

L'INEPS 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.

Vieillesse démographique, offre et demande de services en Wallonie

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)

RÉSUMÉ

Depuis le XIXe siècle, les proportions de personnes âgées et très âgées ne cessent de croître dans nos pays occidentaux. Compte tenu de ces évolutions, ce document dresse le portrait de la Wallonie en matière de vieillissement démographique et tente, à partir des données disponibles, d'appréhender l'offre, la demande et les besoins locaux de services contribuant à la prise en charge et au bien-être des populations âgées.

Ce document a été élaboré dans le cadre du projet de recherche « Comment vieillirons-nous ? Enjeux de la gestion du vieillissement à domicile aux horizons 2025-2045 », financé par l'Institut wallon de l'évaluation, de la statistique et de la prospective. Ce projet poursuit trois finalités principales, pour lesquelles le présent document constitue une étape préliminaire : (1) élaborer une typologie des communes wallonnes basée sur les critères d'offre et de besoins de prise en charge des populations âgées ; (2) comprendre les tendances en matière d'aides aux personnes vieillissantes, les stratégies adoptées par les personnes âgées et leurs aidants pour anticiper leur propre vieillissement et creuser la notion de bien-vieillir développée par les acteurs d'aides et de services ; (3) et enfin, analyser, du point de

vue socioéconomique, des expériences innovantes visant le maintien à domicile ou l'habitat alternatif pour les personnes âgées.

L'analyse proposée ici a nécessité la mobilisation de nombreuses données, lesquelles proviennent notamment du Registre national (1991-2011) et de l'Enquête socio-économique générale de 2001.

Nos analyses le prouvent une fois de plus: le vieillissement démographique et les enjeux qui l'accompagnent se présentent comme des évidences à l'échelle wallonne. À partir d'indicateurs relatifs aux aspects démographiques, socioéconomiques et sanitaires, les résultats principaux démontrent que les personnes âgées constituent un groupe de population aux caractéristiques très particulières. Par ailleurs, l'adoption d'un angle de vue local – communal – révèle des particularités essentielles permettant de mieux comprendre et gérer les caractéristiques d'offre et de besoins de prise en charge des populations âgées. Finalement, cet état des lieux constitue une étape indispensable à l'identification des données et des indicateurs disponibles, en vue de l'élaboration et de la continuité de la recherche.

Tables des matières

| | |
|---|-----------|
| 1. Introduction | 4 |
| 2. Le vieillissement démographique : un processus complexe..... | 5 |
| 3. Le vieillissement démographique à partir d'indicateurs traditionnels | 6 |
| 3.1. APPROCHE SUPRA-LOCALE : LA WALLONIE | 6 |
| 3.2. APPROCHE LOCALE | 8 |
| 4. Situation de ménage des personnes âgées | 15 |
| 4.1. APPROCHE SUPRA-LOCALE : LA WALLONIE | 16 |
| 4.2. APPROCHE LOCALE | 19 |
| 5. Conditions de vie et groupes sociaux..... | 22 |
| 5.1. APPROCHE SUPRA-LOCALE : LA WALLONIE | 24 |
| 5.2. APPROCHE LOCALE | 25 |
| 6. Santé subjective, affections chroniques et répercussions journalières | 26 |
| 6.1. SANTÉ SUBJECTIVE | 26 |
| 6.2. AFFECTIONS CHRONIQUES, HANDICAPS ET GÊNES DANS LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES | 34 |
| 7. Aides informelles..... | 41 |
| 7.1. APPROCHE SUPRA-LOCALE : LA WALLONIE | 43 |
| 7.2. APPROCHE LOCALE | 44 |
| 7.3. APPROCHE EXPLICATIVE | 45 |
| 8. Offre de services et de soins aux bénéficiaires des personnes âgées..... | 52 |
| 8.1. OFFRE DE SERVICES ET DE SOINS INFORMELS..... | 52 |
| 8.2. OFFRE DE SERVICES ET DE SOINS FORMELS | 53 |
| 9. Conclusion | 58 |
| 10. Références bibliographiques | 59 |
| 11. Annexes | 62 |
| Annexe 1. Proxy de la santé subjective : l'espérance de vie à 60 ans | 62 |
| 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 Wallonie comme standard | 63 |
| Annexe 3. Modèle de régression logistique : probabilité qu'un individu se déclare en mauvais ou très mauvais état de santé (population de tout âge)..... | 64 |
| Annexe 4. Régressions logistiques illustrant l'effet des différentes dimensions utilisées pour l'indicateur de conditions sociales sur l'état de santé des populations âgées..... | 65 |

| | |
|--|----|
| 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 | 66 |
| Annexe 6. Typologie des communes selon le type de lieu de résidence..... | 67 |
| 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)..... | 68 |
| 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 | 69 |
| Annexe 9. Nombre d'aidants informels parmi les répondants âgés de 25 ans ou plus, par sexe et par classe d'âges (Wallonie, 2001)..... | 70 |
| Annexe 10. Répartition des populations âgées de 25 ans ou plus par nationalité (Wallonie, 2001).. | 71 |

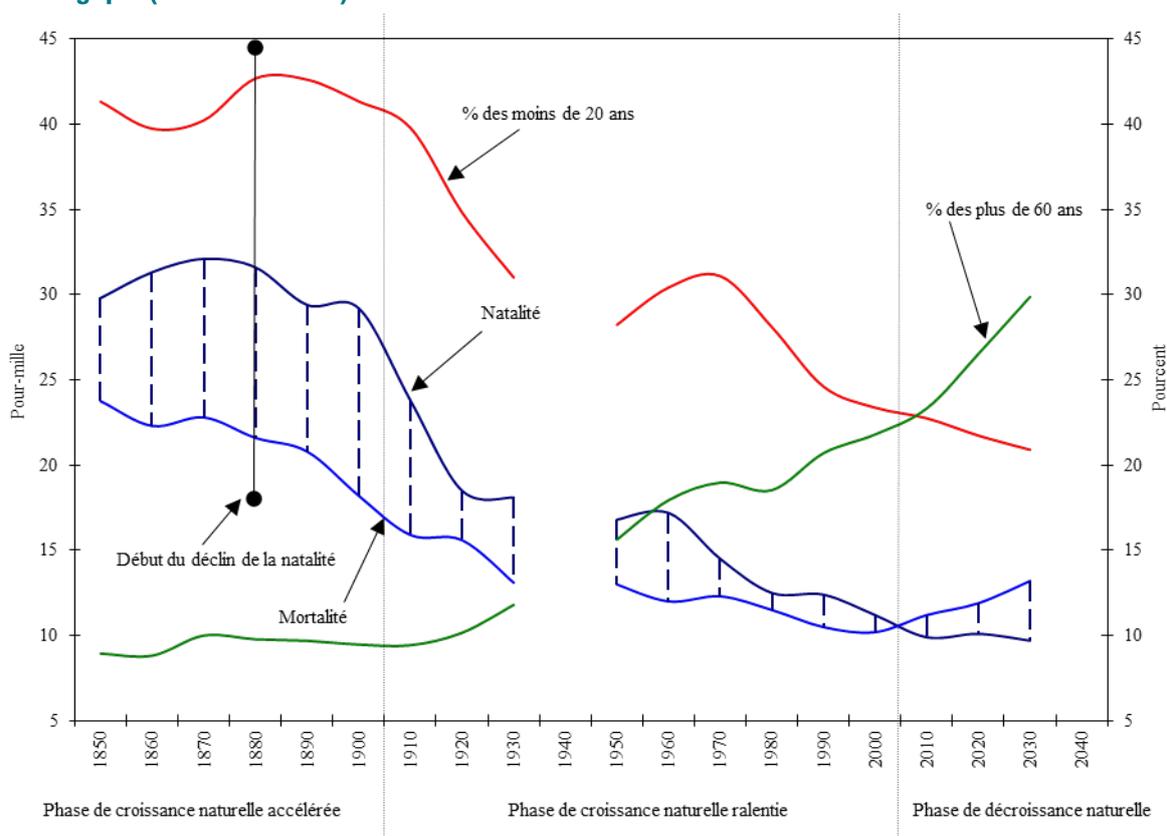
Liste des acronymes

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

1. Introduction

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).

Figure 1 – 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., 2011, 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 Wallonie 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 la 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 **vieillesse 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 bénéficiaires 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 ne sera pas répétée, suite à la suppression du recensement classique en Belgique.. 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.

2. 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 (DUPÂQUIER, 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 (Eggerickx *et al.*, 2011) :

- 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.

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'efficacité 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.

3. Le vieillissement démographique à partir d'indicateurs traditionnels

3.1. APPROCHE SUPRA-LOCALE : LA WALLONIE

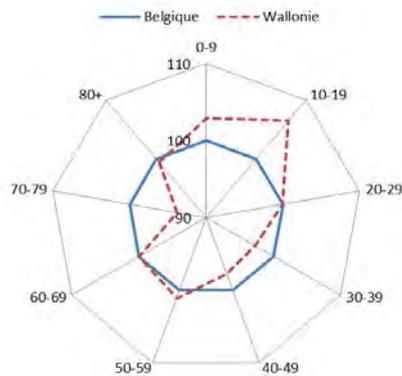
En l'espace d'une trentaine d'années, la structure de la population wallonne a largement évolué, présentant des tendances claires au vieillissement démographique. S'il est admis qu'en 2011, la Wallonie présente une structure plus jeune¹ que celle observée à l'échelle de la Belgique (Figure 2), il n'en 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

¹ 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 (EGGERICKX ET AL., 2014).

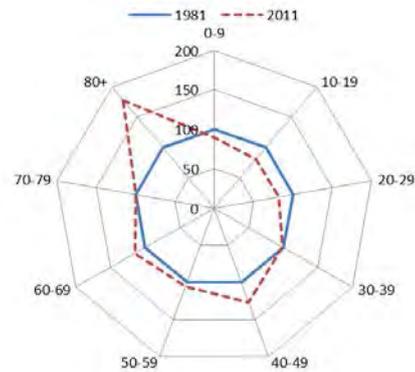
âgées de 80 ans et plus est celui qui se distingue le plus nettement, avec, entre 1981 et 2011, une augmentation de quasiment 80%. Ces évolutions accentuent forcément la tendance à la hausse de l'âge moyen wallon (Figure 3).

Figure 2 – Structures par âge comparatives de Belgique et Wallonie (2011) (Belgique, 2011 en base 100)



Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

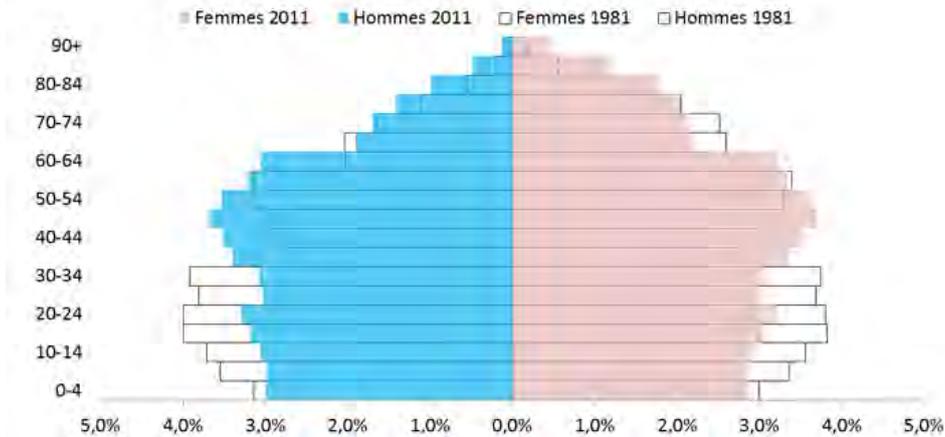
Figure 3 – Structures par âge comparatives de Wallonie (1981-2011) (Wallonie, 1981 en base 100)



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 « *vieillesse 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 l'une de l'autre, 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 Wallonie en 1981 et 2011

Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO.

3.2. APPROCHE LOCALE

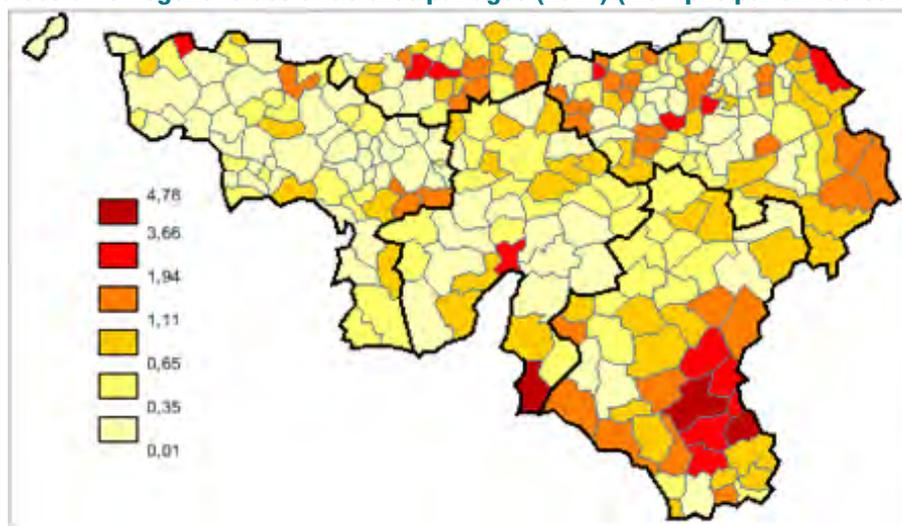
La répartition par âge et par sexe des populations reflète assez logiquement leur passé démographique. À l'échelon local, les structures par âge témoignent des évolutions tant en matière de fécondité et de mortalité qu'en matière de tendances migratoires internes et internationales.

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 1 000)

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-vieillesse relative 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).

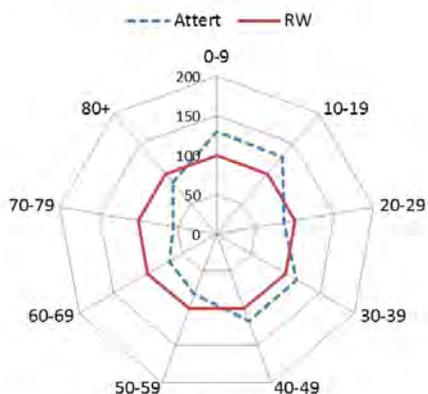
Pour des raisons similaires, les communes brabançonnaises (ex. : Chaumont-Gistoux) se composent de populations dont les structures par âge sont encore relativement jeunes. Accueillant des couples d'âges actifs accompagnés de leurs enfants, ces communes constituent, elles aussi, une zone périurbaine. 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 vieilles. 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

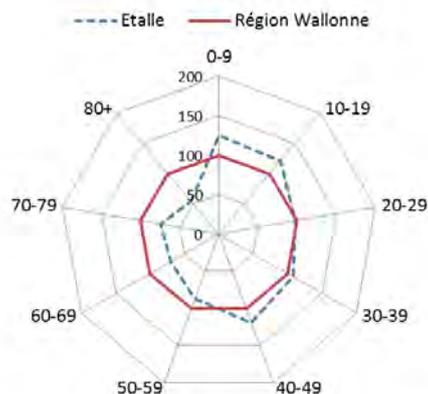
moyennes communales observées. Par jeu proportionnel, elles « souffrent » par contre d'une sous-représentation des populations jeunes (Figure 6).

Figure 6 – Structures par âges comparatives de communes wallonnes atypiques et de la Wallonie (2011)

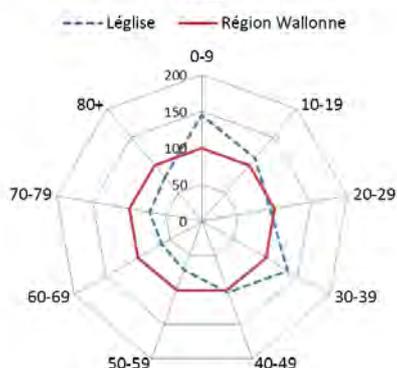
Structures par âge comparatives de la commune d'Attert (Arr.: Arlon) et de la Région wallonne (2011)



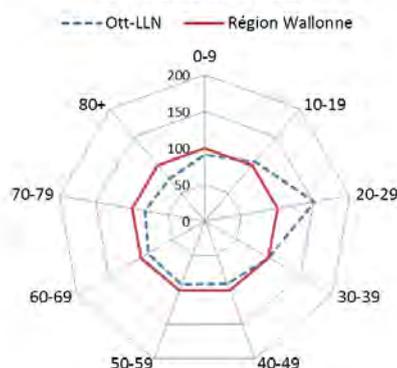
Structures par âge comparatives de la commune d'Etalle (Arr.: Virton) et de la Région wallonne (2011)



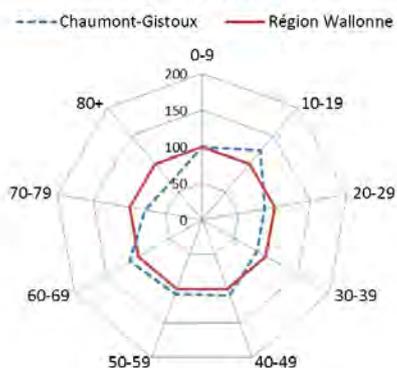
Structures par âge comparatives de la commune de Léglise (Arr.: Neufchâteau) et de la Région wallonne (2011)



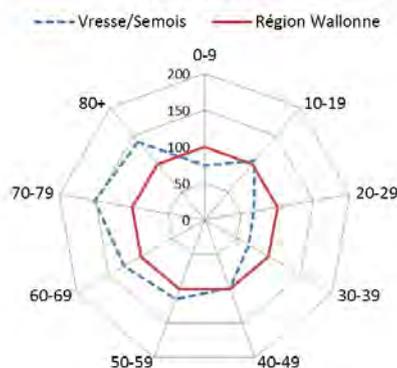
Structures par âge comparatives de la commune d'Ottignies - Louvain-la-Neuve (Arr.: Nivelles) et de la Région wallonne (2011)



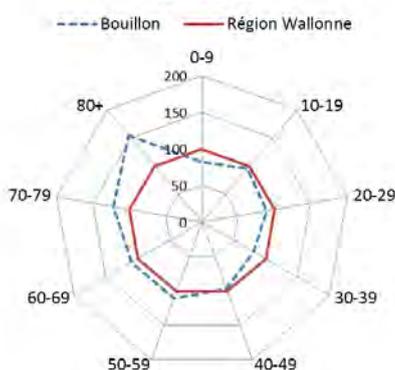
Structures par âge comparatives de la commune de Chaumont-Gistoux (Arr.: Nivelles) et de la Région wallonne (2011)



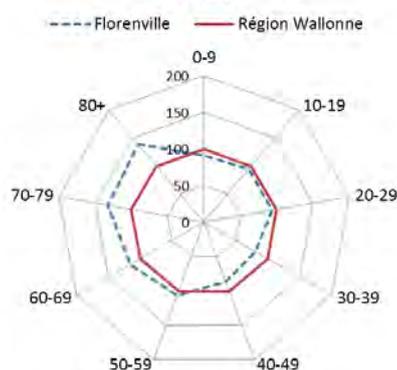
Structures par âge comparatives de la commune de Vresse-sur-Semois (Arr.: Dinant) et de la Région wallonne (2011)



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



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



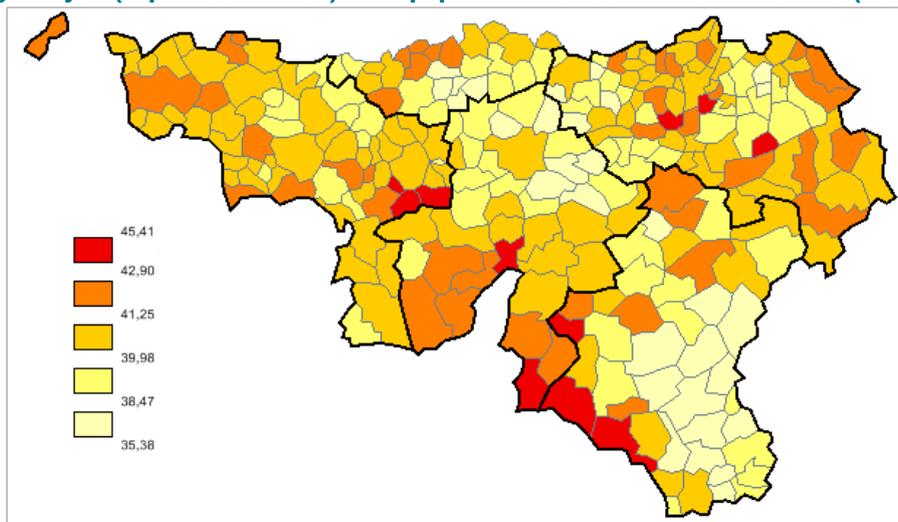
Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

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).

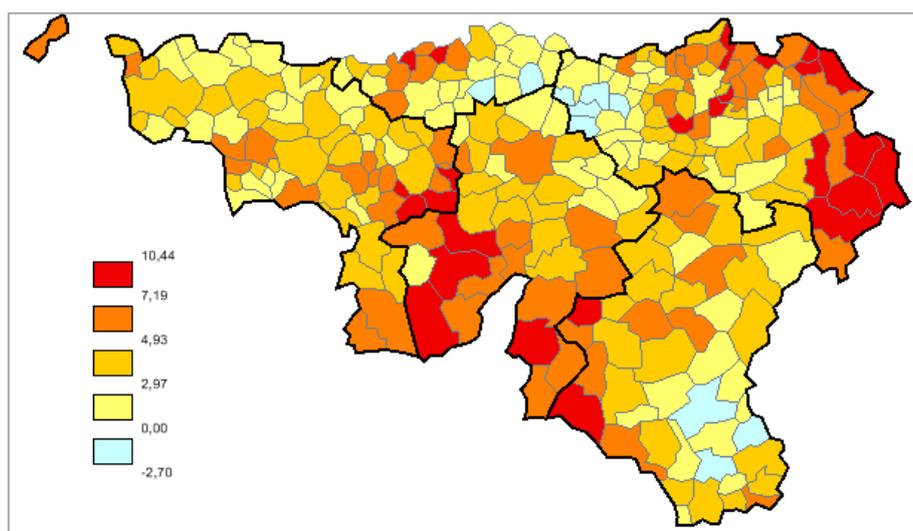
En Wallonie, l'âge moyen vaut 40.5 ans en 2011. La distribution des communes sur la base de ce critère est, quant à elle, bien plus diversifiée, variant entre 35.4 et 45.4 ans. Assez logiquement, la cartographie des communes wallonnes selon l'âge moyen observé confirme les tendances précédemment établies. 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 démographique² observée 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 7 ; 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 7). 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 vieilles 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.

² 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.

Figure 7 – Age moyen (exprimé en année) de la population des communes wallonnes (2011)

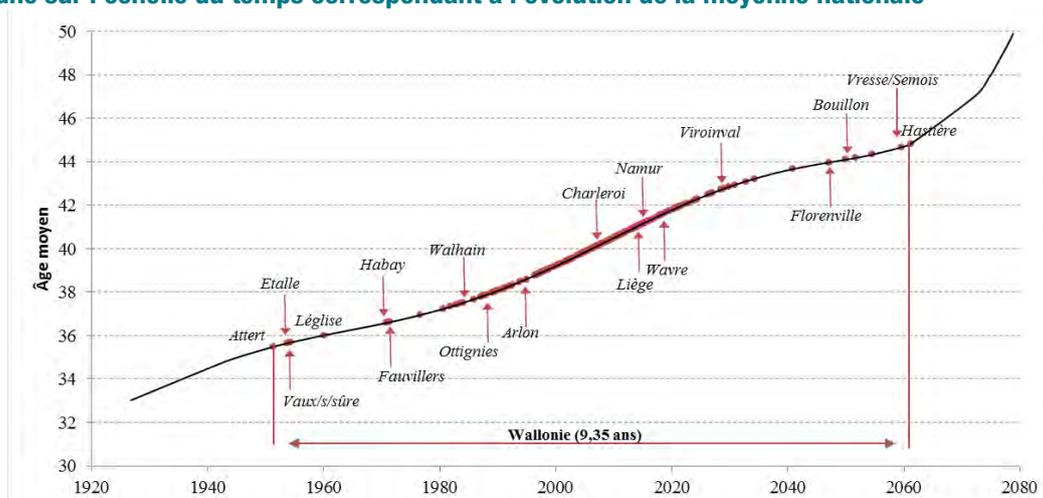
Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

Figure 8 – Ecart entre les âges moyens (exprimé en année) 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 vieilles 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 vieilles (Figure 9).

Figure 9³ – Âge moyen (exprimé en année) 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



Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

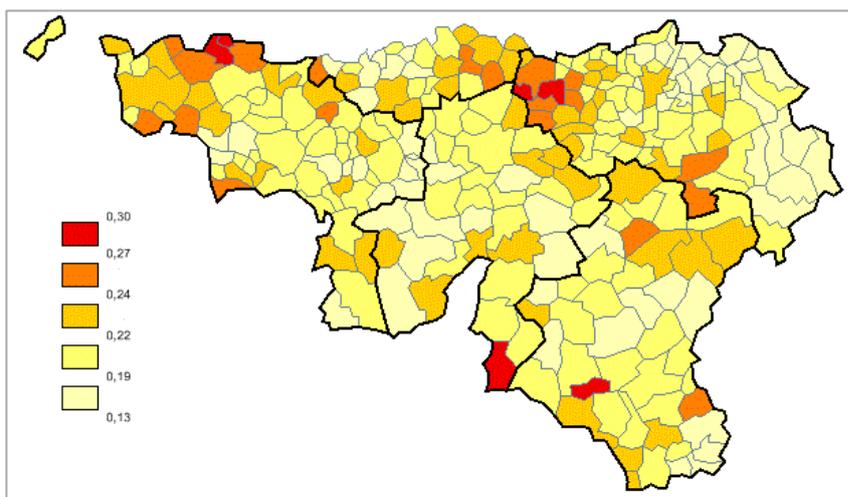
Influencées par la dynamique démographique (longévité, mortalité, fécondité, natalité et migrations), ainsi que par l'importance relative des autres tranches d'âges, les proportions de personnes âgées de 60 ou 80 ans et plus illustrent le « *vieillessement par le sommet de la pyramide des âges* ».

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

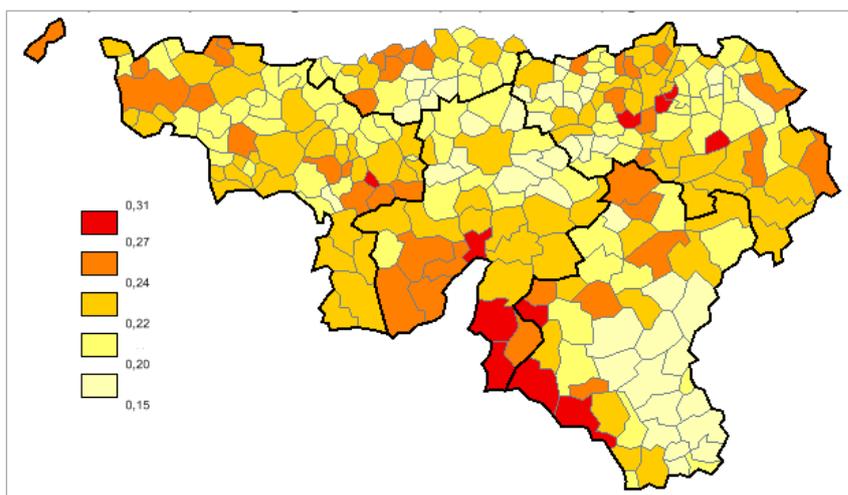
³ Lecture du graphique (exemple : commune d'Etalle) : la commune d'Etalle présente un âge moyen qui se situe parmi les plus faibles observés en Région wallonne. Par ailleurs, la commune d'Etalle présente un âge moyen en 2011 qui équivaut à celui qu'avait la Belgique vers 1955. En 2011, il y avait 9.35 années d'écart d'âge moyen entre la commune la plus jeune (Attert) et la commune la plus vieillie (Hastière).

Figure 10 – Proportions de personnes âgées de 60 ans et plus par commune (1970 et 2011)

Situation en 1970



Situation en 2011



Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

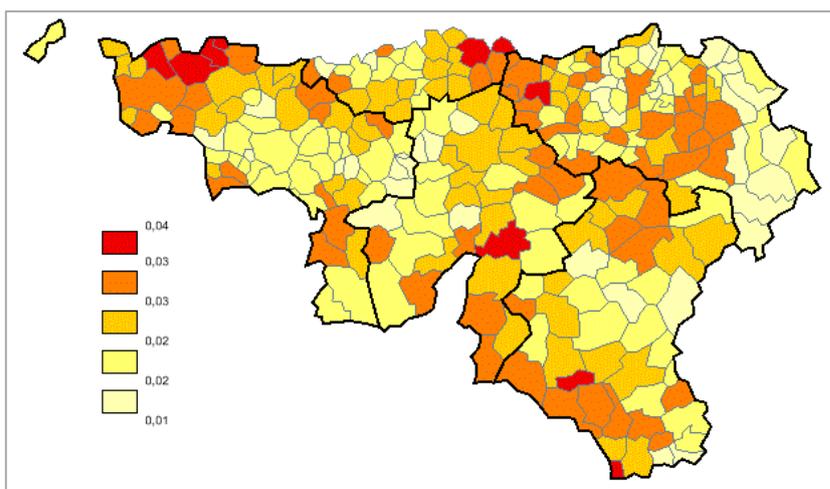
Sauf mentions contraires, les proportions cartographiées dans ce document sont exprimées sur une échelle de 0 à 1. Cela signifie par exemple qu'une proportion de 0.6 pour une commune "y" correspond à 60% en termes de pourcentages.

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).

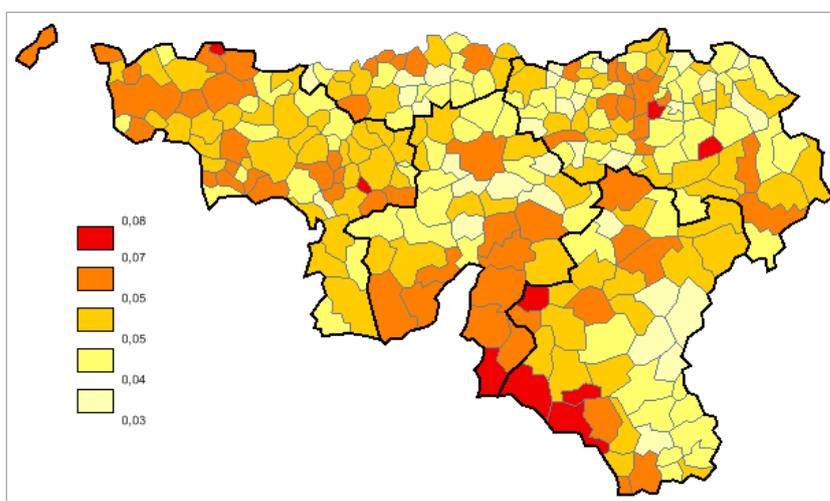
Comparativement à la répartition de la population âgée de 60 ans et plus, les personnes ayant 80 ans ou plus sont toutefois surreprésentées dans un nombre plus restreint de communes. C'est principalement dans les communes de l'ouest des Ardennes ou du sud de la province de Namur que ces personnes sont 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).

Figure 11 – Proportions de personnes âgées de 80 ans et plus par commune wallonne (1970 et 2011)

Situation en 1970



Situation en 2011



Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

4. 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'isolement⁴ » : (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).

⁴ 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.

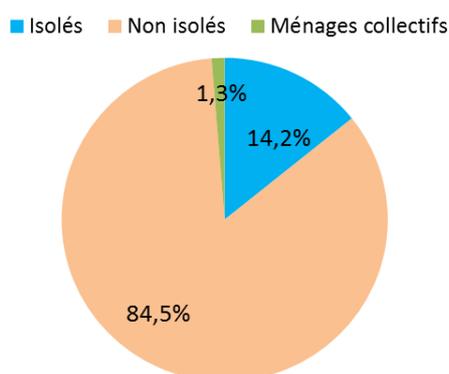
Tableau 1 – Typologie des ménages élaborée par UCL-DEMO à partir des données du Registre national (DGSIE)

| <i>Modalités initiales</i> | <i>Modalités recodées</i> |
|--|---------------------------|
| (1) Ménages isolés ⁵ | (1) Ménages isolés |
| (2) Familles monoparentales ⁶ | |
| (3) Couples mariés avec enfant(s) ⁷ | |
| (4) Couples mariés sans enfant ⁷ | |
| (5) Cohabitants non mariés avec enfant(s) ⁷ | (2) Ménages non isolés |
| (6) Cohabitants non mariés sans enfant ⁷ | |
| (7) Autres types de ménage | |
| (8) Ménages collectifs ⁸ | (3) Ménages collectifs |

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.

4.1. APPROCHE SUPRA-LOCALE : LA WALLONIE

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).

Figure 12 – Situation de ménage de la population wallonne (2010)

Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

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 Wallonie. Toutefois, plus la population est âgée, plus elle vit dans d'autres types de ménage. Par exemple, il est admis qu'avec

⁵ Un ménage « isolé » est considéré comme tel lorsque la personne de référence déclare vivre seule au sein de celui-ci.

⁶ 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 ».

⁷ 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.

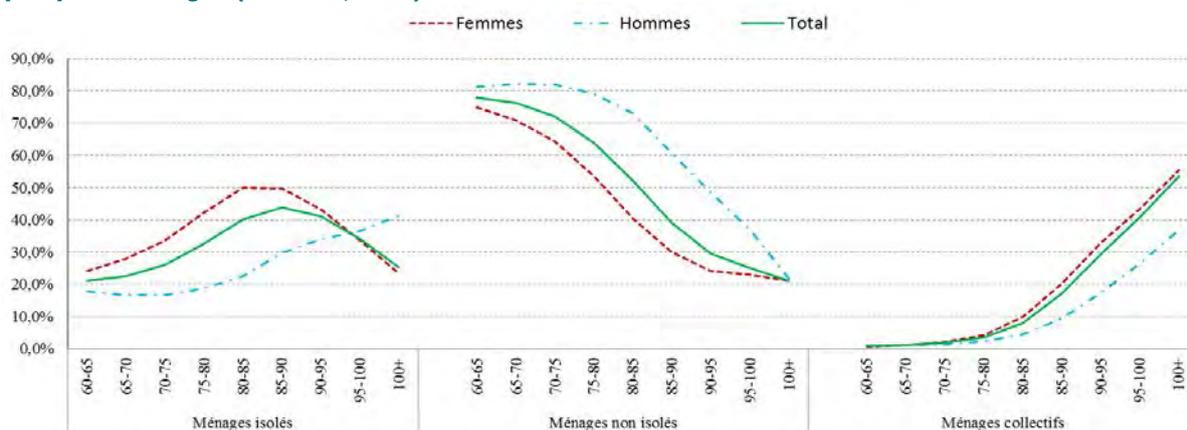
⁸ La modalité « ménages collectifs » recouvre des situations diverses : maisons de repos, couvents, prisons, et autres institutions en tout genre.

l'âge, le risque de souffrir de limitations fonctionnelles, physiques et /ou psychiques augmente⁹. 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 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 (DELBÈS *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 surfréquentation 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 des hommes et des femmes âgés de 60 ans ou plus, par groupe quinquennal d'âges (Wallonie, 2010)

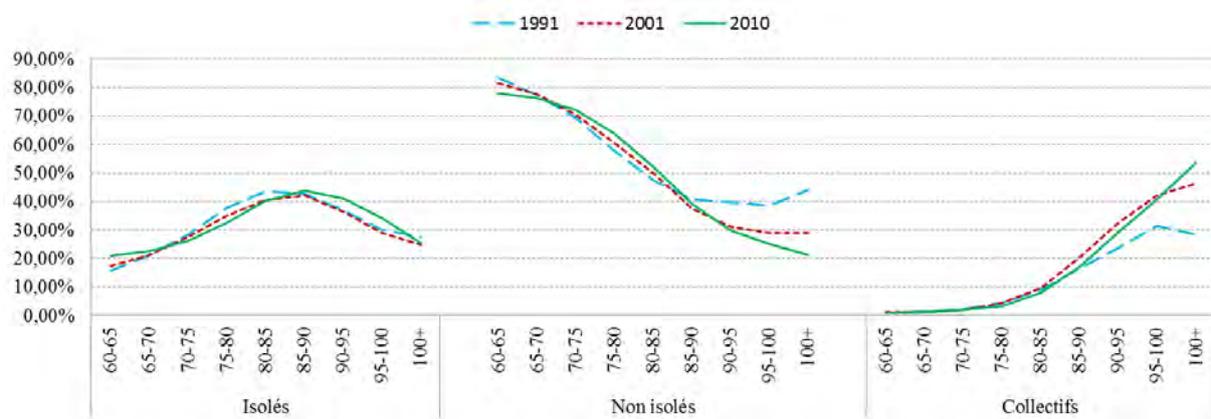


Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

⁹ 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.

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 pourrait s'agir 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)



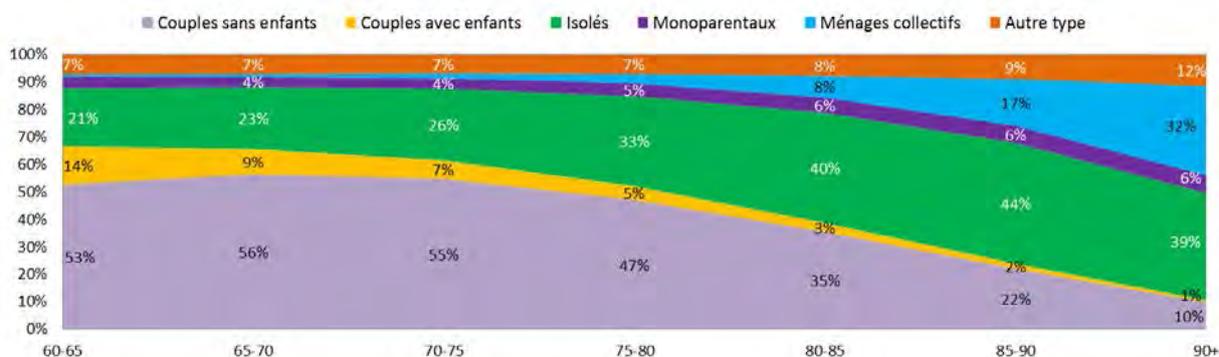
Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

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 enfant » (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

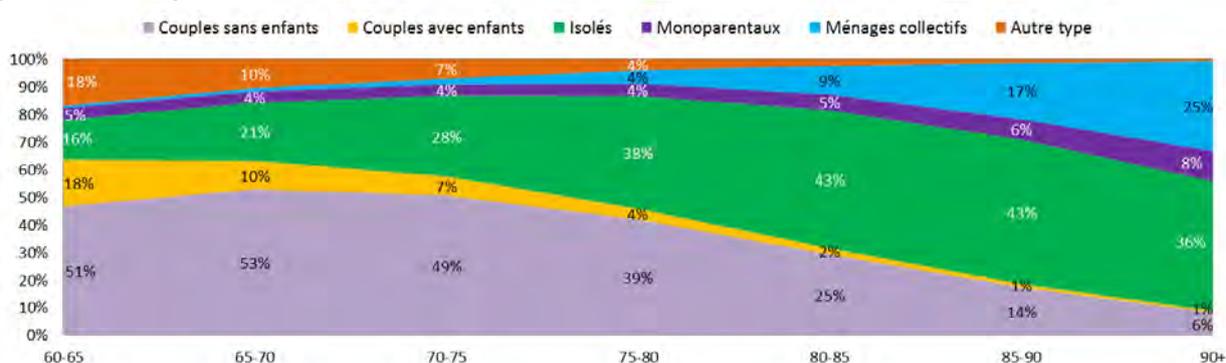
catégorie « autre »¹⁰ mériterait d'être approfondie pour saisir les situations de ménages recouvertes par ce terme.

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

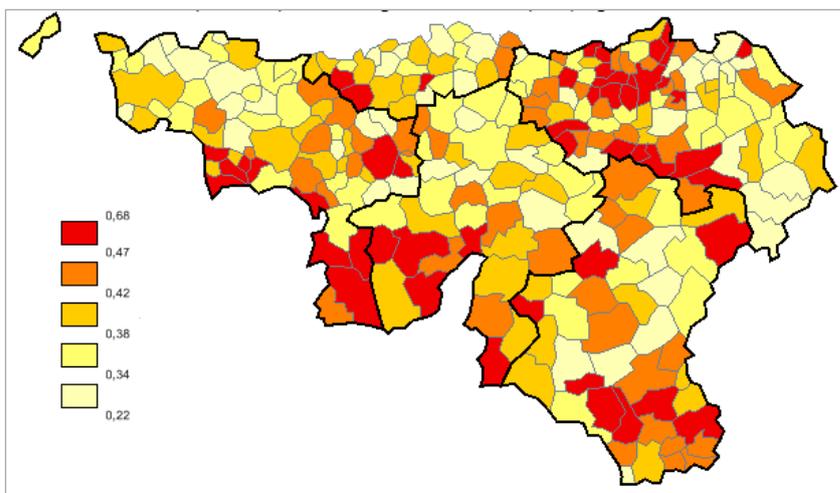
4.2. APPROCHE LOCALE

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 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).

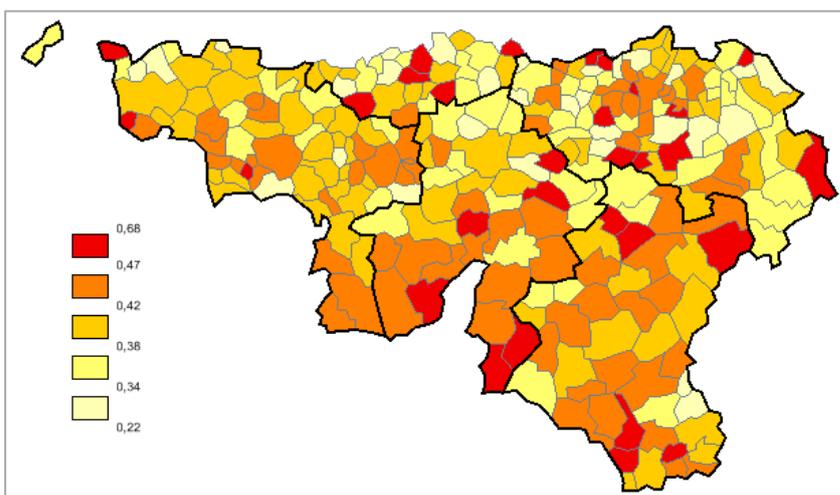
¹⁰ Il est impossible d'identifier s'il s'agit ou non de ménages composés de plus de deux générations, la variable de filiation n'étant pas disponible.

Figure 17 – Part de personnes isolées et âgées de 80 ans et plus (Wallonie, 1991 et 2010)

Situation de 1991



Situation de 2010



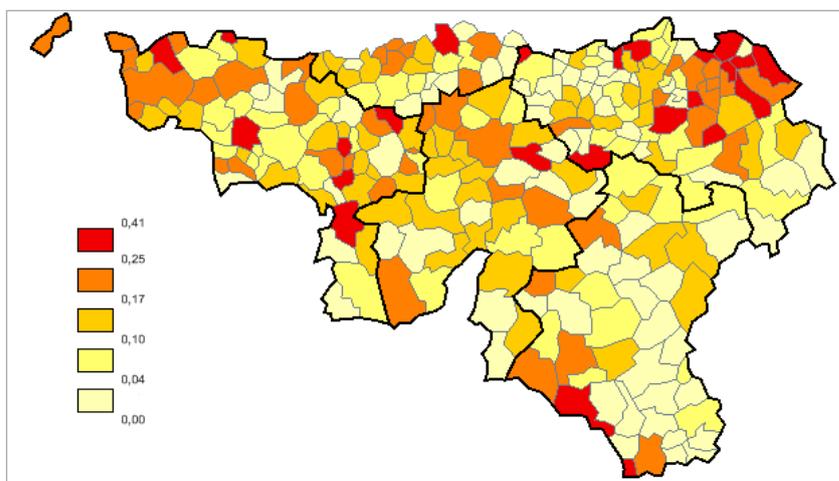
Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

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 (officiellement¹¹) en ménage collectif. Notons que, par jeu proportionnel, les communes composées d'une large part de population isolée ne comprennent que peu de 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).

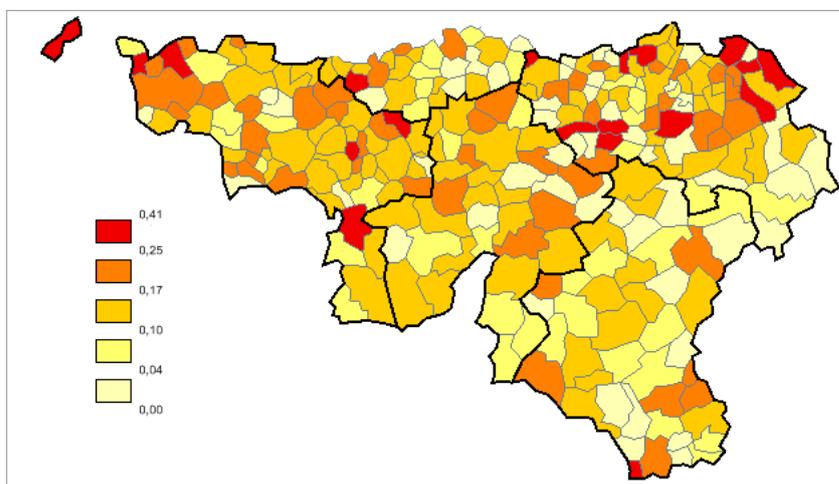
¹¹ Les populations âgées vivant en institution ont la possibilité de s'y domicilier. Cependant, toutes n'optent pas pour cette solution et restent domiciliées à leur lieu de domicile d'origine. La part de personnes âgées institutionnalisées est, de ce fait, sous-estimée puisqu'elle ne tient compte que des individus qui actent leur changement de domicile.

Figure 18 – Part de personnes âgées vivant en ménages collectifs parmi celles âgées de 80 ans et plus (Wallonie, 1991 et 2010)

Situation de 1991



Situation de 2010

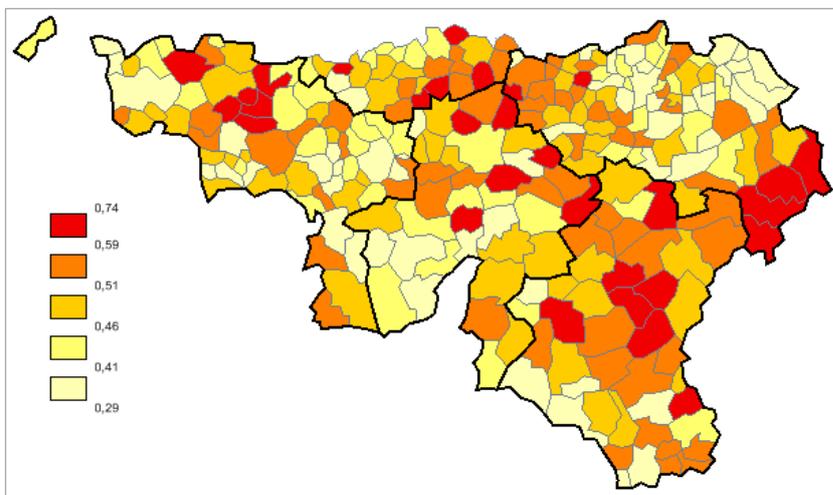


Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

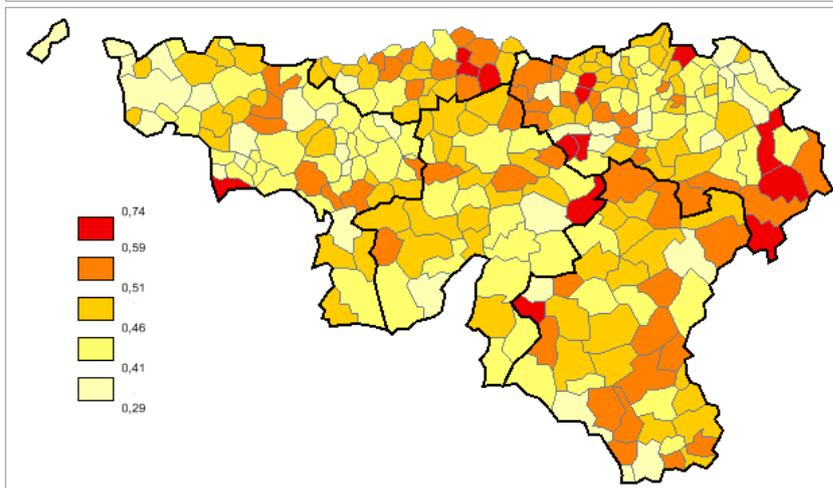
Résider en ménage non isolé concerne par contre un grand nombre de Wallons âgés : en 2010, à l'échelle régionale, 45.1% des résidents âgés de 80 ans ou plus appartiennent à de tels types de ménages. Les proportions varient toutefois amplement lorsque l'on adopte un angle de vue plus local – communal –. 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 qu'il y a le plus de différences entre les situations de 1991 et 2010.. 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.

Figure 19 – Part de personnes âgées de 80 ans et plus et vivant en ménages non isolés et non collectifs (Wallonie, 1991 et 2010)

Situation de 1991



Situation de 2010



Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

5. 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 la 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 sociaux¹² (Tableau 2).

¹² 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 événements, 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.

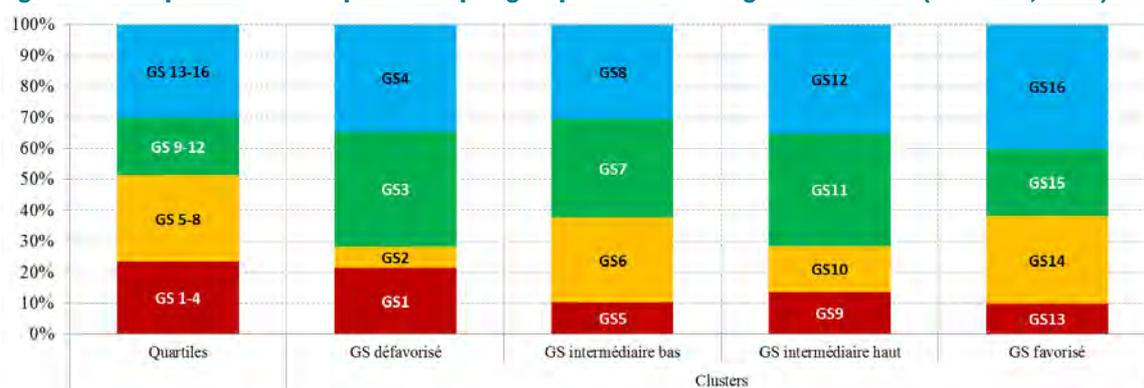
Tableau 2 – Définition des groupes sociaux (2001)

| Groupe social | Niveau d'instruction | | | | | Conditions socioprofessionnelles | | | | Conditions de logements | | | |
|---------------------------|----------------------|----------|----------------|----------------|-----------|----------------------------------|-------------|-----------|--------------|--|---|--|--|
| | 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 |

Source : EGGERICKX ET SANDERSON, 2013

5.1. APPROCHE SUPRA-LOCALE : LA WALLONIE

Tout âge confondu, un tiers des personnes pour lesquelles il a été possible d'attribuer un groupe social¹³ 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).

Figure 20 – Répartition des répondants par groupe social tous âges confondus (Wallonie, 2001)

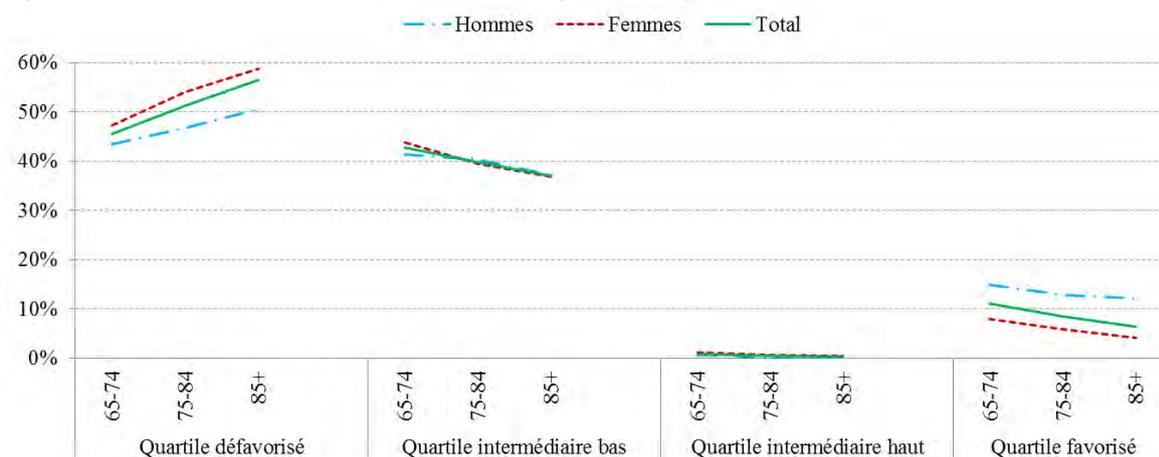
Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO

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

¹³ 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.

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



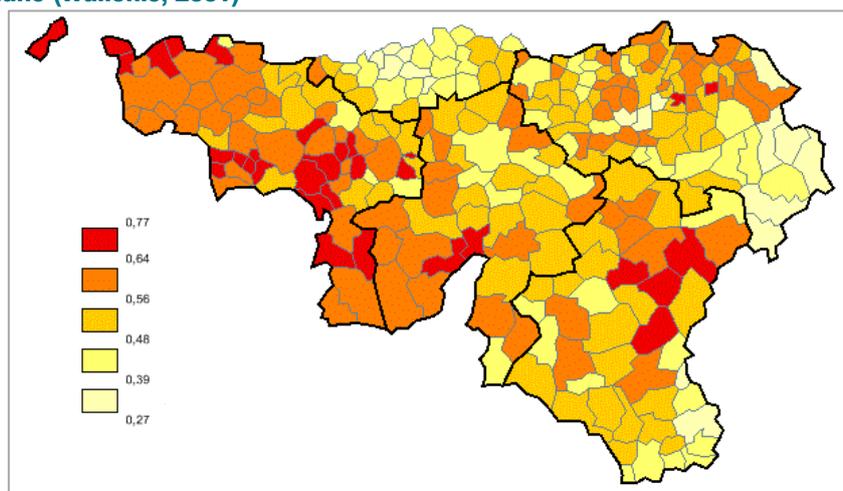
Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO

5.2. 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).

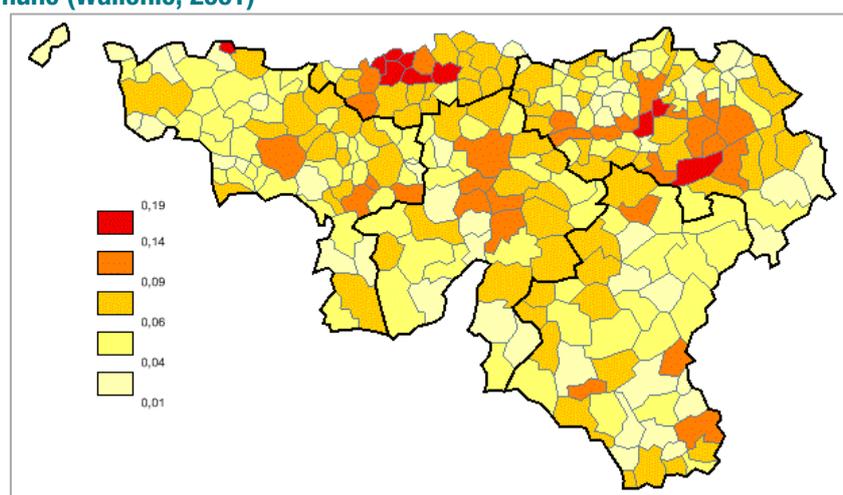
La cartographie des communes basée sur la part de répondants âgés de 80 ans et plus vivant dans les conditions les plus optimales correspond quasi parfaitement au négatif de la cartographie illustrant la part de répondants âgés vivant dans des conditions précaires. Les communes comptant davantage de 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 (Wallonie, 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 (Wallonie, 2001)



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

6. Santé subjective, affections chroniques et répercussions journalières

6.1. 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 1^{er} 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 recensements¹⁴.

6.1.1. 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 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 populations¹⁵.

¹⁴ La Belgique a adopté un nouveau système, permettant de procéder à des recensements de population sur la 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. Annexe 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).

¹⁵ 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.

Tableau 3 – Etat de santé subjectif par groupe quinquennal d'âges et par sexe en Wallonie (2001) (proportions calculées pour la population âgée de 5 ans ou plus)

| Etat de santé subjectif par groupe quinquennal d'âges et par sexe (Wallonie, 2001, en %) | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|--------------|-------------|
| Classes d'âges | Hommes | | | | | | Femmes | | | | | |
| | 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 |

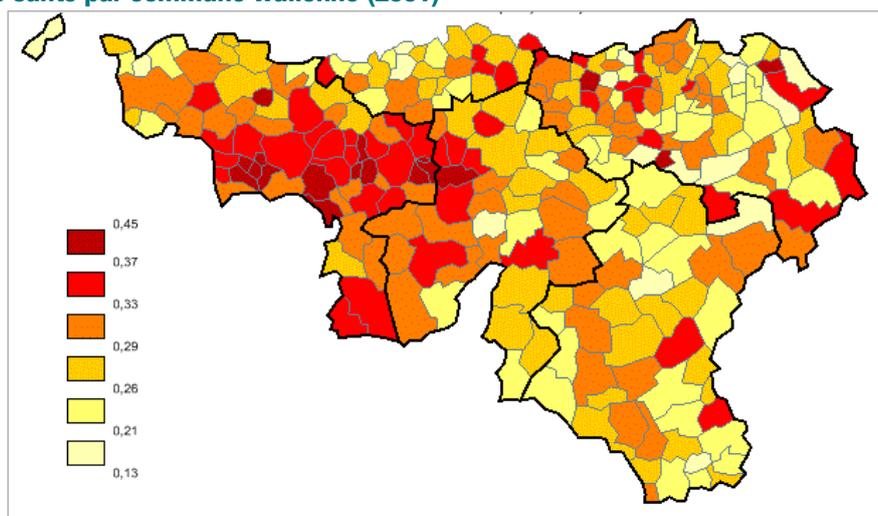
Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO

6.1.2. 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 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 (DEBOUSERE, GADEYNE, 2006c). En Wallonie, 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 30% (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 la base de la répartition par âge des personnes se déclarant en mauvaise santé. Ce dernier permet ainsi de mieux saisir et comparer le niveau de santé de populations particulières si les proportions de personnes en mauvaise santé étaient celles observées en Wallonie.

Concrètement, l'indicateur de santé subjective standardisé est calculé comme suit (cf. Annexe 2 pour exemple) :

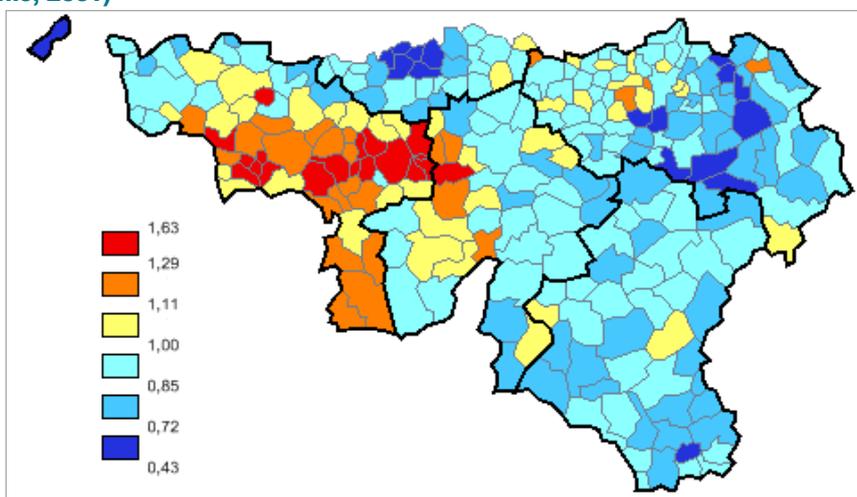
1. Pour chaque groupe d'âge quinquennal et chaque sexe, on multiplie l'effectif de population observé dans chaque commune wallonne par la proportion par groupe d'âges et par sexe de personnes s'estimant en mauvaise santé observée en Wallonie. On obtient ainsi pour chaque commune, chaque sexe et chaque 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 attendu de personnes en mauvais état de santé subjectif**. Pour chaque commune et chaque sexe, on dispose donc de deux types de données :
 - Le nombre **attendu** de personnes en mauvais état de santé subjectif ;
 - Le nombre **observé** de personnes en mauvais état de santé subjectif.
3. Toujours pour chaque sexe et chaque commune, on rapporte l'effectif **observé** à l'effectif **attendu**. 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.

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 (Wallonie, 2001)



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

6.1.3. 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**¹⁶ 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 la 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 santé¹⁷ ($OR_{\text{Femmes}} = 1.045 [1.025 - 1.065]$)

¹⁶ Le questionnaire demande précisément aux répondants de se positionner quant à l'offre de "services sociaux et scolaires". Il est dès lors impossible de distinguer les opinions des répondants par rapport aux services sociaux ou aux services scolaires pris isolément. Nous faisons toutefois l'hypothèse qu'en limitant nos analyses aux populations âgées de 80 ans ou plus, celles-ci sont plus à même de s'exprimer par rapport à l'offre de services sociaux, plus qu'à l'offre de services scolaires. Les termes utilisés dans ce rapport se limitent, pour la suite, aux "services sociaux" mais se réfèrent théoriquement aux "services sociaux et scolaires" mentionnés dans le questionnaire.

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

(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 :

$$P(M+ | X, X_1 \dots X_n) = \frac{\exp\{(\alpha + \sum_{i=1}^n \beta_i X_i)\}}{1 + \exp\{(\alpha + \sum_{i=1}^n \beta_i X_i)\}} \quad (\text{PREUX ET AL., 2005 : 160})$$

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 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 ($OR_{\text{collectifs}} = 2.183 [1.824 - 2.614]$) (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 ($OR_{\text{isolés}} = 0.884 [0.866 - 0.902]$). De même, l'appartenance des répondants à un groupe social particulier affecte aussi leur ressenti en matière de santé.

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. Annexe 3).

Appartenir à un groupe social défavorisé est associé à une plus grande probabilité de se déclarer être en mauvais ou en très mauvais état de santé¹⁸ (Tableau 4).

Même en contrôlant les effets liés aux conditions sociales des populations, la nationalité et le type de lieu de résidence¹⁹ 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 (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 « R² 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.

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/usufructier 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. Annexe 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. Annexe 6).

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)

| 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 | |
| R² de Nagelkerke | | 0.049 | |

Légende : *** : p ≤ 0.001 ; ** : p ≤ 0.01 ; * : p ≤ 0.05 ; ^{ns} : non significatif

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

6.2. AFFECTIONS CHRONIQUES, HANDICAPS ET GÊNES DANS LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

6.2.1. 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

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. Annexe 5).

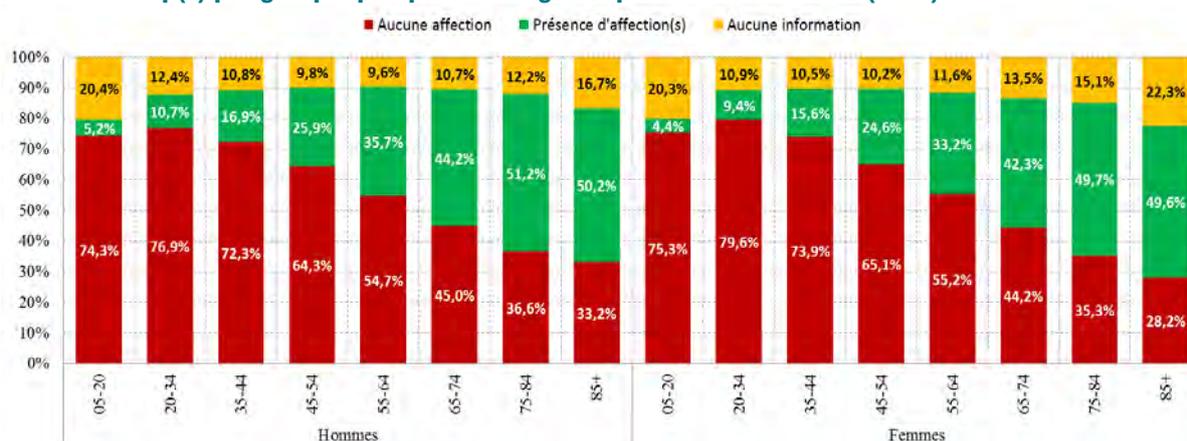
²¹ Intervalle de confiance à 95%.

populations et les éventuelles répercussions sur leur vie quotidienne. Ainsi, une première question relative à la présence de maladies/affections chroniques et handicaps²² était adressée à toute personne, née avant le 1^{er} 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 incapacités²³ et des répercussions liées à cet état de santé sur l'exécution des activités quotidiennes²⁴.

En Wallonie, 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 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 Wallonie (2001)



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

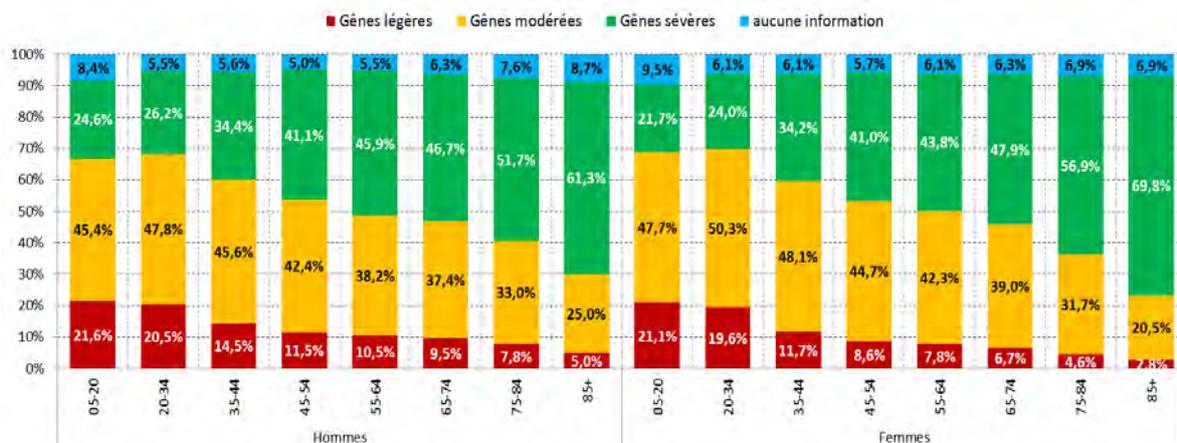
Parmi les personnes qui souffrent de maladies, d'affections ou de handicaps, 10%, 40% et 43% souffrent respectivement de gênes légères, modérées ou sévères. Aussi, à mesure que l'âge augmente, le type de gênes ressenties évolue. Il y a proportionnellement plus de personnes qui subissent des gênes sévères 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).

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.

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 Wallonie (2001)

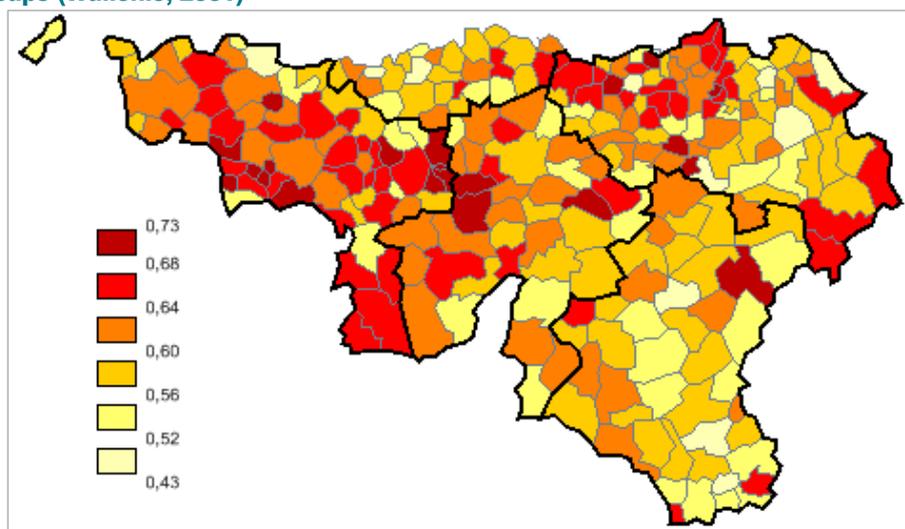


Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO

6.2.2. 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 (Wallonie, 2001)

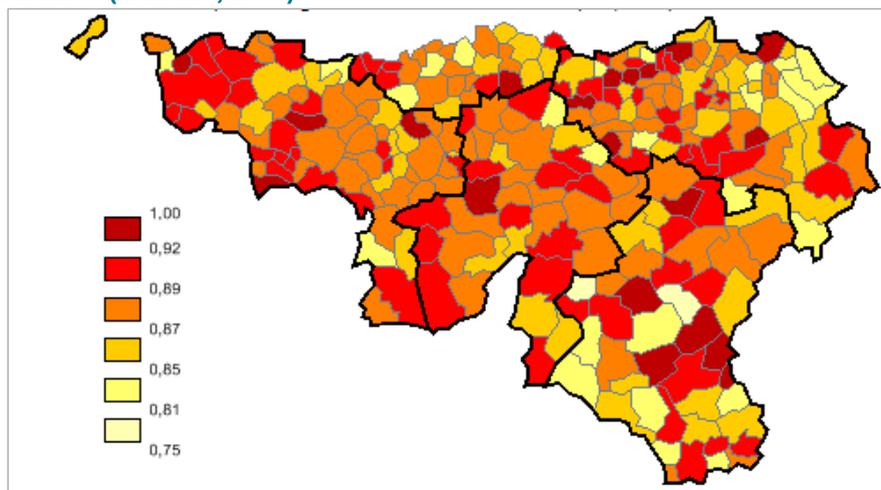


Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO

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).

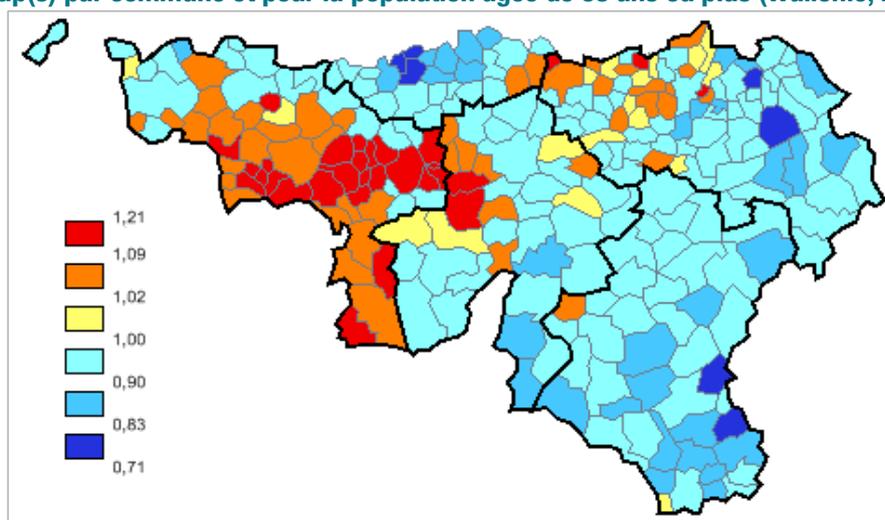
Figure 29 – Parts de personnes âgées de 80 ans ou plus, souffrant de maladies ou affections chroniques ou de handicaps et ayant des gênes modérées ou sévères pour l'accomplissement des activités quotidiennes (Wallonie, 2001)



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

La représentation des indices standardisés 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 brabançonnaises 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 de santé objective : prévalence de maladie(s)/affection(s) chronique(s) ou de handicap(s) par commune et pour la population âgée de 65 ans ou plus (Wallonie, 2001)



Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

6.2.3. 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 la 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 hommes²⁵ ($OR_{\text{Femmes}} = 0.966 [0.951 - 0.981]$). Vivre en ménage collectif implique également que l'on souffre plus probablement de maladies, d'affections chroniques ou de handicaps ($OR_{\text{Collectifs}} = 1.843 [1.512 - 2.247]$). Les répondants âgés qui vivent de manière isolée sont par contre ceux qui présentent les rapports de cote les plus faibles ($OR_{\text{Isolés}} = 0.947 [0.932 - 0.963]$). Aussi, l'appartenance à un groupe social défavorisé implique plus probablement de souffrir de telles maladies²⁶. L'effet lié à la nationalité n'est, lui non plus, pas surprenant : une personne âgée et de nationalité européenne

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. Annexe 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.

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/usufructier 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. Annexe 4).

(non belge) a une probabilité supérieure²⁷ 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 la 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.

Les effets liés aux opinions des populations en ce qui concerne l'offre de services publics mise en place aux bénéficiaires 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 « R² 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.

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. Annexe 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.

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)

| 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 | |
| R² de Nagelkerke | | 0.028 | |

Légende : *** : $p \leq 0.001$; ** : $p \leq 0.01$; * : $p \leq 0.05$; ^{ns} : non significatif

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

7. 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

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 (Annexe 8).

prise en charge de la vieillesse et de la dépendance. Non seulement il contribue à repousser l'échéance de 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 la 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

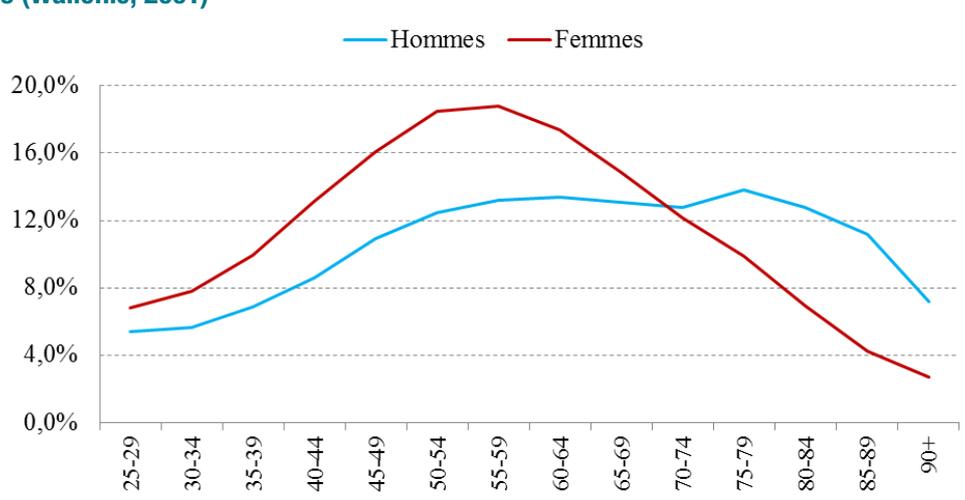
Q4A et auxquels la modalité « a répondu oui à la question Q4A mais n'a pas rempli la question Q4B » est attribuée sont également considérés comme « données manquantes ».

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) (citée par DEBOOSERE ET AL., 2006A).

7.1. APPROCHE SUPRA-LOCALE : LA WALLONIE

En Wallonie, 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 (Wallonie, 2001)



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

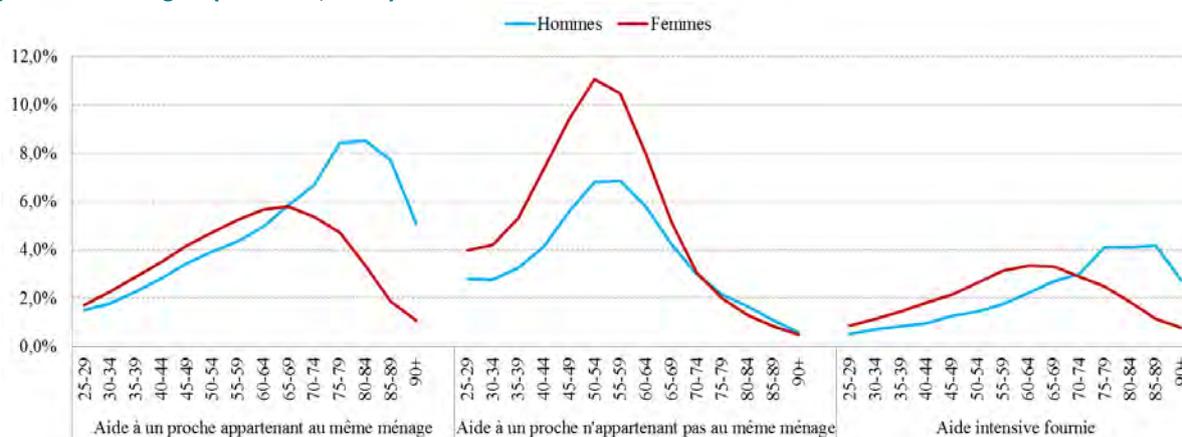
Selon DEBOOSERE ET AL. (2006A), ce renversement des tendances avec l'âge est lié au différentiel de mortalité entre hommes et femmes : « *En raison de leur plus faible taux de mortalité, un nombre élevé de femmes âgées ne doivent plus prester des soins car elles ont perdu leur conjoint ainsi que leurs parents.* » (DEBOOSERE ET AL., 2006A : 94). Les hommes qui survivent au-delà de 74 ans prestent par contre plus probablement des aides aux bénéficiaires 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 la 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 intensifs²⁹. Parmi les personnes qui déclarent par contre aider un membre de leur ménage, 35.2% d'entre elles sont également considérées comme aidant intensifs³⁰.

Figure 32 – Pourcentage³¹ d'aidants informels parmi les répondants âgés de 25 ans ou plus, par sexe et par classe d'âges (Wallonie, 2001)



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

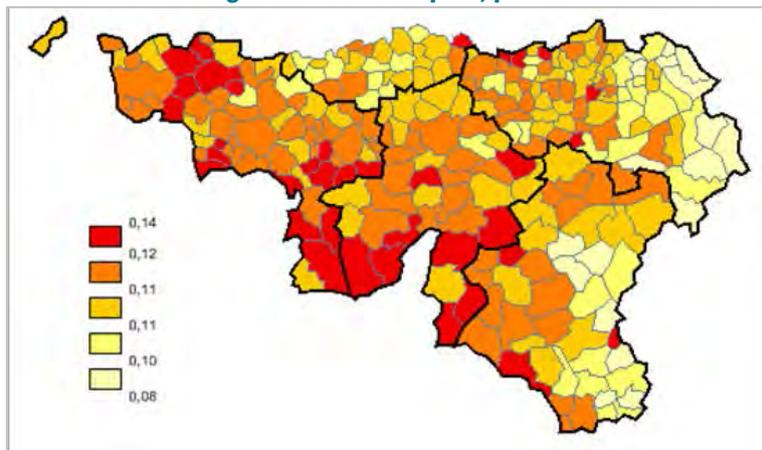
7.2. APPROCHE LOCALE

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 vieilles, vient combler un déficit de l'offre d'aides formelles ou si elle répond à une pratique plus globalement répandue dans ces régions.

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.

³¹ Les effectifs bruts sont représentés en annexe (cf. Annexe 9).

Figure 33 – Part d'aidants informels âgés de 25 ans ou plus, par commune wallonne (2001)

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

7.3. 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 lequel résident 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).

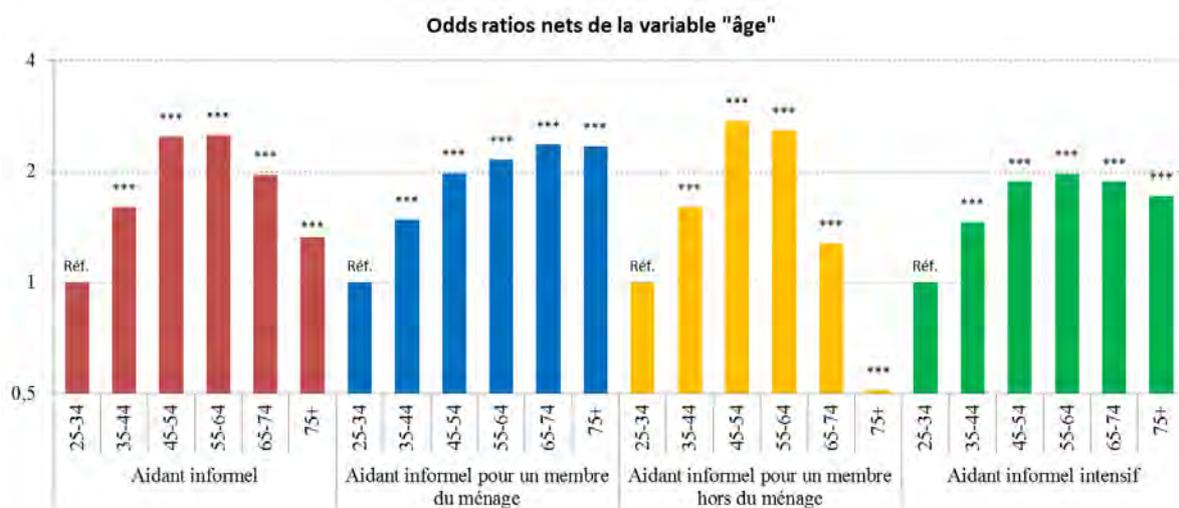
La **nature des liens relationnels** qu'entretiennent les fils et les filles avec leurs parents a également servi à justifier la répartition genrée des responsabilités d'aides. Des études plus anciennes ont montré que les filles développent des liens relationnels beaucoup plus forts avec leurs parents (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 justifie également 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 incertaine³² 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. En matière d'aides apportées à un membre du ménage ou de manière intensive, ce sont les répondants les plus instruits qui présentent les plus faibles probabilités d'être considérés comme aidants. 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 étrangère³³ (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

³² D'après Fontaine (2009), la substitution des aides au travail n'est pas systématique, « *les individus ayant aussi la possibilité de renoncer à du loisir pour venir en aide 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. Annexe 10).

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 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 autochtones³⁴ ?

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 membres³⁵. 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 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

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 10). Pour ce faire, il faut recourir à d'autres types de données, comme par exemple les données de l'enquête *Generations and Gender Programme*.

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 bénéficiaires 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.

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

| | 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 | | | | | | | | |
| <i>Homme (réf.)</i> | 1 101 493 | 1 | – | 1 | – | 1 | – | 1 | – |
| <i>Femme</i> | 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 | | | | | | | | |
| <i>25-34 (réf.)</i> | 446 701 | 1 | – | 1 | – | 1 | – | 1 | – |
| <i>35-44</i> | 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 |
| <i>45-54</i> | 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 |
| <i>55-64</i> | 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 |
| <i>65-74</i> | 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 |
| <i>75+</i> | 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 | | | | | | | | |
| <i>Sans diplôme ou primaire</i> | 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 |
| <i>Secondaire ou post-secondaire</i> | 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 |
| <i>Supérieure (réf.)</i> | 494 350 | 1 | – | 1 | – | 1 | – | 1 | – |
| Statut professionnel | 2 194 102 | | | | | | | | |
| <i>Professionnellement occupé (réf.)</i> | 1 078 103 | 1 | – | 1 | – | 1 | – | 1 | – |
| <i>Professionnellement non occupé (+ pensionné)</i> | 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 | | | | | | | | |
| <i>Belge (réf.)</i> | 2 060 963 | 1 | – | 1 | – | 1 | – | 1 | – |
| <i>Non Belge, du continent européen</i> | 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 |
| <i>Non Belge, hors continent européen</i> | 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 | | | | | | | | |
| <i>Couple avec enfant(s) (réf.)</i> | 881 364 | 1 | – | 1 | – | 1 | – | 1 | – |
| <i>Monoparental</i> | 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 |
| <i>Couple sans enfant</i> | 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 |
| <i>Isolé</i> | 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 |
| <i>Autre</i> | 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 |
| <i>Ménage collectif</i> | 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 | | | | | | | | |
| <i>Commune centrale d'agglomération</i> | 547 306 | 1.038*** | 1.022 – 1.055 | 0.942*** | 0.917 – 0.967 | 1.107*** | 1.083 – 1.132 | 1.022 ^{ns} | 0.984 – 1.062 |
| <i>Commune non centrale d'agglomération</i> | 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 |
| <i>Périurbain ancien (Banlieue)</i> | 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 |
| <i>Périurbain récent</i> | 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 |
| <i>Petite ville</i> | 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 |
| <i>Commune rurale (réf.)</i> | 319 108 | 1 | – | 1 | – | 1 | – | 1 | – |
| Etat de santé subjectif | 2 177 139 | | | | | | | | |
| <i>Bon à très bon</i> | 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 |
| <i>Moyen</i> | 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 |
| <i>Mauvais à très mauvais (réf.)</i> | 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 | |

Légende : *** : p < 0.001 ; ** : p < 0.01 ; * : p < 0.05 ; ^{ns} : non significatif

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

8. Offre³⁶ de services et de soins aux bénéficiaires 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 Wallonie 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 bénéficiaires 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.

8.1. 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 souffrant de limitations fonctionnelles pour les activités de la vie quotidienne³⁷ (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 quotidienne³⁸ (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 Wallonie, 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 plus³⁹, en 2011, 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

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.

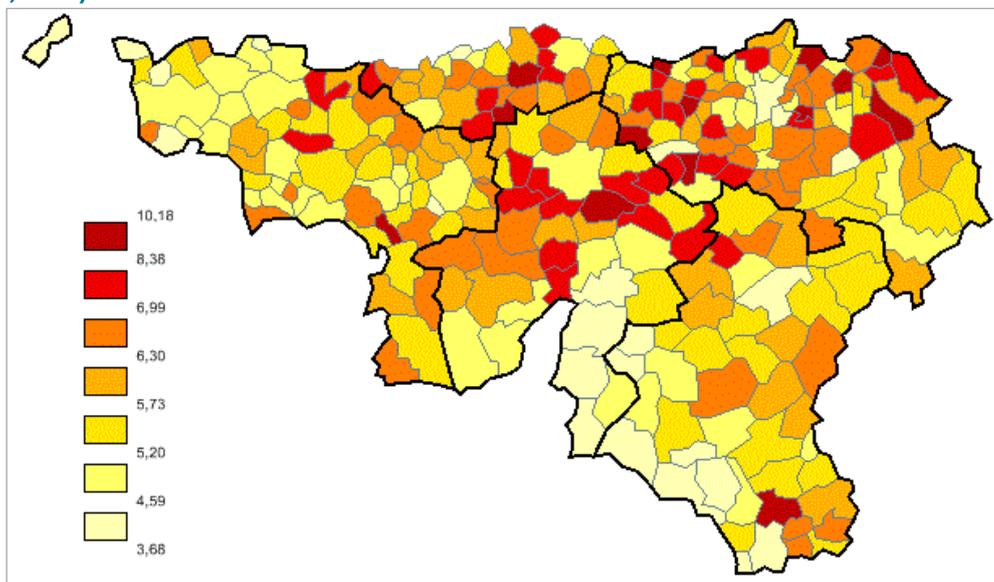
³⁷ Les activités de la vie quotidienne représentent l'ensemble des activités de base telles que « *manger, se lever, se coucher, se laver, utiliser les toilettes.* » (Masuy, 2010 : 62).

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 7.

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).

Figure 35 – Nombre d'aidants potentiels âgés entre 45 et 64 ans par personne âgée de 80 ans et plus (Wallonie, 2011)



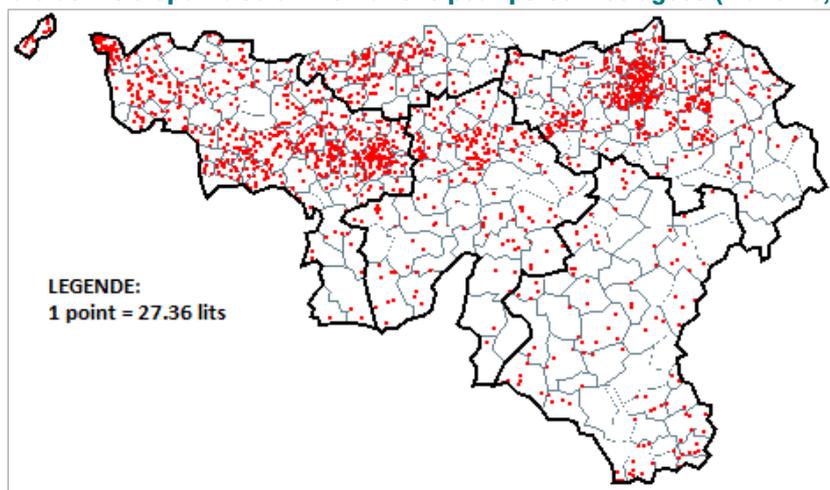
Source : DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

8.2. 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.

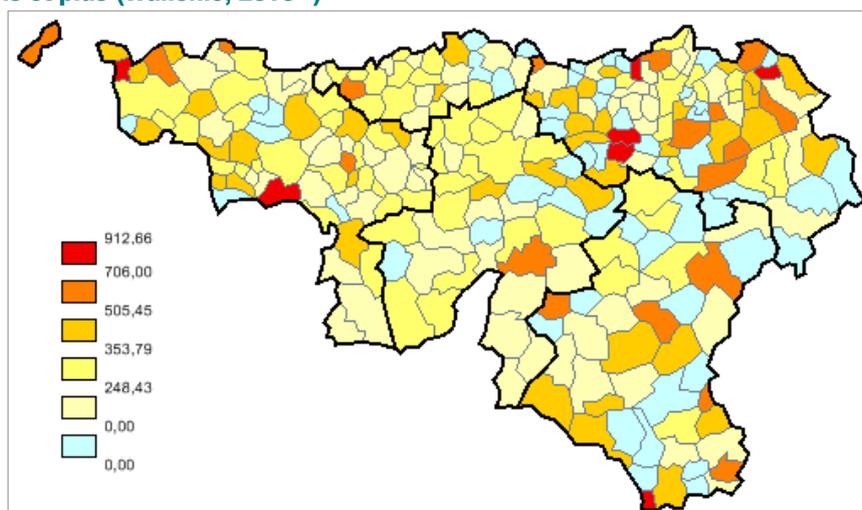
En Wallonie, en 2013, 48 870 lits sont disponibles en maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) ou en maisons de repos et soins (MRS). Considérant qu'aux périodes les plus récentes (2011), on ne dénombre pas moins de 797 000 personnes âgées de 60 ans et plus, cela suppose qu'à l'échelle régionale, 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 36).

Figure 36 – Nombre de lits disponibles en institutions pour personnes âgées (Wallonie, 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 identifions 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 1 000 personnes âgées de 80 ans et plus (Wallonie, 2013)⁴⁰

Source : DGSIE et INAMI ; traitement : UCL-DEMO

⁴⁰ Les données relatives au nombre de lits disponibles en institution pour personnes âgées illustrent la situation de 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.

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 Wallonie 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 Wallonie, 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.

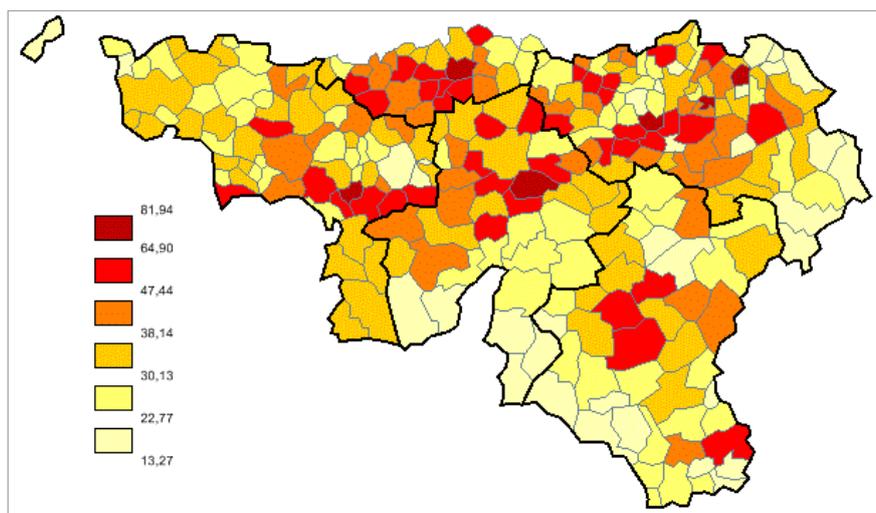
Encadré méthodologique 10 - Données relatives aux professionnels du secteur médico-social

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 professionnels médico-sociaux pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus (Wallonie, 2013⁴¹)



Source : INAMI et DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

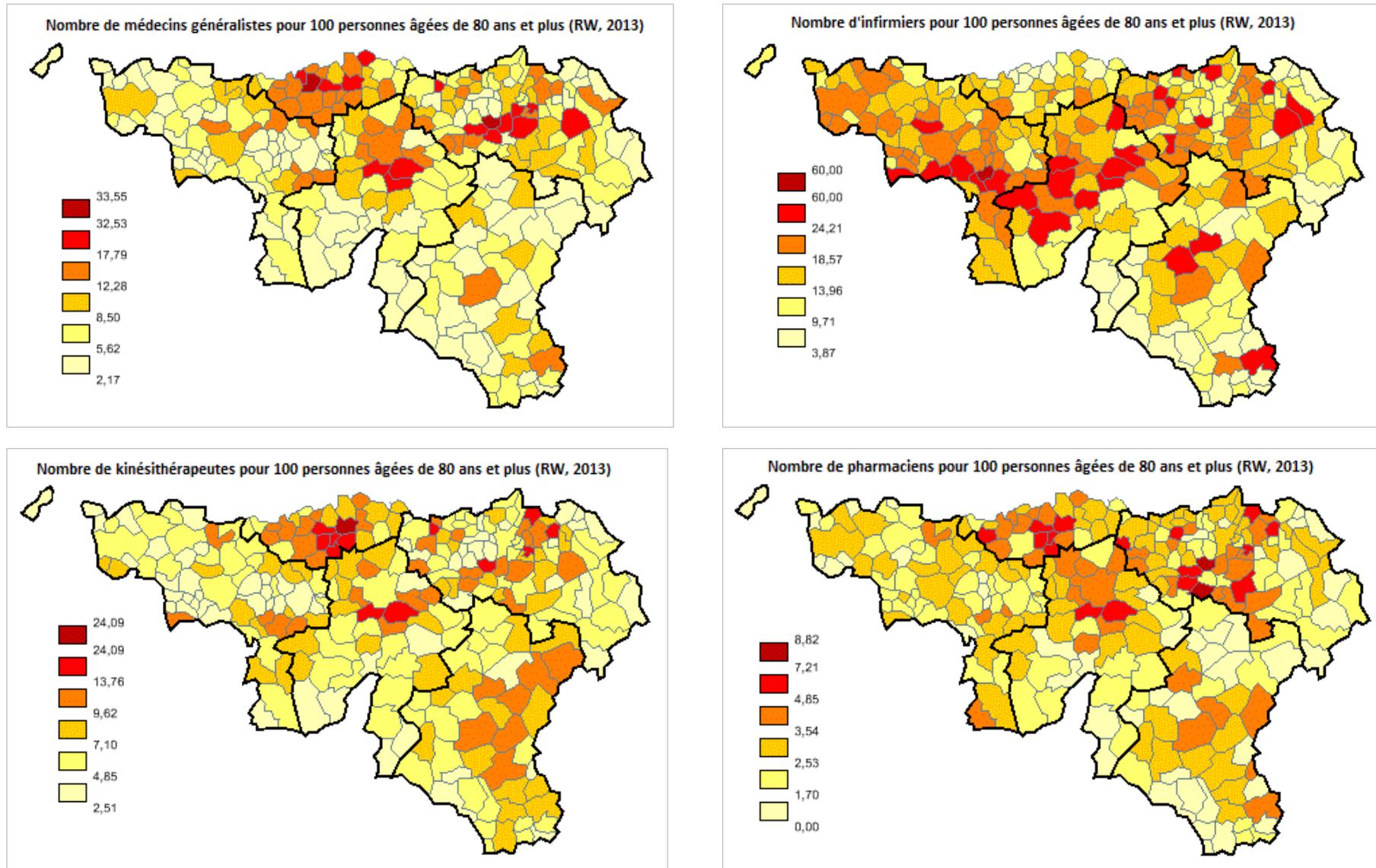
Le nombre de professionnels médico-sociaux, rapporté à la population de 80 ans et plus, varie du simple au sextuple dans les différentes communes wallonnes. Il est parmi les plus élevés dans les communes de l'ancien bassin industriel et dans le Brabant wallon où l'on compte jusqu'à huit professionnels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

⁴¹ Note infrapaginale 39 également valable pour le calcul du nombre de professionnels pour 100 personnes de 80 ans et plus.

Figure 39 – Nombre de médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes et pharmaciens pour 100 personnes âgées de 80 ans et plus (Wallonie, 2013)



Source : INAMI et DGSIE ; traitement : UCL-DEMO

9. 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 la base de nombreux critères reflétant la situation en matière de **vieillesse démographique**, de **demande** et d'**offre** locales d'aides et de services. Les communes ardennaises, ainsi que celles situées dans le Tournais 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. Pour autant, ces localités n'offrent pas nécessairement un large panel d'aides aux bénéficiaires 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.

10. 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). Vieillesse, 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 hommes 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/vieillesse.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), XVI^e 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#HLesfemmes2Caujourn2019huilspiliersdelaprisedenchargedeladE9pendance>.
- 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 PONTIÈRE, 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.

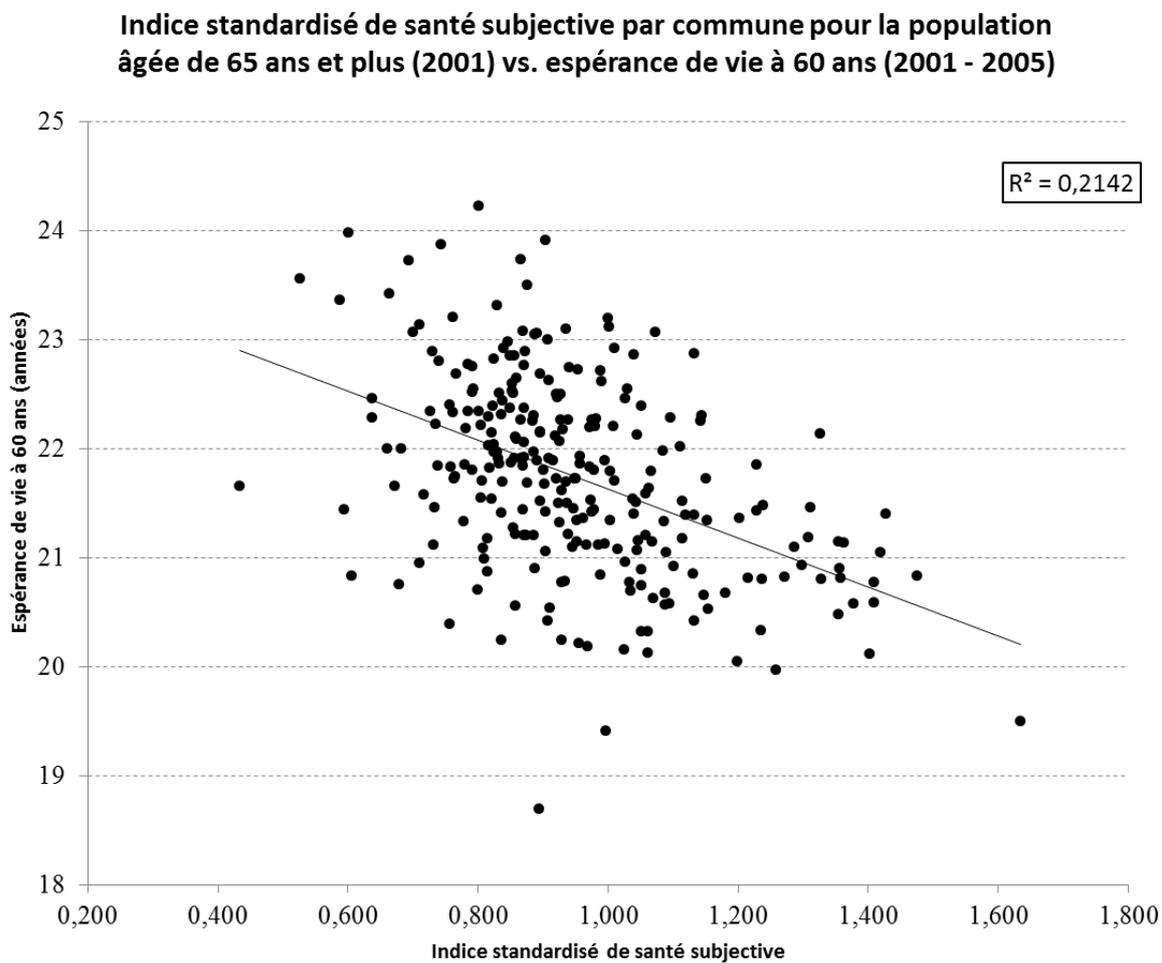
SANDERSON, J.-P. ET EGGERICKX, T. (2010). Des outils d'aide à la décision : les indicateurs de condition de vie et de mixité socio-démographique des communes et des quartiers en Belgique, *Cahiers de Démographie Locale 2009*, n° 2, pp. 115 – 158.

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.

11. Annexes

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

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 Wallonie comme standard

| Groupe d'âges | CHARLEROI | | | | REGION WALLONNE | | Nombre attendu de personnes en mauvaise santé | |
|---------------|---|--------|--|--------|--|---------|---|--------|
| | Effectifs totaux observés (sans les NR) | | Effectifs observés: nombre de personnes en mauvaise santé subjective | | Proportions de personnes en mauvaise santé en Wallonie | | Hommes | Femmes |
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes | | |
| A | B | C | D | E | F | G (A*E) | H (B*F) | |
| 65-69 | 3 885 | 4 847 | 928 | 1 123 | 16,9% | 16,5% | 656 | 799 |
| 70-74 | 3 866 | 5 499 | 1 025 | 1 509 | 20,4% | 20,5% | 789 | 1128 |
| 75-79 | 2 781 | 4 908 | 875 | 1 592 | 24,2% | 25,1% | 674 | 1231 |
| 80-84 | 1 334 | 2 917 | 440 | 1 006 | 27,3% | 28,8% | 364 | 839 |
| 85-89 | 496 | 1 443 | 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 | 12 517 | 20 345 | 3 492 | 6 108 | | | 2 676 | 4 734 |

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

Source : ESE, 2001 ; traitement : UCL-DEMO

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 | |
| R² 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, ESE (2001) et RN ; traitement : UCL-DEMO

Annexe 4. Régressions logistiques illustrant l'effet des différentes dimensions utilisées pour l'indicateur de conditions sociales sur l'état de santé des populations âgées

| 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 | 1.002 ^{ns} | 0.978 – 1.026 | 0.982 ^{ns} | 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 | 1.021 ^{ns} | 0.977 – 1.066 | 0.912 ^{***} | 0.879 – 0.946 |
| Non Belge, hors continent europ. | 2836 | 0.871 ^{ns} | 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 | 0.995 ^{ns} | 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 | 1.005 ^{ns} | 0.980 – 1.031 |
| Très bien équipé (réf.) | 82 824 | 1 | – | 1 | – |
| Constante | | | 0.077 | | 0.572 |
| R² 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).

Légende : *** : $p \leq 0.001$; ** : $p \leq 0.01$; * : $p \leq 0.05$; ns : non significatif.

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

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

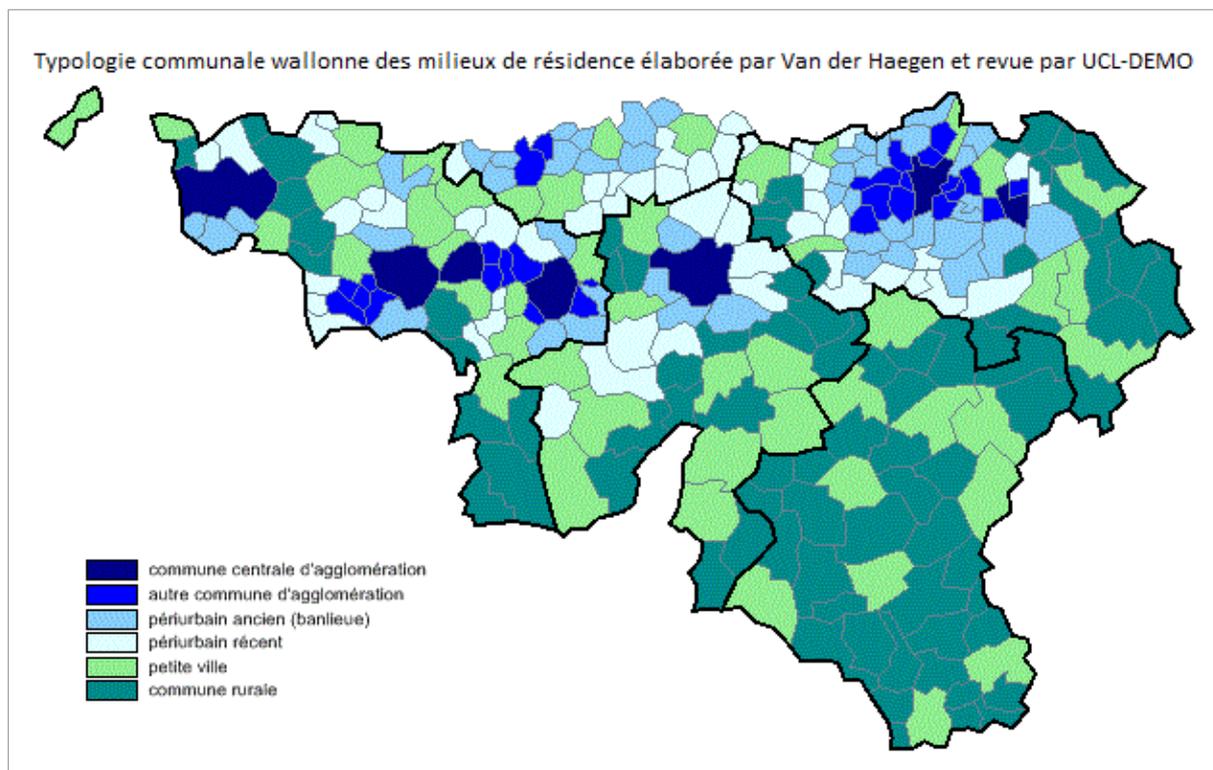
| Caractéristiques sociodémographiques | Effectifs (N) | OR bruts |
|---|----------------|---------------------|
| Sexe | 563 220 | |
| Homme (réf.) | 222 637 | 1 |
| Femme | 340 583 | 1.109*** |
| Classe d'âges | 563 220 | |
| 65-74 (réf.) | 307 192 | 1 |
| 75-84 | 200 329 | 1.542*** |
| 85+ | 55 699 | 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 | | |
| R² 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) et RN ; traitement : UCL-DEMO

Annexe 6. Typologie des communes selon le type de lieu de résidence



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

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 | |
| R² 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, ESE (2001) et RN ; traitement : UCL-DEMO

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

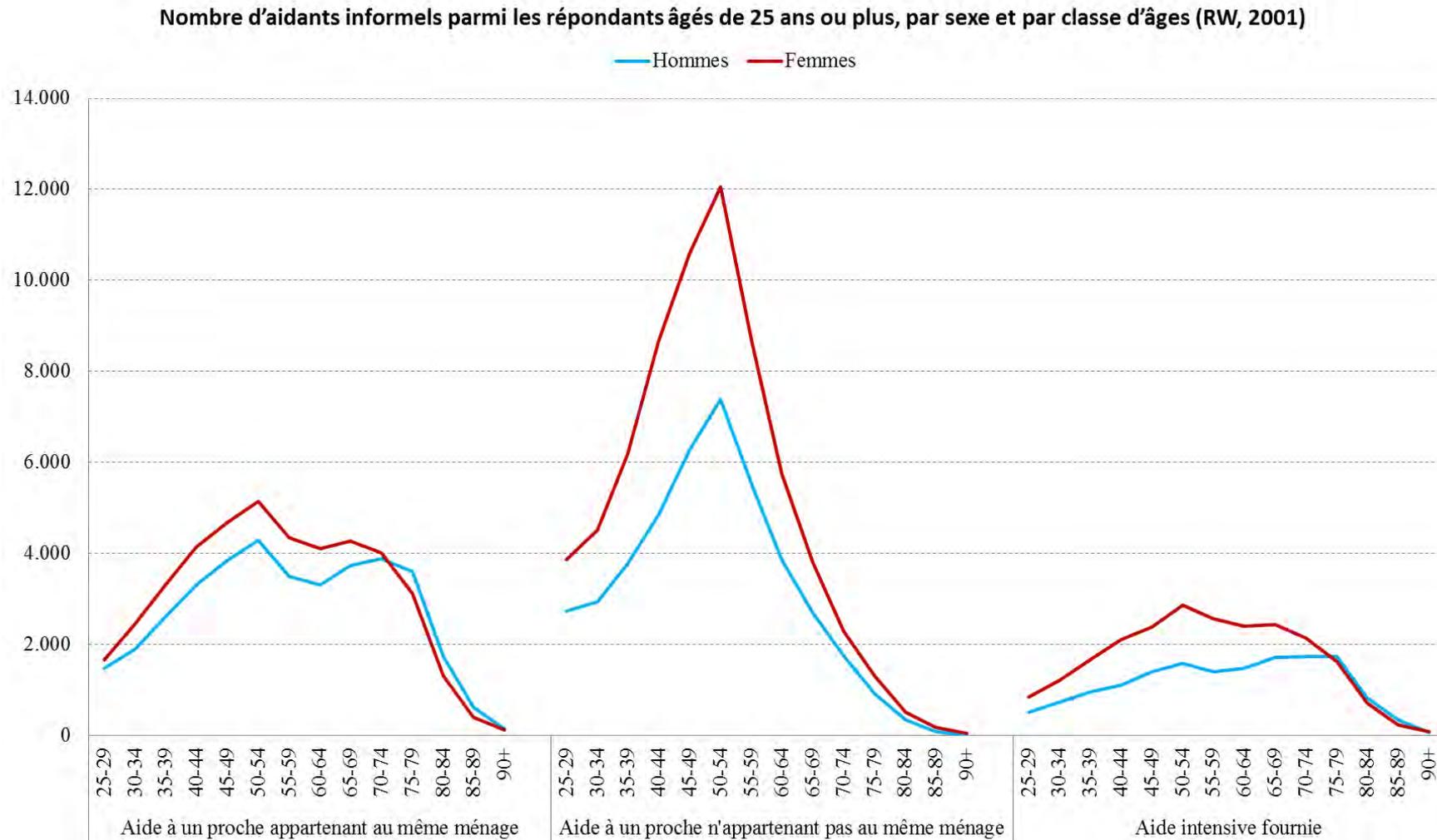
| Caractéristiques sociodémographiques | Effectifs (N) | OR bruts |
|---|----------------|---------------------|
| Sexe | 563 220 | |
| Homme (réf.) | 222 637 | 1 |
| Femme | 340 583 | 1.047*** |
| Classe d'âges | 563 220 | |
| 65-74 (réf.) | 307 192 | 1 |
| 75-84 | 200 329 | 1.450*** |
| 85+ | 55 699 | 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 | | |
| R² 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) et RN ; traitement : UCL-DEMO

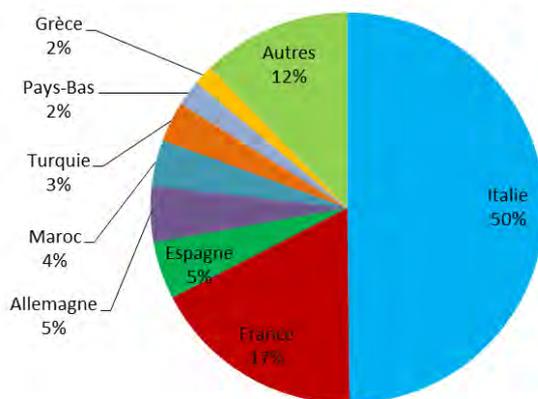
Annexe 9. Nombre d'aidants informels parmi les répondants âgés de 25 ans ou plus, par sexe et par classe d'âges (Wallonie, 2001)



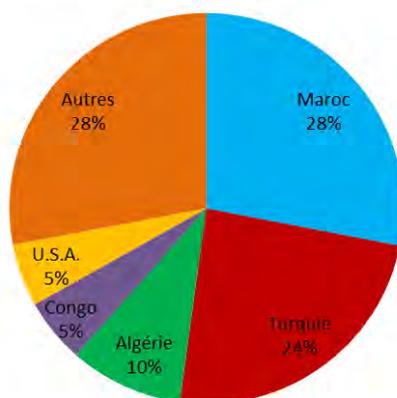
Source : DGSIE, ESE (2001) ; traitement : UCL-DEMO

Annexe 10. Répartition des populations âgées de 25 ans ou plus par nationalité (Wallonie, 2001)

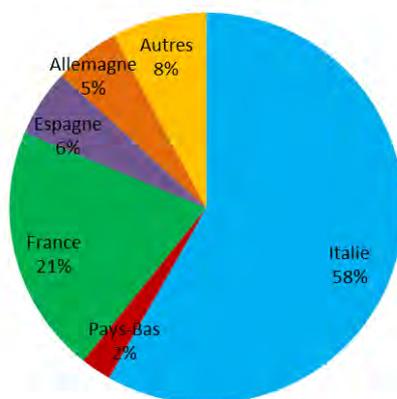
Répartition des principales nationalités européennes et non européennes (RW, 2001)



Répartition des principales nationalités non européennes (RW, 2001)



Répartition des principales nationalités européennes (RW, 2001)



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