillis indiquent qu'il ne va pas de soi de faire appel à des professionnels de l'aide et des services à domicile. Difficile d'établir cependant ce qui, du fort sentiment de devoir envers les aînés, du souci de préserver l'intimité de la sphère familiale, de considérations économiques ou du manque d'information à l'égard des possibilités existantes, est en définitive le facteur principal de cette relative réserve. S'agit-il d'une situation de non-besoin, de méfiance ou d'inaccessibilité : nous n'avons pu dégager de convergence suffisante entre les multiples explications avancées. Il est probable d'ailleurs que ces diverses raisons pèsent d'un poids variable selon les milieux socio-économiques et les lieux de résidence » (p. 23).

L'inaccessibilité renvoie ici aux limites financières à recourir à ce type de services, du fait de leur coût parfois élevé. La méfiance relève de « la crainte, de la part des familles, de se voir imposer des manières de faire en matière d'hygiène et de soins qui ne sont pas les leurs » (p. 23) : la question de repas à domicile, en inadéquation par rapport aux prescrits du culte musulman (non « *halal* »), peut disqualifier d'office ce type de recours auprès de la personne âgée et de ses aidants proches. Le non-besoin tient quant à lui à l'interdépendance de l'aide formelle et de l'aide informelle. D'après les témoignages recueillis par M. Moulin et son équipe, les proches de ces immigrés marocains, turcs, sont foncièrement « habitués » à « compter les uns sur les autres », sur le « clan » (p. 26). Dès lors, lorsque le parent vieillit, « ils assument » (p. 23). Là aussi, il convient de ne pas tomber dans une interprétation univoquement culturaliste : cette pratique peut devoir autant à l'héritage de la culture d'origine qu'à l'effet de l'immigration, de la vie socio-économique et du parcours familial dans le pays de destination, qui tendraient à renforcer d'autant plus la solidarité[136].

[136] M. Moulin et ses coauteurs écrivent d'ailleurs : « Il pourrait être utile de distinguer ce qui relève d'une continuité (voire d'une reviviscence) à l'égard de pratiques forgées dans le pays d'origine, et d'un aménagement de nouvelles manières de faire en fonction des possibilités et contraintes propres au pays et à la région d'installation » (p. 24).

Ce dernier point quant au non-besoin est peut-être celui qui peut le plus rapprocher les seniors d'origine turque et marocaine des seniors d'origine italienne et espagnole. En effet, alors que l'obstacle de la méfiance tombe en partie par le partage d'un culte judéo-chrétien identique à celui de la société d'accueil, il n'en reste pas moins que les pays du sud de l'Europe sont présentés comme les plus familialistes du continent, en terme de solidarité vis-à-vis des aînés. Les normes de responsabilité familiale, dans les comparaisons entre les pays européens, seraient plus fortes en Espagne et en Italie. Dans leur enquête comparative sur les habitants de cinq pays (Angleterre, Allemagne, Espagne, Israël et Norvège), S. Daatland et K. Herlofson montrent par exemple que c'est en Espagne que les normes d'obligation filiale « sont les plus répandues et se manifestent le plus directement » (Daatland S.O., Herlofson K., 2003, p. 44). Une autre étude montre que des parents âgés italiens et néerlandais ont une conception très différente du vieillissement et de ses conséquences sur leur inscription dans le groupe familial (Baldassar L. *et al*. 2007). Alors que les premiers insistent sur le fait que le maintien de leur autonomie passe par une grande participation à la vie de leurs enfants et de leurs petits-enfants, ceux-ci devant être prêts à les accueillir le jour où ils auront besoin de davantage de soins, les seconds mettent en avant l'importance d'être indépendants vis-à-vis des autres membres de leur famille, ce qui implique de continuer à vivre seul le plus longtemps possible en ayant recours à des services payants à domicile, et à rejoindre une institution si la dépendance devient trop grande. Reporté à nos 45 – 55 ans originaires du sud de l'Europe, quelle serait dès lors la portée de ce constat ? Constaterons-nous un sentiment plus fort de devoir et d'obligation vis-à-vis de la famille, qui provoquerait par ricochet un moindre besoin projeté sur les aides professionnelles ?

❖ *Compter sur la famille : la valorisation de l'interdépendance ?*

Car c'est bien de cela qu'il s'agit : de la place donnée à la famille dans le vieillissement. La sphère familiale serait-elle, pour ces populations, d'autant plus centrale dans l'aide aux vieux jours ? C'est l'hypothèse qui peut être formulée, notamment sur base du rapport de M. Moulin *et al*. En ce qui concerne les populations d'origine turque et marocaine, ces chercheurs évoquent en effet la « différence de perceptions et de valeurs qui sont toujours véhiculées au sein et à propos des communautés musulmanes par

rapport à celles véhiculées dans nos sociétés occidentales. Tout particulièrement, (…) la notion d'autonomie si chère aux personnes âgées belges qui mettent un point d'honneur à ″ne pas dépendre de leurs enfants″, comme ils disent couramment » (Moulin M. *et al.*, 2006, p. 45). Or, « cette dépendance, ou plus ″interdépendance″, dans les communautés musulmanes est au contraire valorisée ou en tout cas présentée comme allant de soi » (*idem*).

On retrouve ici cette idée d'une construction différente des interdépendances intergénérationnelles, déjà évoquée plus haut avec la recherche de L. Baldassar sur les migrants italiens. L'étude de S. Wray abonde dans le même sens (Wray S., 2003) : son enquête, menée auprès de migrantes âgées vivant en Grande-Bretagne, montre que celles-ci associent le bien-vieillir à l'*interdépendance* dans la famille, par opposition à l'*indépendance*, conception qui représenterait quant à elle l'option privilégiée par les belges « de souche » contemporains (voir les hypothèses présentées au point 2.1.b.). Ces derniers tendraient en effet à miser davantage sur le développement de technologies et services permettant aux personnes vieillissantes de rester chez elles le plus longtemps possible. Cette idée qu'autonomie rime avec vie en couple ou en solo s'oppose à d'autres conceptions des relations familiales et du vieillissement qui vont jusqu'à se nourrir de, et encourager, la cohabitation intergénérationnelle (voir par exemple, pour l'Espagne, Daatland S. et Herlofson K., 2003).

De par cette conception des rapports familiaux dans le vieillissement, on comprend dès lors la réticence observée vis-à-vis des aides à domicile, et plus encore quant au placement des personnes âgées en maison de repos et/ou de soins. Cette dernière option en particulier serait ressentie comme une forme d'abandon, de non-respect des obligations filiales, et source de honte vis-à-vis des autres membres de la communauté. Alors que « l'aïeul est le ″pilier″ » du groupe familial, « il est respecté comme tel et constitue le noyau central de la cellule familiale. Il serait donc impensable de s'en séparer, qui plus est, de le ″placer″ » (Moulin M. *et al.*, 2006, p. 44). M. Moulin et ses coauteurs développent en ces termes la question pour le cas plus précis de la communauté turque et marocaine : la perspective de la maison de repos « n'est semble-t-il jamais envisagée spontanément : elle ne figure pas au rang des choix souhaitables. S'il faut considérer que cette option est quasi inexistante dans ces deux pays d'origine – sauf exceptionnellement

sous une forme comparable aux hospices d'antan – et ne fait donc pas partie a priori du paysage culturel, ce type de structure souffre, de façon marquante dans le pays, d'une image fortement négative. L'idée même d'une institution destinée à la prise en charge exclusive des personnes âgées est donc dans une certaine mesure considérée par les membres de ces communautés comme une aberration. Il apparaît en effet très peu concevable d'isoler de la sorte les aînés de leur entourage familial et social » (p. 26).

❖ *Un changement de mentalité par rapport aux obligations filiales ?*

Pour autant, ne peut-on pas s'interroger sur la diffusion du changement de mentalité en matière d'obligations familiales à ces populations d'origine immigrée ? Ne seraient-elles pas elles aussi sensibles à l'individualisation des liens familiaux ? M. Moulin et ses coauteurs écrivent à ce propos : « la première génération qui a un parent âgé refuse toute idée de placement et considère que "c'est comme si on le tuait, comme si on commettait un acte criminel". Pour la seconde génération, les choses sont un peu différentes. L'obligation de s'occuper de l'aïeul est présente, mais les familles rencontrent davantage de difficultés à l'assumer (notamment parce que les femmes deviennent plus présentes sur le marché de l'emploi) » (p. 45).

Ainsi, la confrontation à une société dans laquelle l'individualisme prime sur les devoirs familiaux pourrait amener les enfants des migrants de première génération à remettre en question les modèles qui leur ont été inculqués par leurs parents, portés par un nouveau désir d'autonomisation. Dès lors, « pour saisir la complexité de la question de l'entraide familiale, il faut à la fois tenir compte des valeurs et des traditions familiales autres et parfois très fortes chez les personnes issues d'autres cultures et pratiquant d'autres religions. Il faut aussi comprendre le fonctionnement et les effets du contrôle social (exprimant la primauté du groupe sur l'individu) générés par la présence de communautés importantes et actives qui aiment donner d'elles une image de prise en compte et de résolution des problèmes de leurs membres. Ces aspects forts qui encouragent la persistance d'une entraide familiale importante sont cependant peu à peu érodés par des valeurs et des habitudes tirées du modèle occidental connoté par l'individualisme et le désir d'autonomie des individus » (p. 46).

Cela d'autant plus que certaines conditions de la prise en charge familiale, pour les générations précédentes ou en d'autres lieux, ne sont plus toujours rencontrées : les femmes tendent à être de plus en plus actives professionnellement, le réseau d'aidant(e)s est moins étendu… Dès lors, il semble indispensable d'intégrer à nos hypothèses de recherche cette question du changement des mentalités et des ressources des populations d'origine immigrée, envers et pour la solidarité familiale.

Cet argument se trouve renforcé par les conclusions de C. Attias-Donfut et R. Gallou. Dans leur article – « *l'impact des cultures d'origine sur les pratiques d'entraide familiale. Représentation de la solidarité familiale par les immigrés âgés* » – les deux chercheurs poursuivent un double objectif : « d'une part, mettre en évidence les différences culturelles entre les groupes de migrants concernant le sentiment de responsabilité filiale et l'entraide au sein des familles. D'autre part, examiner l'hypothèse d'une évolution de ces modèles au contact de la culture française, et notamment avec l'Etat-providence » (Attias-Donfut C., Gallou R., 2006, p. 87). Et de fait, ils y constatent que « largement corrélées aux pays et aux cultures d'origine, les opinons réagissent au contact de la société française, en tendant progressivement vers les valeurs de l'expression générale » (p. 91). Cela est d'autant plus vrai quand les enquêtés parlent « pour eux-mêmes » : « dès lors que les sujets sont directement impliqués, ils manifestent une moindre aspiration à la cohabitation des générations, ce qui souligne l'émergence dans tous les groupes [pour tous les pays d'origine] de la tendance à préférer l'intimité à distance » (p. 89). En termes d'hypothèse, il apparaît ici clairement que les 45 – 55 ans comme futurs aidés, peuvent nourrir des opinions et aspirations différentes que celles qu'ils se sont appropriées comme aidants ou futurs aidants, à l'égard de leurs parents vieillissants.

Cette évolution des mentalités et des disponibilités, entre deux générations issues de l'immigration, M. Moulin et ses co-auteurs vont jusqu'à la questionner comme « immense malentendu entre parents et enfants issus de l'immigration » (Moulin M. *et al.*, 2006, p.45), ou encore comme « bipolarisation culturelle [qui] occasionne des fractures dans les rapports parents âgés/enfants » (p. 46). Dans tous les cas, il semble très fécond d'adresser ces interrogations aux 45 – 55 ans, afin de tenir compte de l'éventuelle émergence de tensions entre les attentes des parents vieillissants et leurs enfants adultes,

qui conçoivent désormais différemment les interdépendances familiales et les réponses à apporter aux besoins accrus de soins liés au vieillissement. Sachant que ces tensions pourraient être particulièrement vives lorsque les aidants ne peuvent prendre soin de leurs parents de la manière dont ils le souhaiteraient, parce que leurs conceptions ont évolué et/ou parce qu'ils ne sont pas désireux ou à même de se désinvestir de la sphère professionnelle pour s'occuper de leurs parents dépendants (Merla L., 2012).

*

Voici le quatrième trait distinctif qui semble caractériser la génération des 45 – 55 ans : une génération qui est aussi celle d'une population immigrée, confrontée à son vieillissement de même qu'à celui de ses parents.

De cela découleront alors des hypothèses de recherche quant aux **attentes et aux pratiques spécifiques qui pourraient découler de la rencontre entre vieillesse et migration** : il s'agira de voir si les personnes issues de l'immigration italienne/espagnole, turque et maghrébine, présentent des rapports spécifiques à l'entraide familiale et à l'aide professionnelle, à domicile ou en institution. C'est-à-dire, une conception du « bien vieillir » davantage familialiste, centrée sur l'entraide et l'interdépendance, amenant une moindre attente vis-à-vis des soins et structures professionnels. Au-delà de cela, le rapport aux aidants formels sera également interrogé sous l'angle de l'inaccessibilité et de la méfiance, partant de l'hypothèse que ces populations immigrées peuvent disposer de moins de ressources culturelles et économiques (inaccessibilité), tout comme elles peuvent estimer que l'offre en services ne rencontre pas leur demande, du fait de spécificités cultuelles notamment (méfiance).

Ces hypothèses seront en effet mises en regard de l'analyse des différentes ressources à disposition des acteurs, agissant autant sur leurs **préférences** que sur leurs **capacités** à les concrétiser. Cela sera d'autant plus important que « la vieillesse en immigration est loin d'être homogène » (Moulin M. *et al.*, 2006, p. 81). Il serait dès lors difficile « de construire un cadre de référence commun, tout comme d'envisager des propositions-types s'appliquant à l'ensemble des personnes catégorisées sous le terme "immigrés âgés" » (p. 81). Culte, nombre d'années ou de générations installées en Belgique, moyens financiers, capital culturel… des variables multiples devant être

analysées comme autant de paramètres qui, associés au facteur « immigration », orientent certainement les pratiques et les positionnements.

L'état de santé, notamment, viendra se conjuguer au facteur immigration. En effet, « on considère généralement que les risques de mauvaise santé sont plus élevés parmi les populations migrantes que parmi les autochtones. D'une part, l'accès aux soins serait rendu plus difficile en raison des difficultés de langage, de la méconnaissance du système et des filières de soin, en raison aussi de logiques propres qui ne feraient pas des services de première ligne offerts par la société d'accueil le premier type de recours envisagé (recours à des praticiens « traditionnels » reconnus par certaines communautés locales, recours en situation d'urgence aux services hospitaliers). D'autre part, ces populations disposeraient de manière générale d'un moindre niveau d'éducation, de salaire et de moins bonnes conditions de logement que la population native (ces trois éléments figurant parmi les principaux déterminants de la santé). Enfin, les conditions de vie et de travail auxquelles elles ont été soumises durant leur vie professionnelle auraient un effet d'accélérateur sur la dégradation de l'état de santé, conduisant à une vieillesse prématurée, phénomène connu sous le nom de *"exhausted migrant effect"* » (p. 63).

Le genre viendra lui aussi interagir avec la variable « migration » et « capital économique », lorsque les femmes issues de l'immigration n'ont pas travaillé ou ont travaillé « au noir ». Avec comme effet qu' « au terme de la vie active, les conséquences se font sentir par des durées de carrière insuffisantes et des pensions de retraite correspondantes faibles » (Attias-Donfut C., Delcroix C., 2004, p. 149). Une question d'autant plus pressante en cas de séparation ou de décès d'un époux : *quid* des moyens de subsistance de la conjointe, lorsqu'elle n'a pas été active sur le marché de l'emploi (Kriegel B. *et al*., 2005) ? Cela amène C. Attias-Donfut et C. Delcroix à conclure que « plus encore que les femmes françaises et nées en France, âgées et seules, les immigrées veuves ou divorcées ont un risque élevé de "fragilité sociale" ou, pour utiliser les catégories établies par Castel (…), un risque de se situer dans la zone de "vulnérabilité", entre "intégration" et "désaffiliation" » (Attias-Donfut C., Delcroix C., 2004, p. 154). Plus qu'une préférence « culturelle » vis-à-vis du soutien familial, de telles situations pourraient également renvoyer à l'impossibilité financière à recourir à des aidants professionnels rémunérés.

L'origine culturelle pourra en outre être intégrée comme un facteur de différenciation entre les individus, par rapport aux autres tendances énoncées jusqu'ici. Nous avons évoqué plus haut le questionnement lié à l'hypothèse d'une évolution des mentalités, allant dans le sens d'une individualisation des liens familiaux (*cf.* point 2.1.b.). Or, la variable migration jouerait aussi notamment quant aux pratiques d'anticipation par rapport à son vieillissement (*cf.* point 2.1.a.). De fait, comme le notent M. Moulin et ses coauteurs, « si la vieillesse [des personnes immigrées] ne fait pas l'objet d'anticipation particulière, ce ne serait pas par manque de prévoyance, mais en raison du statut même des vieux, largement privilégié au sein de la société marocaine [en l'occurrence]. Anticiper laisserait supposer qu'il n'en est pas, ou plus, ainsi. S'interroger sur la vieillesse risquerait peut-être de jeter le doute sur la cohésion et l'intégrité de la communauté dans son ensemble ; plus encore, sur les conditions de sa continuité » (Moulin M. *et al.*, 2006, p. 83). Cela semble se constater notamment à travers la plus faible construction de stratégies sociales hors du cercle familial. Dans le rapport d'expertise de M. Moulin, un travailleur social s'interroge par exemple : « où sont les vieux immigrés du quartier (…) ? Pourquoi ne sont-ils demandeurs de rien alors que le réseau mis en place atteint la population belge âgée, qui réagit positivement ? Réponse : ils n'ont pas besoin de "clubs" de vieux, car ils trouvent une place, une valorisation, un rôle au sein de la famille. Ils n'ont pas besoin de nous, les autochtones, les institutionnels » (p. 74).

2.2 Les 45 – 55 ans : aidants proches d'aujourd'hui, aidants proches de demain

Cela introduisait ce rapport : les 45 – 55 ans ne sont pas seulement les aidés de demain, mais aussi les aidants proches de demain. Peut-être, d'ailleurs, sont-ils déjà aidants : la distance générationnelle[137] qui sépare les parents de leurs enfants, la position dans la fratrie, les parcours de santé différenciés au sein de la génération des parents… sont autant de facteurs dont il découle que deux individus, tout en ayant le même âge,

137 La distance générationnelle représente le rythme auquel se succèdent les générations, du fait de l'âge de la maternité. Cette distance peut donc être plus ou moins courte : soit les générations se succèdent assez rapidement (tous les 20 – 25 ans, par exemple), soit les naissances sont plus tardives (tous les 30 – 35 ans, par exemple), et la succession des générations connaît un rythme moins soutenu (Attias-Donfut C., 1995).

peuvent se trouver dans des positions très différentes à l'égard de leur statut d'aidant. Là où l'un sera le descendant d'un parent plus jeune et/ou en bonne santé, l'autre sera déjà engagé dans un processus de *care* vis-à-vis d'un ascendant plus âgé et/ou plus dépendant. L'un comme l'autre disposeront alors d'un point de départ différent pour se projeter dans leur avenir d'aidant, à l'horizon 2025 et au-delà.

Dans le premier cas de figure, d'un parent d'ores et déjà moins autonome, la projection dans le futur est modulée par la connaissance et l'expérience de la situation actuelle. Certaines décisions ont été prises (géographiques, spatiales, médicales, patrimoniales…), imprimant une direction au destin familial de *care*, au parcours d'aidé du parent comme au parcours d'aidant de l'enfant. Ainsi, nous nous trouverons dans des situations où les 45 – 55 ans s'exprimeront tout en sachant déjà si le ou les ascendant/s accepte/nt des aides à domicile, se positionne/nt sur la possibilité (ou non) de son/leur institutionnalisation, a/ont éventuellement déjà mis en place des stratégies géographiques et/ou spatiales liées à la diminution de sa/son indépendance…

En outre, l'expérimentation concrète des négociations au sein des familles, des modes de concertation et des choix favorisés, nourrit également les prérequis sur base desquels un individu imaginera sa situation future comme aidant. Cette expérimentation est en effet celle d'événements passés servant de « révélateurs des "vocations" ou, du moins, des réputations de chacun » (Godbout J. T., Charbonneau J., 1996, p. 64). Qu'il s'agisse de la gestion d'une urgence (chute, cambriolage) ; d'un débat familial autour d'une décision à prendre ; du constat relatif aux engagements pris par chacun et à leur respect de ceux-ci… Ces événements ont des effets multiples sur la circulation de l'aide : « formation de "clans", éloignement de certains membres, perturbation des structures verticales et horizontales de l'échange, établissement des réputations » (p. 108). Dans la fratrie, le premier en ressortira avec la réputation d'être serviable et disponible ; le deuxième avec la réputation d'être plus intéressé(e) par le patrimoine de l'ascendant que par son bien-être ; le troisième avec la réputation d'être fiable et de respecter ses engagements… Sans compter que le parent âgé, lui aussi, se révélera et se façonnera une réputation : obtus, exigeant, compréhensif, prudent, etc.

Dans le deuxième cas de figure, au contraire, celui les 45 – 55 ans qui ne sont pas (encore) aidants, nous nous trouvons avec des individus ne peuvent qu'imaginer tout en ayant moins de prérequis pour ce faire. L'ensemble des possibles reste ouvert. Aucune voie n'est tracée, aucun chemin n'a été emprunté, pour cadrer le destin collectif du groupe familial confronté au vieillissement du/des ascendant/s. L'imaginaire est également moins nourri des événements passés, l'histoire familiale n'ayant pas encore eu l'occasion d'expérimenter les positions et les rôles de chacun pour la situation spécifique de l'avancée en âge du parent. Les réputations peuvent néanmoins se construire par comparaison et extrapolation, de la disponibilité, de la fiabilité, des options habituellement privilégiées des membres de la parenté.

Si les 45 – 55 ans ne sont pas égaux quant au matériau disponible pour construire leurs projections comme aidants à l'horizon 2025 – 2045[138], ils n'en restent pas moins identiquement concernés par le vieillissement actuel et/ou futur de leur/s ascendant/s. La gestion du vieillissement à ces échéances ne les concerne donc pas uniquement comme futurs aidés, mais aussi comme futurs aidants (dans le prolongement d'une situation déjà établie, s'ils sont déjà aidants ; ou dans la construction d'une situation en devenir, si leurs parents sont pour l'instant autonomes mais que leur avancée en âge laisse présager qu'ils pourront avoir besoin de cet entourage familial dans un futur plus ou moins proche). D'où l'intérêt de recueillir leurs témoignages sur ce vécu, actuel et/ou futur : quelles sont leurs dispositions et leurs pratiques, présentes et projetées, comme aidants ?

On l'a vu précédemment, la famille (conjoints et enfants) est le premier soutien dans le vieillissement. Que ce soit par des leviers légaux, normatifs ou affectifs, les enfants entretiennent une responsabilité vis-à-vis du vieillissement de leur/s ascendant/s. Du fait de place privilégiée qu'ils occupent dans le quotidien du parent âgé, leur engagement façonne ainsi son devenir : l'existence et la présence d'un entourage familial sont notamment corrélées à la probabilité de vivre à domicile plutôt qu'en institution (Einiö E.K. *et al.*, 2012), tout en étant liées à la qualité de vie (eu égard aux dimensions de protection et de reconnaissance des liens familiaux, évoquées plus haut dans le rapport).

[138] Tout comme ils ne l'étaient pas non plus vis-à-vis de leurs stratégies d'anticipation quant à leur propre vieillissement : certains 45 – 55 ans peuvent avoir déjà entamé des réflexions, voire des démarches, alors que d'autres n'en seront à aucune de ces étapes.

L'existence et le soutien du lien de filiation ouvrent alors à un possible, celui du « vieillir en famille » (Membrado M., 1999), en prenant appui sur les enfants. Là où d'autres devront faire preuve d' « indépendance » (*idem*), se débrouiller seuls, en recourant d'autant plus à des services collectifs ou professionnels, au risque de manquer de l'aide polyvalente et souple qui caractérise les liens familiaux (*cf. supra*)[139].

Cela a donc tout son sens de questionner les dispositions des 45 – 55 ans à l'égard de leurs ascendants. Imaginent-ils répondre présents ? Voire, répondent-ils déjà présents, pour ceux qui sont dès maintenant confrontés à la diminution de l'indépendance de leur parent ? Et si oui, pour quelles aides, quelles disponibilités ? En outre, comment prédire cet engagement, son contenu, sa quantité ? : quel(s) rôle(s) le genre, l'activité professionnelle, la charge de famille, la distance géographique… jouent-ils sur la disponibilité des enfants pour le soutien filial ?

Ces différentes questions seront abordées dans cette section du rapport. Dans un premier temps, il s'agira de présenter des éléments de cadrage par rapport aux devoirs filiaux d'entraide contemporains. Dans un deuxième temps, ces éléments de cadrage se rapporteront aux différents facteurs influant classiquement sur la disponibilité des enfants pour le soutien.

2.2.a Les 45 – 55 ans comme pourvoyeurs de soutien : les devoirs filiaux d'entraide

Comme cela a déjà été évoqué plus haut dans ce texte, les transformations de la famille occidentale sont couramment décrites comme étant marquées par la montée des valeurs d'indépendance[140] entre les acteurs sociaux et entre les générations. C'est-à-dire que le lien familial susciterait moins de dévouement : il serait devenu plus difficilement envisageable pour les individus de se mettre au service systématique de la solidarité, dans

[139] Il ne s'agit pas de dresser un portrait idyllique de la solidarité familiale, de l'ériger en modèle parfait d'un vieillissement réussi. La solidarité familiale présente incontestablement des « revers » (Attias-Donfut C. *et al.*, 2002) : notamment parce qu'elle induit une perte de contrôle, d'intimité, voire de l'ingérence. Il n'en reste pas moins qu'elle est une ressource importante – centrale – dans le vieillissement. C'est le sens de nos propos ici.

[140] Ou d'autonomie, les deux termes étant utilisés indifféremment l'un de l'autre dans ce cas précis, pour le sujet qui nous concerne.

une société qui produit des êtres « fidèles à l'esprit individualiste, celui du ″*Me first*″, du ″souci de soi″ » (Lacroix M., 2006, p. 256). La famille occidentale contemporaine serait donc composée de membres qui « osent dire ″je″ » (Dortier J.-F., 2006, p. 5), dans un « monde social [ayant] changé de centre de gravité : des lois supérieures (le service de Dieu, de l'Etat, de la famille…), il se tourne vers l'individu et le culte de soi » (*idem*). La famille serait dès lors moins obligée (se sentirait moins obligée) de prendre soin des aînés, ceux-ci devant s'en remettre davantage à eux-mêmes ou à des services professionnels, que ce soit au domicile (gardes à domicile, aides ménagères, services infirmiers) ou en institution (maison de repos, résidence service).

Or, dans le même temps, les résultats des études empiriques penchent en faveur d'un maintien des normes de solidarité entre parents et enfants. Par exemple, de sa recherche sur « les devoirs d'entraide », où S. Petite interroge 198 individus, il ressort un consensus fort quant à l'obligation d'aide relative aux relations de filiation : 95% de la population enquêtée estime qu'il est du devoir des enfants de s'occuper de leurs parents en situation de vieillissement (Petite S., 2005). Les relations de filiation auraient donc ceci de particulier, qu'à la différence des autres relations de parenté (et encore davantage des autres relations sociales), elles obéissent à un principe « statutaire » : on aide ses parents car ce sont ses parents (ils ont ce statut), et ce en partie indépendamment des liens particuliers qui nous lient à eux. Les échanges avec d'autres membres du réseau de parenté seraient, quant à eux, beaucoup plus conditionnés par des critères affinitaires. J. Kellerhals et ses coauteurs arrivent à des conclusions similaires, dans le contexte suisse : dans son échantillon, moins de 10% des familles ne reconnaît pas de devoirs pour les relations verticales, entre parents et enfants (Coenen-Huther J. *et al.*, 1994). L'absence totale de sentiment de responsabilité vis-à-vis du parent est donc assez rare, la recherche tendant à montrer qu'elle ne survient que lorsque l'enfant se sent victime de graves manquements (quand le parent a été, selon l'enfant, le premier à ne pas respecter les obligations associées au rôle de parent, en ayant par exemple pratiqué l'abandon, la maltraitance, l'inceste…).

Dès lors, cette « norme de solidarité » n'entre-t-elle pas en contradiction avec la « norme d'autonomie » entre les générations ? Si l'indépendance, que ce soit entre les acteurs sociaux ou entre les générations, semble être devenue un principe normatif

central du discours des acteurs sociaux (Déchaux J.-H., 2011), l'existence d'un devoir de solidarité inconditionnel, « imposé », ne pèse-t-il pas sur individus, qui verraient par là leur liberté et leur indépendance menacées ?

Qu'en est-il, alors ? S'il est avéré, depuis une trentaine d'années, que la solidarité familiale est toujours opérante, comment celle-ci compose-t-elle avec la norme d'autonomie ?

❖ *L'auto-stipulation ou l'auto-assignation du devoir filial*

L'analyse d'entretiens menés avec des aidants (Leider B., 2014) montre que la manière dont ils vivent et expriment leur engagement relève de l'auto-assignation ou de l'auto-stipulation de leur devoir filial, façonnant par là un point de rencontre entre solidarité et liberté du donneur. Nombre d'interviewés font alors état d'affirmations de cet ordre : « *c'est un devoir, sans l'être. Ca me paraît aller de soi* », « *je ne me sens pas obligé. C'est normal, c'est ma maman* », « *c'est pas le sens du devoir, pour le sens du devoir* ».

Ce à quoi ces répondants s'opposent, ce n'est pas tant au fait de s'investir auprès de leur parent, au caractère « normal » de cet engagement, qu'à la conception selon laquelle cet investissement ne relèverait pas d'un choix étant le leur. Finalement, ce que ces individus expriment, c'est que vis-à-vis de leur engagement d'aidant, plus que de devoir, c'est de « *se* devoir » qu'il s'agit. La voix pronominale (« se devoir ») du verbe « devoir » a tout son sens : dans ce devoir auto-assigné, les enfants sont bien à la fois les sujets et les destinataires de l'action, dans le mouvement qui les conduit à s'investir auprès de leur parent âgé. L'auto-assignation réconcilie en ce sens l'injonction de la norme de solidarité et l'aspiration au choix et à la liberté du donneur.

On comprend alors que les individus mobilisent plutôt le registre du « *naturel* »[141], de l'« *évident* », du « *normal* » pour qualifier leurs pratiques de solidarité : ce registre renvoie, dans ce contexte, à des sentiments qui émaneraient d'eux, dans leur propre

[141] Ne nomme-t-on pas parfois (bien que le terme soit fortement contestable et contesté) les aidants proches « aidants "naturels" » ?

volonté d'aider, sans que cela ne doive passer par une injonction extérieure[142]. Cela explique aussi les faibles résultats des enquêtes statistiques relatives aux attitudes des enfants quant au devoir d'entraide vis-à-vis du parent âgé (Dandurand R.B., Saillant F., 2005). Face à des questions du type « vous avez un devoir d'aider vos parents vieillissants », on ne peut que comprendre le rejet massif des répondants à de telles propositions : elles renvoient en effet à un devoir-contrainte dont la recherche qualitative démontre qu'il est refusé par les enquêtés, à la faveur du devoir auto-assigné.

Notons qu'il est ainsi frappant de constater que le devoir de solidarité, traditionnellement associé à des injonctions normatives antérieures à la seconde modernité (dans l'idée qu'il formerait un vestige d'un autre temps, celui où l'individu devait se mettre au service du collectif), s'avère *in fine* tout à fait adapté à cette société contemporaine, où la responsabilisation individuelle fait figure de nouveau contrôle social. On retrouve ici une « régulation normative ″postdisciplinaire″ » (Franssen A., 2003), où « chacun se gouverne au mieux de lui-même » (Martuccelli D., de Singly F., 2009, p. 62), pour un contrôle social qui passe par l'intériorisation de règles que l'acteur social s'auto-stipule.

S'il peut être auto-assigné, c'est parce que l'engagement envers le parent âgé est porteur de sens, pour les individus. Ce sens peut résider soit dans le registre général de la « solidarité », soit dans le registre particulier de la « mutualité » (Godbout J. T., Charbonneau J., 1996), les deux pouvant être entrelacés. Dans la solidarité, le sens de l'aide est basé sur la tradition familiale et la succession des générations : « je donne à mes parents comme ils ont donné aux leurs, et comme mes enfants me donneront ». Le registre de la mutualité correspondant à l'aide échangée entre deux personnes en raison de l'histoire de leur relation propre, et éventuellement des liens affectifs qui les lient : « je donne à mes parents parce qu'ils m'ont beaucoup donné ».

Ces registres renvoient tous les deux à l'idée d'acquitter une dette, bien que dans des acceptions différentes : la mutualité renvoie directement au fait de rendre à celui dont

[142] Cela rejoint les propos que F. Balard restitue dans son article, « la famille dans le grand âge » (2008). De cette informatrice, rencontrée dans le cadre de sa thèse en anthropologie sur les 90 ans et plus, il écrit quant à son investissement auprès de sa mère âgée : « elle refuse même l'emploi du mot devoir et dit que pour elle, il s'agit de quelque chose d'évident » (Balard F., 2008, p. 99).

on s'estime débiteur ; la solidarité consiste à transmettre une dette, de génération en génération (au temps *t*, la génération des aidants étant à la fois débitrice de la génération ascendante et créancière de la génération descendante). Et effectivement, c'est à cette notion de dette qu'un certain nombre de chercheurs associent la « troisième voie », entre solidarité contrainte et liberté (*idem*) : celle du don spontané, auto-assigné.

Car bien que parfois traitée comme un simple synonyme d' « obligation », la dette est utilisée par la plupart des auteurs dans une acception plus complexe : la dette représente le désir d'un individu de participer aux échanges familiaux. Cela non pas dans l'exercice d'un « devoir » qui lui serait imposé, mais dans une obligation qu'il s'auto-assignerait, en raison d'une logique de mutualité ou d'une logique de solidarité. Ces auteurs différencient alors « sens du devoir » et « sens de la dette » (Pennec S., 2003 ; Godbout J., Charbonneau J., 1996) : il s'agit en effet de « distinguer les deux sens des mots "devoir" et "dette" : reconnaître avoir reçu, d'une part, et éprouver un sentiment, une obligation de rendre, comme dans un rapport contractuel, d'autre part » (Godbout J., Charbonneau J., 1996, p. 186). La dette s'exprime dans ce premier sens : « celui d'avoir reçu, sans pour autant avoir contracté l'obligation de rendre, tout en ayant le désir de donner (la reconnaissance) » (*idem*), ou encore : « ce qui fait de vous un obligé plutôt que ce qui vous fait obligation » (Bloch F., Buisson M., 1991, p. 59).

❖ *Le don-dû : la logique normative en garde-fou*

Or, le sentiment de dette dépend du point de vue du donataire (Bloch F., Buisson M., 1991) : pour qu'un individu souhaite rendre, il faut d'abord qu'il se sente en dette. Dans les histoires familiales et la manière dont elles sont réappropriées par les descendants, s'invitent parfois des événements et des sentiments qui sont un obstacle à la création du sens de la dette. Un parent jugé absent, égoïste, négligent voire maltraitant… autant de ressentis qui ne suscitent pas le désir de rendre, par auto-stipulation de son devoir filial.

Dans ces cas de figure, si la réciprocité n'est pas opérante, peut-on affirmer que ces individus seraient alors totalement désengagés du soutien ? Il apparaît que non, pas

systématiquement. Car une autre force est alors à l'œuvre : c'est la force normative qui peut compenser l'absence d'une motivation d'ordre relationnel (la « norme de responsabilité familiale jouant un rôle de garde-fou » [Lavoie J.-P., 2000, p. 155]). En effet, « il n'y a pas que le don porté par l'amour et la dette positive, il y a aussi le dû et le devoir, l'aide quasi obligatoire » (Attias-Donfut C. *et al*., 2002, p. 263). Avec ce « don-dû », c'est le devoir et lui seul qui représente le principe de circulation, devoir inscrit dans des rôles sociaux et des conventions (Godbout J. T., Charbonneau J., 1996). « Dû », « logique normative » (Lavoie J.-P., 2000), « aide contrainte » (Clément S., 2005 ; Caradec V., 2009) : l'obligation de soutien peut être bel et bien opérante, à défaut de motivations d'ordre relationnel (Membrado M. *et al.*, 2005 ; Walker A., 1991).

Car ce que la norme de solidarité met en jeu, c'est l'*identité morale* des enfants, concept emprunté à J. Finch et J. Mason et qui se réfère à l'image que l'entourage d'Ego a de lui comme individu doté de qualités positives, dans le cadre des échanges familiaux (Finch J., Mason J., 1993). L'identité morale renvoie en outre à « la nécessité de conserver l'estime de soi de faire face, de répondre à la demande vitale du proche vulnérable » (Guérin S., 2010, p. 174). En cela, la norme de solidarité constitue une « obligation morale » (Bonvalet C. et *al*., 2011), dont la transgression menace la valeur même de l'individu, à ses yeux et aux yeux des autres. Elle est donc puissante précisément en ce qu'elle menace la valeur des acteurs sociaux et que sa transgression peut leur renvoyer beaucoup de culpabilité (Walker A., 1991). Il ne faut en effet pas oublier que, si le soutien peut obéir au souci du bien-être du parent (notamment dans le cas des relations d'amour), il peut aussi répondre à un souci que l'enfant a lui-même, dans le but d'entretenir son identité morale, de cultiver une définition positive de soi, ou même simplement d' « avoir la conscience en paix » (*idem*). Il s'agit là de motifs d'engagement assez puissants pour les descendants, indépendamment de la présence d'un sentiment de dette ou d'affection vis-à-vis du parent : quitte, dès lors, à frustrer une partie des aspirations à sa liberté et au choix du donneur.

❖ *La solidarité en pratique(s)*

On vient de le voir, le devoir de solidarité est difficilement contournable pour les enfants, ne serait-ce que parce que sa transgression menace leur identité morale. Cependant, si cela nous permet de poser l'hypothèse que la majorité des enfants se pensent comme des opérateurs privilégiés du vieillissement de leurs parents, cela ne nous informe en rien des aides et de la présence qu'ils assureront effectivement auprès de ceux-ci. En effet, il est fondamental de comprendre que cette obligation de solidarité n'impose pas pour autant une *manière* légitime de prendre soin (Finch J., Mason J., 1991).

Car la solidarité filiale est régie par le principe du *conformisme ouvert* (Petite S., 2005). Suivant cette perspective, la régulation des échanges (dont le soutien) entre un enfant adulte et son parent a ceci de particulier qu'elle combine des prescriptions attachées à des rôles (celui de parent, celui d'enfant), sans pour autant fixer les modalités précises des échanges, dans l'exécution de ces prescriptions. En d'autres termes, si l'enfant a bien des obligations vis-à-vis de son parent (suivant la norme de solidarité associée au statut d'enfant, il *doit* aider son parent), cet enfant pourra néanmoins disposer d'une certaine marge de manœuvre dans ses pratiques concrètes de solidarité (cette norme ne dit pas *comment* il doit aider son parent, ni d'ailleurs qu'il doit donner sans compter).

C'est dans cette marge de manœuvre, celle de la définition des modalités pratiques du soutien, que les descendants pourront alors trouver à exprimer des arguments de l'ordre du choix et de la liberté, échos aux valeurs d'indépendance et d'électivité. C'est ainsi que les enfants pourront s'investir diversement selon :

- La nature du soutien : soutien pratique (aides concrètes), support moral, présence de type « monitoring protecteur » (veille, suivi, visant à vérifier que tout va bien, que le parent n'a besoin de rien), apport financier, activité de coordination des aidants professionnels…
- La temporalité du soutien : aide routinière (prévisible et étendue à des nombreuses activités), aide circonstanciée (limitée à certaines tâches, certains aspects de la vie du parent), aide sporadique (imprévisible, au cas par cas) ; qui se matérialise dans une

fréquence de contacts et dans un nombre d'heures consacrées à ces contacts, pour une période donnée.

- La gestion ponctuelle des crises : crises qui suscitent une mobilisation intense du réseau de soutien, sur un laps de temps plus ou moins long. Durant ces périodes, ce sont tant les besoins en aide pratique, qu'en soutien moral, de monitoring ou de coordination d'aidants professionnels qui peuvent être renforcés.

En portant le regard sur les pratiques, on peut alors observer des seniors investis à différents degrés et de différentes manières dans la relation d'aide à un ascendant.

*

En associant une réflexion sur le sens du devoir filial et sur ses multiples incarnations, on comprend aisément que la présence de la famille autour d'un parent âgé vieillissant ne s'impose pas d'elle-même, tant quant à ses motivations qu'à ses formes concrètes. Certainement, les ascendants de nos 45 – 55 ans pourront compter sur la famille. Toutefois, comme explicité ci-dessus, ce constat ne dit encore rien de la manière dont la famille offrira pratiquement ce soutien : sur le type de tâches qu'ils seront disposés à prendre en charge, sur la quantité d'aide qu'ils envisageront (ou envisagent déjà) de fournir. D'où l'intérêt, pour notre appréhension de la gestion du vieillissement aux horizons 2025 – 2045, d'interroger les seniors sur leurs dispositions et disponibilités, morales et pratiques, quant au soutien envers le ou les parents âgés. Il s'agira ici d'explorer l'hypothèse de recherche selon laquelle **le soutien filial reste acceptable lorsqu'il est vécu comme une auto-stipulation, et pour peu qu'il ne confine pas, pour l'aidant, au sacrifice d'un équilibre ou des autres sphères de la vie** (privée, professionnelle). À ce stade, il s'agira en effet de confirmer, infirmer ou nuancer, la théorie de l'individualisation des liens familiaux[143], nous éclairant par la même occasion sur les perceptions et les attentes, complémentaires, à l'égard des services professionnels, dans le maintien à domicile ou dans les établissements pour personnes âgées.

[143] Laquelle diffère bien, pour rappel, de l'individualisme.

À cette hypothèse de recherche, il conviendra de questionner les différentes ressources à disposition des acteurs, pour s'engager dans le soutien ou au contraire, s'y soustraire. Tel est l'objet de la section suivante.

2.2.b Les 45 – 55 ans comme pourvoyeurs de soutien : les déterminants de l'engagement filial

Traditionnellement, l'engagement d'un descendant dans l'aide filiale est associé à trois facteurs : le genre, la disponibilité, et la quantité des besoins déjà couverts par le reste de la fratrie. Ces trois facteurs seront détaillés dans la suite du texte.

❖ *De la multiplicité des aidants*

En effet, il est avéré que la plupart des personnes âgées reçoivent de l'aide de plusieurs des membres de leur famille (Dandurand R.B., Saillant F., 2005). Par exemple, dans l'enquête « Handicap santé 2008 », « les enquêteurs Insee ont réussi à interviewer en moyenne 2,1 aidants par cas. Lorsque l'aide familiale existe, elle a [donc] de fortes chances d'être multiple » (p. 143). Le soutien offert au parent sera donc souvent partie prenante d'un « réseau de soutien » : c'est-à-dire qu'il y aura plusieurs acteurs dans le soutien, et, dès lors, que les aides fournies par chacun de ces acteurs ne sont pas isolées, mais bien en interrelation avec les aides dispensées par les autres pourvoyeurs de soutien.

L'ouverture de la question du soutien aux personnes âgées à l'ensemble du réseau de parenté, et non à une relation duelle entre un parent et un aidant principal, permet ainsi de prendre en considération les divers investissements qui peuvent coexister autour de ce parent vieillissant. Dans cette optique, on peut imaginer que le plus grand investissement – actuel ou projeté – quantitatif des uns peut permettre le moins grand investissement quantitatif des autres ; les aides fournies par les uns pouvant être tributaires des aides fournies par les autres…

Ces multiples intervenants pourraient alors remplir différentes fonctions : certains se centreront plus sur les besoins instrumentaux, d'autres sur le soutien moral, ou sur les besoins relationnels de la personne vieillissante (il s'agirait là du rôle des « visites de courtoisie », de la pratique de certains loisirs, dont ceux qui permettent au parent âgé d'entretenir ses goûts passés, etc.). Par ailleurs, au niveau de chaque type de soutien, la complémentarité entre les enfants pourrait également être à l'œuvre. Les tâches instrumentales pourraient par exemple être réparties entre plusieurs enfants, sous la forme d'une « division du travail » : l'un s'occupant des questions administratives, l'autre de l'entretien ménager, le troisième des courses, etc. Cela serait aussi fonction des « ressources » de chacun (*cf. infra*) : compétences en comptabilité, en *care*, proximité géographique, possession d'une voiture…

❖ *Des « ressources personnelles »*

Par « ressources personnelles », on entend l'ensemble des ressources dont dispose un enfant et qui sont mobilisables dans le cadre du soutien au parent : il s'agit essentiellement des moyens financiers, de la disponibilité en terme de temps (représentée par la place que prennent l'activité professionnelle et les autres engagements familiaux), la distance géographique[144], et les compétences jugées utiles à la pratique du soutien (Godbout J.T., Charbonneau J., 1996 ; Lavoie J.-P., 2000 ; Petite S., 2005 ; Finch J., Mason J., 1993 ; Gollac S., 2003 ; Matthews S.H., Rosner T.T., 1988 ; Membrado M., 1999).

Les ressources personnelles occupent une place prépondérante dans le discours des individus (Lavoie J.-P., 2000). En effet, si du point de vue du registre des prescriptions sociales la norme d'égalité devrait l'emporter (du fait d'un statut identique – enfant de – qui induirait alors des devoirs égaux), le principe de répartition serait dans les faits celui de l'équité (Petite S., 2005) : à chacun de contribuer selon ses « capacités » (Godbout J.T., 1995).

[144] Le WP 1 soulignait d'ailleurs très clairement que la « distance géographique » est un déterminant de l'aide à la vie journalière apportée au(x) parent(s) âgé(s).

Car il s'agit bien de différencier « ne pas vouloir » et « ne pas pouvoir » (Finch J., Mason J., 1993). La question des ressources personnelles consiste, de fait, à déterminer les niveaux de *capacités* comme facteurs favorisant l'engagement, mais également comme lieu des « excuses légitimes », processus par lequel l'individu évite légitimement de s'engager (*idem*). L'enjeu est ici de démontrer que si une aide n'est pas fournie, c'est en raison d'une absence de capacité et non d'une absence de volonté. Cela afin de préserver son « identité morale », c'est-à-dire l'image que les individus ont d'Ego comme individu doté de qualités positives, dans le cadre des échanges familiaux (*idem*).

C'est donc un procédé qui fait référence à la norme sociale de solidarité filiale : le fait qu'il faille avoir une excuse, sous peine, autrement, de voir son identité morale menacée, démontre bien l'existence et la force de cette norme. Si elles n'étaient pas opérantes, les « ressources personnelles » n'agiraient que comme « bonnes raisons » de s'engager, sans que les individus ne s'investissant pas aient à se justifier. Or, la mobilisation du registre des « ressources personnelles » permet aussi d'éviter un engagement, confirmant par là que s'il faut s'y soustraire, c'est que cet engagement s'impose.

La question des « ressources personnelles » serait de fait utilisée par les individus tant pour expliquer leur disponibilité et leur participation au soutien que pour justifier de leur absence d'engagement, et de la force de l'investissement des autres membres de la famille (Lavoie J.-P., 2000).

❖ *Du genre*

Les femmes interviennent davantage dans le soutien aux parents âgés que les hommes, c'est une réalité constatée par la très grande majorité des chercheurs (Attias-Donfut *et al*., 2002 ; Lavoie J.-P., 2000 ; Membrado M. *et al.*, 2005 ; Petite S., 2005 ; Finch J., Mason J., 1993 ; Gollac S., 2003 ; Matthews S.H., Rosner T.T., 1988 ; Walker A., 1991). Le WP 1 l'a d'ailleurs encore démontré, dans le cadre de cette recherche présente.

Ce fait est l'objet de plusieurs explications. Comme causalité directe, d'abord, en raison des qualités attribuées culturellement et socialement aux femmes, qui les assignent traditionnellement aux questions relatives au *care*.

Ensuite, à travers un ensemble d'autres variables : le genre ne jouerait pas alors que directement, mais aussi par des intermédiaires. Cela revient à considérer l'investissement des individus en fonction de leurs biographies, qui seraient elles-mêmes genrées. Le genre façonnerait donc les positions relatives des individus à certains égards, et ce seraient ces positions qui les placeraient dans des situations propices à leur investissement (Finch J., Mason J., 1993). Cela s'exprime au niveau des ressources personnelles. Du fait de leurs biographies, qui amènent les femmes à posséder certaines compétences relatives au *care*, notamment via leur investissement dans leur famille en procréation, où elles auront probablement exercé des tâches domestiques et de soin (*idem*). En terme de disponibilité, en ce qui concerne l'activité professionnelle, les femmes sont plus nombreuses à travailler à temps partiel (*idem*) ; ou à disposer d'un emploi moins rémunérateur qui pourra les amener, dans un calcul coût/bénéfice, à juger un arrêt de travail temporaire moins dommageable (Walker A. J. *et al.*, 1993) ; ou encore à être au foyer.

Hommes et femmes ont donc accès à des répertoires (Finch J., Mason J., 1993) différents en terme d' « excuses légitimes », ce qui réduit les possibilités des femmes de se déclarer « incapables ». De plus, les « ressources personnelles » doivent également être lues en fonction du contexte, et en comparaison avec les ressources des autres membres de la famille. Ici aussi, les biographies genrées auraient tendance à jouer en faveur de l'investissement féminin dans l'aide : par exemple, une distance géographique importante compte moins pour une personne qui dispose de plus de temps (rôle du contexte) ; la disponibilité et les compétences d'une femme seront aussi évaluées en comparaison avec les ressources des autres aidants potentiels, dont certains hommes, tendanciellement dotés par leurs biographies de moins de compétences relatives au *care*, ainsi que de moins de disponibilités (rôle de la comparaison) (*idem*).

Le rôle joué par le genre, dans la constitution de biographies favorables ou défavorables à l'investissement dans le soutien, s'exprime également dans l'historique

des échanges au sein de la famille. Que ce soit du point de vue d'une relation affective particulière entre mère et fille (Lavoie J.-P., 2000), du point de vue des plus nombreux services qui, tendanciellement, seraient rendus aux femmes (du fait notamment qu'on estime que les questions relatives aux enfants leur sont dévolues, et que par conséquent les dons relatifs aux enfants sont perçus comme des dons faits aux femmes [Finch J., Mason J., 1993]), ou encore du point de vue de leurs réputations, les femmes occuperaient une position conduisant à leur investissement dans le soutien au parent âgé. En effet, en raison des biographies qui sont les leurs, ne pas s'investir dans le vieillissement de leur parent constituerait une beaucoup plus grande menace pour leur identité morale que cela ne le serait pour les hommes : elles pourraient davantage être taxées d'ingratitude (du fait des services dont elles ont bénéficié), d'un manque de bonne volonté (du fait de leurs « compétences » et de leur « disponibilité »), ou encore de trahison (du fait des proximités affectives développées).

Par ailleurs, l'ensemble de ces variables peut également expliquer le rôle que jouent les belles-filles dans le soutien de leurs beaux-parents. Mais pas uniquement. La surreprésentation des femmes dans le support aux aînés serait également liée aux hiérarchies différentes, dans le choix des aidants mobilisés pour les seconder, des hommes et des femmes (Petite S., 2005). Les hommes mobiliseraient d'abord leur conjointe, ensuite leurs sœurs et en dernier recours leurs frères. Les femmes, quant à elles, mobiliseraient d'abord leurs sœurs, puis leurs belles-sœurs et leurs frères, et en dernier recours leur conjoint. Il y aurait donc une « quasi-exclusivité féminine » dans l'ordre de désignation des aidants : « a) au sein de la fratrie, les sœurs sont sollicitées avant les frères ; b) les acteurs recourent plus volontiers à leurs belles-sœurs qu'à leurs frères ; c) des hommes privilégient directement l'assistance de leur compagne, sans recourir aux soutiens de leur fratrie, fait rare pour les femmes » (Petite S., 2005, p. 157).

3. Les 45 – 55 ans comme pourvoyeurs et bénéficiaires de soins : hypothèses de recherche

Des différents constats et questionnements énoncés dans les pages qui précèdent, nous pouvons synthétiser comme suit les hypothèses de recherche.

3.1 Quel horizon 2025 – 2045 pour les seniors aidés ?

- **Hypothèse 1: Anticipation, projections et stratégies des individus vieillissants**

La perspective de leur vieillissement et d'un troisième cycle de vie prolongé a pour conséquence le renforcement des stratégies d'anticipation par les individus de la génération « sandwich » : stratégies tant spatiales qu'affectives, sociales, corporelles, sanitaires ou financières.

Les acteurs sociaux varient quant à ces stratégies, en préférences et en capacités de concrétisation, selon différentes variables : ressources économiques, ressources sociales, ressources culturelles, état de santé. Ces variables sont elles-mêmes sujettes à des facteurs de différenciation, tels le genre ou la composition familiale.

- **Hypothèse 2 : Individualisation des relations filiales**

L'individualisation des acteurs sociaux joue sur les attentes et les demandes d'aides envers les descendants : l'aide est conditionnée par le sens de l'offre, elle doit émaner de l'enfant donneur, dans le respect de ses projets de vie. Dans cette perspective, les aides formelles – par leur simple existence ou par la complémentarité qu'elles permettent –, accentuent la liberté du donneur et favorisent ainsi le respect de son individualisation.

Les acteurs sociaux varient quant à cette position, en préférences et en capacités de concrétisation, selon différentes variables : ressources économiques, ressources sociales, ressources culturelles, état de santé. Ces variables seront elles-mêmes sujettes à des facteurs de différenciation, tels le genre ou la composition familiale.

- **Hypothèse 3 : Variété des trajectoires conjugales, des configurations familiales**

La seconde modernité complexifie les trajectoires conjugales et familiales, brouillant les repères et les statuts de la famille « traditionnelle ». Les décompositions / recompositions conjugales et familiales ont des impacts tant sur les stratégies individuelles relatives au vieillissement, que sur les réseaux de solidarité à disposition, pour l'individu vieillissant (conjoint, enfants, beaux-enfants).

Ces parcours conjugaux et familiaux sont impactés, en préférences et en capacités de concrétisation, par les ressources des acteurs sociaux : ressources économiques, ressources sociales, ressources culturelles, état de santé. Ces variables seront elles-mêmes sujettes à des facteurs de différenciation, tel le genre.

- **Hypothèse 4 : Spécificités du vieillissement immigré**

Les populations issues de l'immigration italienne/espagnole, turque et maghrébine, présentent des rapports spécifiques à l'entraide familiale et à l'aide professionnelle : conception du « bien vieillir » davantage familialiste, réduisant ainsi la nécessité du recours à l'aide formelle (d'autant plus lorsqu'elle se double de méfiance vis-à-vis du service proposé). Cette tendance familialiste tend à s'atténuer pour les jeunes générations, laissant apparaître d'éventuels décalages entre la quantité d'aide promue et la quantité d'aide pressentie, par et pour ces futurs aidés.

Les ressources des individus – ressources sociales, économiques, culturelles, état de santé – orientent ces préférences, de même que leurs possibilités de voir celles-ci se réaliser. Le genre et la composition familiale jouent un rôle de différenciation, fragilisant ou renforçant les individus concernés quant à ces ressources.

3.2 Quel horizon 2025 – 2045 pour les seniors aidants ?

- **Hypothèse générale : le devoir filial et les déterminants de sa mise en pratique(s)**

Il existe bel et bien un sentiment de devoir filial, qui peut se concrétiser comme un retour des choses, comme une affinité ou comme l'application d'une norme sociale (touchant à l'identité morale des individus). Dans tous les cas, il est important que l'individu puisse continuer à se sentir libre et autodéterminé, que ce soit par affection, électivité, ou par le choix des modalités de l'aide. La norme de l'individualisation continue à être prédominante.

Le rôle actuellement joué, ou envisagé dans le futur, par les seniors aidants quant au vieillissement de leur(s) ascendant(s), est tributaire de plusieurs facteurs : les ressources personnelles, la disponibilité de l'aidant ; le genre de l'aidant ; la répartition

des tâches entre famille et professionnels, et, au sein de la famille, entre les enfants. La rencontre de ces différents déterminants de l'aide positionne le senior aidant par rapport à la sollicitude et au soutien concret dont il fait ou fera preuve vis-à-vis de son (ses) parent(s).

4. Etudier les 45 – 55 ans comme pourvoyeurs et bénéficiaires de soins : méthode de recherche

Il s'agira, dans cette première partie du WP 3, de réaliser des entretiens individuels semi-directifs avec 45 personnes âgées de 45 à 55 ans, dont un certain nombre participent activement au soutien à un/des parent/s vieillissant/s. Les personnes interviewées seront interrogées à la fois sur leurs attentes, pratiques et ressources comme aidés futurs, et sur leurs attentes, pratiques et ressources comme aidant, actuel ou futur (selon qu'ils participent déjà activement au soutien d'un parent ou non).

Une partie de cette population sera localisée dans des communes identifiées lors du WP 1 et du WP 2. Cela afin, d'une part, d'être attentif au contexte communal quant aux aides, soins et services (allant, comme analysé dans le WP 1, des communes où l'offre potentielle est la plus performante aux communes où l'offre potentielle d'aides est limitée) ; et d'autre part, d'intégrer des répondants résidant à proximité des innovations sociales identifiées dans le WP 2. Cette entrée par un ancrage local nous permettra de mettre en relation les stratégies d'anticipation du vieillissement éventuellement développées par les acteurs et l'offre de services existant dans les communes où ils vivent.

En outre, nous serons attentifs à diversifier notre population en fonction de différents critères : le genre (hommes et femmes), la catégorie socio-professionnelle, et l'origine ethnique. Nous veillerons également à intégrer à la population une variété de configurations familiales (familles recomposées, etc.) afin de prendre en compte les mobilités familiales contemporaines, dans la perspective des questions recherchées liées à cette thématique.

Parmi les personnes âgées, les proportions d'hommes et de femmes sont très différentes, la majorité de femmes s'accentuant avec l'avancée en âge. Mais au-delà de

cette différence quantitative, le genre distingue ces deux groupes sur nombre d'autres critères qui méritent d'être pris en compte : pathologies spécifiques, ressources économiques différenciées, compétences pratiques (capacités à préparer un repas, à entretenir une maison ou un jardin…) inégales, qualités de liens avec les enfants différentes…

La catégorie socio-professionnelle renseigne bien évidemment sur le niveau de ressources économiques des individus, mais aussi sur les conditions d'exercice de l'activité professionnelle avec les conséquences qui en découlent tant au niveau de leur état de santé qu'en ce qui concerne leur mode de vie, et partant de là leur conception du bien-vivre et leurs stratégies d'anticipation dans le vieillissement.

La diversification du critère de l'origine ethnique permettra non seulement de répondre aux questions de recherche liées à cette problématique (spécificité des attentes envers la famille, rapport aux aides formelles), mais aussi d'interroger l'appartenance culturelle dans ses liens avec les autres hypothèses de recherche : notamment, son impact sur les (éventuelles) stratégies d'anticipation du vieillissement.

Afin de rencontrer différents vécus d'aidants, conjugués au futur mais aussi au présent, les caractéristiques du parent seront également l'objet d'une diversification : état de santé, aides reçues pour les AVQ et les AIVQ… autant de facteurs qui déterminent l'intensité et la contenu des aides filiales potentiellement engagées par les 45 – 55 ans.

5. Les 45 – 55 ans comme pourvoyeurs et bénéficiaires de soins : analyses et résultats

Dans cette première partie du WP3, il est question d'interroger les conceptions du « bien vieillir » des 45-55 ans, tout comme les conditions de leur vieillissement, afin d'identifier leurs stratégies d'anticipation de leurs besoins à venir en fonction de leurs attentes. Il s'agit aussi de dégager les postures à partir desquelles les différents acteurs abordent la question du vieillissement. Pour ce faire, nous avons procédé à une revue de littérature structurée autour de cinq hypothèses renvoyant aux anticipations et stratégies de la génération qui nous occupe, aux conditions de vieillissement et aux variables

d'influence, voire leviers, en jeu. Nous allons à présent confronter les apports de la littérature à nos observations de terrain afin d'affiner les hypothèses de lecture relatives à la gestion du vieillissement. Dans le cadre de la prospective, cette analyse servira à éclairer les postures actuelles adoptées par les acteurs, potentiels aidants proches actuels et les futurs aidés.

Nous allons commencer par présenter les données de terrain récoltées. Nous avons rencontré des personnes de la génération dite « sandwich », dans les faits, âgées de 45 à 60 ans, et avons mené auprès d'eux des entretiens semi-directifs. Ceux-ci avaient pour objectif d'interroger leurs conceptions du vieillissement, leurs aspirations s'y référant et leurs stratégies éventuelles d'anticipation, ainsi que leurs postures en tant qu'aidants proches effectifs ou potentiels. Les entretiens ont été intégralement retranscrits et analysés à l'aide du logiciel *NVivo*. Dans la présente section, nous allons présenter les résultats des analyses, nous commencerons par décrire la population des enquêtés, avant d'aborder leurs visions du vieillissement et leurs pratiques y afférentes.

5.1 Les enquêtés

Sur le terrain, nous avons interviewé 46 personnes de la génération recherchée : 22 femmes et 24 hommes ; 29 (d'origine) belges, 5 personnes originaires de Maghreb (Maroc ou d'Algérie), 5 de Turquie, 5 d'Italie (deuxième génération), 1 de Macédoine, et 1 de Hongrie. Dans ces populations, tant belges qu'immigrées, l'équilibre entre les nombres d'hommes et de femmes a été à chaque fois respecté. Dans deux cas, les deux conjoints du couple ont été interrogés, mais individuellement.

L'appréciation de leur niveau de vie s'est basé sur le salaire rapporté, mais également sur d'autres critères tels la profession du/de la répondant(e), celle de son/sa conjoint(e), le statut de locataire ou de propriétaire, le type de propriété(s), et l'épargne. Les salaires nets déclarés varient de l'ordre de 800€ à plus de 4000€ nets par mois et renvoient au panel des situations professionnelles qui vont de chômeur/chômeuse à délégué commercial dans une grande entreprise localisée au Grand-Duché de Luxembourg, en passant par des ouvriers à mi-temps, des bénéficiaires de pensions de survie ou d'allocations de chômage, des ouvriers à temps plein, des employés et des

enseignants du secondaire, des enseignants du supérieur, des cadres du public et du privé, des indépendants exerçant tant des métiers manuels que des professions libérales. Les métiers des conjoints varient de façon similaire. Concernant ces derniers, il a été plus difficile d'obtenir une appréciation de leurs niveaux de revenu, c'est pourquoi d'autres critères ont été mobilisés pour estimer la situation socio-économique des répondants. Près de trois-quarts (36 sur 46) des enquêtés sont – avec leur partenaire – propriétaires de leur logement, mais cet état recouvre en réalité une grande diversité de situations : pour certains, l'emprunt contracté pour son acquisition n'est pas encore totalement remboursé, d'autres sont déjà passé à un autre stade d'investissement pour, par exemple, diviser leur logement en deux parties pour en louer une, et d'autres encore possèdent plusieurs bien immobiliers. Quelques personnes interrogées font mention d'un héritage leur offrant alors un confort financier plus élevé que d'autres participants de même niveau de revenus. Enfin, les répondants se distinguent aussi sur le critère de la constitution d'une épargne en prévision de la vieillesse, allant de l'absence d'épargne spécifique à la possession de réserves financières importantes, en passant par les classiques formules d'épargnes-pension ou d'assurance vie. En assumant la limite de chacun de ces indicateurs – car une même profession, un même état de propriétaire, le fait d'avoir souscrit à une assurance-vie de même catégorie… peuvent renvoyer à des situations socio-économiques extrêmement variées – et le caractère partiel de l'information pour plusieurs répondant(e)s, nous avons établi deux classifications. Selon la première qui ne tient compte que du niveau de revenu rapporté par les répondants, ou à défaut, de leur profession, 17 se situent au niveau socio-économique faible, 15 au niveau intermédiaire et 14 au niveau élevé : le premier niveau compte pour l'essentiel des personnes bénéficiant de revenus de remplacement (pension de survie, allocation de chômage), des personnes au foyer, des personnes occupées à temps partiel et des ouvriers peu qualifiés (technicienne de surface, commis de cuisine…) ; le niveau intermédiaire regroupe des ouvriers qualifiés (chef de cuisine, électricien, maçon, mécanicien…), des enseignants (jusqu'au secondaire), des employés et quelques indépendants ; le niveau élevé rassemble des enseignants du supérieur, des directeurs d'établissement, des cadres, des professions libérales (médecin…). Selon la seconde classification qui mobilise le profil socio-économique du répondant (première classification), le profil socio-économique de son/sa partenaire (même principe que pour la première classification), le statut face au

logement (distinguant les locataires, les propriétaires de leur seul logement et les propriétaires de plusieurs biens immobiliers) et la potentielle constitution d'une réserve en prévision de la vieillesse (distinguant ceux qui n'ont pas d'épargne spécifique, ceux qui mobilisent les outils classiques tels l'épargne pension ou l'assurance-vie, et ceux qui bénéficient de réserves financières supplémentaires) et en opérant une synthèse de ces informations, 13 personnes interrogées se situent à un niveau socio-économique faible, 25 à un niveau intermédiaire et 8 à un niveau élevé[145].

Les lieux de résidence des interviewés présentent une grande diversité. Si l'on mobilise la typologie de E. Van Hecke, J.-M. Halleux, J.-M. Decroly et B. Mérenne-Schoumaker (2009), les lieux de résidence des 46 personnes interrogées se répartissent comme suit : 7 dans une commune rurale, 3 dans une petite ville, 7 dans une zone de migrants alternatifs, 13 dans une banlieue, 10 dans une agglomération et 6 dans un centre urbain. Par ailleurs, les communes de résidence varient également selon la typologie du WP 1 de la présente recherche, basée sur des estimations de l'offre professionnelle d'une part et des besoins d'aides liés au vieillissement d'autre part. Il a ainsi été distingué neuf classes de communes dont trois classes regroupent celles où l'offre de services est supérieure à la demande, trois autres classes où les communes présentent un déficit de l'offre par rapport à la demande et les trois dernières classes reprenant les communes où l'offre est équivalente à la demande. Dans notre échantillon, 13 personnes proviennent d'une commune où l'offre est supérieure à la demande – 3 dans la classe où l'offre est élevée et les besoins faibles, 8 dans la classe où l'offre est élevée et les besoins moyens, et 2 dans la classe où l'offre est moyenne et les besoins faibles –, 10 personnes sont issus de communes où l'offre est inférieure à la demande – 5 dans la classe où l'offre est faible et les besoins moyens et 5 dans la classe où l'offre est moyenne et les besoins élevés –, et 23 personnes habitent des communes où l'offre est équivalente à la demande, l'offre et les besoins y étant d'un niveau moyen.

Parmi les enquêtés, nous avons également observé une variété de configurations familiales : 29 familles nucléaires traditionnelles, dont un couple sans enfant ; 7 familles

[145] Techniquement, chacun des 4 indicateurs compte 3 niveaux (1 = faible, 2 = intermédiaire, 3 = élevé) ; les scores pour chaque indicateur sont sommés ; la somme oscille ainsi entre 4 et 12 ; de 4 à 6 a été considéré comme le niveau socio-économique faible, de 7 à 9 comme le niveau intermédiaire, et de 10 à 12 comme le niveau élevé.

recomposées, soit dont l'un des deux conjoints a eu des enfants d'une autre relation et vivant ou ayant vécu dans leur enfance ou leur adolescence sous le même toit que le couple ; 7 personnes divorcées, séparées ou veuves, dont 6 vivent seules, soit qu'elles n'ont pas eu d'enfants ou que ceux-ci soient déjà autonomes ou semi-autonomes ; enfin, 3 personnes sont en couple sans pour autant vivre sous le même toit que leur conjoint ou conjointe, pratiquant ainsi ce que l'on appelle le Living Apart Together (LAT), même si l'un d'entre eux a le projet de vivre plus tard avec sa compagne, une fois les enfants de cette dernières autonomes.

En termes de santé, une majorité se sent en bonne condition : à peu près la moitié, soit 25 interviewés, ne signale aucun problème de santé voire affirme explicitement se sentir en bonne santé ; 10 personnes supplémentaires s'estiment globalement en bonne santé bien qu'elles se plaignent de l'une ou l'autre gène physique ou problème de santé tels un peu de surpoids, du cholestérol, de l'hypertension, du diabète, une hernie ou un sentiment de diminution de sa condition physique ; 5 autres enquêtés disent avoir souffert de problèmes de santé majeurs, tels des cancers, burn-out ou opérations lourdes, mais s'en sont remis ou sont en rémission et s'estiment maintenant en bonne santé, bien qu'en moindre condition physique qu'auparavant ; enfin, 6 personnes souffrent actuellement d'ennuis de santé majeurs et persistants, perçus comme pénibles et parfois handicapants, tels de la fibromyalgie, des problèmes cardiaques, de la polyarthrite, et d'autres maladies ou problèmes accumulés.

En tant qu'aidants, 21 de nos interlocuteurs se trouvent en position d'aidant ponctuel, leurs aînés étant globalement autonomes, offrant des aides circonstanciées à ceux-ci ou en leur rendant des visites non-empreintes d'obligations filiales. Certains d'entre eux, du fait de voir leur parent en bonne santé et de ne jamais avoir eu à s'occuper directement d'un aîné dépendant, ne se projettent guère dans le rôle de potentiel aidant. À l'opposé, 14 d'entre eux ont occupé ou occupent actuellement la position d'aidant, soit à titre primaire en endossant la majorité des responsabilités vis-à-vis du parent dépendant voire, en l'accueillant chez soi (ce que nous appellerons les « aidants principaux proches »), soit en ayant un rôle secondaire mais en étant malgré tout très présent dans l'aide au parent et en acceptant à moyen ou long terme les contraintes que cela entraîne (position que nous appellerons « aidant secondaire régulier »). Pour 7

répondants supplémentaires ayant déjà perdu leurs parents, l'importance de leur intervention en tant qu'aidant lors des derniers jours de leurs géniteurs n'a pas été précisé. Pour 3 autres personnes, d'origine étrangère, les parents sont restés au pays avec plusieurs ou la totalité de leurs frères et sœurs, ce qui restreint considérablement les aides fournies aux parents. Enfin, l'un de nos enquêtés refuse explicitement un rôle d'aidant, même circonstancié, et rejette tout sentiment d'obligation filiale.

Les personnes rencontrées sont brièvement présentées à l'Annexe 2 (section 9.2), à la fin de cette partie.

5.2 Les visions du vieillissement

Dans la première partie de la note, nous avons souligné que, contrairement peut-être à leurs parents et grands-parents, les actuels 45-55 ans ne pouvaient ignorer l'espérance de vie élevée qui est la leur. À partir de là, nous avons émis l'hypothèse que, en opposition à ceux-ci toujours qui ont vécu ou vivent leur vieillesse sans réelle adaptation de cette période de vie faute d'avoir pris conscience de son allongement, les actuels 45-55 ans allaient prendre le contre-pied de leurs aînés en anticipant davantage cette nouvelle « étape » de l'existence. Des anticipations sont « attendues » dans divers registres : logement, liens affectifs et sociaux, santé et corps, finance. Pour pallier les difficultés découlant de l'apparition de limitations physiques liées au grand âge, il a été suggéré que les acteurs concernés réfléchiraient tant à la localisation qu'à l'aménagement de leur logement. Pour ce faire, il s'agirait tantôt de déménager plus près d'un centre-ville dans le but d'accéder facilement à pied aux commerces et lieux de loisir, tantôt d'aménager son logement afin de pouvoir continuer à s'y déplacer facilement et à l'entretenir soi-même. Dans le registre relationnel, les 45-55 ans anticiperaient les risques de solitude et d'isolement inhérent à la vieillesse, en consolidant dès à présent leur réseau amical, notamment via l'implication dans des activités bénévoles, dans des loisirs collectifs, etc. En ce qui concerne le corps et la santé, afin de réduire autant que faire se peut les éventuelles diminutions physiques, la génération des jeunes seniors se préserverait un « capital corporel » en soignant les défaillances du corps dès leur apparition dans le but d'éviter toute aggravation ou irréversibilité, ainsi qu'un « capital

santé » en adoptant de saines habitudes de vie et alimentaires. La préservation de sa santé et de sa condition physique serait aussi une stratégie d'anticipation afin de se prémunir contre la solitude. Sur le plan financier ou économique, l'allongement du troisième « cycle de vie », selon la théorie du même nom, pose la question de la raréfaction des ressources vu l'élargissement de la période pendant laquelle sera consommé le capital constitué durant la vie active. Les anticipations des interviewés consisteraient en la consolidation de leurs réserves financières via des épargnes-pensions, des assurances ou des investissements immobiliers.

5.3 Les stratégies d'anticipation du vieillissement

Sur le terrain, nous avons observé l'existence de l'ensemble de ces stratégies d'anticipation du vieillissement. Les stratégies financières et de santé sont celles qui sont rapportées par le plus grand nombre, puisque près des trois quarts des répondants anticipent d'une façon ou d'une autre dans l'un de ces domaines, ou les deux. Un peu moins de la moitié des enquêtés déclarent des formes d'anticipations résidentielles. Les stratégies relationnelles explicites sont plus rares, seulement dix personnes ont affirmé se préoccuper d'entretenir leur réseau amical et/ou, familial.

Dans le registre financier, tout d'abord, nombre de personnes interviewées adoptent certaines des stratégies évoquées ci-dessus. Il est important cependant de nuancer une lecture qui associerait trop mécaniquement ces stratégies financières à une anticipation du vieillissement. Ainsi, si beaucoup ont une épargne, les individus ont en majorité fait le choix d'une épargne simple plutôt que d'une épargne-pension : d'une part, cette option renvoie à la difficulté d'effectuer une ponction salariale de façon régulière sur le long terme en raison de priorités budgétaires variables tout au long de la vie (éducation des enfants, remboursement d'un prêt hypothécaire, etc.), les besoins immédiats faisant ainsi concurrence aux stratégies d'anticipation du vieillissement ; d'autre part, la réserve constituée n'est pas spécialement envisagée dans la perspective du vieillissement – certains refusant même de se projeter consciemment dans l'avenir – mais plutôt en fonction d'aléas de la vie risquant de mettre à mal l'équilibre budgétaire familial, et parfois plus redoutés que le vieillissement (des accidents par exemple). Par ailleurs, pour ceux

qui ont effectivement constitué et maintenu une épargne-pension, l'idée est davantage de s'assurer un meilleur confort de vie dans la vieillesse, que d'espérer en vivre. Il s'agit alors de réaliser un projet qui tient à cœur et est reporté à plus tard, tel ouvrir une maison d'hôtes, ou encore financer des voyages, des loisirs, des activités culturelles, d'arrondir ses fins de mois, etc. Peu envisagent leur épargne-pension comme une sécurité face à la maladie ; cette fonction est attribuée à l'épargne simple, que ce soit à l'âge de la vieillesse ou non.

Nombre de personnes rencontrées ont aussi souscrit à des assurances. Elles sont très variées : des assurances obsèques aux assurances privées de santé (type DKV), en passant par les assurances groupes. Autant des personnes aisées que moins aisées évoquent l'assurance comme stratégie, en dehors des assurances obligatoires.

Les stratégies financières consistent également à se constituer un patrimoine immobilier ou encore à investir. Près de trois-quarts des enquêtés déclarent être propriétaires de leur maison. Quelques locataires ne le sont également qu'à titre provisoire, actuellement entre la revente de leur ancienne maison et l'achat déjà projeté d'une nouvelle. Parmi les propriétaires, certains ont investi dans l'aménagement de leur bien en plusieurs logements, dont l'un prend souvent la forme d'un studio ou d'un petit appartement. Les objectifs de cette stratégie peuvent être multiples : s'assurer de revenus complémentaires actuellement ou dans la vieillesse, se réserver un logement plus adapté lors des vieux jours, ou encore accueillir des membres de la famille ou des personnes extérieures pour casser la solitude et fournir certaines aides si besoin est. Une minorité, cependant, effectue ce genre d'investissement ; pour la plupart, l'acquisition d'un bien immobilier est plutôt envisagée comme une sécurité, généralement, financière pour leurs vieux jours. Cette majorité se démarque de ceux qui considèrent leurs biens comme de véritables investissements, en possèdent parfois plusieurs ou ont investi dans des plantations forestières. Mais encore une fois, ces divers investissements ne sont que très rarement exclusivement réservés à l'anticipation des vieux jours ; ils servent également à se prémunir face aux accidents pouvant advenir à n'importe quel moment de la vie.

À côté des stratégies financières, les stratégies liées à la santé font également partie des préoccupations des enquêtés. Par leurs dires, certains semblent ainsi faire écho à

l'affirmation de A. Gestin soutenant que « la santé, avant ou à égalité avec les moyens financiers, conditionne la qualité de la vie à la retraite » (Gestin A., 2001, p.215). Ce n'est pas pour autant que parmi nos répondants l'enjeu soit « de conserver le plus longtemps possible son autonomie, sa maîtrise de soi et de son corps » (*ibidem*), de manière active ou consciente. En effet, si beaucoup disent faire attention à leur alimentation, ce n'est ni explicitement, ni spécifiquement, dans l'idée de se préserver pour les vieux jours ; la plupart du temps, il s'agit d'un mode de vie auquel les personnes ont adhéré ou d'un régime qu'elles s'imposent pour répondre à une préoccupation actuelle (perdre du poids, diminuer son cholestérol, manger bio…). Il en va de même pour les check-up et les suivis médicaux : ils répondent à des préoccupations actuelles (du diabète par exemple) autant qu'à une logique de prévention. Ces données semblent soutenir l'hypothèse de l'investissement dans son propre capital corporel dans le but de se remettre en état le plus rapidement possible, afin de se maintenir opérationnel le plus longtemps possible. Peu de personnes, cependant, lient leurs comportements de santé actuels à une projection dans un avenir lointain et mentionnent ce type de stratégie. À titre d'exemple, le suivi médical régulier est rare. Encore moins disent faire du sport, le manque de temps légitimant le plus fréquemment cet état de fait. Pourtant, malgré le peu d'anticipations sanitaires rapportées effectivement en comparaison de ce que laissait supposer les travaux évoqués dans la revue de la littérature, la bonne santé, y compris dans la vieillesse, reste une préoccupation importante des interviewés.

L'adaptation du logement aux besoins de la vieillesse fait aussi partie des stratégies d'anticipation au vieillissement. Dans notre population, un quart des répondants se souciaient d'une façon ou d'une autre de cette question. Pour certains, il s'agissait de s'assurer la possibilité de vivre de plain-pied si nécessaire ou encore de se déplacer en chaise roulante chez eux. Parfois les aménagements nécessaires à ces perspectives n'étaient pas encore réalisés, mais ils avaient été anticipés en prévoyant dès la construction de l'habitation les structures permettant ces transformations ultérieures, comme par exemple les pièces et tuyauteries nécessaires à l'installation d'une salle de bain ou d'une chambre au rez-de-chaussée. Mais les aménagements ne concernent pas uniquement la prévision d'éventuels problèmes de santé ; ils consistent également, pour certains, à se donner l'occasion d'héberger plus tard enfants ou amis dans l'espoir de

casser la solitude, ou encore de louer une partie de la maison afin de s'assurer des revenus supplémentaires. Quant aux déménagements, dans nos entretiens, s'ils sont imaginés, ils le sont davantage dans un souci relationnel et de proximité envers ses amis ou sa famille, que dans l'idée de se faciliter l'accès aux commerces et lieux de loisirs ou encore de ménager ses efforts d'entretien du logement, même si ces préoccupations sont aussi présentes. Dans la grande majorité des situations, ces aménagements visent à éloigner la figure repoussoir, celle de la maison de retraite. En effet, très peu envisagent la maison de retraite comme une possibilité « désirable ». Beaucoup la considère plutôt comme « antichambre de la mort », lieu où l'on se rend en cas de très grande dépendance, voire où l'on se laisse mourir. Lorsque ce n'est pas le cas, la maison de repos est vue comme un lieu de privation de libertés et d'autonomie, et parfois de maltraitance ou, du moins, de manque de reconnaissance de l'intégrité de la personne. Pour certains, existe également la crainte d'une perte de statut et des rôles sociaux (le parent, le grand-parent, le sage, le transmetteur…). Très peu envisagent ou connaissent les résidences-services, les centres de jours, les innovations sociales, etc. La tendance est de se projeter à domicile, quitte à louer les services d'une main d'œuvre bon marché, au noir (des étrangers, des scouts…) ou via les ALE. Pour les plus pauvres, si le maintien à domicile n'était vraiment plus possible, pour autant que cela soit anticipé, la solution envisagée est de recourir au CPAS.

On l'a souligné, les stratégies relationnelles sont moins souvent évoquées par les personnes rencontrées. Lorsqu'elles le sont, il s'agit davantage de consolider son réseau amical que familial. Les récits montrent que l'entretien du réseau via le bénévolat, mais aussi et peut-être surtout par des activités de loisirs, culturelles, philanthropiques, et par la réalisation de projets communs. La présence du voisinage est peu mentionnée dans les projections d'entraide et, lorsque c'est le cas, il ne s'agit pas tant d'une stratégie d'anticipation de la vieillesse que d'un mode de vie dont les individus projettent la continuité. Dans notre population, les proximités de voisinage restent plus fréquentes dans les communes rurales, plus que dans d'autres types de communes. Concernant la famille, les propos enregistrés traduisent l'idée de se donner un rôle auprès des siens, comme déménager pour aider ses enfants ou éduquer ses petits-enfants à l'entraide, plutôt que d'attendre une aide éventuelle de leur part dans les vieux jours, même si cette éventualité est aussi évoquée. L'enjeu est donc de se préserver un rôle dans la famille.

Enfin, notons que nombre de ces stratégies relationnelles sont parfois davantage projetées que déjà effectives, c'est-à-dire davantage imaginées comme une réponse future à un souci éventuel que menées actuellement par anticipation.

5.4 Les déterminants matériels de l'anticipation

La revue de la littérature a permis d'identifier un certain nombre de variables qui jouent sur les stratégies d'anticipation des acteurs : les ressources économiques, sociales, culturelles, de santé, et leurs déterminants sociaux tels le genre ou la composition familiale. Dans l'échantillon, nous observons aussi que les ressources économiques jouent sur le degré et les formes d'anticipation financières que ce soit par les biais d'épargnes-pensions, d'assurances, d'achat d'un bien immobilier, ou les investissements qui demandent un capital de départ, ne serait-ce que pour obtenir un prêt bancaire. C'est aussi le cas pour les stratégies d'aménagement de son logement, lorsque les transformations sont importantes.

En ce qui concerne les anticipations de santé, il semble que l'enjeu soit avant tout de prendre conscience des risques liés au vieillissement à venir. La sensibilité des acteurs aux discours de prévention peut être très variable. Pour certains, la préoccupation pour l'alimentation ou la pratique d'un sport relèvent d'habitudes ou d'un mode de vie qui n'est pas explicitement relié à la vieillesse. L'expérience que l'acteur fait de la vieillesse peut s'avérer déterminante pour sa prise de conscience des spécificités de cette période de la vie et pour ses projections d'espérance de vie en bonne santé : côtoyer des aînés en bonne ou en mauvaise santé, notamment ceux dont il partage le même patrimoine génétique ; être soi-même en bonne ou mauvaise santé, ou voir celle-ci se dégrader plus rapidement que ce qu'il avait imaginé. Pour certains, les conditions de travail (journées plus ou moins longues, temps de déplacement, quantité d'efforts physiques) et les charges familiales ou extrafamiliales pèsent lourdement sur la pratique d'un sport ou le temps disponible pour le maintien de sa condition physique.

Les anticipations relationnelles, comprises comme des investissements du lien social, dépendent aussi en partie de l'importance prise par le temps professionnel et le temps domestique, mais en partie seulement dans la mesure où les sphères

professionnelles et domestiques sont aussi des lieux possibles d'investissement du lien social, amical ou familial. Pour les liens noués pendant l'activité professionnelle, on sait cependant que peu résistent à la mise à la retraite s'ils ne se sont pas transformés en liens amicaux avant celle-ci. Les stratégies anticipatrices, ici, consistent d'abord à entretenir son réseau amical, à pratiquer des activités ou du bénévolat en dehors de son travail, à être présent pour ses enfants, et aussi, à trouver un équilibre entre le temps consacré aux autres et le temps consacré à soi... afin de ne pas s'oublier. Pour certains, le développement d'un réseau amical et de voisinage est déjà d'actualité, ils y œuvrent quotidiennement, pour d'autres sa création est reportée à plus tard, confiants qu'ils sont dans leur capacité individuelle à nourrir des liens de solidarité, alors que d'autres ne ressentent pas le besoin de se créer un large tissu de relations sociales, se disant plus solitaires. Dans le même ordre d'idée, relativement aux relations sociales, là où certains entrevoient la vieillesse comme une période marquée par la réduction des réseaux sociaux, d'autres ne voient pas de discontinuité entre leur vie sociale actuelle et leur vie future et ne développent dès lors pas de stratégie anticipatrice en ce domaine. Un peu comme si l'absence de conscience d'un risque de solitude ou d'isolement empêchait toute stratégie d'anticipation.

5.5 Des déterminants idéels de l'anticipation : les valeurs comme variables d'influence des stratégies

Au fil de la revue de littérature, de nombreuses hypothèses ont été avancées relativement aux valeurs véhiculées par la modernité pour expliquer les comportements des individus, leurs stratégies d'anticipations face au vieillissement. Dans ces hypothèses explicatives des stratégies par les acteurs et de leurs modalités de mise en œuvre, plusieurs thématiques sont apparues comme récurrentes, comme transversales : l'aspiration à l'indépendance, la responsabilisation individuelle face au risque, le principe de précaution, l'adhésion au paradigme du vieillissement actif, l'individualisation, la réalisation de soi. Avec le sentiment de devoir filial sur lequel nous reviendrons, il s'agit là d'un ensemble de logiques normatives qui joueraient sur les modalités d'anticipation du vieillissement par les acteurs en orientant leurs aspirations. Nous allons tout d'abord montrer comment ces logiques s'appliquent à chaque domaine d'anticipation étudié.

5.5.a Les logiques normatives pesant sur les anticipations du vieillissement

En ce qui concerne tout d'abord le logement, par hypothèse, on s'attend à observer chez les individus des stratégies d'aménagements des lieux de vie et des déménagements dans une perspective de gestion d'une « étape » de vie devenue longue. Dans les faits, il apparaît que ces stratégies renvoient à des logiques diverses : déménager pour se rapprocher des enfants et du réseau d'amis ; déménager ou aménager son intérieur par anticipation des difficultés motrices (vivre de plain-pied, se déplacer en chaise roulante, se rendre à pied dans les commerces et lieux de loisir) ; transformer son habitation pour des raisons économiques (mettre en location une partie de son logement). Si derrière de tels comportements, logique rationnelle il y a, il apparaît clairement qu'elle est multidimensionnelle : ce sont des logiques renvoyant au lien affectif et social, comme à la préservation de l'autonomie ou au sens de la responsabilité individuelle qui sont ici à l'œuvre. Se rapprocher des membres de son réseau relationnel relève d'une stratégie de « multiplication des types de liens sociaux » permettant de s'assurer à la fois « protection » et « reconnaissance » (Paugam). Ensuite, se donner les moyens de rester et d'entretenir son chez-soi malgré les limitations physiques, relève aussi d'un souci d'autonomie et de responsabilité individuelle, comme l'expliquent L. Blein et ses co-auteurs (2009) lorsqu'ils illustrent ces logiques par l'exemple de la vente d'une « maison dont on pense qu'on ne pourra s'occuper seul (ou assumer les coûts d'entretien), pour aller vers un milieu plus sécurisant dont on peut assumer 'seul' la charge » (pp. 129-130). Enfin, s'assurer un revenu en mettant en location son logement traduit encore un souci de responsabilité individuelle et collective, face au risque d'être une charge pour son entourage ou pour la collectivité. Encore une fois, le refus d'être une charge est en lien avec la préoccupation pour garder son autonomie.

Dans le registre du lien social et du réseau de relations, par hypothèse, les acteurs sociaux contemporains devraient se comporter de sorte à développer et consolider leur réseau social, amical d'abord, familial ensuite. La valeur accordée aux principes de précaution, de maîtrise du risque et de responsabilité individuelle pousseraient les individus à adopter des stratégies d'anticipation. Et pour L. Blein *e.a.* (2009, p. 127-128),

la « remise en question des rôles familiaux traditionnels » et la prégnance des valeurs d'autonomie et d'indépendance empêcheraient les individus de se tourner d'abord vers la famille, les liens familiaux étant associés à la dépendance, pour privilégier des liens amicaux qui respectent la norme d'indépendance entre les générations. Pour ces auteurs, la consolidation des réseaux amicaux par les acteurs serait leur réponse relativement consciente et anticipée au risque de solitude. Cependant, si l'on suit les travaux de Serge Paugam, le réseau familial garde une spécificité en ce qu'il assure une fonction de « protection » ou de « solidarité », là où le réseau amical n'offrirait que la « reconnaissance ». Dans ce cas, la stratégie de consolidation du réseau familial garde aussi sa pertinence. Dans notre matériau, les stratégies de consolidation du réseau amical sont effectivement plus fréquentes que celles touchant au réseau familial. Quelques-uns des enquêtés s'investissent dans des activités culturelles ou dans du bénévolat. Ce type d'investissement est pourtant davantage envisagé ou projeté qu'effectif, ce qui ne soutient guère l'hypothèse de la consolidation du réseau amical de manière consciente et stratégique. Du côté de la famille, peu de stratégies anticipatives sont mises en place par les acteurs si ce n'est quelques cas comme l'encouragement des enfants dans leurs initiatives d'entraide, les discussions ouvertes avec eux ou encore un déménagement pour se rapprocher de sa parenté. Et lorsqu'ils parlent de leur réseau familial en termes de stratégies futures, les enquêtés insistent sur le fait qu'ils tiennent à se débrouiller seuls, avant de faire appel à leurs enfants. Ces observations confirment les tendances à adhérer aux normes d'autonomie et d'indépendance entre les générations, et aussi le fait que la famille reste malgré tout présente dans l'imaginaire de solidarité des enquêtés.

Pour le registre de la santé, les hypothèses annoncent des acteurs adhérant au paradigme du « vieillissement actif », entretenant leur capital santé et leur capital corporel, portés par les principes de responsabilité individuelle et de précaution. Nous avons vu cependant que si la santé à l'âge avancé était une préoccupation des interviewés, ce n'est pas pour autant qu'ils mettent dès à présent en place des stratégies d'anticipation pour se préserver un capital santé et un capital corporel. Si pour beaucoup, la préoccupation pour le manger sain est présente, les personnes interrogées situent les motivations de ces comportements alimentaires dans le présent ; il s'agit de se sentir bien et de rester en bonne santé, (dès) maintenant. S'il reste difficile de savoir dans quelle

mesure ils lient la recherche de leur bonne santé actuelle à une stratégie d'épargne du capital santé pour la vieillesse, leurs propos présentent leurs comportements alimentaires davantage comme un mode de vie qu'une stratégie d'anticipation. En ce sens, le poids de la norme de précaution sur les comportements est peut-être à relativiser. Certes, la préoccupation de bouger et de rester actif dans la vieillesse est récurrente et un quart des personnes rencontrées pense que bouger retarde le vieillissement. Cela témoigne d'une relative adhésion au modèle du « vieillissement actif » et aussi au principe de responsabilité individuelle… mais les comportements d'entretien du corps sont très souvent remis à plus tard.

Enfin, dans le registre financier, par hypothèse, les logiques attendues sont celles de la responsabilité individuelle face au risque et du refus de la dépendance vis-à-vis des enfants. Nous avons vu que l'épargne-pension vise à s'assurer un meilleur confort de vie ou à réaliser un projet qui tient à cœur, plutôt que de se prémunir contre des problèmes de santé. Ce qui peut néanmoins être perçu comme une stratégie d'anticipation des vieux jours relève dès lors ici d'un souci d'épanouissement et de réalisation de soi. On l'a souligné, les accidents de vie sont davantage anticipés via des assurances ou des épargnes simples, mais celles-ci servant également à répondre aux aléas de la vie autres que le vieillissement. Ici, nous retrouvons effectivement ici une logique de responsabilité individuelle face au risque. Enfin, beaucoup ont investi dans l'achat d'une maison : en général, il s'agit d'éviter des frais importants (de location) dans la vieillesse et aussi de se prémunir contre une perte de revenus, plus rarement, d'acquérir un logement plus adéquat vu la diminution de ses capacités physiques ou pour se rapprocher de son réseau de relations. Dans ces exemples, c'est une logique d'indépendance financière qui domine, mais est parfois aussi à l'œuvre un principe de précaution face à des risques d'un autre type que financier.

On observe donc que l'investissement dans un logement peut relever à la fois d'une stratégie financière, d'une stratégie relationnelle et d'une stratégie de logement, et que les anticipations relationnelles et de logement sont aussi des stratégies d'anticipation face aux risques sanitaires et corporels, lorsque les acteurs cherchent à s'assurer un réseau de soutien et une compagnie, ou encore à se donner la possibilité d'assumer seul l'entretien

de leur logement. Une stratégie spécifique peut traduire l'anticipation de plusieurs types de risques à la fois.

5.5.b Les valeurs des baby-boomers

À l'analyse, il ressort que les principes d'indépendance et de responsabilité individuelle face aux risques traversent l'ensemble des stratégies des acteurs. Il en est de même des logiques de précaution, d'attention au lien social, ou encore de réalisation de soi, qui elles aussi sont très prégnantes. Dans leur article sur le vieillissement des baby-boomers, L. Blein et ses co-auteurs, suggèrent quelques pistes d'interprétation.

Ils observent tout d'abord que cette génération voit le vieillissement non plus comme une étape de la vie mais comme « un événement brutal, qui survient dans la vie par l'entremise d'une maladie incapacitante et qui se jouxte des effets collatéraux que sont l'appauvrissement et la perte du réseau social » (p.126). Pour eux, la santé est donc l'élément principal qui fait se sentir vieux. Vue comme telle, la vieillesse a mauvaise presse auprès de cette génération dès lors qu'elle va à l'encontre des valeurs d'individualisme, d'autonomie, de responsabilité, de productivité et d'action dans lesquelles ils sont baignés[146].

Ces valeurs seraient les maîtres-mots qui guideraient les aspirations et les anticipations de cette génération. C'est ainsi que, de la santé aux relations sociales, les comportements des acteurs dépendent de leur responsabilité dans le cadre d'une aspiration à l'autonomie :

> Ces « pratiques de soi » que sont l'exercice et le régime alimentaire, s'articulent donc autour des notions d'autonomie et de responsabilité, où l'individu est non seulement responsable de lui (de ce qu'il fait) mais aussi – et c'est plus pervers – de ce qui lui arrive. […] Autonomie et

[146] « La figure de l'aîné qui prend forme dans le discours des aidants baby-boomers (mais qui elle-même n'est que l'écho de tout un savoir véhiculé par le monde médical, scientifique, politique, économique, etc.) se construit en opposant à ce qui est valorisé dans nos sociétés, soit aux règles de l'individualité contemporaine (Otero, 2003) qui s'articulent autour des notions d'autonomie et de responsabilité (Martuccelli, 2005 ; Erhenberg, 1998), donc de productivité et d'action. Ce faisant, la figure de l'aîné (construit comme un être improductif, passif, dépendant, malade, isolé) devient une figure repoussoir [référence à Foucault], celle à laquelle on ne veut pas s'identifier, qui va faire qu'on se surveille soi-même pour ne pas vieillir, vieillir le moins rapidement – ou le « moins mal » – possible ». (Blein *et al.*, p. 129)

> responsabilité vont ainsi de pair, et demeurer autonome le plus longtemps possible devient une démonstration de l'exercice plein et entier de ses responsabilités tant individuelles que sociales.
>
> L'espace physique est, en l'occurrence, choisi en fonction de ce que l'on pense pouvoir assumer ou non. On vend une maison dont on pense qu'on ne pourra s'occuper seul (ou assumer les coûts d'entretien), pour aller vers un milieu plus sécurisant dont on peut assumer « seul » la charge. Il en va de même pour le combat contre l'isolement social des personnes âgées, non plus perçu comme phénomène social, mais comme un problème relevant de l'individu qui se doit d'assurer la pérennité de son réseau social. L'idée que les personnes âgées soient coupables de leur isolement – elles ne sont pas assez proactives – (Grenier et Guberman, 2009) semble ici largement partagée par nos répondants. (*idem*, pp. 129-130).

En mettant ces interprétations en regard de nos entretiens, on note que bon nombre de nos répondants entrent dans les logiques ici décrites. Le principe de précaution enjoint à « se surveiller soi-même » pour ne pas vieillir trop rapidement. Pourtant, dans les comportements d'anticipations des acteurs, nous observons également la présence d'autres logiques ; se rapprocher de son réseau relationnel relève par exemple d'une logique affective et de construction du lien social ; faire des économies pour voyager ou s'adonner une fois à la pension à des activités qu'on avait laissées de côté témoigne d'une logique d'aspiration à la réalisation de soi.

Par ailleurs, il existe également dans la culture des baby-boomers un « éthos du *carpe diem* hérité des années 60 » (*idem*, p. 126). Cet éthos du *carpe diem* peut expliquer en partie les raisons pour lesquelles près de la moitié de nos répondants affirment ne pas prévoir l'avenir. Pour le justifier, certains expliquent en effet qu'ils évitent d'anticiper afin de ne pas rogner sur leur détente ou leurs plaisirs. C'est notamment le cas dans le domaine de la santé où le mode de vie épicurien est invoqué pour légitimer un contrôle de l'alimentation tout relatif ou lorsque de multiples activités de loisir ont la priorité sur le sport dans l'occupation du temps libre.

L'absence d'anticipation est cependant également justifiée par d'autres raisons : l'incapacité à prédire le futur ; la difficulté ou le refus se projeter face à un événement redouté, tel par exemple le décès du conjoint. Sur ce point, nos observations en rejoignent d'autres. Ainsi, se référant à des études en psychologie, E. Masini (2000 : 93) relève que « la crainte de l'inconnu semble nous empêcher de regarder devant nous, particulièrement dans le long terme et en termes d'alternatives », elle ajoute : « lorsque les êtres humains pensent à l'avenir (c'est-à-dire au-delà de dix ans), ils le font en des

termes pessimistes parce qu'ils n'ont pas de solutions claires aux problèmes prévus (Linstone, 1977, *Confessions of a Forecaster*). En revanche, lorsque ces mêmes personnes pensent que les problèmes peuvent être résolus, elles sont optimistes pour le court terme ». Dans notre matériau, l'absence d'anticipation est également légitimée par un rapport au temps marqué par le présent. Comme aiment à le rappeler quelques-uns, le temps se vit au jour-le-jour, ou, pour d'autres, il s'agit de valoriser la spontanéité, signe de liberté. Cette attitude s'accompagne alors souvent d'un refus d'anticipation de son avenir. Parfois, le rapport au temps est davantage conçu en termes de destinée. Ainsi, certaines personnes de religion musulmane disent ne pas savoir de quoi l'avenir sera fait, que celui-ci appartient à Dieu, ou au destin. Cette conception n'exclut pas la mise en place dès à présent de conduites qui permettront de continuer à vivre correctement à l'avenir, mais le futur n'apparaît pas comme un projet personnel. Ces différentes formes de légitimation de l'absence d'anticipation offrent, on en conviendra, peu de prise aux décideurs politiques. Il en va tout autrement des suivantes.

De l'analyse du matériau, il ressort nettement que la capacité à anticiper est corrélée aux ressources socio-économiques des individus. Ces résultats rejoignent en cela les propos de J.-P. Boutinet (2001) qui explique que si la société moderne est une société d'anticipation, tous ne s'y retrouvent pas, et notamment ceux qui n'ont pas les moyens d'anticiper. Les formules qui confirment ceci sont nombreuses : avoir d'autres priorités budgétaires que la constitution d'une épargne-pension, être dans l'incapacité d'investir pour l'avenir, ne pas avoir les moyens de se projeter aussi loin… ou plus prosaïquement ne pas pouvoir obtenir un prêt bancaire ou être déjà endetté. Dans un autre registre, la capacité d'anticipation semble aussi associée à la distribution des rôles sociaux. Nous en avons donné un exemple illustrant la distribution genrée des rôles avec la répartition des tâches dans le couple, quand certaines femmes de notre échantillon laissent les anticipations d'ordre financier à leur mari en charge de la gestion des comptes.

Enfin, nous ne pouvons refermer ce point sans envisager le rapport des baby-boomers aux institutions. Selon L. Blein et ses co-auteurs, ceux-ci ont un rapport revendicateur face aux institutions qui s'explique par trois raisons : tout d'abord, ils envisagent leur vieillesse comme « le reflet de leur jeunesse revendicative et active », ce qui les conduit à revendiquer d'autres conditions de placement que celles qu'ils observent

actuellement, de façon générale, et dans les maisons de repos en particulier ; ensuite, ils pensent que leur poids démographique sera tel que les services publics ne vont pouvoir faire autrement que de rencontrer leurs demandes ; enfin, leur position critique à l'égard de l'institution familiale perçue comme lieu des liens de dépendance les empêche de se replier vers les stratégies familialistes. Mais comme le notent aussi ces auteurs, ces mêmes caractéristiques pourraient faire d'eux, dans une certaine mesure, « de futurs aînés qui refuseront d'être aidés » (*ibidem*). Pour ce qui est de notre population, nous avons déjà noté que les individus interrogés aspiraient pour la plupart à rester chez eux le plus longtemps possible et que pour beaucoup l'idée de vivre en maison de retraite les rebutait. Par ailleurs, certains pointent les problèmes du système actuel tel le manque de lits à des prix abordables ou la qualité de certains services, confortant ainsi l'idée d'une attente plus ou moins pressante d'adaptation des services et des institutions. Enfin, même si c'est en seconde ligne, après s'être débrouillé par soi-même en faisant appel aux amis et/ou aux aides à domicile, la famille reste un point d'appui, au moins sous la forme de dernier recours. Si nos répondants, par conséquent, ne sont pas revendicatifs au point où Blein et ses coauteurs l'escomptaient, ils aspirent bien à rester le plus longtemps possible chez eux, et à se débrouiller seuls, puis en rétribuant des aides à domicile (même en cas de faibles revenus, c'est cette formule qui est privilégiée quitte pour cela à recourir au marché noir ou aux services du CPAS), puis en s'appuyant sur leur réseau amical, puis leur réseau familial… avant, peut-être, de devoir se résoudre à entrer dans une maison de repos ou une maison de repos et de soin. Les innovations sociales (telles qu'étudiées dans le WP2) semblent peu connues et en tout cas sont peu citées par nos interlocuteurs. Néanmoins, l'idée de vivre dans un lieu combinant indépendance et entraide intra- et intergénérationnelle fait son chemin, que ce soit via les initiatives privées consistant à subdiviser une maison en divers lieux de vies, ou l'idée de location d'une maison en commun avec des amis, ou la perspective de construction d'un habitat groupé pour personnes âgées. Par ailleurs, il n'est pas impossible que l'aspiration généralisée au maintien à domicile favorise le développement de services de soins, mais plus généralement d'aide à l'aménagement d'habitats privés « intermédiaires » entre la maison unifamiliale et la maison de repos.

5.6 De la conscience du vieillissement…

La prise de conscience des risques liés au vieillissement semble donc déterminante pour la mise en place, ou non, de stratégies anticipatrices par les acteurs. Si notre hypothèse posait que les 45-60 ans anticipent davantage que leurs parents la longue étape de vie à la retraite dans un ménage restreint (parfois à une personne) et avec une prévision de limitations physiques éventuelles, encore faut-il qu'ils aient conscience de cette étape, et ce, davantage que leurs parents. De ce point de vue, les situations sont contrastées.

Certains ont vu vieillir leurs aînés dans des conditions difficiles et qu'ils espèrent éviter à tout prix. Ils entrevoient alors une vieillesse bien différente de celle de leurs parents. Des enquêtés comparent en effet comme suit le vieillissement de leurs parents et celui qu'ils imaginent vivre : ils auront un réseau d'amitiés plus développé que celui de leurs parents ; ils éviteront de peser sur la vie de leurs enfants, notamment en développant la franchise et l'ouverture des discussions avec la génération suivante, ce qui leur permettra aussi de garder un pouvoir de négociation sur les décisions les concernant ; ils se voient plus indépendants, libres, épanouis et dans un plus grand respect réciproque de l'intimité de chaque génération ; ils anticiperont davantage les aménagements de logement ou déménageront sans trop de résistance, y compris en maison de repos s'il le faut vraiment ; ils accepteront plus facilement l'intervention de services professionnels… La conscience du vieillissement se caractérise surtout ici par la comparaison à la génération précédente, et par la volonté d'éviter la reproduction.

D'autres, par contre, ont une expérience heureuse du vieillissement de leurs parents et imaginent que le leur s'inscrira dans cette lignée. Ils se projettent actifs, occupés, curieux, épicuriens, investis dans leur entourage social, attrayants pour les nouvelles générations, endossant des rôles sociaux valorisés, autonomes, débrouillards, maîtres de leurs émotions, chez eux au domicile, en couple, en bonne santé, prenant soin d'eux, etc. Projetant un avenir en continuité avec le vécu de leurs parents et parfois aussi avec leur mode de vie actuel, ces enquêtés évoquent peu ou pas les difficultés qu'ils pourraient éventuellement rencontrer, soit qu'ils ne les entrevoient pas pour ne les avoir jamais observées directement, soit parfois qu'ils les dénient. Ici, la conscience du

vieillissement repose aussi sur la comparaison avec la génération précédente, mais dans une attente de reproduction heureuse, qui sera tantôt fondée (lorsque les capitaux de tous les types sont en quantité abondante), tantôt infondée (les fragilités n'étant pas perçues, voire niées).

La prise de conscience de l'allongement de l'espérance de vie et les difficultés inhérentes à la vieillesse ne requiert cependant pas une comparaison intergénérationnelle. Bien qu'elles n'aient pas observé les affres de la vieillesse chez leurs parents, certaines personnes interrogées ont pourtant des modèles ou contre-modèles de vieillissement inspirés d'autres personnes âgées de leur entourage ou encore du sens commun. Ces modèles peuvent aussi avoir été véhiculés par des discours médiatiques (Gestin A., 2001) ou par les mondes « médical, scientifique, politique, économique, etc. » (Blein L. *e.a.*, 2009, p. 129). C'est influencés par ces canaux que certains interviewés ont pris conscience des risques liés au vieillissement et se sont mis à les gérer par anticipation. Les exemples de ces influences sont nombreux : précautions alimentaires, suivis médicaux, *volonté* de faire du sport sans que cela vienne de soi (« j'ai envie de recourir, mais c'est le courage qui me manque ») ou encore de constituer une épargne-pension (« Moi j'ai toujours entendu (…) : 'fais une épargne pension' »). Parfois, l'un ou l'autre de nos interlocuteurs se trouve hyper-conscient des altérations que peut entraîner le vieillissement et, par crainte d'une perte de confort ou d'autonomie, se prémunit autant que faire se peut contre toute instabilité, en incluant pour cela dans la gestion actuelle de ses divers « capitaux » ses choix anticipés pour le futur.

La confrontation aux (premiers) signes de son propre vieillissement provoque elle aussi une prise de conscience effective. Plusieurs interviewés rapportent en effet des événements qui ont eu pour effet de les confronter à leur propre vieillissement : voir ses enfants quitter le foyer familial, devenir grand-parent, se voir signaler le ralentissement de son rythme par son enfant, inverser pour la première fois le sens de l'entraide avec la génération du dessus, devenir le doyen de la famille, réaliser que quelqu'un vous cède une place dans le bus, se rapprocher du moment de la retraite, avoir des amis souffrant de maladies graves ou bien qui s'occupent d'un parents dépendant… sont autant d'événements extérieurs qui font progressivement entrer les enquêtés dans le statut de personne âgée, soit qu'ils leur rappellent leur âge, soit qu'ils les fassent entrer dans des

statuts qu'ils n'avaient pas envisagés pour eux-mêmes. Souvent, la dégradation progressive ou accidentelle de leur état de santé les inquiète également : une diminution de la condition physique ou l'augmentation de la fatigue, l'hypertension, le diabète, le cholestérol, des maux de dos, des problèmes cardiaques, de la surdité naissante, et parfois un cancer ou un AVC. Comme les événements externes, ces événements internes, au sens où ils touchent l'individu dans son propre corps, augmentent leur conscience de leur avancée en âge, ce qui provoque alors, comme de nombreuses personnes en témoignent, des stratégies d'anticipation.

L'endossement de certaines responsabilités, principalement envers d'autres, semble également rendre l'anticipation plus probable, peut-être parce que davantage nécessaire. Devenir parent ou être le garant des comptes du ménage, par exemple, provoquent des questionnements sur l'avenir. À l'inverse, plusieurs interlocuteurs rendent compte de l'absence d'anticipation de leur part par le fait qu'ils n'ont pas à assumer certaines responsabilités spécifiques : tel cet homme qui affirme qu'il se projetterait peut-être davantage dans l'avenir s'il devait s'occuper d'un enfant ou ces deux femmes qui disent ne pas se préoccuper du budget et ne pas anticiper en la matière dès lors que cette tâche incombe à leur mari.

Enfin, il existe des personnes pour qui anticiper le vieillissement ne se conjugue plus, ou plus tout à fait, au futur car elles sont déjà atteintes de difficultés semblables à celles de la vieillesse, qu'il s'agisse de problèmes physiques, d'isolement ou autres. À titre d'exemples : une personne atteinte de fibromyalgie doit organiser l'aide autour d'elle ou réduire ses exigences de propreté face à sa difficulté d'entretenir sa maison comme elle le faisait auparavant ; une veuve dont les enfants ont quitté la maison se rend dans des lieux publics pour rompre la solitude ; un homme au chômage, séparé, sans enfant, et sans possibilité actuelle d'emprunt bancaire pour aménager sa maison en deux logements, vit au jour le jour, tente de diminuer son stress en ne pensant pas à trop long terme, et n'anticipe pas. Les stratégies de ces acteurs ne sont donc pas à proprement parler des stratégies d'anticipation mais plutôt des stratégies réactives à des problèmes déjà rencontrés actuellement. En ce qui concerne le futur, ces acteurs semblent se projeter dans une logique de continuité avec la situation présente.

Les modalités et formes de prise de conscience du vieillissement ne sont pas sans lien avec les stratégies d'anticipation. En résumé, et de façon sans doute un peu caricaturale, on peut d'abord distinguer celui qui a été témoin des difficultés de ses parents tendra à adopter les comportements nécessaires afin d'éviter leur reproduction, et celui qui a vu ses aînés vieillir en bonne santé et dans de bonnes conditions sera dans une posture d'attente de reproduction heureuse, tantôt fondée lorsque les capitaux sont abondants, tantôt infondée lorsque les risques sont sous-estimés. Sans doute pourrait-on retrouver une même dualité chez ceux qui ont développé leur conscience du vieillissement à partir des discours sociétaux. Dans notre matériau cependant, l'évocation de ceux-ci est plutôt associée à des stratégies d'anticipation, les propos médiatisés et le sens commun leur servant de légitimation. On trouve ensuite deux figures d'anticipation tardives : d'une part, celle qui se met progressivement en place au moment où l'acteur fait l'expérience du vieillissement dans son environnement social, dans sa vie, dans son corps et rendent celui-ci de plus en plus imminent ; d'autre part, celle qui se met bien en place avant l'âge de la retraite mais alors que les difficultés de tous ordres sont déjà là et en réaction à celles-ci, et qui à ce titre gagneraient à être qualifiées de stratégies réactives plutôt qu'anticipatives.

La précocité de la mise en place de stratégies d'anticipation dépend de la précocité de la prise de conscience des risques liés au vieillissement ; pour certains, rares, cette prise de conscience est précoce, pour d'autres, plus nombreux, elle se fait progressivement au fur et à mesure des événements qui leur signalent leur avancée en âge. En position intermédiaire pourrait-on dire, certains sont amenés à anticiper du fait de leurs rôles dans la famille (père, conjoint en charge des comptes…). Par ailleurs, certains sont déjà actuellement confrontés à des difficultés auxquelles ils font face en mettant en place des stratégies « réactives ». Il est à noter qu'un nombre non négligeable de personnes n'appréhendent pas la vieillesse comme une rupture, pour ceux-là, elle n'est une discontinuité ni entre génération (le vieillissement de leurs parents et le leur ne se distingueraient pas), ni entre leur vie actuelle et leur vie future (entre ces deux périodes de vie, les registres des relations, du logement, des moyens financiers et même de la santé sont pensés en termes de continuité). Ces postures dépendent en partie des aléas de la vie, elles ne sont pas figées et peuvent évoluer selon les trajectoires des individus.

5.7 Les rapports aidants-aidés

5.7.a De l'individualisation

Nous avons aussi posé l'hypothèse que la logique d'individualisation puisse avoir un impact sur les stratégies d'anticipation des acteurs. Du point de vue de la société, le processus d'individualisation se caractérise par le fait que le vivre-ensemble est de plus en plus pensé à partir de l'individu, individu qui devient ainsi la catégorie de référence de nos cadres normatifs et des politiques publiques. Du point de vue de l'individu, on peut convenir avec V. Charlot et C. Guffens (2006) que « l'individualisation caractérise le fait que l'individu veut être maître de son projet de vie » (pp. 21-22). La question devient dès lors de se demander en quoi la volonté d'être maître de son projet de vie influe sur les stratégies d'anticipation des acteurs. Posée comme telle, cette question est cependant difficile à appréhender. Dans notre population, très peu de personnes présentent en tant que tel un projet de vie, dans le sens où elles ont une idée précise de l'orientation qu'elles veulent donner à leur vie de retraité (comme ouvrir une maison d'hôtes ou vivre dans une cure aménagée en habitation collective) et la préparent de manière concrète. La plupart des autres ont certes une idée de ce qu'ils ont envie de faire une fois retraités, mais sans pour autant que leurs projets soient précis ou que leurs anticipations soient orientées vers ceux-ci. L'idée même d'être « maître de son projet de vie » est donc à considérer avec prudence. Il serait hasardeux de supposer que l'absence de projet de vie au sens restreint du terme présage d'une moindre volonté des individus de vouloir rester maîtres de leurs choix.

Dans une acception plus large, le projet de vie peut renvoyer au type de relations sociales que l'individu peut souhaiter cultiver, et notamment, pour ce qui nous occupe aux modalités d'entraide et aux rapports entre aidants et aidés. C'est en ce sens, que nous avons posé l'hypothèse que la volonté d'être maître de sa vie se traduirait, dans les rapports entre aidants et aidés, par le respect d'une auto-assignation de l'aide par l'aidant et par l'évitement d'une « mise sous tutelle » de l'aidé. Cette double préoccupation concernerait cependant davantage les relations filiales que les relations conjugales, puisque l'aide du conjoint apparaitrait quasiment comme inconditionnelle. Le respect de

l'autodétermination de l'aidant renvoie à l'idée de ne pas demander, ni même attendre l'aide des enfants, en espérant que ces derniers la proposent d'eux-mêmes. Il s'agit également de préserver leurs projets de vie en évitant d'empiéter sur leurs autres engagements familiaux ou professionnels, ou sur leur bien-être. Quant à l'aidé, l'objectif est qu'il reste acteur de sa vie le plus longtemps possible. Dans ce optique, l'aide professionnelle vient libérer la solidarité filiale des contraintes de la régularité ou de la pénibilité de l'aide, permettant aux rapports familiaux de se construire dans une « univers de liberté » (Godbout J.T., Charbonneau J, 1996, pp. 148-149), tout laissant à la famille le rôle de « filet de sécurité » ponctuel en cas de crise, ou encore pour certaines tâches de confiance.

Dans les témoignages des enquêtés, cette préoccupation pour le respect de la liberté et l'autonomie des enfants est très présente. Combien n'expriment pas en effet leur refus ou leur crainte d'être un « poids » pour leurs enfants et leurs engagements ? L'aide qu'ils pourraient recevoir dans le futur ne doit en aucun cas empiéter sur la vie professionnelle ou familiale des enfants, ni contrarier la réalisation de leurs projets. Nombreux sont les interviewés à déclarer ne pas s'attendre à recevoir une aide de leur progéniture. D'autres n'en veulent tout simplement pas, portés qu'ils sont par leur aspiration à l'autonomie. L'idée de vivre plus tard chez un enfant est ainsi exclue dans le souci de préserver l'intimité de chacun : la distinction des foyers permet à l'enfant de conserver son espace de liberté pour développer à ses projets personnels et à l'aîné de préserver son (sentiment d') autonomie. C'est dans cette même perspective que sont projetées les aides des services à domicile.

Même chez les répondants de religion musulmane, pour qui l'aide aux parents est primordiale, est exprimé le refus d'être un poids pour la génération suivante : si leurs parents sont laissés aller jusqu'à faire reposer toutes les tâches sur la génération suivante, les 45-55 ans interrogés refusent l'idée d'une reproduction de ce type de relations, d'autant plus, diront certains, qu'il est important de bouger et de continuer à être actif dans la vieillesse pour se maintenir en forme. Pour eux, le devoir filial semble donc davantage s'exprimer au travers du maintien d'une relation aimante, soucieuse, respectueuse, attentive et disponible envers les parents, qu'au travers d'aides concrètes. Au niveau du discours, comme les Belges de souche, les personnes de religion musulmane

affirment l'importance de laisser leurs enfants libres de déployer leurs projets personnels et de ne pas trop leur en demander. Cependant, cette posture est peut-être d'autant plus facile à soutenir que nombre de nos interviewés se trouvent éloignés géographiquement de leurs parents, et donc déjà dans un modèle où prime une relative indépendance intergénérationnelle. Contrairement aux Belges en tout cas, ils s'attendent davantage à une présence aidante de leurs enfants auprès d'eux et n'ont pas l'air inquiets ni parfois n'envisagent que ces derniers puissent être absents de leur entourage de solidarité dans la vieillesse. À l'instar des Belges, aucun n'imagine vivre plus tard chez l'un de ses enfants, mais la proximité, voire l'accolement des logements, n'est pas exclue, quand elle n'est pas désirée implicitement. Quant aux aides professionnelles, les répondants déclarent qu'ils les accepteront plus facilement que leurs parents, même si certains pensent qu'ils n'en auront pas besoin et que subsiste parfois un sentiment de méfiance à leurs égards.

La population d'origine italienne, quant à elle, a plus de similitude avec la population belge dont elle ne se démarque guère bien qu'elle ait connu un modèle plus familialiste d'entraide dans ses rapports avec la génération précédente.

5.7.b Le devoir filial

On vient de le voir, les entretiens montrent bien cette posture ambivalente de futurs aidés qui affirment qu'ils ne seront ni demandeurs ni contraignants vis-à-vis de leurs enfants, mais qui, pour certains en tout cas, n'en continuent pas moins à espérer leur présence à proximité dans leur vieillesse. Dès lors que la contrainte n'est plus légitime, la gestion de cette ambivalence découle de la combinaison des normes d'individualisation, d'autonomie et du devoir filial. Comme le montrent les études empiriques, loin de disparaître, le sentiment de devoir filial se maintient malgré l'aspiration marquée à l'autonomie et à la maîtrise de ses projets de vie. Tout se passe comme si, cadré par l'exigence d'autonomie et de maîtrise de ses projets de vie, et ne pouvant plus être vécu comme une contrainte, le sentiment de devoir filial devait aujourd'hui emprunter d'autres voies, celle du souhait personnel d'annuler sa dette envers la génération précédente, celle du souci pour la préservation de son identité morale, ou encore celle de la manifestation

de sa liberté de choix quant aux modalités des aides offertes. Les données de terrain ne contredisent pas ces hypothèses.

La quasi-totalité des enquêtés se sentent redevables envers leurs parents. Qu'ils estiment « normal » de s'occuper de leurs parents, qu'ils conçoivent ce devoir en termes de « mutualité » (échange entre deux personnes) ou de « solidarité » (retour à la société de ce qui nous a été donné), pour reprendre les termes de J. T. Godbout et J. Charbonneau (1996), le sentiment de devoir filial est bien présent. Sur l'ensemble des 46 personnes interrogées, seul un individu, dégoûté du contrôle incessant de sa mère ainsi que de la tendance de cette dernière à « casser sa spontanéité », déclare souhaiter s'affranchir des obligations filiales en rompant les contacts avec sa génitrice. Ici, l'aspiration à l'autonomie et à la maîtrise de sa vie prennent le pas sur son sentiment de devoir filial, bien que ce dernier subsiste puisque, selon ses mots, parlant de sa mère, il n'a pas encore réussi à « l'envoyer péter définitivement ». Dans les entretiens, d'autres expriment des blessures profondes dans leur relation à leurs parents, mais ils n'en continuent pas moins à leur fournir des aides parfois conséquentes malgré le poids psychologique que cela engendre. Ces situations témoignent de la subsistance du sentiment de devoir filial chez les répondants.

Quant aux modalités pratiques du soutien aux parents, si la liberté d'action relativement à leur nature, leur niveau et leur temporalité domine et qu'aucune norme ne les définit précisément, nos observations montrent que certaines contraintes pèsent malgré tout sur elles. Par exemple, pour un enfant unique, il est difficile de choisir les modalités de son soutien. Le genre, les « ressources » et capacités individuelles, l'histoire des relations dans la famille et la proximité géographique sont également des éléments déterminants de l'aide. Il est difficile, cependant, d'en donner une pondération.

À l'avenir, la remise en question des rôles familiaux traditionnels, la recherche d'autonomie et la tendance à construire les rapports familiaux entre adultes dans un « univers de liberté » (Godbout J. T., Charbonneau J., 1996, pp. 149) pourraient affaiblir le sentiment de devoir filial. Les données de terrain, cependant, montrent que ces normes ne sont pas incompatibles. Par ailleurs, lorsque les enquêtés parlent de leur progéniture, une hétérogénéité des discours apparaît : pour quelques-uns, leurs enfants « habitués à

vivre de manière individualiste » ne prendront pas l'initiative de les aider ; pour d'autres, plus nombreux, la présence de leur(s) enfant(s) dans leur voisinage dans leurs vieux jours est de l'ordre de l'évidence, une évidence que seuls les projets et les occupations des enfants pourraient vernir mettre en péril, confortant par ces dires l'influence de la logique de l'individualisation. C'est chez les personnes de religion musulmane que la confiance en et l'absence de questionnement de la solidarité intergénérationnelle est la plus marquée.

5.8 Eléments de conclusion

La revue de la littérature et l'analyse du matériau se sont montrés riches en éléments d'information, de contextualisation et en hypothèses relativement à notre objet. Ils permettent de dégager certains traits structurant une conceptualisation pertinente de la gestion du vieillissement. Pour la suite du travail prospectif, le WP 3 a permis de mettre en évidence certaines positions d'acteurs, des variables-clés, des tendances lourdes ainsi que des questionnements par rapport à l'objet de recherche, que nous allons maintenant tenter de résumer à titre de proposition de travail pour la suite de la recherche.

La définition même de l'objet de recherche, tout d'abord, a été questionné au fil des rencontres avec les enquêtés. Suite aux conceptions de certains, s'est imposée la question de savoir ce qu'est ce vieillissement que nous aurions à gérer. « Étape » de la vie commençant à la retraite, « cycle de vie » durant lequel on consomme un capital accumulé précédemment, ou fin de vie impliquant des dépenses exponentielles en matière de soins de santé ? A ces conceptions, les enquêtés en ont ajouté une : l'apparition de limitations de l'autonomie dans des domaines variés et se produisant à des âges différents.

Au-delà de ces conceptions, se pose la question des difficultés spécifiques du vieillissement qu'il faudra gérer. Objectivement, plusieurs éléments caractérisent le vieillissement que connaît aujourd'hui une large frange de la population : un âge de retraite (relativement) déterminé, une espérance de vie prolongée, une diminution de la condition et des capacités physiques, une réduction de la taille du ménage… S'il fallait déterminer la période qui serait à anticiper, elle pourrait être soit cette étape de la vie qui commence à la retraite et va pour un grand nombre se dérouler dans un ménage restreint et avoir pour horizon la perspective de limitations physiques, soit la fin de vie caractérisée

par des besoins importants en matière de soins de santé. Dans une autre perspective, le vieillissement pourrait être conceptualisé sur base des domaines de difficultés rencontrées par les individus tout au long de leur vie sans spécification d'un âge particulier, sachant que certaines arrivent par accident, d'autres avec l'âge, ce qui leur confère des probabilités d'apparition différentes. Tant la revue de la littérature que les données de terrain plaident pour la prise en compte des quatre domaines suivants : le logement, les finances, le lien social (les relations affectives et sociales) et la santé (corps et santé). La question est donc de savoir quels sont les problèmes que nous voudrions anticiper via la prospective, et qui, actuellement, les gère, comment, dans quelles conditions et dans quelles perspectives ?

Le WP 3 a aussi permis de mettre en évidence certaines positions d'acteurs. Les types d'acteurs pris en compte sont plus spécifiquement les « anticipateurs », les « aidants proches », et, indirectement, les « aidés » et les « professionnels de l'aide ». Au travers des entretiens avec les 45-55 ans, nous avons récolté de l'information concernant à la fois les « anticipateurs » actuels, les « aidants proches » actuels et de demain, et les « aidés » de demain. Via les focus groupes (voir ci-dessous), nous avons cherché à évaluer les situations passées, actuelles et future des « professionnels de l'aide », des « aidés » mais parfois aussi, des « aidants proches ». Les postures de chacun de ces types d'acteurs ont évolué dans le temps.

Actuellement, les « anticipateurs » mettent en place, de manière consciente ou non, des stratégies pour prévenir les éventuelles pertes d'autonomie. Ces stratégies sont principalement déterminées par des facteurs économiques et l'adhésion aux principes d'indépendance et de responsabilité individuelle, et, parfois, au principe de précaution ou à une revendication de *carpe diem*. Le fait d'anticiper son vieillissement dans une perspective d'autonomie est une évolution par rapport à la situation passée et pose question pour le futur : l'aspiration à l'autonomie est-elle une « tendance lourde » appelée à perdurer (variable de contexte) et quelles anticipations individuelles à attendre et possibles à l'avenir (variable « enjeu ») ?

De leur côté, les « aidants proches » fournissent une quantité non négligeable d'aide à leurs aînés et les relations qu'ils entretiennent avec eux sont empreintes d'un

sentiment de devoir filial modulé aujourd'hui par des désirs d'autonomie et d'individualisation. La combinaison de ces postures implique que l'aide soit auto-assignée et sans prédétermination quant à ses modalités. Certains déterminants sociaux, tels les ressources économiques de l'aidant, sa proximité géographique avec l'aidé, ses disponibilités et compétences, son genre, et l'histoire des relations familiales influencent les modalités que prendra la solidarité filiale. D'un autre côté, tant que leur santé le leur permet, les conjoints semblent assignés au rôle d'aidant sans pouvoir y échapper. La question est de savoir si le sentiment de devoir filial, l'individualisation dans les relations intergénérationnelles et le dévouement du conjoint sont des tendances lourdes, de sorte que l'on pourrait tabler sur leur persistance. En ce sens, à l'avenir, la remise en question des rôles familiaux traditionnels est probablement un enjeu important.

En ce qui concerne les professionnels de l'aide, dans les entretiens, il en a principalement été question à partir de deux questionnements : celui du coût d'une part, celui de la qualité du service d'autre part. L'interrogation sur ses capacités à assumer le coût des aides est liée, de façon assez compréhensible, aux ressources économiques des individus, mais aussi à l'existence déjà réelle ou anticipée de problèmes requérant des traitements onéreux. L'enjeu central est ici celui de l'accès au soin, de la capacité contributive des individus et de l'engagement de l'Etat dans les politiques de soins et de soutien aux personnes, ou à tout le moins aux plus défavorisées d'entre elles. Dans la plupart des cas, les aides professionnelles sont évaluées positivement… avec deux bémols cependant : une méfiance à leur égard rapportée par d'aucuns, et notamment pas des personnes de religion musulmane, et l'image relativement négative des maisons de retraite. En ce qui concerne la première réserve, la posture familialiste de certaines cultures explique, partiellement au moins, cet état de fait. Mais il n'est pas certain qu'elle se maintiendra. La présence de plus importante de personnes issues de ces cultures dans les différentes catégories de personnel soignant pourrait progressivement estomper ces réticences. Il s'agit là d'un enjeu non négligeable pour ces différents professionnels de l'aide. Pour la seconde réserve, l'enjeu est tout aussi important : comment transformer l'image des maisons de repos, des maisons de repos et de soins ? Les focus-groupes apportent quelques pistes de réflexion à ce sujet.

Enfin, les « aidés » d'aujourd'hui sont arrivés au vieil âge en l'ayant moins anticipé que leurs successeurs. Ils sont sans doute plus explicitement demandeurs et en attente d'aides de la part de leur descendants que les « aidés » de demain que nous avons interrogés. Comparativement aux « aidés » de demain, sans doute sont-ils aussi moins enclins à accepter des aides professionnelles à domicile, tout comme ils ont un rapport moins exigeant aux institutions. Les ressources, le genre et la recherche d'autonomie sont une fois encore des déterminants de leur posture d'acteur. Les facteurs culturels semblent également déterminants : on l'a vu, les populations musulmanes, par exemple, restent réticentes à l'idée d'avoir recours aux aides professionnelles. En termes d'évolutions, l'autonomie semble être une tendance lourde, tout comme la volonté de rester à domicile. Les enjeux portent alors sur l'amélioration des rapports aux institutions, le développement des aides à domicile, l'accompagnement des aidants proches et l'attention aux attentes des populations d'origine étrangères

Bien sûr, des acteurs sont à ajouter au schéma ici esquissé, en précisant pour chacun d'eux les attitudes et positions actuelles face au vieillissement ainsi que les déterminants matériels, sociaux et idéologiques de leurs actions avant de retracer l'évolution de ces postures pour en dégager des tendances lourdes et des enjeux pour l'avenir. Par ailleurs, ces lignes conceptuelles ici présentées sont à mettre en débat pour étoffer notre conception commune de l'évolution et directions possibles de la gestion du vieillissement.

B. Les professionnels de l'aide et experts du vieillissement

6. Objectifs des focus-groupes

Les focus groupes visent à s'intéresser aux (futurs) acteurs de l'aide à l'horizon 2025-2045 afin de dégager avec eux les tendances en matière d'aide aux personnes vieillissantes, tant à domicile qu'en institution. En cela, il s'agit de considérer les professionnels de l'aide comme des témoins des évolutions en cours.

De façon plus précise, l'animation des focus groupes a été structurée autour des questions suivantes :

1. *Les attentes et les besoins des usagers : évolutions et tendances émergentes*

   Quelle perception :

   a. *des aspirations/projections des usagers ?*
   b. *des stratégies des usagers ?*

2. *L'offre formelle : évolutions et tendances émergentes*

   Quelles sont les réponses aux attentes des usagers ?

   a. *Quelles en sont les spécificités ?*
   b. *Quel est le public cible ?*
   c. *Quel est le degré d'adéquation entre les réponses apportées et les attentes des usagers ?*
   d. *Quelles sont les perspectives futures ?*

3. *Quels sont les enjeux majeurs pour la gestion du vieillissement ?*

4. *Quelles sont les variables qui conditionnent le plus l'avenir de ces enjeux ?*

Dans les focus-groupes du WP3, le questionnement s'est focalisé sur les deux premières questions, les deux suivantes n'ayant été abordées qu'en fin de réunion ; elles seront par contre au cœur de la dernière phase de la recherche, lorsqu'il s'agira dans le WP4 de construire et proposer des scénarios prospectifs.

7. Les participants

Du point de vue de la méthode, le focus-groupe place les intervenants dans une situation où ils sont amenés à confronter leurs expériences qui découlent d'interventions limitées et spécialisées, ce qui permet ensuite aux chercheurs de dégager une perspective globale qui dépasse et articule les regards spécifiques.

Concrètement, deux focus-groupes ont été réalisés : le premier, le 9 juillet ; le second, le 27 août. Pour les objectifs de la recherche, il n'y a aucune pertinence à distinguer les apports de l'un et de l'autre focus-groupe. En conséquence, les résultats sont présentés ci-dessous de façon globale.

Pour l'équipe de recherche, ont participé aux focus-groupes, Myriam Ghilain (FG1&FG2), Jacques Marquet (FG1&FG2) et Laura Merla (FG1).

Pour les participant(e)s externes, l'objectif était d'atteindre une grande diversité des intervenants en multipliant les types et lieux d'ancrage professionnel : secteur des maisons de repos (directeurs, assistantes sociales, consultants…) & centres de jour/de nuit ; secteur des aides à domicile (fédérations, CPAS, infirmières libérales, titres-services, services d'aménagement du domicile…) ; mouvements associatifs œuvrant dans l'offre de service (télé-vigilance, service de répit, lutte contre l'isolement, loisirs adaptés…) ; mouvement d'éducation permanente (Respect Senior, Espace Senior, Enéo…) ; initiatives politiques (« Ville amie des aînés »…) ; représentants des innovations en WP 2 ; spécialistes des aspects juridiques (gestion du patrimoine, juge de paix…) ; chercheurs universitaires…

Tous ces profils n'ont pas pu être réunis, d'une part, pour la raison qu'il n'est pas souhaitable de réunir trop de personnes autour d'une même table (le nombre de participants recommandé oscille entre 8 et 12), et, d'autre part, vu la difficulté de coordonner les agendas des différentes personnes sollicitées. Le profil des participant(e)s externes est présenté ci-dessous par ordre alphabétique :

1) Laurence Antoine, FEMARBEL (FG1)

Laurence Antoine travaille depuis peu chez FEMARBEL qui est la Fédération des maisons de repos et de soins qui représente environ 30000 lits en région wallonne et en région bruxelloise. Avant de rejoindre la Fédération, elle était directrice d'une maison de repos ; elle a travaillé quinze ans en maison de repos, dix ans dans une structure publique et cinq ans dans une structure privée.

2) Catherine Bolly, IL&C – UCL (FG1)

Catherine Bolly est linguiste, actuellement chercheuse sur un projet Marie Curie à Paris, le projet Corpagest qui traite du langage des personnes âgées de minimum 75 ans. Elle s'intéresse notamment aux indicateurs langagiers annonciateurs précoces d'une démence, dans la perspective de pouvoir proposer des d'outils de compréhension et de communication au personnel de soin afin d'améliorer le bien-être des personnes les plus âgées. Elle est impliquée dans le montage du réseau CLARe, réseau international de linguistes dans le domaine du vieillissement.

3) Sandrine Boyals, DG0 – Cellule Alzheimer (FG1)

Sandrine Boyals travaille à la Région wallonne au sein du département de la santé, direction soin ambulatoire. Elle y a une fonction assez transversale puisqu'elle s'occupe essentiellement de tout ce qui touche au vieillissement des personnes en perte d'autonomie, et notamment de tout ce qui a trait aux démences et maladies chroniques. Elle a été chargée de faire une proposition de plan d'action sur cinq ans relative à la politique wallonne des aînés, par rapport à la santé des aînés de façon très large et aussi en ce qui concerne leur accessibilité au logement. Avant de rejoindre la Région wallonne, elle occupait le poste actuel de Blanche Leider (voir ci-dessous).

4) Nathalie Burnay, UNamur & UCL (FG2)

Nathalie Burnay, professeure de sociologie à l'UCL et à l'université de Namur, travaille depuis 20 ans sur les problèmes de vieillissement à partir de la question de l'insertion professionnelle des seniors (des 45 ans et plus). À l'université de Namur, elle fait partie du Groupe de recherche interdisciplinaire vieillissement (Grives). Cette équipe réalise actuellement une recherche sur le stress des aidants proches en suivant deux cohortes, l'une

dite jeune (les 45-65 ans) et l'autre plus âgée (au-dessus de 65 ans), dans le but d'identifier des marqueurs biologiques qui sont en résonance avec des facteurs psycho-sociaux.

5) Sylvie Carbonnelle, ULB (FG2)

Sylvie Carbonnelle est socio-anthropologue, assistante à l'ULB et chercheuse travaillant depuis une dizaine d'années sur des questions touchant au vieillissement dans le cadre du Centre de diffusion de la culture sanitaire, une asbl liée à l'ULB. Elle a été ou est impliquée dans diverses recherches traitant d'aspects spécifiques du vieillissement : les migrants âgés, les représentations sociales de la maladie d'Alzheimer, le développement d'outils informatisés pour favoriser la communication entre des personnes atteintes de maladies chroniques et les soignantes, ou plus globalement l'introduction des nouvelles technologies dans le soin. Elle est préoccupée par le décloisonnement des savoirs (entre experts et professionnels).

6) Olivier Coryn, Abbeyfield (FG1)

Olivier Coryn est coordinateur de projets pour Abbeyfield en Wallonie. Les maisons Abbeyfield sont des projets d'habitats groupés participatif pour personnes âgées entre 55 et 80 ans.

7) Françoise De Keyser, APSYUCL (FG2)

Françoise De Keyser est coordinatrice de l'initiative spécifique personnes âgées du Brabant wallon, au Centre de guidance de Louvain-la-Neuve. Quatre initiatives de ce type existent en Wallonie (LLN, Liège, Namur et Malmedy). La mission de l'équipe consiste à aller vers la personne âgée fragilisée, aussi bien en maison de repos qu'à domicile, pour les tâches d'accompagnement psychologique et de prise en charge thérapeutique de la personne âgée et de son entourage proche. Si la personne âgée est demandeuse, il s'agira aussi de lui trouver des activités, de créer un réseau autour d'elle, de créer du lien social. L'équipe réalise aussi des supervisions pour les professionnels et anime des groupes de parole pour des aides-familiales qui travaillent à domicile.

8) Cécile Dupont, Atoutage (FG2)

Cécile Dupont travaille au sein de l'association Atoutage qui œuvre à l'accompagnement des associations et structures qui veulent mettre en place des projets intergénérationnels afin de favoriser les liens entre les générations. Il s'agit donc principalement d'un travail de seconde ligne avec des professionnels qui, eux, sont en contact avec des personnes âgées et aussi avec des plus jeunes. Mais Atoutage réalise aussi des animations et des rencontres avec les différentes générations et travaille directement avec des aînés qui sont bénévoles dans leurs projets. Atoutage a également développé un axe de travail autour de la gestion des âges en entreprise et du vieillissement au travail, et plus spécifiquement autour des stéréotypes liés au vieillissement.

9) Valery Goblet, Les cantous du Mariemont (FG1)

Valéry Goblet est directeur général des cantous de Mariemont, maison de repos et de soins qui propose plusieurs types d'accueil pour les personnes âgées allant d'une résidence service à des places spécialisées pour personnes atteintes de la pathologie d'Alzheimer, ainsi que maison de repos, maison de repos et de soins classiques, et un projet de service de convalescence pour un retour à domicile. Au total, ce sont 300 places diversifiées qui sont offertes sur le site de Morlanwez, à la maison de Mariemont.

10) Bénédicte Gombault, Fondation Roi Baudouin (FG2)

Depuis 2006, Bénédicte Gombault coordonne le projet autour des personnes âgées à la Fondation Roi Baudouin, projet dans le cadre duquel l'accent a été mis principalement sur les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La FRB soutient et finance des projets de recherche. Dans le cadre du projet « personnes âgées », elle a aussi œuvré à mettre autour de la table des personnes ne se rencontrant que rarement ou pas du tout (comme par exemple des juges et des médecins).

11) Nathalie Hubert, Henallux & Institut Sainte-Marie de Jambes (FG2)

Infirmière de formation, licenciée en soins infirmiers, Nathalie Hubert est maître assistante au département paramédical de la Haute Ecole Namur-Liège-Luxembourg (HENALLUX) dans les sections baccalauréats en soins infirmiers et sage-femme, et enseignante dans la filière aide-soignante à l'Institut Sainte-Marie de Jambes. Dans ces deux lieux, elle participe à la formation des professionnels du soin, elle les accompagne

notamment dans leurs stages (les maisons de repos du Namurois, les services d'aide à domicile, les centres de jours, les cantous…) et collabore aussi dans ce cadre avec les services d'aides-familiales, les services de soins à domicile, les mutualités, les gardes à domicile, etc.

12) Lucie Lacasse, Le lion solidaire (FG1)

Après avoir été infirmière à domicile, puis directrice d'un service de soins infirmiers à domicile, anciennement la Croix Jaune et Blanche, Lucie Lacasse est aujourd'hui prépensionnée ; elle a ouvert un service de bénévoles d'aide à domicile : Le Lion Solidaire. Ce service, où elle opère comme bénévole, vise à lutter contre l'isolement des personnes âgées et des personnes en couple dont une personne est très malade ; il s'agit essentiellement d'un service d'accompagnement.

13) Blanche Leider, Croix-Rouge, membre associée CIRFASE-UCL (FG1)

Depuis janvier 2015, Blanche Leider travaille à la Croix Rouge de Belgique où elle coordonne les projets liés à la solitude et au vieillissement, et plus spécifiquement un premier projet relatif aux volontaires en maison de repos et un deuxième projet sur les volontaires qui se rendent à domicile auprès de personnes âgées pour une visite de courtoisie ou un moment d'échange dans le but de briser la solitude. Auparavant, elle a travaillé comme chercheuse à l'UCL où elle a notamment réalisé une thèse en sociologie du vieillissement, consacrée à la solidarité familiale entre les enfants et leurs parents vieillissants.

14) Brice Many, FASD (FG2)

Brice Many est directeur de Fédération aides et soins à domicile, qui représente et apporte les services de support aux Centres d'aides et de soins à domicile qui sont répartis en Région wallonne et à Bruxelles, et qui délivrent des services d'aide journalière, d'aide à domicile et entretien ménager, des services de coordination lorsque plusieurs services sont nécessaires autour d'un même bénéficiaire, et de services de soins infirmiers.

15) Jessica Marchal, DG0 – Département des aînés et de la direction des aînés (FG1)

Jessica Marchal travaille à la Région wallonne au département santé et est attachée à la direction des aînés, soit la direction qui s'occupe du suivi et des agréments des

institutions, établissements pour aînés, maisons de repos, résidences services, centres d'accueil de jour. Ses tâches sont multiples : suivi des rapports d'inspection de routine ; gestion et distribution des maisons de repos et de soins, requalification des maisons de repos en maisons de repos et de soins ; développement de l'habitat alternatif (autre que maison de repos, résidence service et centres de jour) ; développement du programme qualité au sein des maisons de repos ; prise en charge des thématiques « sexualité » et « suicide » des personnes âgées.

16) Olivier Masson, LOCI – UCL (FG1)

Olivier Masson, ingénieur civil architecte, enseigne à la Faculté d'architecture, d'ingénierie architecturale, et d'urbanisme. Récemment, il a réalisé une étude « habitat et vieillissement » sur les formes de logement et d'habitation qui permettent aux personnes âgées ou qui sont en perte de complète indépendance de pouvoir continuer à vivre hors institution pour les communes de Malmedy, Stavelot, Lierneux, Trois-Ponts, et Stoumont. Cette étude a permis d'identifier 88 situations différentes de support à la personne qui lui permettrait de vivre hors institution.

17) Axelle Muraille, 1toit2ages (FG2)

Axelle Muraille, psychologue formée en neuropsychologie, est la responsable de l'antenne de Louvain-la-Neuve de l'association 1 toit 2 âges dont l'objectif est de promouvoir du logement intergénérationnel. À Louvain-la-Neuve, il s'agit de mettre en contact des étudiants et des seniors, des personnes qui ont les mêmes attentes pour une combinaison win-win où un étudiant va loger chez un senior, est là pour lui rendre des services, en échange de quoi il bénéficie d'un loyer réduit par rapport aux prix du marché locatif. L'association est présente un peu partout en Wallonie et sur Bruxelles : Bruxelles, Liège, Namur, Marche-en-Famenne, Charleroi, Gembloux. Elle a des projets avec d'autres villes.

18) Fabienne Simon, aide et soutien psychologique, CPAS Liège (FG1)

Après avoir travaillé comme assistante sociale au service d'aides familiales, Fabienne Simon est aujourd'hui directrice du maintien à domicile au CPAS de Liège, maintien à domicile qui concerne principalement des personnes âgées. À ce titre, elle assure la gestion dans ses diverses dimensions – personnel, finance, organisation, problèmes quotidiens,

formations – des multiples services impliqués : aides-familiales, infirmières, gardes à domicile, aides ménagères, aides techniciens, transport social, psychologues et coordinateurs. La population du CPAS de Liège se caractérise par son degré de précarité, sa fragilité aux niveaux financier, social et psychologique.

8. Les enseignements

Plutôt qu'un verbatim des deux focus-groupes, l'option retenue consiste à présenter les principaux enseignements des deux rencontres. La note se focalise principalement sur les tendances relatives à la gestion du vieillissement en ce qui concerne d'une part la population directement concernée (les personnes âgées), et, d'autre part, la prise en charge de cette population, avant de terminer sur les défis tels qu'identifiés par les intervenants.

8.1 Les variables déterminantes pour la prise en charge des personnes âgées

Bien que cette question n'ait pas été centrale lors des focus-groupes, les discussions ont permis d'identifier un certain nombre de variables considérées comme déterminantes pour la prise en charge des personnes âgées :

- leur degré de dépendance ;
- leur degré d'anticipation (du vieillissement) : plus celui-ci est élevé, plus la transition vers l'institution est préparée et se passe en douceur (par opposition aux situations d'urgence) ;
- leurs ressources socio-économiques et leur bagage culturel, dont dépend en bonne partie la capacité d'anticipation du vieillissement ;
- leur culture qui rend certaines réponses au vieillissement et à la dépendance plus ou moins acceptables ;
- leur réseau social ;

- leur localisation par rapport aux services et institutions disponibles.

8.2 Constantes, évolutions et tendances émergentes

À côté de quelques constantes assez structurantes, les intervenants ont identifié un certain nombre de transformations susceptibles d'affecter en profondeur la gestion du vieillissement. Celles-ci sont ici réparties en deux registres : d'une part, celui qui renvoie à la population directement concernée (les personnes âgées) et à son environnement social ; et, d'autre part, celui qui a trait à la prise en charge de cette population.

8.2.a La population

Relativement à la population, seront successivement distinguées les constantes, les caractéristiques des populations concernées, celles de leur environnement, et celles des demandes qu'ils adressent ou sont les leurs.

❖ *Les constantes*

- Le souhait de rester le plus longtemps possible à domicile semble généralisé.

- La volonté de ne pas être une charge – que ce soit à l'égard des proches, des professionnels des services, ou même de la société de façon générale – est exprimée de façon récurrente. Cette volonté s'accompagne assez généralement d'une interrogation sur le coût des soins et des services de prise en charge.

- La difficulté d'orientation du citoyen lambda, quelque peu perdu face à la diversification des sources d'information, et peinant à se repérer face au découpage et à la multiplication des services susceptibles d'intervenir (pour soi ou pour ses proches, parents ou conjoints).

- Face à la multiplication des intervenants (aides-familiales, aides ménagères, aides-soignantes gardes à domicile, psychologues, infirmiers…), la confusion des rôles (nombre de personnes âgées ont du mal à comprendre qui fait quoi) est source d'insatisfaction.

- Le désarroi et l'isolement des familles face à certaines pathologies des personnes vieillissantes (par exemple : celles confrontées à la maladie d'Alzheimer).

❖ *Les caractéristiques de la population*

- La modification du profil de la population arrivant en maisons de repos : plus âgée (âge moyen : 84 ans) et plus fréquemment dépendante, présentant davantage de troubles du comportement (désorientation, déclin cognitif…), des profils psychiatriques, des situations de rupture sociale. Certaines personnes (exemple : des personnes de moins de 60 ans présentant des problèmes psychiatriques) se retrouvent en maisons de repos faute de structures d'accueil adéquates.

- La paupérisation accrue d'une frange de la population la contraint à réduire et retarder les demandes de services, ce qui, d'une part, a tendance à transformer la nature des relations, les aidants étant amenés à se focaliser encore davantage sur les tâches plutôt que sur la relation elle-même, et d'autre part, augmente la probabilité d'un appel à l'aide dans des situations déjà fortement complexifiées. Pour cette population, les pistes de solutions sont souvent réduites.

- L'augmentation du degré de multi-culturalité de la population âgée, avec les difficultés de communication (souvent accentuées avec l'avancée en âge) que cela engendre et l'inadéquation de certains modes de prise en charge du vieillissement pour certaines populations spécifiques (par exemple : pour les personnes vieillissantes d'origine marocaine, la maison de repos est une option difficilement inacceptable).

- L'émergence d'une génération qui a conscience de son propre vieillissement. Pour d'aucuns, cette prise de conscience renvoie au fait d'avoir vu vieillir les générations précédentes, mais pour d'autres elle a davantage à voir avec les politiques de maintien à tout prix des travailleurs sur le marché du travail qui amènent les

travailleurs à rester plus longtemps en emploi et donc à éprouver « physiquement » le vieillissement dans leur corps (pénibilité et charge psychosociale), la dégradation de leur état de santé leur signifiant leur vieillissement. Pour les 50-65 ans, le poids des contraintes professionnelles pèse d'autant plus qu'à celui-ci s'ajoute fréquemment celui de la prise en charge de parents vieillissants. Déjà perceptible maintenant, cette évolution risque d'avoir un impact sur les profils des personnes arrivant la retraite en termes de santé (dégradation plus avancée).

❖ *L'environnement social*

- La transformation des relations familiales (enfants moins nombreux, plus éloignés, moins disponibles, ruptures familiales fréquentes…) et amicales affecte l'aide informelle qui se raréfie et engendre un manque en termes de lien social, manque partiellement comblé par les initiatives solidaires et bénévoles, manque qui nourrit parfois aussi des attentes ou des services qui renvoient aux structures des familles traditionnelles (exemple : les logements et projets intergénérationnels).

- La diminution des formes d'entraide en milieu rural conduit à des situations d'isolement comparables à celles que l'on trouvait déjà en milieu urbain, avec les mêmes conséquences en termes de sentiments de solitude (peu de contacts sociaux, personne à qui parler, sentiment d'être inutile…) et d'insécurité (peur des chutes et des accidents, peur des cambriolages…).

❖ *Les attentes / demandes*

- L'émergence d'une population qui anticipe son vieillissement (qui visite et compare des institutions relativement à l'architecture, à l'environnement, au projet de vie…, qui veille à construire un réseau social pour se prémunir contre la solitude…). Cette fraction de la population semble cependant limitée comparativement à la majorité qui se caractérise par un manque ou une incapacité, voire même un refus, d'anticipation, dont la projection se limite à espérer rester chez soi le plus longtemps possible, au besoin en recourant aux services d'aide disponibles, et dont l'entrée en institution coïncide alors

avec une situation de crise où la résistance de la personne âgée se conjugue à la détresse et à la culpabilisation de la famille (même si le maintien à domicile peut aussi être source d'angoisse pour les proches). Et même pour la population qui anticipe son vieillissement, d'aucuns se demandent si cette anticipation ne se limite pas principalement à la période du vieillissement actif en bonne santé, le moment de la grande fragilisation et de la dépendance et celui en aval de la mort restants, eux, peu pensés et anticipés.

- La résistance manifestée par certaines personnes âgées à faire appel à des services existants renvoie dans certaines situations à une forme de résistance face au poids de la catégorisation «personnes âgées », c'est-à-dire une résistance à entrer dans une forme de prise en charge, et à être identifiées et catégorisées comme personnes dépendantes, voire socialement inutiles. Nombre d'aînés ne se sentent pas vieux, certaines personnes âgées manifestent leur préférence pour une aide-ménagère en titres services, service accessible à tous, plutôt qu'une aide spécialisée réservée aux personnes en situation de dépendance, quitte à avoir ensuite à l'égard de l'aide-ménagère des attentes qu'elle ne peut rencontrer. Ces formes de refus retardent d'autant la mobilisation des services d'aide disponibles.

- A côté de la prise en charge « technique », l'affirmation d'un besoin de lien et d'attention, d'une relation de qualité (qualité du service *versus* qualité de la relation). L'attente de bonnes relations se manifeste tant dans les institutions que face aux services de soins à domicile.

- La prise de conscience par les proches et les professionnels qu'un travail d'accompagnement psychologique ou thérapeutique avec les personnes âgées est utile, voire nécessaire.

- La demande accrue de services et d'institutions où les personnes âgées gardent une relative autonomie et un réel rôle d'acteur, de citoyen.

- La demande de structures accueillant des couples.

- La demande de structures moins coûteuses que les maisons de repos classiques.

- La montée en puissance de l'expression de besoins individuels dans une logique « client/consommateur » (exemple : souhaiter une prestation à des horaires précis qui varient de semaine en semaine, voire de jours en jours, en fonction des activités de loisirs personnes âgées).

8.2.b La prise en charge

Les éléments relatifs à la prise en charge de la population vieillissante sont regroupés en trois registres : les services et structures émergents ; les manques (de services ou de structures) identifiés ; les difficultés rencontrées.

❖ *Les services et structures émergents*

- Le développement de formules qui – comme les résidences services, les logements alternatifs, des cohabitations intergénérationnelles, les habitats groupés, les maisons Abbeyfield – constituent des intermédiaires ou des transitions entre le domicile et les maisons de repos, dans la mesure où les personnes âgées restent actrices de leur vie (restent davantage autonomes, insérées socialement) et n'entrent pas dans une logique d'assistance, voire d'infantilisation.

- L'émergence de structures participatives qui correspondent à une philosophie prônant la collaboration et qui réduisent les coûts.

- La multiplication et la privatisation des services du vieillissement.

- L'apparition de la domotique auprès des personnes âgées et le questionnement autour de la place de la machine qu'elle induit.

- Le remplacement de l'échelle de Katz par le bel-RAI comme échelle d'évaluation de la dépendance et de suivi du trajet soins de santé. Cet outil – dossier patient qui l'accompagne dans son parcours santé, devrait être complété par tous les intervenants de toutes les disciplines et être disponible/accessible à chacun d'entre eux – que certains considèrent comme un « univers symbolique commun » à tous les intervenants, fonde l'espoir de mettre fin aux discontinuités via la plus-value que

constitue le partage de l'ensemble des informations ; il devrait permettre d'avoir une vision assez complète de la situation d'une personne, et, au besoin, de créer des prestations manquantes. Mais certains ne partagent pas cet enthousiasme, craignant que seules les expertises professionnelles soient consignées et qu'elles restent largement désarticulées de l'expertise des proches et de la vie quotidienne des personnes.

❖ *Les manques*

- Le peu de structures pour accueillir les personnes désorientées et présentant des problèmes psychiatriques.

- La rareté des gardes à domicile et des gardes de nuit.

- Le manque de relais pour le conjoint et les aidants des personnes prenant en charge ou amenés à hospitaliser un proche, et, plus globalement, de structures où les aidants proches (voire l'environnement social) ont une place. Plus globalement, se pose la question de l'accompagnement des aidants proches, qui ne se reconnaissent pas toujours comme tels, ont du mal à se détacher, sont enfermés dans des conflits de loyauté, résistent à faire appel aux services jusqu'au moment de l'épuisement, mais aussi des aidants par rapport auxquels les professionnels ont du mal à se situer, ne sachant trop quelle place donner à chaque interlocuteur, à la personne âgée et aux aidants (quelle forme de triangulation mettre en place ?).

- la recherche de formules permettant les résidences services en copropriété et les résidences services médicalisées ;

❖ *Les difficultés rencontrées*

- L'augmentation du degré de multi-culturalité des professionnels, avec les difficultés de communication que cela engendre.

- Le faible degré de préparation des structures, et surtout des nouveaux diplômés, à la prise en charge du nouveau public, tant à domicile que celui arrivant en

maisons de repos, plus spécifiquement les personnes requérants des soins relationnels (comme les personnes désorientées) et celles présentant des problèmes psychiatriques.

- La fréquence relativement élevée de ré-hospitalisations rapidement après les sorties d'hôpital peu préparées.

- L'apparition d'une tension entre deux types d'accueil qui renvoient directement au degré d'anticipation du vieillissement, avec d'une part une population qui anticipe son vieillissement et vient constituer l'essentiel des listes d'attente et d'autre part une population qui n'anticipe pas et se présente dans les institutions dans des situations d'urgence, au moment des crises. Se pose notamment la question de la priorité à accorder à l'une ou l'autre de ces populations.

- La conception dominante en matière de responsabilité et de gestion du risque à l'œuvre dans les métiers du vieillissement – qui veut que pour réduire le risque il faut que chaque acte spécifique soit posé par une personne ayant reçu une formation spécifique – pousse à la spécialisation des interventions et aussi au cloisonnement des intervenants, empêchant une prise en charge holistique, une prise en charge de la personne âgée dans sa globalité. La conception alternative – celle qui amène les professionnels à sortir de leur rôle spécifique tel que défini au cours de leur formation (où, par exemple, l'infirmière peut se retrouver à cuisiner) – se développe au Canada, mais paraît impensable chez nous.

- La nécessité pour les services d'aide d'arbitrer les demandes individuelles qui commencent à s'exprimer, en déterminant des ordres de priorité.

- La flambée des prix en maisons de repos en raison de la liberté reconnue aux nouvelles structures de fixer leur premier prix.

- Le sous-financement chronique de certains métiers ou de certaines prestations (exemple : l'injection réalisée par une infirmière à domicile, déplacement inclus, financée cinq euros) qui impacte la qualité des prestations.

- Le degré de frustration élevé de certains professionnels face aux contraintes de temps, aux exigences de rentabilité, qui les amène à s'interroger sur le sens de leurs pratiques et induit un turnover significatif.

8.2.c Les défis

Les défis ou enjeux relevés par les intervenants sont extrêmement nombreux. Beaucoup se recoupent ou sont articulés les uns aux autres. Ici aussi, les regroupements sont davantage opératoires qu'analytiques. Ils sont distingués en fonction du niveau auquel ils se situent : les défis sociétaux généraux qui renvoient aux orientations politiques ou qui relèvent plus spécifiquement de la place des aînés dans la société, les défis organisationnels qui touchent au fonctionnement des structures et services d'aide, les défis professionnels qui concernent les professionnels de l'aide, les défis renvoyant aux normes qui cadrent la gestion du vieillissement et diminuent ses capacités d'évolution.

❖ *Les défis sociétaux généraux*

- Tenir compte des inégalités socio-économiques, ce qui signifie notamment avoir une attention particulière pour les milieux défavorisés où la capacité d'anticipation – dans ses différentes composantes (économique, sociale, santé…) – est fortement limitée et la participation aux initiatives citoyennes et démocratiques réduite.

- Développer l'assurance autonomie qui pourrait être une réponse à l'accroissement de la pauvreté.

- Maintenir une diversité de l'offre de services pour pouvoir rencontrer les attentes spécifiques.

- Appréhender les risques d'une privatisation à outrance (mise en bourse de certains services et de certaines institutions, développement des assurances privées, visées de sociétés internationales sur les capitaux économiques des personnes âgées d'ici…) de la gestion du vieillissement.

❖ *Les défis sociétaux relatifs à la place des aînés*

- Mettre les personnes âgées au centre de la vie collective, tant dans la période de vieillesse active où leur rôle social pourrait être revalorisé que dans celle de plus grande dépendance où elles devraient pouvoir rester actrices de leur parcours de vie.

- Faire du vieillissement un enjeu sociétal dans une perspective d'inclusion sociale citoyenne et éviter que l'enjeu du vieillissement et de la qualité de vie des personnes âgées ne repose que sur les seuls acteurs de soins.

- Evaluer et stimuler les plans seniors, tels les plans seniors en entreprise.

- Développer des programmes intégrés de recherche sur le vieillissement et prendre en compte les apports de la recherche dans la mise en œuvre des nouveaux dispositifs.

- Donner aux personnes âgées un rôle central dans les décisions relatives aux politiques en matière de vieillissement. De façon spécifique, certains s'inquiètent de l'effet pervers que pourrait avoir un outil comme une bel-RAI en dépossédant le bénéficiaire du rôle d'acteur pivot de son histoire que s'approprieraient les professionnels de l'aide.

- Encourager les projets santé et l'empowerment, amener les personnes à anticiper, à pouvoir opérer des choix pour leur vieillissement en connaissance de cause et, idéalement, le plus tôt possible.

- Développer une politique du vieillissement qui évite la stigmatisation et la culpabilisation de la vieillesse. Cette considération pose la question de savoir si les services d'aide et les institutions gagnent à être labellisés en rapport avec l'âge ou le degré de dépendance des personnes. Autrement dit, relativement à la dignité et au bien-être des personnes âgées, il n'est pas certain que la piste la plus pertinente soit de structurer l'ensemble des supports à partir de cette catégorie, car elle pourrait induire autant d'exclusion que d'inclusion sociale. Les réponses devraient viser la mixité des âges, être pensées pour le vivre ensemble de tous (exemple : mobilité, accès aux soins…) plutôt que spécifiques aux problèmes de dépendance des aînés, ce qui engendre des phénomènes de ségrégation des âges. Plus globalement, ce débat renvoie à celui de l'institutionnalisation

des catégories qui, d'une part, enferment et risquent de conduire à la stigmatisation, mais, d'autre part, sont sources de protection. Ainsi, par exemple, l'imposition de la retraite à 65 ans conduit les individus à penser et à agir à partir de cette catégorie, mais elle est aussi source de droit, notamment le droit à la pension.

- Articuler les compétences fédérales (exemple : le secteur des soins à domicile) et les compétences régionales (exemple : le secteur des maisons de repos), de même que les prérogatives des différents ministres qui s'occupent chacun d'aspects spécifiques (le logement, les formations, la santé, les aspects budgétaires) de sorte à développer davantage de transversalité et à mettre en place une politique globale du vieillissement.

❖ *Les défis organisationnels*

- Adopter une démarche inclusive, holistique, de la personne âgée en intégrant les services et le relationnel avec l'objectif de nourrir le lien social (et donc lutter contre la fragmentation des services).

- Penser et développer les coordinations entre les services multiples et fragmentés qui interviennent autour d'un même bénéficiaire, décloisonner les rôles propres à chaque profession (notamment en valorisant l'expérience acquise au fil des années de travail), rechercher l'intégration des différents aidants, ouvrir les lieux les uns aux autres, centraliser l'information sur l'ensemble des services. La visée devrait être une collaboration interprofessionnelle reposant sur la connaissance et la reconnaissance de ce que font les autres acteurs. Du point de vue des pouvoirs publics, se pose aussi la question de l'identification des concurrences stériles et de la rationalisation des subventions.

- Développer des formes de logement et de prise en charge qui permettent aux personnes de garder leur élan vital, leur volonté d'autonomie et d'autodétermination, c'est-à-dire des structures qui évitent la prise en charge totale, des structures davantage préoccupées par le lien social que par la technologie. Au-delà des normes relatives aux soins et aux bâtiments, il s'agirait de remettre l'accent sur les projets de vie et sur la

qualité de la prise en charge, de pouvoir penser les services d'aide et les institutions de soins, y compris dans leur architecture, à partir des besoins des gens, de leur projet de vie.

- Modifier l'image négative des maisons de repos (parfois associées à des mouroirs) en les ouvrant vers l'extérieur par la mise en place de trajectoire progressive – dans laquelle les centres de jour et les résidences services auraient une place intermédiaire – entre le domicile et les maisons de repos.

❖ *Les défis professionnels*

- Veiller à ce que la formation des professionnels tienne compte tout autant des aspects relationnels que techniques, et qu'elle intègre les besoins spécifiques des nouvelles populations auxquelles ils sont aujourd'hui confrontés. Après la formation, ce sont aussi les services et institutions qui doivent intégrer cette optique.

- Accompagner davantage les professionnels du soin qui exercent un métier difficile et œuvrer à une meilleure reconnaissance de leur travail, notamment par la mise en place de procédures clarifiant davantage leurs rôles.

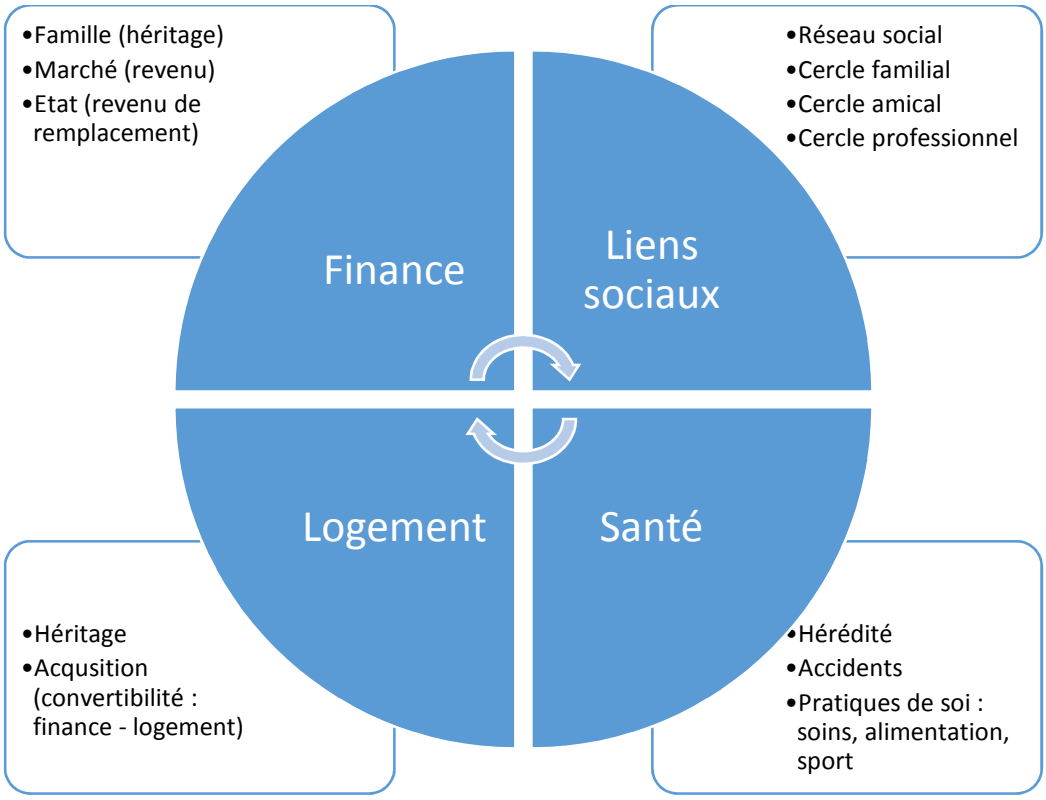
- Réduire les tâches administratives des soignants, inhérentes à la segmentation des prises en charge, pour leur permettre de donner plus de place à la relation. Dans cette perspective, veiller à ce que le bel-RAI ne devienne pas chronophage pour les professionnels.

❖ *Les défis touchants au cadre normatif*

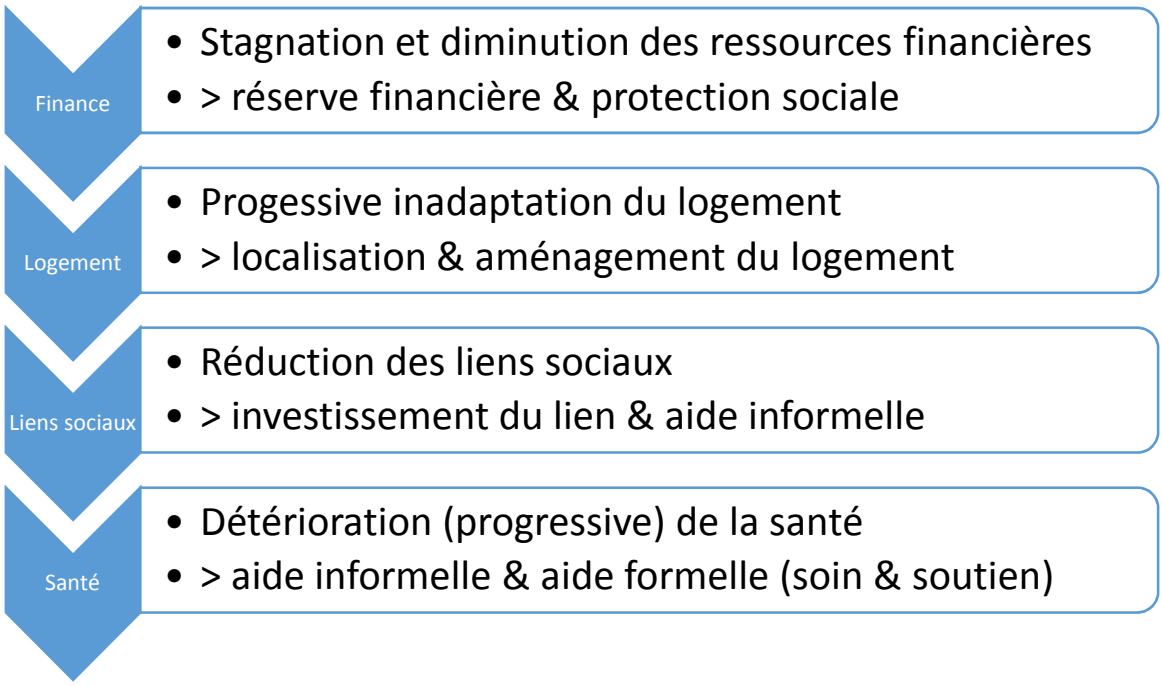
- Revoir le cadre légal ou réglementaire qui tantôt empêche, tantôt restreint le développement d'initiatives nouvelles. De nombreux exemples de tels freins normatifs ont été donnés : les lois fédérales sur la domiciliation qui découragent les personnes isolées de cohabiter ensemble (perte du statut d'isolé, perte de pension complémentaire, perte du statut mutuelle…) ; les règles de l'Onem qui empêchent que les personnes au chômage puissent avoir un statut de volontaire dans l'accueil des aînés ; les normes architecturales, de sécurité et de personnel qui ont tendance à faire disparaître les petites

structures pourtant privilégiées par les usagers ; les normes d'hygiène (exemple : la périodicité des toilettes) et sanitaires (exemple : les normes de l'AFSCA sur le port des gants ou de la charlotte, ou la nécessité d'avoir des plats témoins) qui dénaturent des projets en modifiant les relations entre les différents personnes ; les normes institutionnelles qui empêchent certains professionnels d'effectuer des actes qu'ils ont appris, ce qui contribuent à augmenter la segmentation des prises en charge et le nombre d'intervenants ; les normes en termes de lits dans les centres d'accueil de jour rendent compliqué le court séjour en leur sein des personnes désorientées ; les normes de financement qui ont un impact sur la (durée de la) prise en charge ; la fermeture du cadre des prestations qui impose quasiment (ne serait-ce que pour des questions de sursalaire) de mettre les bénéficiaires au lit entre 16 et 18h ; le découpage des subventionnements qui engendre une segmentation et un manque de continuité entre services (exemple : une aide à domicile ne peut accompagner la personne âgée qui va en maison de repos en raison des logiques de subventionnement)…

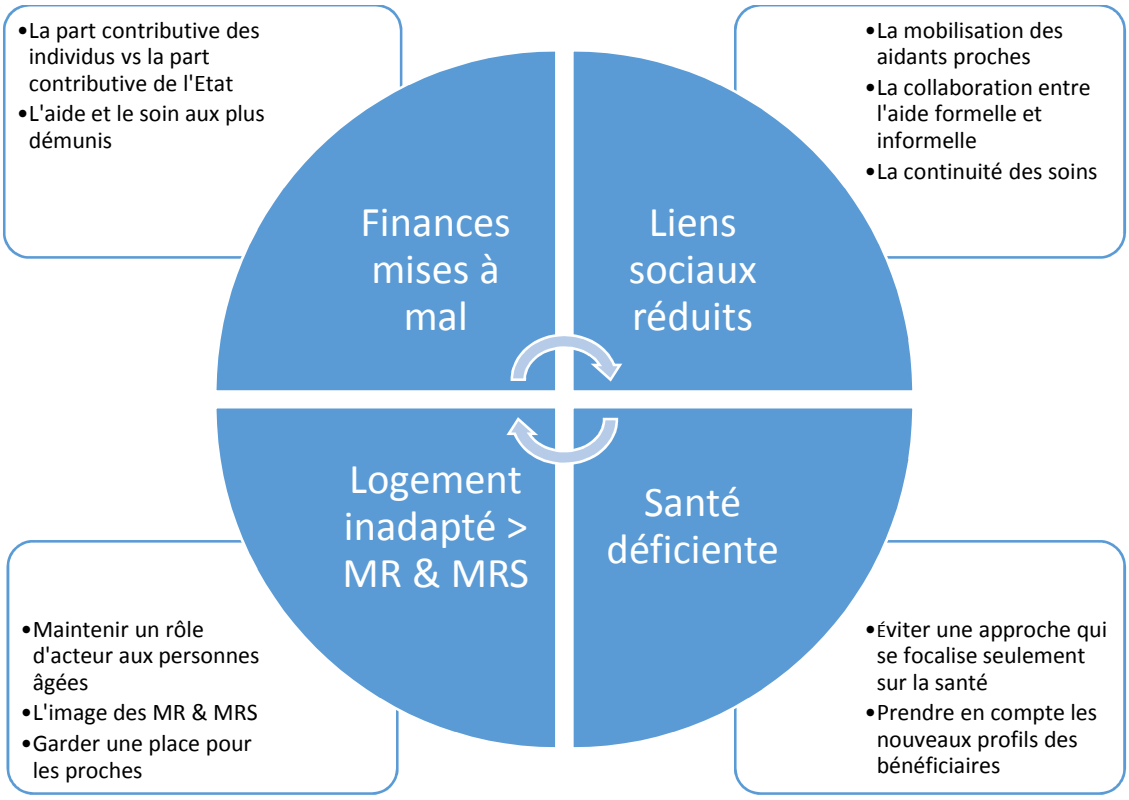
- Reconsidérer la nomenclature obsolète des prestations et les arbitrages budgétaires de l'INAMI qui conduisent à une détérioration des soins et à une dévalorisation de certaines professions.



Temps 1 : le temps des investissements



Temps 2 : le temps anticipé de la vieillesse active – les risques



Temps 3 : le temps (peu anticipé) de la dépendance – les enjeux

Figure 61: Schématisation des enjeux du vieillissement

9. Annexes

9.1 Annexe 1 : Guide d'entretien – les (futurs) acteurs de l'aide

Comme vous le savez, cette recherche s'intéresse au vieillissement en Wallonie à l'horizon 2025 – 2045. Il s'agit de réfléchir à la manière dont vous vous projetez à cet horizon. C'est-à-dire, de recueillir votre témoignage par rapport au vieillissement de vos parents (comment se déroule-t-il aujourd'hui, comment imaginez-vous les prochaines années…). Mais aussi de recueillir votre témoignage par rapport à votre propre vieillissement, vos attentes par rapport à celui-ci, à l'horizon 2045.

1. Le vieillissement projeté

Comment imaginez-vous ce vieillissement (de maintenant à vos 80, 90 ans, voir plus) ? *(Avec la distinction troisième âge/quatrième âge)*

- Dans quel lieu ?
- Dans quel état de santé ?
- Avec quel entourage ?
- Avec quelles aides éventuelles ?

Est-ce que vous êtes optimistes par rapport à votre vieillissement ? Quels en seront les bons côtés d'après vous ?

Est-ce que vous avez des doutes ou des peurs par rapport à votre vieillissement ?

➔ *Soit enchainer sur le vieillissement projeté et anticipé*

Quels seront, d'après vous, les événements marquants de ce vieillissement ?

Jusqu'à quel âge imaginez-vous vivre ?

Est-ce qu'il y a des événements particuliers qui vous ont amené à avoir ces images ou ces craintes à l'esprit, par rapport à votre vieillissement ?

Est-ce que, selon vous, votre vieillissement ressemblera ou s'écartera de celui de vos parents ? En quoi ?

➔ *Soit relancer dans la comparaison aux parents : passer aux questions comme aidant et revenir ensuite aux points I, II et III. Question de transition :*

Est-ce que, selon vous, votre vieillissement ressemblera ou s'écartera de celui de vos parents ? En quoi ?

2. Le vieillissement anticipé

1) Stratégies géographiques et spatiales

Est-ce que vous avez déjà réfléchi à l'endroit où vous allez vivre, durant les prochaines années ? *(Avec la distinction troisième âge/quatrième âge)*

Est-ce que vous pensez vieillir dans votre logement actuel ?

Si oui, l'avez-vous déjà aménagé ? Avez-vous déjà pensé à quels aménagements vous y feriez ?

- Avez-vous déjà réfléchi aux facilités, dans votre quartier, liées à la vieillesse (services professionnels, transport, voisinage, proximité des enfants…) ?

Si non, où pensez-vous aller vivre ?

- Y avez-vous déjà pensé spontanément ou c'est ma question qui vous fait y réfléchir à l'instant ?
- Et alors, à quel endroit (géographique) cela serait ? Dans quel type d'habitat ? Avec quels aménagements ?

2) Stratégies sociales

Est-ce que vous redoutez d'avoir un sentiment de solitude, à mesure de votre avancée en âge ? De vous sentir seul, isolé, de manquer de contacts sociaux ?

- À la retraite ?
- Plus tard, vers 70 ans ? 80 ans ?

Est-ce que vous avez déjà pensé à ce que vous pourriez mettre en place pour éviter cela ? / Vous sentez-vous déjà protégé par rapport à cela ?

- Par exemple : fréquentez-vous ou imaginez-vous fréquenter des associations de loisirs, de quartier, faire du bénévolat, entretenir les relations avec vos voisins… ?

Comment est-ce que vous envisagez la fin de votre activité de travail ? Le fait de passer à la pension ?

3) Stratégies de santé

Introduire ce volet par quelques images liées au « bien vieillir » : affiches de prévention liées à l'alimentation, aux dépistages, au tabac, etc.

Par rapport à ces images, certaines personnes sont d'accord, d'autres pensent qu'on en fait parfois un peu trop… Et vous, quelle est votre position par rapport à ces images ?

Est-ce que vous avez souvent à l'esprit l'idée qu'il est important de veiller à votre santé ?

- Est-ce que c'est dans la perspective de votre vieillissement ?

Que mettez-vous concrètement en place afin de préserver votre santé ?

- En termes de suivi médical ?
- En termes d'alimentation ?
- En termes d'activité physique ?
- En terme de prévention par rapport à des conduites « à risque » ? (tabac, alcool, surpoids, etc.)

4) Stratégies financières

Pensez-vous parfois au niveau de vie, à vos moyens financiers, durant les prochaines décennies et notamment à la pension ?

Pensez-vous que vous aurez des moyens suffisants ?

- Pour vivre votre retraite ?
- Pour assumer une éventuelle maladie chronique, une perte d'autonomie ? (par des services à domicile, pour la vie en maison de repos)

Note : Prêter une attention au genre (carrière incomplète et revenu en pension, etc.)

Est-ce que vous pensez recevoir (futur) un coup de main financier de vos proches (et notamment de votre famille) durant ces prochaines années ?

Suggestions :

- *De vos parents, d'un héritage ?*
- *D'une tante, d'un oncle ?*
- *D'un frère, d'une sœur ?*
- *De vos enfants ?*

Est-ce que vous avez ou comptez mettre en place certaines solutions pour assurer vos vieux jours ? Lesquelles ?

- Des solutions immobilières ?
- Des placements financiers ou de l'épargne ?
- Des assurances ?
- … ?

5) *Stratégies affectives*

On dit parfois des enfants et des petits-enfants qu'ils sont des « bâtons de vieillesse » : que leur présence, dans le vieillissement, est rassurante car ils sont une présence et un soutien sur lequel on peut compter…

Comment se compose votre réseau familial ? *Conjoint, enfants, petits-enfants, beaux-enfants…*

Est-ce que le fait d'avoir des enfants, cela vous rassure dans la perspective de votre vieillissement ?

En quoi cela vous rassure ?

Est-ce que vous pensez, parfois, dès maintenant, à ce que sera votre relation dans le futur ?

Vous dites-vous que vous pourrez davantage compter sur certains de vos enfants que sur d'autres ?

Qu'est-ce que ça change, qu'il s'agisse d'un fils, d'une fille, d'un beau-fils, d'une belle-fille… par rapport à votre vieillissement ?

Par exemple, que ce soit un beau-fils ou une belle-fille ? (enfant d'une précédente union du compagnon)

Par exemple, que tel enfant soit loin géographiquement ?

Ou, au contraire, le fait de ne pas avoir d'enfant, qu'est-ce que ça change par rapport à vos perspectives dans le vieillissement ?

3. Les attentes comme aidé

1) Attentes et choix préférentiels par rapport aux aidants

Dans 30 ans par exemple, si vous deviez recevoir certaines aides, à qui préféreriez-vous faire appel ?

À votre conjoint, votre enfant, un autre membre de votre famille, un ami, un voisin, un professionnel ?

Et pour les aides reprises dans la liste suivante ? (mettre la liste sous les yeux) :

- Pour faire les courses ?
- Pour gérer les comptes ?
- Pour entretenir la maison et le jardin ?
- Pour cuisiner les repas ?
- Pour vous laver ?
- Pour vous conduire chez le médecin ?
- Pour vous aider à manger, vous conduire à la toilette ?

Quels sont les atouts et les défauts de chacun de ces recours : du conjoint ? d'un enfant ? d'un ami ? d'un voisin ? d'un professionnel ?

- Insister sur la relation d'aide entre conjoints

2) Attentes vis-à-vis des structures collectives / professionnelles

Imaginez-vous, un jour, aller vivre en habitat collectif (maison de repos ou autre) et de quel type ?

Si vous aviez des moyens illimités, quelles initiatives preniez-vous pour les personnes âgées ?

3) Ressources pour concrétiser ces préférences

N.B. : mettre les attentes exprimées en lien avec les ressources du répondant : selon le genre, les ressources économiques, culturelles, l'état de santé, la composition du réseau familial…

4. La position comme (futur) aidant

Après avoir parlé de vous dans les 20, 30, 40 ans à venir, reportons-nous à du plus court terme : dans les années à venir, vous verrez d'abord votre ou vos parents vieillir. Passons maintenant à quelques questions par rapport au vieillissement de vos parents.

1) Se projeter/opérer comme aidant

Quel âge ont vos parents ?

Ont-ils besoin de certaines aides, au quotidien ou plus exceptionnellement ?

Et pour les aides reprises dans la liste suivante ? *(mettre la liste sous les yeux) : Ils n'ont pas besoin d'aide ? Une autre personne s'en occupe ?*

- *Pour faire les courses ?*
- *Pour gérer les comptes ?*
- *Pour entretenir la maison et le jardin ?*
- *Pour cuisiner les repas ?*
- *Pour vous laver ?*
- *Pour vous conduire chez le médecin ?*
- *Pour vous aider à manger, vous conduire à la toilette ?*

Qui leur donne ces aides ?

Vous ? Un frère, une sœur ? Un professionnel ? S'organisent-ils entre eux ?

Avez-vous des frères/des sœurs, de la famille élargie, un cousin… sur lequel (lesquels) compter ?

Un réseau de professionnels, sur lequel compter ?

S'ils n'ont pas besoin d'aide, comment s'en sortiront-ils à l'avenir, d'après vous ? Qui, dans la famille, les aidera en priorité et pour quel type de tâche ?

2) Sentiment de devoir filial

Pour vous, est-ce que c'est de votre devoir de venir en aide à votre/vos parent/s ?

Est-ce important pour vous d'être présent auprès de votre/vos parent/s ?

Ce n'est pas toujours facile d'être présent pour son parent… tenir un rôle d' « aide » ou de « soutien », cela peut susciter des difficultés. Avez-vous des craintes ou des peurs par rapport à votre rôle (futur) d'aidant ?

- *Que cela soit trop prenant, en temps, en énergie ?*
- *Que cela soit se fasse au détriment d'autres activités ? (vie familiale, vie professionnelle)*
- *Que cela nécessite d'accomplir certaines tâches redoutées ? (toilette, hygiène intime)*
- *Que cela soit trop lourd sur le plan affectif, que cela génère des conflits de famille… ?*

Interroger la spécificité culturelle, quand elle est présente :

Est-ce que le fait que vous ayez peut-être grandi avec, en plus de la culture belge, d'autres valeurs, liées à une autre culture, change d'après vous la situation ?

- Votre souhait d'être présent pour vos parents ?
- Les attentes de votre parent envers la famille ?
- Des difficultés à trouver des services professionnels qui vous conviennent ?

3) Attentes vis-à-vis des infrastructures professionnelles

Avez-vous le sentiment/pensez-vous que vous aurez assez de services professionnels pour venir en aide à votre parent ?

A quels services faites/feriez-vous appel ?

(Mettre la liste sous les yeux)

- *Pour faire les courses ?*
- *Pour gérer les comptes ?*
- *Pour entretenir la maison et le jardin ?*
- *Pour cuisiner les repas ?*
- *Pour vous laver ?*
- *Pour vous conduire chez le médecin ?*
- *Pour vous aider à manger, vous conduire à la toilette ?*

Avez-vous repéré des carences, des insuffisances, par rapport à certains services ?

5. Données personnelles *(si pas encore mentionné)*

- Âge
- Niveau d'étude
- Activité(s) professionnelle(s)
- Revenus actuels et projetés dans la vieillesse (niveau et nature des revenus)
- Propriétaire ou locataire
- Lieu de résidence (commune urbaine ou rurale)
- Activités complémentaires actuelles, rémunérées ou non…

9.2 Annexe 2 : Présentation des interviewés

Laurence, femme belge de 49 ans, est mariée et a deux enfants. Le couple est propriétaire et habite dans une commune banlieue. Formée à la base comme assistante sociale, elle travaille à plus de 50 km de chez elle, comme enseignante dans le supérieur. Son mari travaille dans le privé et bénéficie d'une assurance complémentaire. Elle est encore en bonne santé. Ses deux parents sont encore en vie et autonomes ; avec son frère, elle partage les aides ponctuelles, circonstanciées ou de crise. Elle donne également des aides à ses beaux-parents.

Jocelyne est une femme belge de 47 ans. Elle est mariée à un homme qui a déjà deux enfants d'un premier mariage. Ensemble, le couple a encore eu un enfant. Pour payer les pensions alimentaires, le mari a revendu la maison dans laquelle ils habitaient. Le couple est pour l'instant locataire et habite dans un centre urbain. Jocelyne est enseignante dans le supérieur. Son mari travaille comme ouvrier dans une usine où il fait maintenant un travail de bureau. Du côté de la santé, Jocelyne souffre de fibromyalgie et est en sortie de burn-out. Il y a 4 ans, elle a également subi une opération de l'estomac l'ayant aidée à perdre du poids, ce qui a facilité la poursuite de son activité professionnelle et sa participation aux sorties familiales. Ses deux parents vivent de manière autonome mis à part quelques aides circonstanciées de la part de leur fille. Jocelyne est fille unique.

Hélène, femme de 55 ans, belge, vit dans une petite ville avec son mari et ses trois enfants. Le couple y est propriétaire. Tous deux travaillent dans l'enseignement, elle en tant qu'enseignante et lui en tant que chef d'établissement. Elle est en bonne santé. Par ailleurs, Hélène a encore son père et ses deux beaux-parents, tous autonomes. Elle-même vit à une heure et demie de la maison de son père ; sa sœur, elle, habite dans l'environnement de ce dernier.

Christine et Philippe forment un couple, ils sont belges, elle de 56 ans et lui de 58 ans. Le couple a quatre enfants et est propriétaire en banlieue. Une partie de leur maison est aménagée en studio indépendant tandis qu'une autre pourrait leur servir à vivre entièrement de plain-pied. Christine est indépendante « créative » ; Philippe est ingénieur industriel. Ils sont en bonne santé tous les deux. Alors que Christine a perdu ses parents, ceux de Philippe sont encore en vie. Sa mère est autonome mais son père est atteint de la maladie d'Alzheimer. Philippe se répartit les tâches d'aides avec ses frères et sœurs les plus proches. L'un d'eux vit un peu loin de leurs parents et une autre s'est établie en France. Christine, de son côté, a également quatre frères et sœurs.

Fanny, femme belge de 58 ans, a un enfant avec son second mari qui lui-même a eu deux enfants d'un premier mariage. Le couple loue une maison dans une agglomération proche de leurs lieux de travail. Fanny, cependant, est propriétaire d'une ancienne cure dans les Ardennes, héritée de sa grand-mère, et qu'elle fait aménager en plusieurs espaces de vie (éventuellement pour ses amies collègues). Son mari en sera l'usufruitier mais non le propriétaire. Du point de vue professionnel, les deux conjoints sont enseignants dans le secondaire. Du côté de la santé, Fanny a eu un cancer par le passé. Ses deux parents sont encore en vie et autonomes ; elle leur rend visite plusieurs fois par semaine. Elle est fille unique.

Antoine, homme belge de 45 ans, est divorcé et se répartit avec son ex-femme la garde de leur enfant adolescent. Il s'est remis en couple avec une femme qui a elle aussi un enfant déjà adulte. Les deux sont propriétaires et vivent chacun dans leur maison respective. Il vit dans une agglomération. Il est cadre dans une banque et, mis à part de petits ennuis de tension et de surpoids, il est en bonne santé. Ses deux parents sont encore autonomes. Il est fils unique.

Anne, Hongroise de 55 ans, est veuve et vit dans une banlieue. Ses quatre enfants ayant quitté le foyer, elle vit seule dans une maison qu'elle loue suite à la revente de son

ancienne propriété ; elle aspire cependant à redevenir propriétaire. Elle ne travaille pas et vit d'une pension de survie de 1200 euros. Elle a des problèmes de fibromyalgie, d'intolérances et allergies, des difficultés de concentration et d'autres maladies indéfinies, et a subi plusieurs opérations. Ses parents sont décédés lorsqu'elle était très jeune et tous ses frères et sœurs sont en Hongrie. De temps à autres, la sœur de son beau-père lui demande un service.

Virginie, femme belge de 55 ans, est mariée et a quatre enfants. Elle est son mari sont propriétaires et habitent dans une petite ville. Elle est chirurgienne, indépendante, et son mari médecin généraliste. Mis à part un burn-out il y a cinq ans, elle est en bonne santé. Ses parents sont autonomes et ont déménagé trois ou quatre ans auparavant dans un appartement à Bruxelles. De ses trois frères et sœurs, deux vivent également à Bruxelles avec leurs enfants.

Graziella est une femme d'origine italienne de 45 ans. Elle est mariée et a trois enfants. Son mari a construit leur maison de ses mains en agglomération. Aide-soignante de profession, cela fait trois ans que Graziella est en incapacité de travail à cause de ses ennuis de santé. Elle souffre de fibromyalgie depuis cinq ans, ainsi que de blocages de nerfs la forçant parfois à se déplacer avec des béquilles ou en chaise roulante. Elle a été opérée des deux mains pour les mêmes raisons. En outre, elle a parfois des malaises suite à de l'hypertension. Elle est reconnue comme invalide à 66%. Néanmoins, elle apporte des aides routinières à sa mère. Elle a quatre frères et trois sœurs, dont Rosella.

Rosella, 54 ans, est la sœur de Graziella et vit dans la même ville où elle est également propriétaire. Elle est en couple mais ne vit pas avec son conjoint. Elle n'a pas d'enfants. Elle travaille à temps plein comme technicienne de surface. Sa santé est bonne. Seule sa mère est encore en vie, et elle lui donne des aides routinières. L'un de ses frères s'est installé chez leur (à elle et à Graziella) mère au décès du père, mais ce sont principalement les filles qui lui apportent des aides.

Franck, homme belge de 57 ans est marié et a deux enfants. Le couple vit dans un centre urbain, où il possède une grande maison divisée en un logement et plusieurs bureaux, ainsi qu'un appartement dans un immeuble voisin. Lui et son épouse travaillent tous les deux dans l'enseignement supérieur. Ils sont en bonne santé. La mère et le beau-père de Franck sont toujours en vie et autonomes. Sa femme et lui vont les voir régulièrement. Il a en outre une sœur et un frère.

Jean-Marc, Belge de 58 ans, est divorcé et remarié, père de deux enfants du mariage précédent, père d'un enfant commun de douze ans avec son épouse actuelle, et beau-père de deux autres. Son épouse actuelle possède une maison en agglomération où ils ont emménagé il y a quelques années, se rapprochant ainsi de leurs familles respectives. Enseignant en éducation physique, il exerce difficilement son métier étant donné ses soucis de santé. Il a en effet des problèmes de dos, s'est fait opérer au début de la cinquantaine, a eu des ulcères et des problèmes cardiaques, ainsi que des nodules à la glande thyroïde, et il se plaint aujourd'hui de surpoids et d'une surdité naissante. Nous ignorons la profession de son épouse actuelle. La mère de Jean-Marc est encore en vie et autonome. Elle reçoit parfois des aides de l'ex-femme de Jean-Marc. Quant aux frères et sœurs de ce dernier, ils sont tous décédés.

Caroline, femme belge de 49 ans, est divorcée et a trois enfants de 12, 19 et 30 ans. Ancienne propriétaire, elle a revendu sa maison et est actuellement locataire dans une zone de migrants alternants. Ouvrière, responsable d'une sandwicherie, elle reste constamment active et en bonne santé. Elle n'a plus de proches de la génération précédente mais s'est occupée de ses beaux-parents avec qui elle entretenait une relation filiale (ses parents étant décédés alors qu'elle était jeune adulte). Mis à part son frère avec qui elle ne s'entend pas et entretient peu de contacts, elle n'a plus de famille proche.

Denis, homme belge de 45 ans, n'a pas d'enfants. Il est en couple avec une personne qui vit dans une autre localité avec ses deux enfants. Lui-même loue une maison dans une commune rurale. Suite à une faillite en tant que traiteur indépendant, il a trouvé un emploi stable d'exécutant dans une cuisine de collectivité. Il est encore en bonne santé, même s'il se rend compte de la diminution de ses capacités physiques. Sa mère est décédée récemment suite à une maladie de Parkinson, après avoir vécu longtemps avec son mari, puis être restée en maison de repos spécialisée du CPAS. Actuellement, Denis se rend encore une fois par semaine chez son père, tandis que sa sœur qui vit plus près de lui assure un suivi plus fréquent.

Françoise, femme belge de 46 ans, vit avec son mari et ses trois enfants dans une zone de migrants alternants où le couple a fait construire. Ouvrière dans une sandwicherie, Françoise travaille à mi-temps afin de pouvoir s'occuper de son enfant de trois ans. Son mari est employé dans une agence immobilière ; il y bénéficie d'une assurance-groupe. Globalement, Françoise est en bonne santé. Ses parents sont décédés et elle n'a qu'une sœur, laquelle habite dans la même région qu'elle. Du côté de son mari, c'est sa belle-sœur, plus que son beau-frère et son mari, qui s'occupe de sa belle-mère. La qualité des relations avec cette dernière est mitigée.

Bénédicte, Belge de 50 ans, est mariée et a un enfant qui vit chez elle. La famille habite dans une zone de migrants alternants. Ouvrière occupant un poste à responsabilité dans une cuisine de collectivité, elle a peu de temps pour elle une fois les tâches ménagères réalisées. Son mari a perdu son emploi il y a trois ans, a perdu le sens des initiatives et a aujourd'hui des problèmes liés à sa forte consommation d'alcool. Bénédicte est en léger surpoids et se plaint de douleurs aux genoux, mais elle se dit en bonne santé. Sa mère est complètement autonome et vit à une heure et demie de route de chez Bénédicte. Sa sœur, elle, habite non loin de chez Bénédicte mais rend moins souvent visite à leur mère. Quant au mari de Bénédicte, il a perdu son père mais sa mère est toujours vaillante et entretient elle-même sa grande maison. Il a six frères et sœurs.

Béatrice, femme belge de 47 ans, est mariée et a un enfant. La famille vit dans un centre urbain où Béatrice est propriétaire de la maison qu'elle a pour moitié héritée et pour moitié rachetée à sa mère. Secrètement, elle voudrait quitter son mari et déménager. Elle est chef d'un service administratif et en bonne santé générale. Sa mère est encore en vie et habite en appartement non loin de chez Béatrice. Cette dernière, fille unique, s'occupe beaucoup d'elle en lui rendant visite deux ou trois fois par semaine. Le tempérament dépressif de sa mère a toujours demandé un effort particulier d'attention à Béatrice.

Patrick, homme belge de 52 ans, est marié et a deux enfants. Il vit en couple dans une commune rurale, dans un quartier peu dense mais l'accès aux commerces est aisé. À la fois ouvrier dans une cuisine de collectivité et indépendant complémentaire, Patrick bouge beaucoup et est en bonne santé. Sa femme a des problèmes d'arthrose, ce qui limite ses capacités d'action. Elle est caissière à temps partiel. Patrick a encore ses deux parents en vie, sous le même toit. Sa mère est très active et indépendante. Son père, lui, manque d'initiative et d'entrain. Patrick soutient que ses parents seraient mieux séparés. Il a deux frères dont l'un moins impliqué dans l'aide aux parents. Il a un beau-frère avec qui les relations se sont récemment détériorées.

Gilbert, belge de 46 ans, est divorcé, a une fille de son premier mariage, et est actuellement en couple avec une femme qui a trois enfants. Il a acheté récemment une maison avec sa nouvelle compagne dans l'agglomération dont il est originaire. Le couple y vivra avec les enfants de sa conjointe, tandis que sa fille à lui restera dans la maison où il vit actuellement. Il en est également propriétaire. Gilbert est chef de cuisine. En ce qui concerne sa santé, il souffre d'un peu d'hypertension et de surpoids mais il dit se sentir en forme. Il n'a plus de parents en vie et c'est surtout sa sœur qui s'est occupée de ces derniers. Elle et lui sont est à présent les doyens de la famille.

Rumen est un homme d'origine macédonienne de 60 ans. Avec sa femme, il vit dans une zone de migrants alternants, où il est propriétaire de sa maison. Le couple a deux enfants et trois petits-enfants. Depuis l'âge de 14 ans, Rumen a exercé des métiers divers ; il est aujourd'hui gérant de café indépendant, aidé par sa femme qui exerce en outre un mi-temps dans un hôpital. Rumen souffre de diabète et fait un peu d'apnée. Son père est décédé et sa mère est aujourd'hui en maison de retraite. Précédemment, Rumen et l'une de ses sœurs s'en sont beaucoup occupés, avec l'aide d'une infirmière à domicile. Rumen a également un frère dans les environs et une sœur dans une ville plus éloignée. C'est lui et sa première sœur qui se chargent principalement des aides et du suivi donnés à leur mère.

Nicole, femme belge de 48 ans, est mariée et a trois enfants. Elle et son mari sont propriétaires de leur maison dans une zone de migrants alternants et ont racheté la maison voisine où vivait sa belle-mère. Elle est représentante de commerce indépendante mais gagne à peine plus qu'au chômage. Son mari est ouvrier salarié. Elle est en bonne santé, si ce n'est qu'elle souffre d'une hernie cervicale. Ses deux parents sont en vie. Plus jeune, elle ne s'entendait pas avec sa mère, mais maintenant elle va la voir de bon cœur dans un home. Le contraire s'est produit pour sa relation avec son père. Ce dernier vit à une vingtaine de kilomètres de chez elle, où habite également l'une de ses sœurs. Il est plus ou moins autonome, bien que ses enfants prennent parfois des décisions pour lui. En tant que neuropsychiatre, il donne encore des consultations deux ou trois fois par jour. En tout, Nicole a quatre frères et sœurs qui vivent tous dans des villages proches de celui du père.

Jean est un homme belge de 47 ans. Il est marié et a deux enfants. Ils vivent dans une maison en location en banlieue. Il est ouvrier dans une cantine et il est en bonne santé. Sa femme travaille également à temps plein. Son père est encore vivant et autonome. Par ailleurs, il a une sœur et des nièces qui habitent dans son entourage, ainsi qu'une tante et un cousin plus éloignés. Sa femme est étrangère et ils se rendent plusieurs fois par an dans son pays d'origine.

Éric et Lucie, belges de 58 ans, sont en couple et ont deux enfants déjà autonomes. Ils sont propriétaires et habitent un centre urbain. Ils travaillent tous les deux dans le domaine de la jeunesse, elle comme directrice d'institution et lui comme chef de département. Elle s'est fait mettre une prothèse à la hanche et a dû se faire aider, dans les premières années, pour ses déplacements à l'étage de leur maison ; lui est en bonne santé. Leurs parents respectifs sont tous décédés. Elle était fille unique ; lui a perdu son frère. Seule une tante d'Éric, de 80 ans, est encore en vie et est autonome. Elle vit à une cinquantaine de kilomètres de chez eux.

Mohammed est un Algérien de 59 ans. Il est marié et a cinq enfants dont l'un étudie aux USA, deux vivent dans les environs, un quatrième habite à une centaine de kilomètres et le dernier vit dans la maison familiale. Propriétaire en banlieue, il a mis en location une partie de sa maison qu'il a aménagée en studio. Il est aussi propriétaire d'un appartement en Algérie. Il est professeur dans le supérieur et est en bonne santé. Sa femme travaille également mais il ne précise pas à quelle fréquence ni dans quel domaine. Ses deux parents sont décédés ; sa mère vivait en Algérie avec ses frères et sœurs qui y sont toujours.

Ali, Algérien de 55 ans, est marié mais n'a pas d'enfants. Locataire en banlieue, il projette d'acheter. Juriste de formation, il est actuellement au chômage. Il est en bonne santé. Sa femme ne travaille pas, bien qu'elle ait beaucoup d'activités. Quant aux parents d'Ali, ils sont décédés : son père lorsqu'il était jeune et sa mère récemment. Cette dernière vivait chez lui. Pour le reste, ses huit frères et sœurs sont tous en Algérie et il n'a pas d'autre famille en Belgique. Il aime y côtoyer la communauté musulmane.

Georges, Belge de 55 ans, est marié et a deux enfants. Il vit avec sa femme dans la maison de plain-pied qu'ils possèdent dans une commune rurale, où il est dépendant de

la voiture. Il travaille comme indépendant dans la mécanique ; sa femme l'aide dans ses tâches. Il est en bonne santé. Son père est toujours en vie, autonome et chez lui. Il cultive des légumes pour toute sa famille. L'ensemble de la fratrie, exception faite d'un frère qui vit en France, habite à proximité de leur père qui a donc de la visite tous les jours.

Rafet, homme turc de 49 ans, est veuf et a un enfant. Il vit dans un appartement qu'il possède en agglomération ; son fils, aux études, ne rentre chez lui que les week-ends. Rafet est ouvrier maçon et en bonne santé. L'ensemble de sa famille se trouve en Turquie où il espère pouvoir passer ne fût-ce qu'une partie de sa vieillesse. Ses deux parents sont autonomes, dans leur maison. Ses deux frères et ses cousins habitent à proximité. Le cadet vit dans l'appartement voisin de celui de ses parents. Il leur donne des aides circonstanciées nécessaires.

Sylvia est une femme d'origine italienne, de 55 ans. Elle a deux enfants qui ne vivent plus avec elle. Elle vit seule dans la maison dont elle est propriétaire, en banlieue. Avec son frère, elle possède également une maison en Italie. Employée dans une banque, elle sera « mise en disponibilité » dans quelques mois, ce qui signifie, selon ses explications, qu'on lui donne son préavis et qu'elle sera « à la maison, à disposition de l'employeur ». Elle continuera donc à toucher un salaire, mais moins élevé que ce qu'elle gagne actuellement. Elle est en bonne santé. Ses parents sont décédés, sa mère récemment. Elle lui donnait des aides avant qu'elle ne décide d'aller en home. Les enfants, le frère et les neveux de Sylvia vivent dans la même commune qu'elle. Elle a encore un peu de famille en Italie.

Bernard, homme belge de 47 ans, vit avec sa femme et l'un de ses deux enfants dans sa maison en commune rurale. Il possède un grand terrain ainsi qu'une sapinière. Son autre enfant vit à environ quatre-vingt kilomètres de chez lui. Bernard est à la fois ouvrier et indépendant dans le domaine de l'extraction de bois. Sa femme travaille aussi à temps plein. En 2010, il a fait deux AVC et a subi une opération au cœur. Il a également

été opéré aux jambes un an avant l'entretien. Il a du mal à accepter l'idée d'être moins « rentable » qu'avant et de pouvoir faire moins dans le même laps de temps. Il n'a plus ni ses parents, ni beaux-parents. Quand sa mère était en vie, elle habitait dans la même rue que lui et, vers la fin de sa vie, Bernard se rendait tous les jours chez elle pour l'aider à se coucher. Le reste du temps, c'est la sœur de Bernard et des aides à domicile qui s'occupaient d'elle. Outre sa sœur, Bernard a encore un frère qui vit à 700 kilomètres.

Hervé, homme belge de 58, est marié et a une fille. Il est propriétaire de sa maison dans une commune rurale. Il a déménagé dans ce village il y a plus ou moins 25 ans, après avoir vécu à Bruxelles. Leur fille vit dans une localité voisine. Hervé est artisan métallier indépendant. Il ne veut pas citer son salaire, mais il situe son couple dans la « classe moyenne » : « on n'est pas défavorisé et on n'est pas des nababs », dit-il, sans détailler davantage. Lui est en bonne santé ; sa femme souffre de polyarthrite. Hervé n'a plus de parents ni de beaux-parents ; il n'a pas non plus de frères et sœurs, mais juste un beau-frère. Lorsque sa mère était en vie, il avait du mal à supporter l'intrusion de cette dernière dans sa vie privée. Son père a développé la maladie d'Alzheimer.

Pierre, belge de 53 ans, vit en banlieue. Divorcé et père de trois enfants autonomes, il vit seul dans la maison dont il est propriétaire. Il est au chômage mais a de bonnes réserves financières. Il est en bonne santé. Fils unique, il entretient des rapports tendus avec sa mère. Il tente de lui parler le moins possible. Son père est décédé.

Jacques, homme belge de 55 ans, est en couple avec une femme qui a un enfant. Lui-même n'a pas d'enfant. Il est propriétaire de sa maison dans une commune rurale proche du Grand-Duché. Il est administrateur dans un organisme important et est en bonne santé. Il est orphelin depuis longtemps et n'a plus de famille en vie.

Mahdi, Algérien de 48 ans, est marié et a trois enfants. Il est propriétaire d'une maison aménagée pour partie en un appartement indépendant. Il vit en banlieue. Docteur, il est professeur et consultant libre. Mis à part un peu de surpoids, il est en bonne santé. Son père, encore autonome, vit en Algérie, entouré de ses autres enfants restés au pays.

Marie, femme belge de 56 ans, est mariée et a quatre enfants. Elle vit avec son mari et le cadet dans la maison qu'ils possèdent en banlieue. Elle est dirigeante dans la fonction publique et son mari salarié dans le privé ; ils ont à peu près les mêmes revenus. Elle souffre de maux de dos et voudrait se faire opérer, sans quoi elle se sent en bonne santé. Ses deux parents sont encore en vie et autonomes. Ils vivent dans leur maison non loin de chez elle et de ses deux sœurs avec qui elle leur donne des aides circonstanciées. Elle a également deux frères qui vivent dans le midi de la France. Son beau-père habite, lui, dans les environs et elle l'invite toutes les semaines pour un repas.

David, homme belge de 49 ans, est séparé et sans enfant. Il est propriétaire dans une commune rurale et au chômage. Il est en bonne santé. Son père, vivant à environ quatre-vingt kilomètres de chez lui, est autonome dans sa propre maison. Il vit dans une commune proche de celle des deux frères de David. Ces derniers ont tous les deux des enfants.

Christelle, femme de 49 ans, vit avec son mari et l'un de ses trois enfants dans une petite ville. Elle ne travaille pas mais son mari a une bonne situation et ils sont propriétaires. Elle a été employée de banque et est aujourd'hui bénévole et femme au foyer. Elle est en bonne santé. Sa mère habite à une heure de route de chez elle ; elle est autonome, active, entretient son réseau social et est bien entourée de ses voisins. Christelle a trois frères, eux aussi éloignés géographiquement du village de leur mère.

Yasmina est marocaine et a 54 ans. Elle vit avec son mari et les trois plus jeunes de ses quatre enfants dans une zone de migrants alternants. Le couple est propriétaire de la maison qu'ils occupent ainsi que d'autres biens immobiliers qu'il met en location. Yasmina a été employée de banque mais est aujourd'hui femme au foyer et bénévole. Elle ne dit pas quelle est la profession de son mari mais elle estime qu'il gagne entre 2 000 et 3 000 euros nets par mois. Yasmina est en bonne santé. Elle a encore sa mère qui vit chez l'un de ses frères dans une ville à cinquante kilomètres de là. Elle a déjà dû prêter assistance à sa belle-sœur pour s'occuper de sa mère suite à un séjour en clinique. Outre trois frères et une sœur en Belgique, Yasmina a encore six autres frères et sœurs au Maroc. La belle-mère de Yasmina réside en Belgique. Elle reçoit l'aide de ses enfants et, ponctuellement, de Yasmina.

Gamze est une femme turque de 62 ans. Elle vit avec son mari dans un centre urbain où ils sont propriétaires. Elle a quatre enfants : deux vivent à cinquante kilomètres de chez elle et les deux autres dans les environs. Le couple vit de la pension de son mari ; elle-même ne travaille pas. Elle est en bonne santé, mais son mari est atteint de la maladie de Parkinson et elle s'occupe de lui au quotidien. Elle est en outre active dans la vie de quartier. Sa mère, son frère et ses deux sœurs vivent en Turquie.

Mario est un homme d'origine italienne de 53 ans. Il est divorcé et père de deux enfants autonomes. Actuellement locataire en agglomération, il est en train de déménager à Bruxelles avec sa nouvelle conjointe, dans un quartier qu'il trouve convivial et solidaire. Celle-ci a trois enfants avec lesquels Mario s'entend bien. Ancien employé de banque, il s'est reconverti en tant qu'enseignant dans le secondaire ; sa conjointe exerce une profession libérale. Il est en bonne santé. Mario n'a plus ses parents, mais bien un frère et une sœur qu'il côtoie encore régulièrement. Une autre de ses sœurs vit en Italie. Il entretient en outre des relations fortes avec ses amis d'enfance.

Naïma est une femme marocaine de 60 ans. Elle est séparée de son mari et a trois enfants autonomes dont l'un en Italie. Elle vit en banlieue et est propriétaire de sa maison. Longtemps mère au foyer, elle a trouvé un emploi dans les cuisines d'une maison de retraite, grâce auquel elle a juste assez pour vivre. Elle souffre de polyarthrite depuis une dizaine d'années. Elle a sept frères et sœurs et une mère toujours autonome. Tous vivent proches les uns des autres, à l'exception de l'une de ses sœurs qui vit au Maroc et un autre de ses frères au Costa Rica. Ceux qui sont en Belgique sont mariés et c'est pourquoi elle pense que sa mère accepterait plus facilement de vivre elle (Naïma) plutôt que chez eux, si cela s'avérait nécessaire.

Sabri est un homme turc de 55 ans. Il vit dans une agglomération avec sa femme et sa fille malvoyante. Ses deux autres enfants sont autonomes. Il est propriétaire de sa maison en Belgique, ainsi que de deux autres maisons en Turquie. Il est ouvrier électricien pour une petite société. Il est en bonne santé. Sa famille et sa belle-famille sont en Turquie. Sa mère vit dans la maison qu'il possède là-bas. Il a en outre une sœur et un frère.

Giovanni, homme d'origine italienne, de 54 ans, est divorcé et a deux enfants autonomes dont l'un vit à une cinquantaine de kilomètres. Il est actuellement en couple avec une femme qui ne vit pas avec lui. Il est propriétaire, dans une agglomération, d'une maison construite avec son ex-femme, mais il vit dans la maison de ses parents dans la même ville. Dans cette maison, il a aménagé un appartement pour lui, ainsi que deux studios pour étudiants ; sa mère, qui est encore autonome, vit dans une autre partie de la maison. En semaine, Giovanni vit au Grand-Duché de Luxembourg où il est vendeur pour une grosse entreprise. Il est en bonne santé, mis à part un peu de cholestérol. L'un de ses cousins, d'une septantaine d'années, ainsi que l'un de ses enfants, vivent dans les environs et se mettent à disposition de la mère de Giovanni pour lui donner des aides si besoin en est. Celui-ci a encore une autre cousine en Belgique qui vient occasionnellement donner des aides à sa mère. Pour le reste, il est fils unique et a encore quelques cousins en Italie.

Civan est un homme turc de 61 ans. Il vit en banlieue et est propriétaire d'une maison avec sa femme belge (bail emphytéotique). Le couple a deux enfants adultes qui ont déjà quitté le foyer familial. Toute la famille travaille ensemble les bars-restaurants appartenant anciennement à Civan et qu'il a déjà légués à ses deux enfants sous forme de sociétés. Lui et sa femme connaissent quelques problèmes de santé dont des maux de dos. Il n'a plus ses parents. Auparavant, il les avait accueillis en Belgique et ils travaillaient avec lui, même dans leurs vieux jours. Pour le reste, la famille de Civan est restée en Turquie. Il a notamment une sœur et un frère. Quant aux parents de sa femme, ils sont décédés également.

Habibe est une femme d'origine turque de 50 ans. Elle est mariée et a deux enfants, l'un en ménage, l'autre aux études dans une autre ville. Le couple vit dans une zone de migrants alternants, où il est propriétaire de sa maison. Habibe est directrice administrative et des ressources humaines dans le non-marchand ; elle travaille à cinquante kilomètres de chez elle. Son mari gagne à peu près le même salaire qu'elle, à savoir quelque 2 000 euros nets par mois. Il y a quelques années, Habibe a souffert d'un cancer ; aujourd'hui elle se sent en bonne santé et tient à rester dynamique, bien qu'elle sente sa condition physique diminuer. Ses deux parents sont encore en vie. Ils habitent non loin de chez elle, dans la même ville et sont encore plus ou moins autonomes. Sa mère, cependant, souffre d'arthrose et a tendance à se démoraliser. Son père a quelques maux de dos mais continue à être très actif et à s'occuper de sa femme. Habibe a quatre frères et sœurs qui vivent tous dans la même commune ou dans des communes proches. Ils offrent des aides à leurs parents, chacun dans son domaine de prédilection. Les parents de son mari sont décédés.

10. Bibliographie

Attias-Donfut C., 1995, « Le double circuit des transmissions », *in* Attias-Donfut C. (dir.), *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, Etat.*, Paris, Editions Nathan, Collection Essais et Recherche

Attias- Donfut C., 2002, « Des générations solidaires », *in* Dortier J.-F. (coord.), *Familles. Permanences et métamorphoses*, Sciences Humaines Editions, Auxerre, p. 113 – 123

Attias-Donfut C. *et al*., 2002, *Le nouvel esprit de famille,* Paris, Editions Odile Jacob

Attias-Donfut C., Delcroix C., 2004, « Femmes immigrées face à la retraite », *Retraite et société*, 3, n° 43, p. 137 – 163

Attias-Donfut C., Gallou R., 2006, « L'impact des cultures d'origine sur les pratiques d'entraide familiale. Représentation de la solidarité familiale par les immigrés âgés », *Informations sociales*, 6, n° 134, p. 86 – 97

Attias-Donfut C., Ogg J., 2009, « Evolution des transferts intergénérationnels : vers un modèle européen ? », *Retraite et société*, 2, n° 58, p. 11 – 29

Baldassar L. *et al*., 2007, *Families caring across borders. Migration, ageing and caregiving*, Pallgrave McMillan

Billaud S., 2012, « Financer le vieillissement en institution par le patrimoine en milieu modeste », *Retraite et société*, 1, n°62, p. 105 – 125

Blein L. *et al*., 2009, « Vieilliront-ils un jour ? Les baby-boomers aidants face à leur vieillissement », *Lien social et Politiques*, 62, p. 123 – 134

Bloch F., Buisson M., 1991, « Du don à la dette : La construction du lien social familial », *Revue du MAUSS*, 1er trimestre, n°11, p. 54 – 71

Bonnet M., 2001, *Vivre âgé à domicile : entre autonomie et dépendance*, Paris, L'Harmattan

Bonvalet C. *et al*., 2011, *Réinventer la famille. L'histoire des baby-boomers*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Le lien social

Boutinet J.-P., 2001, *Anthropologie du projet*, 6e éd., Paris, Presses Universitaires de France.

Cadolle S., 2001, « Charges éducatives et rôle des femmes dans les familles recomposées », *Cahiers du Genre*, 1, n°30, p. 27 – 52

Cadolle S., 2005, « Les jeunes adultes, enfants de parents séparés, entre investissement dans les études et désir d'indépendance », *Revue française des affaires sociales*, 4, n°4, p. 161 – 182

Cadolle S., 2013, « Les belles-mères, entre idéal de coparentalité et asymétrie homme/femme », *Dialogue*, 3, n°201, p. 35 – 46

Caradec V., 1996, « Les formes de la vie conjugale des "jeunes" couples "âgés" », *Population*, 4 – 5, p. 897 – 928

Caradec V., 2009, « Vieillir, un fardeau pour les proches ? », *Lien social et Politiques*, n° 62, p. 111 – 122

Cassou B., Hauret X., 2008, « Un séminaire de préparation à la retraite pour produire de la santé », *Gérontologie et société*, 2, n°125, p. 121 – 128

Charlot V., Guffens C., 2006, *Où vivre mieux ? Le choix de l'habitat groupé pour personnes âgées*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin

Chauvin K., Donnio I., 2003, « Confrontation de deux logiques dans le champ de l'aide et du soin : celle des usagers et celle des professionnels », *Gérontologie et Société*, n° 104, p. 171 – 193

Clément S., 2005, « Idéaltypes de relations familiales et types d'identités d'aidant-e-s », Communication aux Journées d'études : « L'accompagnement de la vulnérabilité au grand âge: *Politiques publiques, configurations d'aide et dynamiques d'échanges* », Lille, les 2 et 3 mars 2005

Clément S., Membrado M., 2010, « Expériences du vieillir : généalogie de la notion de déprise », *in* Carbonnelle S. (coord.), *Penser les vieillesses. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris, Editions Seli Arslan

Coenen-Huther J., Kellerhals J., Von Allmen M., 1994, *Les réseaux de solidarité dans la famille*, Lausanne, Editions Réalités Sociales

Daatland S.O., Herlofson K., 2003, « Les normes de responsabilité familiale dans les pays européens : contrastes et similarités », *Retraite et société*, n° 38, p. 16 – 47

Dandurand R.B., Saillant F., 2005, « Le réseau familial dans le soin aux proches dépendants », *Ruptures*, vol. 10, n°2, p. 199 – 219

Déchaux J.-H., 1990, « Des relations de parenté inédites ? », *Esprit*, Juillet, p. 91 – 105

Déchaux J.-H., 1995, « Les services dans la parenté : fonctions, régulation, effets », *in* Kaufmann J.-C. (dir.), *Faire ou faire-faire ? Famille et services*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes

Delvecchio L., Pincé J., 2011, *Secteur des maisons de repos : diagnostic 2011*, Waterloo, Ed. Kluwer

Dortier J.-F., 2006, « Du je triomphant au moi éclaté », *in* Molénat X. (coord.), *L'individu contemporain. Regards sociologiques*, Auxerre, Editions Sciences Humaines

Eideliman J.-S., Gojard S., 2008, « La vie à domicile des personnes handicapées ou dépendantes : du besoin d'aide aux arrangements pratiques », *Retraite et Société*, vol. 1, n° 53, p. 89 – 111

Einiö E. K. *et al.*, 2012, « Le recours aux maisons de retraite pour les hommes et femmes âgés en Finlande et en Belgique », *Population*, 1, vol. 67, p. 75 – 101

Ennuyer B., 2007, « Introduction », *in* Dreyer P., Ennuyer B., *Quand nos parents vieillissent. Prendre soin d'un parent âgé*, Paris, les Editions Autrement, p. 9 – 27

Eraly H., 2014, « Marketing senior et résistances des jeunes retraités au vieillissement », *Emulations*, 13, p. 69 – 82

Finch J., Mason J., 1993, *Negotiating Family Responsibilities*, Routledge, Oxon

Forette F., 2012, « Les enjeux de la prévention », *Gérontologie et société*, 5, n°1, p. 27 – 40

Gestin A., 2001, « Un nouvel impératif pour les hommes et les femmes retraités : 'vieillir jeune' », *Cahiers du Genre*, 31, p. 203 – 219

Godbout J., 1995, « La norme de justice dans les relations de parenté », *L'Année sociologique*, vol. 45, n° 2, p. 351 – 370

Godbout J., Charbonneau J., 1996, *La circulation du don dans la parenté*, Montréal, INRS-Urbanisation

Gollac S., 2003, « Maisonnée et cause commune : une prise en charge familiale », *in* Weber F. *et alii.* (dir.), *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Paris, Editions La Découverte

Guerin S., 2010, « Expérience du don et du care, société de service et personnes âgées », *Gérontologie et Société*, n° 135, p. 167 – 186

Henaff-Pineau P., 2014, « Vieillir sportif, le nouveau mode de vie des seniors ? », *in* Hummel C. *et al.* (dir.), *Vieillesses et vieillissements*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. Le sens social, p. 241 – 256

Killian T., Ganonh L.H., 2002, « Ideology, Context, and Obligations to Assist Older Persons », *Journal of Marriage and Family*, vol. 64, n° 4, p. 1080 – 1088

Kriegel B. *et al.*, 2005, « Le vieillissement des immigrés : un réel enjeu de politique publique », *Retraite et société*, 1, n° 44, p. 202 – 206

Lacroix M., 2006, « L'aventure prométhéenne du développement personnel », *in* Molénat X. (coord.), *L'individu contemporain. Regards sociologiques*, Auxerre, Editions Sciences Humaines

Lalive D'Epinay C., Cavalli S., 2013, *Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes

Lalive D'Epinay C., Spini D. *et alii.,* 2008, *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans*, Laval, Presses Universitaires de Laval

Lavigne A., 2006, « Retraite, épargne et fiscalité », *Retraite et société*, 1, n°47, p. 9 – 33

Lavoie J.-P., 2000, *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*, Paris, l'Harmattan

Le Bihan-Youinou B., Martin C., 2006, « Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant », *Travail, genre et sociétés*, 2, n° 16, p. 77 – 96

Leider B., 2014, *Les relations parent-enfants dans le vieillissement : de la négociation aux pratiques de soutien. Une approche systémique*, thèse défendue en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences politiques et sociales, sous la direction du prof. Jacques Marquet, Louvain-La-Neuve, 11 septembre 2014

Leleu M., 1999, « La dépendance sera-t-elle la même pour les nouveaux vieux ? », *in* Meire P., Neirynck I. (Eds), *Le paradoxe de la vieillesse. L'autonomie dans la dépendance*, Bruxelles, De Boeck Université, p. 111 – 125

Lévêque P., 2006, « Les 50 – 64 ans, une génération à la fois cigale et fourmi », *Gérontologie et société*, 2, n°117, p. 107 – 117

Masini E., 2000, *Penser le futur. L'essentiel de la prospective et de ses méthodes*, Paris, Dunod.

Masuy A., 2011, *An analysis of the care provided to the elderly by their spouse and children in the Panel Study of Belgian Households 1992 – 2002*, Louvain-La-Neuve, Presses universitaires de Louvain

Matthews S. H., Rosner T. T., 1988, « Shared filial responsibility : the family as the primary caregiver », *Journal of Marriage and Family*, vol. 50, no. 1, p. 185 – 195

Membrado M., 1999, « L' "identité de l'aidant-e" : entre filiation et autonomie, un autre regard sur la vieillesse », *Gérontologie et société*, n° 89, p. 117 – 134

Membrado M. *et al*., 2005, « Définitions de l'aide : des experts aux "profanes" », *in* Clément S., Lavoie J.-P., *Prendre soin d'un proche âgé*, Editions Erès, Paris, p. 85 – 136

Membrado M., Mantovani J., 2014, « Vieillir et voisiner : de la sociabilité aux solidarités ? », *in* Hummel C. *et al.* (dir.), *Vieillesses et vieillissements*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, coll. Le sens social, p. 305 – 318

Merla L., 2012, « Migrations, vieillissement et interdépendances familiales », *DelphAgora La Lettre 5*, p. 9 – 12

Miceli P., 2013, *Dilemmes familiaux de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, principes, relations et émotions*, thèse pour l'obtention du grade de docteur en sociologie de l'Université de Lille 3, sous la direction de Caradec V., soutenue publiquement le 8.04.2013 à Villeneuve d'Ascq

Moulin M. *et al*., 2006*, Migrations et vieillissements. Rapport d'expertise commandité par la Fondation Roi Baudouin dans le cadre de la mise en œuvre de son programme Justice Sociale*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin

Ogg J. *et al*., 2012, « Patrimoine immobilier et retraite : regard sur les couples », *Retraite et société*, 1, n°62, p. 59 – 78

Paugam S., 2008, *Le lien social*, Paris, Presses universitaires de France, coll. Que sais-je ?

Pennec S., 2003, « Les configurations filiales face au vieillissement des ascendants », *Empan*, vol. 4, n°52, p. 86 – 94

Petite S., 2005, *Les règles de l'entraide. Sociologie d'une pratique sociale*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, Collection « Le Sens Social »

Petite S., 2009, « Faire et faire-faire. Famille et professionnels auprès des personnes âgées fragilisées », *Empan*, vol. 2, n°74, p. 121 – 128

Sayn I., 2006, « Mobiliser le patrimoine des personnes âgées », *Gérontologie et société*, 2, n°117, p. 217 – 228

Segalen M., 2010, *Sociologie de la famille*, Paris, Armand Colin, Collection U (7e éd.)

Toulemon L., 2011, « Individus, familles, ménages, logements : les compter, les décrire », *Travail, genre et sociétés*, 2, n°26, p. 47 – 66

Tourdjman A., Benoist-Lucy Y., 2006, « Les comportements financiers des seniors. Choix patrimoniaux et représentations sociales », *Gérontologie et société*, 2, n° 117, p. 89 – 106

Vandenbroucke S. *et al*., 2012, *Vieillir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin

Van Hecke E. *et al.*, 2009, *Noyaux d'habitat et régions urbaines dans une Belgique urbanisée*, Bruxelles, SPF Économie, P.M.E., Classes moyennes et Énergie (Enquête socio-économique 2001).

Veysset B., 1989, *Dépendance et vieillissement*, Paris, L'Harmattan

Walker A., 1991, « La relation entre la famille et l'Etat en ce qui concerne l'aide aux personnes âgées », Actes du Colloque : « Politiques de santé et vieillissement », Liège, les 24 et 25 octobre 1991, p. 53 – 74

Walker A. J. *et al.,* 1990, « Motives for Parental Caregiving and Relationship Quality », *Family Relations*, vol. 39, n° 1, p. 51 – 56

Wray S., 2003, « Women Growing Older: Agency, Ethnicity and Culture », *Sociology*, 27, n° 3, p. 511 – 527

QUATRIÈME PARTIE

Analyse prospective

Grégoire LITS, Mélanie BOURGUIGNON, Florence DEGAVRE, Thierry EGGERICKX, Jacques MARQUET (dir.) et Jean-Paul SANDERSON

1. Introduction

Ce rapport a pour objectif de réaliser une analyse prospective des enjeux du vieillissement en Wallonie à l'horizon 2025-2045.

L'objectif principal d'une démarche prospective n'est pas de prédire le futur, mais bien de mettre en évidence les perspectives, les opportunités et les risques à prendre en compte pour produire collectivement un futur désirable. La démarche prospective a donc pour objectif premier de permettre aux acteurs (quels qu'ils soient) impliqués dans une problématique sociétale (ici la gestion des enjeux du vieillissement) de prendre conscience du caractère ouvert et malléable du futur. Il s'agit d'aider les acteurs qui vont construire le futur à refuser,– ou à sortir d'– une vision fataliste ou déterministe, voire parfois catastrophiste, du futur.

L'analyse prospective doit donc fournir des ressources analytiques pour l'action permettant d'envisager le futur comme objet d'intervention et de construction.

L'analyse prospective que nous avons menée mobilise l'outil méthodologique de la construction de scénarios narratifs. Ces scénarios prennent la forme de récits de vie fictifs de personnes vieillissantes et d'acteurs de l'aide et des soins. Ils ont pour objectif de décrire certaines évolutions possibles des enjeux du vieillissement à l'horizon 2045 ainsi que les épreuves qu'ils font peser tant sur les personnes vieillissantes que sur les acteurs de l'aide et des soins.

La construction de ces quatre scénarios repose sur un travail rigoureux de mise en évidence des variables et des « épreuves » caractérisant les différents aspects du vieillissement en Wallonie. La construction de ces scénarios permet : (1) d'envisager différents « futurs possibles » et (2) d'analyser les différentes perspectives relatives à ces futurs prégnantes chez des acteurs et experts wallons de la question. Au-delà de la rédaction de scénarios, il s'agit donc de décrire différentes perspectives portant sur le futur du « bien-vieillir » en Wallonie.

Le premier volet de l'analyse, la construction des scénarios, s'appuie sur les conclusions des trois premiers *Working packages* de la recherche « Enjeux de la gestion

du vieillissement à domicile en Wallonie aux horizons 2025 – 2045 » menée entre 2013 et 2015.

Le second volet de l'analyse (l'analyse des différentes perspectives du « bien-vieillir ») repose sur la réalisation de quatre focus-groupes qui ont réuni 27 professionnels et experts de l'aide et des soins au cours du mois de novembre 2015.

Ce rapport comporte cinq parties. La première présente une analyse de l'évolution démographique probable de la Wallonie en termes de vieillissement. La deuxième partie reprend les acquis des trois premiers *Working packages* qui ont servi de sous-bassement à cette analyse prospective. La troisième partie présente la méthodologie de la construction des scénarios et de la prospective participative qui vise à mettre ces scénarios en discussion avec des acteurs de terrain. La quatrième partie consiste en l'analyse des matériaux discursifs récoltés lors des quatre focus-groupes. La dernière partie synthétise ces analyses sous forme de recommandations à destination des acteurs de la gestion du vieillissement.

2. Le vieillissement démographique en Wallonie : tendances passées actuelles et à venir, approches régionales et locales

2.1 Le vieillissement des populations

Actuellement, de nombreux articles traitent des tendances du vieillissement démographique et de ses conséquences économiques, politiques, sociales et/ou culturelles. Peu approchent toutefois ce processus sous l'angle local et c'est notamment sur ce point que ce projet apporte une plus-value : il réinscrit les tendances macro, meso et micro, dans un contexte local dans lequel les acteurs décisionnels jouent un rôle important en matière de gestion du vieillissement.

En Belgique, l'enclenchement du processus du vieillissement est ancien et remonte à près de 150 ans, lorsque l'âge moyen des populations commence réellement à décoller. Entre 1846 et 2014, l'âge moyen est passé de 28,4 ans à 41,2 ans. Les évolutions, certes à la hausse, sont toutefois à nuancer selon les régions du pays : jusque vers 1990, la population de la Wallonie était plus vieillie que celle de la Flandre. Depuis, les positions se sont inversées, et les écarts se sont même légèrement accentués récemment. Les projections d'ici 2060 ne cachent pas non plus cette évolution à la hausse : hormis à Bruxelles où, vraisemblablement, l'âge moyen stagnera, en Flandre et en Wallonie, il ne cessera d'augmenter et atteindra des niveaux proches de 44 ans en 2060. La Flandre conservera par ailleurs un âge moyen plus élevé qu'en Wallonie.

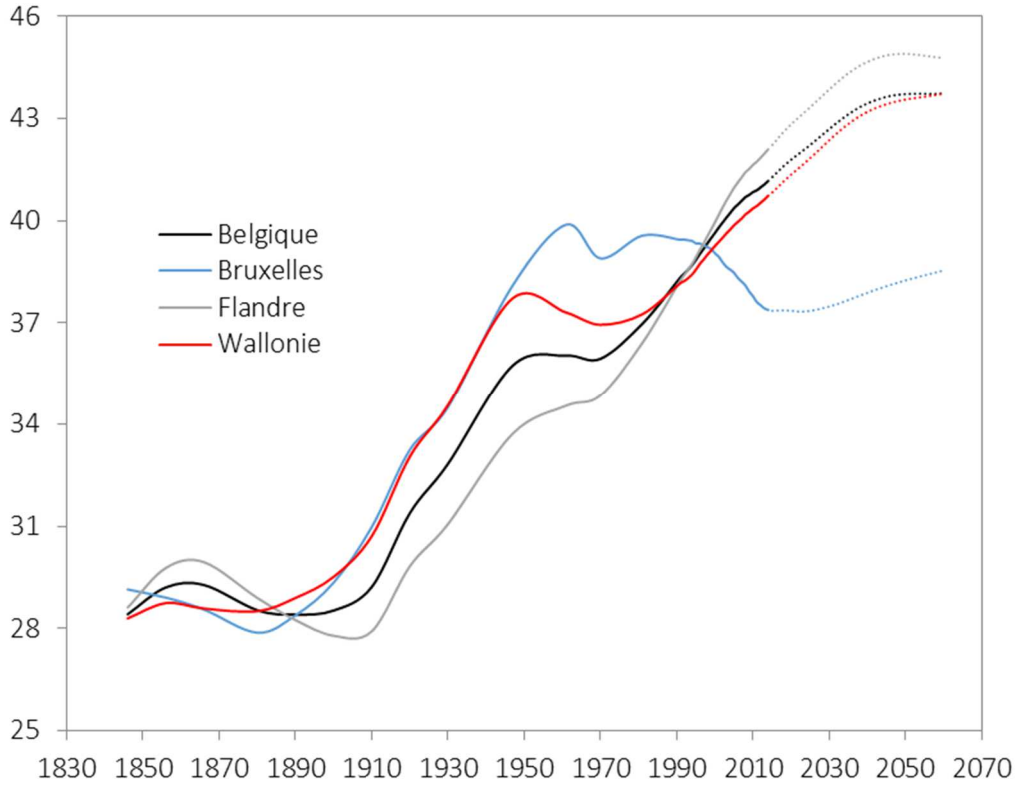


Figure 62. Evolution de l'âge moyen de la population. Source: DGS – Bureau du Plan.

Des disparités existent aussi au sein de la Wallonie, où l'on détecte des zones de sur-vieillissement et d'autres de sous-vieillissement. C'est notamment le cas des communes de la vallée de la Semois, de l'Entre-Sambre-et-Meuse, du Tournaisis et du plateau ardennais qui présentent des âges moyens parmi les plus élevés. La situation est par contre nettement différente dans les communes périurbaines du Brabant wallon, du nord de Namur et du sud-est de la province du Luxembourg qui se caractérisent par des âges moyens bien plus faibles.

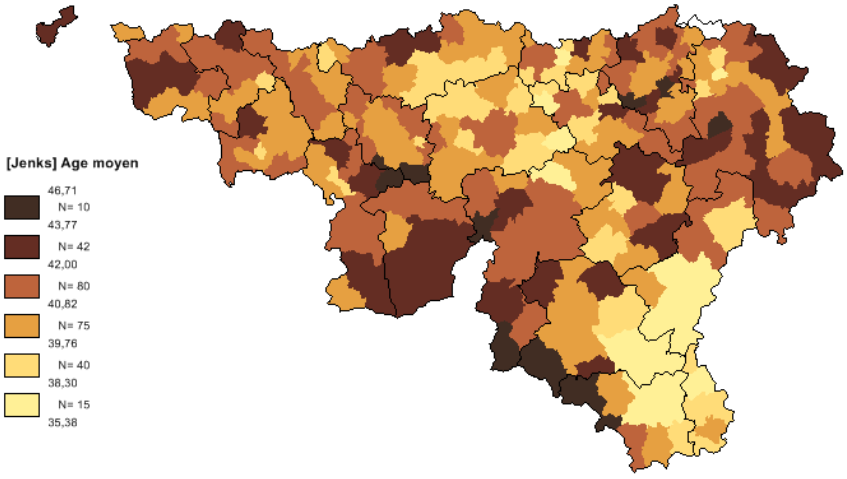


Figure 63. Âge moyen de la population des communes de Wallonie au 1/1/2015. Source : RN-DEMO.

Le vieillissement des populations résulte de transformations qui surviennent à la fois à la base et au sommet de la pyramide des âges. Il est la conséquence de l'allongement de l'espérance de vie, notamment aux âges élevés, mais aussi de la baisse de la fécondité des populations qui a réduit la part des jeunes et augmenté celle des plus âgés au sein de l'ensemble de la population.

En 1846, 41% de la population était âgée de moins de 20 ans en Belgique alors qu'en 2014, cela ne concerne plus que 23% de l'ensemble de la population. Cette transformation est le résultat du passage d'un indice conjoncturel de fécondité élevé en 1806 (environ 4,2 enfants par femme) à un indice nettement plus faible en 2014, proche de 1,7 enfant par femme. Le déclin plus précoce de la fécondité en Wallonie explique une grande partie des variations régionales : dès 1870, la Wallonie est entrée dans le processus de transition de fécondité alors qu'il survient plus tard en Flandre, vers 1900-1910. Il en résulte des décalages substantiels entre les proportions de populations jeunes et cela explique aussi pourquoi la population de Flandre est restée, pendant longtemps, plus jeune que celle de Wallonie.

Le sommet de la pyramide des âges est quant à lui affecté par l'allongement des durées moyennes de vie. Sur la période 1841-2015, l'espérance de vie à la naissance a quasiment doublé. Couplée à cela, l'espérance de vie à 65 ans a commencé à croître au-delà des années 1960. Un individu naissant aujourd'hui est ainsi susceptible de connaître

une durée de vie moyenne bien plus élevée qu'auparavant. De même, à 65 ans, les individus d'aujourd'hui peuvent encore espérer vivre une vingtaine d'années, en bonne ou en mauvaise santé.

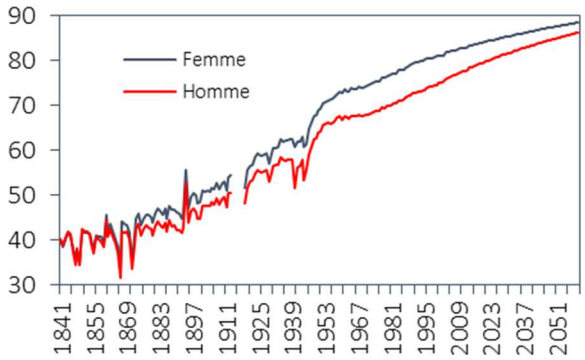


Figure 64. Evolution de l'espérance de vie à la naissance. Source: DGS – Bureau du Plan.

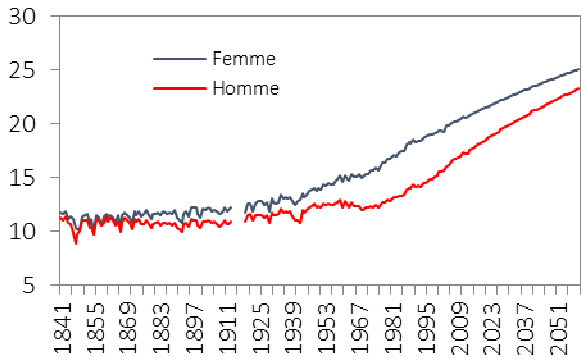


Figure 65. Evolution de l'espérance de vie à 65 ans. Source: DGS – Bureau du Plan.

Ces évolutions vont de pair avec un accroissement de la proportion d'individus âgés de 65 ans ou plus. Dans toutes les régions du pays et jusqu'en 1990, cette proportion n'a fait qu'augmenter et en 2014, en Belgique, un peu moins d'une personne sur cinq était désormais âgée de 65 ans ou plus. Le cas de Bruxelles est à nouveau différent des autres : c'est la seule région à présenter une diminution récente de la proportion de personnes âgées. Au sein de la Wallonie, on retrouve les mêmes disparités que celles observées en matière d'âge moyen des populations. Les populations les plus vieillies (60+) appartiennent aux communes de la vallée de la Semois, de l'Entre-Sambre-et-Meuse, du Tournaisis et du plateau ardennais. Les populations plus jeunes vivent quant à elles dans les communes périurbaines (Brabant Wallon, nord de Namur, sud-est de la province de Luxembourg) qui attirent des populations d'âges actifs qui exercent notamment à Bruxelles ou au Grand-duché du Luxembourg.

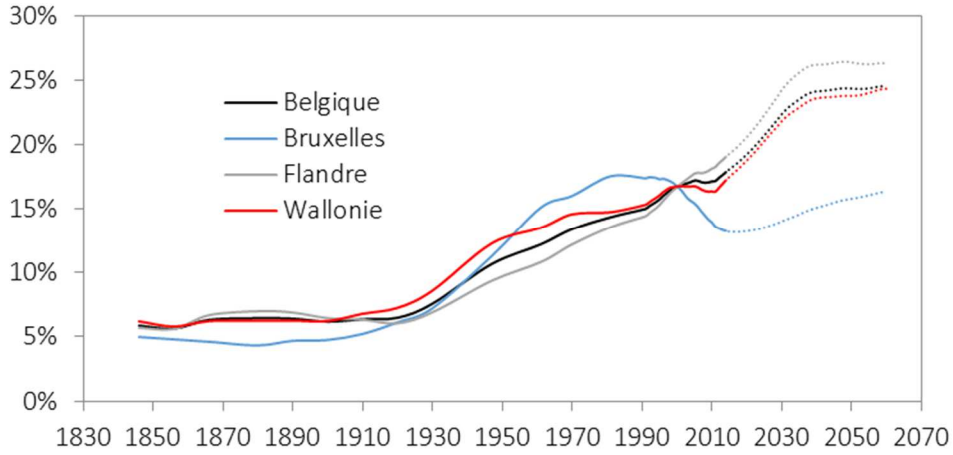


Figure 66. Evolution de la proportion des 65 ans et plus. Source: DGS – Bureau du Plan.

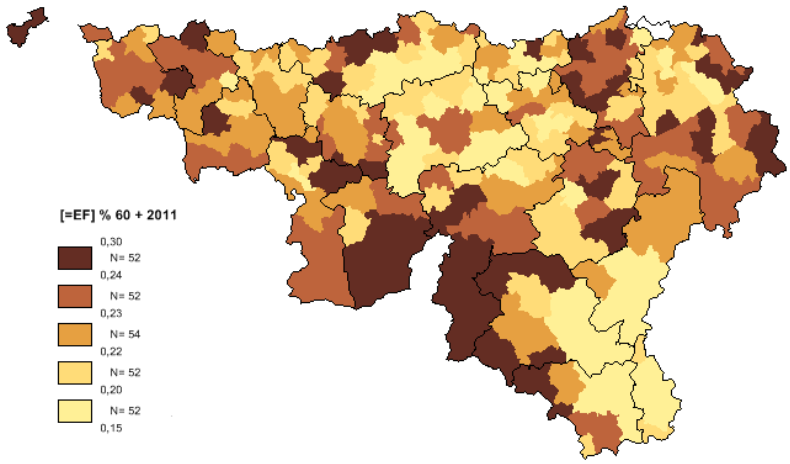


Figure 67. Proportion des 60 ans et plus des communes de Wallonie en 2011. Source: DGS – DEMO/UCL.

L'espérance de vie à 65 ans connaissant elle aussi une augmentation, l'indice de vieillissement (qui est le rapport entre les proportions des 80 ans et plus et des 65 ans et plus) n'a cessé de croître. Cela signifie que non seulement la part des personnes âgées augmente au fil du temps, mais aussi la proportion de personnes très âgées. C'est ce que l'on nomme le vieillissement dans le vieillissement. À l'échelle de la Belgique, en 1846, seulement 13% des individus de 65 ans et plus étaient en réalité âgés de 80 ans et plus ; en 2014, cela concernerait 30% des 65 ans et plus et même jusqu'à 40% en 2060 (DGS – Bureau du Plan).

Les évolutions des proportions de populations âgées, si elles sont largement différentes entre régions administratives, diffèrent aussi entre communes wallonnes. Entre 1970 et 2011, le vieillissement local a évolué selon des rythmes très différents : il a été sensiblement plus rapide dans les communes rurales frontalières (sud du Hainaut, sud de la province de Namur, extrême-est de la province de Liège) mais reste nettement plus lent en milieu urbain. Dans les communes périurbaines du Brabant wallon, du nord-namurois et du sud de la province du Luxembourg, on assiste même, entre 1970 et 2011, à un rajeunissement du sommet de la pyramide des âges. Entre 2011 et 2026, le vieillissement se généralisera pour l'ensemble des communes qui verront toute la proportion de populations âgées croître de manière plus ou moins importante. On note même que les communes qui étaient jusque-là relativement épargnées des effets du vieillissement par le sommet de la pyramide des âges (dont les communes périurbaines) connaîtront un net effet de rattrapage, puisque c'est notamment à ces endroits que la hausse des populations âgées risque d'être la plus marquée.

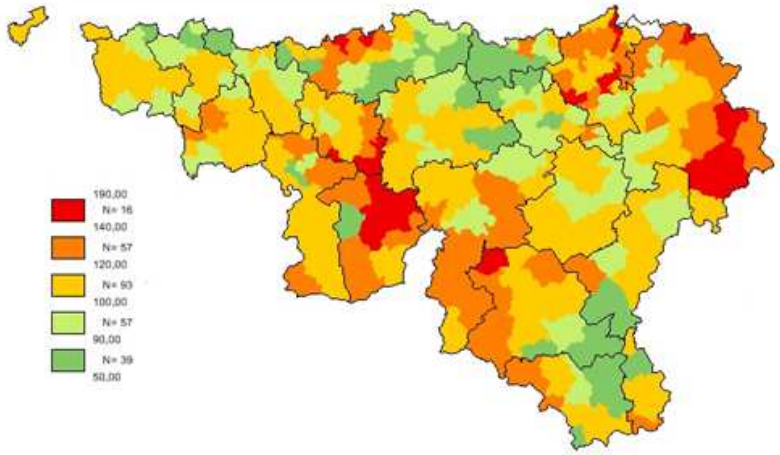


Figure 68. L'évolution de la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus, de 1970 à 2011 (1970=indice 100). Source : DGS – DEMO/UCL.

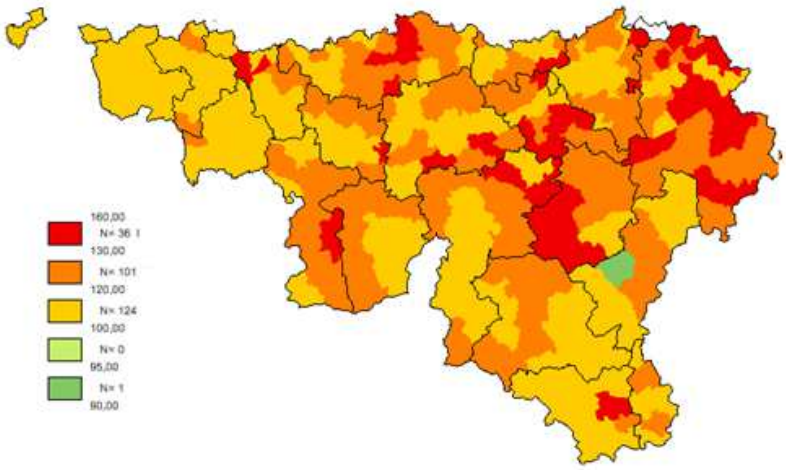


Figure 69. L'évolution de la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus, de 2011 à 2026 (2011=indice 100). Source : DGS – DEMO/UCL.

2.2 La multiculturalité aux âges élevés

En Wallonie, la population âgée de 65 ans et plus, possède, en très large majorité, la nationalité d'origine[147] belge : à l'échelle de la Région, cela concerne 81% des individus alors que 11% ont une nationalité d'origine européenne et 8% ont une nationalité d'origine non européenne. Les situations sont toutefois bien plus diversifiées à l'échelon local. On observe notamment une dualité entre communes rurales et communes urbaines ou périurbaines, ainsi que des contrastes importants entre communes frontalières et non frontalières. Le sud rural de la Wallonie se compose essentiellement de populations âgées très majoritairement belges, avec une exception pour les communes frontalières avec la France, le Luxembourg ou l'Allemagne. Ces dernières présentent des proportions légèrement plus élevées qu'ailleurs d'individus d'origine européenne, soit des individus majoritairement issus de pays voisins. Le nord de la Wallonie est plus diversifié. Les communes rurales se caractérisent par une large majorité d'individus d'origine belge, alors que les communes urbaines (Mons, Charleroi, Namur, Liège) et périurbaines présentent une hétérogénéité plus marquée en termes de nationalité, avec notamment des proportions plus élevées de populations de nationalités d'origines européennes et non européennes.

[147] La nationalité d'origine correspond à la nationalité à la naissance.

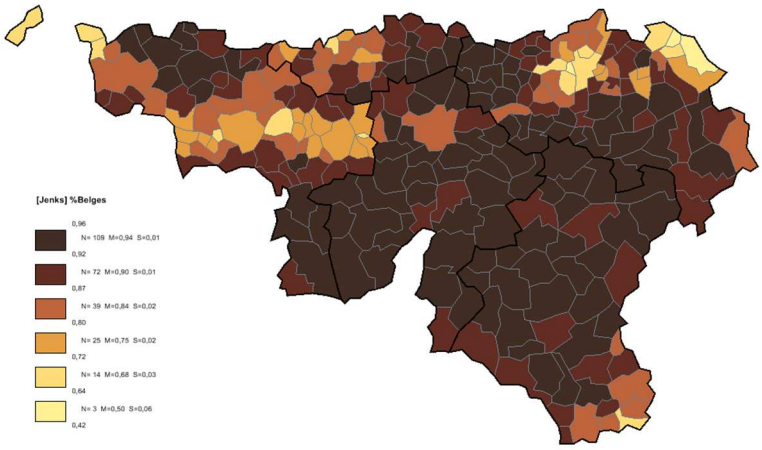


Figure 70. Parts des 65 ans et plus avec nationalité d'origine belge en 2011. Source: RN-DEMO.

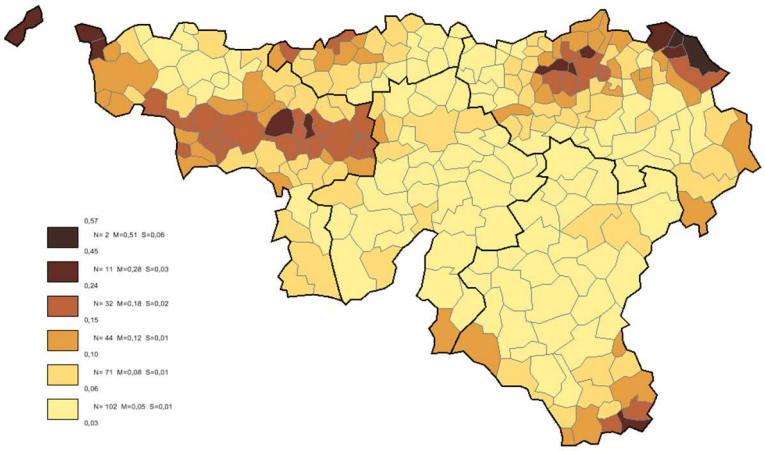


Figure 71. Parts des 65 ans et plus avec nationalité d'origine européenne en 2011. Source: RN-DEMO..

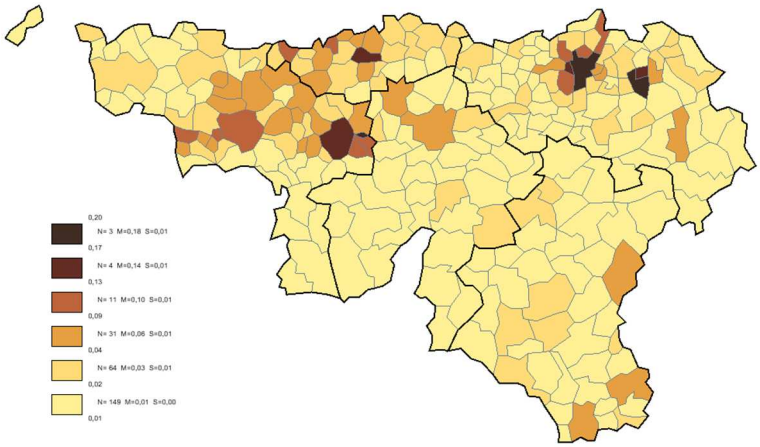


Figure 72. Parts des 65 ans et plus avec nationalité d'origine non européenne en 2011. Source: RN-DEMO.

2.3 La précarisation/paupérisation des populations âgées

La précarisation des populations âgées, et les disparités spatiales en termes de précarisation peuvent se mesurer au moyen de différents indicateurs. La répartition des niveaux d'instruction par commune montre de très nettes inégalités au sein de la Wallonie, avec une surreprésentation des individus hautement qualifiés dans les communes urbaines (Namur, Liège, Arlon, etc.) et périurbaines (Brabant wallon, proximité des grandes villes, etc.). Les communes rurales présentent quant à elles un profil différent, avec des populations âgées globalement moins instruites qu'ailleurs.

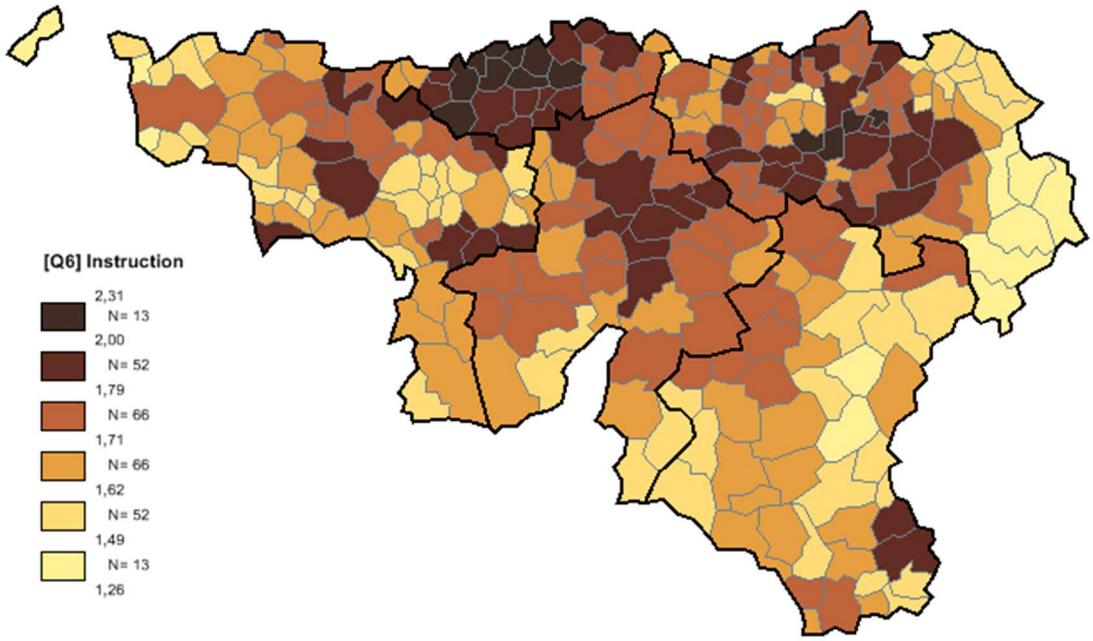


Figure 73. Niveau d'instruction des populations âgées de 65 ans et plus. Source: Census 2011.

Lecture : l'indice attribué à chaque commune est obtenu comme suit[148] : (1 % faiblement instruits) + (2* % moyennement instruits) + (3* % hautement instruits). Cet indice varie entre 1 et 3 : 1 signifie que tous les individus sont faiblement instruits et 3 signifie au contraire que tous les individus ont un niveau d'instruction élevé. Autrement dit, plus une commune à un indice élevé, plus elle se compose d'individus hautement qualifiés, et inversement.*

Les données récentes ne permettent pas d'en connaître davantage sur les caractéristiques socioéconomiques des populations âgées par commune wallonne. Le recensement de 2001 fournit toutefois une image raisonnable des disparités socioéconomiques observées à l'échelle des communes pour les populations âgées de 65

[148] Le niveau faible correspond aux individus qui n'ont aucun diplôme ou un diplôme primaire ; le niveau moyen correspond aux individus diplômés de l'enseignement secondaire ou post-secondaire non supérieur ; le niveau élevé correspond aux individus diplômés de l'enseignement supérieur.

ou 80 ans et plus. Plus l'indice est élevé, plus les proportions d'individus socioéconomiquement défavorisés sont élevés, et inversement. Les distributions spatiales des indices par communes sont relativement semblables, qu'il s'agisse des individus de 65 ans et plus ou de 80 ans et plus. Les indices sont notamment très élevés pour les communes du Brabant wallon, pour les grands centres urbains comme Namur ou Liège et pour les communes périurbaines situées le long de la dorsale wallonne ou dans l'extrême sud de la province du Luxembourg. Par définition, ces espaces sont réputés pour être peuplés d'individus moins précarisés qu'ailleurs : le prix de l'immobilier constitue notamment une barrière d'accès à ces espaces. Les populations âgées sont par contre proportionnellement plus souvent précarisées dans les communes du Hainaut, de l'Entre-Sambre-et-Meuse et de la plupart des communes rurales du sud de la Wallonie.

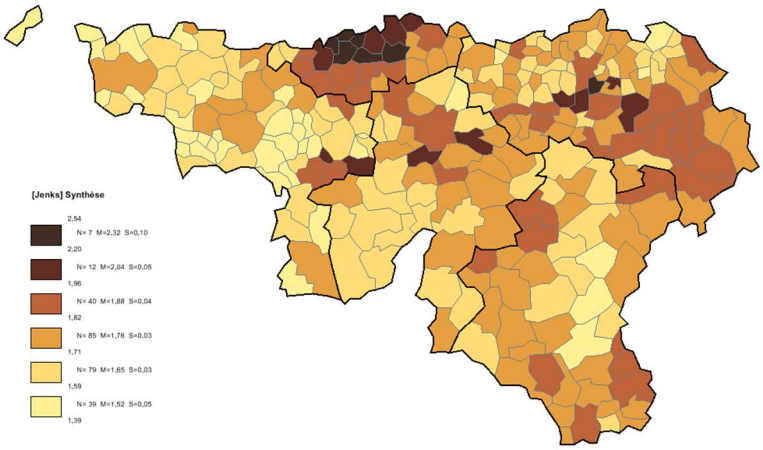


Figure 74. Appartenance socioéconomique des populations âgées de 65 ans et plus. Source: Recensement de 2001

Lecture : L'appartenance socioéconomique des individus repose sur un indice combinant leur niveau d'instruction, leur situation socioprofessionnelle et les caractéristiques liées à leur logement (titre de propriété, salubrité des espaces, commodités disponibles, etc.) (Eggerickx, Sanderson, 2013). À partir de cette variable, quatre groupes d'individus ont été constitués : un quartile défavorisé, un quartile intermédiaire bas, un quartile intermédiaire haut et un quartile favorisé. L'indice cartographié ci-dessus est synthétique et obtenu comme suit : (1 % quartile défavorisé) + (2* % quartile intermédiaire bas) + (3* % quartile intermédiaire haut) + (4* % quartile favorisé). L'indice varie de 1 à 4. Plus l'indice est proche de 4, plus les proportions de personnes des quartiles favorisé et intermédiaire haut sont élevées. À l'inverse, plus l'indice est proche de 1, plus les proportions de personnes des quartiles intermédiaire bas et défavorisé sont élevées.*

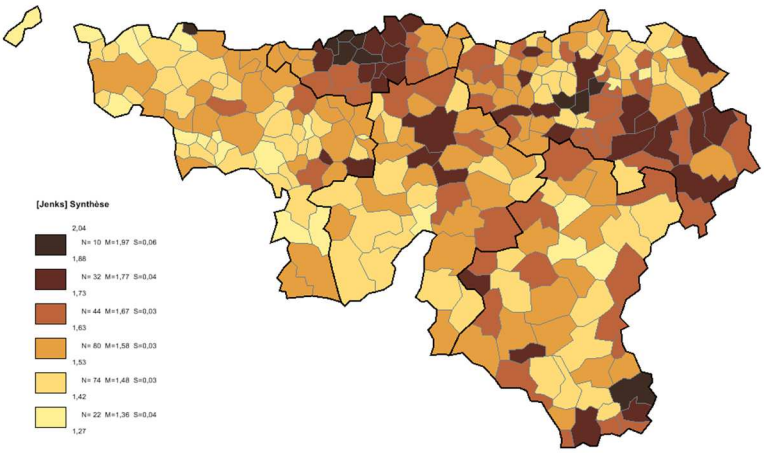


Figure 75. Appartenance socioéconomique des populations âgées de 80 ans et plus. Source: Recensement de 2001.

Lecture : voir ci-dessus, pour les 65 ans et plus.

2.4 Configurations familiales aux âges élevés

2.4.a Approche par les types de ménages

Les configurations familiales des individus évoluent selon leur âge. Au 1/1/2013, en Wallonie, on repère notamment que la prévalence d'individus isolés augmente avec

l'âge, surtout chez les femmes. On note également une augmentation avec l'âge de la proportion d'individus résidant au sein de ménages collectifs.

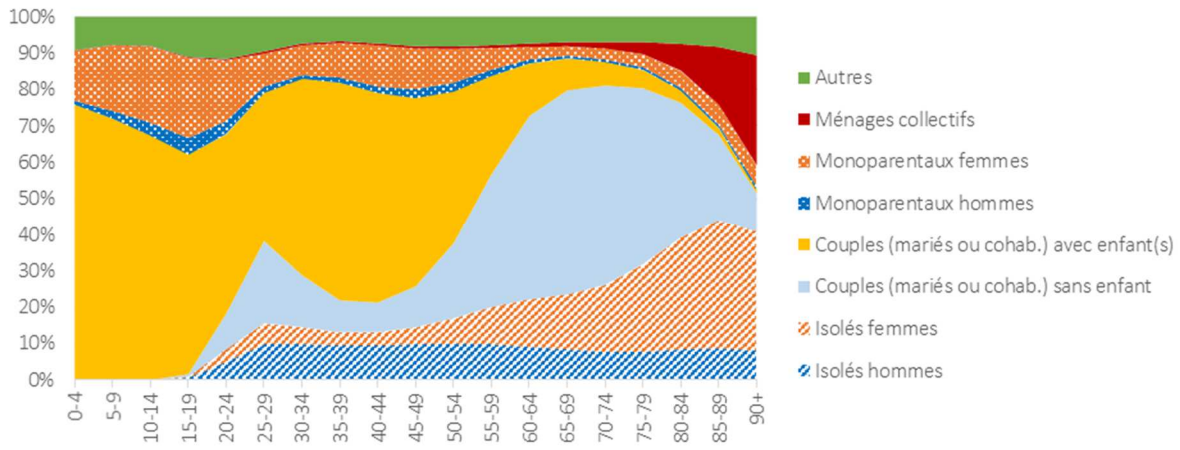


Figure 76. Type de ménage par groupe quinquennal d'âge, Wallonie. Source: Cytise.

Si le recours aux institutions collectives évolue selon l'âge des individus, on observe aussi que le nombre de jours facturés en maisons de repos et en maisons de repos et de soins varie selon le profil de santé des individus et évolue au fil du temps : depuis 1995, on repère notamment que le nombre de journées, facturé à des personnes totalement autonomes (forfait O) ne cessent de décroître. En revanche, le nombre de jours facturés à des personnes très dépendantes (forfaits B, C et Cd) augmente : en 2009, 65% des journées étaient facturées à des individus bénéficiant de forfaits B, C ou Cd alors que ça n'était encore le cas que de 56% des jours facturés en 1995. L'évolution du profil de santé des résidents de maisons de repos (et de soins) n'est pas sans conséquence : le maintien prolongé à domicile des aînés fait des institutions des mouroirs, auxquels on ne recourt le plus souvent que parce que la santé ne permet plus de résider seul et/ou sans surveillance « médicalisée ».

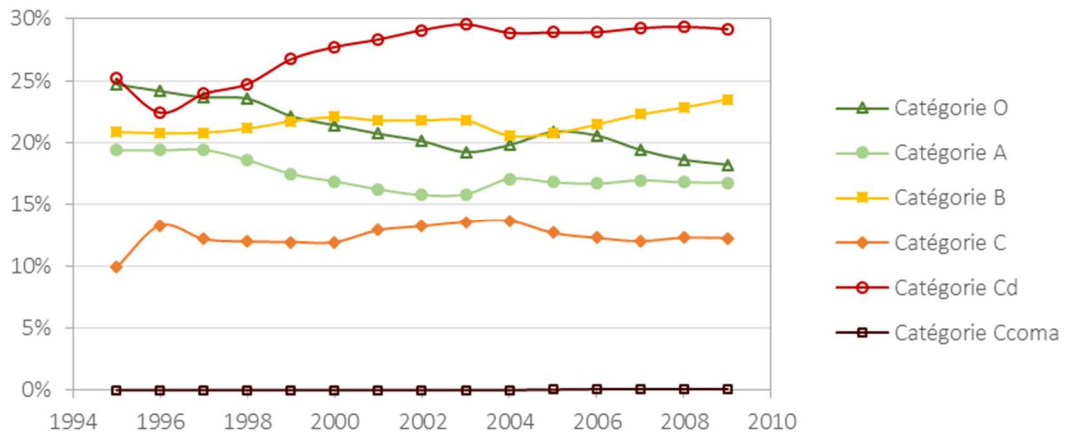


Figure 77. Evolution du nombre de journées facturées par bénéficiaires en MR et MRS. Source: Inami.

2.4.b L'aide informelle potentielle

Enfin les bases de données disponibles permettent de mesurer le potentiel d'aides informelles à disposition des personnes âgées. L'aide informelle est un pan de l'aide procurée aux personnes âgées pour accomplir des activités quotidiennes. Néanmoins, les évolutions actuelles, dans les domaines socioéconomiques et démographiques notamment, affectent la disponibilité de ces aidants. On observe entre autres que depuis le 19e siècle, l'indice conjoncturel de fécondité (ou le nombre d'enfants par femme) décroît de manière très nette : valant approximativement 4 enfants par femme au début du 19e siècle, une femme a, en moyenne, 1,7 enfant en 2014. Cette tendance traduit bien sûr la diminution de la fécondité au fil du temps, qui va de pair avec la diminution de la taille des générations, l'individualisation des parcours de vie et le report de la plupart des responsabilités sur seulement un ou deux enfants alors qu'avant, la présence dans les familles de trois ou quatre enfants permettait d'alléger la charge relative à l'aide à apporter aux parents âgés.

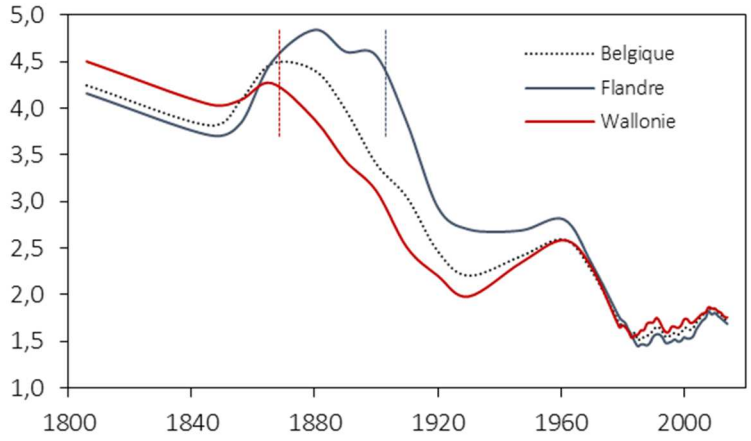


Figure 78. Evolution de l'indice conjoncturel de fécondité. Source : DGS – DEMO/UCL.

Il est très compliqué de vouloir projeter le nombre d'aidants disponibles à l'avenir, tant ce facteur est affecté par de multiples transformations individuelles et sociétales dont : les tendances en matière d'emploi chez les femmes, l'individualisation grandissante, la modification des valeurs familiales ou encore la mobilité des enfants (Schoenmaeckers et al, 2015). Le ratio d'aidants potentiels (construit à partir du rapport entre personnes aidantes et personnes âgées) montre toutefois que depuis 1990, de nettes transformations sont en cours et que la charge d'aides qui reposent sur les générations « sandwich » risque de s'accroître de manière très marquée. Si Bruxelles apparaît jusqu'en 2020 relativement épargné par la diminution du nombre d'aidants potentiellement disponibles, en Flandre et en Wallonie, les changements sont déjà très clairs et laissent penser que l'aide informelle, l'un des piliers de l'aide apportée aux aînés, va encore subir de nombreuses transformations à l'avenir.

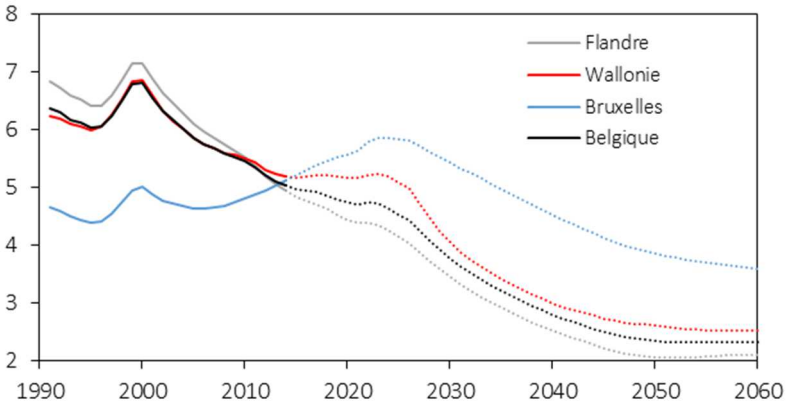


Figure 79. Evolution du ratio entre aidants potentiels (45-64 ans) et personnes âgées (80+). Source: DGS – Bureau du Plan.

3. Acquis des *working packages* précédents

L'analyse prospective menée ici est l'aboutissement d'une recherche préalable de deux années sur les enjeux du vieillissement en Wallonie. Trois *Working Packages* ont été réalisés. Le WP1 porte sur les aspects démographiques du vieillissement en Wallonie et propose une typologie des communes wallonnes prises sous l'optique de la concordance entre offre et demande d'aide et de soins aux personnes âgées. Le WP2 analyse la dynamique des innovations sociales dans le secteur de l'aide aux personnes âgées en Wallonie. Le WP3 analyse la conception du bien-vieillir chez les futurs aidants (aidants proches et professionnels).

Cette partie présente les principales conclusions de ces trois *Working Packages* qui constituent donc le sous-bassement sur lequel s'appuie l'étude prospective des enjeux du vieillissement en Wallonie.

3.1 Working package 1 : Un essai de typologie des communes wallonnes

Le premier *working package* (WP) de la recherche concernait les aspects sociodémographiques liés au vieillissement des populations, avec un accent particulier accordé aux dimensions spatiales et individuelles du processus. Deux objectifs ont ainsi été poursuivis dans ce WP : d'une part l'analyse, à l'échelle des communes wallonnes, de l'offre et des besoins des populations âgées et la mesure de l'(in)adéquation entre les deux dimensions ; d'autre part, l'analyse, au niveau des individus, des déterminants relatifs à l'utilisation d'aides, l'apport d'aides informelles par les populations et la fréquence des contacts intergénérationnels. Inscrit dans une recherche prospective du vieillissement des populations, ce WP sert principalement à dresser un état des lieux des situations locales à l'échelle de la Wallonie, mais aussi à identifier un certain nombre de localités, marquées par un écart important entre offre de soins, d'aides et de services et besoins de prise en charge chez les populations âgées. Dans le cadre de cette synthèse et de la démarche prospective, nous ne soulignerons ici que les éléments saillants du 1er objectif (analyse agrégée des communes wallonnes).

Puisque dans ce cadre, l'un des objectifs visait effectivement à mesurer cet écart entre offre et besoins, un important travail de compilation et de traitement des données a été effectué. La multiplicité des acteurs intervenant dans le domaine et l'absence récurrente de données quantitatives et exhaustives ont compliqué la production de résultats. Néanmoins, un essai de typologie des communes wallonnes a été réalisé. Pour cela, nous avons eu recours à différentes données, provenant de sources multiples et variées. Les besoins des populations âgées ont été mesurés à partir d'indices d'ampleur du vieillissement, de précarisation des populations âgées, de mauvaise santé chez ces mêmes populations et de leurs habitudes résidentielles (Tableau 36, partie supérieure). L'offre de soins, d'aides et de services a quant à elle été appréhendée à l'aune de sept indicateurs (Tableau 36, partie inférieure) reflétant la disponibilité de professionnels de soins, la disponibilité d'aidants informels, la disponibilité potentielle d'aides, ainsi que l'insatisfaction des populations âgées quant à l'offre de transports publics, de soins de santé et de services sociaux.

	Indicateurs	Source	Date
Besoins	Parts communales de personnes de 80 ans et plus	Registre national	2011
	Parts communales de 80 ans et plus précarisés	Recensement de population	2001
	Parts communales de 80 ans et plus en mauvaise santé subjective		
	Parts communales de 80 ans et plus en mauvaise santé objective		
	Parts communales de 80 ans et plus isolés	Registre national	2010
	Parts communales de 80 ans et plus en couple sans enfant		
Offre	Professionnels de soins[149] rapportés au nombre de 80+ par commune	Inami et Reg. national	2013
	Parts communales d'aidants informels hommes de 45 ans et plus	Recensement de population	2001
	Parts communales d'aidants informels femmes de 45 ans et plus		
	Ratios d'aidants potentiels (45-64/80+)	Registre national	2011
	Parts communales de 80 ans et plus insatisfaits de l'offre de transports publics	Recensement de population	2001
	Parts communales de 80 ans et plus insatisfaits de l'offre de soins de santé		
	Parts communales de 80 ans et plus insatisfaits de l'offre de services sociaux[150]		

Tableau 36: Indicateurs requis pour les typologies communales.

C'est à partir de ces indicateurs que des typologies des communes wallonnes ont été construites. Dans un premier temps, elles ont été établies à partir de méthodes multivariées (analyses factorielles, analyses classificatoires…), mais les résultats étant

[149] Les professionnels de soins sont ici entendus comme étant les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les pharmaciens.

[150] Sont repris dans la question du recensement les services sociaux et scolaires, mais cet indicateur étant centré sur les 80 ans et plus, nous faisons l'hypothèse que leur avis ne concerne que l'offre de services sociaux.

peu aisés à interpréter et la confrontation entre offre et besoins donnant des résultats peu concluants, nous avons élaboré une autre méthode pour construire une mesure objective de l'écart (in)existant entre offre et besoins dans chaque commune wallonne. Deux indices ont été calculés, l'un se rapportant à la dimension des besoins des populations âgées et le second traitant de l'offre d'aides, de soins et de services. Deux indices ont ainsi été attribués à chaque commune wallonne, sur base des transformations suivantes :

- ✓ L'**indice de besoins** correspond à la somme des indicateurs standardisés (IS) mentionnés dans le tableau ci-dessus :

$$Indice\ besoins = IS_{80+} + IS_{précarisés} + IS_{santé\ subj.} + IS_{santé\ obj.} + IS_{Isolés} + IS_{couples}$$

- ✓ L'**indice d'offre** correspond quant à lui à la somme (ajustée) des indicateurs standardisés (IS) mentionnés dans le tableau ci-dessus :

$$IS\ Offre = \left(IS_{aidants\ hommes} + IS_{aidants\ femmes} + IS_{Professionnels} + IS_{aide\ potentielle}\right) - \left(IS_{Transports} + IS_{Soins} + IS_{Serv.sociaux}\right)$$

L'indice de besoins varie sur une échelle de 0 (besoins faibles) à +6 (besoins élevés). L'indice d'offre varie quant à lui sur une échelle allant de -3 (offre faible) à +4 (offre élevée).

Le positionnement de chaque commune sur un plan à deux axes est intéressant puisqu'il permet justement de confronter les deux dimensions. Les moyennes (trait continu) et les écarts-types (trait discontinu) observés pour l'ensemble de la Wallonie servent de repère et, par défaut, d'indicateurs pour évaluer la sous- ou la surreprésentation de besoins et d'offre dans les différentes communes.

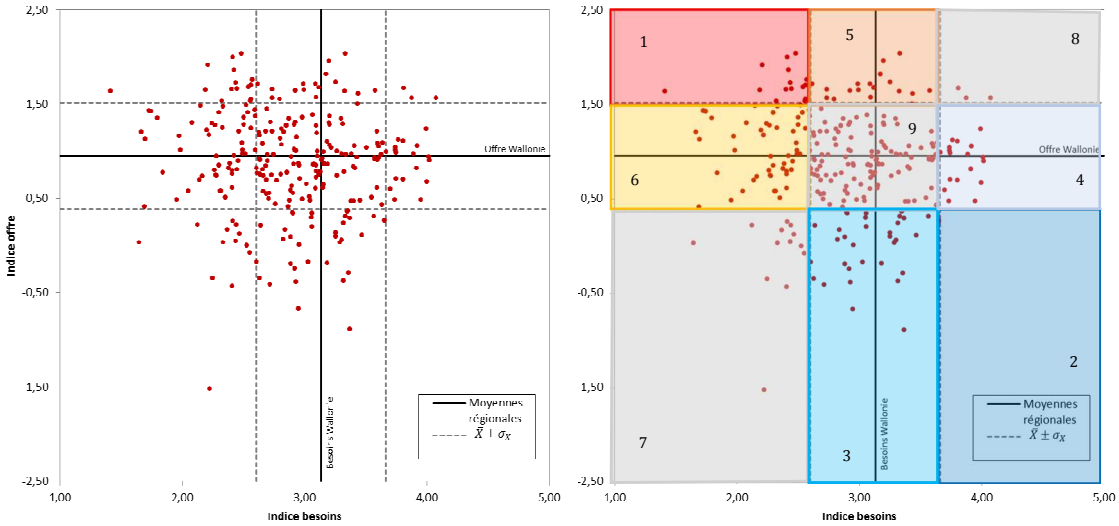


Figure 80: Plan à deux axes : Croisement des dimensions d'offre et de besoins.

Classes	Besoins	Offre	N	
7	Faibles	Faibles	14	Ecart non marqué
8	Élevés	Élevée	3	
9	Proches de la moyenne Wallonne	Proche de la moyenne Wallonne	111	
1	Faibles	Élevée	15	Offre > Besoins
5	Proches de la moyenne Wallonne	Élevée	17	
6	Faibles	Proche de la moyenne Wallonne	51	
2	Élevés	Faible	0	Besoins > Offre
3	Proches de la moyenne Wallonne	Faible	33	
4	Élevés	Proche de la moyenne Wallonne	18	

Tableau 37: Caractérisation des 9 profils de communes.

Neuf types de communes ont ainsi été identifiés à partir de ce graphique et varient, entre eux, selon la sévérité des besoins des populations locales et/ou la disponibilité de services, d'aides ou de soins. Les trois espaces centraux (numérotés 7, 8 et 9) correspondent à des espaces où l'écart entre l'offre et les besoins n'est pas plus marqué que celui observé à l'échelle de la Wallonie. Cela ne signifie pas que la situation y soit parfaitement idéale (la moyenne wallonne pouvant elle-même se caractériser par un écart entre offre et besoins), mais elle y apparaît comme aussi sensible qu'à l'échelle de la Région. Les espaces numérotés 1, 5 et 6 sont typiques de communes avec un écart marqué entre offre et besoins. Ces communes correspondent toutefois à des communes *relativement* épargnées puisqu'en réalité, l'offre de soins, d'aides et de services y serait supérieure aux besoins des populations. La situation la plus préoccupante est sans doute

celle observée dans les communes des groupes 2, 3 et 4 qui correspondent à des espaces marqués par une offre d'aides et de services très inférieure aux besoins des populations âgées (et encore plus que ce que l'on observe, en moyenne, en Wallonie).

Spatialement, les profils de communes se répartissent de manière non aléatoire et se conforment à la réalité de terrain connue par ailleurs. On observe que quasiment la moitié (49%) des communes présentent un profil semblable à celui observé, en moyenne, à l'échelle de la Région (zones grisées ; classe 7 à 9). Soit la situation de l'offre et des besoins n'y est pas différente de celle observée à l'échelle de la Région, soit l'offre et les besoins y sont tous deux très faibles ou très élevés. Les communes appartenant aux classes 1, 5 et 6 apparaissent, du point de vue de notre typologie, comme des espaces un peu moins préoccupant que la moyenne régionale, l'offre y étant globalement supérieure aux besoins des populations âgées. L'exclusion de cette classe de communes urbaines telles que Namur, Charleroi ou Liège pose question alors qu'elles sont par définition pourvues plus qu'ailleurs de facilités en termes d'offre. Une hypothèse réside dans l'utilisation de données relatives aux professionnels de soins, pour lesquels on ignore si l'on dispose de l'adresse professionnelle et/ou résidentielle. Cela expliquerait l'exclusion de communes typiquement urbaines et, au contraire, l'inclusion de toute une série de communes périphériques (correspondant plus souvent au lieu de résidence des professionnels même s'il n'est pas exclu que certains d'entre eux y exercent également leur activité). Enfin les communes des classes 2, 3 et 4 sont typiques de lieux affectés par une offre très inférieure aux besoins des populations. À l'intérieur de cette classe, il est également intéressant de distinguer deux « sous-profils » de communes : d'une part les communes où l'offre est inférieure aux besoins parce que l'offre est sous-développée (c'est le cas de communes rurales situées notamment dans les provinces de Namur et de Luxembourg) ; d'autre part, les communes ou l'offre est inférieure aux besoins parce que les besoins y sont surdéveloppés ; c'est le cas des communes localisées dans les anciens bassins industriels wallons où les populations sont très souvent précarisées et/ou en mauvaise santé.

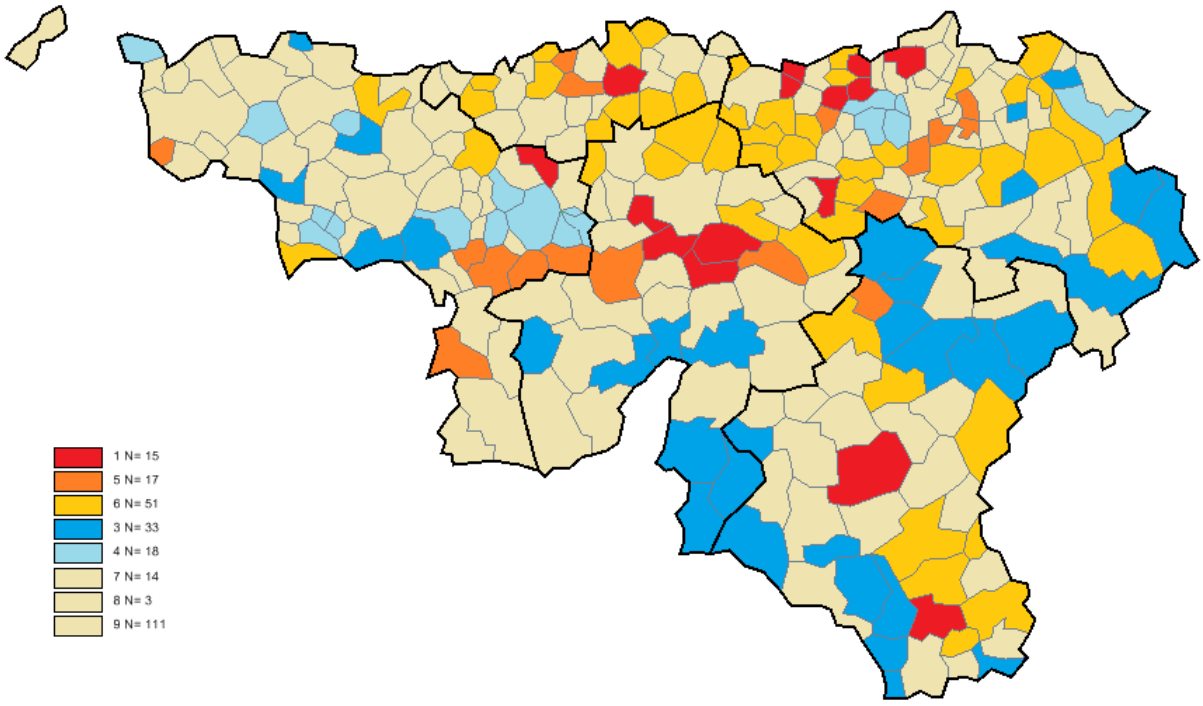


Figure 81: Typologie des communes wallonnes combinant les informations d'offre et de besoins chez les populations âgées.

3.2 Working package 2 : Les innovations sociales dans l'accompagnement au domicile et l'habitat adapté en Wallonie

3.2.a Place du WP2 dans la recherche

Cette recherche s'empare du concept d'innovation sociale (IS) pour étudier les services de maintien à domicile (MD) et d'habitat adapté (HA) pour les personnes âgées en Wallonie. Plus précisément, ce *working package* 2 étudie à la fois le contexte (rôle des pouvoirs publics, des institutions, des acteurs), les motivations/convictions des acteurs et les ressources-clés (monétaires, non monétaires et non marchandes) qui prévalent à l'impulsion d'innover. Ce WP intervient dans la foulée du premier (octobre 2014 – avril 2014) ayant servi à contextualiser localement les besoins et l'offre d'aides, de soins et de services en Wallonie. L'ensemble des résultats de la recherche (combiné à ceux issus du WP3 partiellement concomitant au nôtre) servira à l'élaboration d'une réflexion prospective en matière de vieillissement des populations en Wallonie à l'horizon 2025-2045.

3.2.b Actualité du sujet

L'actualité de l'IS est sans conteste. Elle se manifeste par l'intérêt – récent – que lui portent les pouvoirs publics et ce, à différentes échelles d'intervention (UE, entités fédérales, entités fédérées). La *pratique* de l'IS est plus ancienne chez les acteurs de terrain. Elle est basée sur leur expertise tant dans la détection de besoins à combler chez les aîné·e·s que de manquements dans le système actuel d'aides, de soins et de services. Le contexte global est en effet caractérisé par une série de défaillances (*failures*) ou limites dans les réponses apportées par les sphères marchande et étatique à des besoins ou aspirations sociales en matière de gestion du vieillissement revendiquées comme légitimes, et par le besoin de soulager les familles ou l'entourage dans l'aide déjà apportée. Au niveau de l'organisation de l'aide, la crise financière qui éclate en 2008 fragilise encore plus un système caractérisé par (i) une contrainte budgétaire forte pesant sur les services publics (*New Public Management*, où la décentralisation ne s'accompagne pas d'un transfert suffisant de ressources), (ii) l'accès inégalitaire au *care* marchand (les prix pratiqués réservant progressivement les services aux plus nantis de notre société), et (iii) le déclin inachevé de la norme de *male breadwinner* (partage très inégal du *care* non rémunéré et sous-évaluation du care rémunéré). Dans ce contexte se multiplient les nouveaux projets (les innovations « sociales ») qui cherchent à faire face aux défis posés par le vieillissement des populations et l'aspiration de (beaucoup de) personnes âgées à rester chez elles le plus longtemps possible. En Wallonie, l'entreprenariat social porté par le tissu associatif y occupe une place clé.

3.2.c Définition de l'IS

Il est possible de dégager un certain consensus sur les aspects définitionnels de l'IS : part d'invention dans un produit ou service ayant une visée de transformation par le processus et/ou le résultat en articulation avec un changement normatif, génération et partage de bénéfices collectifs, détection des bénéfices pour et par les bénéficiaires.

Toutefois, des tensions existent au sein de la littérature sur la liste des « marqueurs » caractérisant l'IS (Besançon, Chochoy, 2014) et sur la reconnaissance du

caractère non-marchand des porteurs d'IS. L'IS peut désigner les simples « effets » humains d'une innovation technologique par exemple (sens faible), ou être conçue comme porteuse de transformations des relations et des rapports sociaux (sens fort). Elle est alors pleinement liée au contenu normatif de l'adjectif « social » (inclusif, droits humains, justice, démocratie, etc.). Étant donné les caractéristiques intrinsèques des cas étudiés (cf. ci-dessous), c'est une interprétation du social au sens « fort » qui a été privilégiée.

3.2.d Objectifs, questionnements et méthodologie

L'objectif de cette recherche consiste, en vue d'une réflexion dite prospective, à identifier les composantes de l'IS pour réfléchir ensuite, dans le cadre de la gestion future et globale du vieillissement et à partir de différents scénarios, aux leviers d'action sur lesquels les acteurs politiques ont le pouvoir d'agir. L'objectif de cette recherche porte sur l'identification des facteurs qui ont joué un rôle important dans la création et le développement des IS du maintien à domicile et de l'habitat adapté par les organisations d'économie sociale opérant dans ce secteur. Trois hypothèses ont guidé cette recherche, inspirées de la littérature. Elles traitent (1) de l'imbrication des dimensions sociales et technologiques, (2) de l'hybridation des ressources (au sens de Polanyi (1983) et (3) de la co-production par le public bénéficiaire dans le maintien à domicile et l'habitat adapté comme facteurs d'émergence de l'innovation.

La méthodologie déployée est de type qualitatif. L'étude de cas est privilégiée pour appréhender l'IS dans ses dimensions contextuelles et processuelles. La mise en œuvre de la méthode DELPHI, fondée sur la consultation itérative d'expert·e·s des champs du maintien à domicile et de l'habitat adapté, a permis de retenir consensuellement sept cas considérés comme des IS sur les plans de leur caractère novateur, de leur(s) impact(s) et de leur potentielle réplicabilité. Une fois les cas sélectionnés, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de catégories hétérogènes d'acteur-trice-s parties prenantes au projet : créateur(s) et/ou responsable(s) et/ou travailleur(s) et/ou bénéficiaires. La littérature grise des projets a également été consultée (lorsqu'elle était disponible) pour compléter nos informations.

3.2.e Principaux résultats

En lien avec nos hypothèses de recherche, différents résultats globaux émergent de ce travail et sont discutés dans ce document final.

(1) Le terrain a permis d'observer une forme d'imbrication des dimensions sociales et techn(olog)iques dans le processus de production d'une IS. Mais ce trait n'est pas propre au terrain du maintien à domicile et il faut dépasser ce simple constat pour tenter de comprendre comment certaines technologies, techniques ou outils (qu'ils soient virtuels ou matériels) se prêtent (ou non) à une dimension sociale et en quoi, dans l'usage qu'ils en font, les acteurs y ajoutent eux-mêmes de la valeur sociale, parfois même en contournant certaines limites inhérentes à ces nouveaux dispositifs. Une TIC, une architecture nouvelle ou un outil de domotique, par exemple, peuvent être conçus dans le cadre de la mission sociale d'une organisation mais « l'esprit » social de l'innovation ne sera acquis que dans l'usage qui en est fait, et grâce à la volonté des concepteurs de la partager et de la diffuser. En fait, la dimension sociale de l'innovation peut s'acquérir lors de la phase de conception, dans l'usage ou encore dans la diffusion et/ou institutionnalisation de l'innovation et l'imbrication des dimensions sociales et tech(nolog)iques n'est jamais acquise définitivement. Certaines variables comme le type de projet (maintien à domicile, habitat adapté, IS sur le processus ou le résultat), l'expérience/expertise des porteurs de projets, le degré d'attachement au principe de proximité la présence d'offre concurrente dans le système local d'aides et de soins, le type de gestion des ressources humaines adoptées lors du passage à une échelle supérieure ou encore les modalités de la diffusion ne sont pas anodines. Elles définissent l'épaisseur et la teneur de la dimension sociale de l'innovation. Le terrain nous enseigne d'ailleurs la grande variance entre phases et entre cas sur cette dimension sociale.

(2) Les observations viennent confirmer l'idée que les organisations d'économie sociale jouent le rôle d'innovation, d'impulseur. Si celui-ci n'est pas réservé aux pouvoirs publics, les infrastructures publiques continuent cependant de jouer un rôle important dans ces initiatives. Certaines IS s'adossent en effet à une structure publique existante (comme un CPAS) ou ont été soutenues ou hébergées par elle. Les infrastructures existantes ne peuvent pas toujours remplir leur mission auprès de tous les publics C'est

donc là que des IS spécifiques prennent le relais, en s'associant à des nouveaux acteurs et, surtout, à des ressources multiples. L'IS dans le maintien à domicile et l'habitat adapté repose en effet sur des modes de financements hybrides et sur des articulations originales et spécifiques des ressources, dont le partage est une forme originale et abondamment pratiquée. L'absence de financement structurel explique en partie cette hybridation qui nécessite une recherche active de ressources mixtes (du marché, de la redistribution, de la réciprocité et de l'administration domestique). Les processus d'innovation accordent une place prépondérante aux ressources réciprocitaires (rôle central des volontaires et des bénévoles ou don de « temps » de la part des travailleurs ou des responsables), de la redistribution (subsidiations et subventions publiques) et de l'administration domestique (rôle central de l'entourage proche des bénéficiaires et des responsables de projets).

(3) Co-production et co-construction illustrent la participation active à différents niveaux comme facteur imputé à la définition d'une IS. Ces dimensions présentent toutefois des caractéristiques spécifiques pour notre terrain. D'une part, la co-production est, certes présente, mais en faible « quantité » et selon des modalités propres au secteur de l'aide aux personnes âgées, c'est-à-dire des bénéficiaires qui ne sont pas forcément à même de « participer » comme on pourrait l'attendre d'eux. La co-production prend la forme de la co-identification d'une aspiration et de son expression en un besoin particulier et sur la transformation d'une innovation existante en bénéfice pour les bénéficiaires (c'est-à-dire que l'usager-e n'est pas un récipiendaire passif d'un service, il l'intègre, le transforme en « bénéfice »). Du côté des travailleurs, la co-production concerne essentiellement l'organisation de leur temps de travail, leur autonomie, leur créativité et leur pouvoir – limité tout de même – de décision. En revanche, on observe une importante participation des réseaux extérieurs à l'organisation. L'accompagnement/l'expertise scientifique (comme ressource) joue ainsi un rôle de garant dans le développement de l'IS, par la réduction de la prise de risques et la préservation de l'identité sociale initiale de l'innovation.

La co-construction concerne davantage la relation que parviennent à établir (ou non) les acteurs de terrain avec les politiques publiques. De nouveau, la réalisation de cette étape est fonction du type de projet étudié (maintien à domicile ou habitat adapté).

Certains des cas étudiés présentent une relation interactive (et parfois à double tranchant) avec le secteur politique. Ils parviennent, au mieux, à influencer les décisions et, par exemple, la législation, pour pouvoir mettre en place, valoriser et pérenniser leur projet. La co-construction n'est toutefois pas une évidence. Son existence est aussi fonction de l'accompagnement (financier ou organisationnel) des projets et, surtout, de la reconnaissance légale accordée au service concerné. Les résultats montrent qu'en dépit d'un soutien limité des pouvoirs publics au lancement d'IS en Wallonie, les services étudiés ont su dégager des marges de manœuvre et mettre en place des expériences innovantes. Arrivées à une phase de consolidation cependant se pose la question de l'institutionnalisation et/ou du changement d'échelle. Le soutien mal adapté des pouvoirs publics à ce niveau est de nature à mettre en péril ces initiatives.

3.3 Working package 3 : les (futurs) acteurs de l'aide

Le WP3 visait à mettre au jour les diverses conceptions du « bien vieillir » des futurs acteurs du vieillissement : les jeunes seniors qui, potentiellement, sont à l'horizon 2025 les aidant-e-s proches ou informel-le-s de leurs parents vieillissants et qui auront eux-mêmes besoin d'aide à l'horizon 2045 ; et les professionnel-le-s de l'aide à domicile. Plus précisément, il s'agissait de repérer les stratégies (financières, de logement, de mobilité géographique, affectives, sociales, de pratiques de soi, etc.) que les futurs aidé-e-s et aidant-e-s mettent éventuellement en place pour préparer et anticiper les besoins futurs en fonction de leurs attentes en matière de « bien vieillir », ainsi les tendances en matière d'aide aux personnes vieillissantes à partir des évolutions observées par les professionnel-le-s du soin.

Ce n'est pas ici le lieu de représenter la démarche du WP3 dans son ensemble, ni même les résultats des analyses par le menu. On pointera juste les éléments principaux à retenir pour la suite du travail prospectif.

3.3.a Une conception unanime du « bien-vieillir »

Tant des entretiens avec les futurs aidant-e-s et aidé-e-s que des focus-groupes avec les professionnel-le-s de l'aide et du soin et les expert-e-s du vieillissement, se dégage

une conception unanime du « bien vieillir » que l'on peut circonscrire à partir de ses caractéristiques principales : rester chez soi (préférence pour les soins à domicile, plutôt que MR et MRS) ; autonome ; actif/ve ; en bonne santé ; en maintenant, malgré le ralentissement du rythme des activités, une qualité de vie ; en veillant à donner place à l'épanouissement (projets, activités, voyages)… En contrepoint de cet idéal, la dégénérescence est la crainte la plus fréquemment formulée, les MR et MRS les figures-repoussoirs par excellence.

3.3.b Les anticipations face aux vieillissements

Face aux perspectives de vieillissement, les futurs aidant-e-s et aidé-e-s témoignent d'un certain nombre d'anticipations, et notamment dans les quatre registres suivants : finance, santé (capital corporel et capital santé), logement (localisation et aménagement), liens sociaux (relations affectives, familiales, amicales et de voisinage).

La majorité des personnes interrogées rapportent des anticipations dans le registre financier (épargne-pension, autres types d'épargnes, assurances, et quelques fois investissements immobiliers pour générer des revenus supplémentaires). Une majorité toujours, même si un peu moins forte, fait état des comportements visant à maintenir son capital santé et/ou son capital corporel : opérer un suivi médical régulier, surveiller son alimentation, et plus rarement faire du sport. Un peu moins de la moitié des répondant-e-s évoque des anticipations relatives au logement : elles concernent, tantôt l'adaptation du logement aux besoins de la vieillesse (aménagement d'un espace plain-pied ou permettant le déplacement en chaise roulante suite à, ou dans la perspective de potentiels soucis de santé… ou construction d'un espace d'accueil pour préserver les liens), tantôt les déménagements pour se rapprocher d'amis ou de membres de la famille afin de renforcer des liens, ou de services et équipements (qui pourraient s'avérer) nécessaires. Peu de personnes rencontrées adoptent dès à présent des comportements en prévision d'une possible modification de leur réseau relationnel ; lorsque c'est le cas, la consolidation du réseau amical (via des activités culturelles, de loisirs, philanthropiques ou de bénévolat) est davantage évoquée que l'entretien des relations familiales.

L'analyse a permis de mettre au jour un certain nombre de déterminants matériels et idéels de ces comportements. Ainsi, les ressources économiques ont un impact déterminant sur le degré et les formes des anticipations financières : la plupart des investissements requiérent un capital de départ ; un prêt bancaire ne peut être obtenu sans garanties... Elles ont également un impact sur le degré et les formes des anticipations en matière de logement : l'achat d'un bien immobilier est une conversion de capital ; l'aménagement d'un logement a un coût qu'il faut pouvoir supporter. L'expérience directe (son propre corps à l'épreuve de la maladie, de l'effort, du vieillissement) ou indirecte (via l'état de santé des aînés côtoyés) que les acteurs font du vieillissement semble déterminante pour les anticipations en termes de santé. Parmi les déterminants idéels, on peut citer : le souci d'épanouissement et de réalisation de soi, la logique de responsabilité individuelle ou le principe de précaution pour le registre financier ; la logique d'affermissement des liens, le souci d'autonomie et de responsabilité individuelle pour le registre du logement ; la préoccupation pour le présent et l'intérêt pour un mode de vie pour le registre de la santé ; et l'expression de la volonté de « se débrouiller seul » pour le registre relationnel. Autant de variables qu'une perspective prospective devrait pouvoir prendre en compte.

Au-delà des comportements soulignés ci-dessus et de leurs déterminants, l'analyse a fait ressortir deux éléments très importants pour la démarche prospective : le poids relatif du vieillissement comme moteur des pratiques anticipatives d'une part, et la structuration temporelle sous-jacente aux propos des futur-e-s aidant-e-s et aidé-e-s d'autre part.

Quel que soit le registre considéré, très peu de comportements relatés méritent à proprement parler le titre de « stratégie-vieillissement » dans la mesure où ils ne sont que très rarement mus par l'anticipation du vieillissement. Ainsi, à titre d'exemple, l'épargne simple est bien souvent privilégiée à l'épargne-pension, et, en général, les priorités budgétaires du moment priment sur l'anticipation du vieillissement. Les réserves constituées sont mobilisables pour tous les aléas de la vie. De même, il est très rare qu'un lien mécanique puisse être établi entre stratégie de santé et anticipation du vieillissement ; la préoccupation pour l'alimentation, fréquemment rapportée, l'illustre parfaitement dès lors qu'elle renvoie à une diversité de motifs : adhésion à un mode de

vie (manger bio, s'affirmer végétarien…), répondre à une préoccupation actuelle (perdre du poids pour se sentir mieux, diminuer son taux de cholestérol…). Ou encore, nombre de suivis médicaux font suite à des soucis déjà présents. Dans le registre immobilier, l'acquisition d'un logement (trois-quarts des répondant-e-s sont propriétaires) est fréquemment présentée comme une formule de « sécurité financière » quel que soit le cycle de la vie. Quant au registre relationnel, les anticipations sont simplement imaginées pour le futur…

Ceci amène à s'interroger sur la pertinence des concepts d'anticipation et de stratégie dès lors qu'il s'agit d'étudier les comportements des acteurs face au vieillissement. Outre le fait que faire l'hypothèse d'une génération faisant davantage preuve d'anticipation et de stratégie que celles qui l'ont précédée relève sans doute d'une posture ethnocentrique difficilement défendable, les concepts d'anticipation et de stratégie requièrent l'adhésion au paradigme de l'individu rationnel. Or, beaucoup de choses se font sans projection et conscience claire de l'acteur/rice et sa rationalité est souvent limitée. De plus, la rationalité dont il est question ici a tendance à faire du vieillissement LA priorité ultime, reléguant du même coup à l'arrière-plan les autres priorités présentes au long de la vie. À ces réserves, on peut ajouter le risque de stigmatisation que la mobilisation de tels concepts fait peser sur ceux qui ne savent ou ne peuvent anticiper. À ce stade, on peut se demander si ces concepts ne gagneraient pas à être réservés pour l'analyse de l'action des pouvoirs publics. Pour les individus, les concepts de ressources, et de capacités devraient leur être préférés.

Relativement à la structuration du temps, tant les entretiens avec les futur-e-s aidant-e-s et aidé-e-s que les rencontres avec les professionnel-le-s et les expert-e-s font apparaître une découpe du temps en trois : le temps des investissements ; le temps anticipé de la vieillesse active ; le temps non anticipé de la dépendance. Le temps 1, celui dans lequel se trouvent la plupart de nos interlocuteurs/rices est souvent celui de la vie active, où on acquiert puis paie sa maison, où on éduque et prépare l'avenir de ses enfants… Le temps 2 débutera pour la majorité au moment de la retraite ou de la pré-retraite. Nos interlocuteurs/rices n'ont aucun mal à l'évoquer, c'est là qu'ils/elles dessinent l'idéal du « bien vieillir » : chez soi, autonome, actif/ve, en bonne santé, en maintenant une qualité de vie qui doit rester épanouie. Le temps 3 par contre, celui de la

dépendance, n'est quasiment pas évoqué, et exceptionnellement anticipé… comme s'il s'agissait de conjurer le sort. Les professionnel-le-s de l'aide et du soin confirment cette césure nette entre les temps 2 et 3. Celle-ci est source de préoccupation. Ces deux temps sont appréhendés comme structuralement antinomiques : T2/T3 ; chez soi/dans un ailleurs repoussoir (hôpital, MR, MRS) ; autonome/dépendant ; actif/passif ; en bonne santé/en mauvaise santé ; bien vieillir/ grande dépendance ; pensé/implicitement évacué. À partir de là, comment construire une perspective de T3 prolongeant le bien vieillir ? Il s'agit à n'en pas douter d'un enjeu sociétal crucial.

3.3.c Risques et enjeux

Le tableau qui suit identifie les risques (en bleu au centre) et les enjeux (à l'extérieur) tels qu'ils découlent de l'analyse.

Ces enjeux semblent se structurer autour de l'enjeu essentiel que constitue la continuité des liens, de l'aide et des soins pour promouvoir le « bien-vieillir ». Ils concernent une multitude d'acteurs/rices : les individus eux-mêmes, les proches (famille, ami-e-s, voisin-ne-s), celles et ceux de l'aide informelle et formelle, les initiateurs/rices des innovations sociales, les associations et institutions d'aide et de soin, les acteurs/rices du marché, l'Etat dans ses différentes composantes (fédérales, régionales, communautaires, provinciales, communales).

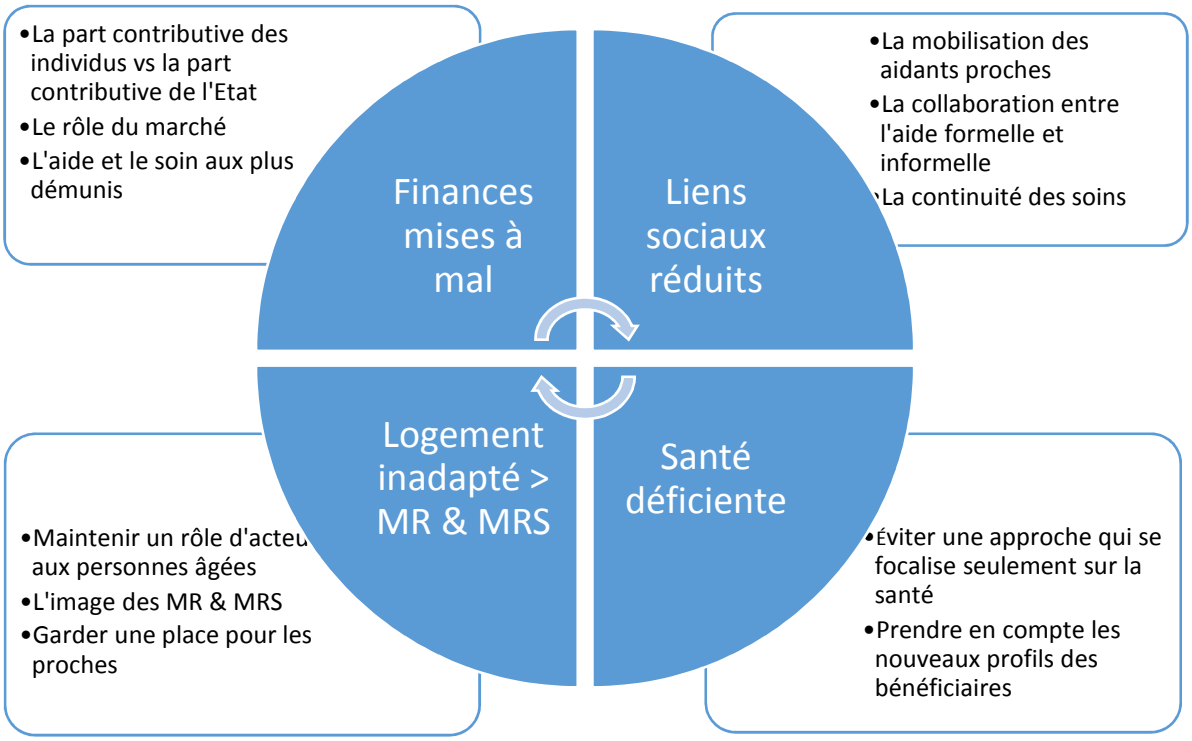


Figure 82: Risques et enjeux relatifs aux vieillissements

Pour chacun des quatre registres (finance, logement, liens sociaux, santé), on peut identifier des enjeux aux niveaux macro- méso- ou microsocial. Au niveau macro, les divers gouvernements fédéral, régionaux et communautaires, par exemple, disposent de compétences leur permettant d'intervenir dans chacun d'entre eux. Au niveau méso, on pensera à des enjeux impliquant des réseaux locaux de crédit ou de troc, des initiatives privées d'habitats groupés, des initiatives d'entraides au sein des quartiers, de formules d'hébergement regroupant une diversité de profils. Quant au niveau micro, le WP3 a montré à suffisance les multiples possibilités d'action des individus eux-mêmes et de leur entourage proche.

4. Aspects méthodologiques : construction de scénarios prospectifs et analyse des tensions au cœur de la prise en compte du vieillissement

4.1 La démarche prospective : analyse des perspectives et des enjeux du vieillissement à l'horizon 2045

« Ni prophétie ni prévision, la prospective n'a pas pour objet de prédire l'avenir — de nous le dévoiler comme s'il s'agissait d'une chose déjà faite — mais de nous aider à le construire. Elle nous invite donc à le considérer comme à faire, à bâtir, plutôt que comme quelque chose qui serait déjà décidé et dont il conviendrait seulement de percer le mystère »

(de Jouvenel, 2004, 7)

Comme le suggère de Jouvenel, l'objectif principal d'une démarche prospective n'est pas de prédire le futur, mais bien de mettre en évidence les perspectives, les opportunités et les risques à prendre en compte pour produire collectivement un futur désirable.

Telle que nous la concevons, la démarche prospective a donc pour objectif premier de permettre aux acteurs (quels qu'ils soient) impliqués dans une problématique sociétale de prendre conscience du caractère ouvert et malléable du futur. Il s'agit d'aider les acteurs qui vont construire le futur à refuser,– ou à sortir d'– une vision fataliste ou déterministe, voire parfois catastrophiste, du futur. L'analyse prospective doit donc fournir des ressources analytiques pour l'action permettant d'envisager le futur comme objet d'intervention et de construction.

Pour fournir ces ressources analytiques, nous mettons au centre de la démarche prospective, l'analyse des différentes composantes de la problématique (ici donc le vieillissement de la population). Ces composantes constituent le matériau à partir duquel il est possible d'envisager des solutions futures à la problématique au cœur de l'investigation comme autant de perspectives. Le terme de perspective est particulièrement intéressant car il renvoie dans le même temps à l'existence de différentes visions possibles du futur (on parle par exemple des perspectives d'avenir), mais également, dans le même temps, il renvoie à l'idée qu'une situation peut toujours être décrite selon des perspectives différentes (comme une photo ou un tableau peut être construit selon des perspectives différentes).

Le terme de « perspective » synthétise alors la double ambition de notre analyse qui consiste d'une part à rendre compte de différents futurs possibles (1), et d'autre part, à les examiner en faisant varier les points de vue, et en particulier ceux des différents acteurs qui sont amenés à y jouer un rôle (2). Sur le plan méthodologique, on procède à l'élaboration de différents scénarios décrivant les enjeux du vieillissement à l'horizon 2045 pour ensuite les analyser, via la réalisation de focus-groupes, en faisant varier les angles d'approche. C'est la méthode qui permet le mieux de faire surgir les enjeux – souvent imprévus – de ces scénarios ainsi que les tensions ou les risques et les opportunités qu'ils posent.

Notre analyse comporte donc deux phases successives : (1) une phase de construction de plusieurs scénarios qui imaginent et décrivent de manière narrative différents futurs possibles du vieillissement en Wallonie (il s'agit de montrer que le futur est ouvert en construisant différents futurs possibles) et (2) une phase d'analyse de la réception de ces scénarios par des acteurs du vieillissement (il s'agit de mettre en évidence les perspectives à prendre en compte pour envisager collectivement le futur). Pour réaliser ces deux étapes, nous avons mobilisé les outils de la prospective participative qui combine construction de scénarios et réalisation de focus-groupes rassemblant experts et acteurs de terrain.

4.2 La méthode des scénarios et la prospective participative

La rédaction de scénarios prospectifs qui ont pour objectif la description de « futurs possibles » apparaît comme l'outil privilégié de la démarche prospective (de Jouvenel, 2004, 51). Comme le note de Jouvenel : « des scénarios contrastés, tels qu'on les utilise en prospective, en principe supposent des configurations morphologiquement différentes. Ce n'est pas un peu plus ou un peu moins de la même chose mais une autre chose, une autre histoire bâtie à partir de transformations structurelles du système. » (de Jouvenel, 2004, 53)

La méthode prospective suppose donc la construction narrative de différentes versions du futur prenant appui sur des variations conséquentes du contexte social général. La mise en évidence de différentes alternatives d'évolution permet en effet de

dévoiler le caractère construit et ouvert du futur et d'indiquer des directions possibles, des opportunités présentes dans les situations actuelles, sans cependant céder au penchant de la prévision.

Notons que le scénario peut être considéré comme l'output final d'une analyse prospective, mais qu'il peut également être mobilisé au cours de la recherche pour analyser de manière plus détaillée les tensions à l'œuvre dans l'évolution du problème investigué ; c'est cette dernière démarche que nous avons poursuivie. Plus précisément, nous avons choisi ici d'utiliser la construction de scénario dans le cadre d'une analyse prospective participative. L'analyse que nous avons produite a donc articulé deux étapes successives : 1/ L'étape de la construction des scénarios sur base de recherches préalablement menées (essentiellement dans le cadre des WP1, 2 et 3) et 2/ l'étape de l'analyse de la réception de ces scénarios par des experts de la question.

4.3 La construction de quatre scénarios

La méthode utilisée pour construire les quatre scénarios est largement inspirée par les travaux de de Jouvenel, ainsi que de leur mobilisation par le consortium de recherche qui réalisa l'étude de prospective « transition énergétique » commanditée par l'IWEPS et publiée en mars 2015 (CLIMACT, 2015).

D'après de Jouvenel le processus de construction de scénarios prospectifs suit cinq étapes :

> « 1. La définition du problème et le choix de l'horizon.
>
> 2. La construction du système et l'identification des variables clefs.
>
> 3. Le recueil de données et l'élaboration des hypothèses.
>
> 4. La construction, souvent en forme d'arborescence, des futurs possibles.
>
> 5. Les choix stratégiques. » (de Jouvenel, 2004, 55-57)

Les auteurs du rapport *Transition énergétique* ont librement adapté ces cinq étapes de la manière suivante :

« L'étude s'est inspirée de la démarche prospective proposée par H. de Jouvenel et M. Godet et a été structurée en 5 étapes : (1) la définition du problème et le choix de l'horizon, (2) l'identification des variables clés, (3) les interactions entre les variables à analyser et l'élaboration des hypothèses, (4) l'élaboration des futurs possibles et (5) la comparaison des scénarios et l'établissement des recommandations. » (CLIMACT, 2015, 17)

Nous avons pour notre part suivi les étapes suivantes :

Première partie : intégration des matériaux de recherche

1) Définition du problème et choix de l'horizon temporel (4.3.a)
2) Identification des variables clés sur base des conclusions des recherches préalables (WP1, WP2 et WP3) (4.3.b)
3) Identification des épreuves (épreuves-normatives et des épreuves-défis) sur base des recherches préalables (WP1, WP2 et WP3) (4.3.c)
4) Construction de quatre scénarios (4.4.)

Seconde partie : analyse

1) Analyse de la réception des scénarios dans quatre focus-groupes,
2) Approfondissement de l'analyse à travers la notion de tensions et établissement de recommandations (5 et 6)

4.3.a Définition du problème et choix de l'horizon temporel

Il est « indénié » et indéniable que la Belgique est à la croisée des chemins en termes de politique d'accompagnement du vieillissement. La 6ème réforme de l'Etat et en particulier la création d'un OIP repositionne cette politique-encore-à-définir au niveau régional. La décision de mettre en œuvre une assurance autonomie au niveau wallon est un premier jalon important qu'on ne saurait nier.

Depuis le 2 juillet 2015 en effet, cette assurance est créée, elle sera effective au 1/1/2017. Contrairement à la Flandre qui a choisi une assurance en cash, la Wallonie a choisi de mettre à disposition des personnes dépendantes une série de services via les organisations déjà existantes (augmentation du contingent d'heures d'aide familiale et

ménagère etc…). Cette assurance sera financée, entre autres, par l'APA et ne sera pas versée aux personnes en maison de repos. Autrement dit, l'assurance est une indication d'un choix pro-domicile et pro-organisations existantes (non-marchandes) qui s'inscrit dans une forte tradition nationale privilégiant l'accompagnement à travers la prestation plutôt que les transferts monétaires. Cette path dependency ne saurait être négligée dans la réflexion prospective.

L'avènement d'une assurance autonomie ne résoudra pourtant pas l'ensemble des tensions qui marquent la gestion du vieillissement à l'horizon 2025-2045. Sur le plan de l'action publique, une vision intégrée des différents niveaux d'action (micro, meso, macro) fait largement défaut. Sur le plan de la place et de la représentation des personnes âgées également, une vision intégrant les aspects médicaux, sociaux, psychologiques reste à mettre en place. Sur le plan des acteurs qui accompagnent la gestion du vieillissement, la formation, les rôles et interactions sont à repenser à partir de la reconnaissance des situations singulières mais interchangeables d'aidant-e-s proches, de professionnel-les et des patient-e-s. Enfin, sur le plan des valeurs mobilisées, les formes et le périmètre de la solidarité sont à repenser en décloisonnant et en innovant au-delà des transferts monétaires ou des services actuels. La capacité de la société à répondre à la demande future de services d'accompagnement au domicile ou d'habitat adapté dépendra, entre autres, de sa richesse, à la fois en termes de la capacité des individus dans le besoin à payer pour des forfaits de soins, et de la capacité de la société à financer un système de soins collectifs. La polarisation des revenus et les inégalités sociales laissent présager l'avènement d'une population âgée encore plus fragmentée, entre certaines cohortes de personnes âgées bénéficient de grandes ressources financières, à travers par exemple l'indexation de leurs pensions ou la revalorisation de leurs revenus, ou de la richesse accumulée dans les « stocks » de logement et d'autres cohortes, aux carrières interrompues ou incomplètes, due à la crise financière, à des taux de chômage élevés et permanents. Il faudra donc rester vigilant en ce qui concerne les objectifs d'égalité d'accès aux services, de justice sociale, d'égalité entre les sexes ou encore de redistribution sociale. Tandis qu'un nombre de personnes âgées se trouvera dans une meilleure position financière pour faire face à une partie des coûts des soins, d'autres seront tributaires d'une solidarité collective qu'il faut repenser.

Au-delà de cet aspect très général, les enjeux actuels et futurs du vieillissement sont multiples et doivent être décrits par la conjugaison d'un nombre important de variables que nous avons identifiées sur base des conclusions des WP1, 2 et 3. Ces variables s'organisent autour d'un enjeu qui, au terme du WP3 apparaît comme central : la continuité des liens, de l'aide et des soins pour promouvoir le « bien-vieillir ».

L'horizon temporel pour cette analyse prospective se situe aux années 2025-2045.

4.3.b Identification des variables clés sur base des recherches préalables (WP1, WP2 et WP3)

La première étape de notre travail a consisté en l'identification de l'ensemble des éléments devant être pris en compte afin de décrire les futurs possibles du vieillissement en Wallonie.

Pour identifier ces éléments, nous avons mobilisé les conclusions des trois premiers *Working Packages*. Ce travail nous a permis de dégager 23 variables susceptibles d'évoluer au cours du temps et de transformer les enjeux du vieillissement. Ces 23 variables peuvent être de nature très diverse. Certaines s'attachent à décrire l'expérience vécue des individus vieillissants et se situent au niveau individuel (variables issues principalement du WP3) ; d'autres permettent de décrire le niveau organisationnel et les éléments qui relèvent du rôle des organisations innovantes dans la gestion du vieillissement (variables issues principalement du WP2); un dernier type de variables se situe au niveau plus macro et permet de décrire le contexte démographique, social et politique de la société wallonne (issues en partie du WP1). Ensemble, elles permettent de décrire précisément les enjeux du vieillissement en Wallonie à un temps *t*.

En nous inspirant de la méthode mobilisée dans le rapport *Transition énergétique*, nous avons organisé ces variables en trois types distincts : des variables d'états, des variables de contrôle ainsi que des variables de contexte (définition dans le cadre ci-dessous) :

Type de variables	Description*
Variables d'état	Les variables nécessaires et suffisantes pour décrire les enjeux du vieillissement de la population wallonne à une époque donnée, ainsi que les caractéristiques des actions entreprises par les acteurs (publics, associatifs, marchands) investis dans la gestion et la prise en compte de ces enjeux. Nous distinguons de ce point de vue : - **des variables d'état permettant de situer la position singulière** d'individus aux parcours de vie divers face aux enjeux du vieillissement. Il s'agit de variables qui se situent au niveau micro, individuel, mais dont l'agrégation statistique permet à un moment t de décrire l'état général des enjeux du vieillissement en Wallonie en adoptant une perspective macroscopique ; - **des variables d'état permettant de décrire la forme organisationnelle et institutionnelle**, à un temps t, des actions entreprises par les acteurs (publics, associatifs, marchands) engagés dans la gestion des enjeux du vieillissement. Il s'agit de variables situées au niveau méso ou organisationnel permettant de décrire les aspects structurels de la prise en compte des enjeux du vieillissement à un temps t.
Variables de contrôle	Les leviers d'actions de politique publique qui, au nom du bien public, peuvent influencer la prise en compte et la bonne gestion des enjeux du vieillissement en Wallonie. L'étude s'intéresse particulièrement aux leviers relevant des compétences accordées à la Région wallonne à partir de la sixième réforme de l'État.
Variables de contexte	Les variables qui définissent les pressions exercées sur les enjeux du vieillissement en Wallonie. Nous distinguons de ce point de vue : - **des tendances sociologiques et démographiques lourdes**, dont il est raisonnable de penser (sur base de la littérature sociologique) que leur direction et l'effet qu'elles auront sur les enjeux du vieillissement à moyen terme (30 ans) peuvent être pris pour acquis ; - **des variations de contexte incertaines**, susceptibles de changer de direction à relativement court terme (5 ans).

Tableau 38: types de variables

Nous avons donc classé ces 23 variables selon les catégories dans le tableau suivant :

Contexte	Etat	Contrôle (politique publique)
Tendances lourdes 1. **Vieillissement** de la population 2. Augmentation du degré de **multiculturalité** 3. **Paupérisation** d'une frange de la population (ou polarisation des classes sociales) 4. Transformation et multiplication des **configurations familiales** 5. **Individualisation** de la société et modification des rapports sociaux de solidarité (dont mutation des obligations familiales) **Tendances actuelles** 6. Etat des **innovations technologiques** 7. Etat des **innovations sociales** 8. Modification des profils des personnes en MR&MRS 9. Contexte **idéologique** (marchand/non marchand ; libéral/social) 10. **Conjoncture économique** (crise/reprise)	**Variables singularisations** 11. Les **styles de vie** des individus (nutrition, activité physique, suivi médical…) 12. Les **ressources** économiques, sociales, culturelles, temporelles et de santé des Individus 13. Le **rapport aux services formels** et aux institutions des individus 14. La structure des **réseaux informels** d'entraide des individus **Variables organisationnelles** 15. Adéquation de la prise en charge (équilibre offre/demande de service et de soin) 16. Capacité de détection des besoins par les acteurs du vieillissement 17. Capacité de mobilisation (capitaux, énergie, expérience) et hybridation des acteurs du vieillissement	18. en matière de **précarité**, sécurité sociale 19. relatives au **logement** et à l'accès aux institutions 20. relatives à la **dépendance** et aux **soins et services** 21. relatives à la **prévention**, à la **promotion** et à l'accès aux soins de santé 22. relatives à l'accès à la **culture** 23. relatives à la **formation** et à **l'emploi** (des travailleurs du secteur)

Tableau 39: 23 variables permettant de décrire les enjeux du vieillissement

De manière schématique l'agencement de ces 23 variables permet de décrire les enjeux du vieillissement de la manière suivante :

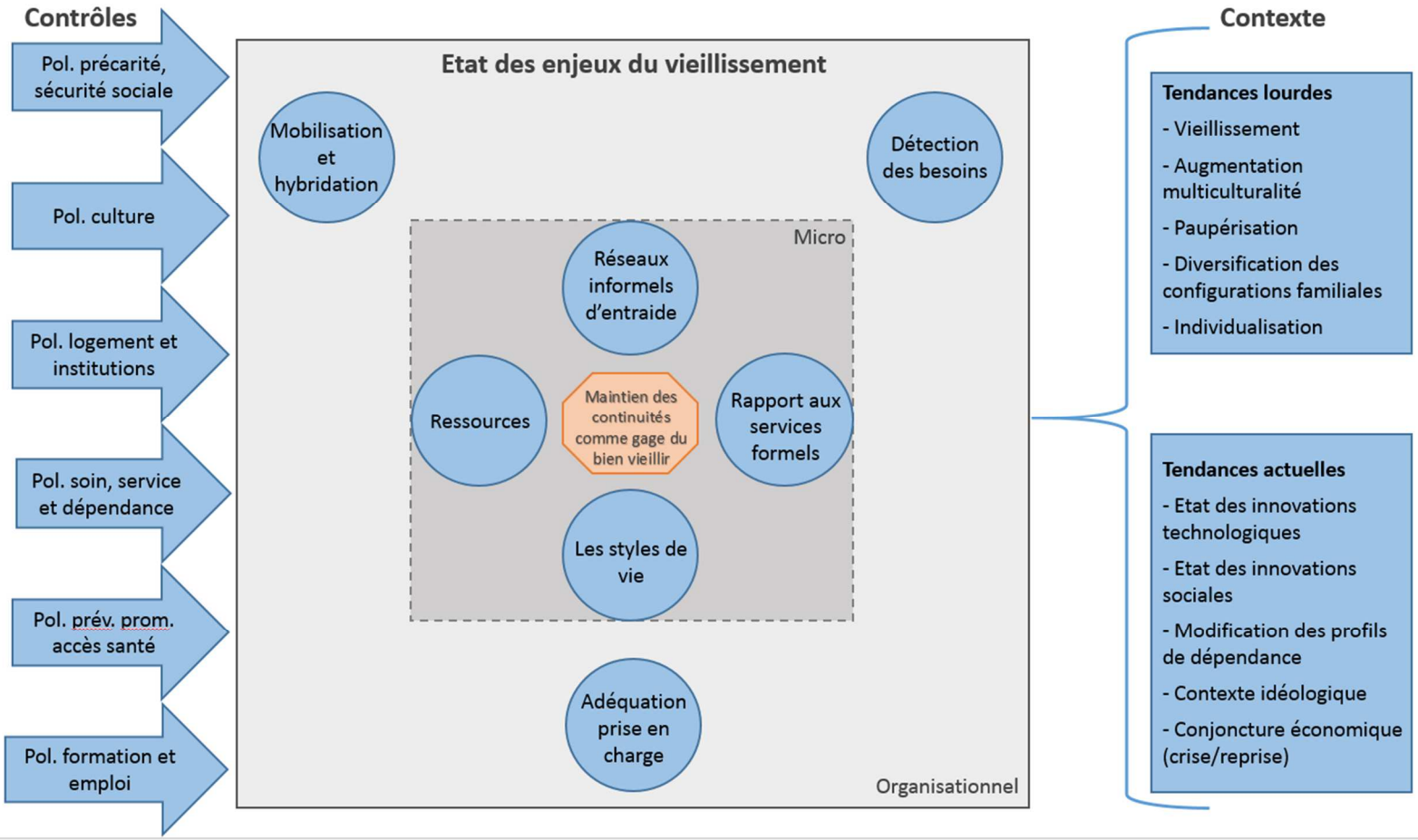


Figure 83: Variables de l'état des enjeux du vieillissement

Les enjeux du vieillissement peuvent ainsi être synthétisés par la conjonction de variables de contrôles, d'état et de contexte, ainsi que par l'articulation des niveaux macro, organisationnel et individuel (micro).

L'identification de ces variables nous permet de prendre en considération l'ensemble des variations possibles à intégrer dans les scénarios. À l'exception des variables de contexte dites « tendance lourdes » peu susceptibles de varier d'ici 2045, les 18 autres variables identifiées sont susceptibles de varier d'ici 2045. Cette cartographie des variations possibles est une étape préalable à la construction de futurs possibles réalistes et envisageables.

Il n'est évidemment pas possible de construire autant de scénarios qu'existe de combinaison possible de variations pour ces 23 variables. Comme nous le montrerons, ces 23 variables ont été intégrées dans les différents scénarios de manières diverses. Parmi celles-ci deux variables de contexte ont cependant été choisies pour organiser l'espace logique des scénarios. Il s'agit :

Du contexte économique et budgétaire général en Wallonie (variable n° 10) ;

Du contexte idéologique orientant la politique régionale (variable n° 9).

Il s'agit de deux variables de contexte susceptible de varier d'ici 2045 et dont la variation aura des conséquences certaines sur les variables de contrôle (principalement donc sur les politiques publiques déployées pour gérer les enjeux du vieillissement).

Du point de vue de la variable 10 (contexte économique), nous avons précisément décidé de distinguer dans les scénarios une situation économique basse (un contexte de tension budgétaire) et une situation économique haute où les acteurs publics disposent de moyens conséquents pour mener les politiques liées aux enjeux du vieillissement.

Du point de vue de la variable 9 (contexte idéologique), nous distinguons deux contextes différents. Un futur où les politiques publiques liées aux enjeux du vieillissement sont orientées principalement vers le soutien direct envers les personnes vieillissantes et, à l'inverse, un futur où les politiques publiques sont principalement orientées vers le soutien des acteurs institutionnels de l'aide et des soins.

En croisant ces deux variables, nous obtenons donc un espace logique, une matrice à quatre entrées, qui nous servira de point de départ pour construire quatre scénarios.

- **Le scénario 1** présentera une situation marquée par la faible disponibilité de ressources économiques ainsi que par une politique du vieillissement axée vers le soutien public aux services et acteurs de l'aide et des soins.
- **Le scénario 2** présentera une situation marquée par la faible disponibilité de ressources économiques et une politique orientée vers le soutien aux individus
- **Le scénario 3** présentera une situation économique favorable et une politique orientée vers le soutien aux individus
- **Le scénario 4** présentera une situation économique favorable et une politique orientée vers le soutien public aux services et acteurs de l'aide et des soins.

Le schéma suivant représente cet espace logique.

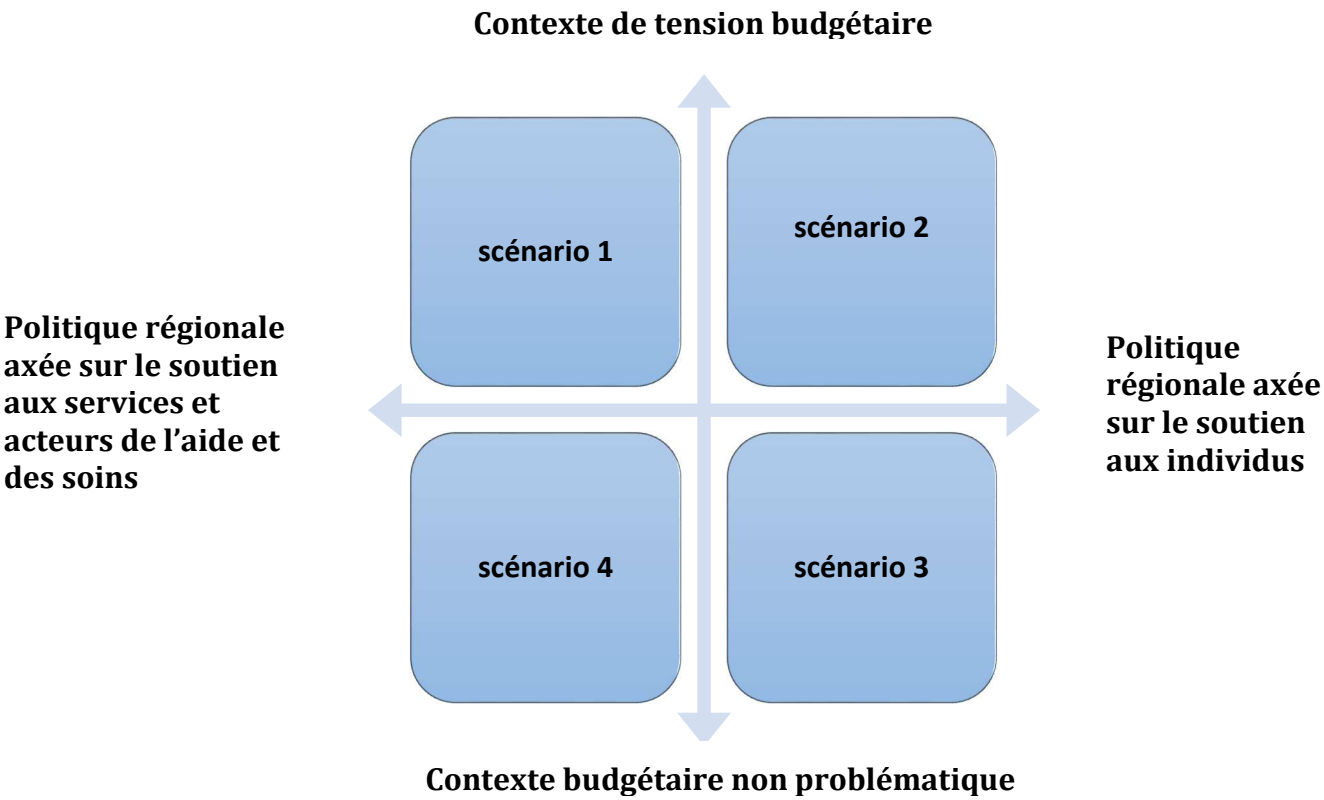


Figure 84: L'espace logique des scénarios

Il faut remarquer que, dans la réalité, le futur qui émergera se situera sans doute davantage dans une position intermédiaire au sein de cette matrice que dans les positions

extrêmes que nous avons choisi d'investiguer. Débuter le travail de construction scénaristique sur base de cet espace logique contrasté est cependant utile car il nous permettra de mettre en évidence différentes tensions marquant le développement des enjeux du vieillissement et de mettre ces tensions en discussion dans les focus-groupes.

Les 21 autres variables sont insérées directement dans la trame narrative des différents scénarios. Les scénarios que nous avons rédigés ont la particularité d'intégrer trois niveaux d'analyse dans une même trame narrative.

Chaque scénario débute ainsi par une évocation de l'évolution du contexte macroscopique de la Wallonie. Au-delà des variables 9 et 10, les variables 6, 7 et 8 varient également d'un scénario à l'autre. Le scénario 4 est par exemple construit pour donner une place très importante aux innovations technologiques (variable 6).

Après avoir présenté l'évolution du contexte macroscopique les scénarios présentent dans un même récit le parcours et la biographie de personnes vieillissantes ainsi que l'évolution organisationnelle d'acteurs de l'aide et des soins. Les variables individuelles et organisationnelles (variables 11 à 17) ont été utilisées pour construire les différents profils de personnes vieillissantes ainsi que des acteurs de l'aide et des soins avec lesquels ils rentreront en contact au fil du temps. C'est de cette manière que seront articulées dans les scénarios les évolutions macro, méso et micro.

Certaines variables de contexte général (les tendances lourdes) sont quant à elles stabilisées pour l'ensemble des scénarios. L'accroissement de la proposition de personnes de plus de 65 ans dans la population wallonne est pris pour acquis et ne sera pas soumis à des variations d'un scénario à l'autre. Il en va de même pour l'augmentation de la multiculturalité (variable 2) en Wallonie, d'une tendance à la paupérisation (variable 3) ainsi qu'à l'individualisation (variable 5) ainsi que d'un mouvement vers une plus grande diversification des configurations familiales (variable 4).

4.3.c Identifier les épreuves (épreuves-normatives et épreuves-défis) marquant la gestion des enjeux du vieillissement

Au-delà de la construction de futurs possibles, les scénarios sont construits en vue de l'analyse des différentes perspectives futures du bien-vieillir réalisée dans les focus-groupes.

Pour que cette analyse soit pertinente, il est nécessaire que les scénarios permettent le débat sur ces différentes perspectives. Pour que cela soit possible, les scénarios doivent comporter suffisamment d'éléments contrastés sur lesquels les participants peuvent s'appuyer pour argumenter leur propos. Cette démarche est complexe car, s'il est important que les scénarios permettent de discuter des perspectives futures, il ne faut pas qu'ils cadrent trop les discussions.

Pour ce faire, nous avons intégré la construction des scénarios dans une réflexion préalable sur les « épreuves » au cœur de la gestion du vieillissement en Wallonie. Les récits de vie produits ont alors pour objectif de rendre compte des épreuves que peut faire peser le vieillissement tant sur les personnes vieillissantes, que sur les acteurs de l'aide ou sur la société dans son ensemble. La mise en évidence d'un nombre très important d'épreuves différentes dans les scénarios a pour objectif de susciter la discussion dans les focus-groupes sur les différentes perspectives du bien-vieillir, sans enfermer d'emblée cette discussion dans des cadres trop étroits ou rigides[151].

Le terme d'« épreuves » renvoie principalement à deux types de tension. Dans un premier sens, l'épreuve porte (1) sur les principes discursifs, moraux ou normatifs mobilisés par les acteurs pour justifier le caractère désirable du futur (nous parlons ici de tension entre principes de justifications opposés, sources de conflit potentiel sur l'avenir

[151] Cette analyse préalable des épreuves nous permet aussi d'adopter une posture réflexive sur le caractère cadrant des scénarios pour la discussion. Il s'agit d'être conscient des différentes épreuves autour desquelles chaque scénario est construit afin de prévoir de possibles effets de cadrage du scénario sur les contenus des débats au sein des focus-groupes. Nous décrirons les épreuves principales de chaque scénario au moment de l'analyse des focus-groupes (section 5).

de la prise en compte du vieillissement) et (2) sur le vécu difficile du vieillissement (source de tension pour les individus et les intervenants).

Ce concept d'épreuve est utile ici car il constitue un « mode d'entrée pour étudier empiriquement la vie sociale et sa reproduction » (Martuccelli, 2015, 6). Il permet de combiner deux manières de décrire la réalité qu'il est intéressant de combiner pour réaliser une analyse prospective.[152] Nous avons intégré ces deux types d'épreuves dans le scénario.

De manière plus précise, dans une première conception, l'épreuve du vieillissement peut être liée à la manière dont évolue la conception du vieillissement comme problème collectif. Nous parlerons en ce sens « d'épreuves de normativité ». Différents acteurs intervenant dans la prise en compte du problème, peuvent en effet fonder leur action sur des conceptions de la justice, du désirable, de la morale, ou, ici, du « bien-vieillir » différentes. La rencontre de ces conceptions dans des conflits ou des controverses constitue une épreuve pour la construction du futur dont il faut rendre compte. Nous aurons pour objectif de rendre compte de ces différentes tensions opposant des principes normatifs contradictoires et alimentant les controverses sur l'organisation du bien-vieillir. Cette démarche est importante car, d'après les sociologues porteurs de ce projet de « sociologie des épreuves » [153], c'est en déployant leur capacité critique dans des épreuves de normativité que les individus mettent en forme et transforment le monde social.

La mise en évidence de « logiques contradictoires » (Barthe et al., 2014, 186) dans la prise en charge du vieillissement aujourd'hui constitue donc une ressource analytique dont pourront se saisir les acteurs pour mettre en forme le futur ; cette mise en évidence doit donc être au cœur d'une analyse prospective. Nous nous efforcerons d'analyser les données issues des focus groupes sous cet angle de vue et proposerons une analyse des

[152] Une analyse des tensions en termes d'épreuves est particulièrement utile pour la mise en œuvre d'une démarche prospective car comme le note D. Martuccelli, : « elle [l'analyse des épreuves] doit permettre aux individus de prendre conscience de leurs possibilités réelles d'action qui peuvent s'éloigner des perceptions préalables qu'ils en ont. » (Lits, 2010).

[153] Pour plus d'information sur cette « sociologie des épreuves » : voir : (Barthe et al., 2014)

perspectives du futur du bien-vieillir sous forme de « logique contradictoire », opposant des conceptions différentes du futur pour différents enjeux.

Dans une seconde acception, la notion d'épreuve renvoie, non plus aux registres normatifs ni aux activités critiques et justificatrices des acteurs, mais bien directement au vécu des enjeux du vieillissement pour les individus. Nous parlerons ici « d'épreuve-défi » (Martuccelli, 2015, 50). Ce vécu peut être celui de l'intervenant, du médecin, de l'aide-soignante, de l'aidant proche, mais peut aussi (et sans doute surtout) être celui de la personne confrontée à l'épreuve du vieillissement.

Dans cette conception : « Les épreuves sont donc des défis historiques, socialement produits, inégalement distribués, que les individus sont contraints d'affronter. » (Martuccelli et Lits, 2009, 2). Il s'agit ici de rendre compte du vieillissement comme étant une épreuve qui s'impose inégalement aux individus qui devront y faire face en fonction des ressources et des différents supports dont ils disposent. Rendre compte des tensions du vieillissement suppose ici de rendre compte de la diversité des manières dont des individus font face avec plus ou moins de succès à cette épreuve. Il ne s'agit pas alors de réduire le vieillissement à une succession de vécus individuels, mais bien de comprendre comment le vieillissement et l'épreuve qu'il fait subir à certains individus (personnes vieillissantes ou intervenants) est produit socialement et comment ses effets peuvent différer en fonction de la capacité à mobiliser supports et ressources eux-mêmes conditionnés par des facteurs sociaux. Le vécu individuel de l'épreuve est donc lui aussi enjeux de construction sociale et est porteur de tensions (de difficultés pour l'individu vieillissant et pour l'intervenant) que l'analyste doit identifier et mettre au jour afin de fournir des ressources analytiques aux acteurs désireux d'intervenir dans ce domaine[154].

[154] Notons que cette démarche, et cette vision du vieillissement comme épreuve-défi est au cœur de l'analyse récente (2015) des liens entre formes d'habitat et vieillissement en Belgique réalisée par Olivier Masson et ses collègues et commanditée par la Fondation roi Baudouin. (Masson, Vanneste, Baës-Cantillon et Grabczan, 2015)

❖ *a. Identifier les épreuves de normativité : Les rationales sous-jacentes aux réformes récentes en Europe (et pour l'horizon 2025)*

Nous l'avons dit, préalablement à la construction de scénarios, il est important d'identifier ces « épreuves normatives» pour pouvoir les intégrer de manière réflexive dans les scénarios avant qu'ils ne soient discutés dans les focus-groupes.

Pour les identifier, nous nous inspirons ici des conclusions du rapport CROME sur les réformes du *long term care* (LTC) dans quatre pays européens depuis les années 1990 (Belgique, Italie, GB, Allemagne)[155] (dans ce rapport, réalisé par Florence Degavre), les épreuves normatives sont désignées par le terme anglais de *rationales*).

La première section de ce rapport traite précisément des « *rationales* » (ou des épreuves de normativité) à l'œuvre dans le LTC. La deuxième traite des tendances à la marchandisation et à la re/défamilialisation. L'idée, dans la perspective de l'écriture des scénarios, fut de se servir des mouvements observés à plus ou moins grande échelle comme d'horizons plausibles pour l'évolution de l'accompagnement du vieillissement en Wallonie et comme base de discussion pour les focus-groupes. Toutes ces tendances s'observent à un niveau macro.

Définition d'un *rationale* (argument, raison ou élément fort des discours de justification). Le *rationale* traduit l'idée que les institutions qui déterminent les politiques produisent de l'idéologie). "Rationales" emerge as "*programmatic conceptions and idioms used in political debates*" about elderly care and reflect the way in which care-related "*social relations (…) in society are perceived*" (Bussemaker, 1998: 72). Rationales around reforms, either criticizing or justifying the transformations that have occurred, are interesting elements for contextualizing on what basis decisions and political orientations are made in home care. They highlight the choices that were made at a particular moment and give indications of what is considered "best care" by various actors. »

[155] Degavre, Florence ; Nyssens, Marthe. *Care regimes on the move: Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy*, 2012. 281 p. http://hdl.handle.net/2078.1/112096

D'après le rapport CROME que nous mobilisons ici, plusieurs visions/normes guident les réformes de l'accompagnement à domicile et certains *leitmotivs* synthétisent assez bien le périmètre des débats qui ont lieu autour de ces réformes. Le but de cette analyse en termes de « justifications » est bien de reconstruire la combinaison des « arguments de base (...) déployés par les différents acteurs sociaux » dans leurs actions (Bussemaker, 1998 : 82). Il y a par ailleurs parfois des contradictions entre les logiques de premier plan des décideurs politiques et celles partagées par le grand public. Des tensions plus ou moins claires, plus ou moins fortes surgissent alors. Elles portent sur ce que le recours à ces termes implique pour chacun, le sens qu'ils-elles leur donnent.

« *best value for money* » : En Angleterre, le concept représenté par « *value for money* » ou « *best value* » a été au cœur de la mise en œuvre des décisions prises dans le secteur de l'accompagnement des personnes âgées (ministère de la Santé, 1998 ; ministère de la Santé, 1989). Étant donné les ressources limitées disponibles, le système met l'accent sur la maximisation du retour sur investissement, en ciblant les plus démunis (en termes financiers et en termes de besoins), en déléguant le contrôle et la mise en œuvre des services via des appels d'offre, et en responsabilisant les utilisateurs eux-mêmes. L'idée est de ne plus procéder selon le « *one size fits all* » et de coordonner davantage les ressources des services de santé et les services sociaux. Le mécanisme exact utilisé varie selon les autorités locales, mais ils ont tous besoin de se conformer au principe de la « best value », ce qui les oblige à veiller à ce que les services commandés soient les plus rentables et efficaces dans l'amélioration du bien-être des bénéficiaires. Cette argument amène une culture de l'évaluation sur l'évaluation des outputs (résultats) et pas des inputs (niveau de formation des travailleur-s-es).

« *Empowerment* » : les personnes âgées d'aujourd'hui ont plus de conscience de leur pouvoir et de leurs droits qu'avant et donc, elles ont des attentes et des exigences plus importantes. Le thème de l'*empowerment* en découle logiquement. Avec celui-ci vient également propositions de changer le fonctionnement des services qui répondait souvent au « *one size fits all* ». Le recours à l'argument de l'empowerment appelle une vision non standardisée et personnalisée des services, avec entre autres, le thème de la co-construction qui implique, pour la personne âgée, de co-construire son service et sa relation de service. Les pays n'ont cependant pas la même définition du terme.

L'Angleterre a la conception la plus « raffinée » dans le sens où elle est liée à l'octroi d'un budget personnel qui vise à équilibrer les pouvoirs entre personnes bénéficiaires et aidant-e-s. Dans d'autres pays, l'*empowerment* est plutôt synonyme d'accès à l'information (et de multiplication d'innovations sociales ayant pour but d'informer/ de coordonner/ etc… pour améliorer les conditions dans lesquelles le choix de la personne peut se faire concernant son accompagnement). En Belgique, la prise de décision et l'évaluation de la qualité par les bénéficiaires de l'accompagnement sont, très progressivement, en train de devenir un enjeu via le thème de la participation notamment. Diverses organisations dont à l'origine de certains projets très innovants (sur les maisons pour la participation par exemple) et sont conscients de l'importance de donner aux personnes âgées une « voix », via des structures adéquates et indépendantes, où elles peuvent exercer un contrôle sur la façon dont ils-elles sont traités ou soignés. L'argument n'a pas encore été développé ou entendu sur une très grande échelle régionale ou nationale, mais il a certainement un avenir. Une conférence a été organisée en 2009 par les institutions de sécurité sociale sur l'autonomisation des personnes âgées. « La liberté de choix», « l'autonomie » ou « le pouvoir de décision » dans une situation de dépendance ont été mentionnés comme des questions-clés. Le *Resident Assessment Instrument* (utilisé aux États-Unis depuis les années 80) est également un nouveau sujet qui a été lancé lors de la Journée des personnes âgées nationale en 2009. Il est un instrument normalisé pour permettre à des personnes âgées dépendantes, avec l'aide de leurs divers prestataires de soins, d'évaluer correctement leur position, leurs besoins et les risques auxquels ils sont confrontés. La RAI offre également des incitations pour évaluer la qualité des soins.

Diversification de l'offre. Des documents montrent que la «diversification» est un terme récurrent dans les discours et les textes européens. En Allemagne et en Wallonie, il est entendu dans le cadre de l'introduction de mécanismes prévoyant plus de « marché ». Mais il est présenté comme un argument « pour » en Allemagne et « contre » en Wallonie. En Belgique, des solutions de soins et de santé privatisés sont apparus sur plusieurs fronts: (1) le développement de régimes d'assurance de santé privés à but lucratif, (2) le développement de groupes pharmaceutiques grands et influents, (3) l'arrivée de fournisseurs for-profit avec le système des titres-services, (4) une forte hausse du nombre de résidences privées à but lucratif en Wallonie. Le secteur des soins à domicile n'est pas très marchand en Belgique et, contrairement à l'Allemagne, le secteur à but non lucratif

milite fortement contre l'introduction des principes de marché, la concurrence et même la diversification, considérée comme une façon d'introduire des mécanismes de marché dans les services d'accompagnement à domicile. Les arguments « contre » sont avancés en particulier par les mutuelles, au nom de l'efficacité et aussi de l'égalité et de la justice. Les mutuelles affirment que, avant de marquer une nouvelle avancée vers toute forme de privatisation, une étude d'impact doit être menée, par l'introduction de projets pilotes et de leur évaluation du point de vue de (potentiels) « inconvénients en termes d'accessibilité, de qualité, de la solidarité et d'efficacité, qui sont des principes importants afin de garantir le droit fondamental d'accès aux services d'aide et de santé » (MC-Information, 2007: 7). En Italie, la diversification est généralement associée à une légitimité accrue pour la prestation de soins par des organisations à but non lucratif au regard du phénomène de travailleur-se-s migrant-e-s en situation irrégulière. Le bénévolat et une diversification des mécanismes de financement sont considérés comme des questions importantes dans le débat sur la diversification en Angleterre. En Flandre, les aidant-e-s informel-le-s sont traité-e-s comme des co-partenaires de soins, capables de répondre aux besoins de diversification des bénéficiaires des services.

La place de la famille. On constate plusieurs conceptions nuancées du rôle de la famille dans l'accompagnement au domicile. Un-e personne aidante à la maison semble être un important leitmotiv de l'organisation de l'aide en Allemagne qui de fait, soutient l'effort familial à travers des solutions de congés familiaux de long terme. En Italie, la famille est le « noyau premier' de n'importe quel plan d'aide. La stratégie de personnalisation de la Grande-Bretagne intègre aussi la famille dans les plans d'aide et mais la référence à la « communauté » est également un élément important de l'organisation de l'aide. Enfin, en Wallonie, la famille est le lien principal entre tous les acteurs de la chaîne de l'aide formelle et, en Flandre, elle est le principal « partenaire ».

Mais cette position amène indéniablement des tensions, notamment autour des questions de genre, comme le fait de donner aux femmes la possibilité d'entrer ou de rester sur le marché du travail alors qu'elle est amenée à prendre en charge une personne dépendante. Malgré le fait que la pleine participation au marché du travail des femmes est un objectif politique central de l'UE, largement préconisé par les élites politiques et économiques, les politiques de gestion du vieillissement prônent l'idée d'une « personne

aidante à la maison » (Allemagne) ou de « la famille comme le noyau primaire » des soins (en Italie). Dans les pays où les soins formels sont considérés comme la principale cible des politiques (comme en Belgique, mais aussi en Angleterre), les familles – et le rôle des femmes – restent néanmoins centraux. Certes, le nombre de prestataires de soins informels qui ont eux-mêmes pris leur retraite augmente. Comme la politique dominante en Europe va vers le report de l'âge de la retraite cependant, cette tension est tout sauf résolue. Quant au discours soulignant la liberté de choix ou « *empowerment* », on peut se demander si leurs objectifs sont réalistes étant donné que les soins professionnels sont de plus en plus « taylorisés », de sorte que peu de possibilités existent de faire une différence pour chaque individu aidé.

La pression croissante sur la qualité globale de la prestation de soins, y compris sur la gestion des transitions de l'hôpital à la maison et sur la transmission d'informations dans le secteur du domicile, accompagne ces tensions. Dans les pays où les quasi-marchés sont très importants, les attentes en termes d'augmentation de la qualité sont difficilement compatibles avec l'accent mis sur un discours centré sur un usager client au centre du plan d'aide. Les prestataires ne peuvent-ils pas être tentés d'investir dans le marketing plutôt que dans une meilleure qualité ? En fait, la gestion de la politique du vieillissement se trouve au centre de divers enjeux potentiellement contradictoire : un niveau élevé d'engagement de prestataires de soins informels en même temps que l'accroissement de la concurrence entre les fournisseurs de soins professionnels, l'importance de la création de services de soins intégrés de qualité accessibles à tous malgré la limitation des dépenses publiques de soins aux personnes âgées et, enfin, le respect universel de la dignité humaine et de la solidarité dans un contexte caractérisé par un nombre croissant de personnes vieillissantes.

❖ *b. identifier les épreuves-défis : Identifier les bifurcations dans le parcours de vie des personnes vieillissantes*

L'intérêt de la réflexion en termes de *rationales* réside dans l'identification des épreuves normatives auxquelles sont confrontés les acteurs (y compris en tant que bénéficiaires) de la gestion du vieillissement.

De la même manière, nous avons réalisé une identification des « épreuves-défis » que le vieillissement peut faire porter tant sur les individus vieillissants que sur les intervenants. Plutôt que de recenser un nombre très important de situations difficiles pouvant être rencontrées par des individus, nous avons, sur base des conclusions du WP3, synthétisé cette épreuve-défi autour d'une succession de temps différents du vieillissement. Il apparaît que le parcours de vieillissement d'un individu peut être synthétisé par trois temps :

- Le temps 1 : celui des investissements et de la préparation de la vieillesse
- Le temps 2 : le temps anticipé de la vieillesse active
- Le temps 3 : le temps non anticipé de la dépendance

La rupture entre le temps 1 et 2 est souvent provoquée par la fin du travail et l'entrée dans le temps de la retraite. La rupture du temps 2 vers le temps 3 est souvent causée par un problème de santé (que ce soit de la personne ou de son entourage).

Dans les scénarios nous avons centré les récits de vie sur le passage du temps 2 au temps 3. Notre objectif est spécialement de rendre compte de différentes manières de vivre cette bifurcation biographique de l'entrée en dépendance et de mettre en évidence les épreuves par lesquelles passent les individus qui basculent dans le T3.

Une des prémisses sur laquelle repose nos scénarios est que l'évolution du contexte général wallon ainsi que du contexte organisationnel de l'aide et des soins en Wallonie aura un impact important sur le vécu de cette rupture individuelle et donc sur la possibilité de réalisation d'un « bien vieillir » définit comme une assurance d'un accompagnement continu, tant en termes d'aide et de soins que relationnels, malgré la rupture que constitue l'entrée en dépendance. Les scénarios présentent un grand nombre de situations de basculement de T2 vers T3, permettant d'appréhender la manière dont l'épreuve du vieillissement peut être vécue de manière très diversifiée.

4.4 Les quatre scénarios

Pour rappel, les quatre scénarios s'organisent de la manière suivante :

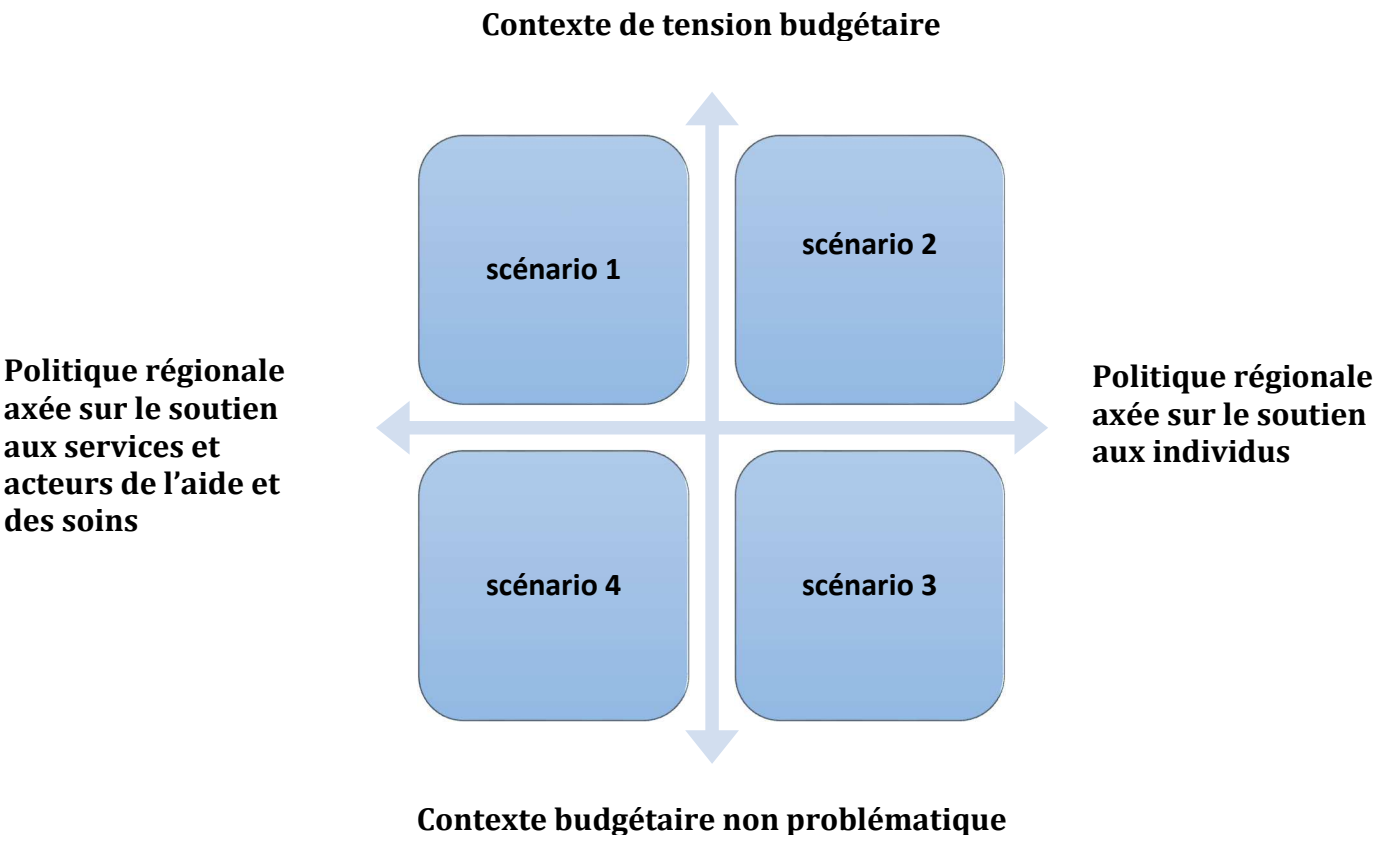


Figure 85: L'espace logique des scénarios

4.4.a Scénario 1 : Diminution du subventionnement du secteur de l'aide aux personnes

En 2025, l'ensemble des compétences liées au soin de santé et à l'organisation des services publics d'aide et de soins aux personnes sont régionalisés. Le choix réalisé en 2020 par le gouvernement wallon de mener une politique de relance économique basée sur le subventionnement massif des secteurs des services aux personnes et de l'industrie des nouvelles technologies, s'est traduit par une diminution du taux de chômage des jeunes, mais également par une forte augmentation de la dette publique wallonne, mettant d'ailleurs la Wallonie en infraction par rapport aux nouvelles normes européennes en la matière.

En 2025, en raison du poids de la dette, les principales agences de notation réévaluent le risque associé à la dette wallonne de manière très négative. La Wallonie se trouve dès lors dans une situation où si elle ne modifie pas sa politique de subventionnement, elle ne pourra plus faire face à ses créanciers et se trouvera en situation de défaut de paiement. Elle se voit donc contrainte de réduire fortement les aides et subventionnements accordés à certains secteurs. Privilégiant sa politique de redéveloppement industriel, elle décide de diminuer très fortement la politique de subventionnement des secteurs de l'aide aux personnes et des soins de santé qui, pense-t-on, est moins rentable que le soutien au redéploiement industriel en termes de création d'emploi.

Une des premières mesures prises afin de combler le déficit budgétaire à court terme est la demande de la Région wallonne aux entités publiques (communes, CPAS et intercommunales notamment) de réduire substantiellement leur participation financière dans le secteur (maisons de repos, maisons de repos et de soin, maisons médicales, services d'aide…). Une seconde mesure est la redéfinition des priorités d'investissement de la Région en termes de financement des soins médicaux. Le subventionnement de certains médicaments très coûteux destinés à des patient-e-s atteints de maladies rares est limité à un plafond relativement bas, les soins en hôpitaux de jour sont favorisés et les hôpitaux sont contraints de réduire la durée des hospitalisations. Le financement de la recherche médicale est également très fortement réduit.

En 2040, grâce aux efforts budgétaires importants menés depuis 2025, il n'est plus question de défaut de paiement. La dette wallonne a fortement diminué. Le secteur des services aux personnes s'est fortement reconfiguré et la Wallonie est devenue un territoire important dans l'économie numérique globale. Du point de vue du secteur de l'aide aux personnes, un acteur privé s'est particulièrement développé. La société canadienne *Help at Home*, créateur du concept de l'aide à domicile low cost a importé son business model en Belgique. Inspirée par l'économie collaborative marchande qui émergea à la fin des années 2010 (avec des services tels que Uber, TripAdvisor ou AirBnB) *Help at home* propose à tout un chacun de fournir des aides à domicile à la prestation. Une application mobile (smartphone et montre connectée) permet la mise en contact des prestataires et des clients. Le prix de la prestation varie : chaque prestation est évaluée

via l'application mobile par le client par une note allant de 1 à 5. L'évaluation globale consiste en la moyenne de l'ensemble des évaluations et influence le montant payé. Il diffère aussi en fonction des spécialités (allant de l'aide-ménagère à la réalisation d'actes de soin infirmier), et de la zone géographique où la prestation est effectuée (plus l'offre dans une région est grande plus les prix sont faibles). Cette formule à coût très variable et très flexible s'est montrée particulièrement adaptée à la situation wallonne très diversifiée en termes de pouvoir d'achat et d'accessibilité territoriale aux services. Les services d'aide à la personne relevant du secteur public existent encore mais sont ciblés sur les plus pauvres. Parallèlement, en cette période de tension budgétaire, de nombreuses initiatives associatives se développent, notamment dans le domaine de l'habitat partagé et des habitats intergénérationnel. L'assouplissement des lois sur la cohabitation et ses implications fiscales ont en effet fortement simplifié la cohabitation entre des personnes de générations différentes.

Joseph (65 ans en 2025, 80 en 2040, habitant de Farciennes, ouvrier à la retraite)

En 2025, Joseph a 65 ans et est à la retraite depuis cinq ans. Il a travaillé pendant 30 ans pour l'IRE, l'institut royal des radioéléments à Fleurus où il était ouvrier technicien actif dans la production de radioéléments à destination médicale. En 2020, il doit stopper cette activité, les problèmes d'arthrose qu'il a depuis longtemps se sont empirés. Les douleurs ressenties dans ses doigts et ses mains ne lui permettent plus de réaliser quotidiennement les manipulations nécessaires à l'exercice de son métier. Joseph ne s'est jamais marié et n'a comme famille qu'une sœur plus âgée et deux neveux qu'il voit peu. Son salaire n'ayant jamais été très élevé il ne s'est pas constitué de réserves importantes et vit grâce à son allocation de retraite qui s'élève à environ à 1.100 euros par mois. Propriétaire de sa petite maison, il vit seul à Farciennes. Membre du cercle horticole de Farciennes depuis de nombreuses années, sa principale activité est l'entretien de son jardin potager. Ayant plus de temps, il a également rejoint le comité qui organise la conférence mensuelle du cercle.

Au fil du temps, son arthrose s'empire. Il a de plus en plus de mal à bouger le poignet de sa main gauche ce qui rend de plus en plus difficile la réalisation d'un certain nombre d'activités. Progressivement, il ne peut plus conduire sa voiture et est obligé de

se déplacer uniquement en transport en commun. **En 2030**, au cours d'examens médicaux on lui découvre un cancer de la prostate, il refuse les interventions médicales lourdes et préfère profiter de ces dernières années en restant le plus longtemps possible chez lui. **En 2035**, il doit prendre un nouveau médicament pour son cancer qui, combiné aux antidouleurs puissants qu'il prend régulièrement l'affaiblit beaucoup. Depuis peu également Joseph souffre de dépression. Un de ces neveux, qui au fil de temps lui a souvent rendu service, le convainc qu'il serait mieux pour lui de quitter sa maison et de rejoindre une institution adaptée où son quotidien serait plus simple.

La maison de repos et de soin – Les châtaigniers

La maison de repos et de soin les châtaigniers a été créée en 1982. Dépendante à l'origine du CPAS de Farciennes cette MRS comptait 80 lits. Elle est destinée d'abord aux personnes précarisées de la commune. En 2023, lorsque le gouvernement a fait du secteur de l'aide aux personnes un objectif important de développement de la Wallonie, le CPAS, en partenariat avec la Région a pu financer la construction d'une annexe supplémentaire permettant d'augmenter la capacité d'accueil à 110 lits. Le directeur du home a quant à lui réussi à décrocher un subside régional afin d'engager du personnel supplémentaire pour mettre en place un nouveau programme d'activités et de revalidation pour les résidants. Ce subside lui permit d'embaucher deux jeunes kinés ainsi qu'un animateur.

La crise de **2025** modifia fortement la situation. La première modification fut la non-reconduction du programme de subsides permettant l'embauche de kinés et de l'animateur culturel. En 2030, conformément à la nouvelle politique régionale et ne pouvant par ailleurs plus faire face seul à l'obligation de remise en conformité des bâtiments construits en 1982, le CPAS de Farciennes, cherchant à assurer la permanence de sa fonction, fait des démarches auprès d'opérateurs privés qui injectent de l'argent dans le projet de rénovation. Ces derniers consentent à l'investissement à condition de transformer le modèle de la MRS, il faut au minimum que la MRS soit en situation d'équilibre budgétaire. En 2035, Les Châtaigniers ne compte plus que 55 résidents permanents. À côté de ces 55 résidents, la MRS a développé en parallèle une formule d'accueil de jour. Elle est en mesure d'accueillir également 60 personnes pour la journée qui sont soignées et nourries mais passent la nuit et le début de matinée à leur domicile. Cette formule permet aux CPAS de maintenir une continuité d'offre de soin aux personnes

de la commune qui en ont besoin, tout en limitant au maximum les coûts en termes de personnel et d'entretien des installations.

En 2035, lorsque le directeur des châtaigniers est sollicité par Joseph, il décide de lui offrir le choix suivant. Une première solution serait d'opter pour la résidence permanente, mais n'ayant pas les moyens financiers pour couvrir les frais relatifs à l'hébergement en plus de ses soins médicaux, le CPAS propose qu'il cède sa maison en viager au partenariat liant l'entreprise privée et le CPAS de Farciennes. En échange du revenu locatif de sa maison, il pourra bénéficier de son hébergement complet dans la MRS. À son décès, la maison appartiendra au consortium qui pourra la vendre où la proposer en location sur le marché locatif. Seconde solution, Joseph pourra être admissible au centre d'accueil de jour pour autant que son état lui permette une certaine indépendance. Un bus viendra le chercher vers 11 heures du matin et le ramènera chez lui vers 18 heures. Quand il ne saura plus rester seul chez lui, il pourra rejoindre la MRS. Il devra par contre financer la période en accueil de jour autrement que via le système viager qui ne pourra être déclenché qu'au moment de son entrée en accueil permanent.

Joseph ne sait pas quoi faire. Il n'a pas les moyens de financer l'accueil de jour en plus de ses soins médicaux et ne veut pas encore rentrer en institution. L'idée de mettre sa maison en viager ne lui plait pas trop non plus. En se renseignant, il entend parler d'une nouvelle association à Charleroi qui organise des solutions d'habitats collectifs adaptés aux personnes en perte d'indépendance. Il décide de se renseigner davantage sur cette alternative associative avant de prendre une décision.

Paul, médecin généraliste à Liège (45 ans en 2025) et Mohammed, liégeois (63 ans en 2025)

Paul est médecin généraliste. Il habite et travaille à Liège. **En 2025**, il a 45 ans. Après avoir exercé chez lui pendant une quinzaine d'années, il décide de rejoindre un cabinet médical, Médi-Grétry, qui rassemble dans un même bâtiment trois médecins généralistes, un dentiste, un gynécologue et un dermatologue. L'avantage est de partager un secrétariat ainsi que de partager très facilement les gardes avec ses collègues généralistes (Sandrine, 28 ans et Sarah 32 ans). Avec ce changement il décide également d'arrêter les consultations à domicile qu'il réalisait auparavant. Le cabinet est situé dans

le centre de Liège. **En 2030**, suite à son installation dans la maison médicale, sa patientèle s'est diversifiée. Le public est beaucoup plus différent et souvent il doit soigner des personnes qui ne le consultent qu'à une seule reprise et dont il ne connaît pas les antécédents médicaux. Le public auquel il est confronté est par ailleurs beaucoup plus diversifié socialement que ce à quoi il avait l'habitude dans les premières années de sa carrière.

Depuis 2025 et l'annonce de plan d'économie sur les services et la santé, il constate qu'une part de ces patient-e-s attend de plus en plus longtemps avant de venir le consulter et se présentent parfois avec des maladies ou des problèmes à un stade très avancé. Malgré la diminution du niveau de remboursement des prestations de soin de santé, il n'a jamais eu autant de travail, le plan du gouvernement « généraliste first » lancé en 2030 et qui a pour objectif la réduction des consultations chez les spécialistes a fortement augmenté la demande de consultations envers les généralistes. Il doit faire face à une très forte hausse de sa charge de travail. En **2035**, il fait partie du comité liégeois de coordination de la grande grève des généralistes. En 2040, il a 60 ans et décide de lever le pied. Il ne reçoit plus qu'à mi-temps et consacre le reste de son temps à ses petits-enfants qu'il garde avec son épouse les mercredis et vendredis.

C'est **en 2027** que Mohammed (65 ans) vient le consulter pour la première fois. Il habite à proximité de la maison médicale mais n'était jamais venu car il n'a jamais été malade. Son pied gauche est très enflé à tel point qu'il ne sait plus enfiler sa chaussure et qu'il a du mal à marcher. Son pied est très douloureux, la douleur persiste la nuit et l'empêche de dormir depuis une semaine. Sa fille l'a convaincu de venir au centre Médi-Grétry. Elle consulte régulièrement une des jeunes généralistes pour elle-même ainsi que pour ses trois enfants. Paul trouve rapidement une cause au problème de Mohammed. Un traitement efficace résout le problème.

Bien qu'il croise parfois sa fille dans la salle d'attente, Paul n'a plus de nouvelles de Mohammed pendant sept années. **En 2034**, Mohammed a 72 ans. Sa vue a fortement baissé. Il fait une chute dans l'escalier assez grave. Après sa chute, il reste inconscient pendant quelques minutes. À son réveil, il ressent une très forte douleur dans le bras gauche qu'il ne sait plus bouger. Sa fille qui était heureusement présente veut l'emmener aux urgences mais Mohammed refuse. Il ne veut pas aller au CHU. Il n'a été à l'hôpital que

pour la naissance de ses enfants et les scandales récents qui ont alimenté les journaux télévisés pendant tout l'été (erreur médicale à Namur, bactérie résistante à Liège qui a contaminé et tué plusieurs personnes, grèves violentes à Bruxelles) l'ont convaincu que les hôpitaux n'étaient pas des endroits sûrs. Il demande à sa fille de le conduire chez le médecin du centre Médi-Grétry. Sa fille insiste un peu, mais sachant que son père n'a pas d'assurance hospitalisation, elle se dit que si la visite au médecin est suffisante, cela vaut la peine d'essayer.

Paul voit donc arriver Mohammed et sa fille. Il constate tout de suite qu'il s'agit d'une fracture ouverte. Mohammed devrait aller rapidement aux urgences du CHU. Mohammed refuse avec véhémence. Paul trouve un compromis, il l'emmène lui-même à une petite polyclinique où on pourra lui faire une radio et peut-être le traiter sur place. Mohammed peut y être pris en charge. Après un examen médical plus détaillé, on découvre que Mohammed a eu un AIT[156] qui a causé sa chute dans l'escalier. Il doit aller au CHU pour réaliser des tests plus poussés. Il doit passer quelques jours au CHU puis peut rentrer chez lui. Il doit maintenant prendre une série de médicaments et être suivi de manière régulière par un médecin. Sa vue s'est encore détériorée si bien qu'il doit recourir de plus en plus souvent à l'aide de sa fille pour réaliser un certain nombre de tâches quotidiennes.

Jan et Carine (65 ans et 62 ans en 2025, 80 et 78 en 2040, habitants de Lasne)

En 2025, à 65 ans Jan prend sa retraite. Il a réalisé l'ensemble de sa carrière dans la même société pétrochimique américaine. Il y a commencé comme ingénieur responsable de production dans une usine de plastique en Flandre et a petit à petit grimpé les échelons pour terminer directeur de production pour la zone Benelux. Bien qu'habitant en Wallonie Jan se considère avant tout comme belge et parle depuis son enfance aussi bien le français que le néerlandais. Son épouse Carine a, elle, cessé de travailler dans les années 1980 à la naissance de leur second enfant (Maxime a 40 ans en 2025 et Sandrine, sa sœur aînée a, elle, 42 ans en 2025). Depuis le départ de la maison de Maxime à la fin de ses études en 2010, Carine a repris une activité bénévole et s'investit dans une association d'aide aux personnes très âgées. Elle conduit ainsi régulièrement

[156] Accident ischémique transitoire.

trois dames souffrant de cancer chez le médecin ou à l'hôpital quand elles doivent recevoir leur chimio. Elle s'occupe également beaucoup de ses cinq petits-enfants. Jan quant à lui reste impliqué dans le conseil d'administration de plusieurs sociétés liées au secteur pétrochimique.

En 2027, après un examen médical de routine, on découvre que Jan est atteint de la maladie de Parkinson. Il est encore difficile de dire comment la maladie va évoluer, mais on lui annonce que d'ici dix ans, il aura perdu une grande partie de son autonomie.

Arlette, 35 ans en 2025, aide-soignante

En 2025, Arlette a 35 ans ; elle habite Nivelles. Elle travaille depuis cinq ans comme aide-soignante à mi-temps dans une maison de repos et de soin de la région de Charleroi : *Au soleil rouge*. Elle et son compagnon ont deux enfants en bas âge, et ils ont décidé que ce serait elle qui s'en occuperait de façon privilégiée, raison pour laquelle elle opte pour un emploi à temps partiel. La crise qui touche la Région wallonne et ses conséquences pour l'organisation des soins de santé n'ont pas encore affecté son travail. La diversité des tâches qu'elle doit accomplir en fait son intérêt : accueillir le résident et sa famille ; exécuter des tâches ménagères et logistiques (assurer le service des repas, préparer les chariots de soin...) ; dispenser les soins d'hygiène et de confort ; effectuer des actes techniques (soins de bouche, hydratation...) ; collaborer aux soins paramédicaux (prises de température, pesées, aide à la prise de médicaments...) ; surveiller l'état de santé du résident aux niveaux physique, psychique et social ; participer au soutien psychosocial du résident et sa famille ; informer et conseiller le résident et sa famille ; participer à la continuité et la qualité des soins (en participant aux réunions interdisciplinaires et en mobilisant le RAI) ; effectuer des tâches administratives courantes.

Trois ans plus tard, les effets de la crise se font ressentir sur le plan personnel et professionnel. Les contraintes pesant sur MR et les MRS pour qu'elles atteignent l'équilibre budgétaire ont engendré la prise de décisions affectant directement les conditions de vie et de travail d'Arlette. À l'instar d'autres catégories de professionnels, les aides-soignant-e-s ont dû accepter tant une réduction salariale (de l'ordre de 3 à 5 % selon l'ancienneté) qu'une redéfinition des activités. Les aides-soignant-e-s se voient de plus en plus confier des actes autrefois exécutés en collaboration avec des infirmier-e-s et

le RAI[157] a progressivement tendance à remplacer les réunions interdisciplinaires. Sur le plan personnel, ses enfants ayant quelque peu grandi, Arlette décide de chercher un second mi-temps, qu'elle trouve après quelques mois dans un service d'aide à domicile : *Le baladin*. Tout comme à la maison de repos, au fil du temps, elle constate que la responsabilité de l'infirmier chef sous les ordres de qui elle devrait travailler est relativement théorique : ses visites chez ses patient-e-s ont tendance à s'espacer de plus en plus, de sorte qu'Arlette est comme tiraillée entre un sentiment d'autonomie de plus en plus grand et une impression d'être livrée à elle-même tout aussi importante. Là aussi, le RAI tend à devenir l'unique mécanisme de dialogue entre les différents professionnels impliqués auprès du patient.

Des profils tels que celui de Joseph, elle en voit tant *Au soleil rouge* qu'à domicile. De part et d'autre, elle note une pression à la réduction des coûts des actes, dès lors ceux-ci ont tendance à être accomplis par des personnes moins qualifiées, moins formées, ayant moins d'ancienneté, à être plus brefs, à être plus espacés dans le temps. Tant que Joseph garde un statut qui lui permet d'être partiellement pris en charge financièrement par le CPAS de sa commune, Arlette sait qu'il aura droit à un minimum de soins. Mais au-delà ? Pour Joseph, la question est d'autant plus délicate que n'ayant pas vraiment d'aidant-e proche ses demandes à l'égard des aidant-e-s formel-le-s, dont Arlette, sont plutôt extensives. Devant se recentrer sur l'essentiel, et notamment son rôle de dispensatrice de soins d'hygiène et soins paramédicaux aux personnes, les dimensions psychologiques et sociales de son métier sont progressivement mises au second plan ; dès lors, elle a parfois l'impression d'abandonner ses patient-e-s face à leurs difficultés. Dans les familles où il y a des aidant-e-s proches, cette dimension est généralement prise en charge et on voit une nette différence entre des personnes totalement isolées et des personnes comme Mohammed. Pour les personnes de milieux aisés, comme Jan et Carine, Arlette observe qu'ils se tournent vers des services privés du secteur marchand ; leurs ressources leur permettent de s'offrir ce qu'il y a de mieux.

[157] Resident Assessment Instrument (instrument informatisé de mise en commun d'information sur un patient)

4.4.b Scénario 2 : Gestion du vieillissement autour d'un outil principal : l'assurance Kangourou

En 2025, l'ensemble des compétences liées aux soins de santé et à l'organisation des services publics d'aide et de soins aux personnes sont régionalisés. En 2020, le gouvernement wallon a mis en place une nouvelle mesure d'aide aux personnes en situation de dépendance : « l'assurance Kangourou ». Cette assurance, permet à toutes personnes de plus de 67 ans, en situation de précarité ou de grande précarité (notion définie sur base des déclarations fiscales rendues au cours des dix dernières années pré-retraites) de recevoir une aide financière allant de 80 à 135 euros par mois pour faire face à des frais engendrés par une perte d'autonomie, par un problème médical ponctuel ou chronique ou par la fréquentation d'une maison de repos ou de soin.

En 2030, le gouvernement réévalue les conséquences du transfert des compétences liées à la santé. Le modèle de sécurité sociale hérité du fédéral doit être adapté pour être économiquement soutenable et permettre de satisfaire les priorités fixées par l'exécutif wallon. Souhaitant maintenir sa politique en faveur des personnes âgées précaires, le gouvernement décide de diminuer fortement les remboursements de certains soins et médicaments pour les personnes les plus aisées afin de maintenir l'équilibre budgétaire malgré les conditions économiques difficiles. Parallèlement, il dépose un projet de loi qui oblige l'ensemble des Wallons de plus de 25 ans à souscrire à une assurance hospitalisation. Cette assurance peut être souscrite auprès d'opérateurs privés ou publics.

En conséquence, les acteurs assurantiels développent de nouvelles offres d'assurance hospitalisation et le nombre d'assurés augmente de manière importante. De nouveaux produits assurantiels sont développés, notamment des assurances dépendance privées, très populaires auprès des jeunes travailleurs car déductibles fiscalement. Très généralement, l'assurance hospitalisation est inclue dans le package salarial des entreprises privées, mais également des entreprises publiques et non marchandes. Les personnes n'ayant pas les moyens de souscrire à une assurance (certaines assurances offrant une couverture minimale sont très peu chères, donc peu de personnes sont dans

ce cas) peuvent recourir à une aide des CPAS dont l'assise financière a été ajustée pour soutenir cette nouvelle mesure.

En 2040, le marché de l'aide aux personnes se partage entre trois types d'acteurs. Un ensemble d'acteurs privés propose des services de qualité (repas à domicile, aide-ménagère, soin infirmier…), mais relativement coûteux. Ils ciblent donc un certain type d'usager-e-s. Un second type d'acteurs s'ancre dans le secteur non marchand et de l'économie sociale, mais a de plus en plus de difficultés à assurer une bonne qualité d'aide tant les contingents d'heures sont limités. De nombreuses associations caritatives se sont également développées. Une part importante de leur financement est récoltée lors de la campagne annuelle de sensibilisation (l'opération « 80-90-100 », dont le slogan est « chez nous, trois âgés sur quatre vivent dans la pauvreté) organisée par les chaînes de télévision privées du pays au mois de novembre.

L'espérance de vie en Belgique n'augmente plus depuis 2035.

Joseph (65 ans en 2025, 80 en 2040, habitant de Farciennes, ouvrier à la retraite)

En 2025, Joseph a 65 ans et est à la retraite depuis cinq ans. Il a travaillé pendant 30 ans pour l'IRE, l'institut royal des radioéléments à Fleurus où il était ouvrier technicien actif dans la production de radioéléments à destination médicale. En 2020, il doit cesser cette activité, les problèmes d'arthrose qu'il a depuis longtemps se sont empirés. Les douleurs ressenties dans ses doigts et ses mains ne lui permettent plus de réaliser quotidiennement les manipulations nécessaires à l'exercice de son métier. Joseph ne s'est jamais marié et n'a comme famille qu'une sœur plus âgée et deux neveux qu'il voit peu. Son salaire n'ayant jamais été très élevé, il ne s'est pas constitué de réserves importantes et vit grâce à son allocation de retraite qui s'élève à environ à 1.100 euros par mois. Propriétaire de sa petite maison, il vit seul à Farciennes. Membre du cercle horticole de Farciennes depuis de nombreuses années, sa principale activité est l'entretien de son jardin potager. Ayant plus de temps, il a également rejoint le comité qui organise la conférence mensuelle du cercle.

Au fil du temps, son arthrose s'empire. Il a de plus en plus de mal à bouger le poignet de sa main gauche, ce qui lui complique de plus en plus la réalisation d'un certain nombre d'activités. Progressivement, il ne peut plus conduire sa voiture et est obligé de se déplacer uniquement en transport en commun. **En 2030**, au cours d'examens médicaux on lui découvre un cancer de la prostate, il refuse les interventions médicales lourdes et préfère profiter de ces dernières années en restant le plus longtemps possible chez lui. **En 2035**, il doit prendre un nouveau médicament pour son cancer qui, combiné aux antidouleurs puissants qu'il prend régulièrement, l'affaiblit beaucoup, depuis peu également Joseph souffre de dépression. Un de ces neveux (Marc), qui au fil de temps lui a souvent rendu service, le convainc qu'il serait mieux pour lui de quitter sa maison et de rejoindre une institution adaptée où son quotidien serait plus simple.

La maison de repos et de soin – Les châtaigniers

La maison de repos et de soins Les Châtaigniers a été créée en 1982. À l'origine dépendante du CPAS de Farciennes, cette MRS comptait 80 lits. Elle est destinée d'abord aux personnes précarisées de la commune. Entre 1982 et 2025, elle évolue relativement peu et compte en permanence environ septante résidants. Depuis quelques années, le CPAS ayant vu ses fonds disponibles diminuer, la MRS se trouve en situation de déficit et a du mal à faire face à toutes les charges financières. **En 2030** elle se voit obligée de remettre les installations en conformité avec les normes de sécurité récentes. Le CPAS qui devrait financer les rénovations n'a pas les moyens de les couvrir. Le directeur des Châtaigniers en accord avec le conseil de l'action sociale de Farciennes décide alors d'accepter l'offre de rachat de la maison de repos qui lui a été faite par le groupe *Seniors' Partners*. Une société spécialisée dans l'aide aux personnes âgées qui a développé depuis les années 2020 une chaîne importante de maisons de repos et de soins : la chaîne Libellule. Les Châtaigniers serait leur trentième site en Wallonie.

En 2035, Les Châtaigniers a été bien intégré à la chaîne Libellule. C'est à ce moment que le neveu de Joseph sollicite une rencontre avec un conseiller de Libellule pour discuter des possibilités qui existent pour son oncle. Libellule dispose d'institutions de standings différents. L'institution de Farciennes vise un public relativement modeste. La standardisation des maisons libellules leurs permet d'offrir des tarifs assez bas. Chaque maison a cependant une spécialité. Celle de Farciennes est d'accueillir, de manière

préférentielle, des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. 55 lits sur les 80 sont réservés à des clients souffrant de cette maladie. Les lits restants sont, en raison d'un accord avec le CPAS, réservés à des personnes de la commune en situation de précarité.

Par chance, un lit « accord CPAS » est disponible. Grâce à l'assurance Kangourou dont bénéfice Joseph, et à l'aide du CPAS, le tarif serait accessible, mais l'acceptation d'une personne sous ce régime tarifaire est soumise à l'avis du conseil du CPAS. Le conseiller recommande également au neveu de Joseph une autre solution plus coûteuse, mais plus agréable. Libellule dispose en effet d'une maison réservée en priorité aux personnes souffrant de dépression. Joseph recevrait des soins adaptés et pourrait participer à des activités spécialement développées, notamment des activités de jardinage. Cette maison est située dans le centre de Charleroi, près du CHU, ce qui faciliterait également le traitement de son cancer de la prostate. Cette maison ne dispose pas d'un tarif « accord CPAS », Joseph pourrait y accéder, mais devrait revendre sa maison pour financer sa prise en charge.

Paul, médecin généraliste à Liège (45 ans en 2025) et Mohammed, liégeois (63 ans en 2025)

Paul est médecin généraliste. Il habite et travaille à Liège. **En 2025**, il a 45 ans. Après avoir exercé chez lui pendant une quinzaine d'années, il décide de rejoindre un cabinet médical, Médi-Grétry, qui rassemble dans un même bâtiment trois médecins généralistes, un dentiste, un gynécologue et un dermatologue. L'avantage est de partager un secrétariat ainsi que de partager très facilement les gardes avec ses collègues généralistes (Sandrine, 28 ans et Sarah 32 ans). Le cabinet est situé dans le centre de Liège.

En 2030, il se rend compte que sa pratique quotidienne est en train d'évoluer. Les consultations à domicile qu'il réalisait sont de plus en plus rares. Souvent elles ont été remplacées par le suivi à distance d'infirmier-e-s habilité-e-s à réaliser une série d'actes médicaux qu'il devait auparavant réaliser lui-même. Cette activité de suivi à distance lui prend de plus en plus de temps. En 2035, plus de la moitié de son temps de travail se passe derrière son ordinateur, en vidéo-conférence, accompagnant des infirmier-e-s mobiles, et même parfois des aides-soignant-e-s dans la région de Liège et dans les communes plus rurales de la région. En 2034, Paul gère depuis son bureau une vingtaine de personnes

voyageant dans toute la province. La plupart sont affiliées à l'association « Soins et soutiens à domicile », une association créée en 2020 qui offre un accompagnement flexible à domicile aux personnes âgées en situation de dépendance.

En 2034, il reçoit un appel de Marie-Noël, une des aides-soignantes membre de Soins et soutiens. Elle est arrivée chez un de ses nouveaux patients, Mohammed (65 ans), qu'elle doit suivre pour ses problèmes de vue. Lorsqu'elle arrive chez lui, elle le découvre inconscient dans le hall d'entrée. Elle est paniquée et pense que Mohammed a dû faire une chute dans l'escalier. Comme le prévoit la procédure dans ces cas-là, elle contacte Paul.

Le dossier médical informatique mentionne que Paul est son médecin traitant, mais Paul ne se souvient pas de Mohammed, bien qu'il soit effectivement venu le consulter à une reprise en 2027, pour un problème d'infection au pied.

Paul demande à Carine de rester sur place. Il constate dans son dossier centralisé que Mohammed est couvert par l'assurance hospitalisation de sa fille et que la couverture dont il dispose est très complète. Il décide donc de le faire transférer dans une clinique spécialisée disposant d'un service d'urgence et de gérontologie réputé et appelle une ambulance ; Paul appelle également la fille de Mohammed référencée en personne de contact dans son dossier pour l'avertir de la situation.

Quelques jours plus tard, la clinique informe Paul que Mohammed a eu un AIT[158] et qu'il aura besoin d'un suivi régulier. Paul téléphone au domicile de Mohammed et tombe sur sa fille présente, il lui explique la situation et lui propose les services d'un infirmier de SSD qui pourrait faire le suivi médical de son père. Elle en discute avec son père qui accepte cette solution qui lui permet d'éviter de retourner à l'Hôpital, ce qu'il déteste.

Entre 2027 et 2040, Mohammed a encore eu deux AIT qui ont fortement réduit sa mobilité et détérioré sa vue davantage. Paul qui a suivi le dossier de Mohammed avec attention au fil du temps et a discuté de son cas lors de réunions d'équipe qu'il organise

[158] Accident ischémique transitoire.

avec ses infirmier-e-s et aides soignant.e.s, pense qu'il vaudrait mieux que Mohammed soit placé dans une institution adaptée où il pourra être mieux suivi.

Jan et Carine (65 ans et 62 ans en 2025, 80 et 78 en 2040, habitants de Lasne)

En 2025, à 65 ans Jan prend sa retraite. Il a réalisé l'ensemble de sa carrière dans la même société pétrochimique américaine. Il y a commencé comme ingénieur responsable de production dans une usine de plastique en Flandre et a petit à petit grimpé les échelons pour terminer directeur de production pour la zone Benelux. Bien qu'habitant en Wallonie Jan se considère avant tout comme belge et parle depuis son enfance aussi bien le français que le néerlandais. Son épouse Carine a, elle, cessé de travailler dans les années 1980 à la naissance de leur second enfant (Maxime a 40 ans en 2025 et Sandrine, sa sœur aînée a, elle, 42 ans en 2025). Depuis le départ de la maison de Maxime à la fin de ses études en 2010, Carine a repris une activité bénévole et s'investit dans la gestion du magasin Oxfam de Lasne. Elle s'occupe également beaucoup de ses cinq petits-enfants. Jan quant à lui reste impliqué dans le conseil d'administration de plusieurs sociétés liées au secteur pétrochimique.

En 2027, après un examen médical de routine, on découvre que Jan est atteint de la maladie de Parkinson. Il est encore difficile de dire comment la maladie va évoluer, mais on lui annonce que d'ici dix ans, il aura perdu une grande partie de son autonomie.

Arlette, 35 ans en 2025, aide-soignante

En 2025, Arlette a 35 ans ; elle habite à Nivelles. Elle travaille depuis cinq ans comme aide-soignante à mi-temps dans une maison de repos et de soins de la région de Charleroi : *Au soleil rouge*. Elle et son compagnon ont deux enfants en bas âge, et ils ont décidé que ce serait elle qui s'en occuperait de façon privilégiée, raison pour laquelle elle opte pour un emploi à temps partiel. La crise qui touche la Région wallonne et ses conséquences pour l'organisation des soins de santé n'ont pas encore affecté son travail. La diversité des tâches qu'elle doit accomplir en fait son intérêt : accueillir le résident et sa famille ; exécuter des tâches ménagères et logistiques (assurez le service des repas, préparez les chariots de soin...) ; dispenser les soins d'hygiène et de confort ; effectuer des actes techniques (soins de bouche, hydratation...) ; collaborer aux soins paramédicaux

(prises de température, pesées, aide à la prise de médicaments...) ; surveiller l'état de santé du résident aux niveaux physique, psychique et social ; participer au soutien psychosocial du résident et sa famille ; informer et conseiller le résident et sa famille ; participer à la continuité et la qualité des soins (en participant aux réunions interdisciplinaires et en mobilisant le RAI) ; effectuer des tâches administratives courantes.

Trois ans plus tard, les effets de la crise se font ressentir au plan personnel et au plan professionnel. Les contraintes pesant sur les maisons de repos et les maisons de repos et de soins pour atteindre l'équilibre budgétaire ont engendré des prises de décisions affectant directement les conditions de vie et de travail d'Arlette. La maison de repos dans laquelle elle travaille est restée majoritairement publique, mais la pression à la rentabilité se fait néanmoins sentir. À l'instar d'autres catégories de professionnel-le-s, les aides-soignant-e-s ont dû accepter tant une réduction salariale (de l'ordre de 3 à 5 % selon l'ancienneté) qu'une redéfinition des activités. Les aides-soignant-e-s se voient de plus en plus confier des actes autrefois exécutés en collaboration avec ou par des infirmier-e-s et le RAI a progressivement tendance à remplacer les réunions interdisciplinaires. Sur le plan personnel, ses enfants ayant quelque peu grandi, Arlette décide de chercher un second mi-temps, qu'elle trouve après quelques mois dans un service d'aide à domicile privé : *Le baladin*. Tout comme à la maison de repos, au fil du temps, elle constate que la responsabilité de l'infirmier chef sous les ordres de qui elle devrait travailler est relativement théorique : ses visites chez ses patient-e-s ont tendance à s'espacer de plus en plus, de sorte qu'Arlette est comme tiraillée entre un sentiment d'autonomie de plus en plus grand et une impression d'être livrée à elle-même tout aussi importante. Là aussi, le RAI tend à devenir l'unique mécanisme de dialogue entre les différent-e-s professionnel-le-s impliqué-e-s auprès du patient. Dans le service d'aide à domicile privé, la logique de marché est cependant plus forte : les patient-e-s qui en ont les moyens ont accès aux « services plus » – plus de visites, plus de temps par visite, plus de confort, plus de disponibilités, horaires plus variables et davantage modifiables… – spécialement développés pour eux/elles.

Des profils tel que celui de Joseph, elle en voit tant *Au soleil rouge* qu'à domicile. Elle en voit d'ailleurs beaucoup qui passent du domicile où interviennent des services

d'aide tel *Le baladin* vers les MRS. Souvent, ils tentent de rester le plus longtemps à domicile n'acceptant l'entrée en MRS que lorsque la situation n'est plus tenable. Autrefois, le basculement dans la plus grande dépendance constituait le moment de transition privilégié. Pour les personnes comme Joseph, la limitation de leur réseau social et de leurs ressources économiques opèrent également comme facteurs déclencheurs. N'ayant pas vraiment d'aidant.e proche, les demandes de Joseph à l'égard des aidant.e.s formel.le.s, dont Arlette, sont plutôt extensives ; mais le recentrage sur le métier de dispensatrice de soins d'hygiène et soins paramédicaux (les dimensions psychologiques et sociales de son métier sont progressivement mises au second plan) imposé à Arlette pour les personnes les moins solvables génère immanquablement une insatisfaction réciproque. Dans un premier temps, Joseph a pu négocier quelques prestations supplémentaires payées en noir, mais ensuite, ses réserves s'épuisant, il a dû se résoudre à demander un hébergement *Au soleil rouge* où il pourra disposer d'un service de base supérieur à ce que permet *Le Baladin* en raison de l'optique sociale maintenue dans cette MRS. Pour les personnes de milieux aisés, comme Jan et Carine, Arlette observe qu'ils se tournent vers des services privés du secteur marchand ; leurs ressources leur permettent de s'offrir ce qu'il y a de mieux. Entre ces deux situations (quasi) extrêmes se retrouvent des patient-e-s qui peuvent, tout comme Mohammed par exemple, compter sur un réseau d'aidant-e-s proches important qui compense partiellement – notamment pour le soutien psychologique et relationnel – les réductions des prestations des services d'aide à domicile.

4.4.c Scénario 3 : Revenu inconditionnel, politique du bien vieillir au niveau local

En 2025, l'ensemble des compétences liées au soin de santé et à l'organisation des services publics d'aide et de soins aux personnes sont régionalisés. Profitant d'un nouveau transfert de compétences liées à l'organisation de la sécurité sociale, la Région wallonne décide de réorganiser l'ensemble des mécanismes de redistribution en mettant en place un système de revenu inconditionnel (de type allocation universelle). À partir de 2025, chaque Wallon âgé de plus de 18 ans se verra allouer un revenu mensuel inconditionnel de 1.200 euros.

En corollaire, différentes allocations sociales sont supprimées. Les CPAS perdent une grande partie de leur financement, les allocations de chômage, les bourses d'études, les allocations familiales et les revenus d'intégration sont supprimés, les pensions plus basses que 1.200 euros sont élevées pour atteindre cette somme, les pensions plus élevées sont maintenues à leur niveau précédent. Notons que dans ce système, les modalités de financement des soins de santé ne sont pas modifiées.

Depuis la fin des années 2010, les projections démographiques prévoient qu'en 2040, les plus de 65 ans représenteront près de 24%[159] de la population wallonne et donc environ 30% des électeurs. Au vu de ces nombres significatifs, et suite aux élections de **2024**, la question de la gestion du vieillissement de la population arrive au centre des préoccupations des gouvernements wallons successifs. La « politique du bien vieillir » devient un des points centraux des déclarations de politique générale des différents gouvernements qui soutiennent et développent de nombreux projets destinés à améliorer spécifiquement les conditions de vie des aînés.

Profitant de ses nouvelles compétences, en **2030**, le gouvernement décide de relever l'âge légal de la pension à 75 ans. Les personnes souhaitant stopper leur activité avant cette date bénéficiant de l'allocation inconditionnelle, cette mesure fut largement acceptée par la population âgée (les sondages indiquent qu'une part importante des plus de 65 ans est désireuse de pouvoir maintenir une activité rémunérée au-delà de cet âge).

Ce soutien massif du gouvernement envers la population âgée a créé petit à petit des tensions au sein de la société wallonne. En 2031, la publication par un économiste flamand d'une étude dénonçant les très fortes inégalités de répartition des richesses entre générations en Belgique, cumulée à l'annonce de l'allongement du temps de travail jusqu'à 75 ans déclenche un mouvement de contestation sans précédent en Wallonie. Ce mouvement se traduit d'une part par des émeutes violentes sur les campus universitaires ainsi que, d'autre part, par la création d'un parti « jeuniste », qui revendique un accès plus facile à la propriété pour les moins de 40 ans ainsi qu'une plus juste répartition du patrimoine et de l'accès au travail (notamment aux postes à responsabilité) entre les classes d'âge. En 2039, ce nouveau parti remporte 12 des 75 sièges du Parlement wallon

[159] Chiffres : Bureau du plan, 2013, Perspectives de population 2012-2060.

et est bien décidé à conduire une opposition brutale face à la politique du bien vieillir qui a été menée en Wallonie depuis 15 ans.

Joseph (65 ans en 2025, 80 en 2040, habitant de Farciennes, ouvrier à la retraite)

En 2025, Joseph a 65 ans et est à la retraite depuis cinq ans. Il a travaillé pendant 30 ans pour l'IRE, l'institut royal des radioéléments à Fleurus où il était ouvrier technicien actif dans la production de radioéléments à destination médicale. En 2020, il doit cesser cette activité, les problèmes d'arthrose qu'il a depuis longtemps se sont empirés. Les douleurs ressenties dans ses doigts et ses mains ne lui permettent plus de réaliser quotidiennement les manipulations nécessaires à l'exercice de son métier. Joseph ne s'est jamais marié et n'a comme famille qu'une sœur plus âgée et deux neveux qu'il voit peu. Son salaire n'ayant jamais été très élevé, il ne s'est pas constitué de réserves importantes et vit grâce à son allocation de retraite qui s'élève à environ à 1.100 euros par mois. En 2024, la mise en place de l'allocation inconditionnelle a pour conséquence une augmentation de 100 euros de son budget mensuel. Propriétaire de sa petite maison, il vit seul à Farciennes. Membre du cercle horticole de Farciennes depuis de nombreuses années, sa principale activité est l'entretien de son jardin potager. Ayant plus de temps, il a également rejoint le comité qui organise la conférence mensuelle du cercle.

Au fil du temps, son arthrose s'empire. Il a de plus en plus de mal à bouger le poignet de sa main gauche, ce qui lui complique de plus en plus la réalisation d'un certain nombre d'activités. Progressivement, il ne peut plus conduire sa voiture et est obligé de se déplacer uniquement en transport en commun. En 2030, au cours d'examens médicaux on lui découvre un cancer de la prostate, il refuse les interventions médicales lourdes et préfère profiter de ces dernières années en restant le plus longtemps possible chez lui. **En 2035**, il doit prendre un nouveau médicament pour son cancer qui, combiné aux antidouleurs puissants qu'il prend régulièrement l'affaiblit beaucoup, depuis peu également Joseph souffre de dépression.

Un de ces neveux, Marc, qui au fil de temps lui a souvent rendu service et a toujours eu beaucoup d'affection pour lui vient de décider grâce au revenu inconditionnel, de ne garder qu'un emploi à mi-temps. Voyant que Joseph ne va pas bien et a besoin d'aide, il

décide de passer trois jours par semaine avec lui. Ensemble, ils remettent en ordre le potager de Joseph et ils fréquentent le cercle horticole. Marc ne comprend pas les revendications du parti jeuniste. Pour lui la famille passe avant tout et il est heureux que l'allocation inconditionnelle lui permette de passer du temps avec son oncle qui ne sera plus là très longtemps.

En 2035, présent trois jours par semaine chez son oncle, il constate à un moment qu'il devrait être suivi quotidiennement. Il décide de se renseigner sur les différentes formules d'aide possibles, ne sachant pas bien où trouver de l'information il se rend à la commune de Farciennes.

La maison de repos et de soin – Les châtaigniers

La maison de repos et de soins Les Châtaigniers a été créée en 1982. À l'origine dépendante du CPAS de Farciennes, cette MRS comptait 80 lits. Elle est destinée d'abord aux personnes précarisées de la commune. Entre 1982 et 2024, elle évolue assez peu. En **2024**, un des axes de la politique du bien vieillir est le développement d'une offre publique de maisons de repos et de maisons de repos et de soins de qualité. Des fonds importants sont libérés par le gouvernement pour rénover les bâtiments existant et augmenter le nombre de lits disponibles. Dans ce contexte, le directeur des Châtaigniers parvient à décrocher un budget pour rénover son institution et construire une nouvelle aile de 40 lits supplémentaires. Il disposera de 120 lits à partir de **2030**.

La politique de revenu inconditionnel mise en place en 2024 change évidemment fortement le mode de financement des MR et MRS dépendantes des CPAS. Les CPAS ont en effet perdu leur capacité financière. Ils restent cependant les organismes compétents pour organiser certains services d'aide sociale au niveau local, mais l'autonomie financière des MR et MRS leur donne une marge de manœuvre beaucoup plus importante.

Dans les faits, les décisions importantes concernant Les Châtaigniers sont prises par un conseil d'administration composé principalement de médecins du CHU de Charleroi ainsi que de membres du conseil du CPAS de Farciennes. Le CA est relativement peu impliqué et ne se réunit qu'une fois par an, il laisse une grande marge de manœuvre au directeur de la maison.

En 2035, le directeur décide de lancer une nouvelle formule d'accueil flexible permettant à des personnes de rester le plus longtemps possible à domicile. Ils disposent d'une chambre individuelle dans l'institution mais ne sont pas obligés d'y séjourner quotidiennement et peuvent passer quelques jours par semaine chez eux. Un suivi médical quotidien est réalisé directement par un service du CHU avec qui la MRS est en contact étroit grâce à une série de capteurs et d'appareils vidéo installés chez la personne âgée, mais également dans les chambres de l'institution.

Lorsque Marc se renseigne à la commune de Farciennes sur les possibilités d'accompagnement de son oncle, il est dirigé vers la conseillère en accompagnement des personnes âgées. Celle-ci connaît très bien l'ensemble des offres disponibles dans la région et lui conseille de contacter la maison Les Châtaigniers qui dispose d'un programme d'accueil flexible qui conviendrait parfaitement à Joseph et qui a toujours de places disponibles. Comme la MRS dépend du CPAS de Farciennes et que Joseph a habité la commune pendant plus de 40 ans, il aura droit à un accès prioritaire à un tarif adapté à son revenu.

Elle renseigne également à Marc une association de bénévoles de la commune qui a pour projet de tenir compagnie aux personnes isolées.

Marc contacte le directeur des Châtaigniers et après en avoir parlé à son oncle l'inscrit au programme d'accueil flexible. Malgré le tarif adapté à son revenu, le coût de cette formule est assez élevé pour Joseph. Ne pouvant plus se tourner vers le CPAS en cas de gros coup dur, il est un peu angoissé de devoir faire face à de grosses dépenses médicales si elles devaient se présenter.

Les contacts pris avec l'association de lutte contre l'isolement ont également été très positifs, Justine une dame de 40 ans habitant dans le quartier de Joseph a accepté de lui tenir compagnie quelques heures par semaine quand il n'est pas aux Châtaigniers et s'occupe parfois de le conduire aux Châtaigniers où de le ramener chez lui quand Marc ne peut pas être là.

Paul, médecin généraliste à Liège (45 ans en 2025) et Mohammed, liégeois (63 ans en 2025)

Paul est médecin généraliste. Il habite et travaille à Liège. **En 2025**, il a 45 ans. Après avoir exercé chez lui pendant une quinzaine d'années, il décide de rejoindre un cabinet médical, Médi-Grétry, qui rassemble dans un même bâtiment trois médecins généralistes, un dentiste, un gynécologue et un dermatologue. L'avantage est de partager un secrétariat ainsi que de partager très facilement les gardes avec ses collègues généralistes (Sandrine, 28 ans et Sarah 32 ans). Le cabinet est situé dans le centre de Liège.

Les changements dans l'organisation de la sécurité sociale n'ont finalement pas eu beaucoup d'impact sur lui. Les soins de santé restent remboursés par les mutuelles et la distribution de l'allocation inconditionnelle n'a pas eu d'impact particulier sur sa patientèle, en tout cas il n'en a pas remarqué.

Le cabinet médical qu'il a rejoint fonctionne bien et la coordination avec ses deux jeunes collègues se passe très bien. Les événements de 2031 ont été assez spectaculaires à Liège et ils ont suscité des débats animés entre Paul qui ne comprend pas les positions jeunistes défendues par Sandrine et Sarah.

En 2040, il a 60 ans et décide de lever le pied. Il ne reçoit plus qu'à mi-temps et consacre le reste de son temps à ses petits-enfants qu'il garde avec son épouse les mercredis et vendredis.

C'est en 2027 que Mohammed (65 ans) vient le consulter pour la première fois. Il habite à proximité de la maison médicale mais n'était jamais venu car il n'a jamais été malade. Son pied gauche est très enflé à tel point qu'il ne sait plus enfiler sa chaussure et qu'il a du mal à marcher. Son pied est très douloureux, la douleur persiste la nuit et l'empêche de dormir depuis une semaine. Sa fille (Khadija) l'a convaincu de venir au centre Médi-Grétry. Elle consulte régulièrement une des jeunes généralistes pour elle-même ainsi que pour ses trois enfants. Paul trouve rapidement une cause au problème de Mohammed. Un traitement efficace résout le problème.

Bien qu'il croise parfois sa fille dans la salle d'attente, Paul n'a plus de nouvelle de Mohammed pendant sept années. En 2034, Mohammed a 72 ans. Sa vue a fortement

baissé. Il fait une chute dans l'escalier assez grave. Après sa chute, il reste inconscient pendant quelques minutes. À son réveil, il ressent une très forte douleur dans le bras gauche qu'il ne sait plus bouger. Sa fille qui était heureusement présente veut l'emmener aux urgences mais Mohammed refuse. Il ne veut pas aller au CHU. Il demande à sa fille de le conduire chez le médecin du centre Médi-Grétry.

Paul voit donc arriver Mohammed et sa fille. Il constate tout de suite qu'il s'agit d'une fracture ouverte. Mohammed devrait aller rapidement aux urgences du CHU. Mohammed refuse avec véhémence. Paul trouve un compromis, il l'emmène lui-même à une petite polyclinique où on pourra lui faire une radio et peut-être le traiter sur place. Mohammed peut y être pris en charge. Après un examen médical plus détaillé, on découvre que Mohammed a eu un AIT[160]. Il doit aller au CHU réaliser des tests plus poussés. Il doit passer quelques jours au CHU puis peut rentrer chez lui. Il doit maintenant prendre une série de médicaments et être suivi de manière régulière par un médecin.

Au fil du temps, sa vue se détériore encore. Sa fille qui travaille maintenant à mi-temps décide de s'occuper plus de lui, parallèlement, elle décide de proposer à Karima, la fille d'une de ses cousines qui est en troisième année de médecine à l'université un job comme aide à domicile pour les quelques jours où elle ne sait pas s'occuper de son père. Karima passe trois heures le mercredi et le vendredi chez Mohammed et c'est Mohammed qui la rémunère directement en liquide à la fin de chaque semaine.

Jan et Carine (65 ans et 62 ans en 2025, 80 et 78 en 2040, habitants de Lasne)

En 2025, à 65 ans Jan prend sa retraite. Il a réalisé l'ensemble de sa carrière dans la même société pétrochimique américaine. Il y a commencé comme ingénieur responsable de production dans une usine de plastique en Flandre et a petit à petit grimpé les échelons pour terminer directeur de production pour la zone Benelux. Bien qu'habitant en Wallonie Jan se considère avant tout comme belge et parle depuis son enfance aussi bien le français que le néerlandais. Son épouse Carine a, elle, cessé de travailler dans les années 1980 à la naissance de leur second enfant (Maxime a 40 ans en 2025 et Sandrine, sa sœur aînée a, elle, 42 ans en 2025). Depuis le départ de la maison de

[160] Accident ischémique transitoire.

Maxime à la fin de ses études en 2010, Carine a repris une activité bénévole et s'investit dans la gestion du magasin Oxfam de Lasne. Elle s'occupe également beaucoup de ses cinq petits-enfants. Jan quant à lui reste impliqué dans le conseil d'administration de plusieurs sociétés liées au secteur pétrochimique.

En 2027, après un examen médical de routine, on découvre que Jan est atteint de la maladie de Parkinson. Il est encore difficile de dire comment la maladie va évoluer, mais on lui annonce que d'ici dix ans, il aura perdu une grande partie de son autonomie.

Arlette, 35 ans en 2025, aide-soignante

En 2025, Arlette a 35 ans ; elle habite à Nivelles. Elle travaille depuis cinq ans comme aide-soignante à mi-temps dans une maison de repos et de soins de la région de Charleroi : *Au soleil rouge*. Elle et son compagnon ont deux enfants en bas âge, et ils ont décidé que ce serait elle qui s'en occuperait de façon privilégiée, raison pour laquelle elle opte pour un emploi à temps partiel. La diversité des tâches qu'elle doit accomplir fait tout l'intérêt de son travail : accueillir le résident et sa famille ; exécuter des tâches ménagères et logistiques (assurez le service des repas, préparez les chariots de soin...) ; dispenser les soins d'hygiène et de confort ; effectuer des actes techniques (soins de bouche, hydratation...) ; collaborer aux soins paramédicaux (prises de température, pesées, aide à la prise de médicaments...) ; surveiller l'état de santé du résident aux niveaux physique, psychique et social ; participer au soutien psychosocial du résident et sa famille ; informer et conseiller le résident et sa famille ; participer à la continuité et la qualité des soins (en participant aux réunions interdisciplinaires et en mobilisant le RAI) ; effectuer des tâches administratives courantes.

Suite à la décision de la Région wallonne de mettre en place le système de revenu mensuel inconditionnel de 1.200 euros, Arlette, comme de nombreuses femmes ayant des enfants en bas âge et occupées dans des emplois à revenus modestes, a décidé de réduire son temps de travail ; elle ne preste plus que un jour par semaine. La multiplication des temps-partiels est un réel défi en termes d'organisation : la transmission de l'information est plus difficile ; les résident-e-s voient une augmentation du nombre d'intervenant-e-s sans toujours bien comprendre qui fait quoi ; les personnes désorientées arrivent encore

plus difficilement à nouer des liens privilégiés. Certain-e-s résident-e-s se plaignent ouvertement de cette situation.

Cinq ans plus tard, suite à une séparation conjugale, voulant à tout prix garder la maison qu'elle occupe, Arlette se voit contrainte d'étendre son temps de travail. N'ayant pas immédiatement d'opportunité *Au soleil rouge*, elle postule ailleurs et trouve finalement un emploi à mi-temps dans un service d'aide à domicile privé : *Le baladin*. Là aussi, les temps-partiels sont la norme, mais le service est organisé de façon telle que chaque aide-soignant-e n'ait à intervenir qu'auprès d'un nombre réduit de patient-e-s de sorte que ceux/celles-ci n'aient pas à pâtir de cette situation.

La mise en place du système de revenu mensuel inconditionnel de 1.200 euros a fortement réduit la part de la population vivant sous le seuil de pauvreté, mais les personnes ayant en tout et pour tout 1.200 euros par mois, ne pouvant désormais plus escompter d'allocation ou d'aide supplémentaires, se retrouvent finalement plus pauvres qu'avant. Et ce d'autant plus que la mise en place du système de revenu mensuel garanti a relancé l'inflation.

Ainsi, pour Joseph, les 1.200 euros de RMI dont il dispose désormais le placent dans une situation plus précaire que lorsqu'il bénéficiait de 1.100 euros de retraite et qu'il pouvait, en cas de nécessité, se tourner vers le CPAS. Et la situation semble plus difficile encore pour les jeunes vivant du seul revenu inconditionnel et qui sont discriminés car considérés comme des « fainéants » ; qu'en sera-t-il lorsqu'ils arriveront à l'âge de la retraite ? Pour Joseph, et plein d'autres dans son cas, la tendance est à limiter les demandes auprès du service d'aide à domicile afin de maintenir leur budget sous contrôle. Pour Joseph, qui ne bénéficie pas d'aidant-e-proche, cette question est cependant source de tiraillement : Arlette lui suggère de se limiter à son rôle de dispensatrice de soins d'hygiène et soins paramédicaux, soit des soins indispensables, mais elle délaisserait alors les dimensions psychologiques et sociales de son métier qui comptent tant pour Joseph. Bien qu'ayant aussi une retraite modeste, pour Mohammed, qui peut compter sur des solidarités familiales fortes, les attentes auprès des services d'aide à domicile sont plus réduites, et ce d'autant plus qu'il reste réservé à l'égard de ceux-ci et n'y fait appel qu'en dernier recours. Les personnes de milieux aisés, comme Jan et Carine, ne rencontrent pas ce type de difficultés.

4.4.d Scénario 4 : Le plan Senior Tech-Wallonie : robotisation et numérisation des soins et de l'aide à domicile

En 2025, l'ensemble des compétences liées au soin de santé et à l'organisation des services publics d'aide et de soins aux personnes sont régionalisées. Un grand plan de développement de la gestion du vieillissement à l'horizon 2040 est lancé, le plan *Senior Tech-Wallonie*. Ce plan comprend différents engagements destinés à favoriser le bien vieillir via l'accompagnement à domicile des seniors par le développement de nouvelles technologies et de formes d'entreprenariat social dans le secteur du domicile, ainsi qu'à positionner la Wallonie comme un acteur de pointe dans le secteur des technologies du vieillissement. La Région entend ainsi favoriser l'innovation tant technologique que sociale.

Dans cette optique, différents projets sont soutenus. L'université de Liège obtient par exemple un important soutien du gouvernement wallon pour prendre part à un projet de R&D piloté par la Commission européenne visant à robotiser autant que possible l'aide aux personnes âgées. L'ULG acquiert 30.000 exemplaires du robot « Cookie » qui sont mis à disposition d'une population test dans certaines communes pilotes. Cookies est composé de deux parties, un module de soins capable d'accompagner les personnes âgées dans différentes tâches d'hygiène et de soins médicaux de base (injections, pansements, pilulier, suivi de variables médicales…) et d'un module mobile autonome (un drone) servant de balise de communication vidéo instantanée et de surveillance permanente de la personne âgée. Ce module permet à la personne âgée d'être en contact quotidien avec son médecin traitant ainsi qu'avec un service d'aide à domicile en cas de besoin.

Une politique de soutien aux sociétés *spin-off* actives dans la gestion du vieillissement est également mise en place. **En 2030**, une première entreprise émerge comme leader dans sa catégorie, il s'agit de la société *RealFamily*. Cette société fondée par une équipe d'ingénieurs informaticiens a développé un système de lunette de réalité virtuelle permettant à la personne âgée de partager la vie de personnes en temps réel. L'idée est de permettre aux personnes peu mobiles ou isolées socialement de pouvoir vivre en partenariat avec une personne de son entourage des expériences de vie à distance. Des grands parents peuvent ainsi partager les soirées de leurs petits-enfants, ou

suivre leurs enfants dans leur journée de travail. De manière surprenante, le succès de cette innovation a davantage reposé sur le développement d'une large communauté de « partageurs » qui diffusent leur journée et soirée en accès ouvert depuis les quatre coins du monde, modifiant le concept original de l'application destinée d'abord à un usage familial.

En 2035, la Wallonie poursuit le plan *Senior Tech-Wallonie* et décide d'investir massivement dans le domaine des technologies de santé. L'objectif est d'attirer les grands groupes du secteur en Wallonie. La politique porte ses fruits. La promesse de favoriser le remboursement des greffes d'organe de synthèse, et d'encourager les universités à participer aux essais cliniques dans ce domaine a par exemple poussé le groupe General Electric à implanter en Wallonie son usine européenne de production de cœurs et d'yeux artificiels. **En 2040**, le nombre d'implants et de greffes artificielles par nombre d'habitants de la Wallonie est le plus élevé d'Europe.

Joseph (65 ans en 2025, 80 en 2040, habitant de Farciennes, ouvrier à la retraite)

En 2025, Joseph a 65 ans et est à la retraite depuis cinq ans. Il a travaillé pendant 30 ans pour l'IRE, l'institut royal des radioéléments à Fleurus où il était ouvrier technicien actif dans la production de radioéléments à destination médicale. En 2020, il doit cesser cette activité, les problèmes d'arthrose qu'il a depuis longtemps se sont empirés. Les douleurs ressenties dans ses doigts et ses mains ne lui permettent plus de réaliser quotidiennement les manipulations nécessaires à l'exercice de son métier. Joseph ne s'est jamais marié et n'a comme famille qu'une sœur plus âgée et deux neveux qu'il voit peu. Son salaire n'ayant jamais été très élevé il ne s'est pas constitué de réserves importantes et vit grâce à son allocation de retraite qui s'élève à environ à 1.100 euros par mois. Propriétaire de sa petite maison, il vit seul à Farciennes. Membre du cercle horticole de Farciennes depuis de nombreuses années, sa principale activité est l'entretien de son jardin potager. Ayant plus de temps, il a également rejoint le comité qui organise la conférence mensuelle du cercle.

Au fil du temps, son arthrose s'empire. Il a de plus en plus de mal à bouger le poignet de sa main gauche ce qui lui complique de plus en plus la réalisation d'un certain

nombre d'activités. Progressivement, il ne peut plus conduire sa voiture et est obligé de se déplacer uniquement en transport en commun. **En 2030**, au cours d'examens médicaux on lui découvre un cancer de la prostate, il refuse les interventions médicales lourdes et préfère profiter de ces dernières années en restant le plus longtemps possible chez lui. **En 2035**, il doit prendre un nouveau médicament pour son cancer qui, combiné aux antidouleurs puissants qu'il prend régulièrement l'affaiblit beaucoup, depuis peu également Joseph souffre de dépression. Un de ces neveux (Marc), qui au fil de temps lui a souvent rendu service, le convainc qu'il serait mieux pour lui de quitter sa maison et que rejoindre une institution adaptée où son quotidien serait plus simple.

La maison de repos et de soins – Les châtaigniers

La maison de repos et de soins Les Châtaigniers a été créée en 1982. À l'origine dépendante du CPAS de Farciennes, cette MRS comptait 45 lits. Elle est destinée d'abord aux personnes précarisées de la commune. Entre 1982 et 2025, elle évolue relativement peu et compte en permanence une quarantaine de résidents.

En 2026, la politique wallonne de gestion du vieillissement a pour objectif principal le maintien à domicile des personnes âgées, notamment grâce au développement de technologie de robotisation des soins. En conséquence les subsides destinés à financer l'accueil des personnes précaires en maison de repos ou de repos et de soins ont été redirigés vers le développement d'un programme d'aide technologique à domicile.

En 2027, la MRS Les Châtaigniers ne parviennent plus à faire face aux frais de remise en conformité des installations nécessaires pour maintenir une activité et est obligée de cesser ses activités. La commune ne souhaite plus soutenir la MRS car d'après l'échevin des affaires sociales, une offre privée et publique jugée suffisante existe à Charleroi.

En 2035, lorsque le neveu de Joseph se renseigne sur les possibilités d'accueil de son oncle en MRS, il constate donc qu'il n'y a pas d'offre sur le territoire de Farciennes. Il sait que son oncle n'acceptera jamais de quitter sa commune, il doit donc trouver d'autres solutions.

En se renseignant, il apprend que la commune de Farciennes a été choisie pour participer à un programme de test d'une nouvelle technologie, un robot, « Cookies », qui assure le suivi à domicile et permet une surveillance permanente. Le programme est coordonné au niveau communal. Joseph y est rapidement accepté.

Après quelque temps, Marc se rend compte que le suivi médical fonctionne bien, mais que Joseph se sent très seul les jours où il ne lui rend pas visite. Sa dépression empire et Marc s'inquiète pour Joseph. Il n'a malheureusement pas la possibilité de lui consacrer plus de temps. Il a entendu parler d'une application conçue pour rompre l'isolement de personnes âgées en leur permettant de partager des moments de vie virtuels grâce à des lunettes spéciales. Il se dit qu'il va en discuter avec Joseph pour voir ce qu'il en pense. Peut-être que ça lui permettra de retrouver un peu de joie de vivre.

Paul, médecin généraliste à Liège (45 ans en 2025) et Mohammed, liégeois (63 ans en 2025)

Paul est médecin généraliste. Il habite et travaille à Liège**. En 2025**, il a 45 ans. Après avoir exercé chez lui pendant une quinzaine d'années, il décide de rejoindre un cabinet médical, Médi-Grétry, qui rassemble dans un même bâtiment trois médecins généralistes, un dentiste, un gynécologue et un dermatologue. L'avantage est de partager un secrétariat ainsi que de partager très facilement les gardes avec ses collègues généralistes (Sandrine, 28 ans et Sarah 32 ans). Le cabinet est situé dans le centre de Liège.

En 2027, il est contacté par un professeur de l'ULG. Le centre de recherche en gériatrie avec qui il a des contacts depuis longtemps lui demande de prendre part à un programme de R&D nommé « Cookies ». Un programme de recherche sur la robotisation des soins à domicile pour seniors.

L'ULG est précisément à la recherche de médecins généralistes qui accepteraient de s'impliquer dans le projet qui nécessite la constitution d'une équipe de généralistes organisant un service de garde numérique 24 heures sur 24. Les robots ont en effet la capacité de joindre un médecin dès qu'un problème médical survient chez les personnes âgées monitorées en permanence.

Si Paul accepte d'entrer dans ce service de garde, il devra être disponible 2 jours et 2 nuits par semaine. Il sera évidemment rémunéré pour ces 48 heures de garde, puisqu'il devra être pleinement disponible et capable de réagir par vidéo-conférence instantanément pour prendre les décisions que le robot ne peut assumer seul.

Intrigué par ce dispositif, Paul accepte. Il faut dire que la rémunération proposée est très acceptable.

Paul participera pendant cinq ans à cette expérience pilote. La plupart du temps, le travail qu'il doit réaliser pendant ses gardes est principalement administratif. Il reçoit des rapports chiffrés très précis envoyés par les robots, et souvent, il n'a qu'à appeler une ambulance ainsi qu'à prendre contact avec des proches de la personne concernée et des collègues spécialisés dans le problème en question. Il n'a en fait de contacts avec les patient-e-s que dans le cas d'accidents tels que des chutes ou des brûlures, quand le patient est conscient et que des soins d'urgence sont nécessaires.

Récemment, il a par exemple été connecté à un homme de 63 ans, Mohammed, qui a été victime d'une grave chute dans l'escalier. Son Cookie avait déjà détecté un AIT quelques semaines auparavant et Mohammed était donc déjà suivi par le CHU de Liège. Grâce au programme de garde numérique, Paul a pu rassurer Mohammed directement en lui disant que des secours arrivaient et que sa fille était déjà en route pour prendre soin de lui. Il souffrait d'une fracture ouverte du bras, et l'hôpital allait vérifier s'il n'avait pas fait un nouvel AVC.

En 2032, Paul a hâte de quitter ce programme pour revenir à une pratique médicale plus traditionnelle. Heureusement pour Paul, les concepteurs du programme se sont associés à l'école de médecine pour former de jeunes médecins au suivi de la robotisation de l'aide à domicile. Fin 2032, Paul est chargé de former pendant trois mois le jeune diplômé qui prendra son relais.

Jan et Carine (65 ans et 62 ans en 2025, 80 et 78 en 2040, habitants de Lasne)

En 2025, à 65 ans Jan prend sa retraite. Il a réalisé l'ensemble de sa carrière dans la même société pétrochimique américaine. Il y a commencé comme ingénieur responsable de production dans une usine de plastique en Flandre et a petit à petit grimpé

les échelons pour terminer directeur de production pour la zone Benelux. Bien qu'habitant en Wallonie Jan se considère avant tout comme belge et parle depuis son enfance aussi bien le français que le néerlandais. Son épouse Carine a, elle, cessé de travailler dans les années 1980 à la naissance de leur second enfant (Maxime a 40 ans en 2025 et Sandrine, sa sœur aînée a, elle, 42 ans en 2025). Depuis le départ de la maison de Maxime à la fin de ses études en 2010, Carine a repris une activité bénévole et s'investit dans la gestion du magasin Oxfam de Lasne. Elle s'occupe également beaucoup de ses cinq petits-enfants. Jan quant à lui reste impliqué dans le conseil d'administration de plusieurs sociétés liées au secteur pétrochimique.

En 2027, après un examen médical de routine, on découvre que Jan est atteint de la maladie de Parkinson. Il est encore difficile de dire comment la maladie va évoluer, mais on lui annonce que d'ici dix ans, il aura perdu une grande partie de son autonomie.

Arlette, 35 ans en 2025, aide-soignante

En 2025, Arlette a 35 ans ; elle habite à Nivelles. Elle travaille depuis cinq ans comme aide-soignante à mi-temps dans une maison de repos et de soins de la région de Charleroi : *Au soleil rouge*. Elle et son compagnon ont deux enfants en bas âge, et ils ont décidé que ce serait elle qui s'en occuperait de façon privilégiée, raison pour laquelle elle opte pour un emploi à temps partiel. La diversité des tâches qu'elle doit accomplir fait tout l'intérêt de son travail : accueillir le résident et sa famille ; exécuter des tâches ménagères et logistiques (assurez le service des repas, préparez les chariots de soin...) ; dispenser les soins d'hygiène et de confort ; effectuer des actes techniques (soins de bouche, hydratation...) ; collaborer aux soins paramédicaux (prises de température, pesées, aide à la prise de médicaments...) ; surveiller l'état de santé du résident aux niveaux physique, psychique et social ; participer au soutien psychosocial du résident et sa famille ; informer et conseiller le résident et sa famille ; participer à la continuité et la qualité des soins (en participant aux réunions interdisciplinaires et en mobilisant le RAI) ; effectuer des tâches administratives courantes.

Cinq ans plus tard, suite à une séparation conjugale, Arlette se voit contrainte d'étendre son temps de travail. Elle décide de chercher un second mi-temps, qu'elle trouve assez rapidement dans un service d'aide à domicile privé : *Le baladin*. La politique

régionale d'investissement massif dans les nouvelles technologies du vieillissement se traduit pour Arlette par l'impératif de formation continue ; ces nouvelles technologies se diffusent en effet de plus en plus. Dans les MRS, les robots les plus perfectionnés font leur apparition. Ils sont perçus avec ambivalence dans la mesure où ils sont considérés comme des « concurrents » susceptibles de remplacer les aides-soignant-e-s pour toute une série d'actes de leur ressort, mais aussi, par là même, comme des « collègues » susceptibles de les libérer de certaines tâches et dès lors de permettre une revalorisation du métier qui pourrait se redéfinir autour de ses aspects les plus nobles, la santé psychique, le soutien psychosocial du résident et de sa famille, les échanges interdisciplinaires. *Le baladin* a aussi reçu des robots cookies mis à disposition de patient-e-s chez qui se rend Arlette. La phase d'installation ainsi que la période qui l'a immédiatement suivie ont été source de stress tant pour Arlette que pour les patient-e-s : ceux/celles-ci se trouvaient face à des machines dont ils/elles ne comprenaient pas toujours le fonctionnement, comptaient sur Arlette pour répondre à leurs questions ; celle-ci se trouvait alors à devoir défendre une technologie qu'elle ne comprenait pas toujours elle-même et sur laquelle elle s'interrogeait quant à sa plus-value réelle. Après un certain temps, les interrogations du début se sont estompées, mais la direction du service d'aide a néanmoins décidé d'effectuer un test de compréhension des dispositifs technologiques et de ne plus placer de robots cookies chez les personnes échouant à ce test.

Joseph a été parmi les premiers à recevoir un robot cookie. Il n'a pas eu trop de mal à en comprendre le fonctionnement. Il est rassuré de se savoir « connecté » quasi en permanence à un dispositif médical et il sait qu'en cas de problème une alerte peut être adressée à des personnes proches. Cependant, seules deux femmes dans la cinquantaine habitent près de chez lui et il ne s'imagine guère les voir débarquer chez lui alors qu'il aurait un malaise dans sa salle de bain. Il regrette aussi que l'arrivée du robot se soit accompagnée d'une réduction des visites d'Arlette ; la machine ne comble pas ses besoins relationnels. Arlette constate que la délicate gestion de la pudeur est souvent sous-estimée par les promoteurs des systèmes intelligents qui tendent à soutenir l'interchangeabilité des intervenants. La résistance des patient-e-s et usager-e-s n'est pas rare : selon ses observations, elle est particulièrement forte dans les populations où le dévoilement du corps ne peut avoir lieu que dans des circonstances exceptionnelles… où la gestion de la santé et des corps est d'abord chose familiale, et où le drone captant des

images en permanence est perçu comme un espion d'autant plus mal accepté que ceux qui examinent potentiellement ces images ne sont pas identifiés. Pour Jan, qui, depuis que sa maladie de Parkinson a été détectée, bénéficie aussi d'un robot cookie, celui-ci contribue à sa sécurité. Le drone détecte ses chutes qui ont tendance à se multiplier et les signale directement à Carine qui, de ce fait à tendance à être en permanence sur le qui-vive et à s'épuiser. La mobilisation plus large du réseau d'aide formelle et informelle devient indispensable.

5. L'analyse des focus-groupes

5.1 Introduction – la mise en évidence des tensions du bien-vieillir

5.1.a La prospective participative

Dans la méthodologie prospective, la construction de scénarios contrastés peut apparaître comme le terme de l'analyse. Cette démarche se veut alors « exploratoire », au sens où elle permet « d'explorer le champ des possibles » (de Jouvenel, 1999, 10) afin d'éclairer les processus décisionnels liés à une question particulière.

Dans bien des cas cependant, la construction de scénario n'est pas l'objectif final de l'analyse prospective. Elle constitue une étape vers la réalisation d'autres objectifs. La construction de scénario peut ainsi mener à l'identification de « scénarios normatifs » (aussi appelés « scénarios stratégiques ») (de Jouvenel, 1999, 10), c'est-à-dire à la construction d'un futur non plus « possible », mais désirable[161].

L'identification de futurs désirables peut prendre différentes formes et suivre différentes méthodologies. Parmi celles-ci, et c'est la démarche que nous avons poursuivie ici, il est possible d'utiliser les scénarios exploratoires comme base à la réalisation de workshops ou de focus-groupes qui rassemblent acteurs et experts. Il s'agit alors de

[161] C'est par exemple la démarche poursuivie par le rapport prospectif Transition énergétique (CLIMACT, 2015) qui propose quatre scénarios exploratoires ainsi qu'un cinquième scénario normatif permettant la réalisation d'un développement durable » en Wallonie et construit en suivant une démarche de back-casting (p. 65).

mettre en œuvre une démarche prospective dite participative qui, comme le note Guyot et ses collègues est relativement fréquente : « Fréquemment, dans son travail analytique, le prospectiviste fait intervenir les acteurs concernés par le système qu'il examine, que ceux-ci opèrent dans ce système ou qu'ils possèdent une expertise particulière par rapport à celui-ci. Dans la majorité des cas, cette intervention s'effectue au cours de l'exercice prospectif. » (Guyot, Anfrie, Van Cutsem et Rieppi, 2012, 1).

Cette participation des acteurs et experts de la question à la démarche prospective peut se placer en amont du travail prospectif et guider la construction des scénarios[162], mais elle peut également intervenir en aval et mobiliser les scénarios comme outil méthodologique permettant une analyse des différentes visions du futur prégnantes parmi les acteurs.

Selon cette conception, il s'agit alors de mettre les scénarios en discussion afin d'une part d'identifier leur plausibilité et leur désirabilité respectives, et, d'autre part, d'analyser les perspectives du futur mobilisées par les acteurs lorsqu'ils doivent débattre du caractère plausible ou désirable des scénarios.

C'est cette démarche que nous avons poursuivie. Les quatre scénarios développés ont été mis en discussion dans quatre focus-groupes rassemblant au total 27 professionnels et experts de l'aide et des soins au cours du mois de novembre 2015. L'objectif de ce rapport, au-delà donc de la production de scénarios exploratoire, est l'analyse des différentes perspectives du « bien-vieillir » qui ont émergées dans les discussions lors des focus-groupes. Ces perspectives seront rendues par l'identification de différentes tensions qui structurent les discours sur le futur du « bien-vieillir » dans les focus-groupes. Cette analyse des perspectives sous forme de mise en évidence de différentes tenions permet de dépasser le caractère exploratoire des scénarios car elle servira de base à l'établissement de recommandations à l'attention des acteurs du vieillissement.

[162] On trouvera un guide méthodologique très précis sur cette approche méthodologique dans le guide « Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur » édité par la Fondation Roi Baudouin (Fondation Roi Baudouin, 2006, 151-163).

L'intérêt de la démarche prospective participative est alors d'ancrer ce travail normatif dans l'expérience d'acteurs de terrain. La plus-value de la mise en discussion participative des scénarios par rapport à d'autres méthodes participatives destinées à produire des recommandations se trouve dans l'ouverture de perspectives nouvelles susceptibles d'alimenter les réflexions des acteurs sur le futur. Ce sont ces perspectives qu'il s'agit de recueillir et d'analyser.

5.1.b Déroulement des focus-groupes

Quatre focus-groupes ont été réalisés et ont permis de réunir 27 personnes[163] au cours du mois de novembre 2015. Chaque focus-groupe a duré trois heures.

Lors des focus-groupes 2, 3 et 4, deux scénarios ont été discutés (les scénarios 1 et 4 lors du focus groupe 2, 2 et 3 lors du focus-groupe 3 et 2 et 4 lors du focus-groupe 4).

Pour chacun des deux scénarios discutés, deux tours de table ont été organisés. Lors d'un premier tour de table chaque participant était amené à identifier : 1/ les enjeux éthiques au cœur du scénario, 2/ les opportunités du scénario pour les séniors et la collectivité, 3/ les risques principaux du scénario et 4/ à évaluer la cohérence générale du scénario ainsi que sa probabilité et sa désirabilité.

Lors du second tour de table chaque participant était invité à se prononcer 1/ sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la gestion du vieillissement en Wallonie si ce scénario devait se réaliser et 2/ sur le rôle des pouvoirs publics, du privé, des associations, de la famille et des aînés eux-mêmes dans cette perspective.

Le premier focus groupe s'est déroulé de manière différente. Les participants ont été invités à lire et se prononcer non pas sur deux scénarios, mais bien sur les quatre. L'accent a été mis sur la plausibilité des quatre scénarios ainsi que sur le repérage d'incohérences factuelles importantes devant être modifiées pour ne pas nuire à la plausibilité de l'exercice exploratoire.

[163] Liste des participants ainsi que de l'ensemble des personnes contactées pour participer en annexe (Annexe 2).

Une fois les focus-groupes réalisés, ils ont été intégralement retranscrits sur base de leur enregistrement audio. L'analyse du contenu a été réalisée sur base des retranscriptions. Elle a consisté précisément en la mise au jour des différentes perspectives (telles que définies dans le point 4.1.) déployées par les participants pour étayer leur argumentation. Différentes tensions normatives (épreuves de normativité) ainsi que différentes « épreuves-défis » ont émergé comme structurant les discours. C'est sur base de l'identification de ces deux types d'épreuves dans les discours des participants que nous avons réalisé la synthèse des perspectives sur le futur du bien-vieillir.

Nous présenterons les résultats de cette analyse en distinguant les perspectives qui ont émergé autour de la discussion de chaque scénario (voir figure ci-dessous pour un rappel des quatre scénarios). Chaque perspective sera présentée sous la forme d'une opposition sémantique (d'une tension) opposant deux termes. Ces deux termes peuvent avoir de statuts différents lorsqu'ils se rapportent à une épreuve de normativité ou à une épreuve-défi. Il s'agit parfois de tensions normatives entre deux visions du futur décrites comme désirables ou à l'inverse non désirables. Il s'agit parfois également d'oppositions entre deux manières de vivre le soin ou le vieillissement.

La mise en évidence de ces perspectives mènera à la formulation de recommandations à l'intention des acteurs du vieillissement lorsqu'elles seront mises en relation avec les variables de contrôle de notre modèle (voir schémas au point 4.3.b).

Pour rappel, le schéma ci-dessous synthétise les quatre scénarios qui ont été discutés.

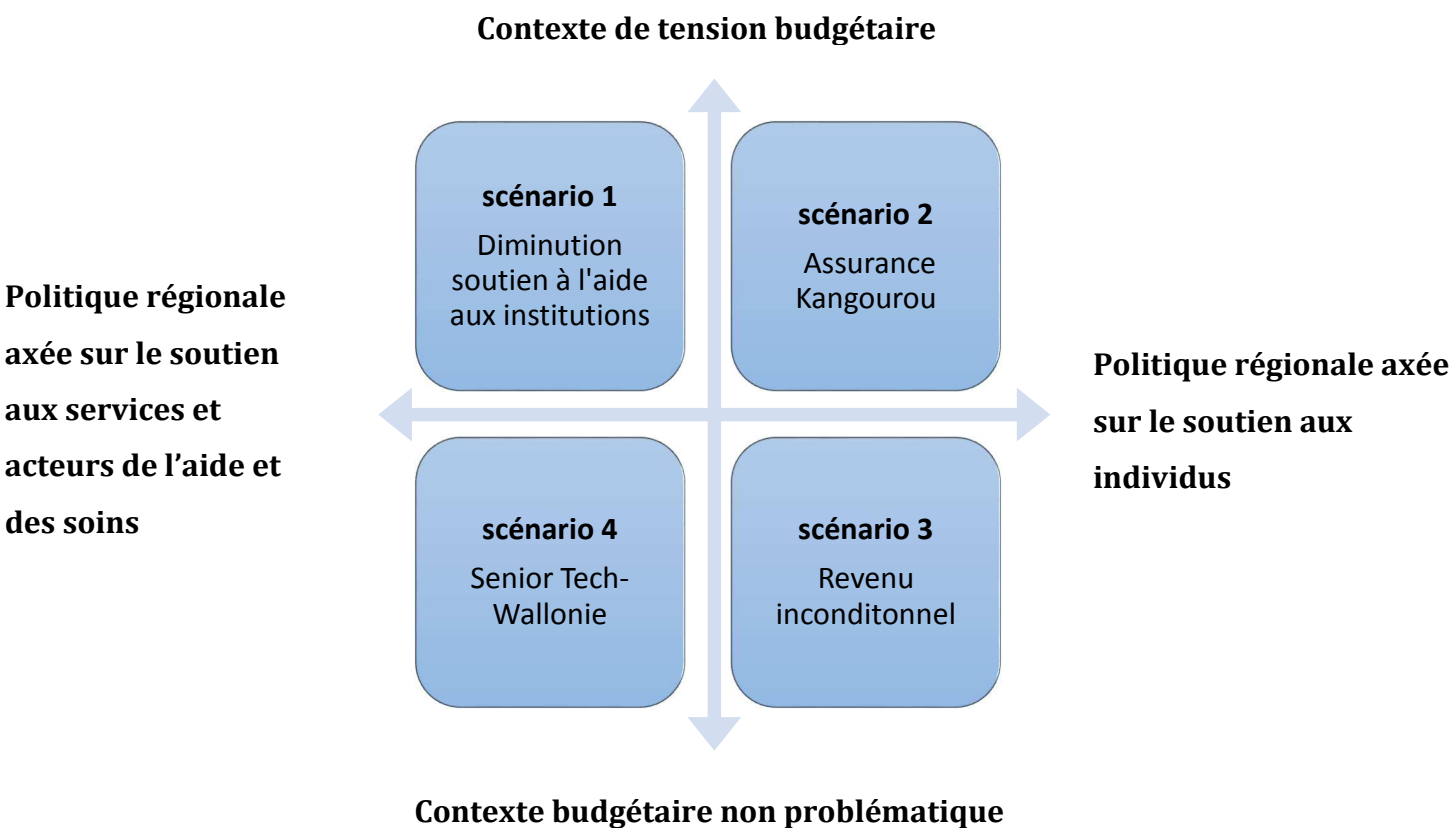


Figure 86: les quatre scénarios

5.2 Analyse du scénario 1 – Tension budgétaire et diminution du soutien institutionnel

Trois tensions apparaissent comme centrales dans les discussions qui ont entouré le premier scénario. Pour rappel ce scénario reposait sur la combinaison d'une crise économique importante et de politiques publiques axées vers le soutien aux institutions et acteurs du secteur du vieillissement.

Ces trois tensions portent respectivement sur 1/ Le risque de marchandisation du vieillissement, 2/ sur le type d'actions à entreprendre de façon privilégiée pour accompagner les personnes vieillissantes, et 3/ sur le système de soins devant être développé par priorité.

Notons que de manière générale, ce scénario a été décrit comme globalement plausible et probable, voire parfois comme déjà en cours de développement, mais également comme peu désirable.

5.2.a Tension n°1 : le vieillissement entre opportunité de réinvention du lien social et risque de marchandisation

La première tension permettant de synthétiser les réactions au premier scénario porte sur l'ancrage social de la prise en charge du vieillissement. Nous trouvons dans cette catégorie l'ensemble des discours qui véhiculent l'idée qu'une bonne gestion des enjeux du vieillissement est liée à une reconfiguration des relations entre différentes sphères de la société.

Dans le scénario 1 nous avions volontairement décrit un futur où, en raison du manque de moyen à la disposition du secteur public, la gestion du vieillissement s'ancrait davantage dans le secteur marchand. Que ce soit par l'évocation du développement de la société *Help at Home*, de la reprise de la maison de repos du CPAS par un groupe privé ou par la réorganisation des soins de santé, nous imaginions un futur marqué par la privatisation et la marchandisation du secteur de l'aide et des soins aux personnes âgées, conséquence des difficultés financières de l'État.

Notons que cette tension, identifiée préalablement à la rédaction des scénarios (voir point 3.3.c.) n'est pas la seule tension que nous avons développée dans le scénario 1. Ce scénario présentait également une valorisation importante de l'efficacité (économique) des solutions développées, ainsi qu'une forte dualisation de l'accès au soin impliquant un possible accroissement de la précarité de certaines populations.

Ce thème de la marchandisation des soins et de l'aide était donc présent dans le scénario et a été particulièrement central dans les discussions (focus-groupe 1 et focus-groupe 2) autour de sa réception.

De manière schématique il est possible de réduire les sens véhiculés dans les discussions autour de l'opposition sémantique suivante, qui constitue deux visions opposées du futur :

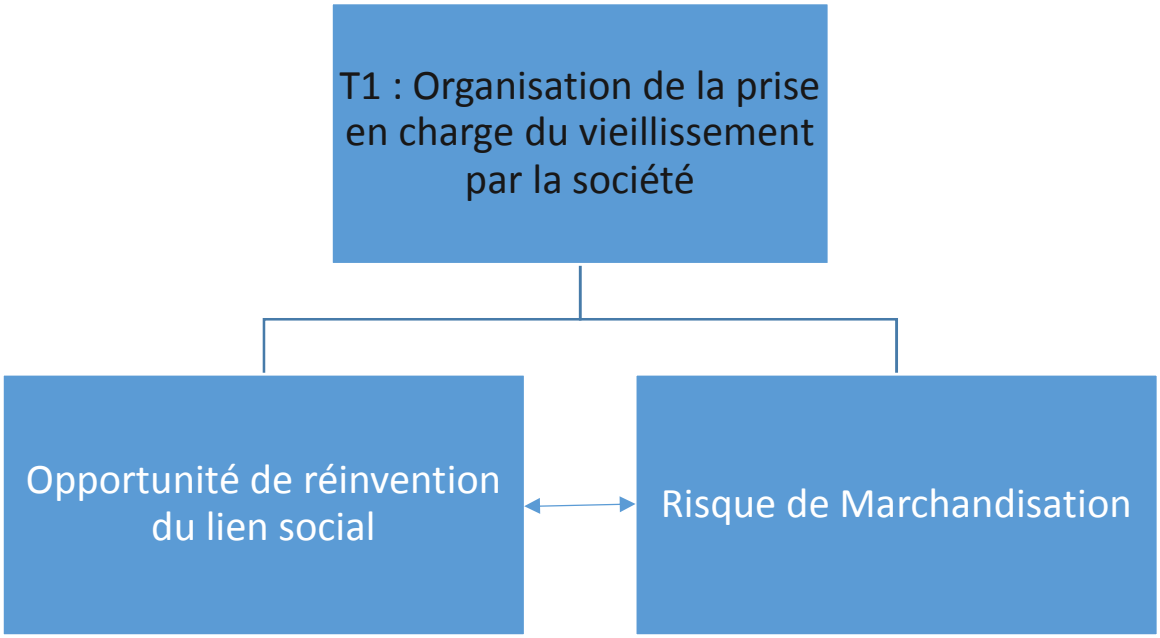


Figure 87: tension 1

❖ *a. La prise en charge du vieillissement comme opportunité de réinvention du lien social*

Dans cette vision du futur, le développement d'un système d'aide et de soins pour les personnes vieillissantes est conçu comme une opportunité de renforcement de la solidarité entre différentes sphères de la société. L'enjeu du vieillissement ne doit pas être géré par une seule sphère, par exemple la sphère publique ou la sphère marchande, mais est une opportunité de réinvention de lien social. L'enjeu du vieillissement ne doit pas être aux mains de quelques spécialistes, mais doit être au cœur de solidarités portées par l'ensemble des sphères sociales (que ce soit par le déploiement de solidarités familiales, de solidarités associatives, le développement d'offres marchandes ainsi que de solutions institutionnelles publiques).

L'idée principale de cette vision du futur est résumée de cette manière par un des participants aux focus-groupes :

> « C'est ce système d'échanges qui pour moi peut amener un vivre ensemble et une certaine solidarité. »

La gestion du vieillissement est conçue comme un système d'échange, impliquant les sphères privée, publique, associative et familiale permettant le développement d'une plus grande solidarité intergénérationnelle. Il ne s'agit donc pas de dire que les enjeux du vieillissement sont uniquement du ressort des acteurs publics, ou à l'inverse des acteurs privés, mais bien qu'il doit être au cœur de la solidarité liant l'ensemble des individus de la société, et donc l'ensemble des sphères sociales.

Cette vision repose sur l'idée que les personnes âgées et dépendantes sont des membres de la société à part entière et doivent être considérées comme telles :

> « Les gens ont besoin de se sentir utiles, de se sentir globalement utiles aux autres. De s'intégrer dans un univers et de ne pas être considérés ni comme des machines ni comme des gens qui ont besoin de soins ou de ceci ou ça. »

Le vieillissement de la société est alors considéré comme une opportunité d'intégration de la société et de renforcement des solidarités. Principalement des solidarités intergénérationnelles :

> « Je pense que c'est toute la question de réinvention du lien social. Puisqu'il ne peut plus être assuré par le pouvoir public. Qu'effectivement il y a tendance à la dispersion individuelle dans le privé et ça appelle forcément à une nouvelle force de constitution des liens sociaux qui est évoqué dans la question de l'habitat intergénérationnel par exemple. »

❖ *b. La marchandisation du vieillissement*

À l'opposé de la vision du vieillissement comme opportunité d'accroissement des solidarités se trouve une vision du futur où le vieillissement serait objet d'intervention d'une seule sphère sociale et principalement de plus en plus de la sphère privée et marchande.

La vision d'un futur où la prise en charge du vieillissement apparaît comme une question marchande est considérée comme très probable par les discutants. Notons

cependant, comme le montre les deux extraits ci-dessous, qu'il ne s'agit pas de dire que la marchandisation est négative en elle-même :

> « Commercialisation ne signifie pas diminution de la qualité surtout si on voit qu'au niveau du commercial il y a de plus en plus de groupes qui se développent et ces groupes permettent de faire des économies d'échelle en termes de travail administratif etc.
>
> Mais je trouve que c'est une question qui aurait son sens parce qu'on sait qu'on va devoir faire des choix à l'avenir, qu'on va devoir aller vers beaucoup plus d'efficacité avec des moyens qui ne vont pas évoluer positivement. »
>
> « Sans vouloir non plus faire l'amalgame entre tout ce qui est privé, c'est pas bon et tout ce qui est public c'est bon, loin de là. Puisqu'on assiste quand même à une privatisation des maisons de repos et voilà. »

Le risque au cœur de cette vision du futur est bien plutôt d'envisager une société où le vieillissement serait le monopole d'une seule sphère sociale. Cette vision se porte alors principalement sur une tendance à la privatisation des soins et de l'aide car elle apparaît comme une tendance probable aujourd'hui, et spécialement dans un scénario comme le scénario 1 marqué par un contexte économique difficile.

Les peurs liées à la privatisation pointent alors le manque de contrôle exercé par les autres sphères de la société, et le manque de moralité possible de la gestion du vieillissement :

> « Le développement du secteur commercial [des maisons de repos] devrait s'accompagner à ce moment-là de balises qui permettaient de jouer contre une réduction de qualité. (…) Donc il faut mettre en œuvre, si on suit ce scénario-là, je dirais un règlement déontologique ou un contrôle des prix pour ne pas que le manque de financement, d'une part, se répercute sur le résident et pour ne pas que la qualité se fasse également au détriment du résident »

L'exemple paradigmatique des risques associés à la privatisation de ce secteur serait le développement de clivages sociaux importants dans l'accès au soin et le renforcement des inégalités sociales. À partir du moment où le vieillissement n'est pas conçu comme moteur d'intégration sociale et comme enjeu de solidarités intergénérationnelles, se développe la vision repoussoir d'un système où l'individu vieillissant est seul responsable de sa prise en charge.

De ce point de vue, certains participants aux focus-groupes ont opposé un système basé sur le développement d'assurances privées, souscrites par les individus et permettant un accès aux soins à un système universel de mutualisation des ressources, basé sur le développement des mutuelles :

> « Risque de développer un système parallèle de recours aux assurances pour pouvoir avoir accès aux meilleurs soins de santé. On doit avoir accès à des assurances, ce qui renforcerait évidemment les inégalités sociales. »

> « Alors moi je me demande, évidemment dans ce scénario, le rôle des mutualités comme intermédiaire entre les professionnels de la santé, l'Etat et les citoyens. Sans doute que dans ce scénario les mutualités disparaissent au profit du système assurantiel mais voilà, je pense que ce serait important de renforcer ce rôle-là et pas uniquement le rôle d'assurance. »

Inhérente au risque de marchandisation se trouve aussi la peur d'une réduction de la personne âgée dépendante à un objet ainsi que la redéfinition du « patient » comme « client » :

> « J'ai aussi perçu ici une redéfinition de tout un pan de professions des soins de santé avec le fait qu'on fasse entrer le patient maintenant dans une catégorie de client. »

Bref au cœur de cette tension se trouve l'importance de considérer les personnes vieillissantes comme membres à part entière de la société et même comme opportunité de développement de solidarités et d'intégrations nouvelles.

5.2.b Tension n°2 : la gestion du vieillissement entre prévention et soin

La deuxième tension qui apparaît comme importante dans les réactions au premier scénario porte sur le type d'activité à entreprendre pour faire face aux enjeux du vieillissement. L'opposition se situe entre une vision du futur où l'aide et les soins n'apparaissent qu'une fois la personne dépendante (lorsque la personne entre dans ce que nous avons appelé le troisième temps de la vieillesse) à une vision du futur où l'aide et les soins, bref la prise en compte du vieillissement, commencent avant l'entrée dans le T3. Au cœur de cette tension se trouve donc la dimension temporelle des enjeux du vieillissement.

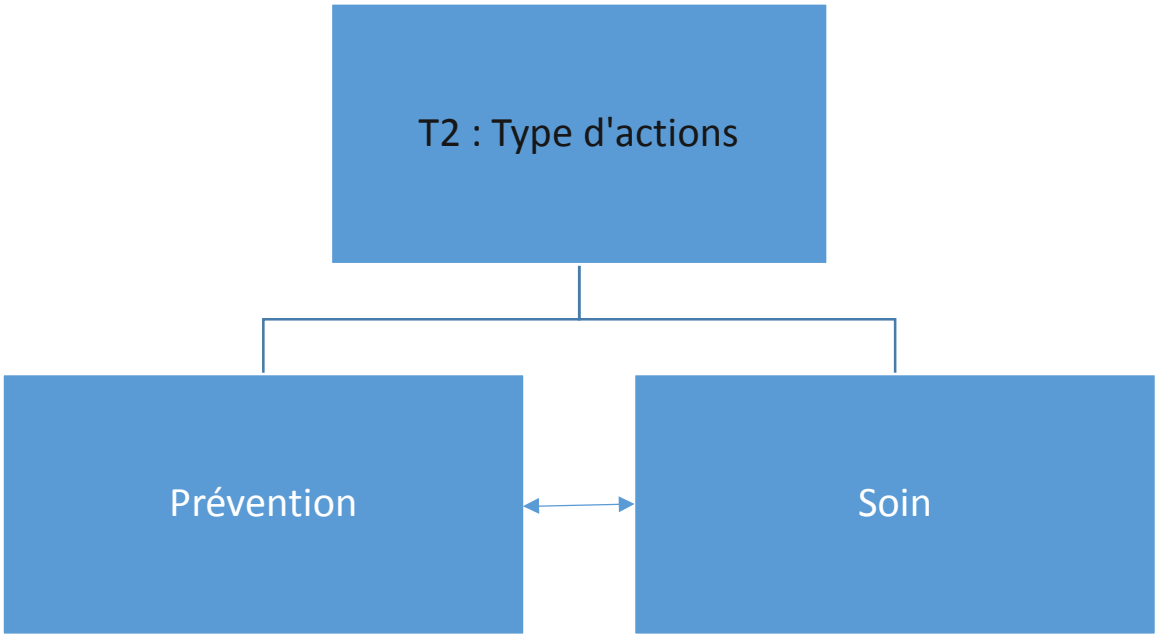


Figure 88: tension 2

❖ *a. La gestion préventive du vieillissement*

Dans cette vision du futur, le vieillissement de la personne est anticipé et, plus important, cette anticipation est organisée par les acteurs de l'aide et des soins. Comme le notent deux participants :

> « C'est effectivement pour moi un rôle important des associations, c'est d'aider à l'anticipation en rendant l'information accessible, en aidant à accéder à l'information, puis en aidant à un certain nombre d'anticipations de divers ordres que ce soit l'aménagement du logement, les activités à la pension, etc. là je pense que les associations ont un grand rôle à jouer. »

> « Pour le rôle de la famille et des aînés, c'est d'anticiper le vieillissement. Peut-être pas d'anticiper les problèmes, pas spécialement en termes de problèmes et de catastrophes mais en effet, simplement se dire : « tiens, comment j'ai envie de vieillir ? Comment je vais pouvoir vieillir ? Dans quel lieu plutôt que d'attendre d'être face à une situation problème ? » »

Le type d'actions entreprises pour gérer le vieillissement des personnes sort alors du strict registre de l'aide et des soins. Il s'agit notamment de favoriser la communication au sein de la société sur les enjeux du vieillissement, d'en faire un sujet tant de débat

public que de dialogue avec les personnes vieillissantes avant qu'elles ne basculent dans T3. Il s'agit comme le note un participant de :

> « la nécessité de pouvoir anticiper avec la personne la situation dans laquelle elle va se trouver. »

À cette idée de renforcement de l'anticipation est liée la volonté d'amélioration de la communication et des liens entre les différents intervenants de l'aide et des soins :

> « Vous parliez de redéfinition de fonction, je pense que c'est impératif mais en ne passant pas d'un extrême à l'autre. Avec une notion d'échange quand même qui pour moi est fondamentale entre les différents professionnels et les différents services. »

> « Par rapport à la prévention, (…), je pense que c'est vraiment important de penser plus tôt à plus tard. Et alors pour ça se baser sur des structures existantes puisqu'on a dans chaque province des coordinations locales de promotion de la santé qui dépendaient avant de la Communauté française donc là, c'est passé aux régions. Bruxelles et Wallonie, voilà. »

> « donc il y a toujours encore cette façon de fonctionner en silo, on va prendre des dispositifs pour un secteur, puis pour un autre. Non, il faut voir tous les acteurs et il faut qu'ils se parlent, qu'ils se rencontrent et qu'ils puissent discuter. »

L'accroissement de la coopération et de la circulation de l'information entre les différents professionnels peut, comme le montre l'extrait ci-dessus, être liée à la territorialisation ou à la localisation des personnes et des intervenants. Il s'agirait de mettre en place une bonne coordination locale des services d'aide et de soins.

❖ *b. Une gestion du vieillissement centrée sur la médicalisation du soin*

À l'inverse de cette vision du futur où le vieillissement est anticipé, apparaît un futur où le vieillissement est réduit à la dépendance et plus précisément à la dépendance due à des problèmes de santé. Le vieillissement serait alors presque uniquement réduit à une question médicale.

Cette vision du futur est dépeinte très négativement par la plupart des participants au focus groupe. Il s'agit de dire que l'aide et les soins ne peuvent se réduire à l'intervention médicale et technique en situation d'urgence ; que d'autres dimensions,

notamment sociales, doivent être au cœur des activités dirigées vers l'accompagnement des personnes âgées :

> « Et par contre pour l'aide-soignante, je trouve que ce scénario accentue encore plus la pression sur le personnel qu'elles ont déjà maintenant. Les aides-soignantes, c'est l'impression que moi j'ai, avec ce type de scénario, l'aspect psychologique et social. Quand moi j'ai rencontré dans le cadre de mon travail les personnes isolées, la solitude, le point premier c'est d'avoir une compagnie, de pouvoir discuter avant les soins, ils sont importants aussi, mais c'est le contact social. »

Cette tension est alors fortement liée à la vision de l'évolution des métiers de l'aide et des soins. Une des évolutions actuelles pointée comme négative par plusieurs participants aux focus-groupes est la possible disparition de la dimension sociale, voire psycho-sociale, de l'aide aux personnes âgées.

> « Autour des professionnels avec cette dévalorisation du métier. On le voit, au niveau du salaire, au niveau des réunions interdisciplinaires qui diminuent, de limiter à des actes techniques, de ne plus pouvoir tenir compte de l'aspect psychologique des patients. »

Selon cette vision donc la personne âgée serait réduite à ses dépendances ou à ses problèmes de santé. Une telle évolution est perçue comme un risque possible de la situation actuelle, spécialement dans un contexte économique difficile.

5.2.c Tension n° 3 : entre personnalisation et standardisation des soins

La dernière tension que nous avons identifiée par rapport aux discussions qui ont entouré le premier scénario porte sur le type de soins qui doivent être développés dans le futur. Cette tension oppose deux visions du futur des soins : une vision où le système de soins est de plus en plus standardisé et où des solutions identiques sont développées pour l'ensemble de la population et, à l'inverse, une vision centrée sur la personnalisation des soins.

Le scénario 1 proposait clairement une vision du futur basée sur un accroissement de la standardisation des soins. Ce point bien que relativement peu développé dans le scénario a suscité de nombreuses réactions lors des focus-groupes.

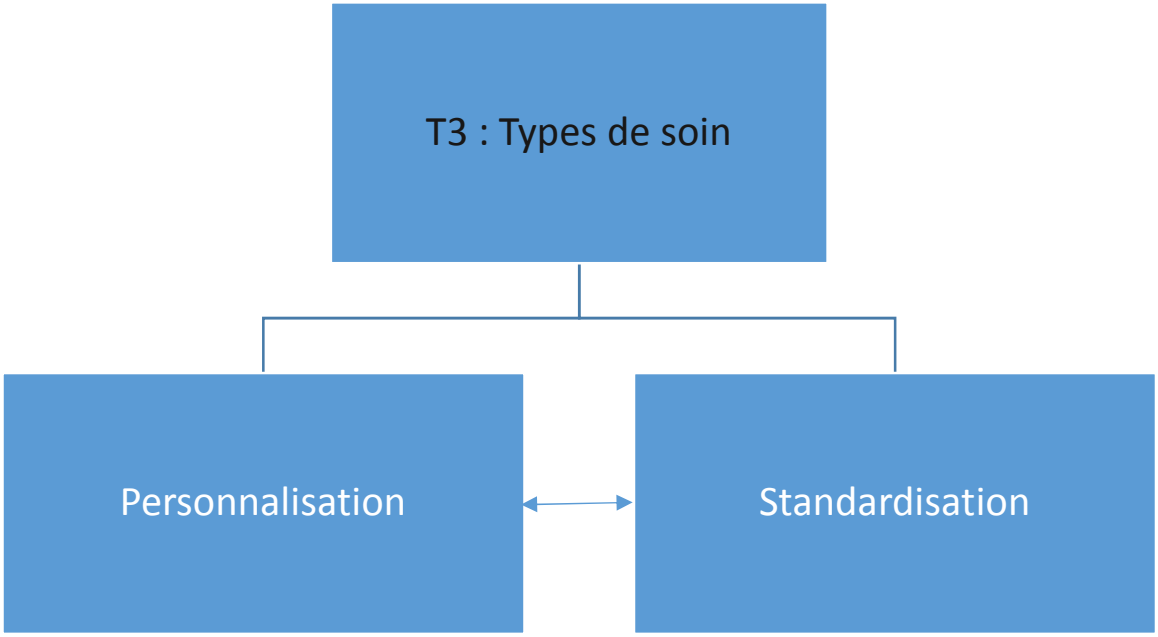


Figure 89: tension 3

❖ *a. La personnalisation des soins*

Une vision du futur voyant la personnalisation des soins se développer davantage a été largement plébiscitée par les participants. La vision de cette personnalisation a été fortement développée et comporte plusieurs éléments.

Un premier élément porte sur le contenu même des soins et de l'aide qui devraient être développés dans le futur. Ces soins pourraient être selon cette vision de plus en plus taillés sur mesure et adaptés à la situation particulière de chaque personne :

> « Je crois qu'on va se diriger vraiment vers des soins qui vont être orientés personne par personne. »

> « Je pense que les mentalités vont évoluer vers de l'individualité dans la prise en charge. »

Ce premier point est lié à une deuxième idée : celle qu'il n'existe pas un vieillissement, mais bien « des vieillissements », que chaque situation est particulière et qu'il faut mettre cette diversité au cœur des actions entreprises pour gérer le vieillissement de la population :

> « Ce qu'il faudrait mettre en œuvre pour améliorer la gestion du vieillissement ? Mais c'est des vieillissements, c'est pas le vieillissement. C'est qu'il n'y a pas une personne âgée. Il y a plein de façons de vieillir différentes. Et c'est vrai qu'on continue à dire la personne âgée, le vieillissement mais c'est les personnes âgées avec des besoins différents. »

Un troisième élément est que cette personnalisation des soins devrait permettre à la personne âgée de développer son propre projet de vie, de garder prise sur sa propre vie et de garder un pouvoir décisionnel important.

> « Par rapport à ce que vous mettiez, les techniques de thérapie personnalisées qui vont être diminuées, je rejoins ce que Madame disait, au contraire, on est dans une politique de l'individualité des soins, le général qui va se mettre en place, on met en avant l'*empowerment* des personnes âgées, au-delà du projet de vie institutionnel, on vous demande des thérapies individualisées. »

Un système d'aide et de soin personnalisé améliorerait la capacité des personnes âgées à garder la maîtrise de leur vie. Dans un tel système, les personnes âgées pourraient par ailleurs être directement investies dans les organes de décision liés à la gestion du vieillissement :

> « Je pense également pour les aînés, de s'investir davantage dans les organes de décision. Ça demande aussi aux pouvoirs publics, ça demande aussi que les pouvoirs publics laissent plus de place aux aînés pour qu'ils s'inscrivent dans ces organes de décision. »

Finalement cette idée de personnalisation des soins est également liée à la réorganisation des professions qui devrait permettre, par la plus grande collaboration entre les professionnels, où par la redéfinition (vers une déspécialisation) de certains métiers la « considération globale de la personne » :

> « Ça permet une considération globale de la personne de nouveau. »

> « Moi je suis vraiment favorable à un accompagnement plus globalisé, personnalisé avec une révision des actes délégués aux aides-soignantes. »

« Une baisse aussi dans, j'ai l'impression, la perte de la vision d'ensemble de la personne. A savoir qu'un exemple c'est la fin des consultations à domicile qui est évoquée et qui permet à un généraliste d'avoir une idée du contexte de la personne et des difficultés qu'elle peut avoir chez elle. Ces choses-là ont tendance à disparaître dès lors qu'il y a une diminution, une réduction ou une spécialisation des services qui sont offerts »

❖ *b. La standardisation des soins*

Alternativement, une vision opposée du futur centré sur la standardisation des soins apparaît dans les discours des participants aux focus-groupes. Cette vision d'un futur qui verrait la standardisation, c'est-à-dire le développement de solutions identiques pour tous, se développer est perçue très négativement et est par ailleurs jugée très peu probable :

« Il faut aller plus vers une personnalisation des soins. (…) Le standard des soins c'est quelque chose qui me fait un peu peur »

« Et je rejoins aussi l'idée qu'il est peu probable qu'on aille vers une idée de standardisation des soins parce que tout démontre maintenant qu'avec l'évolution du décodage génétique par exemple qui coûtait un milliard de dollars il y a 20 ans, maintenant ça coûte 100 dollars pour faire un génome humain. Je crois qu'on va se diriger vraiment vers des soins qui vont être orientés personne par personne. »

« L'idéal serait d'avoir des moyens pour se consacrer à l'individuel. Est-ce qu'on ne va pas aller malheureusement pour des raisons financières vers un système de plus en plus performant. »

Au cœur de cette tension se trouve donc la question de l'individualisation des soins et de la société. Le vieillissement est une tendance collective mais devrait être abordé d'abord sous l'angle chaque fois singulier « des personnes vieillissantes » plutôt que sous celui uniformisant « du vieillissement ».

5.3 Analyse du scénario 2 – Gestion du vieillissement autour d'un outil principal : l'assurance Kangourou

Le scénario 2 est situé dans un contexte de crise économique et d'un choix politique de soutien financier des individus vieillissants grâce à la mise en place d'une assurance dépendance : « l'assurance kangourou ». Il présente alors le parcours de différents acteurs de soin et de différentes personnes vieillissantes dans ce contexte.

Du point de vue de l'analyse de la mise en discussion de ce scénario lors des focus-groupes, il est très intéressant de constater que, tant dans le focus-groupe 3 que dans le focus-groupe 4, les discussions ont principalement pris pour objet un des parcours de vie développés. Il s'agit du rôle de Paul le médecin généraliste et de la transformation de son métier.

Vu la centralité de cet élément du scénario dans la discussion il est utile de reprendre l'extrait en question :

> « En 2030, il [Paul, le médecin généraliste de liégeois] se rend compte que sa pratique quotidienne est en train d'évoluer. Les consultations à domicile qu'il réalisait sont de plus en plus rares. Souvent elles ont été remplacées par le suivi à distance d'infirmières habilitées à réaliser une série d'actes médicaux qu'il devait auparavant réaliser lui-même. Cette activité de suivi à distance lui prend de plus en plus de temps. En 2035, plus de la moitié de son temps de travail se passe derrière son ordinateur, en vidéo-conférence, accompagnant des infirmières mobiles, et même parfois des aides-soignantes dans la région de Liège et dans les communes plus rurales de la région. En 2034, Paul gère depuis son bureau une vingtaine de personnes voyageant dans toute la province. La plupart sont affiliées à l'association « Soins et soutiens à domicile », une association créée en 2020 qui offre un accompagnement flexible à domicile aux personnes âgées en situation de dépendance. » (Extrait du scénario 2)

Dans ce scénario, nous imaginions donc un futur où le rôle du médecin généraliste évolue. Il diminue son activité de soignant pour devenir davantage le coordinateur d'une équipe de soin mobile (composée d'infirmier-e-s et d'aide-soignant-e-s) ancrée dans une région.

L'analyse de cette évolution par les participants a soulevé un questionnement autour du futur de la coordination entre acteurs de l'aide et des soins. Plus précisément deux débats différents autour de cette question peuvent être distingués. Un premier débat porte sur l'évolution des tâches devant - et pouvant - être effectuées par les différents acteurs de l'aide et des soins (tension 4), un second débat porte sur les modalités de collaboration possibles entre les différents acteurs en présence (tension 5).

Enfin, notons que la proposition de mise en place de l'assurance kangourou a également suscité quelques réflexions sur la possible dualisation de l'accès à l'aide en au soin en Région wallonne (tension 6) que nous présenterons rapidement.

5.3.a Tension n° 4 : spécialisation ou déspécialisation des acteurs de l'aide et des soins

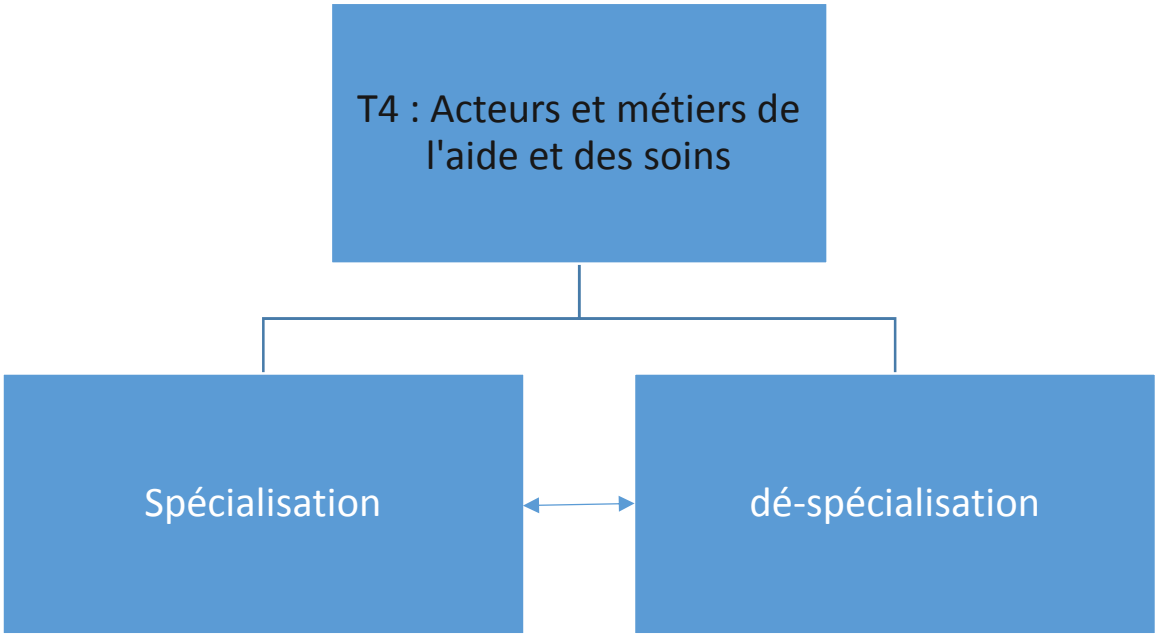


Figure 90: tension 4

Le premier débat porte donc sur l'organisation de la division du travail entre les différents intervenants de l'aide et des soins. Comme le note un des participants :

> « Le fait que les rôles, les missions, les actes dans notre secteur, c'est clair que les actes que l'un peut faire et que l'autre ne peut pas faire à domicile, c'est très particulier. Très spécifié, très codifié et très légiféré. Et donc une aide familiale ne peut pas donner un médicament, même si c'est un Dafalgan, une infirmière ne peut pas faire ça ou ça parce que c'est le médecin qui doit le faire. Toute une série de choses que l'un peut faire et l'autre pas. Là [dans le scénario] il y avait eu clairement une révision par rapport à tout ça, et je crois que c'est en cours et que ça va être positif par rapport aux ressources qu'il y a à faire et ça ne peut pas se faire n'importe comment. » (Focus-groupe 3)

L'évolution de la répartition des tâches pouvant être réalisée par un-e infirmer-e ou un-e aide-soignant-e est décrite comme étant en cours de réalisation et comme quelque chose de positif :

> « Pour l'aide-soignante, la polyvalence est déjà d'actualité bien que tout ne soit pas encore bien légiféré, ce qu'on peut faire ou pas. On aimerait qu'elle soit encore plus polyvalente. Mais si elle est encore plus polyvalente, c'est un peu le risque aussi de ne plus bien stipuler les compétences de chaque métier. Voilà. En même temps, ça simplifierait la tâche parce que devoir recourir à un autre collègue spécialisé ou pouvoir faire soi-même une injection par exemple, c'est évidemment plus rapide. On n'a qu'une seule personne au lieu d'avoir plusieurs personnes autour de la personne. » (focus-groupe 4)

> « j'ai l'impression qu'on va continuer dans ce système avec des critères venant d'une administration, des choses qu'on n'a pas le droit de faire » (focus-groupe 4)

La situation actuelle des infirmier-e-s et des aides-soignant-e-s, marquée par une forte spécialisation imposée par la législation, est décrite comme trop rigide. Elle segmenterait l'aide et compliquerait l'adoption d'une approche globale du soin de la personne. Une approche globale de la personne étant décrite de la manière suivante :

> « Peut-être qu'à un moment, j'ai l'impression qu'une autre voie serait un package global où on rencontre vraiment la personne et on l'accompagne, on vit autrement ensemble. » (focus-groupe 3)

L'approche globale des soins « soignerait la personne et non les maladies », elle serait également centrée sur le « projet de vie » de la personne vieillissante.

La répartition trop rigide des tâches de l'aide et des soins aurait pour conséquence la multiplication des intervenants auprès d'une même personne et - et cela permet de lier cette tension avec la suivante - compliquerait la coordination et la communication entre les acteurs de l'aide actifs auprès d'une même personne.

Comme nous le verrons plus bas la question de la coordination entre les acteurs est réellement centrale. Elle se décline également dans la discussion autour de la spécialisation des métiers de l'aide. Un consensus semble en effet émerger sur l'utilité du développement d'un nouveau métier trouvant différentes expressions : celui de « coordinateur », de « coach » ou de « *case manager* » chargé de faciliter la coordination et la communication entre les différents acteurs de l'aide, mais aussi de permettre aux individus de se repérer plus facilement dans la constellation des intervenants possibles :

> « Une autre piste d'amélioration c'était par rapport à cette idée de gestionnaire, de case manager, comme ils appellent ça. Cette personne qui serait la personne responsable de cette fameuse coordination. Je pense effectivement que ce n'est pas un médecin qui devrait occuper cette fonction-là mais plutôt vraiment une personne qui, un nouveau métier. (…) Je pense que c'est vraiment un nouveau métier qui devrait être, je pense, développé » (focus-groupe 4)

Les différents acteurs ne s'accordent cependant pas sur la personne devant endosser ce rôle de coordinateur. Certains pensent qu'il pourrait être endossé par le médecin généraliste, d'autres, au contraire, pensent que justement le généraliste ne peut pas jouer ce rôle. D'autres pensent encore qu'il faudrait créer un nouveau métier, ou qu'il faudrait le confier à des infirmer.es. Finalement, certains signalent qu'un tel métier existe déjà mais devrait être développé davantage :

> « La deuxième chose à laquelle j'avais pensé et ça rejoignait aussi vos idées par rapport à une personne qui pourrait coordonner. Maintenant, vous parliez d'un nouveau métier mais au fond, c'est un métier qui existe déjà parce qu'il y a déjà les coordinatrices. » (focus-groupe 4)

La question de l'évolution et de la dé-spécialisation des activités de soin porte également sur l'évolution du métier de médecin généraliste. Différentes évolutions en cours sont pointées comme le montre les extraits suivants :

> « En fait, quand on demande au généraliste, on a fait récemment une petite enquête par mail, soit ils se mettent effectivement plus dans un rôle de coordinateur. Mais je ne crois pas que

c'est le futur, je crois que c'est quelqu'un d'autre. Soit ils se mettent dans un rôle de « spécialiste du biomédical » et c'est là que revient justement le lien avec l'hôpital où le généraliste est au domicile celui qui comprend le mieux ce qui se passe dans la relation avec l'hôpital, qui se passe avec toute une série d'autres choses. Soit qui se met dans la position du spécialiste du complexe, du complexe dans le sens où une personne, typiquement la personne âgée, n'a pas une maladie mais un ensemble de problèmes » (focus-groupe 3)

« Et aussi, au niveau des médecins généralistes, une formation en gériatrie serait très importante, en tous cas pour les médecins généralistes à domiciles qui sont parfois désarmés et ne savent pas quoi faire » (focus-groupe 3)

« De repenser le rôle central du médecin traitant, c'est vrai que cela va à contre-courant par rapport à tout ce que j'ai entendu, mais pourtant, nous, dans nos réflexions, c'est souvent dans ce sens-là que l'on va : c'est que le médecin est peut-être le seul professionnel que les familles vont rencontrer et il a un rôle essentiel. » (focus-groupe 3)

D'une manière générale, le médecin généraliste apparaît comme une personne centrale dans l'aide et les soins apportés aux personnes âgées. Il apparaît important de développer une réelle réflexion sur l'avenir de son rôle et de son implication dans ce secteur.

5.3.b Tension n° 5 : renforcement de la collaboration ou segmentation

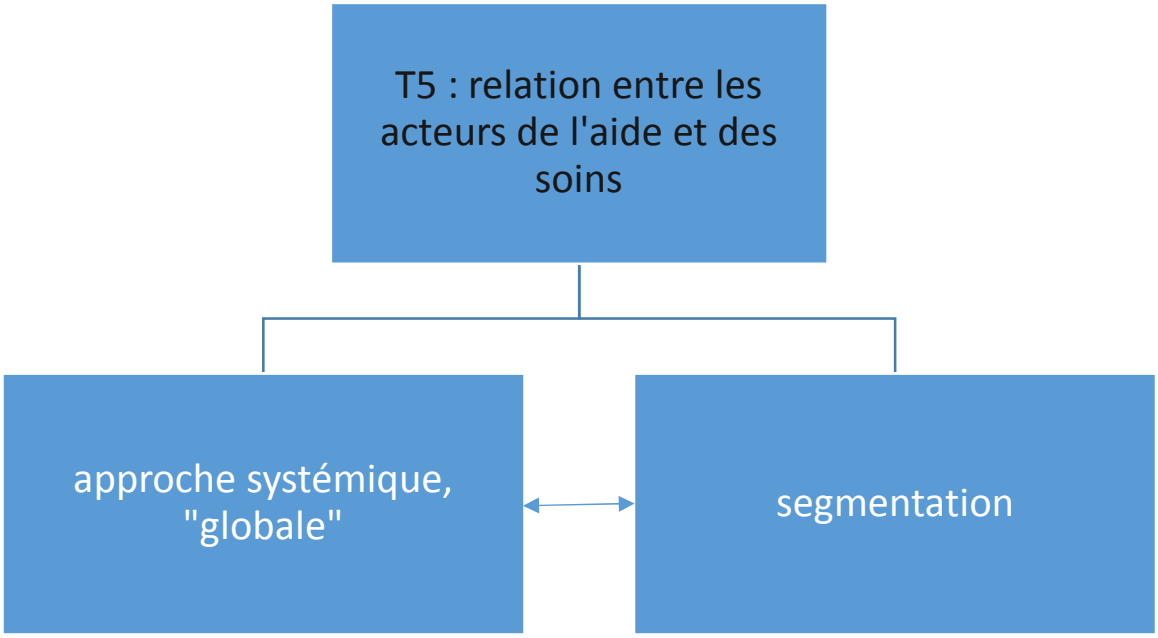


Figure 91: tension 5

Le second débat autour de l'évolution des acteurs de l'aide porte non plus sur la division du travail et la spécialisation des tâches mais bien sur une question liée : la coordination possible entre les acteurs de l'aide et des soins qui interviennent auprès d'une même personne.

La situation actuelle est généralement décrite comme segmentée. Cette segmentation est unanimement vue comme négative pour la qualité de soin. Un exemple de cette vision :

> « La transmission d'infos d'un milieu à l'autre, quand on recueille quelqu'un à l'hôpital, comment on sait la situation d'avant. Est-ce qu'on doit téléphoner à l'infirmière, au kiné ? Et un outil important, c'est que c'est un langage commun. La grosse difficulté dans l'évaluation de la personne âgée c'est qu'on parle une multitude, chaque hôpital, chaque antenne de soins à probablement ses propres outils. Son vocabulaire. » (focus-groupe 3)

Face à cette vision les participants ont fortement développé l'idée qu'il fallait d'une part renforcer la « communication » entre les acteurs que ce soit via la mise en place de

réunions et de contacts directs ou par le développement d'outils technologiques, et, d'autre part, ils ont insisté sur l'importance du développement de la « concertation » entre les professionnels comme base des soins d'une personne afin de privilégier une « approche globale » de la personne.

> « La coordination plus la concertation, c'est deux choses qui sont différentes mais qui sont complémentaires. Donc je reviens au fait de se concerter, de se parler et on peut se concerter de 25000 manières différentes » (focus-groupe 3)

Un de participants pointe par exemple que dans le scénario 2 :

> « Pour moi le fait qu'il n'y a pas de concertation et d'outils de concertation, on a clairement une diminution de qualité dans les soins à domicile puisque les gens ont un chef qui lui dit ce qu'ils doivent faire. » (focus-groupe 3)

Un autre note :

> « Je crois que communiquer directement et pouvoir faire de la concertation, pouvoir vraiment échanger ensemble, je crois que ça reste un élément important. » (focus-groupe 3)

Ou encore :

> « concertation entre les différentes disciplines, je pense que c'est crucial aussi. Et donc le scénario ici il allait plutôt vers moins de collaboration, augmentation des tâches et moins de réunions interdisciplinaires. Donc, c'est pas spécialement positif. » (focus-groupe 3)

La concertation porterait davantage sur la discussion des informations existant sur une personne en vue de prendre des décisions plus collectives (notons que dans cette optique certains participants avancent l'idée que les patients pourraient participer à la concertation les concernant).

La communication apparaît davantage comme un préalable à la concertation et comme un moyen de lutter contre la segmentation de ce secteur.

5.3.c Tension n° 6 : égalitarisation *versus* dualisation de l'accès à l'aide et aux soins

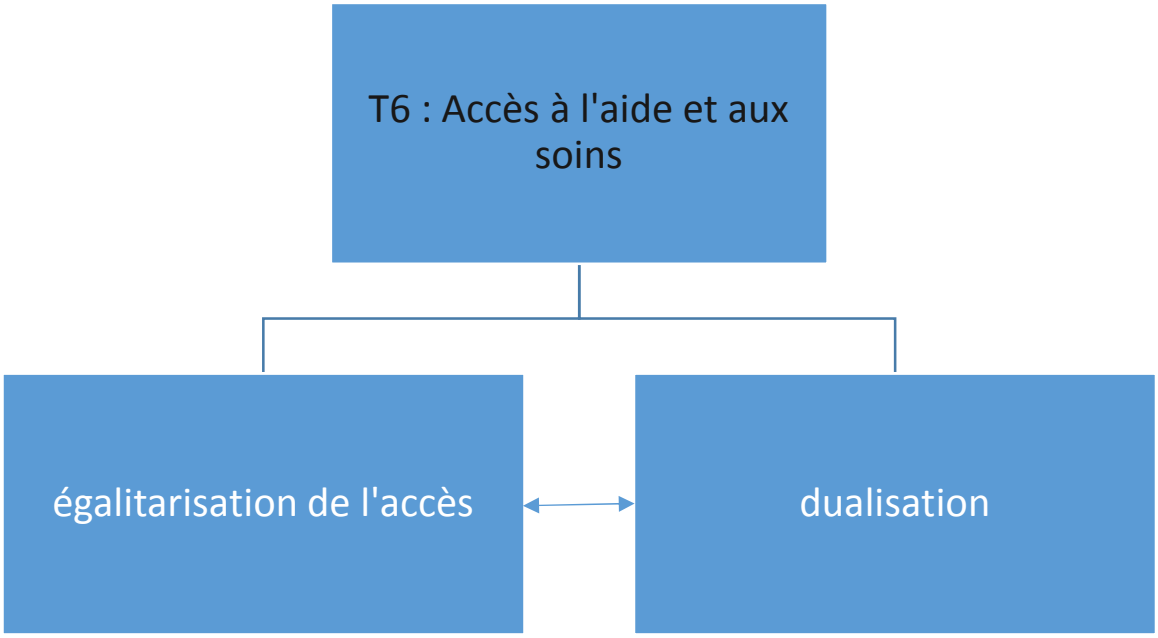


Figure 92: tension 6

Au-delà de cette discussion centrale autour de la reconfiguration des métiers de l'aide, un autre élément est apparu dans les discussions du scénario 2 autour de l'assurance kangourou : la crainte du développement d'un système de l'aide et des soins à deux vitesses. La question de l'égalité d'accès à l'aide et au soin est fortement valorisée par les participants. La formule de l'assurance kangourou a été jugée négative de ce point de vue. Elle renforcerait une dualisation de l'accès :

> « Alors moi, ma crainte aussi quand on parle de ces assurances, c'est d'aller vers deux vitesses de prises en charge : une prise en charge bien adaptée, bien confortable, avec beaucoup d'heures pour des personnes qui peuvent se le permettre financièrement, et d'autres personnes qui doivent essayer de se débrouiller avec une aide minimale. Et alors là, ces personnes-là, j'ai l'impression qu'il faudrait plus faire appel à leurs réseaux, à leurs proches » (focus-groupe 4)

> « j'ai aussi un point sur la question du financement : on voit bien qu'il y a finalement – un petit peu comme aujourd'hui –, un système à deux vitesses et je m'interroge sur la possibilité malgré

tout, dans un système comme celui-là, de créer une redistribution quand même. Ce n'est pas forcément parce que l'on est dans un système d'assurance qu'il faut tout… Donc, à mon sens, il faut vraiment que ce système permette que l'offre de soins ne diffère pas de trop, en tous cas entre les différentes catégories socioprofessionnelles. Ce n'est probablement pas impossible de trouver des modalités dans le système d'assurance pour que ce ne soit pas un truc technique de pointe pour les plus riches, et une espèce de filet linéaire pour les plus pauvres » (focus-groupe 4)

« Ben au niveau des enjeux, ce scénario 2 soulève toute une question, stratification, le fait d'avoir des soins à 3 vitesses. Les très pauvres, les très riches et les très au milieu. Moi je me posais la question de l'assurance versus assistance » (focus-groupe 3).

D'une manière générale, on l'on retrouve cette idée dans les quatre focus-groupes la dualisation de l'accès aux soins est perçue comme un risque important en Région wallonne.

5.4 Analyse du scénario 3 – Revenu inconditionnel

Le scénario 3 est sans doute celui qui, parmi les quatre scénarios que nous avons construits, s'éloigne le plus fortement des évolutions en cours. Les scénarios 1, 2 et 4 partaient d'innovations sociales ou technologiques en développement aujourd'hui (telles que par exemple : la robotisation, l'assurance dépendance, ou l'économie numérique collaborative) pour imaginer un futur où elles se seraient pleinement développées.

Dans le scénario 3, les deux évènements principaux : la mise en place d'un revenu inconditionnel et le développement d'un conflit intergénérationnel sérieux sont très éloignés de la situation observable à l'heure actuelle.

Ce caractère plus fictionnel du scénario 3 a sans doute eu comme conséquence une orientation différente des débats au cours du focus-groupe qui l'a examiné (le focus-groupe 3). L'analyse du contenu des discussions montre en effet que dans une large mesure ce scénario apparaît comme peu probable, voire peu cohérent pour les participants. Les discussions ont alors plus porté sur l'aspect probable des différents éléments présents dans le scénario que sur leur désirabilité. Il est donc plus difficile de

trouver autant de perspectives sur le futur du bien-vieillir dans la discussion de ce scénario que dans les trois autres.

> « Il pourrait apparaître évidemment comme une forme d'utopie mais dans la mesure où j'ai d'une part du mal moi à y adhérer et que j'étais troublée par la forme que vous lui donnez, ça ne me semble pas une utopie »

Il est cependant possible de trouver une tension importante qui traverse l'ensemble des débats. Il s'agit d'une tension qui analyse les enjeux du bien vieillir à partir de l'évolution de la solidarité dans la société. Nous verrons que l'évolution de la solidarité (opposée à la notion d'individualisme) comporte différentes dimensions importantes pour saisir le futur du bien vieillir.

> « Je pense que ce scénario n'est pas tout à fait cohérent. Il me semble actuellement relativement peu probable mais je trouve qu'il apporte une dynamique très intéressante sur une autre approche, une autre façon d'envisager la solidarité, l'organisation de la société. »

Notons avant de passer à l'analyse de cette perspective, que le scénario 3 développait, davantage que les quatre autres, la « *rationale* » de la « place de la famille » et de l'aidant-proche. L'apparition d'un revenu de base inconditionnel ayant de forte répercussion sur l'organisation des temps de travail.

5.4.a Tension n°7 : la gestion du vieillissement entre solidarité et individualisme

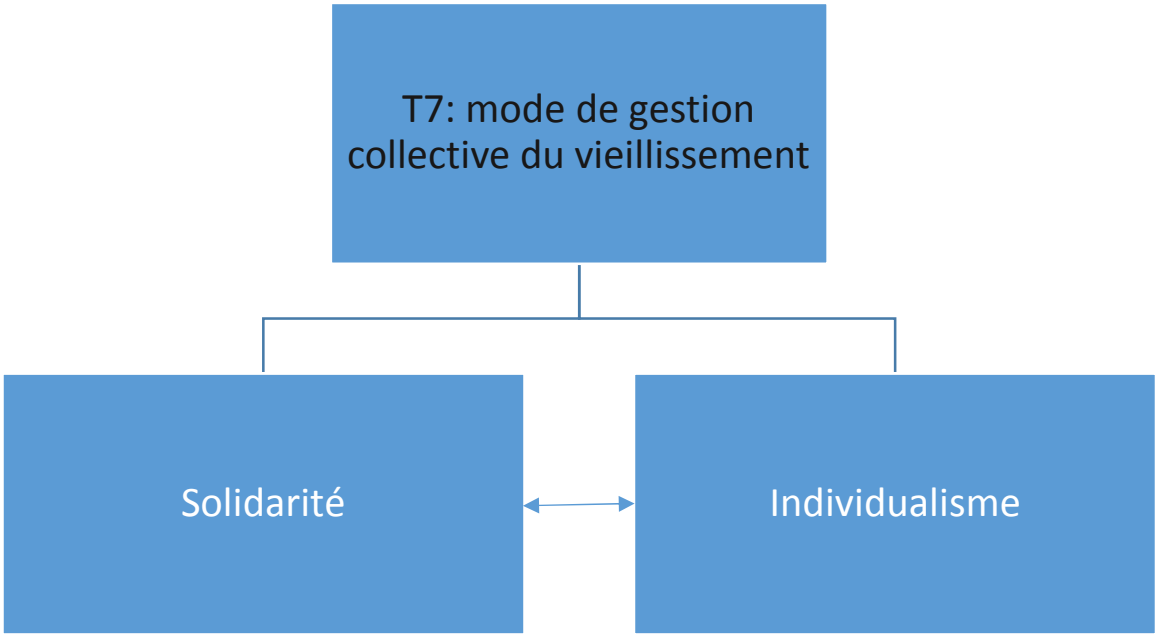


Figure 93: tension 7

❖ *a. Deux reconfigurations de la solidarité*

Le débat sur l'évolution de la solidarité dans la société s'est déployé dans trois directions. En discutant de la plausibilité d'une allocation inconditionnelle, les participants ont développé des réflexions sur (1) l'organisation de la sécurité sociale ainsi que sur l'évolution des inégalités économiques dans la société. (2) Ils ont également abordé la question des solidarités intergénérationnelles (intrafamiliale et dans la société dans sa globalité) lorsqu'ils ont discuté de la plausibilité de l'émergence d'un parti « jeuniste ». Ils ont enfin (3) discuté de l'évolution de la spécialisation et de l'organisation du travail et spécialement de la reconfiguration possible des métiers de la santé et du rôle des aidants proches.

La première dimension des débats sur la solidarité porte sur les conséquences de la mise en place d'une allocation inconditionnelle et spécialement sur le risque, présenté comme tel dans le scénario, d'une accentuation de la précarité de certains membres de la

société. D'une manière générale, la mise en place d'un revenu inconditionnel a perturbé les participants :

> « J'étais un peu perplexe. Déjà je vous dis, je ne suis pas une enthousiaste de l'allocation universelle mais présenté comme ça, je me suis demandé, j'ai l'impression que vous n'êtes pas très fidèle à quand même l'esprit de l'allocation universelle. Donc j'étais un peu troublée. Donc ça c'est un aspect. » (…) « C'est un scénario que je trouve moins réaliste. J'ai du mal à me situer »

Au-delà de la perplexité, une crainte d'accentuation des inégalités a été exprimée à plusieurs reprises :

> « Je sens que cette tension [entre jeunes et vieux], elle peut être là et qu'on ne peut pas être solidaire s'il n'y a pas une redistribution riches/pauvres. »

> « Donc ceux qui ont su mettre de côté seront privilégiés dans le système. Et on le voit à la fin, effectivement, Joseph se retrouve encore plus pauvre que ce qu'il n'aurait été avec une aide du cpas qui est donc une vision plus collective de répartition des richesses. »

> « Après voilà, on l'a déjà dit par rapport aux inégalités, c'est vrai que ce système-là, sous un semblant d'apporter peut-être un peu plus d'égalité, au fond, les inégalités persistent et les inégalités restent bien présentes »

La mise en place d'un revenu inconditionnel et donc la réorganisation de la sécurité sociale a été perçue d'abord sous l'angle du maintien (ou non) d'une forme de solidarité basée sur la redistribution des richesses. Cette tension a été fortement colorée par une crainte du renforcement des inégalités sociales.

La deuxième dimension du débat sur l'évolution de la solidarité s'est portée sur la question des solidarités entre génération. Alors que l'apparition d'un revenu inconditionnel a été jugé peu réaliste, l'apparition d'un conflit entre génération a été jugée, lui, comme réaliste par certains (mais pas tous) et comme très plausible, voire comme une crainte importante pour d'autres :

> « Le parti jeuniste m'a bien fait rire. C'est à la fois réaliste si on prend le schéma global en effet du scénario mais ça paraît tellement improbable que ça m'a fait sourire. »

« Je pense que la gérontocratie c'est une hypothèse qui est à mon avis, réaliste. Et à un moment donné, ça ne peut pas tenir effectivement. A un moment donné c'est la base des jeunes générations qui peut aussi soutenir les générations anciennes. Je pense que ça, il faudrait tout de suite imaginer d'être très très attentif au niveau des pouvoirs publics » (…) « c'est d'être extrêmement attentif à ce côté, favoriser ces contacts intergénérationnels pour éviter un moment donné un tel grand écart entre les jeunes qui se sentent effectivement… qui gagnent moins d'argent. Qui ont une inégalité en termes de richesse, d'espérance de vie, de pension. Donc je pense qu'il faut être extrêmement attentif à cette dimension-là parce qu'effectivement, ça explose à un moment donné. On ne peut pas rester solidaire avec… »

« Où il y a une espèce de haine qui se développe entre les générations avec le parti jeuniste là. Et moi pour travailler beaucoup avec les personnes âgées dans le secteur un peu de la militance, de défense des droits des personnes âgées, je vois aussi qu'il y a certaines personnes âgées qui ne pensent plus du tout en termes d'intergénérationnel ou bien même de répartition. C'est plus à la mode de parler d'intergénérationnel, de parler de répartition des richesses alors que les inégalités socioéconomiques, elles augmentent quand même, ça, on le voit. Et je le vois dans mon association parfois, il y a même des personnes âgées qui veulent créer des partis de défense des vieux. Donc on ghettoïse très fort les générations. Ça existe. »

Lors du premier focus-groupe, le côté réaliste de cette opposition générationnelle a été relativisé :

« Avec ce type de scénario, il y aurait des jeunes qui défendraient leurs droits par rapport à des vieux qui défendraient leurs droits. Avec la création d'un parti jeuniste, voire agiste. En fait le jeunisme renvoie l'idée d'une discrimination suivant l'âge. En fait il m'a fait sourire parce que je le trouve presque comme une romance, quelque chose pas possible, pas probable. » (focus-groupe 1)

Cette évolution liant revenu inconditionnel et conflit entre générations a également été décrite dans un cas comme « dangereuse ». Il s'agit clairement d'une tension importante à prendre en compte pour comprendre le futur du bien-vieillir sous l'angle de l'évolution des solidarités :

« Moi je crois que ça c'est quand même un climat qui est dangereux et qui ne favorise pas le vivre collectif on va dire. Et donc qui favorise la perte de l'esprit de solidarité. »

❖ *b. Le risque de l'individualisation*

À l'inverse des débats sur l'évolution de la solidarité, les participants ont identifié un risque important dans ce scénario : celui de l'individualisation croissante de la société. Comme le décrit une des participants ce risque est inhérent à la mise en place d'un revenu inconditionnel pour les individus :

> « Mais de mon point de vue, c'est ce avec quoi je cale dans les scénarios, dans les discours de ceux qui défendent l'allocation universelle, c'est qu'ils réduisent en fait l'action ou le mobile de l'action au revenu. Et on retrouve assez bien dans votre scénario. C'est comme s'il suffisait d'avoir une allocation universelle pour que le neveu de Joseph dise, il est vraiment super, je vais faire le jardin avec lui. La fille de Mohammed arrête de travailler. Tout est pensé selon ce mobile-là »

D'une manière similaire, ce scénario a pu être décrit comme un renforcement de la logique de l'État social actif, qui responsabiliserait trop les individus :

> « Et donc, je vois dans ce scénario quand même le développement du principe de l'État social actif où il y a quand même une responsabilisation de l'individu face au risque et donc on n'est plus du tout dans l'idée que le collectif prend en charge les risques que certaines personnes rencontrent et prend en charge aussi les inégalités sociales. La société est quand même extrêmement complexe. On le voit, il y a des inégalités sociales partout, ne serait-ce qu'en termes d'espérance de vie par rapport au métier, etc. C'est sûr que donner à chacun un revenu comme ça inconditionnel pourrait peut-être même favoriser les inégalités sociales plutôt que les réduire. »

Enfin, le caractère réaliste de ce scénario a été questionné car nous serions dans une société trop individualiste pour qu'une solidarité intergénérationnelle basée sur le bénévolat se développe fortement :

> « Et puis je me disais aussi, j'ai l'impression que dans ce scénario-là j'avais la sensation qu'on compte sur le fait que les solidarités se développent, qu'il y ait peut-être des services bénévoles, des personnes qui peuvent travailler bénévolement parce qu'elles auraient un revenu fixe et sûr. Mais je me demande si c'est pas un peu idéaliste. J'ai quand même la sensation que le bénévolat semble perdre la cote dans une société qui est de plus en plus

individualiste, je sais pas si vraiment c'est réaliste de s'imaginer qu'il y aurait plus de solidarité si les gens le pouvaient. Je ne suis pas sûre. Mais peut-être »

5.5 Analyse du scénario 4 – Le plan Senior-Tech Wallonie

Trois tensions apparaissent comme centrales dans les discussions du scénario 4. Ce scénario reposait sur la combinaison d'une situation économique favorable et de politiques publiques axées vers le soutien aux institutions et acteurs du secteur du vieillissement. Dans ce scénario, le soutien public était principalement axé vers le développement industriel et technologique de la Wallonie et par sa traduction en termes de robotisation et d'informatisation de l'aide et des soins aux personnes vieillissantes.

Ces trois tensions portent respectivement sur 1/ la vision des personnes âgées au cœur des techniques d'aide et de soins, 2/ les modalités de l'organisation de l'aide et des soins, et 3/ le rapport de la technique à l'autonomie et la dépendance des personnes.

De manière générale, ce scénario a été décrit comme globalement plausible et probable. Le caractère désirable d'un tel développement technologique est quant à lui controversé. Il est vu par certains comme source d'opportunités mais il inspire plus généralement un certain nombre de craintes que nous détaillons ci-dessous.

5.5.a Tension n° 8 : humanisation et déshumanisation de la personne âgée et des soins

La première tension qui émerge des discussions de ce scénario est relative à une crainte exprimée par un nombre significatif de participants aux focus-groupes : celle de voir la personne âgée au centre des dispositifs d'aide et de soin (qu'ils soient techniques ou non) réduite à être un « objet de soin ».

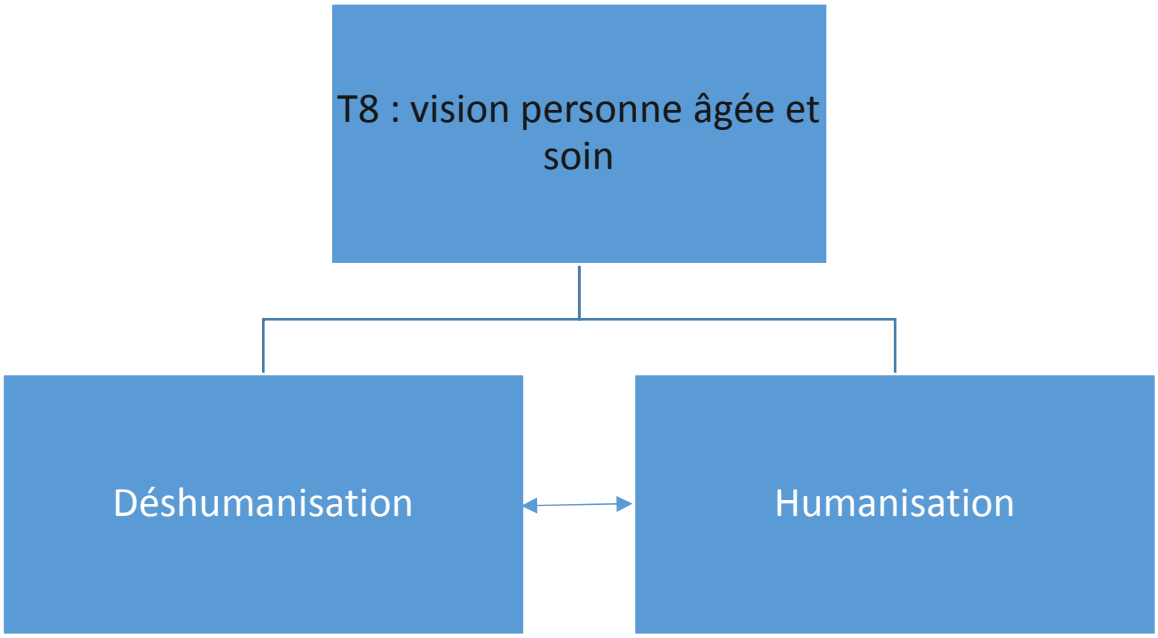


Figure 94: tension 8

❖ *a. Déshumanisation de la personne âgée et des soins*

Les débats ont été fortement marqués par une crainte exprimée à plusieurs reprises que la forte robotisation de l'aide et des soins soit porteuse d'une « déshumanisation ». Cette crainte se trouve exprimée par exemple de manière très claire dans les deux extraits suivants :

> « Ce que je vois dans ce scénario-là, c'est la disparition quelque part de l'être humain, du relationnel, du lien social et ça me pose fortement question. » (focus-groupe 2)

> « C'est vraiment limitatif et ce scénario est vraiment porteur de déshumanisation. Et c'est une plainte tant des personnes âgées que des soignants, que des structures. (…) (…) j'ai encore une image assez lourde, j'étais scandalisée récemment, j'ai vu un reportage sur les poulets de batterie. Mais qu'on nous mette en batterie, et qu'on nous nourrisse. Ça revient en fait qu'à ça. L'humain étant soumis à une technique qui vient le soigner, que restera-t-il de son lien avec les autres ? » (focus-groupe 1)

Cette déshumanisation peut se manifester de différentes manières. Dans un premier sens, un recours trop peu réfléchi à la technologie pourrait réduire la personne âgée à l'état d'objet. La personne âgée ne serait considérée que comme un objet de soin,

sentiment pouvant être renforcé par l'évocation dans le scénario de l'existence de prothèses robotisées :

> « C'est très sécurisant [en parlant du drone de surveillance] pour l'entourage mais pour la personne concernée, à mon sens, c'est… c'est vraiment faire de la personne âgée même plus un objet de soins mais un objet de surveillance » (focus-groupe 1)

> « Et alors un dernier point qui n'est pas réellement dit mais qui est sous-entendu et qui moi m'horrifie un petit peu c'est, on parle de robotisation, enfin d'aide via la robotisation mais j'ai l'impression qu'on va vers une robotisation de la personne aussi. On parle un moment donné d'un plan de greffe artificielle, de cœur et d'yeux artificiels. » (focus-groupe 2)

Au-delà de cette vision extrême de la personne âgée réduite au statut d'objet, la déshumanisation est surtout la déshumanisation des soins. La technologie porterait en elle le risque d'une perte du caractère d'abord relationnel, et non technique, des soins :

> « Mais souhaitable alors là, non. Comment dire ? Le robot est une chose froide qui ne répond pas aux besoins relationnels. Ça, c'est le pourquoi du non, même s'il peut peut-être rendre quelques services » (focus-groupe 1)

> « Donc je ne vois pas un robot qui ouvre la porte et que la personne soit contente d'accueillir le robot. Moi ça me paraît vraiment farfelu. Je crois que les gens sont demandeurs d'abord de relations et si le pansement est mal fait, ils s'en foutent à la limite. S'ils peuvent parler… » (focus-groupe 1)

> « Le risque évidemment c'est de limiter le côté humain, le contact professionnel/patient. » (focus-groupe 2)

> « Ce que je vois dans ce scénario-là, c'est la disparition quelque part de l'être humain, du relationnel, du lien social et ça me pose fortement question. » (focus-groupe 2)

Selon cette vision, le robot est vu comme quelque chose de « froid », accentuant la « solitude » et « l'isolement ». À l'inverse, les soins sont d'abord qualifiés par leur aspect « relationnel », comme un « accompagnement », comme quelque chose « d'humain », ce dont les robots ne seraient pas capables.

- *b. La technologie comme opportunité de renforcement de la dimension humaine des soins*

À l'opposé de cette vision très négative de la robotisation, certains participants l'ont évoquée à l'inverse comme une opportunité de renforcement de la dimension psychosociale de l'aide et des soins. L'arrivée de robots effectuant les tâches techniques des soins pourraient en effet libérer du temps aux aides-soignant-e-s, infirmier-e-s et médecins. Temps qui pourrait être consacré spécifiquement à l'accompagnement psychosocial :

> « Je trouve que ça fait penser aux caissières qui ont vu débarquer le scan électronique et qui ont dit, ça y est, il va prendre ma place. Et en même temps que ça permet de dégager du temps ailleurs pour mettre l'accent sur l'aspect psychosocial. » (focus-groupe 1)

> « Et je crois tout à fait que c'est effectivement intéressant que les gens se réorientent vers la dimension psychosociale du fait de l'aide de robots. » (focus-groupe 1)

5.5.b Tension n° 9 : l'organisation des soins, entre complémentarité de dispositifs et solution unique

Le scénario 4 était construit de manière à intégrer la « *rationale* » (voir point 4.3.c.) de la « diversification de l'offre ». Cette question de la diversification peut prendre différentes formes mais introduit l'idée que le secteur de l'aide et des soins rassemble des acteurs très différents (acteurs publics, acteurs privés, aidant.e.s-proche.s, acteurs associatifs…). Une diversification de l'offre, c'est-à-dire l'entrée, ou le renforcement de la position, de nouveaux acteurs dans le champ n'est pas neutre et peut-être source de tensions.

Dans le scénario 4, les acteurs publics décident de soutenir principalement des acteurs privés, ou des partenariats hybrides (université/privé) qui vont développer des solutions techniques déployées à grande échelle en Wallonie de manière uniforme (par exemple diffusion de 30.000 exemplaires du robot Cookie). Il s'agit donc d'une vision particulière de la « diversification de l'offre » qui était proposée.

Cette proposition n'est pas passée inaperçue. Elle a été source de débats qui peuvent être synthétisés par l'opposition entre un futur marqué par la complémentarité des différentes offres et à l'inverse un futur marqué par une seule solution qui imposerait sa logique (ici technologique) aux autres intervenants.

Ces deux tensions s'opposent et introduisent la question de la reconfiguration des métiers de l'aide et des soins qui a été centrale à bien des moments dans les discussions des focus-groupes.

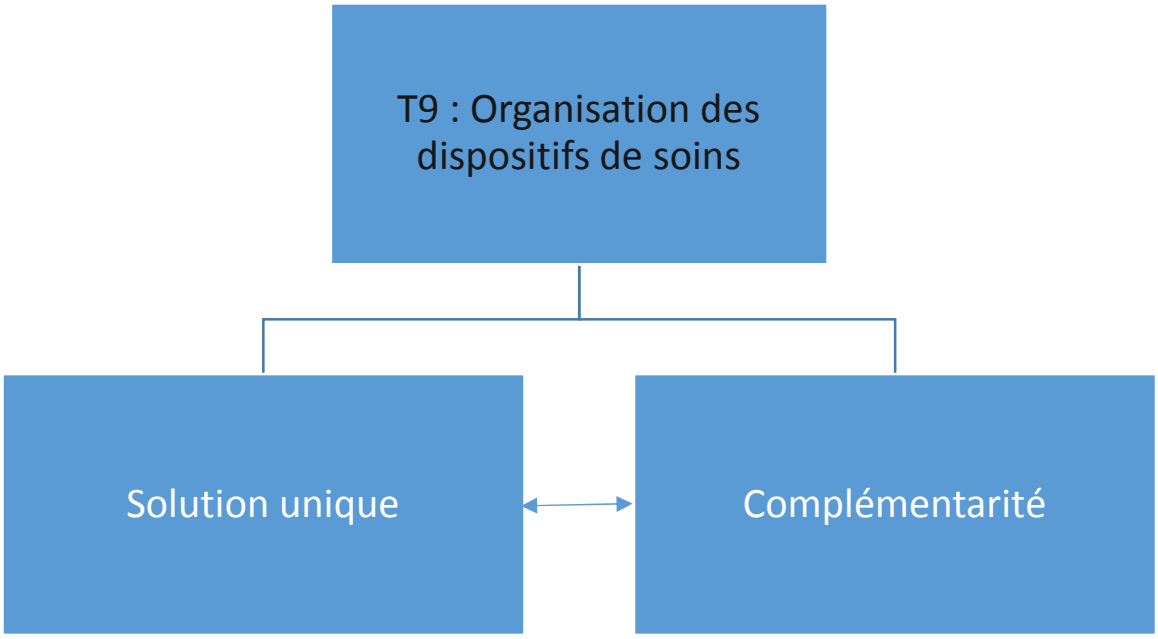


Figure 95: tension 9

❖ *a. Vers une solution unique pour tous*

La vision d'une solution unique est résumée de la manière suivante par un des participants :

> « Ici j'ai l'impression à la lecture que le vieillissement a été résumé au profit d'un service, d'une technologie, juste un service. Le vieillissement est au service d'un secteur. Point. On a tout à fait occulté les besoins des personnes âgées. » (focus-groupe 1)

Le vieillissement ne devrait pas être aux services d'un secteur, ou d'un but économique. Dans le cas où, comme c'est le cas dans le scénario, l'aide et les soins se

trouvent « robotisés » apparaît une crainte relative d'une part à la perte de vue des besoins réels des personnes vieillissantes mais aussi, d'autre part, à la reconfiguration, voire à la disparition de certains métiers.

> « À partir de là aussi, la question que je me pose, que deviennent les métiers traditionnels si on se voit tous remplacés par des robots. Que devient-on ? Que devient l'emploi, le taux de chômage et compagnie ? Là on est dans des questions plus larges, plus sociétales. Et puis la reconnaissance aussi par rapport à nos métiers. J'ai l'impression qu'il y a un double mouvement au niveau sociétal de revalorisation de certaines fonctions et en même temps l'idée de la remplacer par de la robotisation. Il y a quelque chose de très paradoxal. » (focus-groupe 2)

De la même manière émerge l'idée qu'il ne faut pas favoriser une solution d'aide par rapport aux autres solutions existantes. Un participant prend l'exemple d'un futur où le maintien à domicile serait la seule solution encouragée :

> « Je trouve qu'il y a aussi des chouettes solutions là et pourquoi pas revaloriser. Le risque c'est de ne favoriser que le domicile. Le risque évidemment c'est de limiter le côté humain, le contact professionnel/patient » (focus-groupe 2)

❖ *b. Complémentarité*

À l'inverse, plusieurs participants valorisent l'idée que la gestion du vieillissement ne doit pas privilégier une seule solution, un seul secteur, ou un seul type d'acteur, mais doit permettre le développement d'une offre large. Pour un des participants, il est important de « ne pas travailler en silo » :

> « Ça [la technologie, les robots] permet aussi d'avoir une vision plus holistique de la personne. Et de ne pas travailler comme ça en silo. C'est un soutien aussi au niveau des professionnels. »

De la même manière la technologie n'est doit pas détenir le « monopole » sur l'aide et les soins :

> « Je reprenais votre idée. Je trouve que peut-être pour moi une des solutions c'est de partir du projet de vie de la personne et que du coup les technologies sont un moyen, un outil pour

permettre à un projet de vie de se réaliser mais aussi un moyen parmi d'autres et que ça devienne le monopole » (focus-groupe 2)

5.5.c Tension n° 10 : la technologie entre opportunité d'autonomie accrue et risque de dépendance

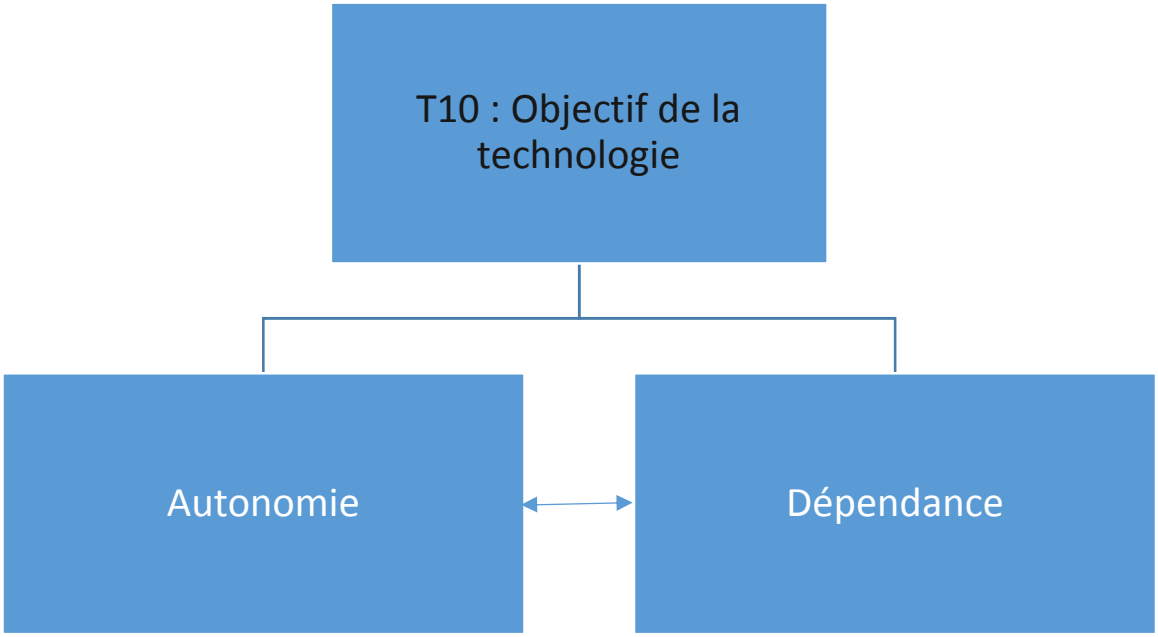


Figure 96: tension 10

❖ *a. La technologie au service du renforcement de l'autonomie*

Selon cette tension, la technologie devrait participer à l'augmentation de l'autonomie de la personne âgée. Cette tension est fortement liée à la question de « l'empowerment » que nous avions identifiée comme une des « *rationales* » à prendre en compte pour construire les scénarios. Il est intéressant de remarquer que le scénario 4 n'a pas été écrit spécifiquement autour de cette tension normative. Elle a cependant émergé au fil des débats comme une des perspectives importantes au travers de laquelle penser le futur du bien-vieillir en lien avec les développements technologiques.

Un des participants nous dit par exemple :

> « je sais que… on a parfois peur de tout ce qui est informatique mais on reste quand même maître de oui ou non appuyer sur le bouton. Et donc ça c'est quand même important. Ça développe aussi plus l'empowerment du patient. Donc ça, je trouve ça assez intéressant » (focus groupe 1)

Un autre exemple est cité où le développement technologique renforce la capacité d'agir de la personne en situation de dépendance :

> « Mais en même temps ça [la technologie] permet à la personne, et j'insiste là-dessus, de pouvoir être maître de la situation et ça peut être vraiment un soutien à... Je prends des exemples concrets. Grâce à l'évolution de la technologie, on voit, alors est-ce que c'est bien ou pas pour la personne à laquelle je pensais. C'est vraiment intéressant. Elle est atteinte d'une démence frontale, à un stade assez avancé de la maladie. Eh bien, grâce au développement de la technologie, elle arrive à vivre toute seule. Par exemple au niveau de la prise de médicaments. » (focus-groupe 1)

La technologie peut donc être associée à un renforcement de l'autonomie des personnes dépendantes et, dans ce sens, elle est vue comme positive. Ce schème de l'autonomie est cependant également associé par certains participants à une perspective inverse. Beaucoup conçoivent la technologie comme porteuse d'un risque de renforcement de la dépendance.

❖ *b. La technologie comme renforcement de la dépendance*

Cette seconde vision, négative, du développement technologique se donne particulièrement à voir dans l'extrait suivant :

> « Et en fait je pense que la peur qu'il y a derrière le scénario 4, c'est que la dépendance technologique nous condamne notre autonomie personnelle, nous empêche de décider. C'est la question d'être surveillé tout le temps, de ne plus avoir le choix, etc. je pense c'est que s'il y a une aide robotique à la dépendance, il faut veiller à ce qu'elle n'entrave pas les capacités d'autonomie des personnes » (focus groupe 2)

Il est important que la personne vieillissante puisse garder la possibilité de réaliser des choix. Nous rejoignons ici la première tension du scénario 4 : la technologie ne doit pas causer une déshumanisation de la personne âgée. Elle doit conserver son autonomie

autant que possible et cela passe par le renforcement de sa capacité à rester maître de sa vie. Un autre extrait reprend la même idée :

> « Et alors oui au niveau éthique ce qui me posait question dans ce que vous avez dit, c'est vrai, c'est la question de la sécurité. Qu'est-ce qu'on veut pour nos aînés ? Est-ce que moi plus tard c'est pas mon droit de vouloir chuter à domicile et de mourir à domicile ? ça peut paraître révoltant ce que je dis, mais voilà. J'ai peut-être envie de mourir à domicile et voilà. Dans la gazette il y aura, « elle est restée deux heures sans bouger, sans que personne vienne à son aide », mais voilà, c'est peut-être mon droit. Et donc faisons attention à ça parce que souvent les questions de sécurité ne sont pas demandées par les personnes elles-mêmes. » (focus-groupe 1)

Cette question trouve alors des échos éthiques lorsque la technologie devient outil de surveillance permanente :

> « En disant, écoutez, en effet, le risque c'est que la personne pourrait se sauver [on parle des personnes souffrant d'Alzheimer qui ne seraient pas surveillées en permanence], s'évader et pourrait mourir parce qu'elle va se mettre en danger. Mais elle vit heureuse, c'est aussi un choix, je me dis, c'est vrai qu'il existe déjà, c'est en tout cas à l'étude, des systèmes de puces pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer pour que quand ils dépassent un certain périmètre, les proches soient contactés. Il n'y a rien qui est proposé en termes d'éthique. Qu'est-ce qu'on accepte, qu'est-ce qu'on n'accepte pas et jusqu'où doit-on aller. Je pense que c'est vraiment important » (focus-groupe 2)

Ce risque se trouve encore accentué si à un moment donné, la personne vieillissante est obligée, pour pouvoir bénéficier de soin, d'accepter une surveillance permanente, ou un dispositif technique dont elle ne voudrait pas :

> « Je voudrais rebondir sur la question de choix et de politique. Il me semble qu'un des gros risques, puisqu'on dit qu'il faut laisser le choix à la personne d'utiliser ou pas la technologie. Je pense qu'un risque c'est, par exemple on rentre en maison de repos, dans une maison de repos avec des personnes ayant l'Alzheimer. On nous dit vous êtes obligés de porter une puce parce que si vous sortez et s'il vous arrive quelque chose, c'est nous qui sommes responsables et ça on ne veut pas. Donc, vous êtes obligés de la porter. Déjà ça limite le choix puisque ça crée une condition à l'entrée en maison de repos. Et pareil, et c'est là que le politique peut avoir un rôle à jouer, à nouveau avec le système d'assurance, et on voit ça avec tout ce qui est vol,

cambriolage, etc, c'est qu'on conditionne un remboursement en cas de problèmes à l'utilisation de ces technologies. On vous paiera vos soins seulement si vous aviez le pacemaker ou le… sinon tant pis pour vous. C'est un gros risque qui va s'amplifier avec un scénario pareil où les technologies vont être… » (focus-groupe 2)

6. Sans conclure…

Le concept de « gestion du vieillissement » présente toutes les caractéristiques du concept « flou », c'est-à-dire un concept « dont la polysémie et (les) ambiguïtés (…) permettent que des acteurs ayant des analyses et des objectifs divergents, voire antagonistes, les acceptent comme cadres de référence, au moins provisoires, de leurs négociations » (Freyssinet, 2009 : 113). La gestion du vieillissement reste aujourd'hui à définir et elle est sans doute amenée à évoluer, tant en ce qui concerne son périmètre que les acteurs impliqués. L'exercice n'est pas simple tant le cadre qui nous est proposé pour penser l'action publique est lui-même peu aisé à saisir. Dès lors, « garder le jeu ouvert » semble être la seule attitude raisonnable du point de vue prospectif. Par conséquent, plutôt que de formuler des recommandations précises ou définitives, il nous a semblé plus pertinent d'identifier des *axes d'action* qui sont autant de *leviers d'action,* si l'on veut bien considérer les politiques qui s'y rapportent.

C'est dans cet esprit et sous une forme originale de conclusions que nous proposons de rassembler ici les principaux enseignements de cette recherche. Nous présentons quatre axes d'action principaux pour une gestion du vieillissement à l'horizon 2025-2045 ; le dernier point est l'occasion d'identifier des outils qui sauront accompagner à la fois les transitions sociétales et les transitions individuelles liées à l'âge.

6.1 Axe d'action 1 : une vision sociétale

On y reviendra ci-dessous, mais l'une des attentes répétée avec le plus de force par les experts et les acteurs de l'aide et du soin est celle d'une meilleure coordination entre les acteurs, entre les services et entre les instances de pouvoirs. Pour nombre d'entre eux, la multiplicité d'acteurs, de services, d'instances de pouvoir, sans compter le caractère pluraliste et évolutif des coalitions gouvernantes, apparait en **tension** avec la nécessité

d'une vision sociétale claire, comme si la diversité d'actants poursuivant des objectifs spécifiques empêchait l'émergence d'une perspective définie avec clarté. D'où la question : **quelle vision sociétale guidant la gestion du vieillissement ?** Pour les experts et les acteurs de l'aide et du soin rencontrés, il revient aux pouvoirs publics (aujourd'hui) régionaux et communautaires de déterminer les valeurs à défendre, de définir et d'être porteurs d'une vision… et à partir de là de jouer son rôle d'arbitre, de cadrer les acteurs privés et publics en ce sens, de soutenir les dispositifs qui soutiennent cette vision.

La perspective à dessiner devrait notamment permettre de repréciser le rôle d'une série d'acteurs : hôpitaux, maisons de repos (MR), maisons de repos et de soins (MRS), médecins généralistes, aidant-e-s formel-le-s, aidant-e-s proches, bénévoles, personnes âgées. Si les pouvoirs publics sont appréhendés comme concepteurs légitimes de la vision sociétale, experts et acteurs de terrain n'en formulent pas moins des attentes précises :

- Pour eux, l'hôpital qui commence à s'implanter à la maison doit être pensé comme un véritable partenaire inséré dans les trajets de soin offrant des services intermédiaires ;
- l'image des MR et des MRS (grandes structures contre le souhait des personnes âgées, perçues comme des lieux de grande dépendance, voire comme des « mouroirs »), source de culpabilité pour les familles qui doivent se résigner à y placer un proche, est un enjeu capital et ne peut être changée que par l'adoption d'une démarche de qualité généralisée ;
- les rôles des médecins généralistes, aujourd'hui davantage attentifs à concilier leurs vies professionnelle et privée, travaillant plus souvent en équipe et par conséquence moins proches de leurs patients que par le passé, moins hégémoniques relativement aux autres professionnels de l'aide et du soin, gagneraient à être redéfinis, même si experts et acteurs du vieillissement ne s'accordent pas sur une même perspective, certains considérant que le médecin généraliste peut et doit rester au cœur du dispositif d'aide et de soin en assumant tour à tour des rôles de coordinateur des aides et soins, de sentinelle de la santé, de confident et de traducteur de ce qui se passe pour le patient, d'autres estimant qu'il n'est pas formé pour ces rôles de « spécialiste du complexe » et qu'il gagne, plus modestement, à rester « spécialiste du biomédical » ;

- les aidants proches et les bénévoles devraient être reconnus – par une précision de leurs droits, par des soutiens psychologiques, sous forme de formations, par une assimilation des périodes prestées aux périodes de travail, voire par des soutiens financiers –, au niveau individuel et au niveau collectif (association d'aidants ou de bénévoles) dès lors qu'ils développent le vivre-ensemble et les solidarités ;
- mais surtout, les politiques orientées vers les personnes âgées doivent être revues dans la perspective d'une plus grande implication de ces dernières comme acteurs (et non objets) de ces politiques, y compris dans les organes de décision, ce qui implique de veiller au développement de leur pouvoir d'agir (empowerment) pour qu'elles puissent continuer à se sentir utiles, à porter des projets, à co-construire les politiques qui les concernent.

Mais au-delà de la précision du rôle des divers acteurs, l'attente de vision porte d'abord sur le vivre-ensemble et le modèle de solidarité proposés avec deux points d'accrochage privilégiés : le pacte de solidarité intergénérationnelle et l'avenir de la sécurité sociale. La modification du ratio entre « actifs » et « inactifs » consécutif à l'allongement de la scolarité d'une part et de l'espérance de vie d'autre part, l'accroissement prévisible des budgets à réserver pour les retraites, la diffusion d'une image caricaturale opposant des aînés à charge de la société mais disposant de ressources et des jeunes travaillant mais n'ayant que très difficilement accès à la propriété, l'apparition d'acteurs (associations, groupements…) organisés sur une base générationnelle… sont autant d'éléments susceptibles d'alimenter à l'avenir une tension entre les générations. D'où, pour nombre d'experts et d'acteurs, la nécessité de promouvoir un nouveau pacte de solidarité intergénérationnelle, soucieux de recréer du lien entre les générations (en soutenant, notamment, les initiatives qui vont en ce sens, telles par exemple les formules d'habitat intergénérationnel) et attentifs aux inégalités de ressources. L'interrogation sur l'avenir de la sécurité sociale rejoint cette préoccupation. Si tous les acteurs et experts qui se sont exprimés sur la question se sont prononcés en faveur du maintien d'une sécurité sociale organisée sur base universelle, la plupart sont bien conscients que d'autres acteurs envisagent un autre modèle articulant capitalisation via un système d'assurance et assistance pour les plus démunis. Quelles que soient les références, modèle suédois, modèle britannique, modèle allemand… la tension sous-jacente oppose *in fine* mutualisation et individualisation, et pose la question des capacités

du système soutenu à redistribuer les richesses et réduire les inégalités sociales. La considération pour les personnes précarisées fait l'objet d'une attention particulière.

Le vieillissement de la population est un phénomène démographique incontestable ayant des conséquences sociales et économiques majeures. L'attente à l'égard des pouvoirs publics est qu'ils puissent dépasser une appréhension « gestionnaire » du phénomène : par le coût des soins de santé, sous l'angle du coût des retraites, voire même celui du vieillissement comme potentiel gisement d'emploi… L'attente porte sur un récit du vivre-ensemble demain dans une société inclusive où les aînés resteront acteurs d'un monde solidaire.

6.2 Axe d'action 2 : vers un système d'aide et de soin global

De l'expression des divers experts et acteurs de l'aide et du soin rencontrés au cours de cette recherche se dégage une attente forte pour l'adoption d'une approche systémique de la gestion du vieillissement afin de promouvoir un système d'aide et de soin global. Ce concept de système d'aide et de soin global recouvre deux dimensions. La première renvoie à la nécessité d'une vision intégrée de la santé et du vieillissement. Autrement dit, il s'agit de prendre en compte l'entièreté des besoins de la personne, en déployant une vision d'ensemble de cette dernière, en donnant un statut fort à son projet de vie. Dans cette perspective, on évitera une focalisation sur l'hygiène et la santé, on sera attentif aux enjeux relationnels : isolement, carence relationnelle, besoin de contacts sociaux, qualité du lien social, besoin d'intimité, besoin de contacts sensoriels. La seconde a trait à l'attente d'un système qui puisse tenir compte de tous les acteurs formels et informels interagissant dans une même situation. Pour nombre d'acteurs et d'experts rencontrés, la seconde dimension est en lien direct avec la première dans la mesure où « le meilleur accompagnement est celui qui articule » les différents acteurs, les différents services, bref, l'ensemble des compétences.

Cette attente d'un système d'aide et de soin global, exprimée avec force, entre, cependant, potentiellement en **tension** avec la diversité et le degré de spécialisation des acteurs en présence. Autant d'acteurs en attente de valorisation et dont la reconnaissance passerait pour d'aucuns par une clarification, y compris décrétale, de leurs rôles et

responsabilités. Or une définition si précise des actes que peuvent (ou non) poser les uns et les autres est potentiellement source de segmentation. D'où la question : **comment promouvoir un système d'aide et de soin global dans un cadre d'intervention marqué par une forte spécialisation des acteurs ?** Notons d'abord que quelques rares acteurs écartent cette question qui pourrait être dépassée si l'on s'attaquait à l'hyperspécialisation professionnelle que nous connaissons et qui n'est pas un horizon indépassable. Ceux-là citent alors des exemples canadiens où les compétences sont davantage associées aux personnes qu'aux diplômes et où une infirmière peut ainsi se retrouver à poser des actes médicaux, certes, mais aussi à faire la cuisine avec des patients ou à réaliser un accompagnement psychosocial. La majorité des experts et des acteurs tentent de résoudre la tension entre attente de système global et spécialisation professionnelle telle qu'exprimée ci-dessus. Les maîtres-mots de leur réflexion sont coordination, articulation, transversalité. Ces formules sont présentées comme des antidotes à la segmentation. La transversalité est antinomique du travail en silos. L'articulation des différents intervenants requiert tout d'abord de les réunir pour qu'ils se parlent, développent une interconnaissance, sachent ce que les autres font, et, idéalement, puissent adopter collectivement une attitude réflexive quant au sens de ce qu'ils font. Le but de la coordination étant de développer complémentarité et cohérence entre les divers intervenants formels et informels, pour un accompagnement davantage globalisé. Pour nombre d'intervenants articulation et coordination entre les acteurs/services sont d'autant plus nécessaires que, contrairement à une équipe pluridisciplinaire opérant dans un même service (maison médicale, maison de repos ou centre de jour par exemple), dans la perspective présentée comme idéale du maintien à domicile ce sont généralement des acteurs qui ne se connaissent pas (ou peu) qui interviennent en réseau auprès d'une même personne. Si elle n'est pas instituée, une réflexion collective sur le sens global des diverses interventions cumulées a peu de chance de voir le jour. Si quelques-uns pensent que le Bel-RAI pourrait être un outil intéressant dans le dispositif collaboratif à mettre en place, à côté de ceux qui expriment leurs réserves à son encontre (chronophage, perçu comme outil de contrôle, diversement utilisé et donc requérant certaines précautions pour son utilisation, objectivant le travail presté et la personne soignée), tous s'accordent pour dire qu'il est un outil de communication et non un instrument de coordination.

Plus concrètement, outre celle plus radicale de sortie de la forte spécialisation professionnelle évoquée ci-dessus, les pistes qui se dégagent sont les suivantes :

1. donner un cadre légal et financer le rôle de coordination entre acteurs/services. Ils évoquent, à titre d'exemple, le rôle du *case manager*, gestionnaire responsable de la coordination ;
2. désigner une personne de référence, comme un coach auprès des personnes âgées, chargée de garder le lien et d'assurer la continuité tout au long de l'accompagnement, capable d'anticipations, attentive aux transitions, facilitateur en période de tension budgétaire, pensant à dédramatiser… Aucun consensus n'émerge quant à savoir qui pourrait/devrait jouer ce rôle. Si certains pensent que le médecin traitant est la personne toute désignée pour l'assumer, d'autres privilégieraient plutôt un-e aidant-e proche, quand d'autres encore considèrent qu'il y a lieu de créer un nouveau métier ;
3. avoir une politique de formation initiale et continue des professionnels attentive à l'interdisciplinarité, à donner une vision de ce que font les autres acteurs, à l'intercompréhension mutuelle afin de lutter contre la segmentation et le cloisonnement ;
4. mettre en place un système d'audit chargé d'évaluer la qualité des services offerts et les dispositifs collaboratifs.

6.3 Axe d'action 3 : le territoire proche comme zone de soin incluse dans un bassin de vie

Les pouvoirs fédéraux, régionaux, communautaires, provinciaux, communaux ont tous des compétences relatives à la gestion du vieillissement. Leurs périmètres d'intervention, les territoires sur lesquels ils ont autorité, les domaines de compétences sont très variés. Ici aussi, articulation et coordination sont rendus nécessaires par la multiplicité des découpages territoriaux et des compétences ; une coordination qui selon certains acteurs de terrain pourrait être optimalisée, même si en la matière c'est plutôt le sentiment d'être à la croisée des chemins ou dans un entre-deux provoqué par la mise en place de la sixième réforme de l'Etat qui domine. Certains acteurs politiques ont d'ailleurs défendu cette réforme au nom d'une plus grande cohérence des politiques

futures ; les acteurs et experts rencontrés formulent aussi ce souhait. Avec cette réforme, les régions et les communautés reçoivent d'importants moyens supplémentaires et voient leurs compétences fortement augmentées, y compris dans le domaine de l'aide et des soins ; cela fait de ces niveaux de pouvoirs des acteurs publics (encore plus) dominants dans le champ.

Ce statut dominant des pouvoirs régionaux et communautaires pourrait entrer en **tension** avec une attente forte de penser l'aide et le soin à partir du territoire de proximité. Un exemple évoqué à plusieurs reprises est celui de la taille des entités de soin (maison de repos, maison de repos et de soin, centre de jour…). Une logique centralisatrice, particulièrement en période de crise propice à la recherche d'économies d'échelle, pourrait conduire les pouvoirs régionaux à poursuivre la perspective déployée par l'Etat fédéral dans les années 1980 et consistant à supprimer les petites entités de soin pour privilégier les plus grandes, alors qu'une focale sur le territoire de proximité pousserait à donner la priorité à des structures de soin de proximité, des structures intermédiaires comme, par exemple, les hôpitaux de quartier. D'où la question : **relativement à l'aide et au soin aux personnes âgées, quelle place pour le territoire de proximité dans la nouvelle structure de l'Etat ?** Sans négliger la nécessité d'économies d'échelle, ni celle de concentrer certaines infrastructures très onéreuses à quelques endroits bien choisis, une majorité des acteurs et des experts appellent à repenser le territoire proche (tantôt la commune, tantôt la localité, voire le quartier) comme une zone de soin articulée à un bassin de vie. Cet aspect apparaît d'autant plus important que les localités ne présentent pas une image homogène que ce soit en termes de besoins ou d'offres de service. Dans cette optique, le territoire proche est d'abord le lieu de concertation et de coordination entre les différents services ; c'est à ce niveau que sont réalisés l'inventaire localisé des services disponibles, l'information sur les relais et les services existants, le diagnostic des besoins, l'organisation de l'offre en réduisant les logiques de concurrence (notamment entre les réseaux proches des différents piliers), la prévention. Certains proposent aussi, à l'instar de ce qui se passe au Danemark, que les entités locales (communes ou quartier pour les grandes communes) aient des personnes de références pour les personnes âgées ; des personnes amenées à les rencontrer au moins une fois l'an et à évoquer avec elles leurs situations, leurs perspectives et les questions qu'elles soulèvent. Mais dans cette optique, il s'agit surtout de repenser le soin

dans le cadre de vie, ce qui implique de repenser l'espace public en termes de lieu de vie, de logement, de rencontre, de lien social, de solidarités familiales et de voisinage… afin de pouvoir (re-) donner une place centrale à l'aide, voire aux soins, que peuvent apporter les voisin-e-s et ami-e-s. Autrement dit, l'espace de proximité est réinvesti afin de pouvoir soutenir et créer des réseaux d'(entr)aide.

On le voit, cette invitation à penser le territoire local comme zone de soin incluse dans un bassin de vie oppose peut-être moins les pouvoirs régionaux et communautaires d'une part et les pouvoirs locaux d'autre part, qu'elle invite à décloisonner les politiques relatives aux différents domaines de compétences (territoire, logement, infrastructure, aide aux personnes…). Mais il n'empêche que, traduite dans les faits, cette proposition aurait pour conséquence de faire des acteurs locaux des acteurs de premier plan pour la gestion du vieillissement.

6.4 Axe d'action 4 : le genre du soin

Relativement à la gestion du vieillissement, la question du genre ou plus simplement des inégalités entre hommes et femmes est, pour ainsi dire, omniprésente. Premièrement, elle concerne les personnes âgées elles-mêmes : l'espérance de vie des personnes âgées continue à augmenter avec un différentiel marqué en faveur des femmes, mais à âge égal, les femmes ont globalement une santé moins bonne que celle des hommes, des ressources économiques moindres, des compétences pratiques différenciées (plus élevées pour les activités domestiques internes, plus réduites pour les activités domestiques externes), des relations avec les enfants de qualité inégale (les liens mères-filles étant généralement considérés comme les plus forts)... Ces écarts s'expliquent largement par des biographies elles-mêmes genrées. Deuxièmement, les inégalités entre hommes et femmes sont aussi une réalité du côté des aidants informels : l'engagement et l'implication d'un descendant dans l'aide filiale est liée au genre et notre recherche n'a fait que confirmer cette tendance. Cette observation rejoint ainsi celle de nombreux chercheurs selon laquelle le soutien aux parents âgés est d'abord pris en charge par les femmes, même si derrière une aidante proche peut se cacher un réseau d'entraides en cascade de nature plus complexe. Troisièmement, hommes et femmes occupent tendanciellement des positions contrastées dans les professions de l'aide et du soin aux

personnes âgées : les professions du bas de la hiérarchie, tant en termes de reconnaissance sociale que de rémunération – les aides familiales-iaux et aides soignant-e-s d'abord, les infirmier-e-s ensuite – sont parmi les plus féminisées. Ces professions sont aussi parmi celles qui enregistrent un taux d'arrêts maladie très élevé, ainsi qu'un important turnover, autant de signes de la pénibilité de ces métiers.

À partir de ces données très rapidement rappelées, on comprend que les inégalités entre hommes et femmes se posent tant au niveau de l'aide formelle que de l'aide informelle. Autrement dit, les dispositifs de prise en charge actuellement opérant sont en **tension** avec les visées politiques d'égalité entre les hommes et les femmes. Tant aux niveaux micro (celui des individus et de leurs proches), méso (celui des professions ou des services), que macrosocial (celui de la région, de la communauté ou du pays), on est loin d'une situation d'égalité entre hommes et femmes. D'où la question : **comment penser une gestion du vieillissement davantage en adéquation avec l'objectif d'égalité hommes-femmes ?** Même si les acteurs de l'aide et du soin et les experts ont exprimé leur préoccupation à cet égard, ni les uns ni les autres n'ont vraiment avancé de piste de réponse à cette question. L'analyse permet cependant de dégager quelques éléments de réflexion.

Premièrement, il convient de rappeler que si la variable sexe permet de mettre en évidence un certain nombre d'inégalités, elle interagit également avec d'autres variables comme le niveau de ressources socioéconomiques ou le fait d'être autochtone ou immigré. Ainsi, à titre d'exemple, suivant les travaux de C. Attias-Donfut & C. Delcroix (2004), nous avons souligné la fragilité accrue des femmes issues de l'immigration et les risques de désaffiliation sociale qui en découlent.

Deuxièmement, de nombreux travaux ont mis en évidence que la réduction des inégalités entre hommes et femmes n'avait une chance de se réaliser qu'à la condition d'adopter une perspective systémique. On pense notamment au texte, à notre sens, séminal en la matière d'A.-M. Devreux (1985). Son analyse de la parentalité peut être étendue à l'ensemble des activités domestiques, elle repose sur une triple articulation : celle de la sphère de production et de la sphère de reproduction, celle du féminin et du masculin, celle des niveaux pragmatique et symbolique. Ce modèle d'analyse à trois dimensions peut être représenté sous la forme d'un cube (Fusulier & Marquet, 2009), où,

comme c'est le cas pour celui inventé par E. Rubik en 1974, aucun élément ne peut enregistrer de mouvement sans que les éléments voisins ne soient automatiquement affectés. L'exemple du congé de maternité est des plus éloquents pour expliquer ces interdépendances. Si tout allongement du congé de maternité peut dans un premier temps être interprété comme une mesure au bénéfice des mères, puisque constituant une mesure de protection de leur santé, le modèle d'analyse d'A.-M. Devreux devenu aujourd'hui classique invite lui à s'interroger sur le risque d'une politique qui n'accorderait des congés parentaux qu'aux mères. Cela ne reviendrait-il pas « au niveau symbolique d'une part, à soutenir une lecture qui tend à naturaliser la maternité, au niveau pragmatique d'autre part, à accroître, dans la sphère domestique, l'écart d'investissement des pères et des mères vis-à-vis des enfants et, dans la sphère professionnelle, à pénaliser davantage les femmes comparativement aux hommes ? » (Fusulier & Marquet, 2009 : 172). Autrement dit, les investissements masculins dans la sphère domestique sont d'autant moindres que les hommes restent, tant sur le plan pragmatique (responsabilités et salaires plus élevés) que symbolique (attente et légitimité plus grandes à être le « gagne-pain » de la famille), en position dominante dans la sphère professionnelle, et que, de ce fait, les femmes auront plus difficile à prétendre à une position égale dans la sphère professionnelle et investiront par voie de conséquence davantage la sphère domestique, et ce d'autant plus que l'identité socialement valorisée de mère peut opérer comme identité de repli en cas d'absence de perspective professionnelle. Ces mécanismes expliquent que les biographies masculines et féminines restent significativement différenciées, et pour notre objet, que les femmes vont plus fréquemment accomplir les tâches domestiques et de soin, et vont dès lors acquérir des compétences de *care* plus élevées que les hommes, compétences qui se retourneront contre elles dès lors qu'elles voudraient se dégager des attentes et obligations filiales qui pèsent sur elles plus que sur les hommes. Si les rapports hommes-femmes sont en train d'évoluer vers plus d'égalité dans certains milieux, il convient d'être attentif d'une part au fait que l'arrivée d'un enfant constitue fréquemment un moment charnière de retour vers une structure et un fonctionnement plus traditionnels, même chez les couples épris d'égalité, et d'autre part que les inégalités restent fortes dans certains milieux sociaux.

Troisièmement, il apparaît que si l'inégalité caractérise aujourd'hui les trois niveaux micro, méso, macro, il n'est pas certain que les réponses soient identiques pour

l'un et l'autre niveau. L'exemple du recours aux titres-services permet de le comprendre aisément. Dans les milieux disposant de ressources suffisantes, le recours aux titres-services permet d'externaliser les tâches domestiques les plus pénibles qui incombent traditionnellement aux femmes (gestion du linge, nettoyage…) ; cet instrument facilite grandement l'adoption d'un fonctionnement (davantage) égalitaire. On se situe là au niveau micro, avec une solution adéquate pour ces couples. Au niveau macro cependant, rien n'est résolu, car on sait que les tâches ainsi externalisées sont pour l'essentiel prises en charge par des femmes, lesquelles bénéficient plus généralement de bas salaires, ce qui pèse sur l'écart salarial global entre hommes et femmes. Pour ce qui concerne le niveau méso des professions, nombre de travaux ont montré que le destin des filles et des garçons, y compris le destin professionnel, se jouait déjà dans l'espace familial qui contribue à une différenciation sexuée des trajectoires (Lallement, 2006). Ainsi l'idée que ce serait aux femmes de prendre en charge le travail ménager et le soin aux autres, enfants et adultes, par nomadisme, passerait de la sphère domestique à la sphère professionnelle, ce qui expliquerait pour une bonne part la forte féminisation des métiers de l'aide et du soin. Par ailleurs, la continuité entre les deux sphères, que ce soit en termes de tâches effectuées et du genre des prestataires d'une part et la naturalisation des compétences mobilisées d'autre part expliquent la faible reconnaissance sociale de professions d'aides ménager-e-s, d'aides soignant-e-s, et même dans une moindre mesure d'infirmier-e-s. La revalorisation de ces professions passe donc par une reconnaissance de leur utilité sociale, de leur valeur ajoutée en termes d'attention à l'autre et d'apport à la construction du lien social.

Le schéma suivant permet d'articuler ces trois ordres de réflexion (Fusulier & Marquet, 2009). Il tente de rendre compte de la nécessité d'articuler les trois dimensions de l'analyse et de tenir compte tant de l'interdépendance que de l'autonomie relative des 3 niveaux (micro, méso, macro) d'analyse.

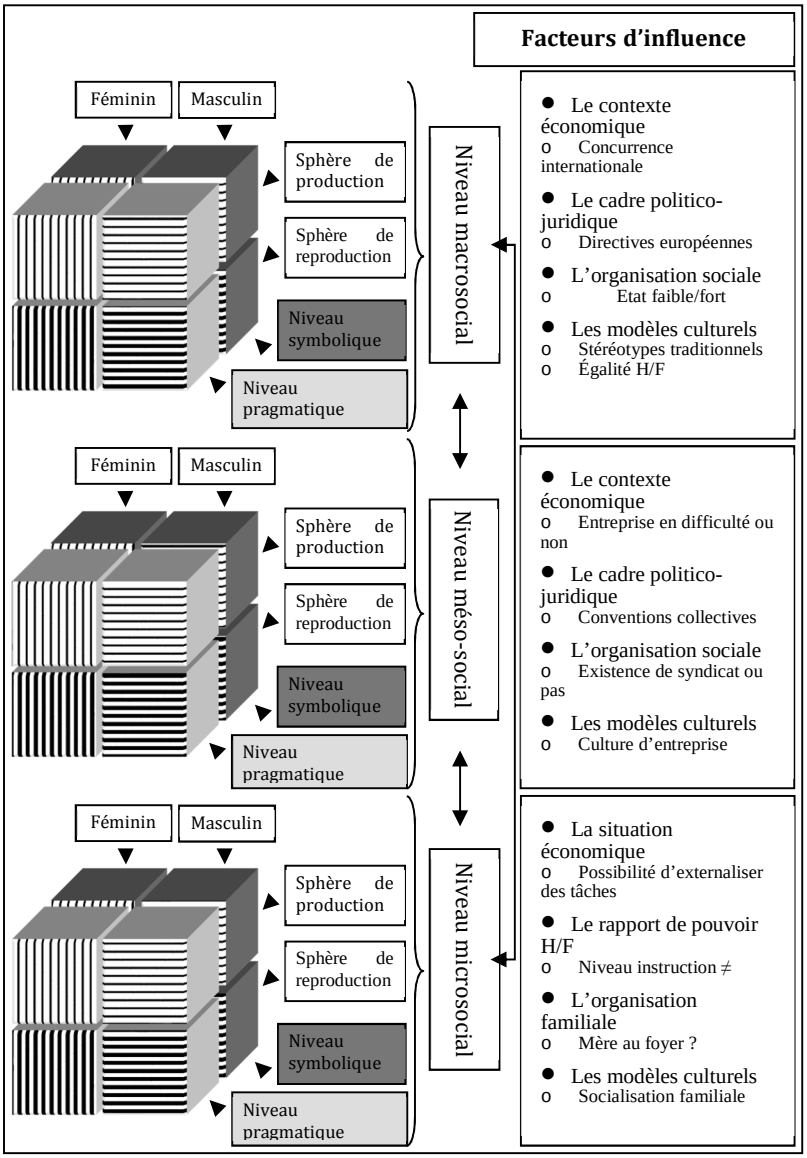


Figure 97: Schématisation de l'approche de la parentalité inspirée des travaux d'A.-M. Devreux

Cette analyse souligne l'impérieuse nécessité de concevoir la gestion du vieillissement autrement que comme une politique de la vieillesse. Une fois arrivé à l'âge de la retraite, la distribution genrée des pathologies, des affections, des ressources, des compétences, des liens intra et extra familiaux… est en place et n'est plus modifiable que de façon marginale. Les politiques en faveur de l'égalité entre les hommes et les femmes à l'âge avancé doivent dès lors se mettre en place bien en amont, de même qu'elles doivent assurément faire de l'articulation entre les vies professionnelle et privée une préoccupation majeure.

6.5 Les outils pour garder le « jeu ouvert »

Dans une visée prospective qui interroge un futur incertain, il importe d'identifier les outils souples qui sauront accompagner à la fois les transitions sociétales et les transitions individuelles liées à l'âge.

6.5.a Outil 1 : le cadre légal

La recherche a mis en évidence nombre de freins normatifs, liés au cadre légal ou réglementaire, empêchant ou restreignant le développement d'initiatives nouvelles : les lois fédérales sur la domiciliation qui découragent les personnes isolées de cohabiter ensemble (perte du statut d'isolé, perte de pension complémentaire, perte du statut « mutuelle »…) ; les règles de l'Onem qui empêchent que les personnes au chômage puissent avoir un statut de volontaire dans l'accueil des aînés ; les normes architecturales, de sécurité et de personnel qui ont tendance à faire disparaître les petites structures pourtant privilégiées par les usagers ; les normes d'hygiène (exemple : la périodicité des toilettes) et sanitaires (exemple : les normes de l'AFSCA sur le port des gants ou de la charlotte, ou la nécessité d'avoir des plats témoins) qui dénaturent des projets en modifiant les relations entre les différentes personnes ; les normes institutionnelles qui empêchent certains professionnels d'effectuer des actes qu'ils ont appris, ce qui contribue à augmenter la segmentation des prises en charge et le nombre d'intervenants ; les normes en termes de lits dans les centres d'accueil de jour qui rendent compliqué le court séjour en leur sein des personnes désorientées ; les normes de financement qui ont un impact sur la (durée de la) prise en charge ; la fermeture du cadre des prestations qui impose quasiment (ne serait-ce que pour des questions de sursalaire) de mettre les bénéficiaires au lit entre 16 et 18h ; le découpage des subventionnements qui engendre une segmentation et un manque de continuité entre services (exemple : une aide à domicile ne peut accompagner la personne âgée qui va en maison de repos en raison des logiques de subventionnement)… La liste est loin d'être exhaustive, mais par son ampleur et sa diversité, elle est indicatrice de la marge de manœuvre des autorités impliquées. Certaines normes ici épinglées ne relèvent pas du niveau de pouvoir régional – à titre d'exemple, ce n'est pas la région qui décide de la nomenclature des prestations et des

arbitrages budgétaires de l'INAMI qui ont un impact direct sur la qualité des soins et la reconnaissance des différentes professions –, mais la sixième réforme de l'Etat va incontestablement contribuer à renforcer le poids des régions et des communautés.

En lien avec l'axe d'action 2 (voir ci-dessus) et l'outil 3 (voir ci-dessous), deux chantiers semblent prioritaires : la lutte contre la segmentation des dispositifs d'aide et de soin d'une part, le soutien aux innovations sociales d'autre part. Lois, décrets, circulaires définissent les rôles et fonctions de chacun, déterminent les actes réalisables par chaque profession, contingentent les heures d'intervention, précisent les taux différenciés de remboursement… avec pour conséquence un cloisonnement des actes et une segmentation du dispositif d'aide et de soin. Ce découpage est appréhendé par nombre d'acteurs et de professionnels comme le principal responsable de l'insatisfaction des professionnels (difficulté de coordination, épuisement, perte de sens du travail réalisé, fragilisation des métiers subalternes…) et des personnes âgées (incompréhension, relation avec les aidants détériorée…). Si la promotion d'un système d'aide et de soin global est un objectif capital, ce chantier est incontestablement prioritaire. Par définition, les innovations sociales sont toujours un peu en marge ou aux interstices des dispositifs existants. Si elles arrivent à émerger, leur développement, leur consolidation et leur pérennité socioéconomique requièrent généralement l'adaptation du cadre légal dans lequel elles se déploient. On y reviendra ci-dessous.

6.5.b Outil 2 : le budget

Il est bien évidemment impossible de considérer l'ensemble des politiques ayant un impact sur les ressources des acteurs, individuels ou collectifs, agissant dans le champ de l'aide et du soin ; cela dépasserait d'ailleurs le cadre du mandat que nous avions reçu. Sous cet intitulé, nous pointerons quelques éléments de débat soulignés par nos interlocuteurs experts ou professionnels de l'aide et du soin.

On ne reviendra pas sur la question portant sur l'avenir de la sécurité sociale, sur la tension entre un système structuré autour d'une sécurité sociale organisée sur base universelle et un système articulant capitalisation via un système d'assurance et assistance pour les plus démunis ; pour l'instant, ce débat échappe (encore ?) en grande

partie aux pouvoirs régionaux et communautaires. Mais les réformes successives de l'Etat changent progressivement la donne. Et les orientations différentes que viennent de prendre le nord et le sud du pays en matière d'assurance dépendance, finançant soit les individus, soit les services, est un indice de visions distinctes en matière de gestion du vieillissement, mais aussi un indicateur du poids grandissant des acteurs régionaux et communautaires. Parce qu'ils redoutent que les usagers ne se muent en consommateurs, avec les impacts négatifs d'une logique clientéliste sur les professionnels de l'aide et du soin, parce qu'ils doutent des capacités des usagers à évaluer les « produits » et à gérer les budgets alloués, la grande majorité des experts et acteurs de l'aide et du soin rencontrés plébiscitent l'option du financement des services.

Au-delà d'une multitude de questions portant sur la nécessité, la temporalité, le seuil ou le niveau d'intervention financière des pouvoirs publics pour tel acte ou tel dispositif, l'analyse a permis d'identifier trois enjeux importants : l'encadrement des acteurs marchands ; le soutien aux familles et aux proches ; le « hors financement ». La présence des acteurs marchands dans le champ de l'aide et du soin est une réalité.

Certains intervenants, experts et professionnels, craignent que la logique marchande, par ses impératifs de rentabilité, ne dénature la relation entre professionnels et bénéficiaires. Ils en appellent alors aux pouvoirs publics comme régulateur du marché ; ils attendent de cet acteur qu'il (r) établisse des balises, soit garant des codes déontologiques, définisse une charte éthique, contrôle les accréditations, effectue des contrôles de qualité, régule les prix… La perspective ainsi dessinée vise à trouver une complémentarité entre privé et public et, surtout, à veiller à ce que le souci du patient reste au centre des préoccupations des différents acteurs. Dans cet esprit, le rôle des mutuelles comme intermédiaires entre les bénéficiaires, les professionnels de la santé et les pouvoirs publics est aussi interrogé, et, auprès de nos interlocuteurs, perçu comme indispensable.

Les aides informelles sont principalement apportées par la famille, et ensuite par les proches. Les responsabilités et le poids pesant sur ces personnes sont parfois très lourds. L'articulation entre la vie professionnelle et la vie familiale peut s'avérer complexe, surtout pour les femmes de la génération sandwich, celles qui se retrouvent coincées entre leur travail, leurs enfants, leurs petits-enfants et leurs parents vieillissants.

À la question des formes de soutien qui pourraient leur être apportées, certains intervenants évoquent le soutien financier. Celui-ci pourrait prendre plusieurs formes : rémunération directe, incitants fiscaux, assimilation des journées prestées à des journées de travail comptabilisables pour le calcul des retraites… Mais ce débat ne fait pas l'unanimité, notamment lorsqu'il s'agit de déterminer qui devrait prendre en charge (une partie de) ces coûts. Si d'aucuns se tournent vers les pouvoirs publics, d'autres regardent en direction des personnes âgées et de leurs familles. La volonté de garder son capital intact pour le transmettre en héritage apparaît ainsi parfois comme source d'inertie et de blocage empêchant la mise en place de dispositifs d'aide et de soin plus adéquats.

L'idée d'étendre la sphère marchande aux relations d'aide et de soin entre membres d'une même famille ou entre proches ne fait pas l'unanimité. À titre d'exemple, pour d'aucuns, la logique du devoir filial est antinomique à toute forme de rémunération. Certains lui privilégient d'autres pistes comme par exemple le troc ou les logiques de dons et contre-dons. Ces logiques d'échange sont alors perçues comme préférables dans la mesure où elles sont créatrices de lien social et nourrissent les solidarités. Dans cette perspective, il est attendu des pouvoirs publics, non pas qu'ils rétribuent les individus, mais qu'ils soutiennent ces échanges solidaires. Sans attente spécifique à l'égard des pouvoirs publics, une piste évoquée pour promouvoir le développement des échanges solidaires est la création d'une monnaie complémentaire (à l'euro), celle-ci constituant alors un levier d'action pour récupérer des moyens collectifs afin de développer/stimuler les dynamiques collaboratives.

6.5.c Outil 3 : l'innovation sociale

Les innovations sociales sont des outils de prospective par excellence dès lors que les domaines dans lesquels elles se développent renvoient aux défis de demain auxquels répondent de façon privilégiée les stratégies associatives en raison de leur capacité à détecter des aspirations et besoins nouveaux. Même si l'adoption d'une définition plus opérationnelle de l'innovation sociale, déterminant notamment si un type de gouvernance organisationnelle (participation, consultation etc.) et d'utilisation des bénéfices doit ou non la caractériser, devrait permettre de donner un contenu plus précis à une politique de soutien et de préciser le niveau d'action le plus pertinent pour accélérer son émergence

et sa diffusion, l'innovation sociale pointe à n'en pas douter des extensions (possibles) du domaine de l'action publique ou du marché.

L'analyse montre que l'innovation sociale résulte d'une stratégie délibérée d'acteurs pour se créer des « marges pour innover ». L'importance de la ressource réciprocitaire (qui est issue de la mise en œuvre d'une intention de « rendre en retour » à la société, une organisation, un groupe de personnes) et le recours à ses formes les plus variées (temps de travail non rémunéré, bénévolat, réflexe de réseautage, implication personnelle forte, attitude générale de saisir toutes les opportunités etc.) relève à la fois d'une stratégie de limitation des risques, notamment par rapport aux autres types de ressources qu'il faudrait rembourser, et d'une façon de garder le contrôle sur l'adéquation du financement à la finalité sociale du projet. En particulier, la ressource réciprocitaire permet souvent de contourner l'épreuve marchande et ses objectifs de rentabilité, ou l'épreuve publique et certaines obligations en termes d'outputs ou de reporting. Les IS sont le fruit de ces marges de manœuvre que seule la nature des organisations d'économie sociale et solidaire (ESS) autorise.

Mais l'hybridation des ressources, à savoir la mobilisation de ressources d'origines et de natures différentes, est à la fois moteur et frein de l'innovation. Elle permet que les organisations gardent la maîtrise de l'IS et de sa finalité, l'hybridation étant façonnée à partir de la raison d'innover. Dans la phase ultérieure de diffusion, l'hybridation peut toutefois s'avérer source de contraintes, d'épuisement ou d'instabilité. À ce stade, dans leur volonté de contourner l'épreuve du marché, les organisations tendent à se tourner vers des financements publics, mais, à l'analyse, sont alors confrontées à un manque de reconnaissance de la part des pouvoirs publics tant en ce qui concerne la logique de réciprocité à l'origine de l'innovation, de l'hybridation des ressources, que du mode plus global de développement des IS.

Se pose cependant la question de la diffusion et de l'institutionnalisation des IS. La rigidité du cadre légal et l'absence de financements adaptés constituent des obstacles importants. Dans le champ de l'accompagnement au domicile ou de l'habitat adapté, la question de la forme juridique (in-) adéquate se pose souvent que ce soit au début du processus d'innovation ou ultérieurement. L'habitat intergénérationnel qui se heurte à la

législation sur la domiciliation en est un bon exemple. Un soutien à l'institutionnalisation des IS passe immanquablement par une adaptation du cadre juridique.

La perspective temporelle est également importante. Dans certains cas, l'IS bénéficie d'un financement pour une phase-test mais n'est plus accompagnée par la suite, ni sur le plan financier, ni sur le plan des conditions de sa consolidation. Certaines organisations répondent à des appels à projets « *one-shot* » qu'elles ne peuvent répliquer, faute d'un accompagnement adéquat ou d'une adaptation de certaines réglementations. C'est notamment le cas des IS portant sur des nouveaux métiers à haut potentiel d'innovation et de diffusion. Les IS étudiées illustrent bien la capacité d'un secteur à créer des marges pour innover, mais aussi le manque d'occasion pour co-construire *a posteriori* et avec les pouvoirs publics un cadre propice à leur développement. Intégrer une étape de consolidation et d'institutionnalisation aux appels d'offre adressés aux entreprises à profit social permettrait de garantir une forme de pérennisation des IS. Produire des outils accompagnant les IS en phase de diffusion et de changement d'échelle constitue une autre piste à envisager, qui par ailleurs renforcerait la collaboration entre le secteur à profit social et le monde académique.

Notons encore que l'institutionnalisation n'est pas nécessairement une fin en soi et que, adéquatement contrôlée, elle devrait permettre au projet (i) d'évoluer, de s'adapter, de se muer au gré des partenariats et des besoins, (ii) d'inspirer d'autres acteurs/secteurs (on parle alors de « grappes » d'IS ou d'innovations en cascade) ou (iii) d'être diffusé dans d'autres espaces (géographiques, culturels, sociaux, etc.).

6.5.d Outil 4 : l'innovation technologique

Comme l'ont souligné nombre de professionnels et d'experts, dès lors qu'elle est génératrice de profits, l'innovation technologique dans le cadre de l'accompagnement du vieillissement se fera indépendamment de toute action des pouvoirs publics. Mais on pourrait aussi juger qu'elle est nécessaire. En effet, les métiers du domicile sont en attente d'améliorations qui reposent entre autres sur l'introduction de nouvelles technologies, par exemple pour permettre une meilleure diffusion ou analyse d'informations sur les personnes accompagnées, pour encourager la collaboration entre les intervenant-e-s du

domicile ou encore pour alléger certaines tâches vécues comme chronophages (comme l'encodage administratif) ou périlleuses (déplacer des personnes). Mais l'innovation ne saurait s'arrêter à la transformation de la tâche en soi. Il est nécessaire de viser aussi une transformation des processus en amont de l'introduction d'une nouvelle technologie, par exemple, par davantage de participation de la part des travailleur-se-s ou des bénéficiaires, et de maîtriser son impact sociétal. Et là, les pouvoirs publics retrouvent leur rôle.

Au-delà des craintes liées à d'éventuelles pannes ou dysfonctionnements, l'innovation technologique est souvent décriée pour ses effets potentiels : sur le plan de l'inégalité d'accès qu'elle peut induire en raison de son coût ou des connaissances qu'elle requiert ; pour son potentiel déshumanisant quand il s'agit, notamment, de remplacer une personne par une machine, la chaleur de la main par le geste automatisé d'un robot ; parce qu'elle alimente le processus de création de nouveaux besoins. La technologie numérique pose aussi la question de l'utilisation et de la protection des informations récoltées par les multiples dispositifs de collecte de données.

On pourrait penser que le terrain de l'accompagnement au domicile, en raison notamment de sa mission sociale et non marchande, constitue le terrain d'une potentielle « réconciliation » des dimensions technologiques et sociales de l'innovation (Céline Marival, Francesca Petrella et Nadine Richez-Battesti, 2012). Il pourrait même faire l'objet de l'attention particulière des pouvoirs publics dans la mesure où il se caractérise par une couverture insuffisante des besoins (avec cependant des disparités locales importantes) et par un potentiel important en termes de demande d'expérimentation. Cette réconciliation souhaitable nécessite que les pouvoirs publics établissent les balises à l'utilisation des nouvelles technologies, qu'ils puissent les intégrer au réseau de soin, en complémentarité avec les dispositifs existants, en recherchant l'émancipation des personnes, et notamment en maintenant leur capacité (maîtrise technique et capacité de décision) de refuser ces technologies en préservant des espaces d'échappée et en instaurant un droit de refus.

7. Bibliographie

Barthe Yannick et al., 2014, « Sociologie pragmatique : mode d'emploi », *Politix*, vol. N° 103, n° 3, p. 175‑204.

CLIMACT, 2015, *Etude de prospective*. « Transition énergétique. Une étude de prospective pour l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique », Namur, IWEPS. Adresse : http://www.iweps.be/sites/default/files/2014_-_transition_energetique_-_rapport_final_0.pdf.

Devreux Anne-Marie, 1985, « Production/Reproduction et rapports sociaux de sexe », in *Atelier Production/Reproduction*, 1985, Cahier n°3, Paris, CNRS.

Eggerickx, T. et Sanderson, J.-P. (2013). *L'impact du milieu de résidence et des « choix » résidentiels sur l'évolution sociale des individus en Belgique* (1991 – 2006), Conférence

Fondation Roi Baudouin, 2006, *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur, Bruxelles,* Fondation Roi Baudouin. Adresse : http://www.kbsfrb.be/publication.aspx?id=294864&langtype=2060.

Fusulier Bernard, Marquet Jacques, 2009, « Pour une lecture « rubikcubique » de l'investissement paternel », in Nicole-Drancourt C. (dir.), *Conciliation travail-famille : attention travaux,* Paris, L'Harmattan, pp.171-180.

Guyot Jean-Luc, Anfrie Marie-Noelle, Van Cutsem Michael et Rieppi Stéphane, 2012, « Les enjeux prospectifs wallons à la lumière d'un dispositif participatif », *Working Paper de l'IWEPS*, vol. , n° 5. Adresse : http://www.iweps.be/sites/default/files/WP5.pdf.

de Jouvenel Hugues, 2004, *Invitation à la prospective/An Invitation to Foresight,* Paris, Futuribles Perspectives.

de Jouvenel Hugues, 1999, « La démarche prospective. Un bref guide méthodologique », *Futuribles*, vol. , n° 247.

Lallement Michel, 2006, « Le genre des trajectoires », *Formation emploi*, 93. [En ligne] http://formationemploi.revues.org/2202

Lits Grégoire, 2010, « Martuccelli Danilo, La société singulariste », M.-B. Tahon éd. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. , n° 41-2, p. 154‑157.

Marival Céline, Petrella Francesca et Richez-Battesti Nadine« L'innovation sociale dans un contexte de rationalisation ; le cas de l'aide à domicile », in *Travail, organisations et politiques publiques : quelle soutenabilité à l'heure de la mondialisation*. éd. par Nadine Richez-Battesti, Francesca Petrella, et Patrick Gianfaldoni, Louvain : Presses universitaires de Louvain, p. 371-385. (Les cahiers de Louvain ; HS #2).

Martuccelli Danilo, 2015, « Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie », *Sociologie*, vol., n° N°1, vol. 6. Adresse : https://sociologie.revues.org/2435 [Consulté le : 8 décembre 2015].

Martuccelli Danilo et Lits Grégoire, 2009, « Sociologie, Individus, Épreuves. Entretien avec Danilo Martuccelli », *Émulations*, vol. 3, n° 5.

Masson Olivier, Vanneste Damien, Baës-Cantillon Nathanaelle et Grabczan Robert, 2015, *Habitat et vieillissement. Inventaire des formes de logements qui supportent l'interdépendance et l'autonomie des seniors*, Bruxelles, Fondation roi Baudouin.

Roubelat Fabrice et Marchais-Roubelat Anne, 2014, « Dépasser les frontières des scénarios prospectifs : enjeux et propositions méthodologiques », *Construire les futurs : Contributions épistémologiques et méthodologiques à la démarche prospective*, Namur (Belgique), PU de Namur, p. 149‑159.

Conférence Universitaire de Démographie et d'Étude des Populations (CUDEP), XVIe colloque national, Les populations vulnérables, Aix-en-Provence, 28-31 mai 2013, à paraître.

Schoenmaeckers J., Pestieau P., Perelman S., Klimaviciute J., 2015, *Prendre en charge ses parents dépendants. Altruisme, échange ou norme familiale*, communication réalisée à la 7e conférence méthodologique de l'Iweps « Quelles méthodes pour mesurer et décrire les enjeux du vieillissement en matière d'entraide ? », Namur (Belgique), 8 décembre 2015.

8. Annexes

8.1 Annexe 1 : définition des variables (variables de contexte et variables d'états)

1. Vieillissement de la population

Augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population belge et wallonne.

2. Augmentation du degré de multiculturalité

Augmentation de la proportion de personnes âgées d'origine culturelle non wallonne résidant en Wallonie.

3. Paupérisation d'une frange de la population (ou polarisation des classes sociales)

Augmentation de la proportion de personnes en situation de précarité (définie de manière multidimensionnelle, précarité économique, précarité culturelle, difficulté d'accès aux soins de santé, et difficulté liée à l'habitat) et augmentation des écarts (en termes de richesse et d'accès aux services) entre différentes classes sociales (dualisation).

4. Transformation et multiplication des configurations familiales

Apparition et augmentation de la proportion de modèles familiaux différant du schéma de la famille nucléaire (organisée autour d'un père, d'une mère et des enfants rassemblé au sein d'une unité familiale).

5. Individualisation de la société

Modification des rapports sociaux de solidarité (dont mutation des obligations familiales) vers une valorisation accrue de la responsabilité individuelle et une diminution de la collectivisation (ou de la mutualisation) des risques et des ressources.

Tendances actuelles

6. Etat des innovations technologiques

Evolution des développements technologiques liés à la gestion du vieillissement

7. Etat des innovations sociales

Evolution des innovations sociales (définition précise voir WP2) liées à la gestion du vieillissement

8. Modification des profils des personnes en MR & MRS

Augmentation ou diminution de la proportion des personnes en situation de difficultés psychologiques (démence, perte de mémoire, dépression…) dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins.

9. Contexte idéologique (marchand/non marchand ; libéral/social)

Voir définition au point : 3.3.2.

10. Conjoncture économique (crise/reprise)

Voir définition au point : 3.3.2.

Variables singularisations (variables permettant de décrire la situation d'une personne vieillissante)

11. Les styles de vie des individus (nutrition, activité physique, suivi médical…)

Ensemble des activités réalisées par une personne pouvant avoir un impact sur sa santé.

12. Les ressources économiques, culturelles, temporelles et de santé des Individus

Ensemble des ressources dont dispose une personne lui permettant de faire face aux épreuves du vieillissement.

13. Le rapport aux services formels et aux institutions des individus

Disposition d'une personne envers les différentes possibilités d'aide et de soins.

14. La structure des réseaux informels d'entraide des individus

Tissu relationnel dont dispose une personne sur lequel elle pourra s'appuyer pour faire face aux épreuves du vieillissement.

Variables organisationnelles (variables permettant de décrire la situation organisationnelle des acteurs de l'aide et des soins aux personnes âgées)

15. Adéquation de la prise en charge

Equilibre entre l'offre et la demande de soins et de service dans un territoire donné.

16. Capacité de détection des besoins par les acteurs du vieillissement

Capacité des acteurs associatifs ou institutionnels à percevoir l'évolution des besoins et à développer des offres innovantes pour y faire face.

17. Capacité de mobilisation (capitaux, énergie, expérience) et hybridation des acteurs du vieillissement

Type de ressource à disposition des acteurs de l'aide et des soins et modalité (notamment juridique) organisant leur mobilisation.

8.2 Annexe 2 : Liste des participants aux focus-groupes et des personnes contactées

	Nom	Organisation	Statut	focus groupe	date du focus groupe
1	Axelle Muraille	ASBL 1 toit 2 âges	Présente	1	16 nov.
2	Olivier Coryn	Abbeyfield	Présent	1	16 nov.
3	Laurence Antoine	Femarbel	Présente	1	16 nov.
4	Antoine Thiry	FIH	Présent	1	16 nov.
5	Anne-Françoise Ledent	Coordinatrice CSD aide et soins à domicile	Présente	1	16 nov.
6	Jessica Marchal	DGO5, direction des aînés	Présente	1	16 nov.
7	Myriam Leleu	Sociologue conseil indépendante spécialisée sur la question du vieillissement	Présente	1	16 nov.
8	Nathalie Hubert	HENALLUX - Enseignante en soins infirmier	Présente	1	16 nov.
9	Bénédicte Gombault	Fondation Roi Baudouin	annulation	2	24 nov.
10	Olivier Masson	UCL (architecte)	Présent	2	24 nov.
11	Sandrine Boyals	DGO5	Présente	2	24 nov.
12	Fabienne Simon	CPAS de liège	annulation	2	24 nov.
13	Cécile Dupont	ASBL atoutage	Présente	2	24 nov.
14	Ingrid Foucart	Village n° 1	Présente	2	24 nov.
15	Caroline Jansens	UNIPSO	Présente	2	24 nov.
16	Hélène Eraly	ASBL Eneo	Présente	2	24 nov.
17	Catherine Bolly	Université de Cologne (linguiste)	Présente	3	26 nov.
18	Fanny Dubois	ASBL Espace Senior	Présente	3	26 nov.
19	Nathalie Rigaux	Unamur (sociologue)	Présente	3	26 nov.
20	Pascale Van Uffel	ASBL Respect Senior	Présente	3	26 nov.
21	Jean Macq	UCL (médecin, santé publique)	Présent	3	26 nov.
22	Marie de Saint Hubert	CHU Namur (gériatre)	Présente	3	26 nov.
23	Hélène Roger	ASBL Eccosad	Présente	3	26 nov.
24	Nathalie Zaccaï-Reyners	ULB (sociologue)	annulation	3	26 nov.
25	Caroline Ducenne	ASBL Aidant Proche	Présente	4	30 nov.
26	Phillippe Meire	UCL (psychiatre)	annulation	4	30 nov.
27	Olivier Luyckx	AWHIP	Présent	4	30 nov.
28	Françoise De Keyser	Centre de guidance de Louvain-la-Neuve	Présente	4	30 nov.
29	Frédéric Caruso	IWEPS (économiste)	Présent	4	30 nov.
30	Dorian De Brabanter	INAMI	Présente	4	30 nov.
31	Isabelle Dehaye	Province de Namure, dptm. sénior et mieux vivre à domicile	Présente	4	30 nov.
32	Nathalie Burnay	Unamur (sociologue)	non disponible	na.	na.
33	Sylvie Crabonnelle	ULB (sociologue)	pas de réponse	na.	na.

34	Valery Goblet	Les Cantous du Mariemont	pas de réponse	na.	na.
35	Lucie Lacasse	Le lion solidaire	non disponible	na.	na.
36	Michelle Gérard	ECCOSSAD	pas de réponse	na.	na.
37	Jean-Marc Rombeaux	Fédération des CPAS	pas de réponse	na.	na.
38	Anne Spinewine	UCL (médecin)	non disponible	na.	na.
39	Marthe Nyssens	UCL (économiste)	non disponible	na.	na.
40	Catherine Gourbin	UCL (démographe)	non disponible	na.	na.
41	Kim Mens	UCL (ingénieur)	non disponible	na.	na.
42	Annick Heskes	UTE AIGS	non disponible	na.	na.
43	Gaêtanne Iweins	ASBL Cep-Age	non disponible	na.	na.
44	Directeur général	Service provincial (Namur) d'aide familiale	non disponible	na.	na.
45	Philippe Defeyt	CPAS de Namur	non disponible	na.	na.
46	xx	CPAS de Charleroi	pas de réponse	na.	na.
47	xx	ASBL le bien vieillir	pas de réponse	na.	na.
48	Fabrice Goffin	Zora Robotique	pas de réponse	na.	na.
49	José Pincé	Probis + et ULB	non disponible	na.	na.
50	xx	Solival	pas de réponse	na.	na.
51	xx	ASBL MMI	pas de réponse	na.	na.
52	Yvonne Ferrin	Mutualité socialiste	pas de réponse	na.	na.
53	Julie Delvaux	Mutualité socialiste	pas de réponse	na.	na.
54	M. Moulin	ULB	pas de réponse	na.	na.
55	Jérome Pieters	Cocof	non disponible	na.	na.
56	Marie Masse	psychologue	non disponible	na.	na.
57	Brice Many	FASD	non disponible	na.	na.
58	Mr. Fuliano	VESPA Liege	non disponible	na.	na.

59	Laurence Gilson	ASD-Namur	non disponible	na.	na.
60	Eva Carulla	CPAS de Namur	non disponible	na.	na.
61	L. Breat	ASBL Habitat et participation	non disponible	na.	na.
62	Hélène Marcelle	Cocof	non disponible	na.	na.
63	Laurence Bonsir	CSD aide et soins à domicile	non disponible	na.	na.
64	B. Charles	Awhip	non disponible	na.	na.