

MINISTÈRE DE LA RÉGION WALLONNE

Conférence Permanente du Développement Territorial

Thème 3.3

**BESOINS ET OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE AU
TRAVERS D'UNE APPROCHE GLOBALE ET
TERRITORIALE**

**Université Libre
de Bruxelles
GUIDE
(ULB)**

**Université Catholique
de Louvain
CREAT
(UCL)**

**Université
de Liège
LEPUR
(ULg-FUSAGx)**

Pilote 3.2 – 3.3 – 3.4

GUIDE-ULB : Dominique-Paule Decoster

Chef de service 3.3

LEPUR-ULg : Quentin Michel

Chargées de recherche

LEPUR-ULg : Sophie Hanson

IGEAT-ULB : Marie-Eve Ronveaux

THEME 3.3 : BESOINS ET OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE AU TRAVERS D'UNE APPROCHE GLOBALE ET TERRITORIALE

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	4
1. APERÇU GÉNÉRAL DE L'OFFRE DE SERVICES SOCIAUX ET SANITAIRES EN RÉGION WALLONNE.....	8
1.1 POUVOIR COMPÉTENT ET INVENTAIRE	8
1.2 ANALYSE COMPARATIVE.....	9
1.3 SYNTHÈSE DE L'OFFRE SANITAIRE D'UN POINT DE VUE TERRITORIAL	14
2. APERÇU DE L'OFFRE DE SERVICES SOCIAUX ET SANITAIRES POUR PERSONNES ÂGÉES EN RÉGION WALLONNE.....	15
2.1 INFIRMIÈRES À DOMICILE ET KINÉSITHÉRAPEUTES.....	16
2.2 ÉTABLISSEMENTS SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES ÂGÉES	17
3. PISTES DE RÉFLEXION SUR LES SERVICES ET ÉQUIPEMENTS SPÉCIFIQUES POUR PERSONNES ÂGÉES	18
3.1 INITIATIVES FAVORISANT LE MAINTIEN À DOMICILE.....	19
3.1.1 <i>Mesures générales</i>	19
3.1.2 <i>Mesures visant à rompre l'isolement social</i>	20
3.1.3 <i>Mesures spécifiques aux déments</i>	21
3.2 FORMULES SPÉCIFIQUES EN TERMES D'HÉBERGEMENT.....	21
3.2.1 <i>Personnes âgées valides</i>	21
3.2.2 <i>Personnes âgées valides et/ou invalides</i>	22
1. SYNTHÈSE DE LA DEMANDE SANITAIRE GLOBALE D'UN POINT DE VUE TERRITORIAL	24
1.1 « VULNÉRABILITÉ MÉDICALE ».....	24
1.2 VIEILLISSEMENT	25
1.3 ESPÉRANCE DE VIE.....	25
2. APERÇU DE LA DEMANDE DES PERSONNES ÂGÉES EN RÉGION WALLONNE.....	26
2.1 SENIORS ISOLÉS ET SANS VOITURES.....	26
2.2 MOUVEMENTS MIGRATOIRES DES SENIORS	27
2.2.1 <i>Solde migratoire des seniors entre 2000 et 2002</i>	27
2.2.2 <i>Mouvements migratoires par type de commune</i>	28
2.2.3 <i>Mouvements migratoires des seniors et offre en équipements spécifiques</i>	29
BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE.....	35
ANNEXE I : LISTE DES RAPPORTS DU THÈME 3.3	36
SUBVENTION 2002 – 2003.....	36
<i>Mars 2003</i>	36
<i>Juin 2003</i>	36
<i>Septembre 2003</i>	36
SUBVENTION 2003 – 2004.....	37
<i>Mars 2004</i>	37
<i>Septembre 2004</i>	37
SUBVENTION 2004-2005	37
<i>Mars 2005</i>	37

ANNEXE II : ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES DE L'OFFRE SANITAIRE	38
ANNEXE III : TYPOLOGIE DES COMMUNES	39
ANNEXE IV : MOTIFS DU DÉMÉNAGEMENT DES SENIORS PAR CATÉGORIE D'ÂGE	40

PRÉAMBULE

Une répartition territoriale optimale des institutions de soins et des services sociaux est une des préoccupations les plus importantes du Gouvernement wallon¹. Plus précisément, selon le Contrat d'Avenir pour la Wallonie (CAW), « le Gouvernement se propose de développer une politique de santé intégrée et coordonnée et de garantir l'accès aux soins pour tous les citoyens, y compris en termes de proximité géographique en favorisant l'offre de soins primaires. Il coordonnera les dimensions sociales et sanitaires, établira une approche transversale de l'offre de soins (...) »². Les liens sociaux qui y sont décrits envisagent également l'aspect sanitaire. Le Contrat d'Avenir renouvelé confirme ces enjeux dans une optique de cohésion sociale.

Un des buts essentiels du développement territorial est d'apporter une réponse aux besoins primordiaux des habitants³. Cet objectif est dicté par le principe de cohésion sociale et économique basé sur une solidarité raisonnée entre territoires et entre personnes⁴. La cohésion sociale implique avant tout une attention aux besoins fondamentaux non rencontrés de la population (notamment ceux des personnes handicapées ou des personnes à mobilité réduite). La cohésion économique suppose une stratégie de collaboration impliquant que les territoires qui détiennent davantage de ressources, dans quel que domaine que ce soit, acceptent de mettre une partie de celles-ci à la disposition de ceux qui en ont le moins⁵. La mise en réseau des acteurs sociaux et sanitaires permet de concrétiser cette cohésion territoriale.

Le Schéma de Développement de l'Espace Régional (SDER) stipule que, sur le plan qualitatif, des disparités et des carences se font sentir du fait de la modification des caractéristiques de la population (notamment le vieillissement) et des modes de vie, de situations économiques de plus en plus difficiles pour certaines personnes (chômage, endettement) et de problèmes de mixité de populations (sentiments d'insécurité et de violence)⁶. Il conclut que ces écarts semblent s'accroître au sein de la population. Ils s'expriment notamment par des déséquilibres entre la satisfaction de la demande et l'offre disponible et/ou accessible, et en particulier en ce qui concerne les équipements et services divers (soins de santé notamment) qui ne répondent pas toujours à la demande quant à leur capacité, qualité ou localisation⁷. L'une des options du SDER est par conséquent de répondre aux besoins en équipements et services. Il propose des mesures en vue de concrétiser cette orientation comme par exemple programmer les équipements et services publics, éviter les doubles emplois et être attentif à leur accessibilité⁸.

Le programme de travail 2002-2005 de la CPDT a été établi dans cette optique puisqu'il stipule, à l'instar du CAW et du SDER, que la répartition territoriale optimale des services sociaux et sanitaires (définis comme étant l'ensemble des soins et services contribuant à

¹ Gouvernement wallon, Contrat d'Avenir pour la Wallonie, 2000, pp. 157 et suivantes.

² Ibidem, p. 163.

³ Gouvernement wallon, Schéma de développement de l'espace régional, pp. 10 et 121.

⁴ Ibidem, p. 10.

⁵ Idem.

⁶ Ibidem, p. 121.

⁷ Idem.

⁸ Ibidem, pp. 177 et 178.

l'intégration et l'autonomie des personnes⁹ ainsi que les pôles de coordination) consiste en un enjeu important. Elle doit être adaptée aux besoins et pratiques de leurs bénéficiaires. De même, les politiques favorisant l'intégration et l'autonomie des personnes doivent être envisagées par une approche globale et articulée. Le but de cette étude est, in fine, d'obtenir une cartographie articulant, à des notions pertinentes de territoire, des facteurs et éléments tels que les déplacements « naturels » des personnes, la fréquentation des services, des indicateurs de besoins (revenus, âge,...).

Compte tenu de ces objectifs, la recherche a été articulée en plusieurs étapes :

- la réalisation d'une analyse du partage des compétences afin d'identifier les pouvoirs intervenant dans le domaine de l'action sociale et de la santé ;
- l'élaboration d'un inventaire des services sociaux et sanitaires existant en Région wallonne (permettant l'identification de l'offre sur ce territoire) ;
- la comparaison des outils figurant dans l'inventaire entre eux en vue d'identifier les doubles emplois éventuels et les synergies entre les structures figurant dans l'inventaire ;
- la réalisation d'une étude de cas afin de compléter l'inventaire pour notamment identifier les outils informels et approcher l'aspect demande (en termes qualitatifs) ;
- la réalisation d'indicateurs d'offre et de besoins sociaux et sanitaires d'un point de vue général mais aussi plus axés sur les personnes âgées.

La présente contribution comprend une synthèse des conclusions et résultats des recherches menées, seuls les résultats aboutis y sont présentés. De nombreuses pistes pourraient encore être investiguées tant le sujet est riche, elles figurent à la fin du document. Enfin, pour information, la liste exhaustive des rapports produits ainsi qu'un aperçu de leur contenu figure en annexes (voir annexe I).

⁹ Incluant tant les structures établies dans le cadre de la politique du troisième âge (maisons de repos, résidences-services,...) que celles instituées dans le cadre de la politique de dispensation des soins (hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, services d'aide et de soins à domicile,...) ou encore tout ce qui concerne l'accueil et l'hébergement des personnes en difficultés sociales.

Chapitre I : OFFRE SOCIALE ET SANITAIRE EN RÉGION WALLONNE : SYNTHÈSE

Les politiques d'aide aux personnes et de santé comprennent de multiples aspects, difficiles à appréhender de manière exhaustive. Le domaine d'investigation a donc du, au préalable, être délimité et des choix ont du être opérés. Pour l'identification de l'offre, il a été décidé de réaliser un inventaire des services sociaux et sanitaires sélectionnés sur la base de certains critères (compétence de la Région wallonne, équipements localisables géographiquement, etc.). Ensuite, nous avons identifié les doubles emplois et synergies. Enfin, l'offre en équipements spécifique pour personne âgées fait l'objet d'une attention particulière.

1. APERÇU GÉNÉRAL DE L'OFFRE DE SERVICES SOCIAUX ET SANITAIRES EN RÉGION WALLONNE

1.1 POUVOIR COMPÉTENT ET INVENTAIRE

L'analyse de la répartition des compétences dans le domaine de la santé et de l'aide aux personnes a permis d'identifier les pouvoirs qui interviennent dans ces domaines. Cette partie, réalisée sur la base des textes juridiques, a permis de mettre en évidence la multiplicité des intervenants dans ces domaines et par conséquent de révéler la complexité de la matière. En effet, plusieurs niveaux de pouvoir interviennent : la Région wallonne, le pouvoir fédéral ou encore la Communauté française. Ils peuvent agir dans un champ d'action qui leur est propre mais également de façon simultanée¹⁰.

Afin d'identifier l'offre, un inventaire relevant les services sociaux et sanitaires existants en Région wallonne a été effectué. Il s'agit d'un recensement des outils que les autorités publiques ou que les privés peuvent développer en vue de répondre à certains besoins de la population (l'inventaire ne consiste donc pas en un relevé systématique de l'existant). Le travail d'inventaire, lors de sa phase préparatoire, a révélé l'existence d'un nombre important d'outils, pouvant recouvrir des formes différentes (aides individuelles, aides matérielles, instauration d'institutions sociales ou sanitaires,...). En outre, le problème de l'identification s'est posé dans la mesure où certaines initiatives sont très difficiles à circonscrire (celles qui ne sont pas réglementée par exemple). Elles peuvent parfois s'avérer temporaires (créées pour répondre à un besoin et lorsque ce dernier ne se fait plus sentir, elles changent d'objet ou disparaissent). Une sélection a donc été effectuée : 63 outils ont été analysés via les textes légaux¹¹. Pour chacun d'eux, les éléments suivants ont été identifiés :

- le cadre juridique ;
- le cadre institutionnel (permettant d'identifier les interactions entre les niveaux de pouvoirs) ;
- les missions ;
- les bénéficiaires ;
- le champ d'application territorial (identifiant les éléments ayant un impact sur l'offre de services comme la programmation par exemple) ;

¹⁰ MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003, voir annexe I.

¹¹ Les outils qui ont été étudiés figurent dans le schéma représenté au point 1.2.

- les modes de financement.

Ces outils ont été classés dans six politiques déterminées sur la base de la loi spéciale du 8 août 1980 ainsi que sur la façon dont la Direction Générale de l'Action Sociale et de la Santé gère ces matières. Plus précisément il s'agit :

- de la politique de santé (structures de soins généraux ou spécialisés, structures ambulatoires, traitement des auteurs d'infractions à caractère sexuel, accompagnement à domicile) ;
- de la politique de la famille (accueil, hébergement et accompagnement des personnes en difficultés sociales) ;
- de la politique des personnes handicapées (structures d'insertion socioprofessionnelle, d'accueil et d'hébergement) ;
- de la politique d'accueil et d'intégration des étrangers (centres régionaux d'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère) ;
- de la politique d'action sociale (CPAS, aide aux justiciables, lutte contre la pauvreté) ;
- de la politique du troisième âge (maisons de repos, résidences-services notamment).

Plusieurs constats ont pu être effectués suite à la réalisation de l'inventaire :

- il existe un nombre important d'outils dans ce domaine ;
- il est difficile d'identifier les institutions informelles (non organisées par des textes légaux) ;
- les frontières entre les différents services sont perméables.

Cette partie de l'étude renforce le constat de la complexité de la matière si on l'envisage de façon globale.

1.2 ANALYSE COMPARATIVE

Les outils relevés dans l'inventaire s'adressent à différents types de personnes et peuvent avoir des objectifs plus ou moins variés. Cette situation implique un risque de doubles emplois pouvant s'accompagner de concurrences stériles. Une analyse comparative (toujours sur la base des textes législatifs) des outils entre eux, sous trois de leurs aspects (bénéficiaires, champ d'application territoriale et missions) a été effectuée. Dans un premier temps, les institutions relevant d'une même politique ont été comparées entre elles. Dans un second temps, la comparaison a été effectuée entre les outils relevant de politiques différentes. La démarche a permis d'identifier les doubles emplois éventuels mais également les possibilités de coordination des décisions et de mise en réseau entre les différents services étudiés. Cette comparaison a été menée dans une démarche globale, conformément au souhait formulé par le programme de travail.

• Doubles emplois

En premier lieu, la comparaison des bénéficiaires des outils relevant d'une même politique, a mis en évidence que certaines thématiques étaient bien structurées. C'est le cas de la politique des personnes handicapées où la plupart des institutions peuvent être distinguées selon qu'elles sont destinées aux personnes handicapées jeunes ou aux personnes handicapées adultes. Par contre, d'autres politiques le sont moins comme la politique de la santé ou de l'action sociale dans la mesure où le public visé est plus large (toute personne qui en fait la demande, personnes vivant dans une situation contraire à la dignité humaine,...). D'une manière générale, on constate que certains outils peuvent s'adresser à tout le monde (ex. hôpitaux, centres de planning familial, CPAS, etc.) tandis que d'autres concernent un public plus restreint (ex. établissements pour personnes âgées). Sur la base

de ce critère, on peut rapprocher certains services s'adressant aux mêmes bénéficiaires, comme par exemple les maisons d'hébergement pour personnes âgées et les soins à domicile.

En second lieu, du point de vue de leur champ territorial, les outils apparaissent comme fort diversifiés puisque différents critères ont été rencontrés (programmation par lits/habitants – hôpitaux –, programmation par lits/habitants âgés de plus de 60 ans et par arrondissement – maisons de repos –, zone comprenant un nombre minimum d'habitants – services de santé mentale –, etc.). Par contre, dans certains cas, rien n'est prévu dans les textes en ce qui concerne l'offre (entreprises de travail adapté, services de médiation de dettes,...) ; dans d'autres, le territoire de référence est extrêmement large (centre de télé-accueil, plateformes de soins palliatifs, service écoute-enfants, centre d'appui). On peut cependant constater que les outils relevant d'une même politique ont généralement le même type de critères établissant le territoire de référence.

Enfin, la comparaison des missions a permis de mettre en exergue les types de missions les plus fréquemment accomplies par les institutions sociales et sanitaires. Il s'agit notamment :

- de prestations de soins de santé ainsi que de guidance et accompagnement social (la frontière entre santé et social peut s'avérer difficile à établir) ;
- d'hébergement, d'accueil de jour et de prestations à domicile (alternative à l'hébergement) ;
- de prestations ambulatoires ou hospitalières ;
- de coordination des actions (cette mission peut être exercée simultanément avec d'autres missions). Seuls quelques outils ont des missions de coordination des actions. En général il s'agit d'institutions qui ont une législation récente.

Le rôle central des CPAS d'un point de vue « action sociale » (outil incontournable aux possibilités multiples) a été mis en évidence ; leur corollaire au niveau de la santé sont les hôpitaux. La comparaison des missions a permis d'effectuer un rapprochement entre certains outils.

Suite aux analyses effectuées, on peut conclure que le paysage des services sociaux et sanitaires est complexe mais qu'il semble bien structuré malgré un certain manque de lisibilité. En outre, même s'il peut y avoir des chevauchements entre certaines missions ou bénéficiaires, chacun des outils revêt une caractéristique propre, ce qui implique que, théoriquement, il n'y a pas de double emploi au sens strict du terme (mais des superpositions partielles dans certains cas). Ce constat suppose que des collaborations sont nécessaires en vue d'optimiser l'action de ces outils ou d'éviter les redondances. La suite de la recherche a donc été consacrée à l'identification de synergies pertinentes.

• Synergies

Le schéma représenté ci-dessous illustre les synergies les plus évidentes, dans une approche globale, qui ont pu être dégagées suite à l'analyse comparative des outils.

Il faut préciser que toutes les institutions peuvent collaborer entre elles (en fonction des cas à traiter ou des situations qui se présentent). Dans certains cas, cette faculté de coopération est mentionnée dans les textes sans préciser les outils concernés. Dans d'autres cas, elle peut être mentionnée de façon plus précise (les associations de santé intégrée peuvent collaborer avec les centres régionaux d'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère). Enfin, il se peut que rien ne soit indiqué à ce sujet, les institutions socio-sanitaires pouvant collaborer même si ce n'est pas mentionné dans les textes. Des similitudes ou des différences peuvent par conséquent apparaître de façon plus ou moins marquée en fonction des régions.

Le schéma identifiant les synergies se présente sous la forme de cercles entrelacés dans lesquels figurent les institutions relevées dans l'inventaire. Les cercles (représentés par un trait uni) correspondent aux politiques identifiées dans le cadre de la réalisation de l'inventaire. Deux grandes politiques ont d'abord été considérées : la politique de santé et la politique d'action sociale. Cette classification a ensuite été affinée ; les institutions étudiées ont été réparties entre six politiques (pouvant toutefois s'interpénétrer)¹². Il n'a été tenu compte que des politiques institutionnalisées, c'est-à-dire celles qui figurent dans les textes relatifs à la répartition des compétences¹³.

La taille des cercles est fonction de l'importance des politiques. Les deux plus importants représentent la politique de santé et la politique d'action sociale. Des cercles plus petits venant se greffer en partie sur ceux-ci sont donc réalisés. Tous les outils figurant dans l'inventaire sont répartis dans ces cercles ; lorsque l'un d'eux peut relever d'autres politiques, il est intégré dans l'intersection des cercles concernés.

Des cercles en pointillés sont indiqués mais ne correspondent pas à une politique en particulier. D'une part, dans le cadre de la politique de la santé, on peut distinguer les outils de dispensation de soins généraux des outils spécialisés dans la santé mentale. Un sous-ensemble comprenant les outils ayant des missions particulières de santé mentale est créé. D'autre part, pour des raisons pratiques, un cercle pointillé est réalisé pour intégrer les centres de planning et de consultation familiale et conjugale puisqu'ils relèvent de trois politiques (social, santé et famille).

Afin que le schéma soit le plus complet possible, les outils qui y figurent ont été distingués. D'abord, les institutions sont différenciées selon le(s) pouvoir(s) compétent(s). Les outils qui sont indiqués en italique sont ceux qui relèvent de la Communauté française ; ceux qui sont indiqués en normal sont ceux qui relèvent exclusivement de la Région wallonne ; ceux qui sont en normal souligné sont ceux pour lesquels le fédéral et la Région wallonne sont simultanément compétents ; ceux qui sont indiqués en gris sont ceux pour lesquels seul le fédéral est compétent.

Ensuite, dans chacune des deux politiques principales (politique de santé et politique d'action sociale), on a pu identifier un outil central, étant amené à collaborer avec toutes les autres institutions, quelle que soit la politique à laquelle elles appartiennent. Il s'agit dans le cadre de la politique de santé des hôpitaux (généraux et universitaires) et, dans le cadre de la politique d'action sociale, des CPAS dont les bénéficiaires et missions sont larges.

¹² Voir supra, MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport final de la subvention 2002-2003, septembre 2003, voir annexe I.

¹³ Articles 128 et 138 de la Constitution et article 5, §1^{er}, I et II, de la Loi spéciale du 8 août 1980. Notons que les centres régionaux d'intégration des personnes étrangères et d'origine étrangère ont été intégrés dans la politique « action sociale ».

Personnes handicapées

Légende

Normal : Région wallonne

Italique : Communauté française

Gris : fédéral

Souligné : Région wallonne et fédéral

Hôpitaux et CPAS : outils centraux

Compétences

Santé

Action sociale

CPAS

Famille

Troisième âge

- Services de placement familial
- Services d'aide aux activités de la vie journalière
- Services résidentiels de transition

- Centres d'évaluation et d'orientation professionnelle
- Entreprises de travail adapté
- Sections d'accueil et de formation en ETA
- Dispositifs de maintien
- Centres de formation professionnelle
- Services d'accompagnement des personnes handicapées adultes
- Services d'accueil de jour pour adultes
- Services résidentiels (y compris de nuit) pour adultes
- Service d'aide précoce
- Services d'aide à l'intégration
- Services d'accueil de jour pour jeunes (y compris non scolarisés)
- Services résidentiels pour jeunes
- Service d'aide aux familles et aux personnes âgées

Centres de réadaptation fonctionnelle

Centres PMS pour l'enseignement spécial

Centres PMS

- Services d'aide sociale aux justiciables
- Services d'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion sociale

- Services spécialisés en assuétudes
- Réseaux d'aide et de soins en assuétudes

Centre de planning et de consultation familiale et conjugale

- Centres d'accueil pour adultes
- Maisons maternelles
- Maisons d'accueil
- Maisons de vie communautaire
- Maisons d'hébergement de type familial
- Abris de nuit

- Centres de coordination de soins et services à domicile
- Services intégrés de soins à domicile

Services d'aide aux familles et aux personnes âgées

- Résidences-services
- Maisons de repos
- Centres d'accueil de jour pour personnes âgées

- Centres de soins de jour
- Maisons de repos et de soins
- Plates-formes de soins palliatifs

Associations de santé intégrée

HOPITAUX
(Généraux et universitaires)

SANTÉ MENTALE

- Hôpitaux psychiatriques
- Centres hospitaliers psychiatriques
- Services de santé mentale
- Initiatives d'habitations protégées
- Maisons de soins psychiatriques
- Equipes SOS Enfants
- Centres de télé-accueil
- Service écoute-enfants

AICS

- Centre d'appui
- Equipes de santé spécialisée
- Equipes psychosociales spécialisée

CPAS

- Centres régionaux d'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère
- Centres de service social
- Services de médiation de dettes
- Centres de référence pour services de médiation de dettes
- Services d'aide aux victimes
- Relais sociaux (intercommunaux et urbains)
- Services d'insertion sociale

Suite aux analyses qui ont été réalisées, des synergies apparaissent :

- entre les institutions de soins de santé de première ligne (hôpitaux, associations de santé intégrée) ;
- entre les institutions ayant des missions de santé mentale (hôpitaux comprenant un service psychiatrique, hôpitaux psychiatriques, services de santé mentale, centres de planning et de consultation familiale et conjugale, initiatives d'habitations protégées, maisons de soins psychiatriques) ;
- entre les institutions pouvant s'adresser aux auteurs d'infractions à caractère sexuel (centre d'appui, équipes de santé spécialisées, équipes psychosociales spécialisées, centre hospitalier psychiatrique -établissement de défense sociale-, services de santé mentale, services d'aide aux détenus et services d'aide sociale aux justiciables) ;
- entre les institutions de soins susceptibles de prendre en charge les personnes âgées (maisons de repos et de soins, centres de soins de jour et hôpitaux) ;
- entre les institutions spécialisées dans l'accompagnement de fin de vie (maisons de repos et de soins, hôpitaux avec un service palliatif et plates-formes de soins palliatifs) ;
- entre les institutions relatives au maintien à domicile et à l'hébergement des personnes âgées (accueil et hébergement – maison de repos, centre d'accueil de jour, etc. –, services d'aide aux familles et aux personnes âgées, centres de coordination de soins et services à domicile, services intégrés de soins à domicile) ;
- entre les institutions spécialisées dans l'aide aux détenus (services d'aide sociale aux justiciables et services d'aide aux détenus -pénitentiaire et post pénitentiaire-) ;
- entre les institutions spécialisées dans l'aide aux victimes (services d'aide sociale aux justiciables et services d'aide aux victimes) ;
- entre les services pour personnes handicapées leur octroyant une aide dans la vie quotidienne (services d'aide aux activités de la vie journalière et services d'accompagnement des personnes handicapées adultes) ;
- entre les institutions visant à l'intégration socio-professionnelle des handicapés (centres d'orientation et d'évaluation professionnelle, centres de formation professionnelle, entreprises de travail adapté et centres PMS pour l'enseignement spécial) ;
- entre les institutions compétentes en matière de toxicomanie (hôpitaux, hôpitaux psychiatriques, services de santé mentale, services spécialisés en assuétudes, réseaux d'aide et de soins en assuétudes, centres de planning et de consultation familiale et conjugale, associations de santé intégrée) ;
- ...

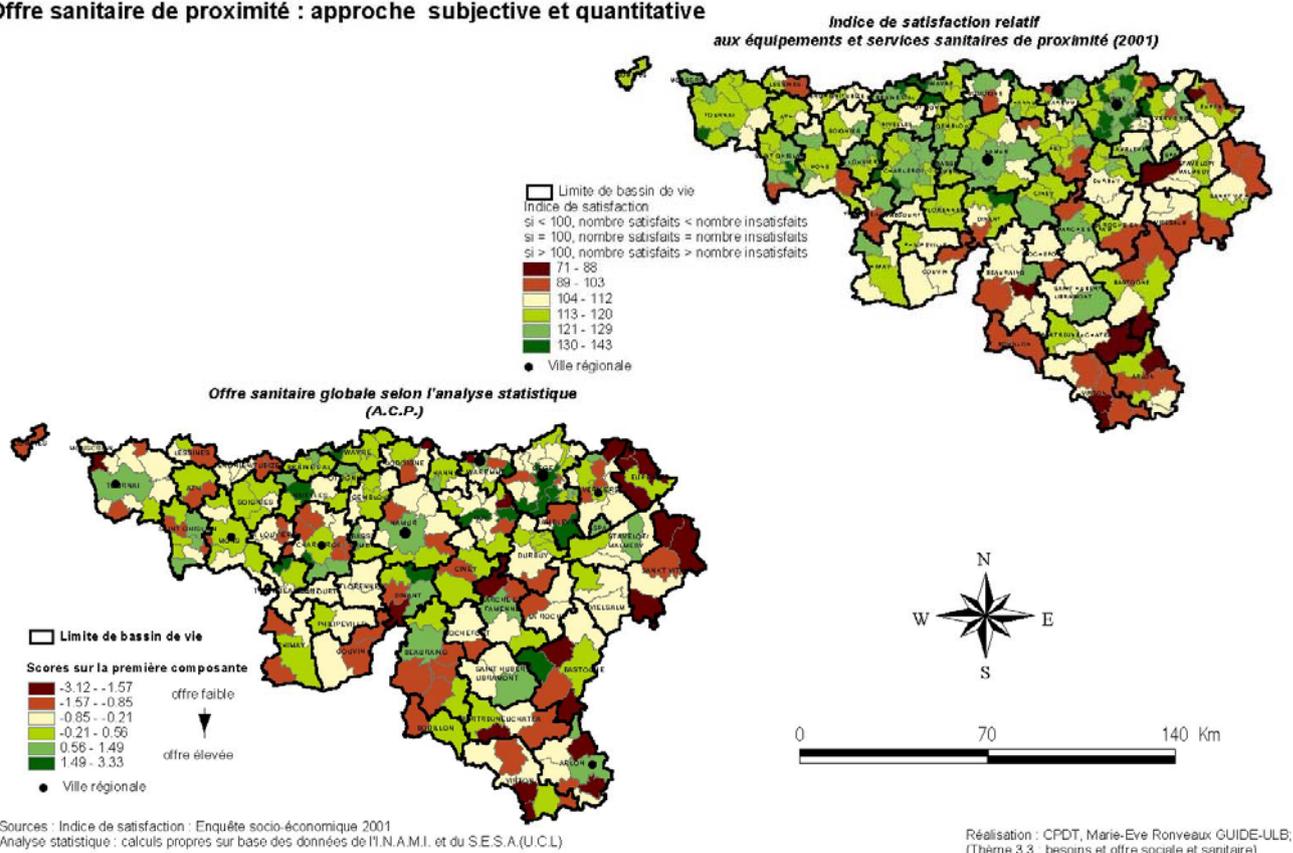
Comme stipulé ci-dessus, les synergies identifiées sont théoriques et non limitées. L'étude de cas a permis de les mettre en évidence de façon pratique. On a pu constater que d'une manière générale, la pratique du réseau était courante. Elle est liée aux acteurs en place et est rarement coulée dans des conventions. Les combinaisons théoriques se sont vérifiées mais les collaborations peuvent être plus larges dans la mesure où elles s'effectuent en fonction des situations.

En vue d'une action optimale et afin de répondre correctement à la demande, il convient de répartir les institutions sociales et sanitaires en tenant compte notamment des affinités qu'elles pourraient avoir entre elles.

1.3 SYNTHÈSE DE L'OFFRE SANITAIRE D'UN POINT DE VUE TERRITORIAL

La répartition spatiale de l'offre sanitaire a fait l'objet, dans les différents rapports, d'une approche sectorielle des services sanitaires : taux de couverture des généralistes, spécialistes, personnel paramédical et capacité hospitalière ont été ainsi cartographiés et analysés séparément. L'analyse de l'offre sanitaire telle que proposée ci-après se veut plus synthétique. En effet, la distribution spatiale des services et infrastructures les plus sollicités est appréhendée ici globalement, sous deux angles d'approche : le point de vue des ménages, exprimant un avis quant aux « facilités des services sanitaires de proximité »¹⁴ et le traitement statistique des données effectué selon une analyse en composantes principales¹⁵. Les deux éclairages sont complémentaires, ce qui permet de nuancer l'analyse.

Offre sanitaire de proximité : approche subjective et quantitative



¹⁴ L'indice a été calculé sur base de l'Enquête socio-économique réalisée par l'INS en 2001. La question formulée était la suivante : « Comment jugez-vous les facilités offertes des services de santé dans votre quartier ? » (une réponse par ménage). Les réponses ont été exprimées sous forme d'un indice de satisfaction par commune.

¹⁵ L'analyse en composantes principales (A.C.P.) permet d'évaluer et de représenter la redondance entre plusieurs mesures ou variables. Les variables reprises dans l'A.C.P. sont les taux de couverture des généralistes, spécialistes, dentistes, pharmaciens, opticiens, infirmières, kinésithérapeutes, bandagistes et acuponcteurs par habitants. Voir l'annexe II pour le détail du calcul.

¹⁶ Les données concernant l'indice de satisfaction ont été fournies par commune. Pour pouvoir comparer les deux cartes, ce découpage a été maintenu dans l'A.C.P. (bien qu'il eu été possible de la faire par bassin de vie). Néanmoins, la superposition graphique des bassins de vie permet de localiser, par bassin, la commune qui concentre la majorité des équipements et services. De plus, la comparaison avec l'indice de satisfaction permet de vérifier si le rayonnement de cette commune polarisatrice est perçu comme satisfaisant par les populations de l'ensemble du bassin.

Gardant cela à l'esprit, il est aisé de comprendre que certaines communes périurbaines dont des résultats statistiques révèlent une offre sanitaire plutôt restreinte (Châtelet par exemple), ont malgré tout un indice de satisfaction fort positif : la proximité d'un pôle bien équipé compense leur faible équipement. Ce constat conforte l'idée que le bassin de vie semble une maille territoriale plus adéquate à la problématique. On observe d'ailleurs que la majorité des centres régionaux, de même que la plupart des pôles du SDER, ont des résultats favorables selon les deux approches¹⁷.

Il existe cependant des pôles moins bien équipés : en Communauté germanophone par exemple, la commune de Saint-Vith présente un faible score sur la première composante de l'ACP, et l'indice de satisfaction est globalement défavorable au sein du bassin de vie. Ailleurs, les poches d'insatisfaction concernent souvent des zones rurales et vieillissantes et/ou mal polarisées : celles-ci se retrouvent majoritairement dans la province du Luxembourg¹⁸. Les communes situées au sud de Beauraing, à proximité de Vielsam et en Lorraine expriment une insatisfaction plus prononcée. Au vu des indicateurs étudiés précédemment¹⁹, l'offre médicale dans ces régions est plutôt bonne pour les généralistes, plutôt faible pour les spécialistes et inférieure ou égale à la moyenne pour le personnel paramédical. Il est possible que, pour partie, l'insatisfaction exprimée dans ces régions s'explique par leur proportion importante de seniors. Bénéficiant d'une offre moins dense qu'en milieu urbain, consommant davantage de soins et éventuellement moins mobiles, les personnes âgées peuvent (dans ces conditions) éprouver de réelles difficultés pour accéder aux soins.

L'insatisfaction est cependant également élevée dans les bassins de Bastogne et d'Arlon, qui sont constitués de populations plutôt jeunes et - pour Arlon - aisées. L'offre y étant (en théorie) assez bonne d'un point de vue quantitatif, peut-être faut-il attribuer ces réponses à des aspects qualitatifs (par exemple, certains types de soins très spécifiques nécessitant des déplacements vers des centres plus importants comme Namur ou Liège)?

Au vu de ces résultats, il semble que les zones rurales et vieillissantes et/ou mal polarisées soient « en première ligne » des efforts à fournir pour améliorer l'accessibilité aux soins. Bien entendu, il ne s'agit pas d'implanter à tour de bras de nouvelles infrastructures sur l'intégralité du territoire. On peut cependant songer à une amélioration éventuelle des taux de couverture du personnel soignant dans les zones moins équipées, ou des formules plus légères telles que les bus O.N.E.²⁰ par exemple. Comme on le verra ci-après, il pourrait également être utile d'étudier et d'améliorer la mobilité des personnes moins autonomes et/ou plus âgées par divers services.

2. APERÇU DE L'OFFRE DE SERVICES SOCIAUX ET SANITAIRES POUR PERSONNES ÂGÉES EN RÉGION WALLONNE

¹⁷ Notons que ce constat conforte un des objectifs exprimés dans le SDER, à savoir le renforcement des pôles.

¹⁸ 19% des ménages s'y déclarent insatisfaits.

¹⁹ MRW, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport intermédiaire de la subvention 2004-2005, mars 2005.

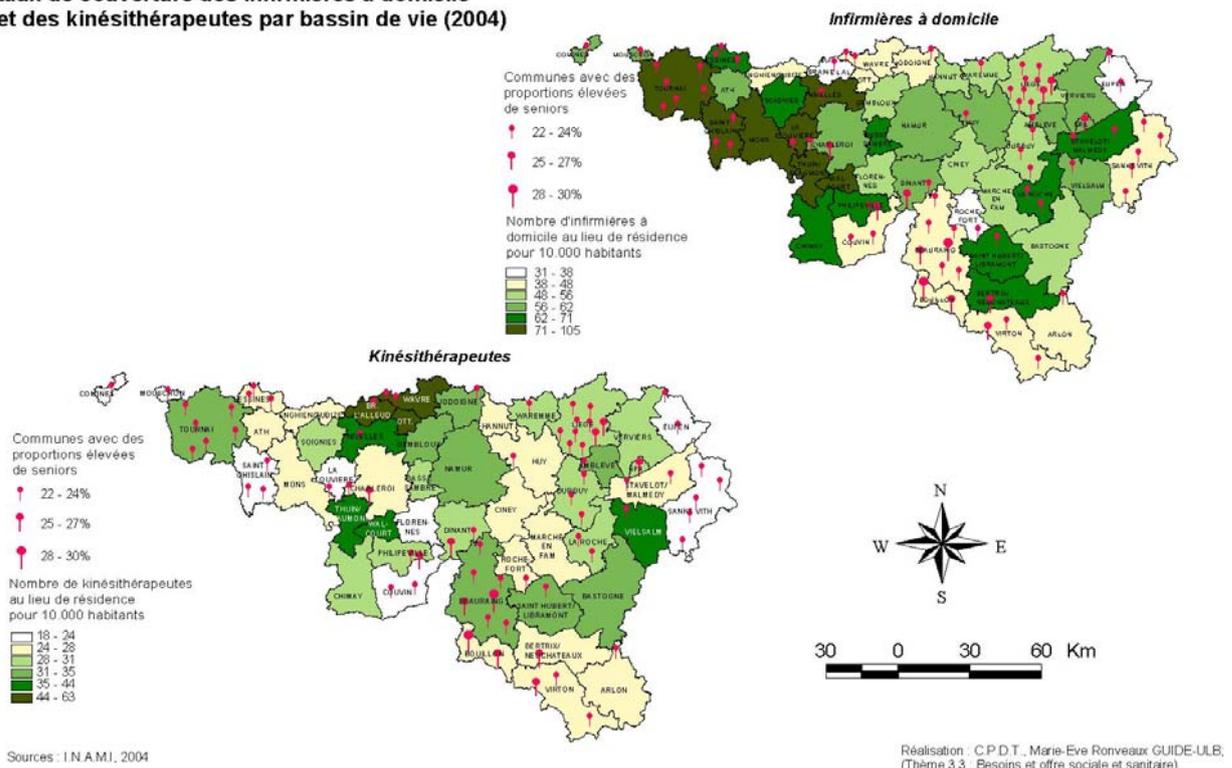
²⁰ Avec l'aide financière des communes, l'ONE (Office National de l'Enfance) a fait l'acquisition d'un car sanitaire pour organiser les consultations de nourrissons dans les communes rurales du Brabant wallon.

Les personnes âgées ont des besoins particuliers qui nécessitent des réponses adaptées à leurs capacités. Dans ce chapitre, nous abordons deux services auxquels les seniors font particulièrement appel (les infirmières à domicile et les kinésithérapeutes), ainsi que diverses infrastructures qui leur sont destinées spécifiquement. Enfin, la réflexion est menée sur les aspects qualitatifs des équipements pour personnes âgées.

2.1 INFIRMIÈRES À DOMICILE ET KINÉSITHÉRAPEUTES

La fréquence du recours à certains services, notamment les soins dispensés à domicile, augmente avec l'âge des patients. Croiser l'offre de ces services avec une estimation de la demande peut donc donner une information sur la satisfaction des besoins ciblés. Pour ce faire, nous avons superposé aux taux de couverture des kinésithérapeutes et des infirmières les communes ayant de fortes proportions de seniors. Les cartes sont expressives : concernant les infirmières, les bassins situés autour de la botte de Givet ont des taux de couverture très faibles alors qu'il s'agit de communes à forte proportion de seniors. Même constat pour le bassin de Saint-Vith, Braine-l'Alleud et Ottignies : il s'agit là, sans doute, d'un indice révélant une forte probabilité de besoins insuffisamment couverts (surtout pour les régions rurales). Par contre, notons la bonne situation dans le Hainaut, qui présente les meilleurs taux de couverture de la Région.

Offre sanitaire :
taux de couverture des infirmières à domicile
et des kinésithérapeutes par bassin de vie (2004)



Concernant les kinésithérapeutes, la distribution spatiale est sensiblement différente de celle des infirmières (liée sans doute au standing des populations) et c'est ici le Brabant qui a les meilleurs taux de couverture. De ce fait, le Hainaut, moins bien couvert, présente sans doute des carences dans certains bassins : Saint-Ghislain, La Louvière, Comines, Mouscron. Ailleurs, ce sont la vallée de la Semois, la Calestienne et les cantons germanophones dont les besoins semblent moins satisfaits.

Outre un ajustement éventuel de l'offre, une prise en compte des pratiques des personnes très âgées est également importante. Une enquête récente a par exemple montré que les seniors préfèrent la visite d'un généraliste à leur domicile plutôt qu'un déplacement vers son cabinet²¹. Or, les visites à domicile des généralistes ont tendance à diminuer pour diverses raisons (problème de temps, de parking, etc.)²². Tous ces éléments, et en particulier ceux liés au vieillissement de la population, sont à prendre en considération. Des services tels que les taxi-seniors²³, par exemple, pourraient peut-être se développer davantage.

Enfin, si cette approche « macro » met en évidence les zones potentiellement carencées du territoire, il est clair que cette analyse doit être croisée avec des informations « micro », issues d'enquêtes de terrain, pour affiner la pertinence de leur diagnostic.

2.2 ÉTABLISSEMENTS SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES ÂGÉES

Par établissements spécifiques aux personnes âgées, on entend : les maisons de repos (MRPA), les maisons de repos et de soins (MRS), les centres d'accueil de jour pour personnes âgées (CAJ), les centres de soins de jour (CSJ), les résidences-services (RS) et les services d'aide aux familles et aux personnes âgées (SAFPA).

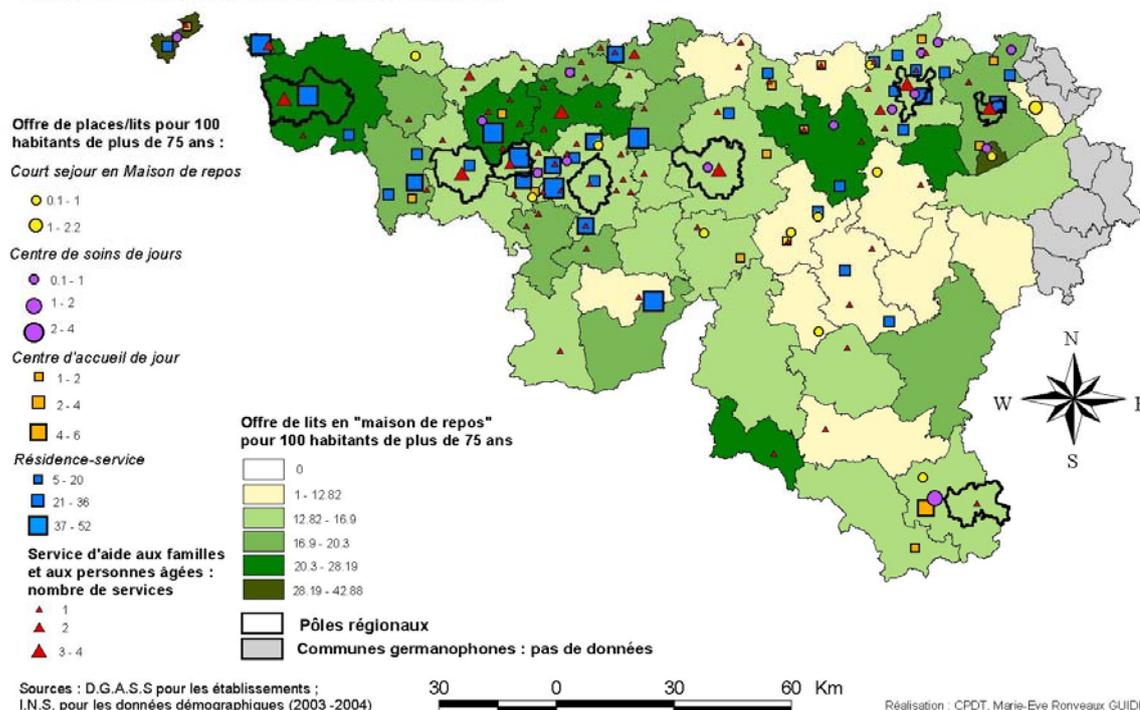
La distribution spatiale de ces établissements montre globalement une concentration de l'offre le long du sillon industriel, en particulier dans sa partie hennuyère. Les lits en maisons de repos constituent l'essentiel de l'offre spécifique aux personnes âgées. Concernant ces lits MRPA, une large zone sous-équipée apparaît dans une partie du Condroz et de la Famenne. Les bassins ruraux de Philippeville, Libramont, Jodoigne et Waremme sont également très faiblement couverts. En terme de diversification de l'offre, ce sont les bassins hennuyers du Centre et de Charleroi, ainsi que les bassins de Liège, Verviers et Spa qui proposent la plus grande variété de formules d'accueil. Notons le taux de couverture important du bassin de Bouillon.

²¹ Cfr : Le journal du médecin, n° 1666, page 12.

²² Ibidem.

²³ **Taxi-seniors** : service assurant le transport gratuit de personnes âgées ou isolées, confrontées à des problèmes de mobilité, vers les hôpitaux, centres et prestataires de soins, pharmacies, services administratifs et sociaux.

Etablissements spécifiques aux seniors et services d'aide aux familles et personnes âgées : Synthèse de l'offre par bassin de vie (2003-2004)



3. PISTES DE RÉFLEXION SUR LES SERVICES ET ÉQUIPEMENTS SPÉCIFIQUES POUR PERSONNES ÂGÉES

L'aperçu de l'offre sociale et sanitaire formelle pour les personnes âgées en Région wallonne montre que le choix de leur lieu de vie s'effectue selon l'alternative maintien à domicile et placement en institution d'hébergement. Quelques formules intermédiaires sont cependant prévues (court séjour, accueil de jour).

Or, l'étude des institutions de la commune de Huy par interviews consacrée aux services pour personnes âgées a mis en évidence les difficultés et enjeux pour les années à venir. En effet, l'allongement de l'espérance de vie et la baisse des taux de fécondité engendrent des changements structurels de grande ampleur qui font que le vieillissement de la population représente un défi majeur pour toutes les sociétés puisqu'il aura des impacts dans divers domaines et notamment en termes d'équipements (d'un point de vue quantitatif mais aussi qualitatif).

Les autorités politiques wallonnes doivent veiller à garantir un nombre suffisant de lieux d'hébergement (maison de repos, maisons de repos et de soins, etc.) mais également étudier et favoriser l'alternative au logement individuel²⁴. La réflexion sur les lieux de vie des personnes âgées doit être menée en vue de formuler des solutions ou recommandations en termes d'équipements/de territoire.

Parallèlement à l'offre réglementaire, des expériences originales, non formalisées par le législateur, existent que ce soit en termes d'accueil, d'hébergement ou de services à domicile. Ces expériences sont passées en revue ci-dessous dans la mesure où elles présentent des besoins nouveaux ou non satisfaits. Celles présentées ici ont déjà fait l'objet

²⁴ Ibidem, p. 166.

d'études et de recherches²⁵. Elles sont exposées selon qu'elles favorisent le maintien à domicile ou qu'elles présentent une alternative aux structures d'hébergement reconnues par le législateur wallon. Elles peuvent démarrer avec un contexte préexistant mais pas nécessairement.

3.1 INITIATIVES FAVORISANT LE MAINTIEN À DOMICILE

Afin de retarder au maximum l'institutionnalisation de la personne âgée plusieurs pistes peuvent être envisagées : les mesures générales, celles visant à rompre l'isolement social et celles pour les personnes démentes.

3.1.1 Mesures générales

Une politique de prévention primaire à tous les stades de la vie doit être menée. En effet, il est notoire qu'une mauvaise qualité de vie en termes d'environnement, d'alimentation, de conditions de travail, etc. contribuent à l'accélération du vieillissement. En ce sens, la promotion de la santé et la sensibilisation à l'adoption de certains comportements revêtent une importance capitale. Les coûts qu'elles engendrent à court terme sont récupérés par une prise en charge plus tardive des personnes âgées en termes de soins et d'institutionnalisation (qui est plus onéreuse pour la collectivité que le maintien à domicile).

De plus, la formation des professionnels des services et soins à domicile (médecins, kinésithérapeutes, soins infirmiers et aides soignantes) devra être en adéquation avec les problématiques des personnes âgées afin de prendre en compte leurs caractéristiques particulières. L'évaluation gériatrique, le dépistage de la fragilité gériatrique et les soins de réhabilitation en vue de récupérer les facultés perdues ne sont en effet pas généralisés dans les services s'occupant de personnes âgées²⁶.

Par ailleurs, parallèlement à l'aide formelle, les proches des personnes vieillissantes (famille ou voisinage) procurent une aide non négligeable puisque environ deux tiers des soins aux personnes âgées sont fournis par ces acteurs (un tiers des soins provient du conjoint, un tiers des enfants et des proches et le dernier tiers par des services professionnels)²⁷. En termes d'heures, cette aide informelle serait cinq fois plus importante que l'aide formelle²⁸. Il n'existe pas vraiment, en Wallonie, de mesure visant à encourager l'aide informelle, or c'est souvent grâce aux proches que des personnes dépendantes peuvent rester chez elles²⁹. L'évolution technologique (on pense à la biotélévigilance et à la domotique) peut également retarder le placement en institution et venir en appui aux volontaires. On mesure ici l'importance de la création de services de répit et d'aide à domicile pour soulager ces aidants et retarder le placement en institution.

Enfin, il existe d'autres formes de services pouvant permettre aux personnes âgées de rester plus longtemps dans leur cadre de vie familial. Par exemple, les CPAS ou les services d'aide aux familles ou même des privés organisent des services de nettoyage. Parfois, des services de petits travaux sont créés au sein de CPAS. De même, les personnes âgées qui ne sont plus à même de se préparer un repas chaud peuvent faire appel à un service de distribution

²⁵ CARLSON A., *Où vivre vieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?*, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, novembre 1998, 206 pages ; Institut Européen Interuniversitaire de l'Action Sociale, *Du « vivre chez soi » à l'institution : des solutions alternatives en réponse aux besoins diversifiés d'une population vieillissante en Europe*, Actes du colloque européen organisé le 20 novembre 1997 à Charleroi ; AVALOSSE H., CORNELIS K., LEONARD C., VERNIEST R., *Le vieillissement, un enjeu collectif*, Mutualités Chrétiennes, Département Recherche et développement, dossier thématique n° 5, 2005, 155 pages, <http://www.mc.be/images/100/Vieillissement.pdf>

²⁶ ARTOISENET C., DELIEGE D. et LEROY X., in *L'Observatoire*, n° 44, 2004-2005, mars 2005, page 94.

²⁷ BUNTINX F., DE LEPELIERE J. et YLIEFF M., in *L'Observatoire*, n° 44, 2004-2005, mars 2005, page 59.

²⁸ *Idem*.

²⁹ SCHIFFINO A., Dépendance, famille et soins à domicile, in *L'Observatoire*, n°17, 1997-1998, page 66.

de repas chaud à domicile (organisé par les CPAS, SAFPA, entreprises privées, etc.). On peut encore citer qu'une aide au ménage (courses, lessive, repassage, préparation de repas, petits travaux de coutures occasionnels, transport par une centrale pour les personnes à mobilité réduite) peut être fournie via les titres-services (6,20 euros pour une aide-ménagère). Tous ces services sont en principe accessibles à tout le monde mais on constate que ce sont les personnes âgées qui y font le plus souvent appel³⁰.

3.1.2 Mesures visant à rompre l'isolement social

Certaines expériences visent à rompre la solitude des personnes âgées. En ce sens, favoriser la mobilité revêt une certaine importance que ce soit pour les personnes âgées vivant à domicile ou en institution et ce sous un double aspect³¹. D'une part, en termes de capacité à se déplacer (aller chez le médecin, à l'hôpital, etc.) et, d'autre part, en termes d'infrastructures (trottoirs adaptés). Cet aspect est primordial dans la mesure où l'absence de mobilité accroît l'isolement social. Il existe des services dits de « transport adapté » purement informels, basés sur le bénévolat ou en partenariat avec les pouvoirs publics (commune, transports en commun). Ils assurent le transport des personnes à mobilité réduite (âgées ou non) qui en font la demande vers les hôpitaux, services sociaux et administratifs, ... On peut citer à titre d'exemple *l'Association des services de transport adapté* pour personnes à mobilité réduite (qui regroupe plusieurs opérateurs) ou encore *Chic Service ASBL*. Chaque service fonctionne avec un règlement différent. Le TEC propose le *service 105* qui assure une desserte porte-à-porte dans une zone délimitée. Le service est payant (1,40 € par trajet) et accessible à toute personne dont la mobilité est réduite temporairement ou durablement. La réservation d'une place est un préalable indispensable, tant à l'aller qu'au retour.

Pour les initiatives ne visant QUE les personnes âgées, on peut citer l'exemple d'une maison de repos hutoise qui, en partenariat avec les transports en commun de la commune, a négocié l'emplacement d'un arrêt d'autobus juste devant ses portes. Il y a aussi *Taxi senior* dans le Brabant wallon ou encore *l'ASBL Mobilité Rochefortoise* (destinée exclusivement aux personnes de plus de 65 ans résidant dans la commune). Dans la même optique, certaines communes interviennent dans les frais de taxi (Dinant). Les mutualités peuvent également intervenir dans les frais de transport vers l'hôpital pour les plus de 65 ans³². D'une manière plus générale, pour les personnes de plus de 65 ans, les transports en commun sont d'ailleurs gratuits.

Par ailleurs, la Fondation Roi Baudouin soutient les nouvelles initiatives (ou celles qui existent déjà) qui visent à briser l'isolement des plus de 80 ans. En effet, leur proportion dans la population augmente sans cesse et continuera d'augmenter (ils représenteront 10 % de la population belge en 2050) or, la majorité de ces personnes dites très âgées vivent encore chez elles et en général seules. On peut citer à titre d'exemple la mise en place de chaînes téléphoniques ou l'organisation d'activités intergénérationnelles³³. Cette démarche est intéressante car elle permet d'identifier des idées, des pistes concrètes qui devraient inspirer de nouveaux acteurs, de nouvelles initiatives.

Enfin, le sport, les loisirs et activités permettent aux personnes âgées de rester actives. Les universités du temps disponible, situées dans différentes villes de la Région wallonne (Charleroi, Huy, La Louvière, ...) en sont de bons exemples.

³⁰ AVALOSSE H., CORNELIS K., LEONARD C., VERNIEST R., *Op. Cit.*, p. 79.

³¹ Ministère de la Région wallonne, CPDT, *Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale*, rapport intermédiaire de mars 2005, subvention 2004-2005.

³² C'est par exemple le cas des mutualités socialistes, <http://www.mutsoc.be>

³³ Fondation Roi Baudouin, Rompre l'isolement social du quatrième âge, <http://www.kbs-frb.be/>

3.1.3 Mesures spécifiques aux déments

Les dispositifs de proximité n'ont pas encore achevé leur adaptation structurelle et fonctionnelle aux problèmes soulevés par la prise en charge et le maintien à domicile des personnes dépendantes. On dénombre malgré tout des évolutions et particulièrement dans le domaine de la démence. En effet, les aidants des personnes âgées démentes (notamment celles atteintes de la maladie d'Alzheimer) font l'objet d'une attention particulière en Région wallonne puisque deux types d'expériences pilotes sont menées dans ce domaine : les accueils de nuit et les « baluchonneuses ».

Les accueils de nuit visent les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou d'une autre maladie neurovégétative) ayant une activité nocturne importante ce qui épuise les aidants. L'objectif est triple. D'abord, permettre au conjoint ou aux enfants de personnes perturbées la nuit de pouvoir « souffler » et dormir. Ensuite, de proposer aux personnes actives la nuit de pouvoir vivre à leur rythme. Enfin, d'éviter des hospitalisations ou des entrées en maison de repos et de soins prématurées ou perturbatrices³⁴. Il s'agit d'une nouveauté en Région wallonne, elle en est au stade expérimental mais l'objectif est d'étendre cette formule à tout le territoire.

Les « baluchonneuses » consistent en un nouveau service issu d'une expérience québécoise. Plus précisément, une personne (la baluchonneuse) vient habiter chez les aidants afin de les remplacer durant leur absence. Elles sont formées pour remplacer les aidants et prendre soin de la personne âgée³⁵. Un suivi a posteriori est également prévu. Cette formule a pour avantage d'éviter à la personne désorientée de s'adapter à une nouvelle structure en cas de court séjour impliquant une réadaptation lors de son retour à domicile³⁶. Elle permet enfin aux aidants de prendre du repos durant une ou deux semaines sans devoir transférer leur proche dans un autre milieu que son domicile.

Parallèlement à ces expériences, la ligue Alzheimer a mis en place des « Alzheimer cafés » afin de favoriser les espaces de parole où les patients peuvent s'exprimer au même titre que les aidants familiaux ou les professionnels³⁷. Enfin, les groupes d'entraide (15 pour la communauté Wallonie Bruxelles) constituent un soutien précieux dans l'accompagnement des aidants³⁸. Ils font partie du mouvement « self-help » qui trouve son origine aux Etats-Unis avec la création des alcooliques anonymes.

3.2 FORMULES SPÉCIFIQUES EN TERMES D'HÉBERGEMENT

Dans ce point, les alternatives à l'habitat conventionnel sont développées selon qu'elles concernent les personnes âgées valides ou les personnes âgées qu'elles soient valides ou non.

3.2.1 Personnes âgées valides

Du point de vue de l'habitat, la question des personnes âgées autonomes souhaitant entrer dans un lieu de vie collectif car elles souffrent d'isolement ou d'un sentiment d'insécurité se pose inévitablement. En effet, il est démontré à l'heure actuelle que les personnes âgées qui

³⁴ DETIENNE T., Bien vieillir, bien vieillir en Wallonie ; les chemins de l'autonomie, Dossier de presse, 3 juin 2003 ; BEKA P. et LIPPERT B., *Op. cit.*, page 47.

³⁵ Pour plus d'informations voir <http://www.baluchon-alzheimer.be/>

³⁶ TAILFER M., Luxembourg – Alzheimer – Un baluchon pour aider les aidants proches, in *L'Observatoire*, n°44, 2004/2005, page 116.

³⁷ Laboratoire des innovations sociales, *Ligue Alzheimer – La participation pour répondre à la vulnérabilité*, cahier n°21, 2003, éditions électroniques Luc Pire, Liège, http://www.labiso.be/ebooks/pdf/21_Alzheimer.pdf

³⁸ Un site Internet recense les groupes d'entraide de la Communauté française, <http://www.self-help.be/fr/index.cfm>

entrent en maison de repos sont de plus en plus dépendantes³⁹. Excepté les résidences-services, il y a peu d'alternatives conventionnelles d'hébergement pour les personnes autonomes. Il n'y a pas de transition douce entre domicile et maison de repos, il arrive par conséquent que des personnes âgées vivent dans des homes alors qu'elles pourraient continuer à vivre dans une maison, pourvu qu'elle soit adaptée à leurs besoins.

Des projets en ce sens sont réalisés en Région wallonne. Par exemple, l'habitat Kangourou permet à une personne âgée (ou un couple de personnes âgées) d'occuper le rez-de-chaussée alors qu'un jeune ménage (de la famille ou non) habite l'(les)étage(s) supérieur(s). Cette formule est fort proche de l'habitat duplex qui consiste en une formule intéressante pour les personnes vieillissantes dont le logement est devenu trop grand. Cette dernière cohabiterait volontiers avec des membres de sa famille afin de se sentir en sécurité ou moins seule. Chacun possède son territoire et un accès personnalisé à celui-ci. On peut également imaginer un voisinage immédiat des deux habitations. Il n'est pas obligatoire que cette « cohabitation » s'effectue avec des membres de la famille.

Ensuite, la formule Abbeyfield (c'est-à-dire un habitat groupé participatif) a été créée en Angleterre en 1956 et s'est répandue dans d'autres pays y compris en Belgique (il en existe une à Villers-la-ville, dans la Province du Brabant wallon)⁴⁰. Chaque habitant dispose d'un petit appartement complété par des locaux communs qui constituent des lieux de rencontre et d'activités. Ce concept s'adresse aux personnes vieillissantes isolées à revenus modestes qui sont encore autonomes. Un projet d'habitat groupé est en cours dans la province du Luxembourg où des habitations groupées et adaptées aux personnes à mobilité réduite seront construites et des espaces collectifs prévus⁴¹.

3.2.2 Personnes âgées valides et/ou invalides

En ce qui concerne les expériences s'adressant aux personnes âgées, qu'elles soient dépendantes ou non, il existe ce que l'on appelle les communautés intergénérationnelles. Elles peuvent être de deux types. D'abord, les communautés de l'intergénérationnel des extrêmes qui consiste en des procédés rassemblant dans un même cadre de vie des personnes vieillissantes et des jeunes (crèche combinée avec une maison de repos par exemple). Ensuite, les communautés de l'intergénérationnel global où les générations extrêmes (personnes âgées) et les générations intermédiaires ont la possibilité de créer la carte intergénérationnelle complète. On peut citer à titre d'exemple l'Auberge du Vivier à Habay-la-Neuve⁴². Elle est intégrée à un service d'aide aux familles agréé qui accueille temporairement des enfants de moins de 7 ans. Dans la même optique, le Balloir à Liège mêle personnes âgées, mamans isolées en difficultés sociales et enfants dont les parents ne s'occupent pas (temporairement ou définitivement)⁴³. Le principal atout de cette formule est d'éviter de « ghettoïser » les personnes âgées et de favoriser les rencontres intergénérationnelles.

Les communautés intraculturelles consistent à regrouper les aînés (éventuellement déments) par ethnie. Cette expérience a été menée aux Pays-Bas et se justifie par l'inadaptation des structures à des cultures qui ont des spécificités quant à la nourriture, la langue, etc. Dans le même ordre d'idée, la Résidence des Moulins située à Namur comprend

³⁹ BEKA P. et LIPPERT B., in *L'Observatoire*, n° 44, 2004-2005, mars 2005, page 41.

⁴⁰ Pour plus d'informations, voir Laboratoire des innovations sociales, *La maison d'Abbeyfield de Villers-la-Ville – des personnes âgées comme les autres mais qui s'organisent*, cahier n°7, 2002, éditions électroniques Luc Pire, Liège, http://www.labiso.be/ebooks/pdf/07_abbeyfield.pdf

⁴¹ DERLET J.-M., Le logement solidaire pour le troisième âge, in *L'Avenir du Luxembourg*, 24 avril 2005.

⁴² Pour plus d'informations, voir Laboratoire des innovations sociales, *L'Auberge du Vivier à Habay-la-Neuve – une maison de repos qui favorise les solidarités entre générations*, cahier n°44, mai 2005, éditions électroniques Luc Pire, Liège, http://www.labiso.be/ebooks/labiso_44_vivier/#

⁴³ CARLSON A., *Où vivre vieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?*, Bruxelles, novembre 1998, page 124.

une vingtaine de résidents, tous belges, encadrés par des professionnels exclusivement d'origine congolaise faisant partager leur conception de la grande famille africaine⁴⁴. La structure Abbeyfeild explore aussi cette possibilité.

On peut également citer comme expérience innovante l'accueil familial, formule peu répandue en Région wallonne. Des mécanismes de placement familial sont prévus pour les enfants (orphelins ou non) et pour les personnes handicapées (services de placement familial). Il est donc logique d'avoir pensé au placement d'adultes malades âgées ne nécessitant pas un séjour en hôpital mais ne permettant pas de rentrer à domicile ou en institution. Cette formule est répandue dans les pays anglo-saxons (Canada, Angleterre) et est reconnue par le législateur français⁴⁵. Concrètement, il s'agit de mettre en place un accueil social pouvant se substituer à l'accueil en maison de repos pour des personnes isolées dont l'âge entraîne un affaiblissement les rendant dépendantes⁴⁶. L'accueil familial diffère de l'aide familiale puisque dans ce cas l'aide se fait au domicile de la personne aidée alors que le placement familial a lieu au domicile de l'aidant. L'accueil peut être temporaire, de jour ou de nuit, quelques jours par semaine,... Une telle expérience est développée par l'Organisme Provincial d'Action Sociale de Namur à partir du modèle français.

Par ailleurs, 13 établissements en Région wallonne participent à un projet pilote. Plus précisément, chacun d'entre eux a ouvert une unité de cinq lits agréés MRS destinés à l'accueil de patients en état neurovégétatif persistant ou pauci relationnel⁴⁷.

Enfin, il existe d'autres formules intéressantes comme l'habitat réaménagé, l'habitat évolutif, l'habitat coopératif, etc.

⁴⁴ *Ibidem*, page 106.

⁴⁵ Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes, *J.O.* du 24 juin 1989.

⁴⁶ CARLSON A., *Op. cit.*, page 74.

⁴⁷ BEKA P. et LIPPERT B., *Op. cit.*, page 44.

Chapitre II : DEMANDE SOCIALE ET SANITAIRE EN RÉGION WALLONNE : SYNTHÈSE

A l'instar du chapitre précédent, la demande sanitaire a été étudiée en deux temps : d'abord globalement, afin d'estimer la demande de *l'ensemble* de la population wallonne, et ensuite, plus spécifiquement, celle des personnes âgées.

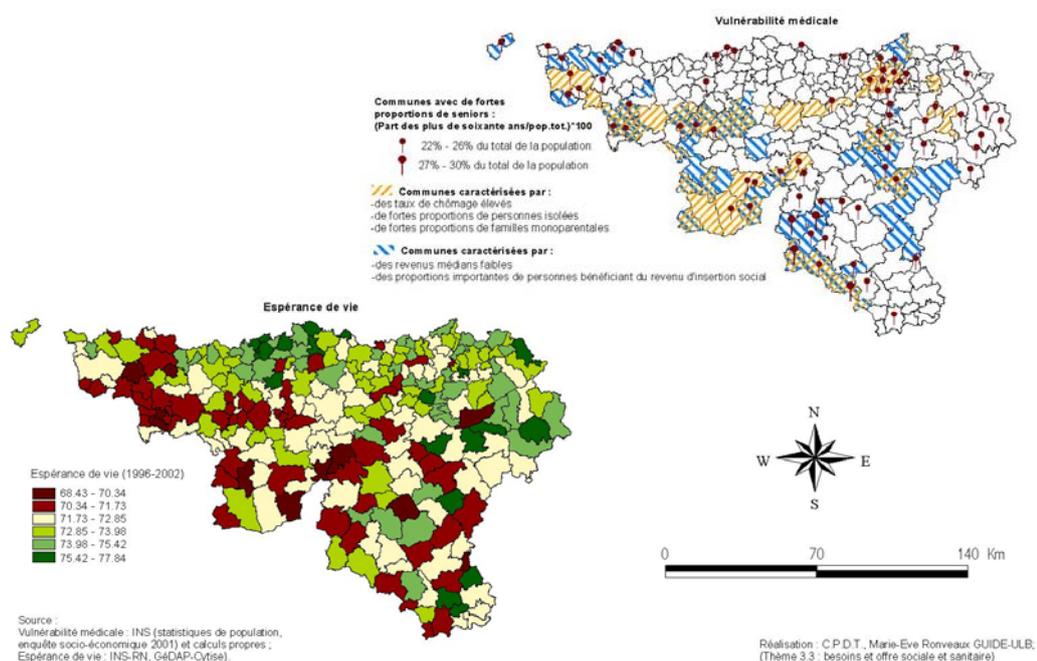
1. SYNTHÈSE DE LA DEMANDE SANITAIRE GLOBALE D'UN POINT DU VUE TERRITORIAL

La demande sanitaire globale a été étudiée ici par trois approches différentes, tantôt complémentaires, tantôt corrélées entre elles : une approche par la précarité sociale (analyse statistique de critères de « vulnérabilité médicale⁴⁸»), une approche par le vieillissement (part des plus de soixante ans) et une approche par la mortalité (variabilité de l'espérance de vie).

1.1 « VULNÉRABILITÉ MÉDICALE »

Plutôt que de parler de santé défectueuse, certains utilisent le terme plus général de « vulnérabilité médicale », laquelle est liée à la précarité sociale de manière significative. Afin de pouvoir l'estimer, nous avons pris en considération différents critères socio-économiques des populations et étudié leur redondance : en effet, dans les régions aux profils socio-économiques moins favorables, non seulement la demande en soins est susceptible d'être plus élevée qu'ailleurs (moins grande attention portée à la santé, comportements à risques, etc.), mais la vigilance et le potentiel de réaction des populations y sont généralement plus faibles.

Synthèse de la demande sanitaire estimée : vulnérabilité médicale et espérance de vie par commune



⁴⁸ Voir à ce sujet le rapport intermédiaire de mars 2005.

Dans le cas présent, deux types de communes à « haute vulnérabilité » se sont dégagés de l'analyse statistique : les premières caractérisées par un chômage élevé et une structure familiale fragilisée (proportion élevée de familles monoparentales et de personnes isolées), en orange sur la carte, les secondes caractérisées par une certaine pauvreté (en bleu). La carte met en évidence des régions à haute vulnérabilité tout au long de l'ancien sillon industriel, en particulier dans le Hainaut, mais également dans des zones plus rurales telles que la botte du Hainaut, la botte de Givet et dans certaines parties de l'Ardenne et de la Famenne.

1.2 VIEILLISSEMENT

A ces critères socio-économiques, nous avons superposé une information sur le profil démographique des populations puisque l'âge est aussi un facteur qui influence la demande, comme signalé précédemment. Il est démontré en effet que la consommation de soins médicaux augmente significativement à partir de 60-65 ans⁴⁹.

L'expression cartographique de ces informations révèle non seulement les régions où la demande est élevée, mais nous informe également sur le type de demande, ce qui permet d'affiner les réponses à apporter dans les régions en difficulté. La demande s'intensifie bien entendu quand les critères de vulnérabilité se superposent (voir carte).

1.3 ESPÉRANCE DE VIE

L'espérance de vie est un indicateur *synthétique* de la santé des populations. Son expression met en évidence les zones fragilisées sans que l'on puisse déterminer les raisons de ces fragilités. Il est donc intéressant de la croiser avec les deux indicateurs précédents. Il en résulte que la corrélation entre notre estimation de la « vulnérabilité médicale » et l'espérance de vie est significative à l'échelle de la Région⁵⁰. Ce résultat valide l'approche du niveau de la santé en Wallonie par des critères socio-économiques. Cependant, les écarts à cette corrélation sont également intéressants car ils mettent en évidence deux types de situations : là où la demande sanitaire, bien qu'élevée, semble correctement prise en charge (espérance de vie favorable) et – à l'inverse – là où une espérance de vie défavorable ne peut s'expliquer par nos critères socio-économiques.

Examinons quelques cas. Dans le Hainaut, les communes « à haute vulnérabilité » (en particulier le long du sillon industriel) ont - en termes d'espérance de vie - des résultats parmi les plus défavorables de la Région : la corrélation est donc bien confirmée entre nos profils socio-économiques défavorables et mauvaise santé. Par contre, la partie du sillon en aval de Namur présente une meilleure espérance de vie (à l'exception de Huy), bien que la demande sanitaire y soit également élevée : la prise en charge globale de la santé y semble donc meilleure. A l'inverse, on trouve quelques communes dont l'espérance de vie est faible, tandis que leur profil de vulnérabilité est favorable : c'est le cas à Havelange, Rouvroy, Perwez, etc. Concernant ces communes, il faut donc investiguer dans d'autres directions pour expliquer la situation : accessibilité aux soins ? Offre insuffisante ? Facteurs environnementaux ? Comportements des populations ?

La corrélation entre régions à fortes proportions de seniors et espérance de vie n'est pas, elle, significative. En effet, si les régions vieillissantes (botte de Givet, bassin de Liège, Haute-Ardenne et Hainaut occidental) sont révélatrices d'une demande sanitaire élevée, l'espérance de vie peut y être excellente : c'est le cas de la Communauté germanophone, par exemple.

⁴⁹ Enquête 2001 de santé par interview, Service d'épidémiologie, Institut Scientifique de Santé Publique.

⁵⁰ Corrélation entre espérance de vie et scores de notre analyse statistique :

$R^2 = 0.24$ pour la première composante (chômage élevé et structure familiale fragilisée) ;

$R^2 = 0.18$ pour la deuxième composante (faible revenu).

2. APERÇU DE LA DEMANDE DES PERSONNES ÂGÉES EN RÉGION WALLONNE

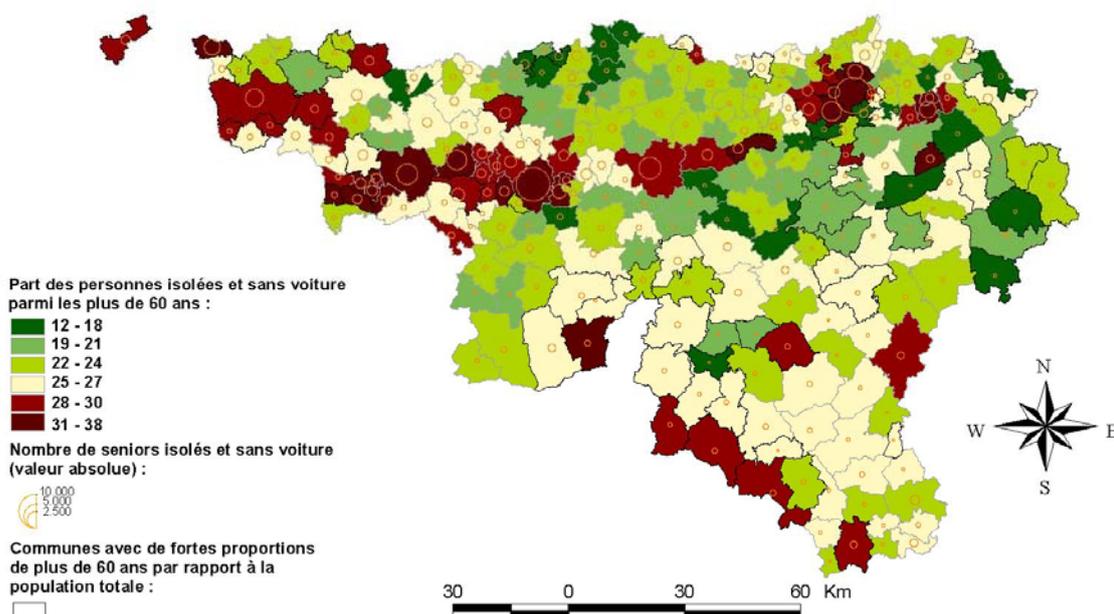
La demande liée aux personnes âgées est partiellement étudiée dans le paragraphe précédent puisque les plus de soixante ans sont cartographiés sur la carte de la demande sanitaire globale. Afin d'affiner cette approche, nous étudions ici d'une part un groupe cible particulièrement fragilisé au sein des personnes âgées, c'est-à-dire les seniors vivant seul et dépourvus de véhicules ; d'autre part, nous analysons les mouvements migratoires des aînés, révélateurs eux aussi d'une forme de « demande » liée aux soins et à l'encadrement sanitaire.

2.1 SENIORS ISOLÉS ET SANS VOITURES

Le critère de vulnérabilité souvent évoqué pour les personnes âgées est leur isolement. Isolement ne signifie pas nécessairement solitude, mais nombre de chutes ou d'accidents prennent des tournures dramatiques chez les seniors quand ils vivent seuls. En sus de cet isolement, l'absence d'un véhicule personnel renforce la dépendance de ces personnes vis-à-vis des services publics et/ou de leur entourage pour l'accès aux soins.

Les personnes âgées, isolées et sans véhicule constituent donc une catégorie de personnes particulièrement vulnérables. Leur cartographie permet de visualiser les zones où la présence de services d'aide à la mobilité des personnes âgées est donc indispensable. Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas pu étudier toutes les formules de ce type proposées aux seniors. Cette recherche pourrait cependant se révéler utile pour mettre en évidence les régions éventuellement carencées dans ce domaine.

Vulnérabilité médicale : les seniors isolés et sans voiture (2001)



La carte exprime à la fois des proportions (plages de couleur) et des valeurs absolues (taille des cercles), car les deux informations sont intéressantes. Les communes dont les limites sont renforcées en gras sont celles dont les proportions de seniors dépassent 22 % de la population. Il ressort de cette carte que les communes urbanisées du sillon ont des fortes

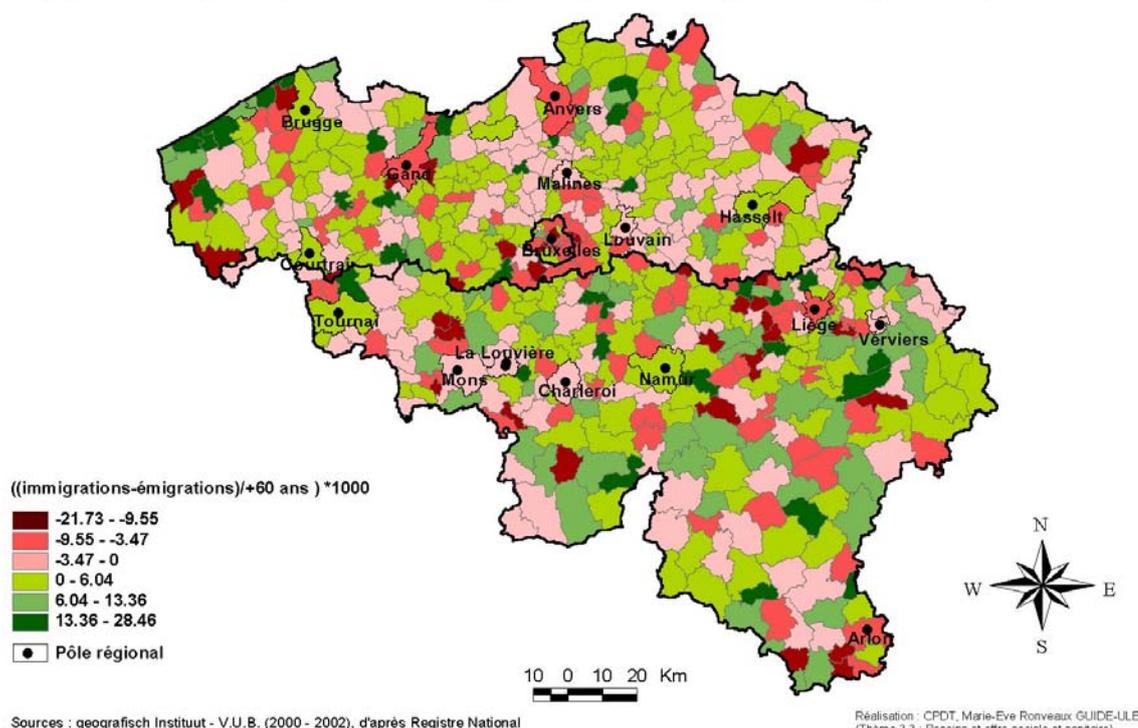
proportions de seniors isolés et sans voiture. Notons les concentrations importantes dans le Borinage, la région du Centre et la banlieue ouest liégeoise. En dehors des gros centres urbains, que l'on suppose bien équipés au niveau des transports en commun, quelques communes plus rurales méritent une attention et un encadrement plus soutenus : Viroinval, Saint-Hubert, Bastogne, etc. La vallée de la Semois (région de Bouillon) en particulier semble une zone à surveiller de près, même si – en valeur absolue – les populations concernées ne sont pas très importantes.

2.2 MOUVEMENTS MIGRATOIRES DES SENIORS

La problématique qui est proposée dans le présent chapitre porte sur les mouvements migratoires des seniors et les motivations qui les sous-tendent. Nous y étudions les communes qui ont tendance à « gagner » et à « perdre » leurs personnes âgées, ainsi que l'impact de ces flux sur le développement territorial. Les mouvements migratoires des seniors sont abordés sous trois aspects dans ce point : le solde migratoire des seniors entre 2000 et 2002, les mouvements migratoires par type de commune et la corrélation entre ces mouvements et l'offre en équipements spécifiques.

Concernant les bilans migratoires, nous avons pris l'option de présenter les résultats sur toute la Belgique. Le croisement des migrations avec le « type » de commune (voir plus loin) est en effet plus significatif à cette échelle, car certains « types » sont fort peu représentés en Wallonie, ce qui augmente les aléas et devient moins pertinent pour l'analyse.

Belgique : solde migratoire (intérieur et extérieur) pour les plus de 60 ans par commune (2000 - 2002)



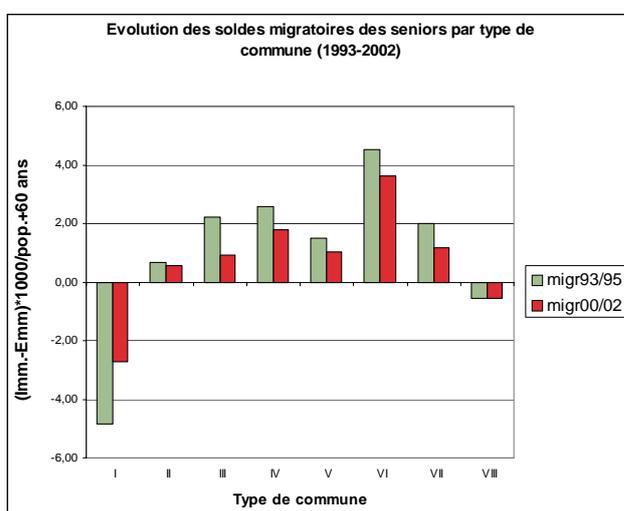
2.2.1 Solde migratoire des seniors entre 2000 et 2002

Toutes les communes côtières et une série de communes ardennaises connaissent un solde migratoire nettement positif. Les zones qui perdent surtout des habitants de cette catégorie d'âge sont les gros centres urbains, c'est-à-dire non seulement les grandes villes comme Bruxelles, Anvers, Gand, Charleroi et Liège, mais également des villes plus petites telles que

Malines, Louvain, Mons, La Louvière, Verviers et Arlon. Les villes régionales qui enregistrent des soldes positifs sont Ostende, Brugge, Saint-Nicolas, Hasselt, Genk et Courtrai en Flandre, Tournai et Namur en Wallonie. Le solde des communes périphériques de ces grandes villes est variables selon les régions, et au total légèrement positif (voir graphique ci-après). Malgré leurs soldes négatifs, n'oublions pas que toutes les grandes villes conservent des proportions importantes de personnes âgées, à l'exception d'Arlon. Ce n'est pas nécessairement le cas des communes profondément rurales, c'est-à-dire très peu équipées et peu peuplées, qui - dans l'ensemble - perdent également leurs seniors. En Wallonie, citons par exemple dans cette catégorie Froidchapelle, Fauvilliers, Leglise, Chiny, etc. Notons que certains ensembles régionaux perdent structurellement des seniors : la majorité des communes de la périphérie ouest de Liège, de la botte du Hainaut ou encore de la Gaume connaissaient déjà des soldes négatifs sur la période 1993-1995.

2.2.2 Mouvements migratoires par type de commune

Un croisement des soldes migratoires des seniors et des *types* de communes⁵¹ a été réalisé pour la Belgique sur deux périodes, soit 1993-1995 et 2000-2002.



I	Ville centrale des régions urbaines
II	Pôle urbain bien équipé
III	Banlieue bien équipée
IV	Banlieue essentiellement résidentielle
V	Ville polarisatrice en milieu rural
VI	Petit pôle en milieu rural
VII	Commune rurale peu équipée
VIII	Rural Profond

Même si l'on observe des évolutions⁵², chacun des *types* de communes conserve son signe (positif ou négatif), ce qui signifie que les tendances sont identiques depuis au moins une petite décennie. Ainsi, le solde des grandes villes et celui des communes au profil très rural restent négatifs. Les « petits pôles en milieu rural » (Dinant, Ciney, Rochefort par exemple) conservent les préférences des personnes âgées immigrantes. Les communes avec les soldes de seniors les plus positifs en Wallonie sont Aubel, Ottignies, Sainte-Ode, Nandrin, Martelange, Spa, etc. ; les plus négatifs sont Donceel, Brugelette, Hamois, Saint-Georges-sur-Meuse, etc. A propos de Saint-Georges, notons que cette commune a du fermer une maison de repos suite aux activités de l'aéroport de Bierset situé à proximité, et que les résidents ont dû être transférés ailleurs.

Pour expliquer ces résultats, il est utile de scinder la population des « plus de soixante ans » en plusieurs catégories : les « jeunes » seniors et les « plus de 75 ans ».

⁵¹ Voir carte sur les types de communes en annexe III.

⁵² Le caractère de plus en plus tardif des migrations vers les maisons de retraite, c'est-à-dire moins de mouvements pour un nombre croissant de personnes âgées (dénominateur) peut expliquer les valeurs moins élevées (en valeur absolue) des soldes migratoires 2000-2002 par rapport à la période 1993-1995.

Une enquête réalisée par la V.U.B auprès de 177 migrants en 2003⁵³ a permis de mettre en évidence les motifs d'émigration des seniors en fonction de leur âge. Pour les « jeunes » seniors et/ou fraîchement retraités (50-64 ans), le premier motif de déménagement est l'attrait pour la campagne (26%), tandis que viennent déjà les problèmes liés à la santé, la vieillesse ou l'habitat trop grand (10%). Cette dernière motivation prend bien entendu davantage d'importance aux âges plus avancés, mais elle passe malgré tout après les « problèmes de cohabitation et d'insécurité » (15.5%) pour les 65-79 ans. L'«attrait de la campagne» et le «rapprochement de la famille» sont également cités significativement pour cette tranche d'âge et la suivante (plus de 80 ans), quoique pour cette dernière, le premier motif de déménagement soit lié à la vieillesse et à la santé (31.6%).

On peut donc distinguer deux grands types de mouvements migratoires chez les seniors : le premier concerne surtout les seniors « actifs », qui quittent la ville ou la périphérie en faveur du littoral ou des communes plus rurales (la distance entre le domicile et le travail a moins d'importance). Le second concerne les seniors plus âgés et/ou en perte d'autonomie. Ces derniers migrent préférentiellement vers les communes qui leur offrent un encadrement sécurisé, que ce soit par la famille, une infrastructure spécifique ou un environnement social rassurant.

2.2.3 Mouvements migratoires des seniors et offre en équipements spécifiques

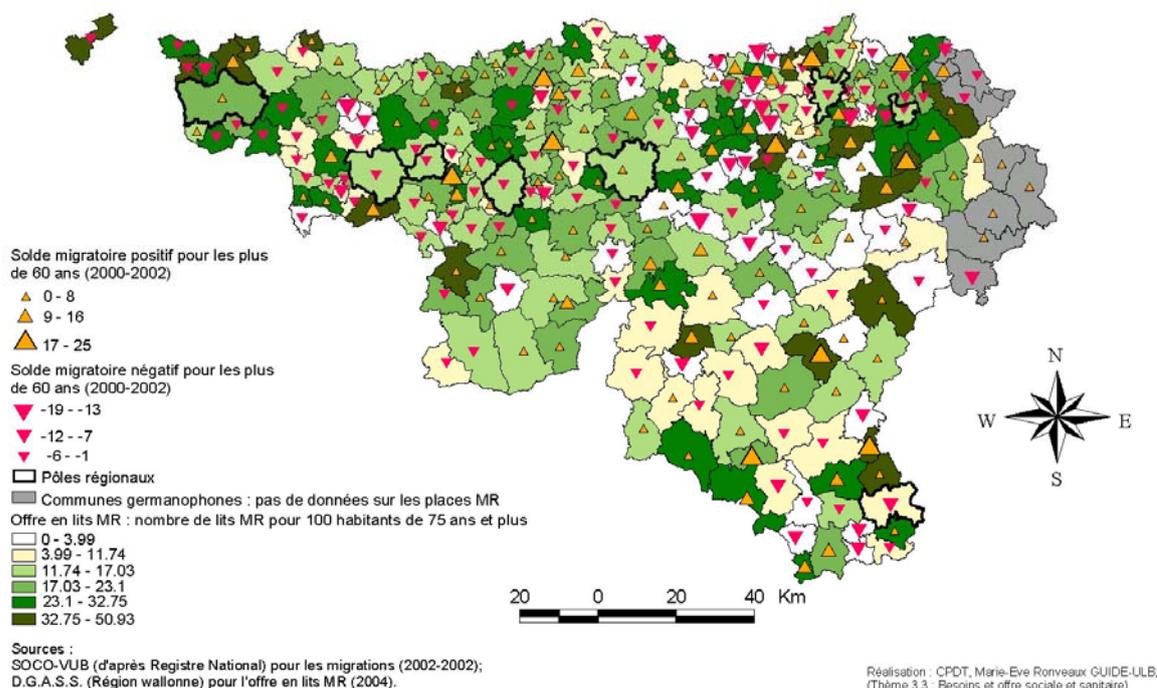
Ces résultats se confirment si l'on croise les soldes migratoires des seniors avec l'offre des maisons de repos : dans l'ensemble, la corrélation est assez bonne⁵⁴.

⁵³ DE CORTE St., RAYMAKEKERS P., THAENS K., VANDEKERCKHOVE Br., FRANCOIS G., *Etude des mouvements migratoires de et vers les grandes villes pour les trois régions belges*, Rapport final, VUB/TNS DIMARSO, octobre 2003, p.135, voir tableau, annexe IV.

⁵⁴ Coefficient de corrélation $R^2 = 0.42$.

Les écarts à cette corrélation sont également instructifs. Ainsi, il peut sembler étonnant que plusieurs communes du Tournaisis, malgré une offre importante en établissements spécifiques, perdent structurellement des seniors. Une des explications de cette situation

Offre en lits MR (Maison de Repos) et mouvements migratoires des plus de 60 ans (2000-2002)



trouve son origine dans les migrations des seniors transfrontaliers. Le flux de résidents français âgés vers le Hainaut occidental est un phénomène déjà ancien, et qui a déjà été mis en évidence précédemment⁵⁵. Une étude récente⁵⁶, réalisée par l'Observatoire Franco-Belge de la Santé (O.F.B.S.), a ainsi montré qu'en 2004, les maisons de retraite belges comptaient plus de 1500 résidents de nationalité française. La très grande majorité d'entre eux proviennent de la région du Nord-Pas-de-Calais et privilégient la province du Hainaut, géographiquement proche. Les flux dans le sens Belgique-France sont quasiment négligeables. Cette étude indique que les établissements belges se distinguent par leur mixité : accueil de jour, MRS, etc. La demande plus importante dans cette région fait monter les prix des places en maison de repos, qui deviennent inaccessibles pour les personnes âgées locales.

On observe un autre type d'écart à la corrélation entre offre en MRPA et solde migratoire : certaines communes connaissent un solde positif bien que l'offre en maison de repos y soit très faible ou nulle. C'est le cas de Assesse, Gouvy, Bertogne, Rochefort,... : on peut supposer que ces communes (petits centres ruraux ou communes rurales) offrent un cadre qui attire essentiellement les « jeunes » seniors/retraités, car elles sont caractérisées par

⁵⁵ GRIMMEAU J-P., BOSWELL R., ROELANDTS M., Etude des besoins en maison de repos de la Wallonie, GEVERU-ULB, rapport n°1, n°2 et n°3 pour le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Communauté française, 1992-1993.

⁵⁶ http://www.senioractu.com/Maisons-de-retraite,Les-seniors-du-nord-de-la-France-attires-par-les-maisons-de-retraite-belges_a4610.html

des proportions de personnes très âgées inférieures ou égales à la moyenne régionale⁵⁷. De plus, l'accès à l'immobilier y reste relativement accessible⁵⁸.

Pour conclure sur ce point on peut dire que la demande sanitaire sur le territoire wallon est corrélée essentiellement à des facteurs économiques, sociaux et de vieillissement. La demande est en effet d'autant plus élevée que le contexte socio-économique est défavorable et que les populations sont âgées. Si ces critères se « superposent » les uns aux autres dans certaines régions (par exemple le Hainaut), la demande sanitaire s'intensifie et l'espérance de vie diminue. Il arrive parfois que la demande soit élevée en raison de l'âge avancé des populations, mais que le contexte social et économique positif contribue à une espérance de vie très favorable (par exemple les cantons germanophones).

Pour réduire cette demande sanitaire, il faut donc agir sur plusieurs fronts, distincts parfois selon les régions : une meilleure adéquation entre l'offre et la demande dans les zones rurales et mal polarisées, notamment par une multiplication des formules améliorant la mobilité des services et/ou des patients, une amélioration globale du climat social et économique, en particulier dans les vieilles régions industrialisées, et enfin, plus généralement, une politique d'information, de responsabilisation et de prévention des problèmes sanitaires, notamment liés à la vieillesse, au sein des populations.

⁵⁷ Selon leur coefficient d'intensité du vieillissement : $(P\ 80\ \text{ans} / P\ 60\ \text{ans}) * 100$.

⁵⁸ Les prix relatifs de l'immobilier dans ces communes (prix moyens des maisons d'habitation ordinaire dans la commune/prix moyen des maisons d'habitation ordinaire en Wallonie) sont soit égaux, soit légèrement supérieurs à la moyenne régionale, in *Tableau de Bord du Développement Territorial 2003*, Publication de la CPDT (DGATLP), Région wallonne, p.21, 2003.

Chapitre III : CONCLUSIONS GÉNÉRALES ET PERSPECTIVES

La mise en œuvre de solutions adéquates aux besoins sociaux et sanitaires en Wallonie est une problématique très vaste et complexe. Notre démarche, qui se veut à la fois juridique, quantitative et territoriale, a pour objectif d'alimenter la réflexion sur les différents types de réponse à apporter selon les problématiques envisagées et selon les régions.

D'un point de vue territorial, la répartition de l'offre sanitaire ne semble pas optimale sur toute la Région. Si l'offre en médecins généralistes est globalement satisfaisante à peu près partout, celle des spécialistes est fortement liée à la localisation des hôpitaux - d'où des carences dans les régions qui en sont dépourvues -, et celles des infirmières et kinésithérapeutes semblent insuffisantes dans certaines régions vieillissantes. Les zones mal polarisées des régions rurales (botte de Givet, quelques régions de Famenne et Ardenne) sont donc plus fragilisées, que ce soit en terme d'équipements, de services ou d'accessibilité. Concernant l'offre, les efforts devraient dès lors porter sur un réajustement des services et infrastructures là où c'est nécessaire, et/ou sur une amélioration de l'accessibilité aux soins, en particulier au niveau de la mobilité des personnes plus âgées ou fragilisées.

Au-delà des infrastructures et des services, il est primordial de garder à l'esprit que l'amélioration de la santé des gens passe prioritairement par une amélioration du contexte social et économique dans lequel ils évoluent : l'emploi, l'éducation, la sensibilisation, la prévention sont donc autant de facteurs qui y jouent un rôle clé. La demande sanitaire est en effet notoirement plus élevée dans les zones fragilisées économiquement. Dans la partie hennuyère du pays par exemple, il est certain qu'une amélioration du contexte socio-économique global aura tôt ou tard un impact favorable sur la santé des populations, sans doute davantage qu'une multiplication de l'offre sanitaire (ce qui ne signifie pas qu'il ne faille pas réfléchir à une optimisation de l'existant). Une bonne couverture en équipements sanitaires et personnel soignant sur un territoire est certes une condition nécessaire, mais non suffisante pour assurer la santé des populations.

Le vieillissement des populations est également un facteur qui va conditionner – et de plus en plus – les besoins sanitaires des populations.

Les besoins des seniors sont nombreux et évolutifs : ils varient en fonction d'une multitude de facteurs qu'il serait vain de vouloir énoncer *in extenso*. Cependant, certaines *constantes* dans ces besoins et dans leur expression permettent de mieux cerner les enjeux liés au vieillissement : les besoins de sécurité, d'affection, de calme, d'espaces verts et de soutien médical sont ceux parmi les plus fréquemment cités par les seniors. La *réponse* à ces besoins, elle, varie - entre autres - en fonction de leur âge, de leur autonomie et des services qui sont mis à leur disposition. Il est donc important de distinguer les différents « types » de seniors afin d'envisager des solutions structurelles adaptées à chacun.

Concernant les seniors valides en pleine possession de leurs moyens, les migrations hors des centres urbains vers des espaces plus ruraux, au cadre agréable, constituent une des réponses aux besoins énoncés ci-dessus. La plupart des centres urbains ont en effet des soldes migratoires négatifs. En termes d'impact territorial, bien que les émigrations urbaines et périurbaines concernent un nombre relativement limité de seniors, ce sont les communes rurales ou les petits pôles en milieu rural qui ont leurs faveurs. Ces communes cibles doivent donc être conscientes de leur attrait pour ces populations, et tenir compte dans leur politique (aménagement, infrastructures, transports, ...) de ces flux.

Concernant les seniors plus âgés ou moins autonomes, les besoins de santé physique et affective deviennent prépondérants, entraînant d'autres types de migrations. Celles-ci sont

souvent décidées non pas par les seniors eux-mêmes, mais par leur famille, et effectuées dans une relative urgence (dégradation soudaine de santé, perte d'un conjoint, etc.), ce qui limite le choix de la destination. Les communes cibles deviennent alors celles qui offrent des infrastructures les plus adaptées à leur situation. Il s'ensuit que les communes pauvres en équipements spécifiques, c'est-à-dire souvent les communes profondément rurales, connaissent des soldes migratoires structurellement négatifs pour leurs seniors. Mises à part les situations d'urgence, le choix de la destination est en outre limité par un contexte d'offre globalement insuffisante par rapport à la demande, phénomène accentué dans le Hainaut par des flux transfrontaliers conséquents. Les soldes migratoires des communes reflètent donc pour la plupart ces deux types de migration.

En terme d'infrastructures, la politique wallonne menée à l'égard des personnes âgées est en constante évolution, de nouvelles formules étant mises en place périodiquement par le législateur (court séjour, services intégrés de soins à domicile). Toutefois, il apparaît que certains besoins des personnes vieillissantes ne sont pas pleinement rencontrés, que ce soit en termes quantitatif ou qualitatif (notamment ceux des personnes âgées valides ou des personnes âgées démentes). Par conséquent, parallèlement à ces politiques, des initiatives originales sont lancées, en général par les acteurs de terrain (ou sous leur impulsion).

En effet, le système socio-sanitaire wallon tel qu'il existe à l'heure actuelle ne permet pas une transition douce entre le domicile et la maison de repos. Une diversification de l'offre en habitat, sous un aspect qualitatif, s'avérerait judicieuse. Il s'agirait non seulement de favoriser l'implantation de nouvelles formules, mais également d'inciter celles qui existent à s'inscrire dans des projets innovants. On peut s'interroger par exemple sur la raison d'être des maisons de repos dans leur forme actuelle. On constate en effet qu'elles prennent en charge des personnes de plus en plus dépendantes et âgées (effet de soins à domicile). Se pose dès lors la question de l'adaptation et de la rénovation de structures existantes en fonction du degré de dépendance des êtres vieillissants. Certains des outils établis il y a une dizaine d'années ne correspondent plus aux besoins des personnes vieillissantes en 2005.

Par ailleurs, le vieillissement de la population aura pour conséquence que la croissance des besoins d'hébergement, de soins et d'aide à domicile ira en augmentant. Il faut s'y préparer et faire en sorte que l'offre soit quantitativement et qualitativement satisfaisante, suffisamment diversifiée et territorialement équilibrée, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. De fait, sachant qu'un certain nombre de communes n'offrent encore *aucun* établissement spécifique à leurs seniors, des choix politiques devraient peut-être être envisagés. Des concertations transfrontalières pourraient également viser à ce que les déséquilibres observés dans l'offre proposée entre la France du Nord et la Belgique ne finissent par être préjudiciable aux seniors « indigènes » en raison de la forte pression sur la demande.

En amont, il faut porter une attention particulière à la promotion de la santé en vue de garantir une meilleure qualité de vie et par conséquent un maintien à domicile et une prise en charge en termes de soins plus tardive. Concrètement, il s'agit d'intensifier la prévention (contre le tabagisme par exemple), de traiter les maladies chroniques et de prévenir leurs séquelles, d'améliorer le bien-être social (afin de briser le cercle vicieux pauvreté - vulnérabilité médicale - pauvreté) ou encore d'offrir un environnement plus adapté aux personnes âgées.

En outre, la formation du personnel (aides familiales, infirmières à domicile, kinésithérapeutes, personnel de maison de repos ou de services à domicile) à la problématique particulière de la gériatrie est un enjeu futur de par la spécificité des personnes âgées, dont les professionnels n'ont peut-être pas toujours conscience à l'heure actuelle (démence notamment). D'un point de vue territorial, il peut être utile de vérifier que l'offre des professionnels en soins à domicile coïncide avec les zones à fortes concentrations de seniors, ce qui n'est pas le cas partout aujourd'hui. Des mesures incitatives pourraient être envisagées afin de rééquilibrer cette répartition.

Par ailleurs, le maintien à domicile n'est possible que s'il est combiné avec l'aide apportée par les aidants informels (conjoint, entourage, etc.). La politique à mener en leur faveur pourrait être développée davantage. Dans cette optique, les infrastructures pour les personnes à mobilité réduite doivent être pensées et mises en place de manière plus systématique.

Enfin, le lecteur aura constaté la complexité redoutable de la structuration des institutions pour personnes âgées en Wallonie. Les personnes qui y sont confrontées à cause de leur état de santé ou les aidants ne s'y retrouvent pas nécessairement. Le nombre d'institutions et leur rôle (notamment pour les soins à domicile) sont difficiles à appréhender par ces acteurs d'autant plus qu'ils se trouvent souvent dans des situations d'urgence. En ce sens, un guichet unique (autre que sur Internet), centralisant toutes les solutions à envisager pour la prise en charge des êtres vieillissants pourrait constituer une avancée notable dans l'humanisation de l'aide aux personnes âgées.

Enfin, les réflexions et investigations menées au cours de ces trois années ont également mis en évidence des perspectives de recherches. Parmi les travaux qui pourraient être envisagés comme prolongation de cette étude, nous pensons à une analyse géographique plus fine de l'offre proposée, telle que – par exemple – les secteurs de spécialisations des traitements hospitaliers. Les coopérations et les flux transfrontaliers, la prise en compte des facteurs environnementaux, les territoires opérationnels des services sanitaires, la mobilité des personnes âgées sont également des pistes de réflexion qui n'ont pu être développées plus avant dans la cadre de cette étude, et qui pourtant mériteraient d'être approfondies. Un état des lieux de la littérature pourrait être réalisé dans ce domaine mais aussi d'une manière plus générale en termes de géographie de la santé. Pour terminer, d'un point de vue pratique, une banque centrale de données relatives à la santé et à l'action sociale constituerait un plus pour la Région wallonne et les chercheurs actifs dans ces domaines.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

AVALOSSE H., CORNELIS K., LEONARD C., VERNIEST R., *Le vieillissement, un enjeu collectif*, Mutualités Chrétiennes, Département Recherche et développement, dossier thématique n° 5, 2005, 155 pages.

CARLSON A., *Où vivre vieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?*, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, novembre 1998, 206 pages.

DE CORTE St., RAYMAKEKERS P., THAENS K., VANDEKERCKHOVE Br., FRANCOIS G., *Etude des mouvements migratoires de et vers les grandes villes pour les trois régions belges*, Rapport final, VUB/TNS DIMARSO, octobre 2003.

Gouvernement wallon, Contrat d'Avenir pour la Wallonie (CAW), 2000.

Gouvernement wallon, Schéma de développement de l'espace régional (SDER), 1999.

GRIMMEAU J.-P., BOSWELL R., ROELANDTS M., *Etude des besoins en maison de repos de la Wallonie*, GEVERU-ULB, rapport n° 1, n° 2 et n° 3 pour le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Communauté française, 1992-1993.

HIVA et SESA, *Vieillesse, aide et soins de santé en Belgique*, Working paper DGSOC n° 1, Bruxelles, SPF sécurité sociale, Direction générale des politiques sociales, mars 2005, 679 pages.

Institut Européen Interuniversitaire de l'Action sociale, *Du « vivre chez soi » à l'institution : des solutions alternatives en réponse aux besoins diversifiés d'une population vieillissante en Europe*, Actes du colloque européen organisé le 20 novembre 1997 à Charleroi.

Institut National de Statistiques, *Démographie mathématique – perspectives de population 2000-2050*, http://statbel.fgov.be/pub/d2/p231y2000-2050_fr.pdf

Laboratoire des innovations sociales, *L'Auberge du Vivier à Habay-la-Neuve – une maison de repos qui favorise les solidarités entre générations*, cahier n° 44, éditions électroniques Luc Pire, Liège, mai 2005, http://www.labiso.be/ebooks/labiso_44_vivier/#

Laboratoire des innovations sociales, *Ligue Alzheimer – La participation pour répondre à la vulnérabilité*, cahier n° 21, éditions électroniques Luc Pire, Liège, 2003, http://www.labiso.be/ebooks/pdf/21_Alzheimer.pdf

Laboratoire des innovations sociales, *La maison d'Abbeyfield de Villers-la-Ville – des personnes âgées comme les autres mais qui s'organisent*, cahier n° 7, éditions électroniques Luc Pire, Liège, 2002, http://www.labiso.be/ebooks/pdf/07_abbeyfield.pdf

LEROY X., Comment les aînés organisent-ils leur vie ?, in *Bulletin d'éducation du patient*, volume 16, n° double 2-3, juillet 1997, pages 10 à 14.

L'Observatoire, Revue d'action sociale et médico-sociale, Dossier Vieillesse, dépendance lieux de vie, Trimestriel, n° 44/2004-2005, pages 17 à 104.

Ministère de la Région wallonne (DGATLP), CPDT, *Tableau de Bord du Développement Territorial 2003*, 2003, 212 pages.

Société belge de Gérontologie et de Gériatrie, *Cours de médecine gériatrique : aspects cliniques et généraux*, seconde édition, 2002, 412 pages, http://www.geriatrie.be/fr/ger_pfizer.asp

ANNEXE I : LISTE DES RAPPORTS DU THÈME 3.3

Cette annexe reprend, par ordre chronologique, l'ensemble des documents distribués ainsi qu'un bref aperçu de leur contenu. Ils peuvent être obtenus sur demande au secrétariat de la CPDT.

SUBVENTION 2002 – 2003

Mars 2003

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport intermédiaire de la subvention 2002–2003, mars 2003, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Le premier rapport présenté dans le cadre du thème 3.3 consiste en un état d'avancement présentant les objectifs de la recherche, la méthodologie utilisée ainsi que les principaux résultats obtenus. A ce stade, l'analyse de la répartition des compétences est achevée et l'inventaire est en voie de finalisation. L'annexe du rapport présente :

- l'analyse de la répartition des compétences ;
- la liste des structures qui seront étudiées dans l'inventaire ;
- une illustration de l'inventaire par l'analyse des outils repris dans l'aide sociale aux justiciables ;
- un exemple de tableau croisé.

Ce document a été envoyé aux membres du Comité d'accompagnement en version papier.

Juin 2003

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Note d'orientation de la subvention 2002–2003, juin 2003, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

La note d'orientation présente l'inventaire.

Ce document n'a pas été distribué en version papier aux membres du Comité d'accompagnement mais leur a été adressé par e-mail.

Septembre 2003

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport final de la subvention 2002–2003, septembre 2003, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Le rapport final reprend l'ensemble des travaux qui ont été réalisés au cours de la subvention 2002–2003 à savoir :

- l'analyse du partage des compétences ;
- l'inventaire finalisé ;
- une première série de tableaux croisés visant à comparer les outils figurant dans l'inventaire. Les institutions relevant d'une même politique entre elles sont confrontées sur trois de leurs aspects (bénéficiaires, champ d'application territorial et missions).

Ce document a été envoyé aux membres du Comité d'accompagnement en version papier.

SUBVENTION 2003 – 2004

Mars 2004

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport intermédiaire de la subvention 2003–2004, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Ce rapport contient la deuxième partie des tableaux croisés (comparaisons des outils relevant de politiques différentes entre eux). A ce stade, tous les outils relevés dans l'inventaire ont donc été comparés entre eux sur trois de leurs aspects : les bénéficiaires, le champ d'application territorial et leurs missions.

Ce document a été envoyé aux membres du Comité d'accompagnement en version papier.

Septembre 2004

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport final de la subvention 2003–2004, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Le rapport final est scindé en trois parties. D'abord, il expose les conclusions tirées des tableaux croisés quant au doubles emplois et aux synergies. Ensuite, un essai de cartographie de la localisation des équipements est présenté en prévision des travaux futurs. Enfin, l'étude des équipements sociaux et sanitaires d'une commune (Huy) est initiée.

SUBVENTION 2004-2005

Mars 2005

Ministère de la Région wallonne, Conférence permanente du développement territorial, Rapport intermédiaire de la subvention 2004–2005, Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire au travers d'une approche globale et territoriale.

Ce rapport contient des indicateurs d'offre et de demande sur la santé ainsi que sur les personnes âgées. L'inventaire et l'étude de tous les équipements sociaux et sanitaires de Huy sont finalisés ainsi qu'une enquête plus poussée pour les services et institutions destinés exclusivement aux personnes âgées.

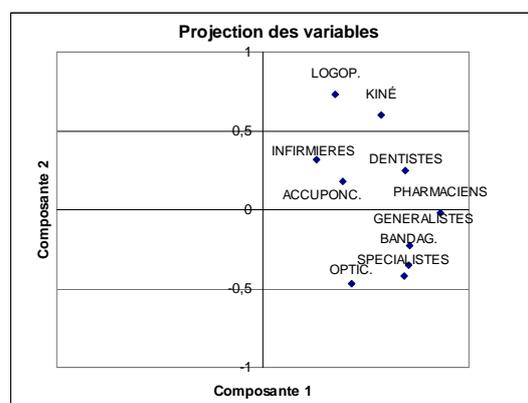
ANNEXE II : ANALYSE EN COMPOSANTES PRINCIPALES DE L'OFFRE SANITAIRE

Le graphe ci-dessous reprend les variables prises en considération dans l'analyse, ainsi que leur projection sur les composantes 1 et 2.

Les services les plus couramment sollicités ont ainsi été intégrés dans l'analyse.

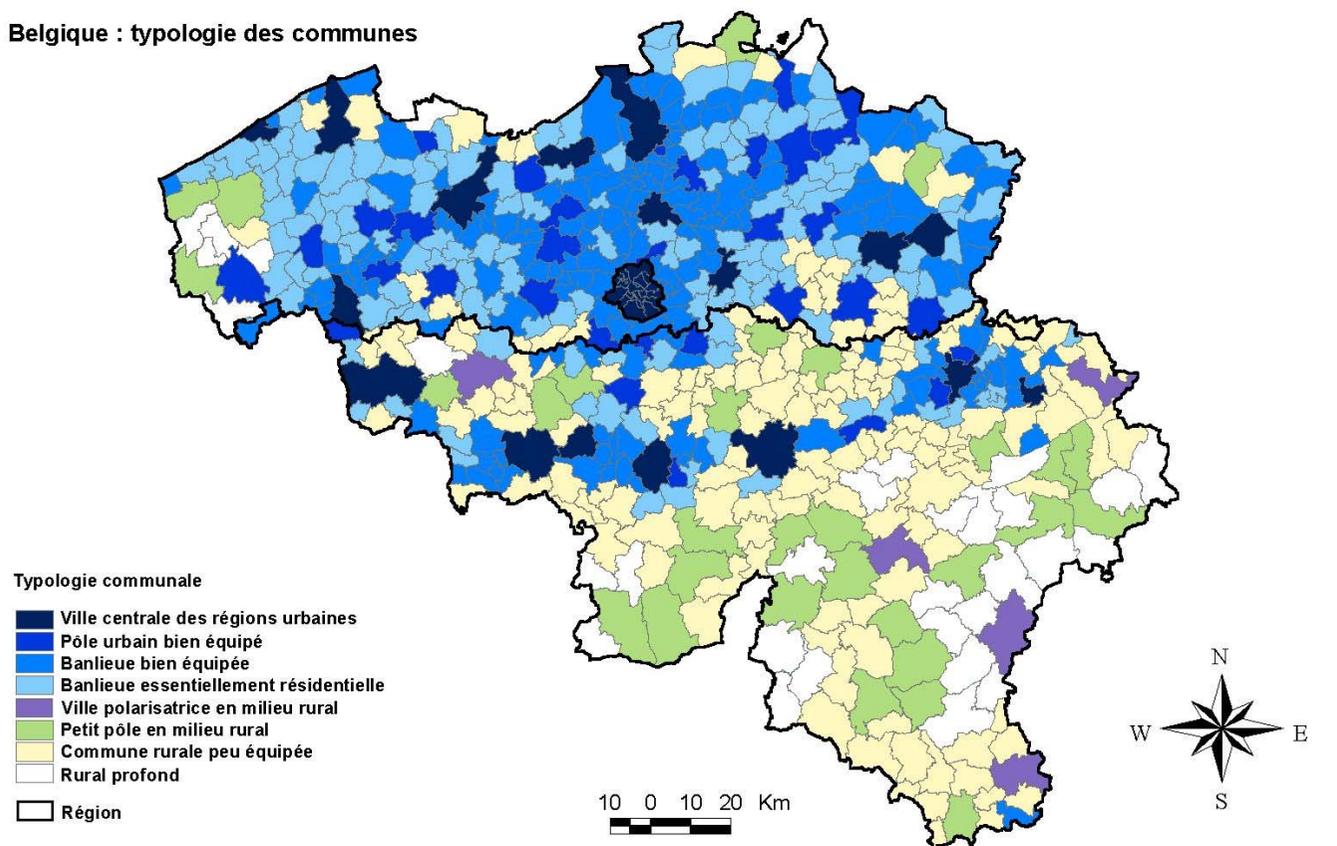
La première composante synthétise donc tous les services, et en particulier l'offre en pharmaciens, généralistes, bandagistes et spécialistes par habitant, tandis que la deuxième (non exprimée par carte) oppose surtout celle des logopèdes et kiné à celle des spécialistes et des opticiens.

La première composante principale synthétise 35.6% de l'information, la deuxième 16.6%.



ANNEXE III : TYPOLOGIE DES COMMUNES

Belgique : typologie des communes



Sources : typologie réalisée d'après Halleux J.M & al (1998) ;
Van der Haegen & al. (1998)

Réalisation : CPDT, Marie-Eve Ronveaux GUIDE-ULB;
(Thème 3.3 : Besoins et offre sociale et sanitaire)

ANNEXE IV : MOTIFS DU DÉMÉNAGEMENT DES SENIORS PAR CATÉGORIE D'ÂGE

Motif du déménagement	50-64	65-79	80+
Devenir propriétaire	5,0%	1,7%	5,3%
Espaces verts et calme – nuisances urbaines + pro-campagne – anti-ville	26,0%	12,1%	
Emploi	2,0%		
Habitation/jardin trop petit + enfants/agrandissement de la famille	2,0%	3,4%	
Cohabitation - Mariage	1,0%	1,7%	
Problèmes de cohabitation (allochtones) + insécurité	6,0%	15,5%	15,8%
Plus près de la famille	4,0%	10,3%	10,5%
Divorce	8,0%		
Trop grand/vieillesse/santé	10,0%	13,8%	31,6%
Meilleure situation + environnement + qualité de vie	1,0%	3,4%	10,5%
Retour dans la région d'origine	3,0%		5,3%
Pas de raison - Hasard - Inconnu	6,0%	5,2%	
Frais de logement trop élevés + raisons financières	6,0%	3,4%	
Opportunité (logement social à acheter (via famille))	1,0%	1,7%	
Mauvais état – plus de confort	4,0%		5,3%
Déménagement forcé	2,0%	10,3%	
Raisons personnelles ou familiales	1,0%	3,4%	
Fin de la carrière (professionnelle)	7,0%	3,4%	5,3%
Indépendance – fin des études + début des études (&demeurer sur place)			
Plus près des équipements – attrait de la ville	1,0%	1,7%	
Vente (financier, familial, ...)	2,0%	3,4%	
Décès	2,0%	5,2%	10,5%
Total	100	58	19

Sources : VUB/TNS DIMARSO, Auteurs : DE CORTE St., RAYMAKEKERS P., THAENS K., VANDEKERCKHOVE Br., FRANCOIS G., extrait du rapport final *Etude des mouvements migratoires de et vers les grandes villes pour les trois régions belges*, octobre 2003 tableau 109 Motif d'émigration par catégorie d'âge, p.135.