



Synergies en santé

2. Cahier Bien vieillir, préserver l'autonomie

Synergies statistiques

Wallonie – Fédération Wallonie-Bruxelles

Septembre 2014



Wallonie



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

Synergies statistiques

Wallonie – Fédération Wallonie-Bruxelles

Les phénomènes sociaux, économiques et environnementaux qui concernent les francophones de Belgique obéissent à des logiques qui dépassent les délimitations institutionnelles fixées par la structure fédérale belge. Forts de ce constat, les gouvernements de la Wallonie et de la Fédération Wallonie-Bruxelles ont souhaité renforcer leurs synergies statistiques.

Un accord de coopération a été conclu entre les différents acteurs qui produisent des analyses sur les compétences de ces deux entités fédérées. Cet accord dit de «synergies statistiques» est entré en vigueur le 8 octobre 2009 via décret.

Dans le cadre de ce décret, le Ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles (MFWB), l'Entreprise publique des Technologies Nouvelles de l'Information et de la Communication de la Fédération Wallonie-

Bruxelles (ETNIC) et l'Institut wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (IWEPS) sont amenés à collaborer pour réaliser un programme de travail commun. Ce travail vise, d'une part, à assurer une harmonisation des concepts, des indicateurs et de l'articulation des systèmes d'information entre institutions et, d'autre part, à réaliser des analyses sur des thématiques qui sont transversales aux compétences de la Wallonie et de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La présente publication s'intègre dans un ensemble dont l'objectif est de présenter le résultat d'analyses réalisées en commun, au fur et à mesure de l'avancement du programme de travail.

Nous vous en souhaitons bonne lecture et sommes évidemment à l'écoute de vos commentaires, demandes ou suggestions.

Monsieur Sébastien Brunet
Administrateur général
IWEPS

Monsieur Frédéric Delcor
Secrétaire général
Fédération Wallonie-Bruxelles

Monsieur Michel Pouleur
Administrateur général
ETNIC

Préface

A

près un premier cahier thématique consacré à la santé de l'enfant, l'Observatoire wallon de la Santé et la Direction générale de la Santé en Fédération Wallonie-Bruxelles ont choisi d'approfondir les questions liées à l'allongement de la vie. Cette association entre institutions partenaires de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Wallonie s'inscrit dans la volonté des gouvernements des deux entités de travailler au renforcement des synergies, notamment statistiques. Ce cahier s'adresse à toute personne amenée à poser des choix pouvant avoir un impact sur la santé, qu'ils s'agissent des décideurs politiques, des administrations, des professionnels de la santé ou du social, ou d'autres personnes liées au monde associatif par exemple.

La question du vieillissement est centrale dans notre société actuelle, la santé qui y est associée en est l'une des principales préoccupations. La santé dans les âges avancés résulte d'une multitude de conditions accumulées tout au long de la vie. Les inégalités sociales et les déterminants de la santé associés conditionnent véritablement la qualité de vie et le bien-être à l'âge de la retraite et au-delà. Ceux-ci peuvent cependant être en partie maintenus voire même

améliorés durablement grâce à des actions bien ciblées. Ces actions relèvent de différents domaines de vie, à commencer par le social et l'économique, par l'aménagement du territoire ou des logements et par le maintien de l'autonomie et des projets de vie des personnes.

Différents thèmes sont présentés dans ce cahier. Chaque thème est illustré par des indicateurs chiffrés qui permettent d'appréhender les enjeux avec un regard novateur.

Ce travail a été réalisé par le Panel de Démographie familiale de l'Université de Liège en collaboration avec l'Observatoire Liégeois Solidaris de la Santé. Il a été initié, pour la Fédération Wallonie-Bruxelles, par la Direction générale de la Santé et, pour la Wallonie, par l'Observatoire wallon de la Santé issu de la collaboration entre l'IWEPS et la Direction générale des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé en Wallonie. De nombreux experts ont été rencontrés et ont permis de donner du contenu à ce cahier. Nous tenons aussi à remercier les relecteurs pour leur aide précieuse.

Nous vous en souhaitons une bonne lecture.

Docteur Serge CARABIN
Directeur général
Direction générale de la Santé
Fédération Wallonie-Bruxelles

Madame Sylvie MARIQUE
Directrice générale
Direction générale des
Pouvoirs locaux, de l'Action
sociale et de la Santé
Service Public de Wallonie

Monsieur Sébastien BRUNET
Administrateur général
IWEPS

Sommaire

	Acronymes	3
	Introduction méthodologique	4
	Fiche 1 Contexte démographique	6
	LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ	11
THÈME 1	Fiche 2 Habitudes de vie, comportements et dépistages	12
	Fiche 3 Insertion sociale, culturelle et associative	18
	Fiche 4 Insertion socio-affective	21
	Conclusion : un vieillissement inégal	24
	LA SANTÉ	25
THÈME 2	Fiche 5 Santé physique	27
	Fiche 6 Santé mentale et cognitive	31
	Conclusion : un état de bien-être	36
	LE SOUTIEN AU VIEILLISSEMENT	37
THÈME 3	Fiche 7 Consommation en soins de santé	39
	Fiche 8 Aides informelles	41
	Fiche 9 Aides formelles	43
	Fiche 10 Hébergement et institutionnalisation	46
	Conclusion : un soutien évolutif	49
	Fiche 11 Maltraitance des personnes âgées	50
	Fiche 12 Pauvreté	55
	Postface	58
	Colophon	60

Acronymes

AIM	Agence InterMutualiste
BFP	Bureau fédéral du Plan
DGSIE	Direction générale Statistique et Information économique
ETNIC	Entreprise publique des Technologies Nouvelles de l'Information et de la Communication de la Fédération Wallonie-Bruxelles
EU-SILC	European Union, Statistics on Income and Living Conditions (Statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie)
GTI	Groupe de Travail Intercabinet
HISIA	Health Interview Survey, Interactive Analysis (Enquête de Santé par Interview, module d'analyse interactive)
INAMI	Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité
ISP	Institut scientifique de Santé publique
IWEPS	Institut wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OWS	Observatoire wallon de la Santé
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe)
ULg	Université de Liège

Introduction méthodologique

Ce cahier consacré au vieillissement ambitionne de dresser, sur les territoires wallon et bruxellois, un portrait du vieillissement : ses déterminants, ses composantes de santé et leurs conséquences sur l'autonomie.

Le vieillissement désigne un processus, qui débute très tôt (dès la fin de la croissance, selon les physiologistes¹), et auquel les sciences sociales s'intéressent sous l'angle de l'évolution du rapport au monde. Quant à la vieillesse, elle constitue une période de la vie, dont les frontières diffèrent selon le thème d'étude et sur lesquelles aucun consensus n'existe. Pour ce cahier, nous avons fait le choix opérationnel de prendre en considération les tranches d'âge qui apparaissent les plus pertinentes selon chaque thème décrit.

C'est ainsi que ce cahier se consacre, selon les thèmes, aux personnes à partir de 50 ans, seuil proposé dans les plans relatifs au bien vieillir, notamment de l'OMS². Dénommer les personnes d'une tranche d'âge aussi large n'est pas chose aisée. Nous les désignons autant que possible selon la tranche d'âge considérée. Lorsque nous ne visons pas une tranche d'âge spécifique, nous parlons alternativement d'aînés, terme utilisé dans la plupart des textes réglementaires, et de personnes (âgées), ce qui permet en alternant les formulations au féminin et au masculin, de neutraliser le genre.

Il eut été tentant de faire varier les tranches d'âge investiguées selon les fiches, les thèmes et les sources. Afin de permettre au lecteur d'éventuelles comparaisons, nous avons décidé de distinguer, autant que possible, trois tranches d'âge : de 50 à 64 ans, de 65 à 79 ans et 80 ans et plus. Le démarrage à 50 ans nous permet d'investiguer la période antérieure – dans la plupart des cas – aux premiers problèmes de santé liés à l'âge, mais qui est aussi une période charnière pour la santé future. La limite des 65 ans correspond à celle de l'âge de la retraite et permet donc pour certains thèmes de ne plus devoir tenir compte de la situation sur le marché de l'emploi, laquelle peut avoir un impact sur la santé. Enfin, 80 ans est à l'heure actuelle l'âge qui caractérise l'entrée dans la grande vieillesse : l'âge moyen des résidents en maison de repos et de soins est en effet de 83 ans et demi.

Après une première fiche consacrée au cadrage démographique, trois thèmes principaux sont étudiés et déclinés chacun en plusieurs fiches. Le premier thème, consacré aux déterminants de santé, regroupe les fiches 2, 3 et 4. La fiche 2 traite des comportements favorables à la santé, tandis que les fiches 3 et 4 prennent respectivement en compte l'insertion sociale et associative et l'insertion socio-affective. Le deuxième thème traite de la santé. Les fiches 5 et 6 sont ainsi respectivement consacrées à la santé physique et à la santé mentale et cognitive. Le troisième thème, regroupant les fiches 7 à 10, aborde

la question de l'autonomie, via les besoins d'aides et de soins. La fiche 7 traite de la consommation en soins de santé, la fiche 8 de l'aide informelle, la fiche 9 de l'aide formelle et la fiche 10 de l'hébergement. Enfin, deux fiches complémentaires clôturent ce cahier : la fiche 11 aborde le sujet de la maltraitance chez les personnes de 70 ans et plus, tandis que la fiche 12 analyse la vieillesse en situation de pauvreté.

Ce cahier propose des données chiffrées provenant de calculs spécifiques ou de statistiques existantes : elles se basent principalement sur des données représentatives de la population telles que la vague 2011 de l'enquête "Survey of Health,

Ageing and Retirement in Europe" (SHARE) et la vague 2008 de l'Enquête de Santé par Interview, mais fait également appel à des sources administratives telles que la base de données de l'Agence Intermutualiste (AIM), des données de l'INAMI, des données de population de la DGSIE, etc. Des statistiques distinctes pour la Wallonie et Bruxelles ont été proposées lorsqu'elles étaient disponibles, probantes et pertinentes.

Pour s'éloigner des leitmotivs usuels présentant la vieillesse sous l'angle de la perte, du déclin et de l'incapacité, un choix ferme a été posé, celui de traiter des déterminants du vieillissement optimal et du maintien de l'autonomie.

- 1 De Jaeger C. Les techniques de lutte contre le vieillissement. 1999.
- 2 WHO, Comité régional de l'Europe, Soixante-deuxième session. Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020. 2012.

Nombre de personnes interrogées dans l'enquête SHARE (2011) et dans l'enquête de santé par interview (2008) pour les tranches d'âge considérées, en Wallonie et à Bruxelles

		50-64 ans	65-79 ans	80 ans et plus
SHARE (Wallonie et Bruxelles, uniquement les francophones)		Effectifs = 1406	Effectifs = 798	Effectifs = 307
Enquête Santé par Interview	Wallonie	Effectifs = 729	Effectifs = 460	Effectifs = 559
	Bruxelles	Effectifs = 530	Effectifs = 327	Effectifs = 415
	Flandre	Effectifs = 787	Effectifs = 530	Effectifs = 568

Source : SHARE, 2011. Enquête de santé, 2008

1

Contexte démographique

Définitions

L'espérance de vie est une estimation du nombre moyen d'années qu'une personne pourrait espérer vivre si les taux de mortalité par âge pour une année donnée restaient les mêmes jusqu'à la fin de sa vie. L'espérance de vie est une mesure hypothétique car elle est basée sur l'évolution des taux de mortalité actuels et des taux de mortalité réels tout au long de l'existence d'une personne³.

L'indice de vieillissement est usuellement défini comme le rapport entre le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus⁵ et le nombre de personnes de moins de 20 ans. Un indice de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans les mêmes proportions sur le territoire : plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes ; plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées.

L'espérance de vie en bonne santé, ou années de vie en bonne santé, représente le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre. Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités (dans les gestes de la vie quotidienne) et l'absence d'incapacités⁴.

L'intensité du vieillissement est définie comme le rapport entre le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus et le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus⁶.

Le ratio de dépendance des personnes âgées est le rapport entre le nombre de personnes ayant dépassé l'âge légal de la retraite (c'est-à-dire les personnes de 65 ans ou plus, qui sont généralement inactives économiquement) et le nombre de personnes en âge de travailler (c'est-à-dire les 15-64 ans)⁷.

3 Haupt A, Kane T T. Guide de Démographie du Population Reference Bureau. 2004 ; 4ème édition.

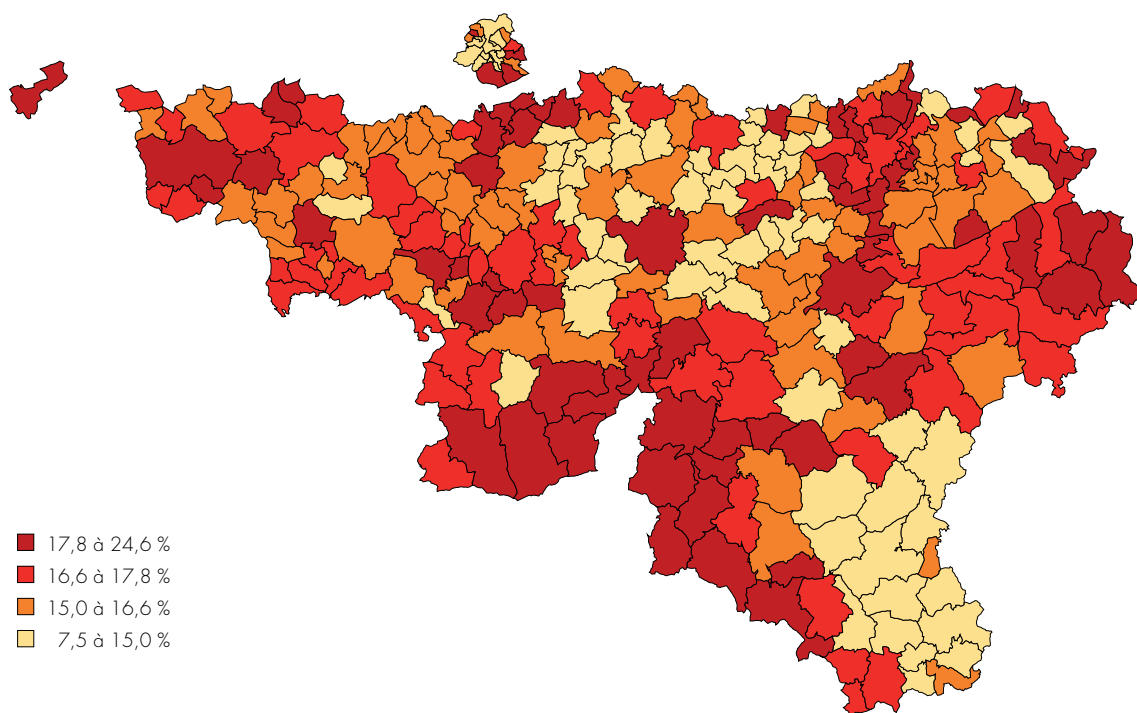
4 <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/esperance-vie-bonne-sante.htm>

5 Certains auteurs choisissent d'autres limites d'âge (ex : 60 ans) ; il importe dès lors d'être vigilant dans l'interprétation et les comparaisons.

6 http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/indicateurs_demographique_2013-2060.jsp

7 <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=fr&pcode=tsdde510&plugin=1>

Carte 1.1 – Part de la population des personnes âgées de 65 ans et plus (en %) par commune, en 2013, en Wallonie et à Bruxelles



Source : DGSIE, population au 1er janvier 2013

Le vieillissement démographique fait presque chaque jour la une de l'actualité, qu'elle soit politique ou médiatique. Souvent présenté de manière négative, sous l'angle du coût qu'il représente en soins de santé ou qu'il fait peser sur le système de pensions, l'allongement de la durée de la vie n'est plus souvent perçu et rapporté comme l'une des belles victoires de l'humanité. Il faut pourtant rappeler que, comme nous pourrons le constater, si l'espérance de vie augmente encore, l'espérance de vie en bonne santé s'accroît également.

Cet état des lieux démographique fait appel à plusieurs indicateurs : la répartition de la population entre les tranches d'âge étudiées, l'espérance de vie et l'espérance de vie en

bonne santé, l'indice de vieillissement et celui de l'intensité du vieillissement et enfin la part des 65 ans et plus dans la population ainsi que le ratio de dépendance des personnes âgées et leurs perspectives d'évolution jusqu'en 2060. Notons que sur cette fiche sont reprises, à titre de comparaison, les statistiques pour la Belgique et pour la Flandre.

Répartition de la population étudiée

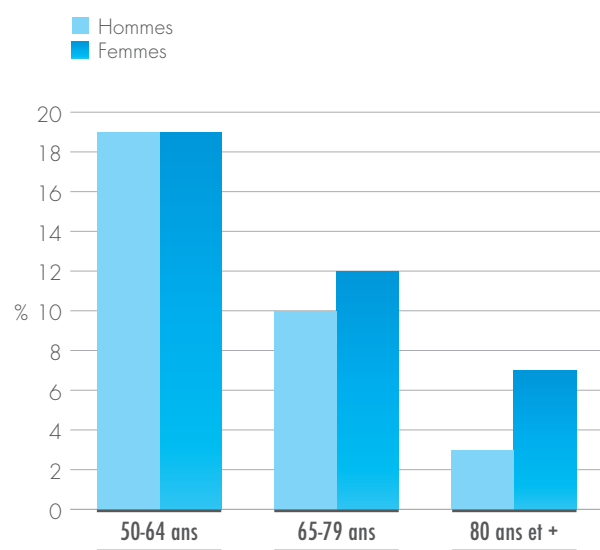
En ce qui concerne la répartition de la population par tranche d'âge, on constate une disparité relativement importante entre les différentes régions (table 1.1). Les personnes de 50 ans et plus représentent plus de 35 % de la population wallonne, pour un peu moins

Table 1.1 – Effectifs et pourcentages de la population des 50 ans et plus, au 1er janvier 2013, selon les régions

	Population totale	50 ans et +	50 à 64 ans	65 à 80 ans	80 ans et +
Belgique	11 099 554	4 135 994	19,6 %	12,4 %	5,3 %
Flandre	6 381 859	2 489 169	20,2 %	13,3 %	5,5 %
Wallonie	3 563 060	1 313 777	19,9 %	11,8 %	5,2 %
Bruxelles	1 154 635	333 048	15,5 %	9,0 %	4,4 %

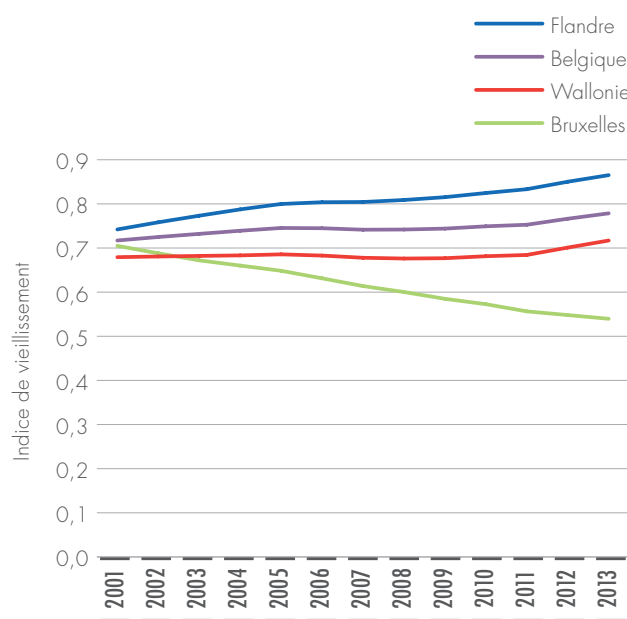
Source : DGSIE, 2013. Calculs : ULg

Figure 1.1 – Part des 50 ans et plus (en %) dans la population, selon le sexe, au 1er janvier 2013, en Wallonie et à Bruxelles



Source : DGSIE, 2013. Calculs : ULg

Figure 1.2 – Évolution de l'indice de vieillissement entre 2001 et 2013, selon les régions



Source : DGSIE, 2001-2013. Calculs : ULg

de 30 % de la région bruxelloise. Quant aux personnes de 80 ans et plus, elles représentent plus de 5 % de la population wallonne et de 4 % de la population totale bruxelloise.

Le constat est connu : au fur et à mesure de l'avancée en âge, les femmes sont de plus en plus nombreuses. Si leur effectif est égal à celui des hommes pour la tranche 50-64 ans, il en atteint le double pour la tranche des 80 ans et plus (figure 1.1).

Entre 2004 et 2012, l'espérance de vie à 50 ans s'est accrue de plus d'un an (table 1.2). Les hommes bénéficient d'un accroissement légèrement plus important que les femmes. Quant à l'espérance de vie en bonne santé à 50 ans, elle a augmenté d'environ 3 ans, cette fois à l'avantage des femmes.

Indice de vieillissement

L'indice de vieillissement s'élève progressivement en Belgique (figure 1.2). Si la Wallonie montre un indice plus faible que la moyenne nationale, Bruxelles se distingue particulièrement avec un indice non seulement plus faible mais qui décroît depuis plusieurs années, à l'inverse des autres régions du pays. Cette décroissance ne reflète pas une diminution du nombre de personnes de plus de

Table 1.2 – Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 50 ans (en années), selon le sexe, en 2004 et en 2012, en Belgique francophone

	Espérance de vie à 50 ans		Différence hommes-femmes	Espérance de vie en bonne santé à 50 ans		Différence hommes-femmes
	Hommes	Femmes		Hommes	Femmes	
2004	28,6	33,4	-4,8	17,2	17,5	-0,3
2012	30	34,5	-4,5	20,1	21,1	-1,0
Différence 2012-2004	1,4	1,1	0,3	2,9	3,6	-0,7

Source : Eurostat, 2012. Calculs : Eurostat

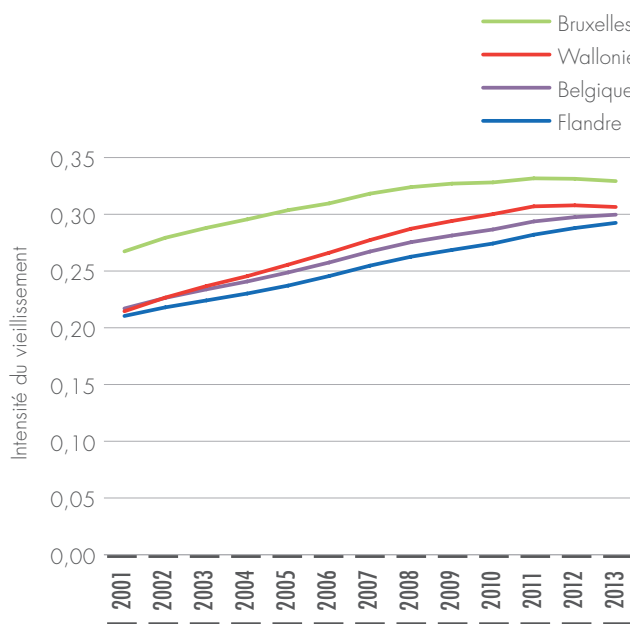
65 ans à Bruxelles, laquelle augmente, mais une croissance plus rapide de la population des moins de 20 ans. Bien que l'augmentation du nombre de personnes âgées à Bruxelles soit masquée par celle de la population jeune dans cet indice, les besoins de cette région en termes d'infrastructures, de soins, etc. pour les personnes âgées seront donc également cruciaux dans les années à venir⁸.

En Wallonie, après une relative stabilité entre 2006 et 2011, une croissance soudaine est apparue à partir de 2012 (figure 1.2). Les baby-boomers, nés pendant la période de haute fécondité qui a suivi la deuxième guerre mondiale, s'ils ont dans un premier temps rendu moins visible le vieillissement de la population en gonflant les tranches d'âge actives, l'accélèrent à présent en arrivant massivement à l'âge de la retraite. Cet effet s'estompera vers 2040.

En ce qui concerne l'intensité du vieillissement, la tendance est à la hausse entre 2003 et 2011 pour chacune des trois régions (figure 1.3), ce qui signifie que le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus a augmenté plus rapidement que l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus. Néanmoins, au contraire de la Flandre, Bruxelles et la Wallonie connaissent une stabilisation en 2012 et même une décroissance en 2013. Cette tendance est à nouveau liée à l'arrivée des baby boomers à l'âge de la retraite.

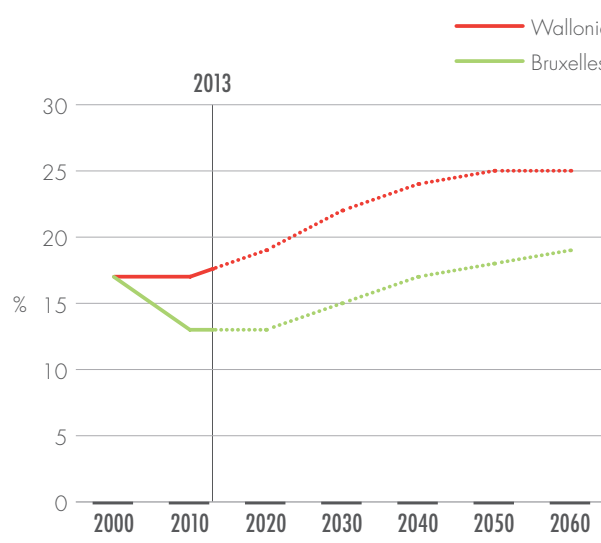
Selon les prévisions démographiques du Bureau fédéral du Plan (BFP) (figure 1.4), la part des 65 ans et plus dans la population en Wallonie, équivalente à une personne sur six en 2013, passera à une personne sur quatre en 2060. À Bruxelles, cette part passera d'une personne sur huit à une personne sur

Figure 1.3 – Intensité du vieillissement entre 2001 et 2013, selon les régions



Source : DGSIE, 2001-2013. Calculs : ULg

Figure 1.4 – Observations et prévisions démographiques (2000-2060) sur la part des plus de 65 ans au sein des populations wallonne et bruxelloise (en %)

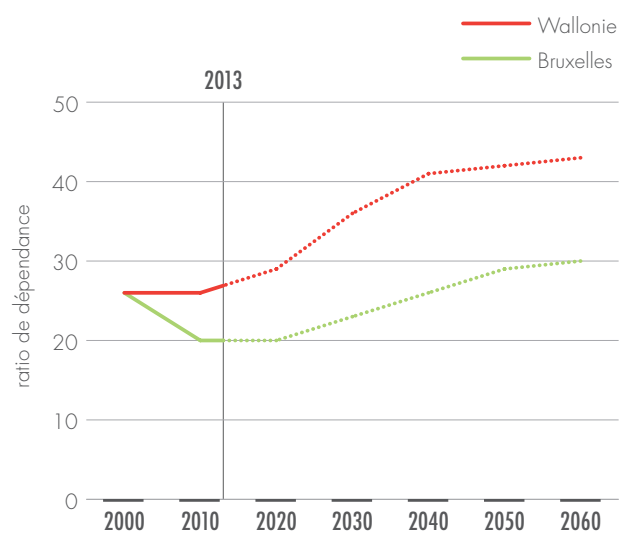


Source : BFP, 2014. Calculs : BFP

cinq entre 2013 et 2060. La croissance du nombre de personnes de 65 ans et plus va se poursuivre de manière soutenue en Wallonie, puis ralentir vers 2040. À Bruxelles, la part des 65 ans et plus, actuellement en diminution, va se stabiliser avant de repartir à la hausse à partir de 2020.

8 Le tableau de bord de la santé en Région bruxelloise, publié en 2010 par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, détaille les particularités de la Région bruxelloise : <http://www.observatbru.be>

Figure 1.5 – Observations et prévisions démographiques (2000-2060) sur le ratio de dépendance des personnes âgées (65+/15-64) au sein des populations wallonne et bruxelloise



Source : BFP, 2014. Calculs : BFP

Enfin, en ce qui concerne le ratio de dépendance des personnes âgées (figure 1.5), alors qu'actuellement en Wallonie, on compte une personne en âge de retraite pour quatre personnes en âge de travailler, les perspectives prévoient en 2060 une personne en âge de retraite pour deux personnes en âge de travailler. À Bruxelles, ce ratio de dépendance passera d'une personne sur cinq à une personne sur trois. Les prévisions du BFP s'arrêtent en 2060, période où l'impact des générations du baby-boom aura grandement disparu. Ce modèle, établi en collaboration entre le BFP et la DGSIE, est révisé tous les trois ans selon les évolutions démographiques récentes et est donc susceptible de modifications.

Conclusion

Force est de constater que les effets du vieillissement de la population ne sont pas près de diminuer. Pourtant, on aurait tort de le réduire à une équation budgétaire à résoudre. En effet, outre l'espérance de vie, l'espérance de vie en bonne santé s'est nettement accrue, permettant de profiter des années gagnées avec une bonne qualité de vie. Il s'agit d'une évolution dont on ne peut que se réjouir sur le plan des trajectoires individuelles, mais également sur le plan sociétal car les personnes plus âgées ne sont pas que bénéficiaires mais également contributrices d'aides diverses, même pendant les années de retraite. Par ailleurs, le vieillissement, s'il est inéluctable, comporte de nombreuses dimensions et dépend de divers facteurs, qui seront détaillés dans les fiches suivantes.

Thème 1

Les déterminants de santé

Selon l'OMS, les **déterminants sociaux de la santé** sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources¹.

La **promotion de la santé** est le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques².

La **prévention** est l'ensemble des processus qui permettent d'intervenir avant l'apparition de la maladie pour la prévention primaire, d'en détecter les premiers signes pour la prévention secondaire ou d'en prévenir les complications ou les rechutes pour la prévention tertiaire. Enfin, la prévention quaternaire fait allusion à des activités de soins de santé menées dans le but d'atténuer ou d'éviter les conséquences d'interventions thérapeutiques inutiles ou excessives³. La prévention fait partie intégrante de la promotion de la santé⁴.

L'OMS indique que *partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique favorable, plus il est en bonne santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas*⁵.

Le vieillissement n'est pas épargné par cette dynamique inégalitaire. Selon leurs ressources (sociales, économiques,

culturelles, etc.), les individus vieillissent différemment. Il importe donc de porter une attention à ces déterminants lors de la mise en place de toute politique et de toute action, mais également d'éviter de faire porter la responsabilité des situations de santé uniquement sur les individus.

La promotion de la santé implique de sortir du registre purement biomédical en appréhendant la santé des personnes âgées dans une vision globale intégrant tous les déterminants.

- 1 http://www.who.int/social_determinants/fr/
- 2 Décret de Promotion de la Santé de 1997 en Communauté française, inspiré de la Charte d'Ottawa : http://www.gallillex.cfwb.be/document/pdf/20356_004.pdf
- 3 OMS. Plan d'action européen pour le renforcement des capacités et services de santé publique. 2012.
- 4 Décret de Promotion de la Santé de 1997 en Communauté française
- 5 http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/

2

Habitudes de vie, comportements et dépistages

- 6 <http://www.ipcdc.qc.ca/exercer-la-responsabilite/C3%A9-populationnelle/principaux-d%C3%A9terminants-de-la-sant%C3%A9-caract%C3%A9ristiques>
- 7 OMS. 2012. Op. cit.
- 8 OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986.
- 9 C'est-à-dire «un type d'activité exigeant des efforts physiques modérés, comme s'occuper du jardin, nettoyer la voiture, se promener».
- 10 Un repas complet correspond à la consommation de plus de deux éléments ou plats, comme par exemple, manger des œufs, du pain et des fruits. (Questionnaire SHARE, 2011).
- 11 Cet indicateur multiplie le nombre déclaré de verres consommés par le nombre de jours par semaine où de l'alcool a été consommé. Les seuils utilisés sont ceux proposés par l'enquête nationale de santé, à savoir maximum 21 verres par semaine pour un homme et 14 pour une femme. Voir par exemple Gisles L. La consommation d'alcool. 2014.

Les **habitudes de vie** et les autres **comportements** liés à la santé sont à la source de maladies et de complications, particulièrement les maladies chroniques, les maladies infectieuses et les traumatismes non intentionnels⁶.

Le **dépistage** fait partie de la prévention secondaire : il consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examen ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue⁷.

Il est reconnu scientifiquement que certaines habitudes de vie contribuent au maintien d'une bonne santé et constituent des facteurs de protection. Il s'agit par exemple d'une alimentation saine et équilibrée, de la pratique d'une activité physique régulière, etc. D'autres comportements, en revanche, peuvent être préjudiciables à une bonne santé et sont donc à éviter. C'est le cas notamment du tabagisme, de la consommation excessive d'alcool ou de médicaments, qui constituent donc des facteurs de risque.

Afin de développer une politique de santé cohérente visant la promotion de la santé et des

modes de vie sains, il est important de disposer de données évaluant la prévalence des différentes habitudes de vie et de suivre les évolutions de ces comportements dans le temps afin d'évaluer l'impact potentiel des politiques mises en place. Ces données sont collectées aux travers d'enquêtes de santé.

Les comportements sont eux-mêmes déterminés par différents facteurs (emploi, environnement, aménagement du territoire, éducation, politiques sociales, etc.). Il convient en promotion de la santé d'agir sur ces facteurs déterminants de la santé par la mise en œuvre de politiques responsables et durables. La Charte d'Ottawa⁸ et les travaux qui en découlent ont bien mis l'accent sur les dimensions collectives et sur les déterminants de l'environnement physique et socio-économique des comportements liés à la santé.

Rappelons que la santé n'est pas que la résultante de l'adoption de comportements : de nombreux facteurs ne sont pas du ressort des individus et ont un impact réel sur la santé (pollution, organisation des systèmes de santé, etc.).

Quelques déterminants de santé favorables

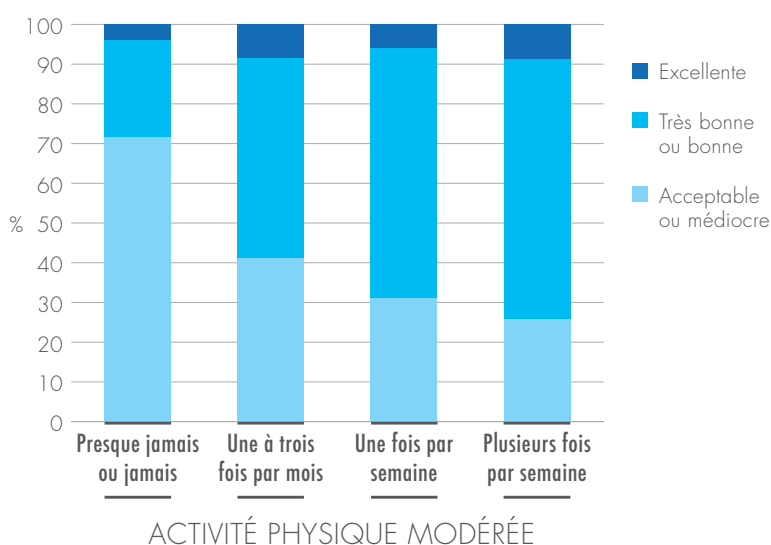
Certains comportements favorables à la santé voient leur fréquence augmenter avec l'âge. C'est le cas par exemple de l'absence de tabagisme et de la consommation raisonnable d'alcool. En revanche, d'autres deviennent moins fréquents,

Table 2.1 – Part des personnes adoptant des comportements favorables à la santé, selon les tranches d'âge, en 2011, en Belgique francophone

	Au moins une activité physique modérée ⁹ par semaine	Au moins trois repas complets ¹⁰ par jour	Pas de consommation de tabac	Consommation raisonnable d'alcool ¹¹
50-64 ans	85 %	78 %	72 %	91 %
65-79 ans	78 %	88 %	88 %	91 %
80 ans et plus	49 %	90 %	95 %	97 %

Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Figure 2.1 – Santé subjective (en %) en fonction de la pratique d'une activité physique modérée, chez les personnes de 50 ans et plus, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

comme par exemple l'activité physique modérée (table 2.1).

Il y a peu de différences selon le sexe, quelle que soit la tranche d'âge, à l'exception de l'activité physique modérée, plus pratiquée par les hommes et de la consommation excessive d'alcool, généralement moins fréquente chez les femmes¹².

Activité physique

La pratique d'une activité physique régulière par les aînés fait partie des conditions interdépendantes qui contribuent à un vieillissement réussi¹³. Elle améliore la santé et le bien-être global, la condition physique, la mobilité, la marche et l'équilibre. Elle a un effet préventif en favorisant la diminution de la perte osseuse et l'amélioration de l'endurance cardiorespiratoire, du métabolisme glucidique et lipidique. Elle permet également l'amélioration et le maintien des fonctions cérébrales. Elle contribue ainsi à la diminution de la morbidité et de la mortalité globale. Enfin, au niveau psychologique, elle permet d'une part une augmentation des contacts sociaux et de l'intégration socio-culturelle, une amélioration du sentiment de bien-être et de l'estime de soi, et d'autre part, une diminution des troubles mentaux tels que la dépression, l'anxiété, le stress et les insomnies.

L'activité physique et la santé subjective¹⁴ sont fortement corrélées¹⁵ (figure 2.1) : plus l'activité physique est fréquente, meilleure est la santé subjective (et inversement).

État nutritionnel et alimentation

La **dénutrition** est un état nutritionnel au cours duquel le manque d'énergie, de protéines et autres nutriments entraînent des conséquences néfastes sur les tissus ou la morphologie et les fonctions corporelles¹⁶. Elle peut être liée à une réduction des apports ou à une augmentation des besoins métaboliques. Elle se caractérise par une perte de masse grasseuse mais aussi de muscles¹⁷.

Le **surpoids** et l'**obésité** se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé¹⁸.

Le surpoids et l'obésité sont considérés comme le cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial dans le sens où ils accentuent les risques de maladies cardiovasculaires, d'hypertension, etc. Outre les effets sur la santé physique, le surpoids et l'obésité peuvent également avoir des conséquences délétères sur le bien-être psychosocial des individus.

- 12 Données SHARE, 2011, traitements non présentés.
- 13 Hamer M, Lavoie K L, Bacon S L. Taking up physical activity in later life and healthy ageing : the English longitudinal study of ageing. *British Journal of Sport Medicine*. 2014.
- 14 La santé subjective est un concept recouvrant différentes dimensions : santé physique, psychique et sociale. Le caractère subjectif de la mesure qui est faite dans le cadre de l'enquête de santé provient du fait qu'il s'agit d'une réaction émotionnelle plutôt que d'une analyse cognitive systématique. L'évaluation subjective de la santé est un bon indicateur de la santé tant au niveau individuel qu'au niveau de la population. (Définition du SPF économie, enquête de santé 2008).
- 15 Il est important de garder à l'esprit qu'il s'agit d'une corrélation et non d'une relation univoque.
- 16 Defloor T et al. Dépistage et évaluation de l'état nutritionnel des résidents des MRPA – MRS. Service Public Fédéral, Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. 2011.
- 17 Zazzo JF et al. 2006. Cité dans le Plan Wallon Nutrition Santé et bien-être des Aînés ; Guide pour les maisons de repos. SPW éditions, guide méthodologique. 2012.
- 18 OMS. Aide - mémoire N°311. 2013.

Figure 2.2 – Part des personnes (en %) dénutries, en surpoids ou en obésité selon les tranches d'âge et le sexe, en 2011, en Belgique francophone

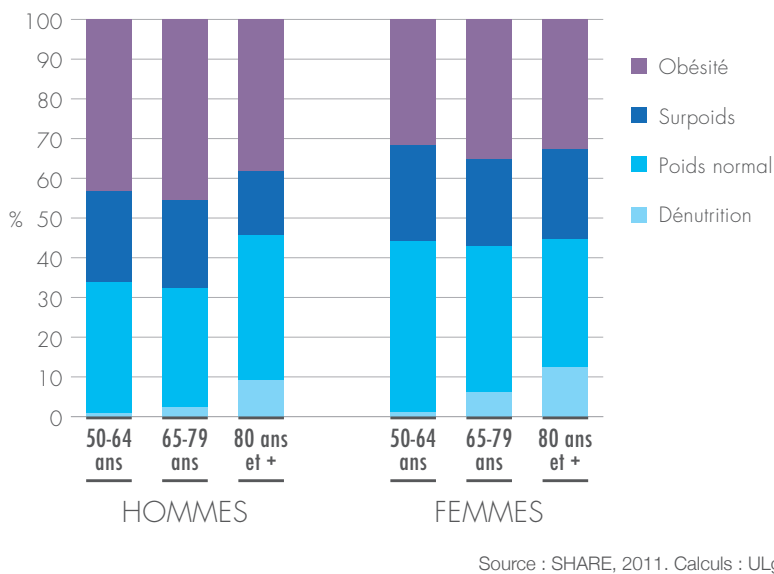
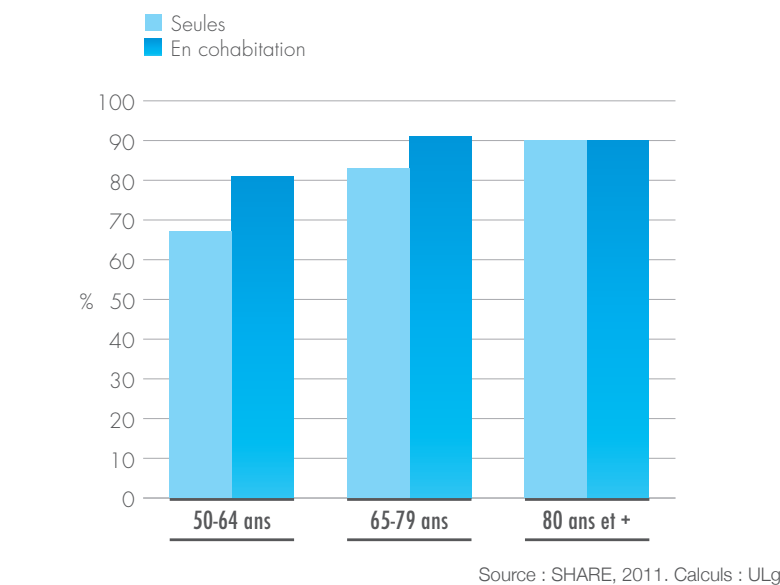


Figure 2.3 – Part des personnes (en %) qui prennent au moins 3 repas complets par jour selon les tranches d'âge et le fait de vivre seul ou en cohabitation, en 2011, en Belgique francophone



L'**Indice de Masse Corporelle (IMC)** est une mesure de corpulence obtenue en divisant le poids par le carré de la taille¹⁹. Il s'exprime en kg par m². Chez l'adulte, la dénutrition est définie par un IMC inférieur à 18,5 avant 70 ans, et à 21 à partir de 70 ans ; le surpoids est caractérisé par un IMC égal ou supérieur à 25, tandis que l'obésité est définie sur base d'un IMC égal ou supérieur à 30 chez l'adulte.

L'alimentation contribue à la préservation d'un bon état de santé²⁰. Le maintien d'un poids optimal permet à la personne âgée de conserver ses forces musculaires, de guérir plus facilement d'une maladie et de se rétablir plus rapidement d'une hospitalisation.

La part des personnes en surpoids ou obèses reste importante mais diminue avec l'âge (figure 2.2). Au sein des trois tranches d'âge considérées, les hommes sont plus nombreux à être en surpoids ou obèses. Cependant, il est important de noter qu'un léger surpoids à l'âge de la retraite entraîne un risque de mortalité plus faible²¹.

Le vieillissement, à un stade plus avancé, se caractérise toutefois plutôt par une perte de poids : les personnes de plus de 80 ans sont ainsi environ dix pourcents à être dénutries, particulièrement les femmes (figure 2.2). Une fois présente, la dénutrition est tout aussi difficile à combattre que l'obésité. Un cercle vicieux s'installe : la dénutrition diminue la résistance aux maladies qui vont à leur tour favoriser la dénutrition et ainsi de suite.

Les causes de la dénutrition sont multiples²². La baisse des apports alimentaires peut être due à une maladie, des problèmes dentaires ou de gencives, des traitements médicamenteux, des troubles de la déglutition, etc. Des facteurs

19 Notons que l'IMC reste une mesure approximative puisque la masse musculaire et l'ossature peuvent différer d'une personne à l'autre.

20 Ferry M et al. Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris. Berger Levrault. 1996.

21 Flicker L et al. Body Mass Index and Survival in Men and Woman Aged 70 to 75. JAGS 58 (2). 2010 ; p. 234-241.

22 Raynaud-Simon A., Dénutrition de la personne âgée : épidémiologie et conséquences, in Hébuterne X et al. Traité de dénutrition de la personne âgée. 2009.

23 Plan Wallon Nutrition Santé et bien-être des Aînés ; Guide pour les maisons de repos. SPW éditions, guide méthodologique. 2012. http://socialsante.wallonie.be/sites/default/files/31237_SPW_Br_48pages_Plan_Nutrition_0.pdf

sociaux interviennent également, comme le veuvage, la maltraitance, l'entrée en institution, l'indisponibilité d'une aide pour la prise du repas, etc. L'impact de ces facteurs peut être renforcé en cas d'augmentation concomitante des besoins nutritionnels, suite à une maladie ou à une intervention chirurgicale.

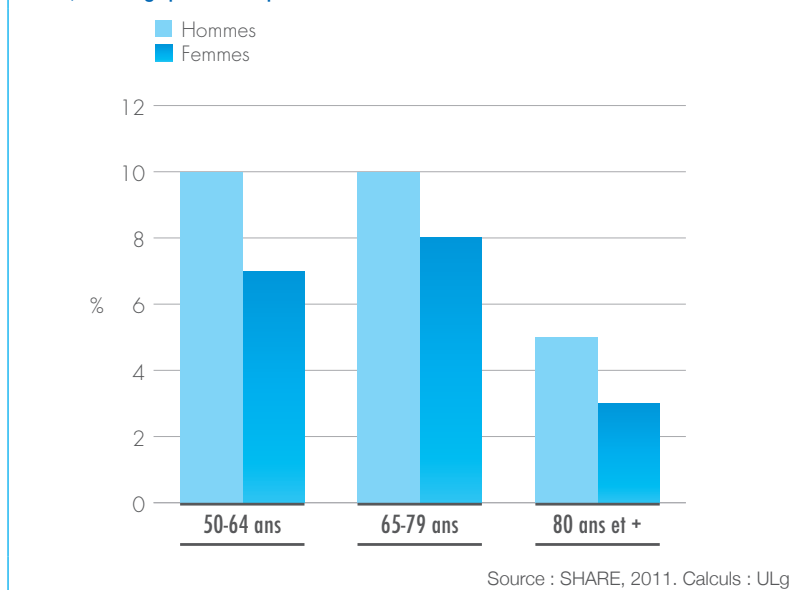
Parmi les causes sociales de la dénutrition, le fait de vivre seul joue un rôle important. Par exemple, les personnes de 50 ans et plus qui vivent seules sont moins nombreuses à consommer au moins trois repas complets par jour (figure 2.3).

Soulignons enfin qu'à l'initiative du Service public de Wallonie, en 2012, deux guides sur les besoins nutritionnels de la personne âgée ont été réalisés à destination des maisons de repos²³ et à destination des praticiens²⁴. En effet, une méconnaissance des besoins nutritionnels de la personne âgée peut être également à l'origine de la dénutrition. Ces guides ont été réalisés dans le cadre du «Plan nutrition santé et bien-être des aînés» qui a pour objectif de proposer une politique nutritionnelle afin d'éviter la dénutrition des personnes âgées, laquelle touchait en 2010 un cinquième des résidents en maison de repos²⁵.

Consommation d'alcool

De nombreux facteurs, tels que la perte d'autonomie²⁶, la diminution des capacités d'adaptation physique et psychologique, la présence de pathologies physiques invalidantes ou encore l'absence de relations affectives et sociales²⁷ influencent la consommation d'alcool chez la personne âgée²⁸. Les aînés présentent en outre une plus grande vulnérabilité aux effets de l'alcool et à consommation égale, l'alcoolémie d'une

Figure 2.4 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) qui déclarent une consommation excessive d'alcool, selon les tranches d'âge et le sexe, en 2011, en Belgique francophone



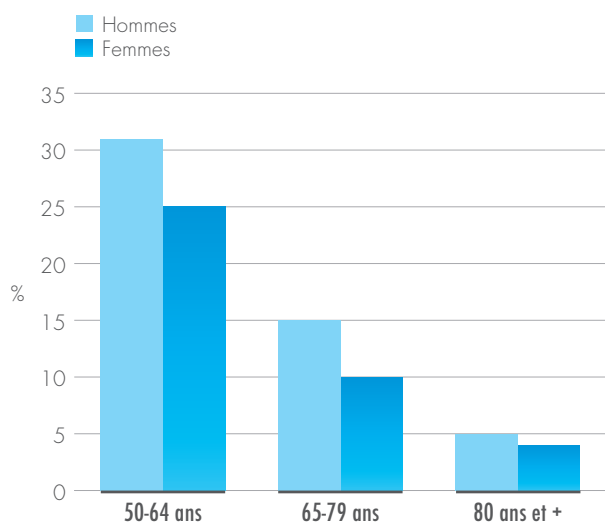
personne âgée est plus importante que celle d'une personne jeune²⁹.

Chez la personne âgée, on distingue l'alcoolisme à début précoce (pérennisation de difficultés qui existaient avant l'avancée en âge avec fragilisation de l'état de santé) et l'alcoolisme à début tardif (modifications des conditions de vie qui amènent à une augmentation de la consommation d'alcool souvent sans s'en apercevoir).

La fréquence de consommation excessive d'alcool diminue après 80 ans : elle passe de près de 9 % chez les personnes de 50 à 64 ans et de 65-79 ans à un peu plus de 3 % chez les personnes de 80 ans et plus (figure 2.4). Notons qu'elle est davantage présente chez les hommes.

- 24 Plan Wallon Nutrition Santé et bien-être des Aînés ; Repères pour ma pratique professionnelle. SPW éditions, guide méthodologique. 2012. http://socialsante.wallonie.be/sites/default/files/31249_SPW_Br_52pages_Plan_Nutrition_0.pdf
- 25 Defloor T et al. Dépistage et évaluation de l'état nutritionnel des résidents des MRPA – MRS. Service Public Fédéral, Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et environnement. 2010.
- 26 Le concept d'autonomie est défini dans le thème 3 "Le soutien au vieillissement".
- 27 Graziani P. La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée. Drogues, santé et société. 2010 ; 9(2).
- 28 De Brucq H, Vital I. Addictions et vieillissement. Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillessement. 2008 ; 6(3).
- 29 Gadeyne S, Duranel J, Marchesiello M. Prise en charge du risque alcool chez la personne âgée. Outil pour les professionnels. Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie. Arras.

Figure 2.5 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) qui déclarent fumer, selon les tranches d'âge et le sexe, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

30 Thomas D. Faut-il arrêter le tabac quand on est très âgés ? XXIIIe JE-SFC. 2013.

31 Fernandez L. Finkelstein-Rossi J. Approche clinique et sociale du tabagisme chez les sujets âgés : genèse, contexte, développement et prise en charge. *Psychologie française*. 2010 ; 55 ; p. 309-323.

32 Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. *La revue de médecine interne* ; 2004 ; 25 ; p. 582-590.

33 Source : Pharmanet, INAMI, 2013.

34 Mutualité Chrétienne, La consommation de médicaments en maison de repos. Pour un dialogue entre les maisons de repos et la MC. 2007.

35 Le Centre Communautaire de Référence est le partenaire privilégié de la FWB en termes de dépistages.

Consommation de tabac

Le tabagisme constitue l'une des principales causes de décès chez les personnes âgées. Toutefois, chez les aînés, le risque de faire un accident vasculaire cérébral après une année de sevrage tabagique serait équivalent à celui des non-fumeurs, et celui d'être victime d'un infarctus du myocarde diminuerait de moitié. Après 60 ans, un fumeur qui a arrêté de fumer depuis dix ans a récupéré quatre années d'espérance de vie par rapport à un fumeur ; s'il a arrêté depuis 10 à 20 ans, il s'agit de six années et s'il a arrêté depuis plus de 20 ans, il a retrouvé l'espérance de vie d'un non-fumeur³⁰. Les campagnes de prévention actuelles ne ciblent pas spécifiquement les personnes âgées et le public comme le personnel soignant a parfois tendance à sous-estimer l'intérêt d'arrêter le tabac lorsqu'on est âgé.

Parmi les sujets âgés consommant du tabac, les hommes sont plus nombreux à fumer, surtout avant 80 ans (figure 2.5). Par ailleurs, la consommation d'alcool est souvent plus élevée chez les fumeurs que chez les non-fumeurs³¹.

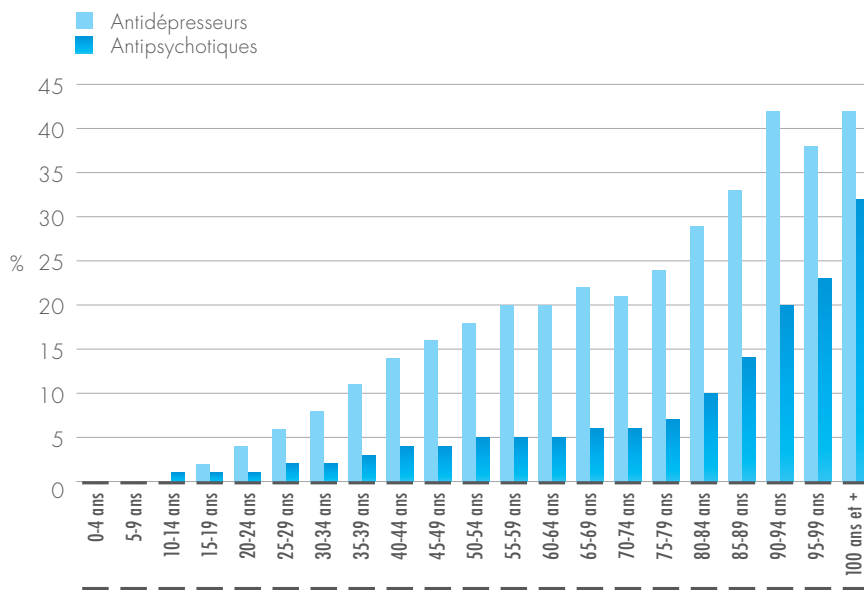
Consommation de médicaments

Les médicaments ne sont pas sans risque et les personnes âgées sont particulièrement exposées aux effets indésirables médicamenteux. Ainsi, chez une personne âgée de plus de 65 ans, cela peut engendrer un risque accru de morbi-mortalité ainsi qu'un recours plus fréquent aux soins ambulatoires et hospitaliers³².

Après une augmentation régulière jusqu'à l'âge de 60-64 ans, la consommation des antipsychotiques et des antidépresseurs se stabilise (figure 2.6), pour ensuite reprendre à partir de la tranche d'âge des 75-79 ans. De plus, en Belgique, entre 2004 et 2012, la consommation de ces médicaments a augmenté chez les 50 ans et plus : de 56 % pour les antidépresseurs et de 58 % pour les antipsychotiques³³.

Il existe des référentiels en termes de prescription des médicaments, comme par exemple la liste de Beers qui dresse la liste des substances déconseillées chez la personne âgée (risque de vertige, risque accru d'effets secondaires, etc.)³⁴. Malgré cela, un quart des résidents en institution reçoit des antipsychotiques, alors qu'ils sont en principe réservés au traitement de maladies psychiatriques et un tiers reçoit au minimum un médicament répertorié dans la liste de Beers. Les benzodiazépines font ainsi partie des médicaments particulièrement ciblés dans ce cadre.

Figure 2.6 – Part des personnes (en %) qui consomment des antidépresseurs et des antipsychotiques par tranches d'âge, en 2012, en Wallonie et à Bruxelles



Source : Pharmanet, 2012. Calculs : Iweps

Dépistages

Les dépistages des cancers du sein et colorectal sont vivement recommandés chez les aînés. Ces cancers font d'ailleurs l'objet de programmes organisés de dépistage gratuit offerts par la Fédération Wallonie-Bruxelles^{35,36} et s'adressent aux personnes âgées à partir de 50 ans³⁷. Pour la période 2009-2010, la couverture de dépistage du cancer du sein (mammotests + mammographies diagnostiques) est de 53 % à Bruxelles et de 55 % en Wallonie³⁸. Ces dépistages doivent être renouvelés tous les 2 ans.

D'autres dépistages existent pour lesquels la mise en place d'un programme organisé n'a pas fait l'objet d'un consensus. C'est le cas du cancer du col de l'utérus. Le dépistage par frottis est recommandé chez toutes les femmes (même celles qui ont été vaccinées contre le HPV ou papillomavirus humain) jusqu'à l'âge de 65 ans, à une fréquence d'un frottis tous les 3 ans.

Les maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, rénales et le diabète sont également importantes à dépister, de même que les problèmes neurologiques³⁹. Le dépistage de l'ostéoporose est également

conseillé dès la ménopause chez la femme et dès 65 ans chez l'homme⁴⁰.

Des études et enquêtes⁴¹ ont ainsi été menées afin d'identifier les freins et les leviers à la participation aux programmes. Pour le programme organisé de dépistage du cancer du sein, on distingue les barrières de type individuel (manque de prise de conscience de l'utilité et de la nécessité du dépistage, hiérarchisation des contraintes familiales et sociales, faible niveau d'éducation, etc.) et celles liées aux prestataires de soins (absence de médecin traitant ou de consultation récente chez celui-ci, faible communication entre le médecin et son patient, etc.).

À l'inverse, le fait d'avoir pratiqué récemment un dépistage (par exemple du cancer du col de l'utérus) est sans doute le principal facteur associé à une pratique plus fréquente d'un autre dépistage (par exemple du cancer du sein). L'accessibilité et le recours aux soins et aux médecins (le fait d'avoir consulté un médecin généraliste au moins une fois dans le courant de l'année) ont également un effet levier.

Le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié quel que soit le dépistage, organisé ou non.

- 36 Recommandations du Conseil de l'Union européenne. Journal officiel de l'Union européenne. L327/34. Décembre 2003.
- 37 Le programme organisé de dépistage du cancer du sein s'adresse aux femmes âgées de 50 à 69 ans, celui du cancer du col de l'utérus est conseillé jusqu'à l'âge de 65 ans, tandis que celui du cancer colorectal s'adresse aux personnes âgées de 50 à 74 ans.
- 38 IMA-AIM, Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport 8 (à paraître) : Comparaison 2007-2008 et 2009-2010. (www.nic-ima.be).
- 39 Cornuz J et al. Prévention primaire et dépistage chez l'adulte : quelles sont les priorités en 2002 ? 2002.
- 40 Dreux C, Mattei J.-F. Santé, égalité, solidarité. Des propositions pour humaniser la santé. 2012.
- 41 Doumont D, Hoyois C. Identification des freins et des leviers dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein. 2011 ; p.26.

3

Insertion sociale, culturelle et associative

42 OMS. Guide mondial des villes amies des aînés. 2007.

43 Santé et Services Sociaux Québec, Secrétariat aux Aînés : <http://www.aines.gouv.qc.ca/etre-actif/definition.html>

44 Jolivet A. La politique européenne en faveur du vieillissement actif. *Retraite et Société*. 2002 ; 2 (36) ; p.137-157.

45 La dénomination «activité organisée» recouvre le fait d'avoir participé à un club de sport, ou à toute autre activité sociale au sein d'un club, d'avoir participé à des activités au sein d'une organisation religieuse (église, synagogue, mosquée, etc.), ou encore d'avoir été membre d'une organisation politique ou communautaire.

46 Voir par exemple la figure 9.3 sur les aides fournies selon l'âge et le sexe.

Le **vieillessement actif** est le processus d'optimisation des possibilités en matière de santé, de participation et de sécurité, visant à améliorer la qualité de vie au fur et à mesure que les individus vieillissent⁴². Le terme «actif» fait référence à un engagement dans différentes sphères d'activité, notamment celles du travail, de la vie collective (bénévolat), de la vie familiale (solidarité descendante et possibilité de rester à domicile) et des loisirs⁴³.

L'impact de l'insertion sociale, culturelle et associative sur la santé et le bien-être des individus vieillissants n'est plus à démontrer. Le cadre théorique le plus en vogue actuellement est celui proposé par la théorie du vieillissement actif. Toutefois, celui-ci n'est pas sans poser question.

Une de ces questions est celle de la normativité. La notion de vieillissement actif porte en elle le risque d'induire une obligation sociétale à être actif. Une deuxième question est la réduction de l'activité à l'emploi (lors des dernières années de la vie active), comme

l'ont longtemps promue les institutions européennes⁴⁴. Il serait d'ailleurs intéressant de parler d'être «acteur» plutôt que «actif», ce dernier terme étant utilisé en économie pour qualifier les personnes en âge d'emploi. Être acteur implique aussi de pouvoir prendre des décisions, même lorsqu'on devient dépendant. Une dernière question renvoie aux inégalités sociales, limitant l'éventail des possibilités y-compris à la retraite.

Les indicateurs utilisés pour traiter cette question sont la participation à des activités de volontariat, à des formations et à des activités organisées⁴⁵. Plusieurs critères influencent la participation à ces activités, comme la situation sur le marché de l'emploi précédant la retraite, le sentiment de joindre les deux bouts, le niveau d'instruction ou encore le fait de vivre seul ou en cohabitation.

On constate que les hommes participent davantage à des activités organisées et de volontariat que les femmes (table 3.1). Il serait toutefois hâtif d'en conclure que les femmes sont moins actives : celles-ci se consacrent en effet traditionnellement davantage aux activités moins formelles, telles que l'aide aux proches, par exemple⁴⁶.

Table 3.1 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) qui ont pris part au cours des 12 derniers mois à du volontariat, de la formation ou d'autre(s) activité(s) organisée(s), selon le sexe, en 2011, en Belgique francophone

	Hommes	Femmes	Total
Volontariat	27 %	22 %	24 %
Formation	16 %	16 %	16 %
Activité(s) organisée(s)	40 %	32 %	36 %
Au moins une de ces activités collectives	54 %	48 %	51 %

Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Table 3.2 – Part des personnes de 50 ans et plus retraitées (en %) qui pratiquent du volontariat, de la formation ou des activités organisées selon la situation d'emploi qui a précédé la retraite et selon le sexe, en 2011, en Belgique francophone

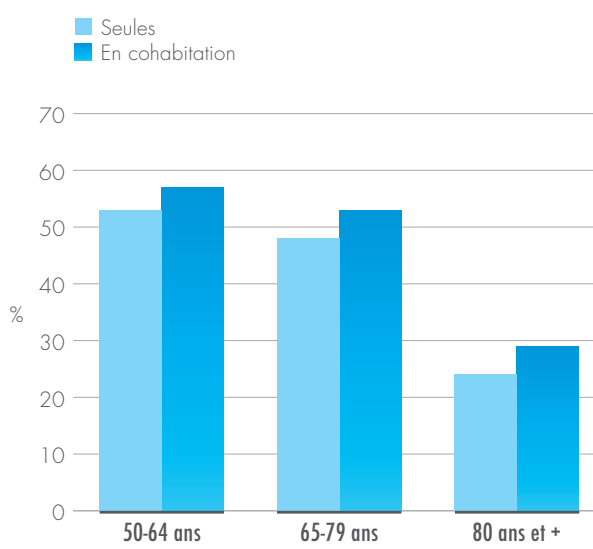
	Volontariat		Formation		Activités organisées		Au moins une de ces activités collectives	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Sans emploi depuis plus de 5 ans avant la retraite	20 %	16 %	6 %	6 %	36 %	27 %	44 %	36 %
Retrait de l'emploi dans les 5 ans précédant la retraite	25 %	25 %	13 %	18 %	39 %	37 %	51 %	51 %
Emploi jusqu'à la retraite	28 %	27 %	7 %	15 %	38 %	35 %	53 %	59 %

Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Il apparaît que les personnes sans emploi depuis plus de 5 ans avant leur passage à la retraite officielle sont moins nombreuses à pratiquer du volontariat, à suivre des formations et à participer à d'autres activités organisées (table 3.2).

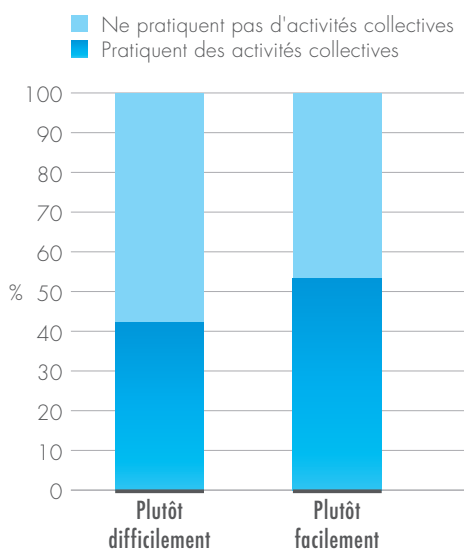
La participation à des activités collectives (volontariat, formation et activités organisées) concerne encore une personne sur deux chez les 65-79 ans et environ une personne sur quatre chez les 80 ans et plus (figure 3.1). On remarque que les personnes en cohabitation sont plus nombreuses à prendre part à des activités collectives.

Figure 3.1 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) qui pratiquent des activités collectives (volontariat, formation et activités organisées) selon le fait de vivre seul ou en cohabitation et selon les tranches d'âge, en 2011, en Belgique francophone



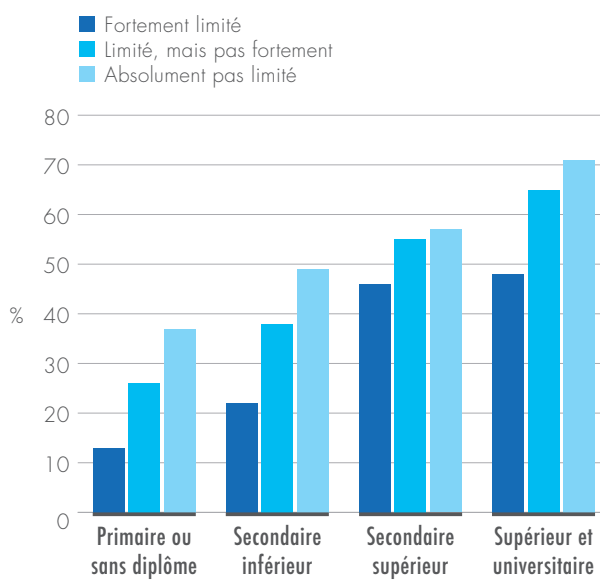
Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Figure 3.2 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) qui pratiquent des activités collectives (volontariat, formation et activités organisées), selon le sentiment de joindre les deux bouts, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Figure 3.3 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) qui pratiquent des activités collectives (volontariat, formation et activités organisées) selon le niveau d'instruction et le sentiment d'être limité ou pas par un problème de santé dans ses activités quotidiennes, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Les personnes qui indiquent «joindre facilement les deux bouts» en fin de mois sont plus nombreuses à prendre part à des activités collectives (volontariat, formation et activités organisées) que celles qui ont des difficultés financières (figure 3.2).

Enfin, plus les répondants ont un niveau d'instruction élevé, plus ils semblent prendre part à des activités collectives. De la même manière, ceux qui ne se déclarent pas limités par un problème de santé dans leurs activités

habituelles sont plus nombreux à y participer. Lorsqu'on combine les deux facteurs, des écarts importants se créent : seulement 13 % des personnes se disant fortement limitées dans leurs activités habituelles et ayant atteint au maximum le niveau d'études primaires prennent part à des activités collectives, tandis que 71 % des personnes ne se sentant pas limitées par un problème de santé et diplômées de l'enseignement supérieur et universitaire y participent (figure 3.3).

4

Insertion socio-affective

L'isolement social

est déterminé de manière objective sur la base du nombre de contacts qu'un individu entretient avec d'autres personnes⁴⁷.

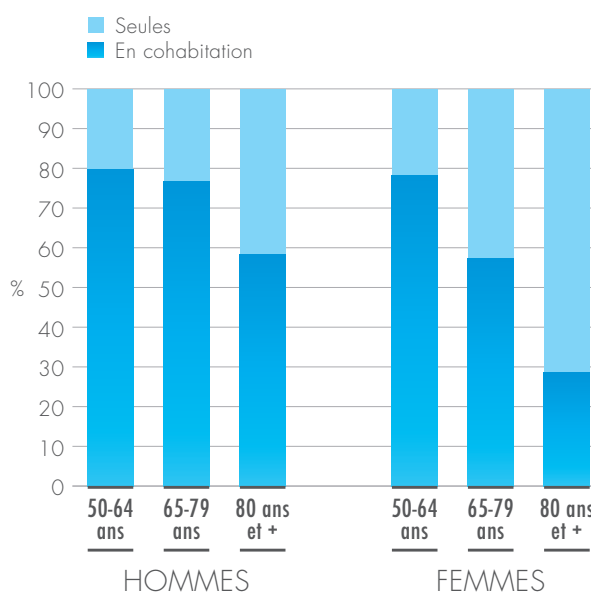
Le **sentiment de solitude** quant à lui est le ressenti subjectif lié au manque désagréable ou intolérable de (qualité de) certaines relations. Il est le résultat de la différence entre les contacts sociaux effectifs qu'entretient un individu et ceux qu'il souhaiterait avoir⁴⁸.

Le **capital social** est l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'interreconnaissance⁴⁹.

L'isolement social est souvent associé à l'âge : la perte des proches, la diminution de l'autonomie physique ou la peur de sortir de chez soi tendent à l'accroître. Bien que le sentiment de solitude ne soit pas directement lié à l'isolement social, il est plus fréquent chez les personnes isolées et augmente également avec l'âge. Souffrir de solitude peut être source de problèmes de santé mentale et physique importants (dépression et risque de suicide, hypertension, troubles du sommeil, anxiété, stress, maladies cardiovasculaires, etc.). La moitié des plus de 65 ans souffrent de solitude, indépendamment de la taille de leur réseau social. Les plus de 85 ans, les femmes, les personnes veuves et les aînés ayant des problèmes financiers et de santé souffrent davantage de solitude. Par ailleurs, un capital social insuffisant constitue un facteur de risque de décès au moins aussi important que d'autres facteurs plus connus tels que le tabagisme, l'obésité ou la pollution⁵⁰.

L'isolement et la solitude seront principalement investigués par deux indicateurs : le fait de vivre seul ou en cohabitation et le nombre de proches mentionnés par les répondants. Le premier fait davantage référence à l'une des composantes de l'isolement, tandis que le second, s'il fait aussi écho à la question de l'isolement dans la mesure où il a trait à la

Figure 4.1 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) vivant seules ou en cohabitation, selon les tranches d'âge et le sexe, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

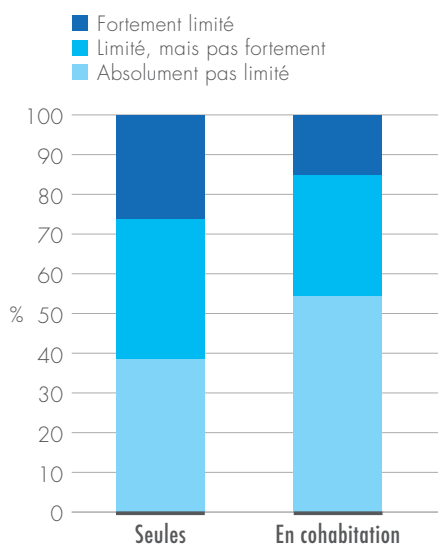
47 Vandenbroucke S et al. Vieillir, mais pas tout seul - Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique. Fondation Roi Baudouin. 2012.

48 Jong-Gierveld (de) J. 1984. Cité par Vandenbroucke S et al. 2012.

49 Bourdieu P. Le capital social. Notes provisoires. Actes de la recherche en sciences sociales. 1980 ; p. 2-3.

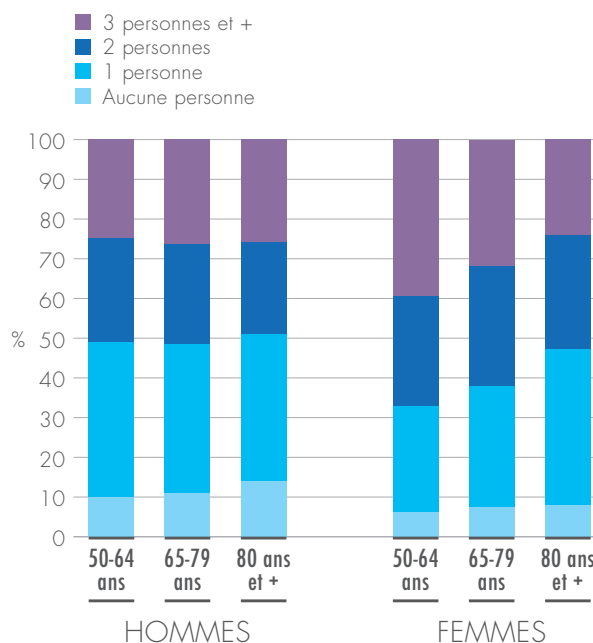
50 Vandenbroucke S et al. 2012. Op. cit.

Figure 4.2 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) qui déclarent être limitées par un problème de santé selon le fait de vivre seul ou en cohabitation, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Figure 4.3 – Répartition des personnes de 50 ans et plus (en %) selon le nombre de personnes proches déclarées, en fonction du sexe et de la tranche d'âge, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

51 Ce résultat a été contrôlé sur la classe d'âge.

densité du réseau, renvoie à la question de la solitude (il s'agit des proches à qui la personne peut se confier et non de l'ensemble des personnes composant le réseau social).

Entre 50 et 64 ans, il n'y a pas de différence selon le sexe quant au fait de vivre seul (une personne sur cinq) (figure 4.1). Ensuite, la proportion de femmes vivant seules croît rapidement (elle atteint deux sur cinq pour la tranche d'âge des 65-79 ans, alors que celle des hommes présente un certain décalage (ils n'atteignent ce taux qu'à 80 ans et plus, âge auxquels les femmes sont sept sur dix à vivre seules).

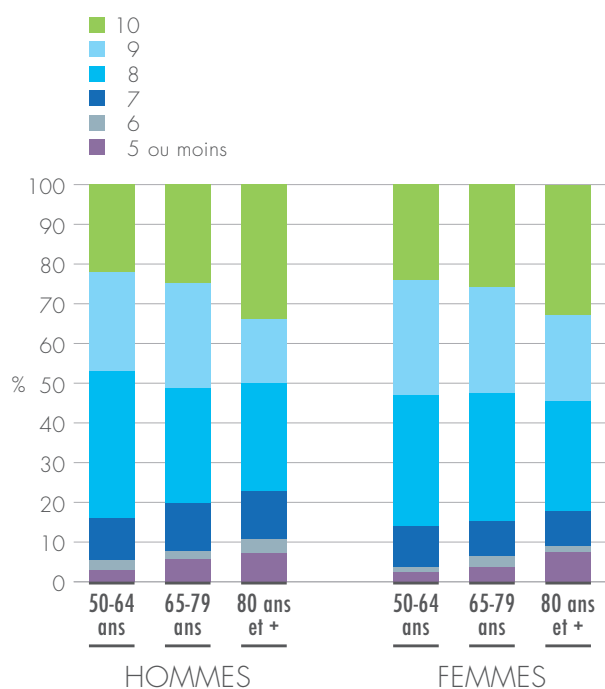
Les personnes qui vivent seules sont plus nombreuses à être fortement limitées à cause d'un problème de santé que les personnes vivant en cohabitation⁵¹ (figure 4.2). Dès lors, ne pouvant bénéficier de l'aide d'un membre du ménage pour certaines tâches quotidiennes,

elles doivent recourir à des aides à domicile ou faire appel à d'autres personnes de leur entourage. La question des aides, reçues et données, est abordée dans le thème 3 de ce cahier.

Dans la tranche d'âge des 50-64 ans, le réseau social proche est moins dense chez les hommes (un sur deux indique au moins deux proches) que chez les femmes (deux sur trois déclarent au moins deux proches) (figure 4.3). Avec l'avancée en âge, le réseau social proche a tendance à très peu diminuer chez les hommes alors que chez les femmes, la diminution est plus importante.

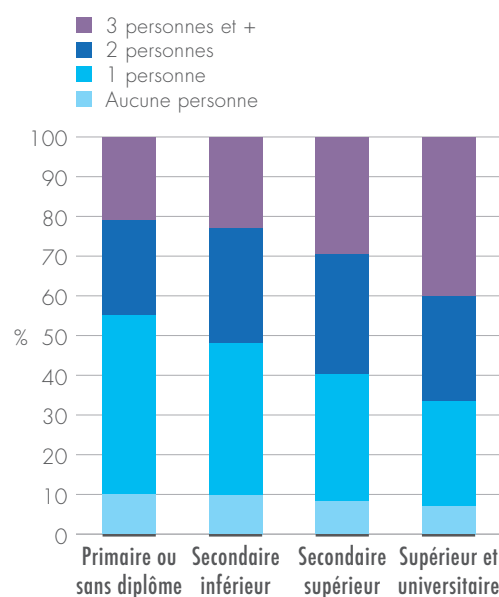
Deux évolutions opposées sont présentes dans l'appréciation du réseau social proche. Avec l'âge, tant parmi les hommes que parmi les femmes, de plus en plus de personnes indiquent un niveau de satisfaction très élevé (score de 10), mais de plus en plus de

Figure 4.4 – Répartition des personnes de 50 et plus, selon le niveau de satisfaction de leur réseau social sur une échelle de 0 à 10, en fonction des tranches d'âge et du sexe, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Figure 4.5 – Densité du réseau social proche (en %) des personnes de 50 ans et plus selon le niveau d'instruction, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

personnes également montrent un niveau d'insatisfaction faible (score inférieur à 5) (figure 4.4).

Enfin, la densité du réseau social proche tend à augmenter avec le diplôme⁵² (figure 4.5).

Vie affective et sexuelle

Parler de sexualité est encore tabou lorsqu'il s'agit des aînés, même au sein de leur génération. Les idées véhiculées sont la non-désirabilité de la personne âgée et la disparition du désir avec l'âge. Ce tabou se manifeste de manière flagrante dans le secteur résidentiel, même à l'égard des couples préexistant à l'entrée dans l'établissement, comme en témoignent les chambres séparées dans certaines institutions⁵³. Hors des maisons de repos, la situation est également souvent

difficile à accepter pour les familles, surtout face aux couples recomposés.

Si le maintien d'une vie sexuelle peut être synonyme de bien-être, elle n'est pas incontournable. La sexualité est influencée par plusieurs paramètres dont l'état psychique et physique ainsi que la vie sexuelle antérieure. Plusieurs facteurs peuvent entraîner une perte d'intérêt pour l'activité sexuelle chez les aînés : l'absence de partenaire, les problèmes sexuels (qui restent par ailleurs peu discutés avec les médecins), les facteurs psychologiques et sociétaux qui délégitiment leurs désirs, etc. L'interruption des rapports sexuels serait plus souvent imputable au partenaire masculin : le vieillissement affecte en effet davantage la vie sexuelle de l'homme que celle de la femme⁵⁴.

52 Ce résultat a été contrôlé sur la classe d'âge.

53 UCP. L'épanouissement affectif des aînés, quelle place lui donner ? 2010.

54 Trivalle C. La sexualité du sujet âgé. Dossier Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie. 2006 ; 6(31) ; p. 7-9.

Conclusion : un vieillissement inégal

Beaucoup de comportements protecteurs pour la santé se généralisent avec l'âge (trois repas complets, absence ou arrêt du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool), mais d'autres voient leur fréquence diminuer : c'est le cas de l'exercice physique modéré. La croissance de la consommation de médicaments antipsychotiques et antidépresseurs avec l'âge est également préoccupante.

Si des habitudes de vie saines présentent un avantage certain pour vieillir en bonne santé, on constate que c'est en partie à l'apparition des problèmes de santé que des comportements préventifs semblent initiés. Par exemple, l'avancée en âge voit tant une augmentation du nombre de personnes prenant au moins trois repas par jour qu'un accroissement des personnes en situation de dénutrition.

De la même manière, des différences marquantes de niveau d'activité se font jour selon divers déterminants, tels que le sexe, l'âge, le diplôme, le type de ménage ou encore le sentiment de pouvoir ou non joindre les deux bouts.

Ces inégalités sont constatées entre les sexes, selon la situation de vie et d'autres déterminants sociaux. Les individus, au-delà de leur libre-arbitre, sont pris dans des dynamiques qui les dépassent et qui ont un impact sur leurs comportements ou

directement sur leur santé. On aurait donc tort de ne voir dans ces comportements qu'un choix personnel et de n'attribuer en conséquence la qualité du vieillissement qu'à la responsabilité individuelle.

Les individus ne sont en effet pas égaux devant le vieillissement. Le vieillissement actif doit être compris comme une opportunité à saisir pour assurer la qualité de fin de vie de chaque personne et non comme une injonction stigmatisant les individus qui ne se montrent pas suffisamment actifs. En outre, il doit être adapté aux réalités de chaque individu. Les activités répondant aux logiques sociales des classes les mieux pourvues en capitaux de tous ordres, telles que l'emploi ou l'engagement associatif, ne doivent pas être considérées comme seules légitimes.

Isolement et solitude, s'ils sont en partie liés, ne peuvent être confondus. Avec l'âge, l'un comme l'autre augmentent. Mais si les femmes sont plus nombreuses à vivre seules, dès la tranche d'âge 65-79 ans, elles sont moins nombreuses à n'avoir aucun proche ou à être insatisfaites de leur réseau social proche.

On constate également que les conditions de vie (liées pour partie au niveau d'instruction) sont un facteur de protection contre la solitude : plus le diplôme est élevé, plus le réseau de proches est important.

Remarquons toutefois que les personnes vivant en maison de repos sont sous-représentées dans les enquêtes à l'origine de ces constats.

Thème **2**

La santé

L'**état de santé** est le fonctionnement plus ou moins harmonieux de l'organisme, sur une période assez longue. La santé est un concept multidimensionnel, qui revêt des dimensions physiques, mentales et sociales. Elle relève de trois principaux modèles : le modèle médical envisage la santé par rapport à une norme physiologique ou psychique. Le modèle fonctionnel définit la santé comme la capacité à réaliser des tâches dans un environnement social. Le modèle subjectif retient la perception de l'individu de son état de santé¹.

La **gérontologie** est la science qui s'occupe des problèmes biologiques, psychologiques, sociaux et économiques liés au vieillissement. *La gérontologie embrasse quatre aspects apparentés, mais distincts : le vieillissement physique, c'est-à-dire la perte progressive de la capacité du corps (organes et fonctions) à se renouveler ; le vieillissement psychologique, c'est-à-dire les transformations des processus sensoriels, perceptuels et cognitifs, de même que la vie affective de l'individu ; le vieillissement comportemental qui est la manifestation des changements précités (...) et qui embrasse les attitudes, les attentes, la motivation (...) enfin, le contexte social du vieillissement, c'est-à-dire l'influence qu'exercent réciproquement l'individu et la société l'un sur l'autre².*

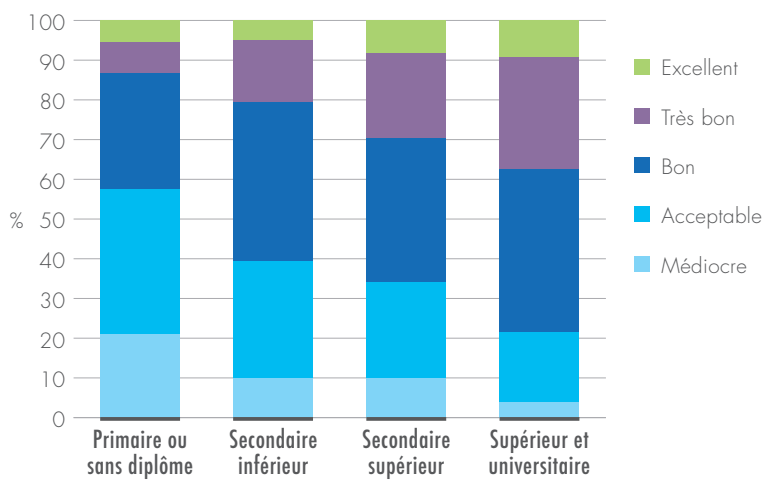
La **fragilité** peut être définie comme la baisse des réserves fonctionnelles et la diminution de la capacité de résistance aux stress auxquels un organisme est confronté ; cette moindre résistance accroît la vulnérabilité aux maladies, aux chutes, aux incapacités et in fine mène à la mort. *Elle ne se résume ni à la pathologie multiple, ni à la perte d'autonomie, ni au vieillissement³.*

1 Blaxter M. A comparison of measures of inequality in morbidity», in Fox J. (ed.), Health inequalities in european countries. 1989.

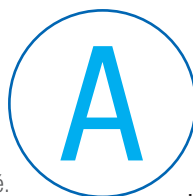
2 Zay N. Dictionnaire-manuel de gérontologie sociale. Les presses de l'université Laval ; Québec ; 1981. p. 241.

3 Saint-Jean O. Fragilité en clinique gériatrique : stade défini ou processus continu ?, Hôpital Européen Georges Pompidou, Université René Descartes, Paris.

État de santé déclaré par les personnes de 50 ans et plus (en %) selon le niveau d'instruction, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg



border le thème de la santé dans le cadre du vieillissement implique d'évoquer des affections, spécifiques ou non spécifiques, de cette période de la vie. Il faut

toutefois noter que la dégradation de la santé, si elle est inéluctable suite à la fragilisation de l'organisme, n'apparaît pas au même moment chez tous les individus, pas plus qu'elle n'évolue au même rythme. Rappelons que l'espérance de vie en bonne santé a augmenté plus vite que l'espérance de vie, entre 2004 et 2012 en Belgique, et qu'elle est en moyenne d'un peu plus de 20 ans à l'âge de 50 ans (cf. table 1.2).

L'impact des processus en œuvre lors du vieillissement peut être abordé par le concept de fragilité. À la fois source de perte d'autonomie et conséquence de celle-ci, la fragilité comporte plusieurs dimensions : les difficultés et troubles physiques, la diminution des capacités motrices, sensorielles, cognitives et d'adaptation aux situations d'agression (stress, infection, traumatisme, etc.), la perte de poids ou de masse musculaire involontaire, la lenteur, etc. En fonction des auteurs, les personnes sont considérées comme fragiles lorsqu'elles sont affectées par un certain nombre de ces dimensions^{4,5}. Au-delà des critères physiologiques, la fragilité est également psychologique, sociale, culturelle et identitaire.

Elle ne constitue généralement pas un état transitoire et implique un risque accru de chutes et de maladies entraînant davantage de consultations médicales et d'hospitalisations et pouvant mener à de la dépendance fonctionnelle⁶ et au décès. De plus, elle engendre une transformation des relations familiales par la nouvelle dynamique de besoins et services qu'elle provoque⁷.

Certains facteurs influençant la fragilité^{8,9} sont de nature socio-économique (revenus, niveau d'instruction, catégorie socioprofessionnelle, couverture médicale), mais il en existe aussi d'autres comme la situation familiale, l'environnement, les comportements à risque, les déterminants sociaux (âge et genre, histoire de vie, capital socioculturel, intégration au milieu environnant, appartenance à une génération) ou encore ceux liés aux représentations et à l'image sociale de la personne âgée.

On observe par exemple un lien entre le niveau d'instruction et l'état de santé déclaré des personnes de 50 ans et plus¹⁰ : les personnes d'un niveau d'instruction plus élevé sont plus nombreuses à se déclarer en excellente ou très bonne santé que celles d'un niveau moins élevé.

- 4 Renault S. Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille AGGIR. *Gérontologie et Société*. 2004 ; 109 (2).
- 5 Balard F. Exploration des besoins des personnes âgées en matière de gérontechnologie. *INSERM*. 2008.
- 6 La dépendance fonctionnelle se définit comme l'incapacité de réaliser seul des activités nécessaires à la vie quotidienne.
- 7 Armi F, Guilley E. La fragilité dans le grand âge : Définition et impact sur les échanges de services. *Gérontologie et société*. 2004 ; 109(2).
- 8 Doumont D, Deccache A. Besoins de santé, de promotion santé et d'éducation pour la santé des personnes âgées. 2ème partie. 1999.
- 9 Doumont D, Libion F, Deccache A. Les personnes âgées et leur santé : Besoins, représentations, comportements. 2ème partie. 1999.
- 10 Résultats contrôlés sur la classe d'âge.

5

La santé physique

La **médecine gériatrique** est la discipline médicale consacrée aux maladies dues au vieillissement. Elle considère la personne âgée dans sa globalité et fait appel à différents outils, comme l'évaluation gériatrique standardisée. Ses diagnostics s'éloignent du modèle traditionnel de maladie et permettent, par la prise en compte de pathologies associées au déclin fonctionnel, de réduire la mortalité et d'améliorer la qualité de vie.

Les **maladies chroniques** sont des affections de longue durée qui se développent en général lentement. Selon l'OMS, les maladies chroniques sont responsables de 63 % des décès, et constituent la première cause de mortalité dans le monde¹¹.

Bien que la vieillesse soit un phénomène complexe et hétérogène, aux conséquences diverses, elle entraîne des modifications physiques sur l'ensemble de l'organisme. Ces modifications peuvent s'accompagner d'une diminution des capacités fonctionnelles, exposant la personne âgée à des risques accrus.

Les risques les plus fréquemment encourus sont la sarcopénie (perte involontaire de la masse musculaire survenant avec l'avancée en âge), la dénutrition, la déshydratation, l'incontinence, les chutes, les atteintes cognitives, les troubles visuels, les atteintes à la mobilité, la sédentarité, etc. Plusieurs études¹² ont identifié des stratégies pouvant ralentir le processus de vieillissement, notamment l'influence de l'activité physique, la restriction diététique, la correction des déficits hormonaux, etc.

Les indicateurs utilisés ici pour caractériser la santé physique des populations âgées sont issus de l'enquête SHARE, parmi lesquels la présence de maladies chroniques, l'ostéoporose, les chutes et les fractures, et de données administratives, notamment les statuts d'invalidé et d'handicapé de l'INAMI et le forfait de soins pour maladies chroniques de l'assurance santé obligatoire.

Maladies chroniques, handicap et invalidité

L'enquête SHARE définit une maladie chronique comme une maladie ou un problème de santé à long terme, une incapacité ou un handicap.

La part des personnes déclarant souffrir d'une maladie chronique via l'enquête est nettement plus élevée que celle des personnes bénéficiant du forfait de soins pour maladie chronique de l'assurance obligatoire ou considérées comme invalides ou handicapées (table 5.1).

La prévalence des maladies chroniques augmente avec l'âge et commence à se manifester parfois avant 50 ans. Les plus fréquentes sont l'ostéoarthrose, l'hypertension, les douleurs dans le bas du dos, l'arthrite rhumatoïde et les allergies (table 5.2).

Le fait d'être affecté par une maladie chronique n'implique pas pour autant de se percevoir en mauvaise santé. En effet, selon la tranche d'âge, les personnes sont entre 34 % et 49 % à se déclarer en bonne santé alors qu'elles indiquent être affectées d'une maladie chronique (figure 5.1).

11 http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/fr/

12 Plus d'information : <http://umvf.univ-nantes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>

Table 5.1 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) se percevant en bonne santé ou déclarant une maladie chronique dans l'enquête SHARE (Belgique francophone), considérées comme invalides ou handicapées par l'INAMI (Wallonie et Bruxelles), ou bénéficiant du forfait maladie chronique d'après la banque de données de l'Agence intermutualiste¹³ (Wallonie et Bruxelles)

Source :	SHARE, 2011	SHARE, 2011	INAMI, 2012	INAMI, 2012	AIM, 2012
	En bonne santé ¹⁴	Maladie chronique	Invalide	Handicapé ¹⁵	Forfait maladie chronique ¹⁶
50-64 ans	72 %	42 %	9,8 %	1,5 %	9,3 %
65-79 ans	61 %	55 %	0,3 %	1,3 %	19,4 %
80 ans et +	49 %	65 %	0,1 %	1,4 %	25,6 %

13 Les données de SHARE concernent la Belgique francophone. Les données de l'INAMI et de l'AIM concernent la Wallonie et Bruxelles.

14 Il s'agit des personnes qui se déclarent en bonne, très bonne ou excellente santé.

15 À partir de 65 ans, il n'y a plus de nouveaux bénéficiaires de l'allocation de remplacement de revenus et d'intégration pour personne handicapée. Cela explique que la part des personnes handicapées reconnues par l'INAMI n'augmente pas dans les catégories d'âge des 65-79 ans et des 80 ans et plus.

16 Ce forfait ne correspond pas à une reconnaissance de la maladie mais à l'accumulation de plusieurs caractéristiques requérant quantité de soins.

17 Les affections faisaient partie d'une liste définie par l'enquête. Les données concernant les maladies du système nerveux sont indisponibles.

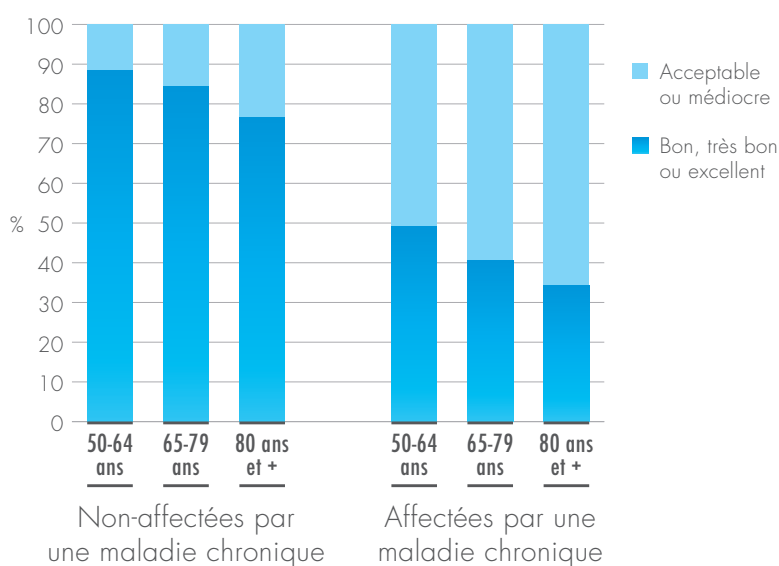
18 broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Table 5.2 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) souffrant d'une des 10 maladies chroniques les plus fréquentes¹⁷ selon le sexe, en 2008, en Wallonie et à Bruxelles

	Hommes	Femmes	Total
Ostéoarthrose	23 %	43 %	34 %
Hypertension	28 %	31 %	30 %
Douleur dans le bas du dos	26 %	30 %	28 %
Arthrite rhumatoïde	11 %	19 %	15 %
Allergies	10 %	15 %	13 %
Ulcère de l'estomac ou du duodénum	10 %	10 %	10 %
Maux de tête / Migraine	5 %	12 %	9 %
Diabète	9 %	9 %	9 %
Bronchites chroniques, COPD¹⁸ et emphysèmes	10 %	7 %	8 %
Asthme	6 %	7 %	7 %

Source : Enquête de santé, 2008, Institut Scientifique de Santé Publique. Calculs : Iweps

Figure 5.1 – État de santé déclaré par les personnes âgées (en %) selon les tranches d'âge et selon le fait qu'elles soient affectées par une maladie chronique ou non, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

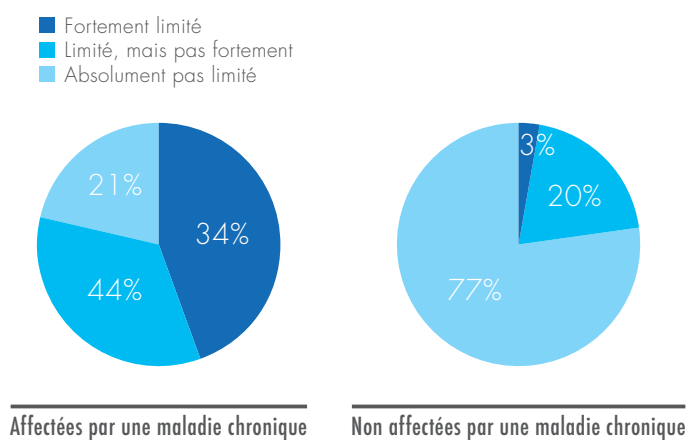
Il existe un lien évident entre les maladies chroniques et les limitations rencontrées dans les activités de la vie quotidienne. Ainsi, parmi les personnes âgées de 50 ans et plus atteintes d'une maladie chronique, quatre sur cinq se déclarent limitées par un problème de santé (figure 5.1). Elles sont plus de dix fois plus nombreuses (34 % contre 3 %) à se déclarer fortement limitées (figure 5.2) et deux fois plus nombreuses (44 % contre 20 %) à se sentir légèrement limitées que celles qui ne souffrent pas d'une maladie chronique.

Ostéoporose

L'ostéoporose affaiblit la résistance des os chez les personnes affectées. Elle représente, tout comme la sarcopénie, un risque important de fragilité chez la personne âgée¹⁹.

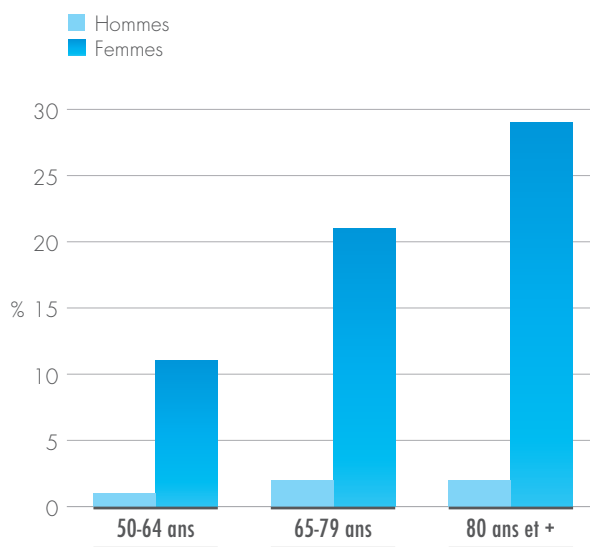
L'ostéoporose, de même que les chutes, se révèle de plus en plus fréquente avec l'avancée en âge. Environ une femme sur dix est touchée par cette maladie dans la tranche des 50-64 ans et trois femmes sur dix après 80 ans (figure 5.3). Elle touche de manière moins fréquente les hommes (de deux à trois hommes sur cent selon la tranche d'âge)²⁰.

Figure 5.2 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) limitées par un problème de santé selon qu'elles soient affectées par une maladie chronique ou non, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Figure 5.3 – Part des personnes âgées (en %) qui déclarent être affectées par de l'ostéoporose selon le sexe et les tranches d'âge, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

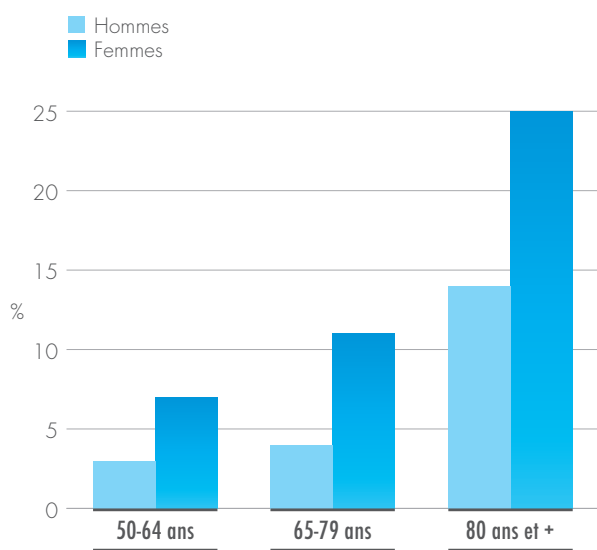
19 Rivier E, Krieg M-A, Lamy O. La sarcopénie : définition, méthode de mesure, avenir thérapeutique. Revue Médicale Suisse. 2011. p. 1047-1048.

20 L'ostéoporose n'étant pas toujours diagnostiquée, sa prévalence est en réalité

plus élevée. Avec l'avancé en âge, la masse osseuse diminue chez les femmes comme chez les hommes. Ainsi, la masse osseuse de près d'une femme ménopausée sur deux est basse. En outre, le risque de fractures croît avec l'âge et est estimé à 40 % chez

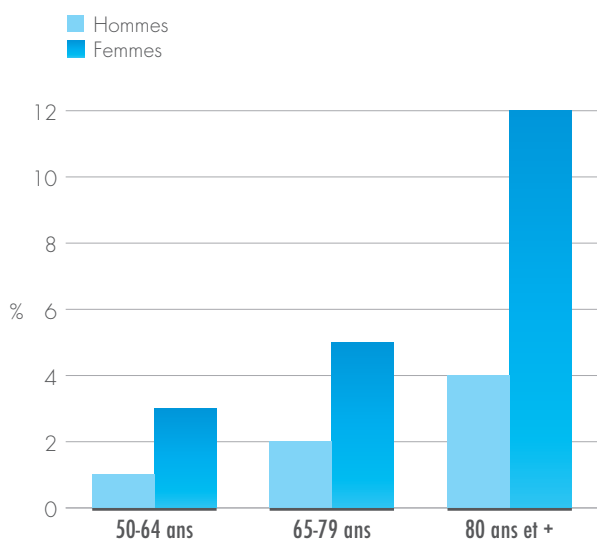
les femmes et à 13 % chez les hommes. Melton J E et al. How Many Women Have Osteoporosis? Journal of bone and mineral research. 1992. Volume 7, number 9, p. 1005-1010.

Figure 5.4 – Part des personnes âgées (en %) qui déclarent avoir fait une chute au cours des six derniers mois selon le sexe et les tranches d'âge, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Figure 5.5 – Part des personnes (en %) qui déclarent être affectées par une fracture de la hanche ou du col du fémur, selon le sexe et les tranches d'âge, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Chutes

Selon les données de l'enquête SHARE, 22 % des personnes âgées de 80 ans et plus ont chuté au moins une fois au cours des six derniers mois en 2011. Les personnes âgées développent souvent un « syndrome post-chute », à savoir la crainte de tomber à nouveau. Celui-ci induit une limitation spontanée de l'activité physique et entraîne progressivement la perte d'autonomie.²¹

La part de personnes qui chutent augmente avec l'âge mais reste limitée, au maximum, à une personne sur quatre chez les femmes de 80 ans et plus. Les chutes sont environ deux fois plus fréquentes chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge (figure 5.4).

Fractures

Les conséquences de l'ostéoporose et des chutes peuvent être des fractures, dont celles du poignet, de la hanche et du col du fémur. Les femmes sont à nouveau plus nombreuses à souffrir de fractures²² (figure 5.5). Cette différence est davantage marquée dans la tranche d'âge des 80 ans et plus, où cette affection concerne plus d'une femme sur dix contre environ un homme sur vingt-cinq.

21 Bourdessol H, Pin S. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, référentiel de bonnes pratiques, INPES. 2005.

22 Attention, les données de l'enquête SHARE ne distinguent pas les autres

fractures que celles de la hanche et du col du fémur ; les résultats présentés ne prennent pas en compte la fracture du poignet.

6

La santé mentale et cognitive

La **santé mentale** peut être définie comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné et s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne ; des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels ; des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement²³.

La bonne **santé cognitive** renvoie donc au bon fonctionnement des fonctions cognitives (citées ci-dessus). Elle permet une autonomie adéquate et la capacité à gérer la plupart des tâches quotidiennes sans difficulté majeure.

Le terme **cognitif** renvoie à l'ensemble des processus psychiques liés à l'esprit. Ainsi le langage, la mémoire, le raisonnement, la coordination des mouvements (praxies), les reconnaissances (gnosies), les fonctions exécutives regroupant le raisonnement, le jugement, la planification, l'organisation et les fonctions de perception sont des fonctions cognitives. Ce sont des fonctions orchestrées par le cerveau. Dans certaines pathologies comme les démences, les fonctions cognitives sont progressivement altérées²⁴.

La **déficiência cognitive** est un terme couramment utilisé pour désigner une mauvaise santé cognitive ou mentale. En termes fonctionnels, la déficiencia cognitive concerne toute personne dont l'état de santé affecte la capacité de percevoir, organiser et intégrer l'information²⁵. Elle entrave donc l'autonomie dans les activités quotidiennes et rend difficile l'accomplissement de certaines tâches.

Le déclin cognitif affecte progressivement chaque individu : la plupart des fonctions cognitives comme la mémoire, l'attention, la vitesse d'exécution, etc. sont affectées par le vieillissement mais à des degrés divers selon les aptitudes de base et la personne. Par ailleurs, un certain nombre de pathologies peuvent altérer les fonctions cognitives et être à l'origine de problèmes d'adaptation.

Le vieillissement cognitif non pathologique sera quantifié par certains tests cognitifs

de l'enquête SHARE et mis en lien avec quelques variables caractérisant la situation des personnes. Les pathologies affectant le fonctionnement cognitif seront également abordées.

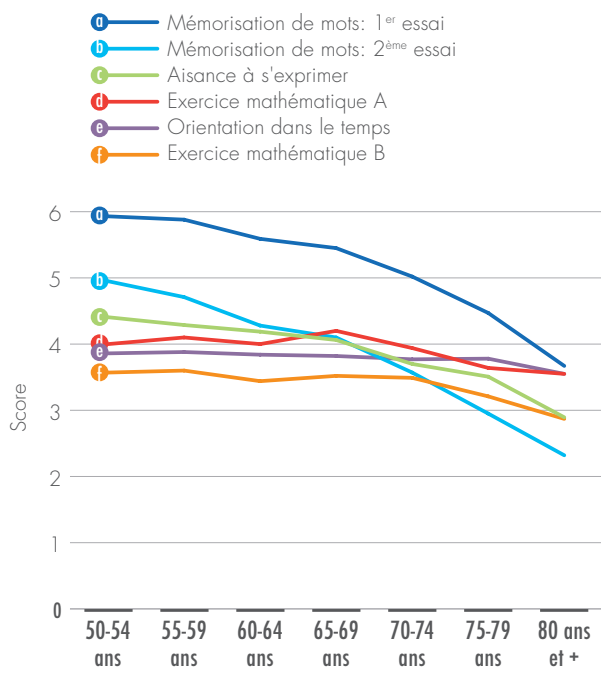
D'autres pathologies, mentales celles-là, peuvent également toucher les individus. La plus fréquente, la dépression, sera investiguée grâce au test de dépression présent dans la même enquête. Le suicide sera également évoqué.

23 Selon le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) http://www.acsmbf.com/def_SM.html

24 <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/8302-cognitif-definition>

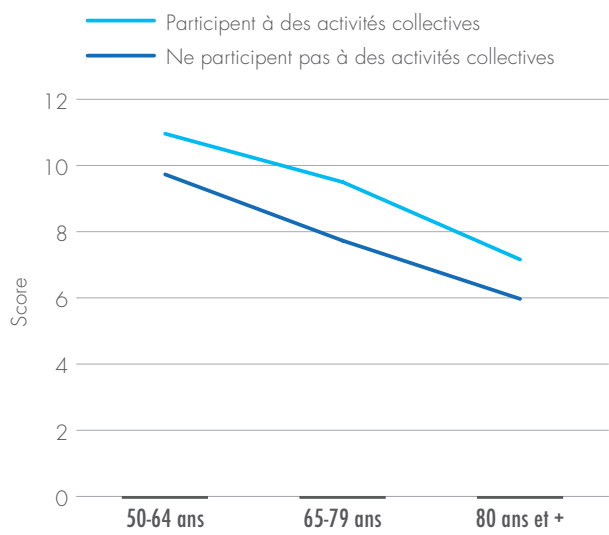
25 Forum International des Transports. Déficiencia cognitive, santé mentale et transports. Editions OCDE ; 2009. p.11.

Figure 6.1 – Scores moyens obtenus par les personnes âgées à différents tests cognitifs selon les tranches d'âge, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Figure 6.2 – Résultat cumulé des scores obtenus par les personnes âgées aux tests de mémorisation de mots selon le fait de pratiquer ou non des activités collectives³⁰, selon les tranches d'âge, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Les aptitudes cognitives et le vieillissement non pathologique

L'enquête SHARE administre 6 tests cognitifs, faisant appel à des compétences diverses comme la mémoire, l'orientation dans le temps²⁶, la fluidité verbale²⁷ ou encore le calcul.

Les résultats aux tests cognitifs (figure 6.1) montrent qu'avec l'avancée en âge, les facultés cognitives s'amenuisent²⁸ : la différence entre les scores varie entre 10 % (test de l'orientation dans le temps) et 30 % (tests de mémorisation de mots²⁹). Au même titre que la diminution des performances physiques, ces résultats ne sont pas pour autant inquiétants et synonymes de déficience cognitive.

La participation à des activités collectives, au même titre que l'emploi³¹, permet un meilleur maintien des capacités cognitives (figure 6.2).

Les personnes qui ont travaillé au moins une partie des cinq années précédant leur retraite réalisent également de meilleurs scores que les personnes qui étaient sans emploi durant cette même période. Cet effet s'estompe avec l'avancée en âge (figure 6.3).

26 Ce test consiste à indiquer le jour de la semaine et la date complète (jour, mois et année).

27 Les scores du test «aisance verbale à s'exprimer» ont été divisés par 5 pour se situer dans les mêmes valeurs que les scores des autres tests.

28 Les personnes atteintes de troubles cognitifs (démence, maladie d'Alzheimer, maladie de

Parkinson) sont sous-représentées dans les enquêtes.

29 Ces tests consistent à se souvenir du maximum de mots dans une liste de 10 mots lus par l'enquêteur. Le premier test a lieu directement après la lecture de la liste tandis que le second a lieu une dizaine de minutes après.

30 La notion d'activités collectives recouvre ici le fait d'«avoir effectué du volontariat ou du bénévolat», «avoir suivi une formation», «avoir participé à un club de sport, ou toute autre activité sociale au sein d'un club», «avoir participé à des activités au sein d'une organisation religieuse (église, synagogue, mosquée, etc.), «avoir été membre d'une organisation politique ou communautaire».

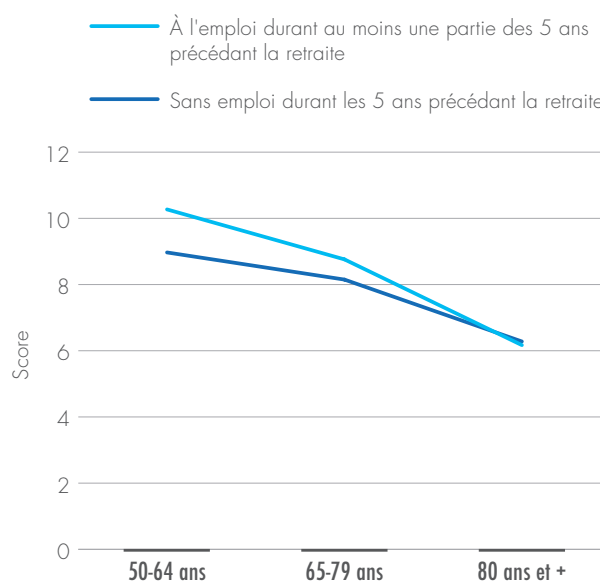
Vieillesse pathologique : les déficiences cognitives

Des déficiences cognitives pathologiques peuvent survenir avec l'âge. Ces difficultés fragilisent la personne et peuvent la mener au repli sur soi, ou au contraire à des prises de risques mal contrôlées. Les troubles cognitifs se manifestent entre autres par la difficulté à se souvenir du moment de la journée et à trouver son chemin³².

Il arrive que l'entourage du malade prive celui-ci de toute activité et de tout contact par honte ou par crainte. Cependant, cela ne peut qu'aggraver la déperdition des fonctions encore présentes. La démence entraîne une dépendance rapide, l'entourage a donc une importance essentielle dans le projet thérapeutique du malade³³.

Un niveau d'instruction élevé et des activités de loisirs à la retraite, reflets de la situation socio-économique des personnes, réduisent le risque de démence et de maladie d'Alzheimer³⁴. Ces résultats sont intéressants en raison des activités³⁵ peu onéreuses et modulables en fonction des désirs et des habitudes des personnes âgées qu'il est possible de mettre en place.

Figure 6.3 – Résultat cumulé des scores obtenus par les personnes retraitées aux tests de mémorisation de mots selon le fait d'avoir été (au moins en partie) à l'emploi ou non durant les 5 ans précédant la retraite, par tranche d'âge, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

La démence

Il s'agit d'un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer des opérations de pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre d'un vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement³⁶. La démence constitue la première cause d'admission en institution.

31 Bonsang E, Adam S, Perelman S. Does retirement affect cognitive functioning? 2010.

32 Renaut S. Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille AGGIR. Gérontologie et Société. 2004 ; 109(2).

33 Collège National des Enseignants de Gériatrie. 2008-2009 : <http://umvf.univ-nantes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>

34 Le Goff M et al. Activités à la retraite et risque de démence : résultats de l'étude PAQUID. C. R. Biologies. 2009 ; 332 (4) ; 378-384.

35 Cinq activités sont significativement associées à un faible risque de démence : le sport, les voyages, la lecture, le tricot ou le bricolage et les jeux de société.

36 Association pour la recherche sur Alzheimer : <http://alzheimer-recherche.org/4026/lexique/>

- 37 Collège National des Enseignants de Gériatrie. Le vieillissement humain. Support de cours. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2008-2009.
- 38 Basse C, Perrin M, Adam S. Prise en charge de l'apathie dans la maladie d'Alzheimer par le maintien d'un domaine d'expertise : étude de cas. In Adam S et al. La prise en charge en Neuropsychologie : Étude de cas. Solal. Marseille. 2000 ; 10(5) ; p. 485-509.
- 39 Rigaud A-S. et al. Troubles psychiques des personnes âgées. EMC-Psychiatrie. 2005 ; 2 ; p. 259-281.
- 40 Ibid.
- 41 Ibid.
- 42 www.geriatrie.webs.com

La maladie d'Alzheimer

Elle représente 60 % des causes de démence en Europe³⁷. Les facteurs de risque les plus importants sont l'âge et l'existence d'antécédents familiaux de la maladie. La pathologie se manifeste de manière précoce par des troubles de mémoire relatifs aux faits récents (vie quotidienne, emplacement d'objets), et entraîne des modifications du comportement (apathie, symptômes dépressifs, perte d'initiatives).

L'apathie est une perte de motivation qui se manifeste par une diminution de l'initiation, un manque d'intérêt, de l'indifférence, un faible engagement social et un émoussement émotionnel. L'apathie est probablement le symptôme comportemental le plus fréquent dans la maladie d'Alzheimer. Elle a souvent été confondue avec la dépression et par conséquent souvent sous-diagnostiquée³⁸.

Les maladies mentales

La moitié des personnes de plus de 65 ans souffrirait de troubles psychiques, lesquels sont souvent associés à une ou plusieurs affections somatiques. Les affections mentales dans cette tranche d'âge s'expriment le plus souvent par le corps : plainte somatique ou troubles du comportement ou de l'humeur³⁹.

La dépression

La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquent chez le sujet âgé. La prévalence diffère selon la définition proposée et la population considérée. Elle est associée à une perte d'autonomie, un déclin fonctionnel, une baisse de qualité de vie, un accroissement de la mortalité lié aux comorbidités et aux suicides (surtout après 80 ans). Elle représente

un fardeau non négligeable pour les aidants et une charge importante pour les services de santé. Les personnes âgées ne souffrent pas davantage de dépression que les personnes plus jeunes. Cependant, elle reste sous-estimée et sous-traitée, car notamment banalisée par l'entourage ou encore dissimulée par les aînés eux-mêmes⁴⁰.

Par ailleurs, elle peut être difficile à différencier des symptômes liés au vieillissement physiologique ou induits par une des affections fréquentes à cet âge. Enfin, chez le malade âgé, la dépression se manifeste par des symptômes moins expressifs que chez l'adulte d'âge moyen⁴¹.

Dans la dépression de la personne âgée, il est probable qu'interviennent à la fois des facteurs somatiques et des facteurs psychologiques. Les principaux facteurs somatiques⁴² sont les antécédents de dépression, les troubles du sommeil, la perte d'autonomie, les déficits cognitifs ou le fait d'être porteur de certains troubles vasculaires ou neurodégénératifs comme la maladie de Parkinson, ainsi que la génétique. Les facteurs de risques psychologiques et sociaux sont le célibat et le deuil, la solitude et l'isolement, la perte des rôles (dont parental) et le sentiment d'abandon, l'entrée en maison de retraite, la maltraitance, et les difficultés économiques.

Si la majorité des antidépresseurs ont une même efficacité (ni plus, ni moins), quel que soit l'âge du sujet, la vulnérabilité aux effets indésirables peut être plus élevée chez les personnes plus âgées et les interactions avec d'autres médicaments plus fréquentes. En fonction des raisons sous-jacentes à la dépression de la personne âgée, il peut être intéressant de rechercher des alternatives aux traitements médicamenteux.

L'indicateur utilisé dans les figures ci-dessous s'appuie sur l'échelle Euro-D, composée de douze questions couvrant l'humeur dépressive, le pessimisme, le suicide, la culpabilité, les troubles du sommeil, l'intérêt, l'irritabilité, l'appétit, la fatigue, la concentration, le plaisir et la tristesse. Par convention, un score supérieur à 3 indique la présence probable d'un état dépressif chez la personne.

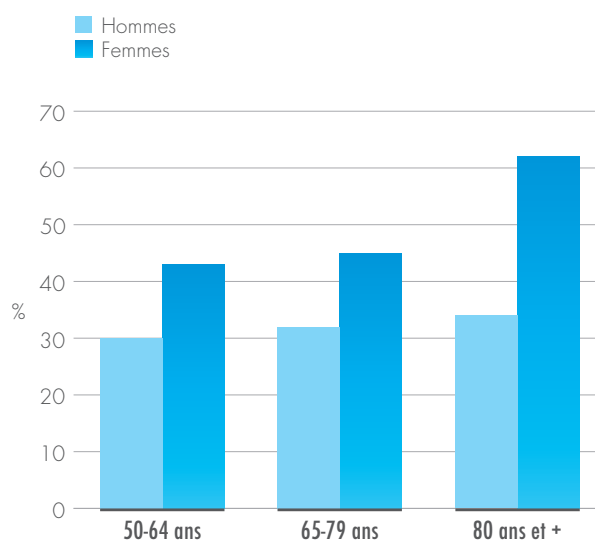
Les taux de dépression sont à considérer avec prudence. En effet, l'utilisation des échelles de dépression chez les sujets âgés présente deux limites. D'une part, ces derniers ont tendance à sous-estimer leurs troubles dépressifs et d'autre part, les échelles utilisées chez le jeune sujet accordent une valeur trop importante à certains items somatiques telles les modifications de l'appétit ou du sommeil qui peuvent exister chez la personne âgée en dehors de toute pathologie⁴⁴.

On n'observe pas de changements évidents entre les différentes classes d'âge, sauf pour les femmes après 80 ans (figure 6.4). Des liens existent entre la présence de symptômes de dépression et certaines variables sociodémographiques⁴⁵, notamment le sexe, le sentiment de joindre les deux bouts en fin de mois, l'état de santé déclaré, le fait de vivre seul ou en cohabitation (avant 80 ans), selon le nombre d'aidants proches et selon le nombre de confidentes (uniquement pour les 80 ans et plus).

Le suicide

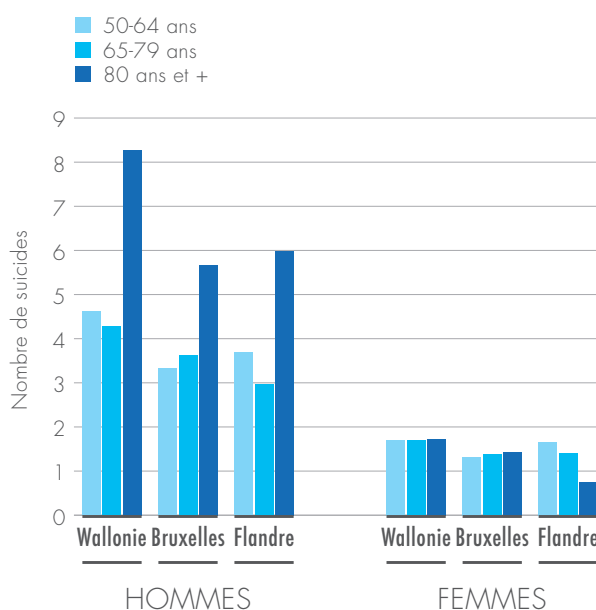
Le taux de suicide des hommes représente plus de deux fois celui des femmes pour la tranche d'âge 50-64 ans, peu importe la région (figure 6.5). En outre, s'il est stable chez les femmes quel que soit l'âge, chez les hommes, il augmente nettement après 80 ans, créant ainsi un tableau contrasté par rapport à celui de la dépression.

Figure 6.4 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) cumulant plus de 3 symptômes de dépression⁴³ sur 12 selon les tranches d'âge et le sexe, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Figure 6.5 – Taux de suicide (pour 10 000 personnes) selon la région de résidence, les tranches d'âge et le sexe, en 2011



Source : SPF Économie, 2011. Calculs : SPF Économie

43 Selon l'échelle Euro-D.

44 Rigaud A-S et al. Troubles psychiques des personnes âgées. EMC-Psychiatrie. 2005 ; 2 ; p. 259-281.

45 Source : SHARE, 2011.

46 www.larousse.fr

47 Dubé M et al. La santé mentale par la gestion des projets personnels : une

intervention auprès de jeunes retraités. Santé mentale au Québec. 2005 ; 30(2) ; p. 321-344.

48 Doumont D, Deccache A. Besoins de santé, de promotion santé et d'éducation pour la santé des personnes âgées. 2ème partie. UCL-RESO Unité d'Éducation pour la Santé. 1999.

Conclusion : un état de bien-être

Le **bien-être** est un état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit⁴⁶. Cette définition revêt le caractère positif et personnel, donc subjectif, de l'évaluation de sa situation. Les critères sont le vécu à la retraite, le bonheur, le sens donné à la vie, la sérénité et la détresse. Le bien-être se concrétise par des variables cognitives et affectives, positives et négatives, conformément aux modèles courants de la santé mentale⁴⁷.

La **qualité de vie** est définie⁴⁸ par des déterminants tels que l'auto-perception de l'état de santé, la qualité du sommeil, l'absence de pathologie invalidante, l'impact de la maladie. Elle prend en compte des dimensions physique, spirituelle, psychosociale et environnementale.

L'

accent mis sur ces diverses pathologies ne doit pas masquer le fait que le vieillissement se passe bien dans la majorité des cas.

La perception qu'a un individu de sa propre santé se révèle plus importante que le diagnostic médical⁴⁹. Elle entraîne plus de conséquences sur son comportement et est donc plus susceptible d'influencer son avenir. Elle constitue un prédicteur de la morbidité, du statut fonctionnel, de l'invalidité et de la consommation de soins⁵⁰. Une idée reçue voudrait que le bien-être décline avec l'avancée en âge. Or, son évolution, bien que soumise au vieillissement, en subirait des influences aussi bien positives que négatives, ne se réduisant pas seulement au déclin de la santé.

La proportion des personnes éprouvant un mal-être est, il est vrai, plus faible chez les 65-79 ans (19 %) que chez les 85 ans et plus (28 %). En effet, le sentiment de bonheur atteint son point culminant vers 65 ans⁵¹. Si la détérioration de la santé montre un effet néfaste sur le bien-être en altérant la vie sociale ainsi que l'image que la personne âgée a d'elle-même, le grand âge a aussi un impact positif sur le bien-être⁵². L'expérience accumulée contribue à la gestion des émotions et à la pleine jouissance du moment présent via un processus de sélection émotionnelle des expériences les plus riches.

Répartition des personnes de 50 ans et plus, selon le niveau de satisfaction de leur vie sur une échelle de 0 à 10, en fonction des tranches d'âge et du sexe, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

49 Fookien I. Patterns of health behavior, life satisfaction, and future time perspective in a group of old aged women. *International Journal of Behavior Development*. 1982 ; 5(3) ; p. 367-390.

50 Ibid.

51 Asfa C, Marcus V. Le bonheur attend-il le nombre des années ? France, portrait social. 2008.

52 Bickel J-F, Girardin Keciour M. De l'impact de la fragilité sur la vie quotidienne. Changements et continuité des activités et du bien-être dans le grand âge. *Gérontologie et Société*. 2004 ; 109(2).

Le sentiment de satisfaction de sa vie varie peu selon le sexe. Mais des différences sont présentes dans la tranche d'âge des 80 ans et plus où les femmes semblent nettement moins satisfaites que dans les tranches d'âge précédentes. Les hommes, quant à eux, semblent un peu plus satisfaits par rapport aux tranches d'âge précédentes.

Thème

Le soutien au vieillissement

3

L'**autonomie** est la faculté de décider indépendamment d'autrui. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement.

La **dépendance** est un *état généré par l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement*¹. La notion de dépendance, principalement définie par le champ médical, est critiquée par d'autres disciplines pour ses connotations négatives, le manque de consensus sur sa définition, et son utilisation pour une catégorie d'âge spécifique. Des termes plus neutres et plus précis sont préconisés, comme ceux de déficience, d'incapacité et de handicap².

A

Autonomie et dépendance ne sont pas opposées. La première se réfère au libre arbitre de la personne et la seconde au besoin d'aide.

La dépendance est évaluée au moyen de diverses échelles de mesure des limitations (physiques et cognitives) d'une personne dans sa vie quotidienne (par exemple, celle de Katz)³.

On peut remarquer que 12 % des hommes comme des femmes de 50 à 65 ans se disent déjà fortement limités (figure page suivante).

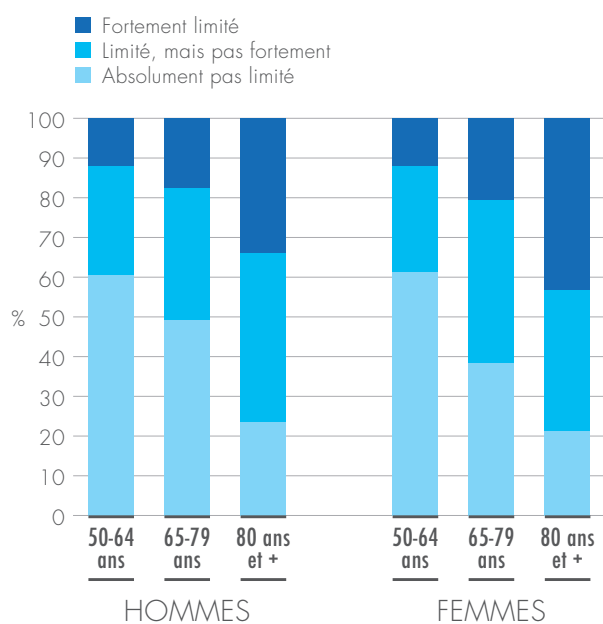
Si la dépendance augmente avec l'âge, on constate néanmoins que même au-delà de 80 ans, seules quatre femmes sur dix et un homme sur trois se déclarent

fortement limités dans leur vie quotidienne. La différence entre hommes et femmes chez les personnes de 80 ans et plus est en grande partie due au différentiel entre les espérances de vie et les espérances de vie en bonne santé des hommes et des femmes.

La dépendance s'installe petit à petit ou peut être la conséquence brutale d'une maladie, d'un accident, d'une hospitalisation. Selon son degré, elle peut imposer l'intervention de tierces personnes à domicile, qu'il s'agisse de proches ou de services institués, voire entraîner l'abandon du domicile. Les conséquences peuvent être directes (humaines, matérielles et financières, pour la personne elle-même) ou indirectes (par exemple, en termes d'impacts sur les familles).

- 1 Leleu M. Dépendance, précarité et exclusion. Comment améliorer la qualité de vie au domicile de personnes âgées ? Pensée plurielle. 2003 ; 2 (6) ; p. 101.
- 2 Ennuyer B. Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social. DUNOD ; 2004.
- 3 D'aucuns remarquent que les outils comptabilisent plus souvent les déficits que les compétences et soulignent la nécessité d'inverser le paradigme.

Sentiment d'être limité par des problèmes de santé (en %) chez les personnes de 50 ans et plus, en fonction des tranches d'âge et du sexe, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Les compétences institutionnelles relatives à l'aide et aux soins aux personnes âgées sont réparties entre différents niveaux politiques belges. Afin de coordonner les actions menées à ces niveaux, un groupe de travail intercabinets dénommé "Soins aux personnes âgées" a été créé au sein de la Conférence Interministérielle "Santé Publique". Sa priorité est de permettre aux personnes âgées de résider le plus longtemps possible à domicile. La sixième réforme de l'état entraîne dès juillet 2014 une régionalisation d'une bonne partie de ces compétences (maisons de repos, SISD, etc.), les soins curatifs restant de la responsabilité fédérale⁴.

4 Joos Ph. La sixième réforme de l'état (accord papillon). 2012. http://www.legalworld.be/legalworld/uploadedFiles/Other_content/accordpapillon.pdf?LangType=2060

7

Consommation en soins de santé

Aborder la question des soins de santé chez les personnes de 50 ans et plus implique d'investiguer les contacts avec le médecin généraliste ou le spécialiste, l'utilisation des services d'urgence et les hospitalisations. Une déclinaison selon les facteurs démographiques met en évidence certaines inégalités concernant l'accès aux soins de santé chez les personnes âgées.

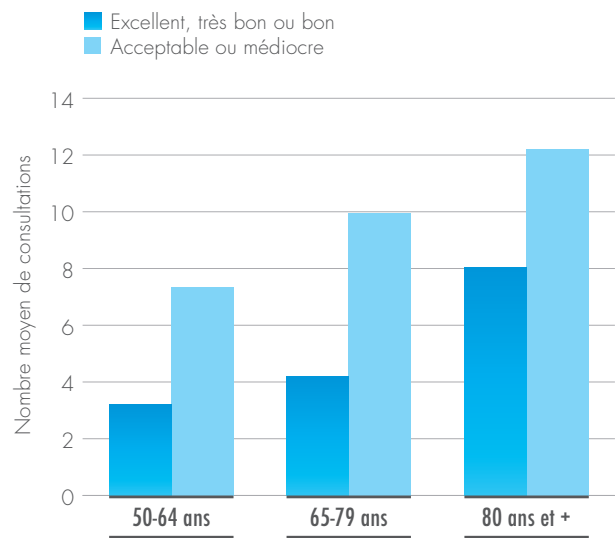
Médecins généralistes

Chez les 50 ans et plus, le nombre moyen de consultations d'un médecin généraliste dépend évidemment de l'état de santé perçue (figure 7.1). Cette fréquence s'accroît avec l'âge, mais l'écart selon l'état de santé déclaré diminue chez les 80 ans et plus.

Le nombre moyen de consultations chez un médecin généraliste varie également selon d'autres critères, comme le niveau d'instruction et les revenus. Les personnes diplômées de l'enseignement supérieur et universitaire tendent à moins consulter un médecin généraliste que celles disposant au plus d'un diplôme de l'enseignement primaire (figure 7.2). Cette différence, qui augmente avec l'âge, s'explique en partie par la tendance, pour les personnes bénéficiant d'un niveau d'instruction plus élevé, à être en meilleure santé (par exemple, pour ce qui concerne les limitations dans la vie quotidienne ou la santé perçue), notamment suite à une meilleure hygiène de vie *déclarée*⁵ (pratique d'activité physique, consommation raisonnable d'alcool, absence de tabagisme, etc.), mais aussi en raison de conditions de vie plus aisées et un cumul des facteurs de protection pour la santé.

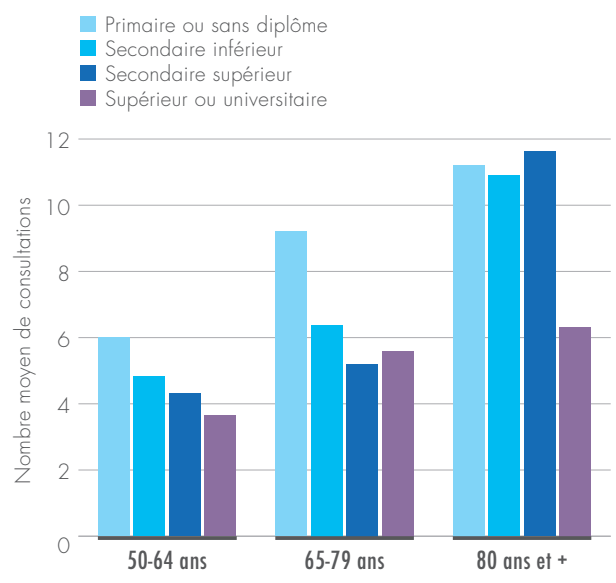
5 Le lecteur sera attentif au fait qu'il faut rester prudent : un groupe social peut très bien modéliser davantage ses réponses qu'un autre groupe selon sa perception de la désirabilité sociale de celles-ci.

Figure 7.1 – Nombre moyen de consultations d'un médecin généraliste selon l'état de santé déclaré, par tranche d'âge, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Figure 7.2 – Nombre moyen de consultations d'un médecin généraliste, selon les tranches d'âge et le niveau d'instruction, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Table 7.1 – Nombre de séjours hospitaliers effectués par 1000 personnes de 50 ans et plus, en 2011, selon la région de résidence

Région de Bruxelles-Capitale	262
Région flamande	261
Région wallonne	270

Source : INAMI, 2011. Calculs : INAMI

Table 7.2 – Part des personnes âgées (en %) ayant passé au moins une nuit à l'hôpital au cours des douze derniers mois, nombre moyen de séjours par personne et nombre médian de nuits par séjour, selon les tranches d'âge, en 2011, en Belgique francophone

	Personnes ayant passé au moins une nuit à l'hôpital	Nombre moyen de séjours hospitaliers par personne	Nombre de nuits passées à l'hôpital par séjour (médiane)
50-64 ans	15 %	0,24	3
65-79 ans	19 %	0,31	4
80 ans et +	24 %	0,32	7

Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

6 Source : Enquête de santé, 2008, Institut Scientifique de Santé Publique. Calculs : HISIA, site interactif de l'ISP.

7 Ibid.

8 Source : INAMI. Calculs : OWS.

9 Mazière S et al. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. *Presse Med.* 2011 ;40(2).

10 OMS, 2002. <http://www.soinspalliatifs.be/definition-des-soins-palliatifs-oms.html>

11 Cellule fédérale d'Évaluation des Soins Palliatifs. Rapport d'évaluation des soins palliatifs. Bruxelles. SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. 2014 ; p. 60-62.

Service d'urgence

Chez les personnes de 50 ans et plus, le recours aux services d'urgence est plus fréquent à Bruxelles (18 %) qu'en Wallonie (15 %) ou en Flandre (12 %). Ces proportions varient selon l'âge, de 11 % chez les 50-64 ans à 21 % chez les 80 ans et plus, à Bruxelles (la tendance est un peu moins marquée en Wallonie⁶).

Soins infirmiers et médecins spécialistes

En Wallonie, comme dans les autres régions, la proportion de personnes ayant recours aux soins infirmiers à domicile augmente fortement avec l'âge, passant d'environ 7 % chez les 50-64 ans à près de 19 % chez les 80 ans et plus. L'utilisation de ces services par les personnes de plus de 50 ans est plus importante en Wallonie (11 %) et en Flandre (12 %) qu'à Bruxelles (6 %). En ce qui concerne les médecins spécialistes, 60 % des Wallons déclarent y avoir eu recours en 2008 pour 63 % des Bruxellois et 53 % des Flamands⁷.

Hospitalisations

En Wallonie, 94 sites hospitaliers étaient agréés en 2012. 70 % des hôpitaux généraux disposent de services gériatriques proposant des soins spécialisés pour les personnes âgées⁸. Six complexes hospitaliers généraux proposent en plus des programmes de soins spécialisés pour les patients gériatriques, dispensés dans un ensemble structuré de services et organisés de façon multidisciplinaire et transversale. Le nombre moyen d'hospitalisations varie très peu selon la région (table 7.1). La majorité de ces hospitalisations se font dans les services de

médecine spécialisée plutôt que dans un service gériatrique.

Avec l'avancée en âge, le nombre de personnes hospitalisées au moins une nuit à l'hôpital augmente, de 15 % chez les 50-64 ans à 24 % chez les 80 ans et plus (table 7.2). La durée des séjours s'accroît également : de trois nuits par ans passées à l'hôpital chez les 50-64 ans, le nombre médian passe à sept nuits chez les 80 ans et plus.

Un déclin fonctionnel, caractérisé par des escarres, de l'incontinence, l'apparition d'un état confusionnel⁹, etc., peut survenir au cours d'une hospitalisation, soit en lien avec la pathologie elle-même, soit des suites de l'hospitalisation.

Les soins palliatifs

Il s'agit de soins actifs et globaux fournis lorsqu'une affection ne répond plus aux traitements curatifs ; ils sont centrés sur le bien-être et la lutte contre la douleur. Ils prennent en compte les problèmes psychologiques, sociaux et spirituels. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès, mais veillent à préserver la meilleure qualité de vie jusqu'à la mort. Ils visent également le soutien aux familles¹⁰. Les soins palliatifs peuvent être administrés à domicile, en unités résidentielles, en milieu hospitalier, en maison de repos (et de soins) ou encore en centre de jour. Il existe également des congés palliatifs pour les proches, ainsi que des allocations pour parer à leur coût. En 2010, 116 lits de soins palliatifs étaient agréés en milieu hospitalier en Wallonie, 54 en Région bruxelloise (auquel il faut ajouter 12 lits non agréés), et 209 en Flandre. En Belgique, en 2008, 5500 personnes ont reçu des soins palliatifs en maisons de repos (et de soins) et 3000 personnes à l'hôpital¹¹.

8

Aides informelles

Les **aides informelles** sont l'ensemble des aides et des soins dispensés par des proches, des membres de la famille, ou des amis en dehors du secteur professionnel¹².

Les aidants proches

Le réseau social proche des personnes âgées joue un rôle important lors de l'apparition de la dépendance, apportant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne, les travaux domestiques ou encore sur le plan émotionnel. Il s'agit en général de membres de la famille (conjoint et enfants, plus particulièrement les filles), mais il peut également s'agir de voisins ou d'amis, souvent pour des aides moins fréquentes et plus limitées.^{13,14,15}

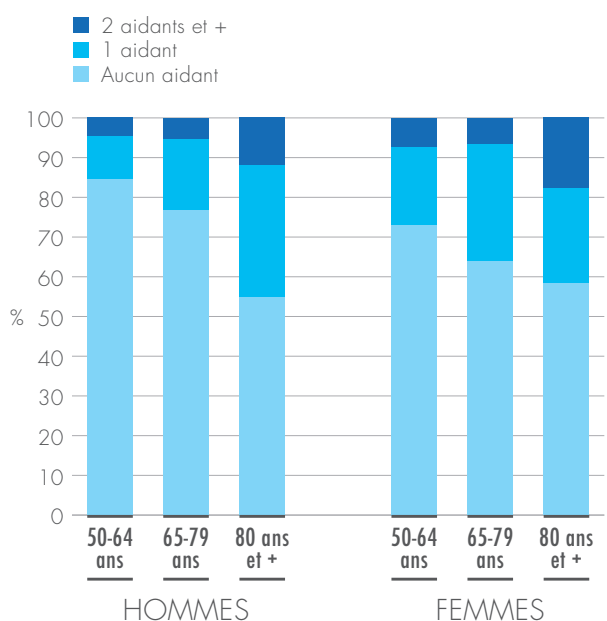
Le rôle d'aidant proche ne se vit en général pas comme un choix, mais comme allant de soi. La perte d'autonomie génère des contacts avec les proches davantage centrés sur l'aide instrumentale, mais peut également induire l'épuisement de ces derniers. En effet, les relations intrafamiliales sont mises à rude épreuve : d'une part, l'aidant est amené à concilier l'accompagnement de l'aîné avec sa vie privée et professionnelle, d'autre part, les rôles au sein de la famille se modifient. Les principales difficultés rencontrées par les aidants proches sont le manque de répit, le manque de soutien pratique et psychologique et les difficultés liées aux obligations professionnelles.^{16,17}

Diverses initiatives, documents et outils peuvent lui venir en aide, parmi lesquels¹⁸ :

- les courts séjours en maison de repos, les centres de convalescence et les gardes-malade à domicile (pour la prise en charge 24h/24 durant une courte période) ;
- les centres d'accueil et de soins de jour et/ou de nuit, lesquels ne fonctionnent généralement pas le week-end (pour quelques heures par jour sur une période plus longue) ;
- les congés partiels ou totaux, octroyés sur base d'un certificat médical attestant de la situation de la personne proche aidée ainsi que du rôle de l'aidant ;
- les crédits-temps et les interruptions de carrière sans motif spécifique ou encore les congés sans solde¹⁹ ;
- le soutien professionnel spécifique ou non (titres services) pour les tâches d'aide et de soin ;
- les groupes de paroles d'aidants ;
- les consultations psychologiques au sein des centres de santé mentale, à domicile ou par téléphone ;
- les formations et brochures réalisées par les mutuelles afin d'apprendre les bons gestes aux aidants ;
- les répertoires de services et associations ;
- les conférences et journées d'étude qui permettent aux aidants de discuter de leurs difficultés avec des professionnels ;
- le prêt de matériel paramédical ;
- les réductions pour les transports en commun et le téléphone ;
- les allocations d'aide à l'emménagement dans un logement adapté ;
- les associations d'aidants proches ou de patients, notamment la LUSS (Ligue des Usagers des Services de Santé) et l'asbl Aidants proches²⁰.

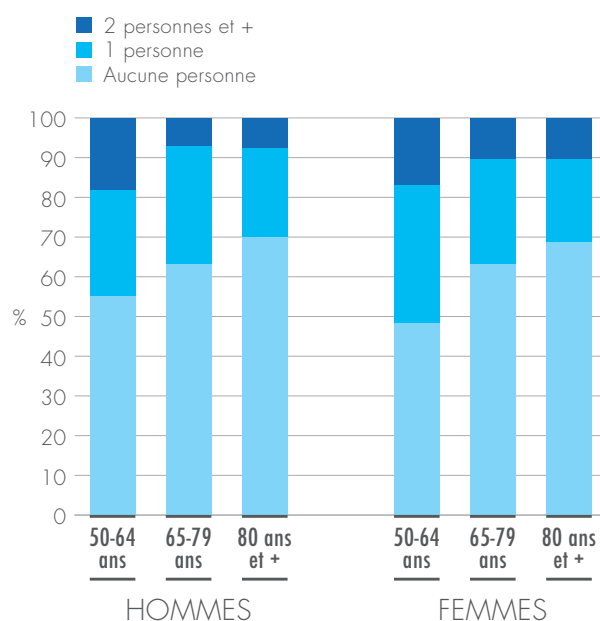
- 12 Casman MT. Écouter les aidants proches pour mieux les soutenir. Fondation Roi Baudouin, Panel Démographie Familiale. Liège ; 2007 ; p.64.
- 13 Brotcorne P. Aider les aidants des personnes dépendantes. Les diverses formes de soutien aux aidants proches. Association pour une Fondation Travail Université. Notes éducation permanente. 2011 ; 2011-04.
- 14 Fontaine R, Gramain A, Wittwer J. Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe. Économie et statistique. 2007 ; p. 403-404.
- 15 Casman M-T, Humpers L., Petit S. Écouter les aidants proches pour mieux les soutenir – Aperçus quantitatifs et qualitatifs de la question. Fondation Roi Baudouin : Bruxelles. Charte européenne de l'aidant familial, COFACE Handicap. 2009.
- 16 Brotcorne P. Op. cit.
- 17 Bivort M, Garely A. Les enjeux liés à la définition d'un statut pour les aidants proches en Belgique. Agence Alter asbl. 2008.
- 18 Masuy A J. Les politiques de soutien aux aidants proches en Belgique : un développement typiquement belge. Revue belge de Sécurité Sociale. 2010 ; 1 ; p. 59-79.
- 19 Ces solutions ne permettent pas de conserver tous ses droits (ex. : le congé sans solde ne conserve pas le droit au chômage, pas plus qu'il ne compte pour la retraite) et sont limitées dans le temps.
- 20 <http://www.luss.be/> et <http://www.aidants-proches.be/fr>

Figure 8.1 – Part des personnes de plus de 50 ans (en %) à qui des soins personnels ou une aide ménagère ont été apportés par un membre de leur entourage²⁵, selon les tranches d'âge et le sexe, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

Figure 8.2 – Part des personnes de plus de 50 ans (en %) qui ont apporté des soins personnels ou une aide ménagère à au moins un membre de leur entourage, selon les tranches d'âge et le sexe, en 2011, en Belgique francophone



Source : SHARE, 2011. Calculs : ULg

21 Paquet M. La réticence familiale à recourir au soutien formel : un obstacle à la prévention de l'épuisement des personnes-soutien de personnes âgées dépendantes. *Nouvelles pratiques sociales*. 1997 ; 10(1) ; p. 111-124.

22 Aidants Proches asbl. Memorandum, Élections du 25 mai 2014 : Européennes, Fédérales, Régionales, et Communautaires. 2013.

23 Masuy A J. Op. cit.

24 Voir aussi KCE. Mesures de soutien aux aidants proches, Une analyse exploratoire. 2014.

25 Les membres de l'entourage sont définis comme les personnes faisant partie ou non du ménage et qui ne représentent pas une fonction professionnelle.

Lorsque l'aidant est le conjoint, il manifeste souvent une attitude ambivalente entre son besoin de se faire aider et sa réticence à déléguer la prise en charge. Lorsqu'il s'agit d'un enfant, celui-ci arrive en général plus facilement à prendre de la distance et à passer le relais aux professionnels, pour des soins à domicile ou une institutionnalisation²¹.

On considère qu'un dixième de la population est aidant proche, ce qui représente 660 000 personnes en Région flamande et 440 000 en Fédération Wallonie-Bruxelles²². L'aide reçue de la part des proches serait cinq fois plus importante que l'aide professionnelle ; elle est estimée à un volume moyen de 17 heures 30 minutes par semaine²³.

Cette possibilité d'aide est répartie de manière inégalitaire dans la population, selon les configurations familiales et les contraintes matérielles (distance,...) : elle ne peut donc constituer une alternative à l'aide formelle pour un nombre non négligeable de personnes²⁴.

Il faut rappeler que les aînés fournissent eux aussi des aides, qu'elles soient financières,

ménagères, de soutien psychologique, de garde d'enfant(s), etc. Cette fiche investigate autant les aides reçues, notamment la question du nombre d'aidants extérieurs au ménage, que les aides fournies.

Aides reçues

Avant 80 ans, davantage de femmes que d'hommes reçoivent de l'aide (environ 25 % contre 15 %). Au-delà de 80 ans, la tendance s'équilibre : un peu plus de 40 % des femmes comme des hommes reçoivent une aide informelle (figure 8.1).

Aides fournies

Si les personnes âgées sont souvent perçues comme bénéficiaires de la solidarité familiale, elles sont pourtant nombreuses à fournir une aide ou des soins à leur entourage. C'est le cas d'environ une personne de 50 à 64 ans sur deux, de quatre personnes entre 65 et 79 ans sur dix et de trois personnes de 80 ans et plus sur dix (figure 8.2).

9

Aides formelles

L'**aide formelle** est l'aide apportée par des professionnels formés et rémunérés.

Diverses initiatives ont émergé ces dernières années, dans l'objectif de préserver la qualité de vie des personnes âgées, aussi bien à domicile qu'en institution. Un large éventail d'aides est disponible²⁶, permettant de répondre aux besoins relationnels et sociaux (activités culturelles, vacances adaptées, espaces de convivialité, présence d'un tiers, soutien psychologique, etc.), aux besoins en soins (para)médicaux (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et autres prestataires de soins, aides aux soins d'hygiène, soins en santé mentale) et aux besoins de la vie quotidienne (information, aide administrative et sociale, aide aux tâches quotidiennes, repas, transports, bricolage, aménagement du logement, service de vigilance, matériel). Certaines aides restent cependant limitées ou conditionnées, par exemple aux habitants d'une commune, aux personnes dont les revenus sont plus faibles, etc. Afin de rendre ces services financièrement plus accessibles, une quote-part est parfois remboursée aux bénéficiaires par les agences mutualistes.

D'après l'OWS, en 2012, la Wallonie comptait 99 Services agréés d'Aide aux Familles et aux Aînés. Ils sont coordonnés au niveau territorial par un des sept Services Intégrés de Soins à Domicile existant actuellement en Wallonie. Dans certains cas, des Centres de Coordination de Soins et de Services à Domicile (CCSSD) occupent le rôle d'intermédiaire entre ces deux niveaux. En 2012, 30 CCSSD étaient gérés par 29 pouvoirs organisateurs agréés.

Lorsque les aînés ont recours aux services d'aide à domicile²⁷, les demandes les plus fréquentes sont relatives à l'entretien de la maison, aux courses, à la préparation des repas et à l'aide aux tâches administratives.

Le recours à l'aide formelle à domicile est plus important lorsque la perte d'autonomie est grande. L'absence de recours est parfois liée au coût des services, surtout lorsque les revenus des demandeurs dépassent à peine les plafonds leur permettant d'y accéder à coût réduit. D'autres facteurs sont la disponibilité de l'entourage, le fait que la personne aidée maintienne une autonomie suffisante, le refus (de l'aidé ou de l'aidant) ou encore l'inadéquation entre le contenu de l'offre de services et les attentes de la personne âgée.^{28,29}

Profil des bénéficiaires

La majorité des utilisateurs de ces services (70 %) sont des personnes âgées de plus de 60 ans. Le demandeur peut être l'aîné lui-même, la famille ou un proche, un service social attaché à un hôpital ou une institution, le médecin généraliste ou encore les CCSSD. En 2012, ce sont 33 452 personnes de plus de 60 ans qui ont fait appel à ces différents services en Wallonie. La majorité des bénéficiaires sont des personnes âgées entre 80 ans et 89 ans³⁰.

Une étude de la CSD³¹ de Bruxelles menée en 2002³² donne un aperçu du profil des bénéficiaires : trois quarts sont des femmes, l'âge moyen est de 78 ans, 84 % sont isolés et 56 % sont veufs, 7 % n'ont plus de famille, 23 % vivent dans un logement social et 23 % ont un revenu mensuel inférieur à 750 euros.

26 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles. Vivre chez soi après 65 ans, Les Dossiers de l'Observatoire, en collaboration avec les CDCS-CMDC. 2007.

27 Leonard L, Van Daele A. PRIXIMA : Vécu et amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile. État des lieux en Région Bruxelles-Capitale. UMH, Psychologie du travail. 2002.

28 Davin B, Paraponaris A, Verger P. D5 – L'aide formelle et informelle reçue par les personnes âgées à domicile. Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 – Les inégalités de santé. Marseille. 16-17 octobre 2008.

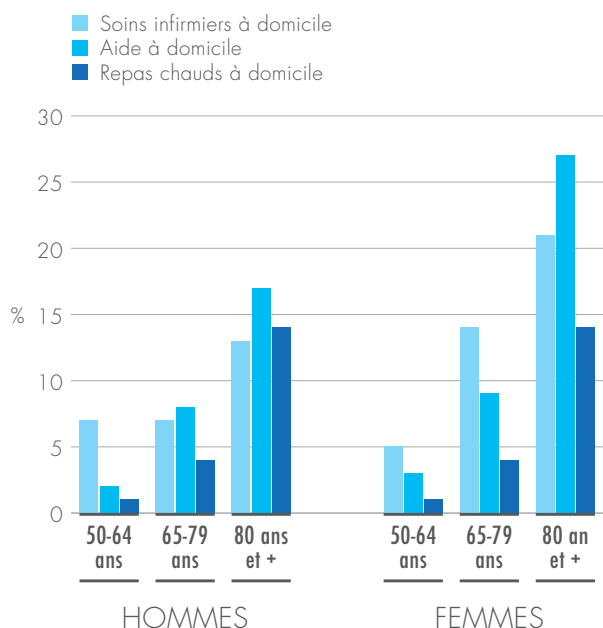
29 Centre Interdisciplinaire de recherche Travail, État et Société. La métamorphose des régimes de care. Une comparaison des systèmes d'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes en Allemagne, Belgique, Italie et Royaume-Unis (2000-2012). Mission de recherche de la DREES. Université Catholique de Louvain, Charleroi.

30 Source : INAMI, 2012. Calculs : OWS.

31 Centrale de Services à Domicile de la Mutualité Socialiste.

32 Blondeel D, Gruselin N. Résultats de l'enquête menée auprès des bénéficiaires des CSD. Fédération des CSD. 2002.

Figure 9.1 – Part des personnes (en %) qui recourent à des services de soins infirmiers, d'aide et de repas chauds à domicile, selon la tranche d'âge et le sexe, en 2008, en Wallonie et à Bruxelles

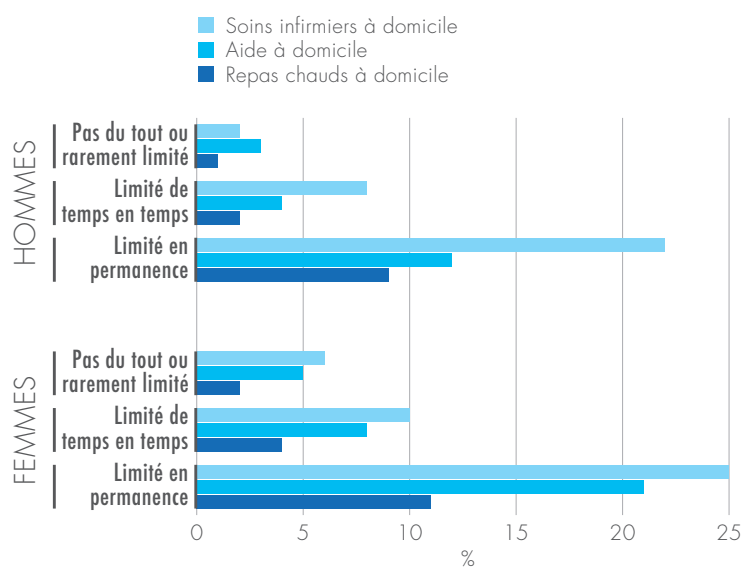


Source : Enquête de santé, 2008, Institut Scientifique de Santé Publique. Calculs : HISIA, site interactif de l'ISP

Les indicateurs retenus sont l'utilisation de soins infirmiers à domicile, de services d'aides à domicile (aides familiales, aides ménagères) et de repas chauds livrés à domicile, déclinés selon l'âge, le sexe, le statut conjugal ou la région de résidence.

Le recours déclaré à ces différents services augmente avec l'âge. Les femmes paraissent plus nombreuses à bénéficier de soins et d'aides à domicile (figure 9.1). Le recours déclaré à ces différents services augmente avec l'âge. Les soins infirmiers semblent introduits les premiers, suivis par l'aide à domicile et enfin par les repas chauds à domicile. Le recours à l'aide à domicile s'accroît avec l'avancée en âge et devient le service le plus utilisé. Les femmes paraissent plus nombreuses à bénéficier de soins et d'aides à domicile (figure 9.1).

Figure 9.2 – Part des personnes (en %) qui recourent à des services de soins infirmiers, d'aide et de repas chauds à domicile, selon les limitations dues à un problème de santé et le sexe, en 2008, en Wallonie et à Bruxelles



Source : Enquête de santé, 2008, Institut Scientifique de Santé Publique. Calculs : HISIA, site interactif de l'ISP

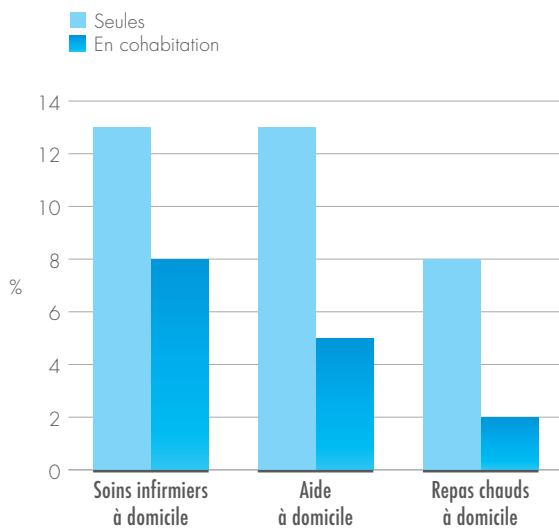
Toutefois, le principal facteur de recours à ces services est bien entendu le degré de limitations que rencontrent les personnes dans les activités de leur vie quotidienne (figure 9.2) : plus les personnes se sentent limitées, plus elles ont recours aux services de soins infirmiers, d'aide et de repas chauds à domicile.

Parmi les personnes qui ne se disent pas du tout limitées, 5 % environ ont eu recours aux soins ou aux aides à domicile : il peut s'agir de situations temporaires clôturées au moment de l'enquête, de soins qui concernent une affection non limitante ou encore d'aide pour répondre à un problème social.

Les personnes isolées recourent sans surprise bien davantage aux services de soins, d'aide et de repas chauds à domicile que les personnes en cohabitation (figure 9.3) : outre la présence d'un aidant potentiel permanent

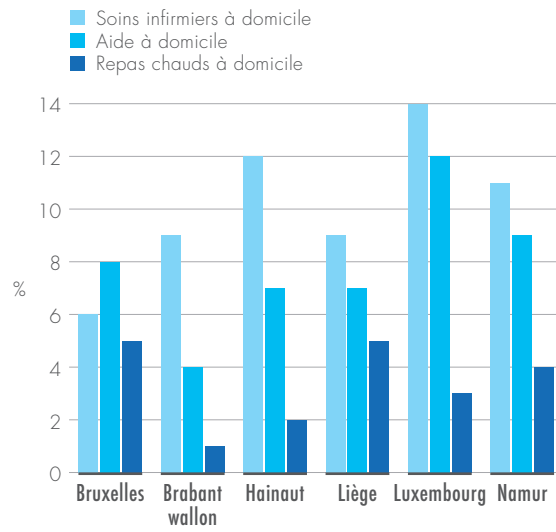
33 Cavalli S, Bickel J-F, Lalive d'Epinay C. Exclusion in very old age, the impact of three critical life events. International Journal of Ageing and Later Life. 2007 ; 2(1) ; p. 9-31.

Figure 9.3 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) qui recourent à des services de soins infirmiers, d'aide et de repas chauds à domicile, selon la structure du ménage, en 2008, en Wallonie et à Bruxelles



Source : Enquête de santé, 2008, Institut Scientifique de Santé Publique. Calculs : Iweps

Figure 9.4 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) qui recourent à des services de soins infirmiers, d'aide et de repas chauds à domicile, selon les tranches d'âge, en 2008, selon les provinces



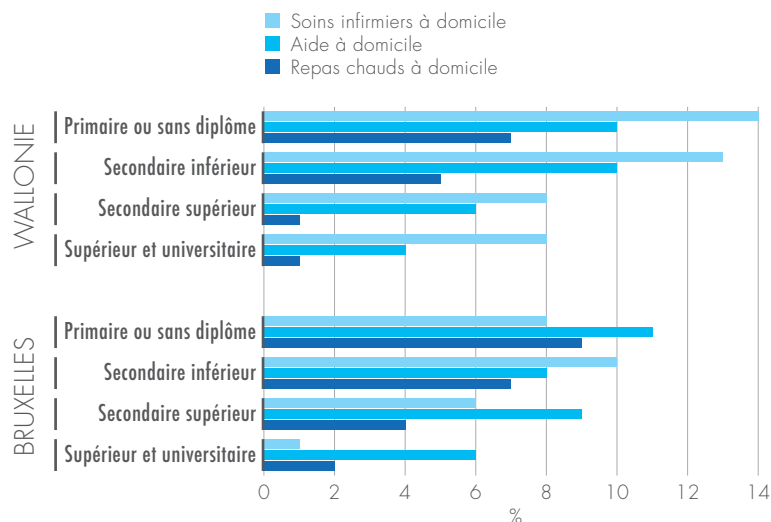
Source : Enquête de santé, 2008, Institut Scientifique de Santé Publique. Calculs : HISIA, site interactif de l'ISP

à domicile, le réseau social des personnes en cohabitation est en effet en général plus développé³³. Cet écart entre personnes seules et en cohabitation s'accroît avec l'âge quel que soit le service.

Des différences se marquent entre la Wallonie et Bruxelles, ainsi qu'entre provinces, en ce qui concerne le recours aux soins infirmiers, d'aide et de repas chauds à domicile (figure 9.4). Ainsi, 14 % des personnes de 50 ans et plus en province du Luxembourg déclarent recourir à des services de soins infirmiers à domicile, pour 6 % à Bruxelles. 12 % des personnes recourent aux services d'aides à domicile en province de Luxembourg pour 4 % dans le Brabant wallon. Enfin, 5 % recourent aux services de repas chauds à domicile à Bruxelles pour 1 % dans le Brabant wallon.

D'autres analyses non présentées ici ne montrent pas de lien évident en ce qui concerne le recours à ces services et le niveau de revenus ou le degré d'urbanisation (milieu urbain, semi-urbain, rural)³⁴.

Figure 9.5 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) qui recourent à des services de soins infirmiers, d'aide et de repas chauds à domicile, selon le niveau d'instruction et la région de résidence, en 2008



Source : Enquête de santé, 2008, Institut Scientifique de Santé Publique. Calculs : HISIA, site interactif de l'ISP

Enfin, la consommation de soins, de services et de repas à domicile montre un gradient social important selon le niveau d'instruction (figure 9.5).

³⁴ Source : Enquête de santé, 2008, Institut Scientifique de Santé Publique. Calculs : HISIA, site interactif de l'ISP.

10

Hébergement et institutionnalisation

Les **Maisons de repos pour personnes âgées (MR)** sont des établissements destinés à l'hébergement de personnes âgées qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient, en fonction de leur dépendance, de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et de soins infirmiers ou paramédicaux³⁵.

Les **Maisons de repos et de soins (MRS)** sont des établissements destinés à l'hébergement de personnes âgées qui dispensent un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter³⁶. L'encadrement en personnel de soins est plus important qu'en MR. La présence de personnel paramédical (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, psychologues, assistants sociaux, éducateurs...) y est obligatoire.

Les **Résidences Services** offrent à titre onéreux à leurs résidents des logements leur permettant de mener une vie indépendante ainsi que des services auxquels ils peuvent faire librement appel³⁷.

35 Décret wallon du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées.

36 Loi du 27 juin 1978 modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de dispensation de soins.

37 Décret wallon du 30 avril 2009 relatif à l'hébergement et à l'accueil des personnes âgées.

38 Réglementation applicable à l'hébergement et à l'accueil des aînés en Wallonie. Service publique de Wallonie, Département des Aînés et de la Famille, Direction des Aînés, 2011.

39 Source : INAMI, 2014. Calculs : ULg.

40 Defeyt P. Les wallons et les wallonnes en Maison de repos et de soins (MR(S)), données et analyses. Institut pour un développement durable, 2014.

41 Ibid.

Les établissements d'hébergement et d'accueil des personnes âgées sont à présent du ressort des Régions.

La question du lieu de vie constitue une pierre angulaire dans le parcours de la personne âgée. Pour beaucoup, rester chez soi représente un idéal. Cependant, en pratique, il est parfois difficile de répondre à ce souhait. Un placement forcé constitue toutefois une forme de maltraitance, au même titre que le refus d'un soin ou d'une entrée en établissement.

Panorama du secteur résidentiel

En Wallonie, le nombre de lits en maison de repos est réglementé. Chaque arrondissement doit disposer de 6,8 lits par 100 habitants âgés de 60 ans au moins. En 2014, on dénombre 608 MR et MRS comptabilisant 48 959 places, tous types de lits confondus. En outre, la législation prescrit qu'au minimum 29 % des lits doivent relever du secteur public, 21 %

minimum du secteur privé non lucratif et 50 % maximum du secteur privé commercial³⁸. Dans les faits, ces normes de répartition entre les différents secteurs ne sont pas toujours strictement respectées : en provinces du Brabant wallon, de Liège et du Hainaut, le secteur privé dépasse en effet les 50 % prévus. À titre indicatif, on notera qu'en province de Luxembourg, 38 % des lits relèvent du secteur communal et en province de Namur, 32 % du secteur associatif³⁹. Les estimations des besoins en lits supplémentaires varient : certaines études font état de la nécessité de 5500 lits supplémentaires d'ici 2024⁴⁰. Les besoins liés au vieillissement de la population seront en partie couverts par le développement des centres d'accueil de jour, des services de soins à domicile ou par des formes de logements alternatives telles que l'habitat groupé ou l'accueil familial.⁴¹

En Région bruxelloise⁴², l'offre de structures résidentielles de petite taille a diminué puis s'est stabilisée au cours des dernières années. Cette baisse a été partiellement compensée

par l'augmentation du nombre de résidence services et de structures de plus grande taille. Une conversion de lits MR en lits MRS a également été opérée dans l'objectif de mieux répondre aux besoins. En 2014, on dénombre à Bruxelles 155 MR et MRS représentant une capacité maximale de 15 339 places. La majorité des structures résidentielles relèvent du secteur privé (72 % des structures pour 63 % des lits), avant le secteur public (17 % des structures, 24 % des lits) et le secteur associatif (12 % des structures, 13 % des lits).

Le manque de lits disponibles ne freine pas seulement l'entrée en maison de repos, mais en limite également le choix.

Admission en MR et MRS

En Wallonie, en 2011, les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes à résider en maison de repos⁴³. Les principaux motifs à l'origine de l'entrée en MR et MRS sont les incapacités physiques ou psychologiques (une hospitalisation, une chute ou une maladie), le décès du conjoint ou de l'aidant proche, l'isolement social, la volonté de ne pas dépendre de l'entourage ou l'épuisement de ce dernier⁴⁴. Un peu moins de la moitié des résidents seulement est partie prenante de la décision d'entrer en MR ou MRS.

Lorsque les aînés sont insatisfaits de l'institution dans laquelle ils résident, les raisons évoquées concernent le faible nombre de visites reçues, la perception d'un mauvais état de santé, l'absence d'implication dans la décision d'entrer en institution, le sentiment de solitude, la taille de l'institution et la longue durée du séjour. L'adaptation et la satisfaction des résidents sont liées à leur degré d'implication dans les démarches ainsi qu'à leur participation aux activités et à l'importance des contacts sociaux qu'ils entretiennent⁴⁵. Une entrée en urgence peut être synonyme d'un déracinement brutal.

En Wallonie, en 2012, moins de 5 % des personnes entre 75 et 79 ans vivent en maison de repos ; ce taux croît ensuite pour atteindre 10 % des 80-84 ans, 22 % des 85-89 ans,

43 % des 90-94 ans et plus de 55 % des 95 ans et plus⁴⁶. À Bruxelles en 2010, la part des personnes âgées de 85 ans ou plus en MR ou MRS est de 52 %⁴⁷. Un lien existe entre l'âge d'entrée en MR ou MRS et la présence de soutien informel au domicile : les personnes bénéficiant de l'aide d'un proche intègrent en moyenne une institution à 83 ans, les autres à 80 ans⁴⁸.

Non-recours aux institutions d'hébergement

Au niveau individuel, les raisons principales évoquées quant au non-recours aux infrastructures d'accueil de jour ou de nuit sont :

- le fait de préférer rester chez soi ;
- la disponibilité suffisante de l'entourage ;
- le fait que la personne soit jugée suffisamment autonome par ses proches ;
- l'image négative de la vie en maison de repos.

Au niveau institutionnel, les barrières sont les listes d'attente, le manque de souplesse et l'accessibilité financière⁴⁹.

Hébergements alternatifs

D'autres possibilités d'hébergement existent et constituent une offre diversifiée, conciliant le besoin d'autonomie et le besoin d'assistance, la possibilité de contacts sociaux, les liens avec le passé, etc. Il s'agit⁵⁰ :

- des centres d'accueil ;
- des résidences-services ;
- de l'accueil familial des personnes âgées ;
- de l'habitat groupé (logements intergénérationnels, maisons communautaires pour personnes âgées, logements partagés, habitat kangourou, structures de type Abbeyfield, etc.) ;
- du court séjour en MR ;
- des centres pour lésion cérébrale acquise ;
- des cantous (structures d'hébergement communautaire pour aînés et plus particulièrement pour personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. L'entraide et les relations y sont favorisées par la participation aux actes de la vie quotidienne)⁵¹.

42 Source : INAMI, 2014. Calculs : ULg.

43 Service Public de Wallonie. Maisons de Repos et Maisons de Repos et de Soins y compris de courts séjours : rapport bisannuel au 1/01/2012. 2012.

44 Vandenhooft A, Collet I. Concertation des Observatoires de la santé en Wallonie. Le ressenti des personnes âgées à leur entrée en maison de repos ou en maison de soins : Facteurs favorisant l'adaptation et leviers pour l'améliorer. Synthèse. Wallonie santé, publications partagées, n°1. 2011.

45 Ibid.

46 Service Public de Wallonie. Op. cit.

47 Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011 – 2025. 2011.

48 Vandenhooft A, Collet I. Op. cit. Enquête portant uniquement sur les personnes non confuses.

49 Groupe de Réflexion et réseau pour l'Accueil Temporaire des personnes en situation de Handicap, Enquête nationale sur les besoins et attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs proches aidants en matière de relais, Lanester, 2009.

50 <http://socialsante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/>

51 <http://www.alzheimerbelgique.be/>

Conclusion : un soutien évolutif

Le secteur des soins de santé est bien développé en Belgique. Néanmoins, tout le monde n'est pas égal face au vieillissement : les personnes les moins diplômées et les moins bien pourvues financièrement sont aussi celles qui consultent davantage leur médecin généraliste et tendent à se tourner plus souvent vers les services d'urgence. Ce sont aussi celles qui reportent davantage des soins de santé, plus particulièrement à Bruxelles.

Les aides apportées par les proches peuvent sembler une façon moins coûteuse pour les finances publiques de répondre à une série de besoins. Notons toutefois que les ressources informelles sont inégalement réparties dans la population et qu'elles ne peuvent donc constituer une alternative structurelle aux aides formelles, au risque d'aggraver les inégalités de santé. Dans les faits, même aux

tranches d'âge les plus élevées, les personnes qui bénéficient d'une aide informelle sont loin de représenter la majorité de la population. Par ailleurs, lorsqu'elle est disponible, l'aide peut devenir progressivement plus intense et in fine mener à l'épuisement de l'aidant. Remarquons cependant que les aînés, s'ils sont bénéficiaires d'aide, en sont dispensateurs dans une proportion au moins équivalente.

Les aides formelles sont nombreuses et se répartissent principalement entre soins, aide et repas chauds à domicile. On note toutefois que leur distribution est très inégale, selon les provinces et régions notamment.

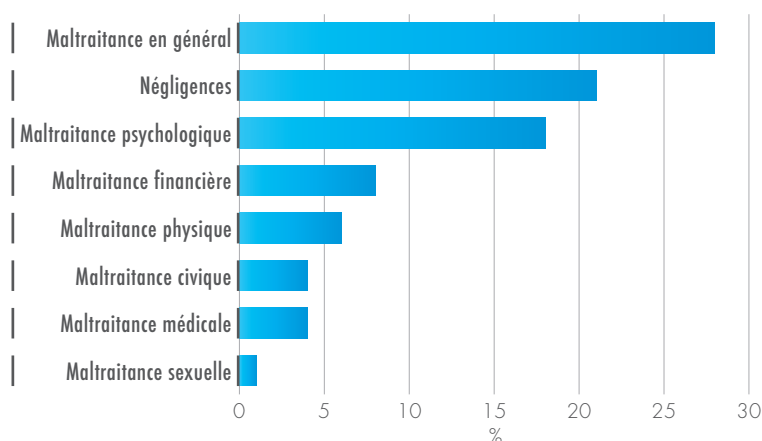
Enfin, lorsque la vie à domicile n'est plus possible, la maison de repos ou la maison de repos et de soins constituent l'option majoritairement choisie, souvent à regret et parfois sous la contrainte, mais d'autres initiatives se font jour.



11

Maltraitance des personnes âgées

Figure 11.1 – Fréquence des différentes formes de maltraitance⁶ à domicile, en 2010, en Wallonie



Source : Linchet S, Nisen L. Le bien-être des 70 ans et plus en Wallonie, 2010. Calculs : ULg

- 1 Article 378, 1° du Code Wallon de la santé et de l'action sociale.
- 2 Linchet S, Nisen L. Sous la direction de Casman M.-T. et Giet D. Le bien-être des 70 ans et plus en Wallonie. Respect Seniors. 2010.
- 3 Il s'agit de toute atteinte empêchant une personne de faire valoir ses droits civiques (ne pas lui permettre d'aller voter, contrôler son courrier, limiter les fréquentations, etc.). Linchet S, Nisen L. Op. cit.
- 4 Linchet S, Nisen L. Op. cit.
- 5 Casman M.-T., Lenoir V. Sous la direction de Bawin-Legros B. Rapport : Vieillir en maison de repos : quiétude ou inquiétude ? Ministère de l'Emploi et du Travail - Administration de l'emploi, Administration de la réglementation et des relations du travail. 1998.

La maltraitance des personnes âgées peut être le fait d'un aidant ou d'une connaissance de la personne. Elle est également présente en institution. Différentes formes de maltraitance sont identifiées, notamment les négligences, les maltraitements psychologiques, physiques, financières, médicamenteuses, civiques³, ou encore sexuelles.

Suivant la formulation des questions et les définitions retenues dans les différentes enquêtes, les prévalences diffèrent. Deux études ont été retenues : l'une sur la maltraitance à domicile menée pour Respect Seniors en 2010⁴ et l'autre sur la maltraitance en institution menée pour le ministère fédéral de l'emploi et du travail en 1998⁵.

La maltraitance à domicile

L'étude sur la maltraitance des personnes de 70 ans et plus vivant à domicile en Wallonie nous apprend que 28 % de cette population ont été victimes d'au moins une forme de

Maltraitance des personnes âgées

Tout acte ou omission commis par une personne ou un groupe de personnes qui, au sein d'une relation personnelle ou professionnelle avec un aîné (60 ans et plus), peut porter atteinte physiquement, moralement ou matériellement à cette personne¹. Notons que pour être qualifié de maltraitant, un acte peut n'avoir lieu qu'une seule fois pour certaines formes de maltraitance et pour d'autres ne prendre sens que dans la répétition ou dans la relation avec d'autres actes. La qualification se pose également en terme d'intentionnalité (un acte de maltraitance peut être non intentionnel), d'impact sur la victime (certains actes sont vécus comme maltraitants par certains et pas par d'autres) et d'impact de l'observation et de l'observateur sur le système dans lequel s'inscrit l'acte de maltraitance (qui juge du caractère maltraitant, selon quelles normes culturelles, en prenant en compte quels aspects de la relation entre auteur et victime)².

maltraitance après l'âge de 70 ans (figure 11.1). Les formes les plus fréquemment citées sont les négligences (21 %) suivies des maltraitements psychologiques (18 %), financières (8 %) et physiques (6 %). Les femmes (31 %)⁷ sont plus souvent victimes que les hommes (25 %).

Les formes de maltraitance ne sont pas toujours subies de manière isolée. 7 % des personnes de plus de 70 ans rapportent deux formes de maltraitance (le plus souvent, c'est la maltraitance psychologique qui accompagne

Table 11.1 – Auteur principal d’acte(s) de maltraitance à domicile, en 2010, en Wallonie

	Négligences	Maltraitance psychologique	Maltraitance financière	Maltraitance physique	Maltraitance civique	Maltraitance médicale	Maltraitance sexuelle
Partenaire ou conjoint	10 %	23 %	7 %	31 %	47 %	48 %	20 %
Ex-partenaire ou ex-conjoint	10 %	3 %	-	-	-	-	-
Fils	17 %	13 %	14 %	4 %	5 %	5 %	-
Fille	33 %	13 %	14 %	19 %	11 %	29 %	-
Beau-fils (enfant du partenaire ou du conjoint)	-	2 %	3 %	-	-	-	-
Belle-fille (enfant du partenaire ou du conjoint)	10 %	6 %	3 %	-	5 %	-	-
Autres	20 %	41 %	59 %	46 %	32 %	19 %	80 %

Source : Linchet S, Nisen L. Le bien-être des 70 ans et plus en Wallonie, 2010. Calculs : ULg

une autre forme), et 6 % d’entre elles en signalent trois ou davantage⁸.

Dans ses statistiques d’appel, Respect Seniors⁹ note une prédominance des maltraitements psychologiques et financières, suivies des négligences passives et des maltraitements civiques, soit des résultats différents de ceux de l’étude de référence¹⁰.

L’auteur le plus fréquent¹¹ de la maltraitance à domicile est le conjoint ou le partenaire¹² (table 11.1).

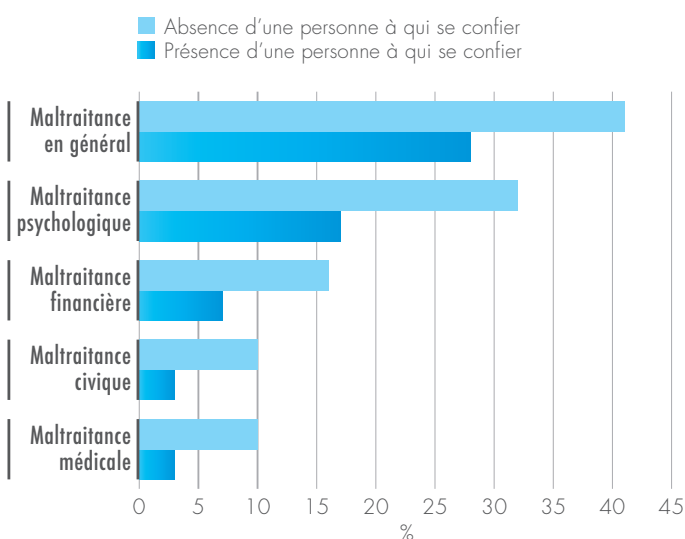
Facteurs de risque

La santé et l’isolement semblent être les principaux facteurs de risque. En effet, la présence d’un réseau social étendu et composé de personnes proches (figure 11.2) et l’absence de maladie(s) chronique(s) (figure 11.3) sont des facteurs protecteurs de l’apparition ou la persistance de situations de maltraitance à l’encontre des personnes âgées¹³.

D’autres caractéristiques intrinsèques à la personne âgée peuvent accroître le risque d’être victime d’actes de maltraitance, notamment la vulnérabilité physique, mentale ou affective, le handicap physique ou mental, les difficultés d’orientation, les troubles cognitifs, les troubles dépressifs et la démence.

Des facteurs relationnels, liés au comportement de la personne âgée ou à l’épuisement de l’aidant proche et, de manière générale, à l’évolution de leur relation, peuvent aussi amener l’aidant à perdre patience et conduire dans certains cas à des comportements involontaires de maltraitance.

Figure 11.2 – Fréquence des formes de maltraitance selon la présence ou l’absence d’une personne à qui se confier, en 2010, en Wallonie



Source : Linchet S, Nisen L. Le bien-être des 70 ans et plus en Wallonie, 2010. Calculs : ULg

6 Une personne victime de maltraitance “en général” est une personne subissant au moins l’une des formes de maltraitements étudiés.

7 Les résultats flamands de l’enquête européenne Daphné, investiguant la maltraitance vécue par les femmes de plus de 60 ans, révèlent une prévalence semblable : 32 % des femmes indiquent avoir été victimes d’une forme de maltraitance pendant l’année écoulée. De Donder L, Verté D. Prevalence study of abuse and violence against older women, Results of the Belgian Survey. VUB. 2010.

8 Linchet S, Nisen L. Op. cit.

9 L’agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées.

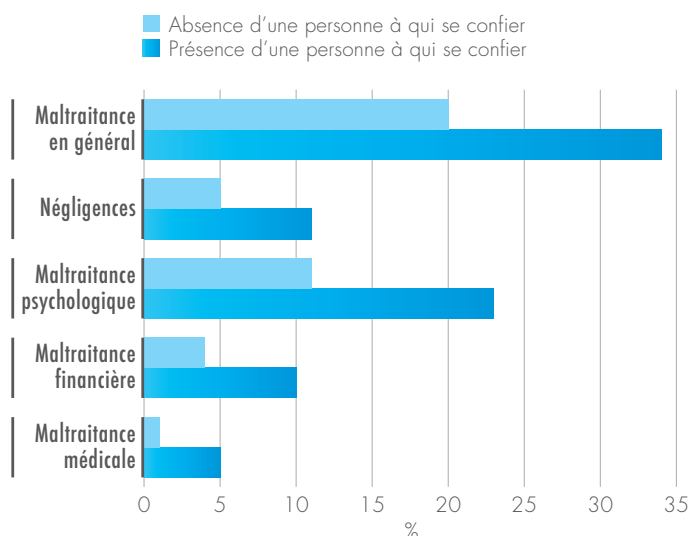
10 Ces statistiques sont basées sur les appels reçus par l’agence, qu’ils soient émis par des victimes ou des proches : ils reflètent dès lors les cas de maltraitance dont une personne (proche ou victime) se préoccupe.

11 Linchet S, Nisen L. Op. cit.

12 Pour plus d’information : Reusens F et al. Adultes âgés, Chronique de jurisprudence. Volume 1. Droit des personnes et de la famille. Les cahiers du CeFap. Éditions Larcier. 2014.

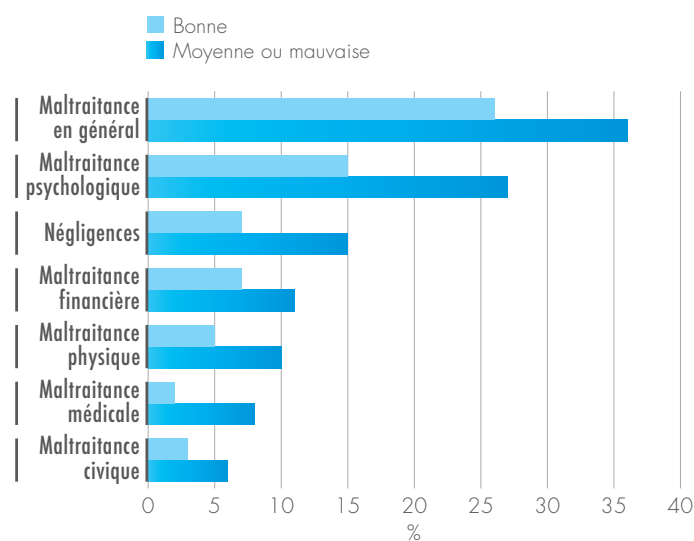
13 Linchet S, Nisen L. Op. cit.

Figure 11.3 – Fréquence des différentes formes de maltraitance selon l'absence ou la présence d'une maladie chronique, en 2010, en Wallonie



Source : Linchet S, Nisen L. Le bien-être des 70 ans et plus en Wallonie, 2010. Calculs : ULg

Figure 11.4 – Fréquence des différentes formes de maltraitance selon la qualité de vie déclarée par la personne, en 2010, en Wallonie



Source : Linchet S, Nisen L. Le bien-être des 70 ans et plus en Wallonie, 2010. Calculs : ULg

stress engendré par les conditions de travail, etc. En ce qui concerne les professionnels, les situations à risques identifiées sont liées à la charge de travail et au stress inhérents à la fonction.

Parmi les raisons soumises aux répondants pour expliquer ces comportements à leur égard, les plus souvent citées sont «une relation familiale difficile avec le maltraitant» (28 % des répondants maltraités), «le besoin ou l'envie d'argent» (24 %), «le manque de connaissance des besoins du répondant» (21 %) et «un manque de reconnaissance à l'égard de la personne maltraitante» (16 %).

D'autres facteurs de risque sont identifiables, au niveau sociétal (l'âgisme¹⁵, le coût du vieillissement et de la prise en charge, etc.) ou au niveau du contexte dans lequel l'auteur et la victime interagissent (la cohabitation parfois forcée de trois générations, la précarité, un lieu de vie inadapté aux besoins de la personne âgée).

Tous ces facteurs peuvent se cumuler. Il est important de considérer les maltraitements dans leurs dimensions systémiques et de dépasser la qualification bourreau-victime pour mieux prendre en compte la diversité des situations.

14 Casman M-T, Lenoir V. Op. cit.

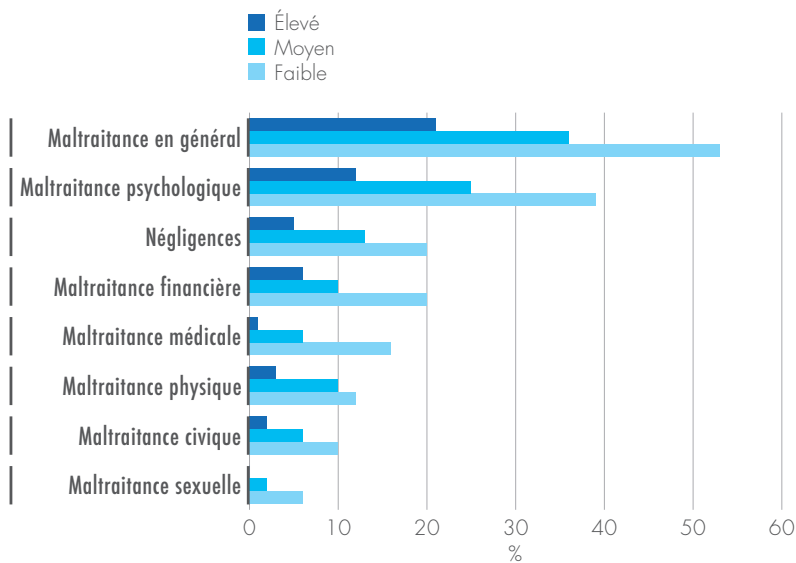
15 L'âgisme regroupe les préjugés à l'encontre d'une personne ou d'un groupe fondés sur l'âge. (glossaire du site de la commission européenne, section justice). L'âgisme peut mener à des attitudes discriminantes.

Des caractéristiques propres à l'aidant proche sont également identifiées. Citons la fragilité psychique, les antécédents psychiatriques, les problèmes sociaux, les antécédents familiaux (de violence familiale), les troubles mentaux ou encore la consommation de drogue ou d'alcool.

Des facteurs situationnels existent, tels que le manque d'aide reçue, la méconnaissance des structures d'aide¹⁴, l'épuisement physique et émotionnel préexistant, l'isolement social, le

Notons enfin que les personnes estimant leur qualité de vie moyenne ou mauvaise sont deux fois plus nombreuses à indiquer être victime de maltraitance que celles qui la jugent bonne (figure 11.4). Il en est de même pour le sentiment de bien-être (figure 11.5). Ces résultats, dénotant un impact important de la maltraitance sur la santé mentale des victimes, laissent penser que l'attention à la qualité de vie et au bien-être pourraient constituer des indices parmi d'autres, pour les professionnels, auxquels être attentifs pour repérer une éventuelle maltraitance.

Figure 11.5 – Fréquence des différentes formes de maltraitance selon le sentiment de bien-être de la personne, en 2010, en Wallonie



Source : Linchet S, Nisen L. Le bien-être des 70 ans et plus en Wallonie, 2010. Calculs : ULg

La maltraitance en institution

L'étude menée sur le sujet en Belgique en 1998¹⁶ a démontré que bien que la situation dans les maisons de repos ne soit pas catastrophique, certains comportements restent assimilables à de la maltraitance.

Les maisons de repos ont évolué au cours des dernières décennies. Si de grands progrès ont été effectués quant à la prise en compte de la personne âgée comme sujet de droit, les contraintes économiques risquent de mettre à mal la qualité des soins.

Le stress dû aux soins, la planification trop serrée de la journée, l'insuffisance de moyens humains, matériels ou financiers conduisent nombre d'aidants formels à exprimer une souffrance de ne pas savoir accorder assez d'espace à la relation avec les malades, bien que la motivation à s'occuper des personnes âgées soit bien présente¹⁷.

Les travailleurs de maison de repos sont exposés à plusieurs pièges dans leur rapport à la personne âgée, notamment la tendance à faire soi-même au détriment du maintien des capacités de la personne, en vue d'un gain de temps, à imposer des normes au résident, dictées par l'organisation du travail, mais

sans tenir compte de ses habitudes ni de ses goûts, à se laisser submerger par les tâches à accomplir au détriment de la relation à l'autre, à considérer le résident comme un corps à soigner plutôt que comme une personne à soutenir, ou encore à devenir indifférent face à des situations qui initialement provoqueraient la compassion ou l'envie d'aider.

Une personne sur cinq résidant en maison de repos indique avoir été confrontée à des attitudes qui ne lui plaisaient pas. Ces attitudes sont le fait d'autres pensionnaires dans 70 % des cas, du personnel dans 11 % des cas, et des deux dans 17 % des cas. Concernant les types d'attitudes, 60 % indiquent des réactions agressives, 55 % des insultes, 13 % des gestes obscènes et 5 % des attouchements indésirables. 49 % évoquent d'autres attitudes, parmi lesquelles des intrusions dans la vie privée, de l'infantilisation, des remarques déplacées, de la grossièreté ou des commérages. Les mauvais traitements ne sont donc pas l'apanage du personnel. En effet, 11 % des pensionnaires vivent des relations conflictuelles avec d'autres pensionnaires.

L'étude a identifié des formes de maltraitance englobant la nourriture (sa qualité, sa variété, sa présentation, l'aide à la prise de repas parfois exempte de délicatesse, l'hygiène), les heures

16 Casman M-T, Lenoir V. Op. cit.

17 Thomas P et al. Bienveillance et qualité des soins chez la personne âgée. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie. 2009 ; 16(157) ; p. 234-244.

18 Bien que ce test doit être complété par l'évaluation de la situation par d'autres professionnels, "une échelle validée de suspicion est actuellement disponible pour les médecins généralistes. Il s'agit de l'Elder Abuse Suspicion Index (EASI)". Recommandations de bonne pratique du SSMG thème maltraitance des personnes âgées, 2013.

de lever et de coucher (imposées ou non), la prise de médicaments et les soins médicaux (abus de médicaments en vue de «calmer» un résident, absence d'intimité lors des soins), l'attente (délai suite à un appel), l'enfermement, la contention (un quart des résidents affirme avoir vu une personne ligotée) ou les punitions, les questions financières et de gestion (seul un quart des résidents gère lui-même son argent), la sexualité (la séparation du couple ou l'intrusion dans l'intimité de la personne), l'infantilisation et, enfin, l'absence de respect et de liberté d'expression.

Lutte contre la maltraitance des personnes âgées

Le nombre de personnes âgées maltraitées est significatif tout en restant sans doute sous-estimé. En effet, il est difficilement quantifiable puisqu'il relève de la subjectivité et reste un sujet tabou au sein des familles et de la société. De nombreux services d'aide existent pour les aidants proches, leur fournissant une écoute, une aide matérielle ou encore un répit, permettant de prévenir l'épuisement et de diminuer ainsi le risque de voir la relation évoluer vers de la maltraitance.

En cas de maltraitance ou de suspicion de maltraitance¹⁸, il existe diverses possibilités d'aide et de conseils pour déposer une plainte en fonction de la situation mais également du lieu de vie de l'aîné et du profil de l'auteur. C'est dans ce contexte que, depuis 2008, Respect Seniors offre une assistance au bénéfice des personnes âgées en matière de maltraitance, notamment par la mise sur pied, la gestion et le suivi d'un numéro d'appel téléphonique gratuit : le 0800 30 330.

Conclusion

La question de la maltraitance trouve un plus large écho que par le passé. Autrefois réduite à ses formes les plus évidentes (mauvais traitements, maltraitance financière, etc.), sa définition s'est étendue à de nombreuses autres dérivées (respect du libre choix, contention chimique, etc.). Cette intolérance croissante envers la maltraitance rend le phénomène plus visible et pourrait laisser croire à une augmentation de son occurrence.

Pour endiguer ce phénomène, différents outils existent, comme des associations et institutions (de soutien aux aidants, de lutte contre la maltraitance), des initiatives permettant de réduire son risque d'apparition (le conseil de résidents et le projet de vie en maison de repos, le statut d'aidant proche, premier pas vers une reconnaissance financière de l'aide informelle et la possibilité de diminuer le temps de travail au profit du temps consacré à l'aide), des initiatives permettant de la détecter rapidement (des recommandations de bonnes pratiques à l'attention des médecins) ou encore des concepts et formations (le développement du pouvoir d'agir, l'humanité). Par ailleurs, la conception selon laquelle une personne victime doit être retirée de son milieu de vie est progressivement supplantée par une attention à l'équilibre du système et aux bénéfices indirects et par une lecture de la situation n'impliquant pas nécessairement une victime et un bourreau.

Néanmoins, de nombreux efforts restent à faire pour relever les nouveaux défis et les contraintes modernes (rationalisation à outrance du travail en maison de repos, éloignement ou absence d'aidants proches) afin de réduire au maximum ce phénomène.

12 Pauvreté

Si l'espérance de vie ne cesse de croître en Belgique¹⁹, des différences subsistent entre les différentes sous-couches de la population. Parmi les inégalités sociales de santé, un déterminant matérialise particulièrement cette iniquité dans la population : la répartition du capital financier.

Plusieurs indicateurs sont utilisés dans cette fiche pour étudier l'impact de la pauvreté sur les conditions de vie et la santé : le statut de Bénéficiaire de l'Intervention Majorée (BIM)²⁰, la tranche de revenu déclaré ou encore la capacité à joindre les deux bouts.

Confrontées à des ressources financières trop faibles, les personnes âgées en situation de pauvreté doivent renoncer à certaines

dépenses pour des besoins de première nécessité (nourriture, vêtements, chauffage, vie sociale, etc.) entraînant un risque de dégradation prématurée de leur santé.

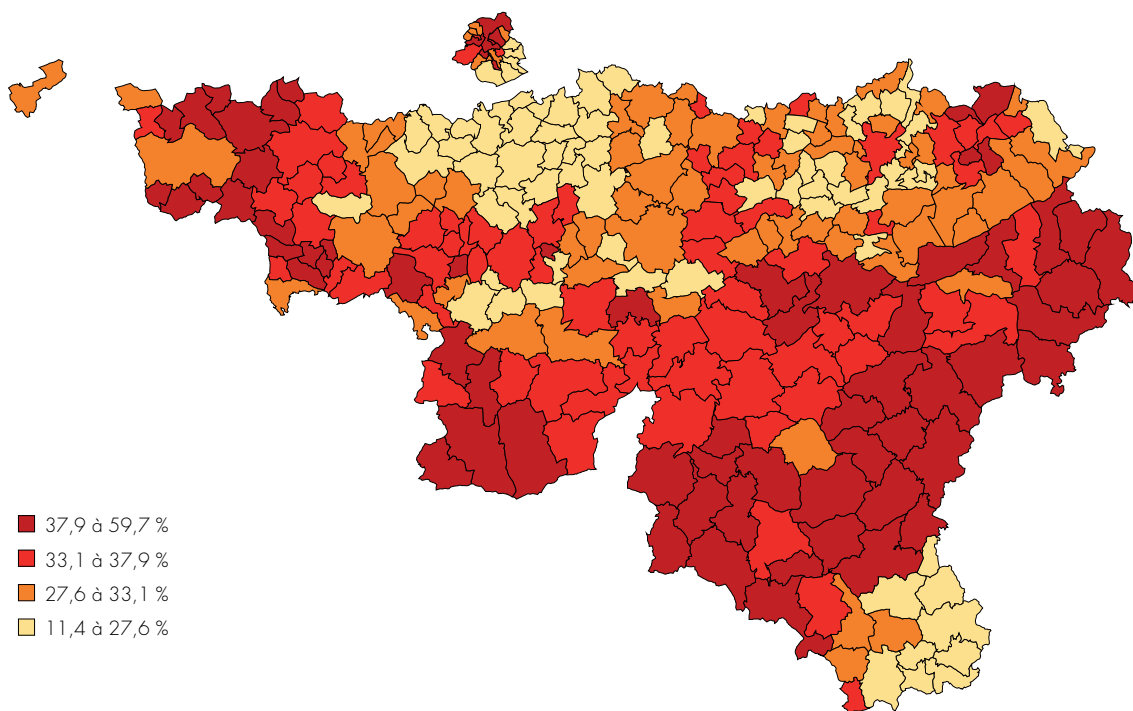
La pauvreté, ici estimée par la part des personnes âgées de 65 ans et plus qui bénéficient de l'intervention majorée (statut BIM), n'est pas également répartie entre les différentes communes de Wallonie : elle est plus importante dans les communes rurales et dans certaines communes industrielles, notamment autour de Charleroi, La Louvière, Mons, Tournai ainsi que Verviers. En outre, la proportion de femmes (36 %) à bénéficier de l'intervention majorée est plus importante que celle des hommes (25 %)²¹.

19 Pour rappel, l'espérance de vie à 50 ans a cru de plus d'un an entre 2004 et 2012 (table 1.2).

20 L'intervention majorée (BIM) offre un meilleur remboursement des frais médicaux. Elle est octroyée si la personne bénéficie d'allocations sociales ou lorsque les revenus du ménage, selon ses caractéristiques, se trouvent en dessous d'un certain seuil.

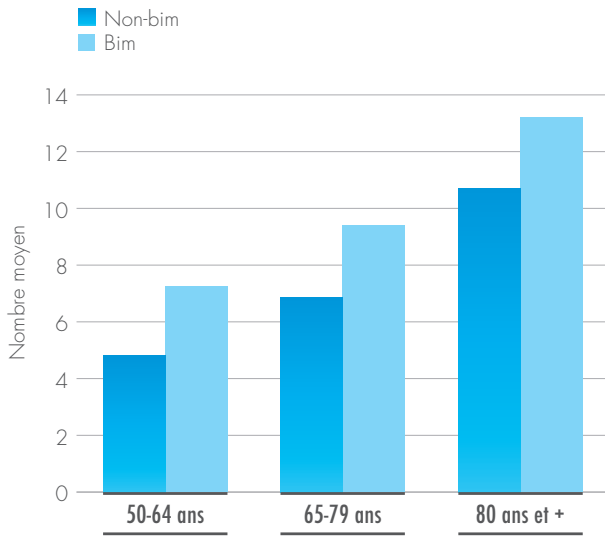
21 Source : AIM, 2012. Calculs : AIM.

Carte 12.1 – Part des personnes âgées de 65 ans et plus (en %) qui bénéficient du statut BIM selon la commune de résidence, en Wallonie, en 2012



Source : AIM, 2012. Calculs : AIM

Figure 12.1 – Nombre moyen de consultations chez un médecin généraliste parmi les personnes ayant consulté au moins une fois un médecin généraliste selon le statut BIM et les tranches d'âge, en 2011, en Wallonie et à Bruxelles



Source : AIM, 2011. Calculs : AIM

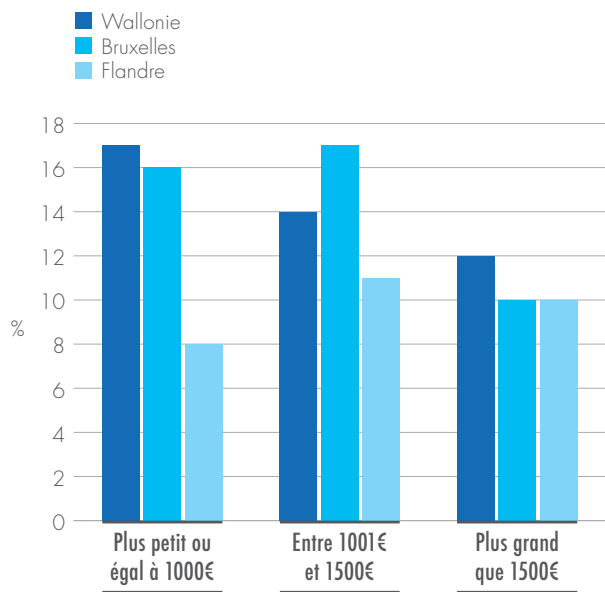
Accès à la santé

Les personnes bénéficiant d'une intervention majorée (BIM) consultent davantage un médecin généraliste (figure 12.1). La différence observée, de deux consultations annuelles de plus que la population non bénéficiaire, reste constante quel que soit l'âge. Les femmes consultent plus que les hommes et cette différence entre les sexes s'accroît avec l'âge (de moins d'une consultation d'écart entre 50 et 64 ans à deux consultations à partir de 80 ans).

Le recours aux services d'urgence diffère également selon les revenus. En Wallonie, ce recours est plus fréquent chez les personnes qui déclarent de faibles revenus, particulièrement celles dont la tranche de revenu mensuel équivalent est inférieure ou égale à 1000 euros (figure 12.2). À Bruxelles, le constat peut être étendu aux revenus inférieurs ou égaux à 1500 euros. À l'inverse, en Flandre, les personnes dont la tranche de revenu mensuel équivalent est inférieure ou égale à 1000 euros sont moins nombreuses à recourir aux services d'urgence.

La faiblesse des revenus constitue un facteur important de report des soins de santé (figure 12.3). C'est ainsi que les ménages dont les membres disposent d'un revenu mensuel équivalent inférieur ou égal à 1000 euros sont trois fois plus nombreux à reporter des soins que ceux dont les membres disposent d'un revenu mensuel équivalent supérieur à 1500 euros. À Bruxelles, plus d'un tiers de ces ménages reportent des soins de santé pour au moins un de leurs membres. Le risque encouru est l'aggravation de leur état de santé, conduisant ultérieurement à d'autres soins parfois plus lourds et plus onéreux.

Figure 12.2 – Part des personnes de 50 ans et plus (en %) qui ont eu recours à un service d'urgence au cours des douze derniers mois selon la tranche de revenu mensuel équivalent²², en 2008, selon les régions



Source : Enquête de santé, 2008, Institut Scientifique de Santé Publique. Calculs : Iweeps

²² Le revenu mensuel équivalent est calculé en divisant le revenu mensuel total du ménage par le poids de chaque individu, la personne de référence équivalant à 1, et les autres adultes à 0,5. Source : Manuel de l'utilisateur, Enquête de Santé, Belgique, 2008.

L'utilisation des services (de soins infirmiers, d'aide et de repas) à domicile ne varie toutefois pas en fonction du niveau de revenus²⁴ (résultat non présenté ici). Cette observation pourrait trahir un moins bon accès à ces services étant donné l'état de santé, en général moins bon, des individus dont les revenus sont plus faibles.

Santé mentale

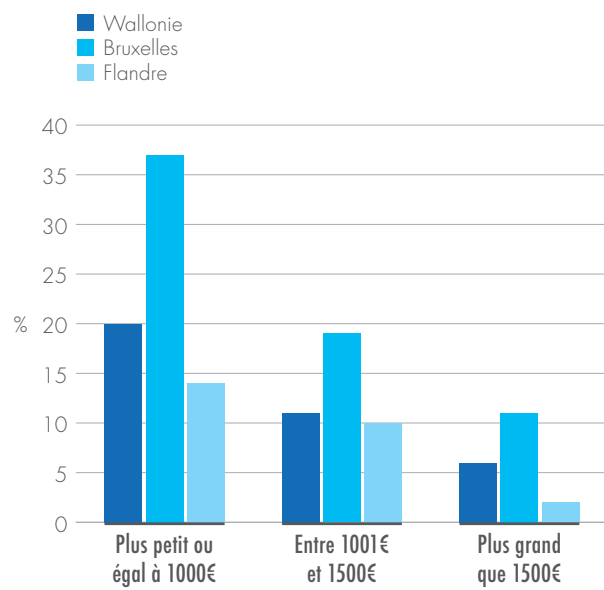
À l'instar des liens conséquents et complexes entre la mauvaise santé physique et la pauvreté, les difficultés financières sont fortement corrélées avec la santé mentale et, plus particulièrement, avec la dépression²⁵, et ce quelle que soit la tranche d'âge (figure 12.4).

Conclusion

Ces quelques statistiques rappellent que la pauvreté touche davantage certaines catégories de la population (les femmes, les personnes vivant en milieu rural ou dans les couronnes industrielles des grandes villes...) et a un impact important sur leur santé, à la fois de manière directe et dans leurs mode et fréquence de recours aux structures de soins.

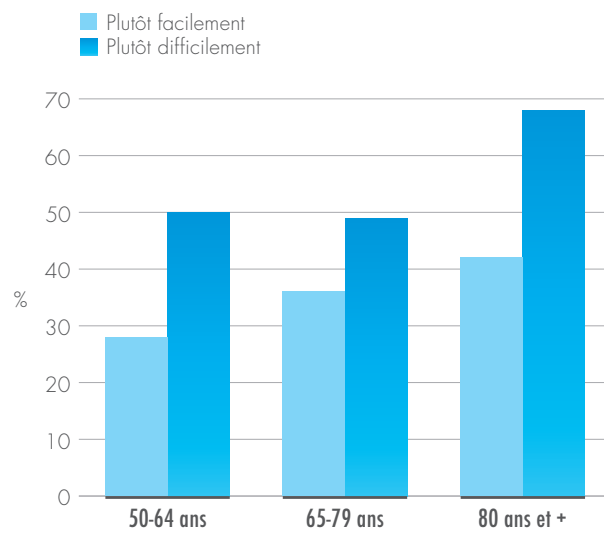
Si les relations entre pauvreté et mauvaise santé physique sont connues et complexes, les liens entre pauvreté et santé mentale sont également loin d'être anodins. Ce court focus sur la pauvreté, s'il met succinctement l'accent sur un indicateur majeur d'inégalités sociales, ne doit pas faire oublier que les logiques d'exclusion sont loin de se réduire à des questions financières et masquent bien d'autres inégalités sociales de santé, telles que celles liées à l'instruction, au sexe, au milieu d'origine, etc.

Figure 12.3 – Part des ménages²³ (en %) dont au moins un membre a dû reporter des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois selon la tranche de revenu mensuel équivalent, en 2008, selon les régions



Source : Enquête de santé, 2008, Institut Scientifique de Santé Publique. Calculs : Iweps

Figure 12.4 – Part des personnes âgées de 50 ans et plus (en %) présentant des symptômes de dépression selon les tranches d'âge et le sentiment de joindre les deux bouts, en 2008, en Wallonie et à Bruxelles



Source : Enquête de santé, 2008, Institut Scientifique de Santé Publique. Calculs : Iweps

23 Contrairement à la figure 12.2, la question dont les résultats sont présentés dans cette figure est posée dans le questionnaire ménage de l'enquête de santé et non dans le questionnaire individuel. Les ménages pris en considération sont ceux dont la

personne de référence a au moins 50 ans.

24 Source : Enquête de santé, 2008, Institut Scientifique de Santé Publique. Calculs : HISIA, site interactif de l'ISP.

25 Selon l'échelle EURO-D.

Postface

Décrire la vie, sous tous ses aspects, des personnes de plus de 50 ans, dans toute leur diversité, en une soixantaine de pages, constitue un fameux défi. Synthétiser l'ensemble des courants scientifiques, des sensibilités sectorielles, des tendances les plus récentes, relève de la gageure.

Notre objectif, constamment remodelé, fut plus humble. Fournir quelques statistiques éclairantes sur des questions importantes, illustrer les inégalités, montrer aussi les potentialités et non uniquement les risques et affaiblissements liés au vieillissement, rappeler que ceux-ci n'handicapent les personnes qu'au-delà d'un degré d'incapacité important nous a semblé constituer l'objectif prépondérant de cette mission.

Un premier constat important est que le vieillissement ne constitue pas un processus dont les modalités d'évolution seraient aléatoirement distribuées entre les personnes : selon qu'il s'agit de femmes ou d'hommes, selon qu'elles sont pauvres ou riches, moins ou plus instruites, isolées ou non, non seulement les habitudes de vie et les comportements, protecteurs ou à risque, ne sont pas toujours les mêmes, mais l'évolution

de la santé et l'accès aux soins ou aux aides ne sont pas répartis de manière égale.

Un second constat est que le vieillissement, loin de se réduire à une perte, dont on ne pourrait agir que sur la vitesse d'évolution, recèle des potentialités. S'il est difficile de centrer une publication sur ce qui va bien plutôt que sur les sujets de préoccupation, nous pensons avoir montré, par exemple, que si elles sont aidées, nombre de personnes de plus de 50 ans sont également aidantes, et ce jusqu'à un âge avancé. Beaucoup d'entre elles maintiennent également des activités de volontariat, font de l'activité physique, etc.

Quant à leur santé, si l'espérance de vie augmente, cela ne doit pas être perçu comme un phénomène inquiétant, dans la mesure où l'espérance de vie en bonne santé s'accroît également : en moyenne, en 10 ans, elle a augmenté deux à trois fois plus vite que l'espérance de vie. Bien sûr, c'est en partie dû à l'amélioration constante des soins de santé, particulièrement celle du secteur gériatrique, mais c'est également dû à un meilleur suivi de la santé tout au long de la vie, à des pratiques individuelles prévenant la dégradation des fonctions corporelles et psychiques et à de meilleures conditions sociétales, dans le monde du travail notamment.

Deux préoccupations restent cependant centrales. La première est celle des inégalités sociales de santé : pauvreté, inégalités de genre, niveau d'instruction, environnement. Les populations à risque cumulent bien souvent les déficits, et ces déficits interagissent et se renforcent, dans un déterminisme que la volonté individuelle peine à contrer. Les politiques sociales doivent rester particulièrement attentives à ces inégalités et renforcer, encore et encore, les programmes de lutte contre la pauvreté, les dispositifs d'accès aux soins pour tous, etc.

Le second motif d'inquiétude a trait au grand âge. Si la situation des personnes est généralement peu préoccupante jusqu'à

l'âge de 80 ans environ, la seconde partie de la vieillesse est souvent moins bien vécue. Dégradation importante de la santé (physique et mentale) et isolement social se conjuguent pour mener à une augmentation importante de la dépendance. Celle-ci est parfois doublée d'une moindre considération pour l'autonomie de la personne, comme si le besoin d'aide impliquait de facto une moindre capacité à définir ses choix en toute liberté. Cette question se pose avec une acuité particulière dans la gestion du parcours de soins et dans le choix du lieu de vie. Préserver la dignité humaine devrait pourtant rester au coeur des décisions qui concernent une personne en fin de vie.

Colophon

Auteurs

Laurent NISEN (ULg)
Jean-François REYNAERT (ULg)
Stephanie LINCHE (ULg)
Anne-Françoise GERDAY (OLiSSa)

Comité d'accompagnement

Thierry BORNAND (Iweps)
Stéphanie BUSSCHAERT (Fédération Wallonie-
Bruxelles)
Dominique DUBOURG (OWS)
Valérie FLOHIMONT (Université de Namur)
Amandine MASUY (Iweps)
Dominique SIMON (Fédération Wallonie-Bruxelles)
Annalisa TANCREDI (DG Santé FWB)
Véronique TELLIER (OWS-DG05-SPW)
Annick VANDENHOOF (OWS-Iweps)
Peter VERDUYCKT (Observatoire de la Santé et du
Social de Bruxelles-Capitale)

Experts

Nous voudrions également spécialement
remercier les différents experts qui ont contribué
à ce document : réflexion sur le projet, analyses,
fourniture de données, relectures, etc.
Stéphane ADAM (ULg)
Kathleen ADELAIRE (ULg)
Anouck BILLIET (OWS)
Virginie BRICART (ULg)
Marie-Thérèse CASMAN (ULg)
Jean-Marc CLOSE (Solidaris)
Stefaan DEMAREST (Institut scientifique de Santé
Publique)
Annie DE WIEST (Fédération Wallonie-Bruxelles)
Tonio DI ZINNO (Agence Intermutualiste)
Charlotte LAMBERT (Université de Namur)
Géraldine MATHIEU (Université de Namur)
Céline ORBAN (OLiSSa)
Jean-Yves REGINSTER (ULg)
Stéphane RISACK (Solidaris)
Chantal VANDOORNE (ULg)
Sandrine WALLENBOURG (FWB)

Veillez citer ce document de la façon suivante

Nisen L., Reynaert J.-F., Linchet S., Gerday A.-F.,
Synergies en santé : 2. Cahier Bien vieillir et
préservier l'autonomie. Synergies statistiques
Wallonie – Fédération Wallonie-Bruxelles,
Septembre 2014.

Maquette

Polygraph' – www.polygraph.be

Mise en page

Nathalie DA COSTA MAYA (CDCS asbl)

Photo

Marin HOCK

Impression

Imprimerie AZ Print, Grace-Hollogne

Éditeur responsable

Sébastien BRUNET, IWEPS
Route de Louvain-la-Neuve 2
5001 Belgrade

Dépôt légal

D/2014/10158/3

Où se procurer ce document

IWEPS
Route de Louvain-la-Neuve 2
5001 Belgrade
Tél. : 081 46 84 11
URL : <http://www.iweps.be>

COORDONNÉES DES PARTENAIRES



Université de Liège
Panel Démographie Familiale
Chemin du Trèfle, 1 – 4000 Liège
L.Nisen@ulg.ac.be
www.ulg.ac.be



Solidaris Mutualité
OLiSSa – Observatoire Liégeois Solidaris de la Santé
Rue Douffet, 36 – 4020 Liège
olissa.liege@solidaris.be
www.solidaris-liege.be/mutualite/olissa/index.html



Observatoire wallon de la Santé
Direction générale des Pouvoirs locaux,
de l'Action sociale et de la Santé
Avenue Gouverneur Bovesse, 100 – 5100 Jambes
observatoire.sante@spw.wallonie.be
http://socialsante.wallonie.be



Fédération Wallonie-Bruxelles
Direction générale de la Santé
Boulevard Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
donnees.sante@cfwb.be
www.sante.cfwb.be

