



Test d'impact sur la pauvreté

ASSURANCE AUTONOMIE

Table des matières

Introduction	2
1. Les personnes âgées bruxelloises : un bref profil socio-démographique	4
2. Inégalités sociales en matière de vieillissement, vulnérabilité et (in)dépendance.....	9
2.1 Limitations fonctionnelles de longue durée chez les personnes âgées bruxelloises.....	10
2.2 Vieillesse, vulnérabilité et (in)dépendance	18
3. Efficacité de l'assurance autonomie en termes de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales.....	41
3.1 Mécanisme et niveau de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales.....	41
3.2 Les enjeux opérationnels relatifs à la mise en place de l'assurance autonomie au regard des inégalités sociales.....	46
3.2.1 Le constat de la dépendance.....	46
3.2.2 Universalisme versus sélectivité	49
3.2.3 Mode de financement.....	51
3.2.4 Mode de versement.....	52
3.2.5 Panier de services.....	56
3.2.6 Informations, démarches administratives et orientation	59
4. Éléments de conclusion	64
Annexes.....	65
Références	69

Colophon

Auteur > Gille FEYAERTS > **Pour plus d'information** > 02/552 01 57 > gfeyaerts@ggc.irisnet.be
> **Citer cette publication** > Observatoire de la santé et du Social de Bruxelles-Capitale. *Test d'impact pauvreté. Assurance autonomie*. Commission communautaire commune. Bruxelles 2017.
> Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands

Ce document rapporte les résultats du test d'impact pauvreté sur la proposition d'instauration d'une « assurance autonomie » en Région bruxelloise. Le test d'impact pauvreté permet d'évaluer les effets potentiels d'une assurance autonomie sur la pauvreté et les inégalités sociales et d'examiner de quelle manière celle-ci peut contribuer à lutter contre ces dernières. L'objectif final de ce test d'impact pauvreté est de contribuer à l'élaboration d'une assurance autonomie qui aura un impact positif en matière de lutte contre la pauvreté ou qui, à tout le moins, ne contribuera pas à la création ou à l'accroissement des inégalités sociales.

Dans le cadre de sa politique en matière de personnes âgées, le Collège réuni de la Commission communautaire commune envisage d'élaborer une **assurance autonomie bruxelloise**. Grâce à cette assurance autonomie, les responsables politiques souhaitent apporter une réponse au risque de dépendance de longue durée lié au vieillissement. Le processus de vieillissement accroît en effet le risque d'apparition de limitations fonctionnelles de longue durée relatives à l'exécution des activités quotidiennes et des activités instrumentales de la vie quotidienne, ce qui réduit l'autonomie et l'indépendance des personnes concernées. L'assurance autonomie doit offrir aux personnes qui ont un besoin d'aide ou de soins les moyens de maintenir leur indépendance physique et psychique, principalement par le financement de services d'aide familiale et d'aide à domicile devant contribuer aux personnes bénéficiaires de pouvoir vivre de manière digne et la plus indépendante possible dans le lieu de vie souhaité.

L'assurance autonomie se veut un nouvel instrument qui complète la politique d'aide et de soins¹ pour les problèmes de longue durée. Elle a pour but d'apporter une réponse au constat que les aides et les soins visant le maintien de l'autonomie et d'indépendance ne sont pas assez couverts par les mécanismes existants de protection sociale, et ne peuvent pas non plus être assurés efficacement par des assurances privées.

Méthodologie

Pour l'élaboration de ce test d'impact pauvreté, des informations ont été collectées à partir de différentes sources et à l'aide de diverses méthodes :

- une analyse du rapport de l'étude BSI « Vers une assurance autonomie bruxelloise », réalisée pour le compte de la Commission communautaire commune ;
- des interviews avec des acteurs clés issus du monde de la recherche et du terrain dans le domaine de l'aide et des soins aux personnes âgées et de la lutte contre la pauvreté ; l'analyse d'une série de rapports et d'articles clés suggérés par ces acteurs ;
- un brainstorming avec les collaborateurs scientifiques de l'Observatoire de la Santé et du Social ;
- un processus participatif selon l'approche de la « Méthode d'analyse en groupe » (1), dans le cadre duquel une quinzaine d'acteurs de terrain actifs dans le domaine de l'aide et des soins aux personnes âgées² ont réalisé durant trois demi-jours un exercice de réflexion collectif pour parvenir à une analyse et à un diagnostic communs sur les effets potentiels de l'assurance autonomie sur la pauvreté et les inégalités sociales. Plusieurs citations tirées de

¹ Dans le cadre de cette assurance autonomie, on entend uniquement par soins les soins non-médicaux, et donc il convient de faire une nette distinction avec les frais médicaux qui sont couverts par l'assurance fédérale soins de santé.

² Le groupe était composé d'une directrice d'un service d'aide à domicile, d'un responsable de projet d'un service d'aide à domicile, d'un chef de division d'un service social communal, d'une coordinatrice d'un service de télévigilance, un infirmier et une infirmière à domicile, une coordinatrice des soins d'un 'lokaal dienstencentrum', une chargée de projet d'un service d'éducation permanente, une responsable d'un service sociale d'un hôpital, un directeur et une directrice d'une maison de repos, deux collaborateurs du service sociale de deux mutuelles

cet exercice de réflexion collectif mené par ces professionnels sont reprises en bleu dans le présent texte (*italique*), avec la référence [prof];

- la collecte des connaissances acquises par l'expérience, par des personnes qui appartiennent potentiellement au groupe cible de la future assurance autonomie, a été réalisée à travers deux entretiens collectifs, organisés en collaboration avec trois associations bruxelloises dans lesquelles les personnes en situation de pauvreté prennent la parole. Au total, 10 personnes ont participé à ces groupes de discussion. Diverses citations tirées de ces groupes de discussion sont reprises en vert dans le présent texte (*italique*) avec la référence [pers] ;
- une analyse quantitative de l'Enquête de santé par interview de 2013 (et, plus particulièrement, le module des limitations fonctionnelles de longue durée), complétée d'indicateurs de pauvreté et de santé collectés par l'Observatoire.

Structure de cette note

Premièrement, nous présentons un bref profil socio-démographique des personnes âgées bruxelloises actuelles, et les projections démographiques.

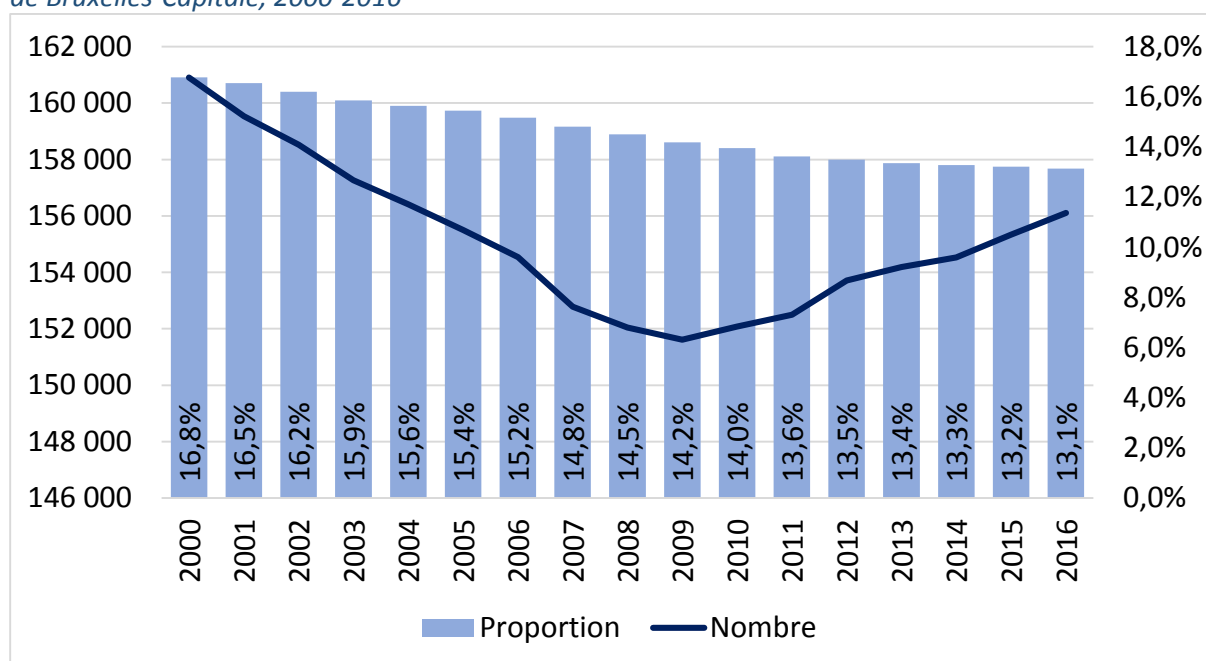
Dans le deuxième chapitre, nous examinons dans quelle mesure les personnes âgées bruxelloises sont confrontées au risque de perte d'autonomie via une analyse de l'apparition des limitations fonctionnelles de longue durée relatives à l'exécution d'activités de la vie quotidienne. Nous consacrons, dans ce cadre, une attention particulière à la répartition sociale de ce risque au sein de la population. Ensuite, nous identifions les principaux facteurs d'un risque accru de dépendance en matière d'aide et de soins, et la répartition inégale de ce risque au sein de la population des personnes âgées bruxelloises.

Dans le troisième chapitre, nous étudions enfin de quelle manière l'assurance autonomie peut avoir un effet, positif ou négatif, sur ces inégalités sociales et sur la pauvreté. Nous identifions le mécanisme par lequel l'assurance autonomie peut exercer un impact sur la pauvreté et à quel niveau cette incidence se situe et analysons certains des défis opérationnels de l'assurance autonomie du point de vue des effets potentiels sur les inégalités sociales et la pauvreté.

1. LES PERSONNES AGEES BRUXELLOISES : UN BREF PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Comparée aux deux autres Régions, la Région de Bruxelles-Capitale connaît une structure démographique jeune, avec un nombre croissant de jeunes enfants et de jeunes adultes. Après une baisse continue du **nombre (et de la proportion) des plus de 65 ans** dans la population bruxelloise, depuis 2010, le nombre absolu de personnes âgées bruxelloises augmente, et a atteint 156 106 personnes de plus de 65 ans au 1^{er} janvier 2016 (soit 13,1 % de la population bruxelloise totale). Etant donné que cette augmentation du nombre de personnes âgées s'inscrit dans le cadre d'une forte croissance démographique dans toutes les catégories d'âge, la proportion des plus de 65 ans dans la population bruxelloise totale continue cependant à diminuer légèrement (Figure 1).

Figure 1. Evolution du nombre et de la proportion des 65 ans et plus dans la population totale, Région de Bruxelles-Capitale, 2000-2016



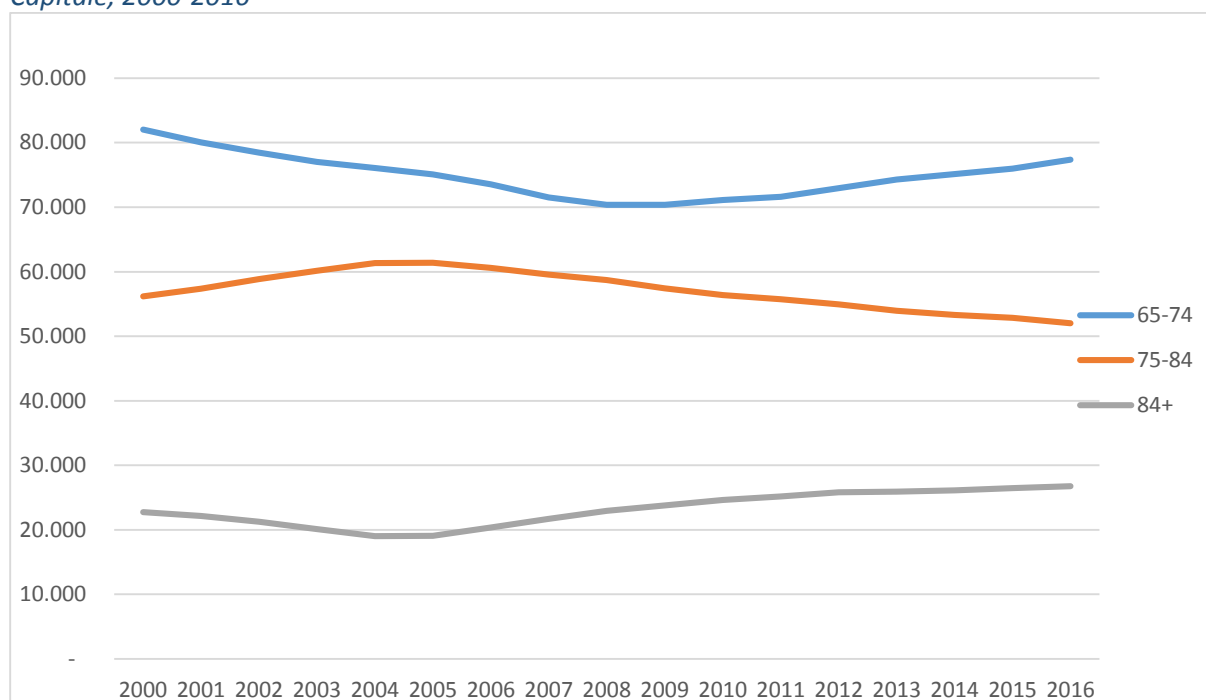
Source: SPF Economie – Statistics Belgium

Le groupe d'âge des plus de 65 ans constitue un groupe très hétérogène, en premier lieu sur base de l'âge. Trois groupes d'âge se distinguent (2) : « les plus jeunes », qui ont entre 65 et 74 ans et dont la majeure partie jouit encore d'une bonne santé ; les 75-84 ans dont une plus grande part aura des problèmes de santé qui ne conduisent toutefois pas nécessairement à la dépendance ; et enfin, les plus âgés, les personnes de 85 ans et plus, qui comptent davantage de personnes âgées confrontées à des problèmes de santé complexes et de comorbidité³, et par conséquent à une dépendance croissante. A cet âge, la proportion de femmes isolées dont le partenaire est déjà décédé est importante.

Ces dernières années, le nombre absolu des plus de 65 ans « les plus jeunes » et « les plus âgés » augmente. La proportion des deux groupes d'âge dans la population totale est restée stable, aux alentours de 6,5 % pour les 64-74 ans et de 2,3 % pour les plus de 85 ans. En revanche les chiffres absolus et relatifs continuent à baisser dans la catégorie intermédiaire des 75-84 ans (Figure 2, Tableau 1).

³ Lorsqu'une personne souffre de deux ou plusieurs affections, on parle de comorbidité.

Figure 2. Evolution du nombre absolu des plus de 65 ans, par catégorie d'âge, Région de Bruxelles-Capitale, 2000-2016



Source: SPF Economie – Statistics Belgium

Tableau 1. Evolution du nombre et de la proportion des plus de 65 ans dans la population totale, par catégorie d'âge, Région de Bruxelles-Capitale, 2000-2016

	Nombre			Proportion dans la population		
	65-74	75-84	84+	65-74	75-84	84+
2000	82 016	56 171	22 721	8,5%	5,9%	2,4%
2001	80 029	57 369	22 137	8,3%	5,9%	2,3%
2002	78 441	58 841	21 237	8,0%	6,0%	2,2%
2003	76 998	60 146	20 122	7,8%	6,1%	2,0%
2004	76 087	61 326	19 002	7,6%	6,1%	1,9%
2005	75 075	61 370	19 066	7,5%	6,1%	1,9%
2006	73 540	60 621	20 384	7,2%	6,0%	2,0%
2007	71 498	59 553	21 727	6,9%	5,8%	2,1%
2008	70 393	58 717	22 935	6,7%	5,6%	2,2%
2009	70 396	57 435	23 778	6,6%	5,4%	2,2%
2010	71 093	56 372	24 614	6,5%	5,2%	2,3%
2011	71 603	55 742	25 155	6,4%	5,0%	2,2%
2012	72 965	54 929	25 822	6,4%	4,8%	2,3%
2013	74 312	53 959	25 913	6,4%	4,7%	2,2%
2014	75 120	53 288	26 120	6,5%	4,6%	2,2%
2015	75 996	52 884	26 456	6,5%	4,5%	2,3%
2016	77 344	52 014	26 748	6,5%	4,4%	2,3%

Source: SPF Economie – Statistics Belgium

L'augmentation (plus) rapide du nombre de jeunes par rapport au nombre de personnes âgées se traduit par une baisse de **l'indice de vieillissement** (le rapport entre le nombre des plus de 65 ans et le nombre des 0-19 ans) en Région de Bruxelles-Capitale, alors que celui-ci a augmenté dans toute la Belgique. **L'indice d'intensité du vieillissement** (le % des plus de 80 ans parmi les plus de 65 ans) est supérieur par rapport au reste du pays : Environ un tiers des plus de 65 ans bruxellois a plus de 80 ans. Autrement dit, il y a proportionnellement moins de personnes âgées (65 ans et plus) dans la Région de Bruxelles-Capitale, mais celles-ci sont en moyenne plus âgées que dans les deux autres Régions. Au cours de ces 10 dernières années, l'indice d'intensité du vieillissement a toutefois augmenté moins vite à Bruxelles que dans toute la Belgique et a même légèrement baissé depuis 2012 (Tableau 2).

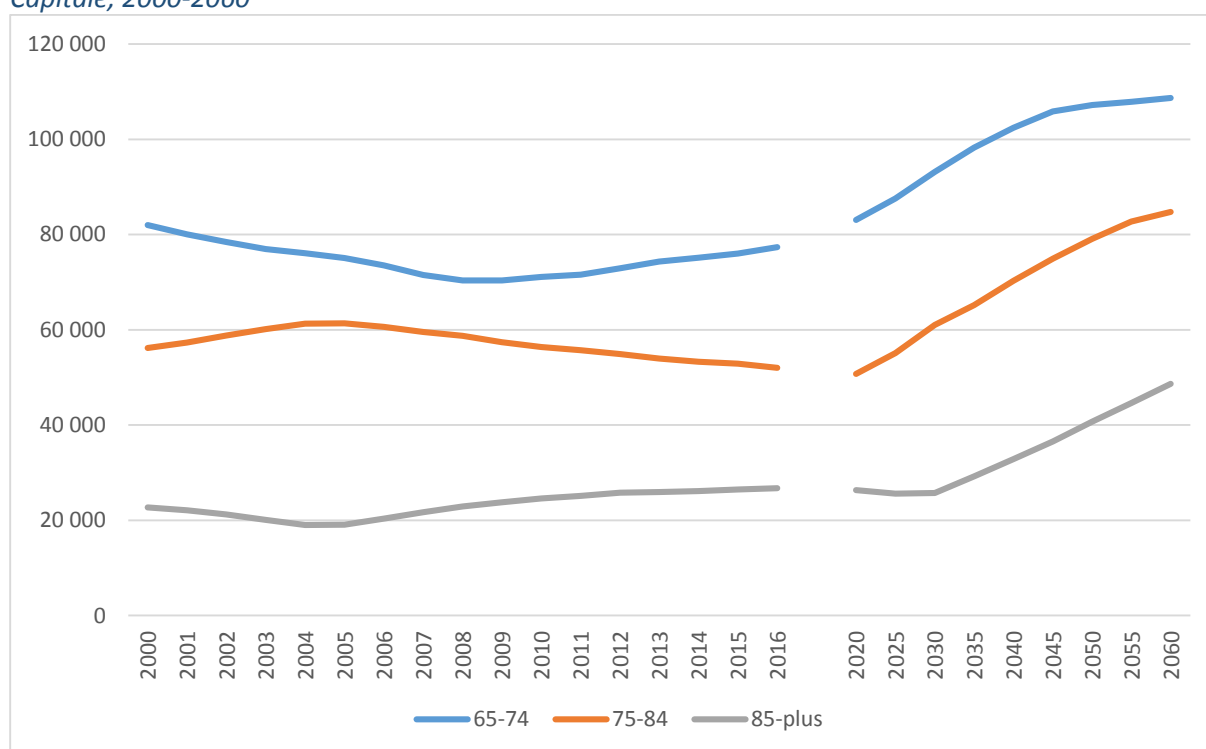
Tableau 2. Evolution des caractéristiques démographiques, Région de Bruxelles-Capitale et Belgique, 2006-2016

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
L'indice de vieillissement (≥ 65 ans / 0-19 ans) %	Région bruxelloise	63,1	61,4	60,0	58,5	57,3	55,6	54,8	54,0	53,3	52,9	52,4
	Belgique	74,5	74,1	74,2	74,4	74,9	75,3	76,6	77,9	79,1	80,2	81,2
L'indice d'intensité du vieillissement (≥ 80 ans / ≥ 65 ans) %	Région bruxelloise	31,0	31,8	32,4	32,7	32,8	33,2	33,1	32,9	32,7	32,5	32,1
	Belgique	25,8	26,7	27,5	28,1	28,7	29,4	29,8	30,0	30,0	30,1	30,0
L'indice de dépendance (0-19 + ≥ 65 ans) / (20-64 ans) %	Région bruxelloise	64,5	63,8	63,0	62,5	62,2	61,6	61,6	61,5	61,8	61,8	61,8
	Belgique	67,5	67,1	66,8	66,8	66,8	66,8	67,2	67,6	68,1	68,6	69,1

Source: SPF Economie – Statistics Belgium

Les **projections démographiques** prévoient une forte hausse du nombre total des plus de 65 ans pour les années et les décennies à venir, avec d'ici 2025 une augmentation de plus de 12 000 personnes par rapport à 2016 (+ 7,8 %). La proportion des plus de 65 ans dans toute la population devrait également augmenter pour la première fois depuis très longtemps. Cette forte croissance se poursuit en premier lieu chez les plus de 65 ans les plus jeunes (65-74 ans) pour qui la tendance à la hausse depuis 2009 ne cesse de se renforcer. D'ici 2025, leur nombre devrait augmenter de plus de 13 % par rapport à 2016. Dans la catégorie intermédiaire des 75-84 ans, la tendance à la baisse devrait se transformer en forte croissance après 2020. Le nombre des Bruxellois les plus âgés, les plus de 85 ans, devrait encore légèrement diminuer au cours des premières années pour également connaître une forte augmentation à partir de 2030 (Figure 3).

Figure 3. Perspectives démographiques des plus de 65 ans, par catégorie d'âge, Région de Bruxelles-Capitale, 2000-2060



Source: IBSA, SPF Economie – Statistics Belgium

Une autre dimension d'hétérogénéité importante parmi les personnes âgées bruxelloises concerne la **nationalité** et l'**origine**. Alors que dans les années septante, les plus de 65 ans formaient encore un groupe de population relativement homogène et étaient majoritairement nés en Belgique, aujourd'hui, une partie croissante des personnes âgées bruxelloises sont des retraités, anciennement travailleurs immigrés.

En 2016, 17,5 % des plus de 65 ans avaient une nationalité non belge. Ce pourcentage est inférieur aux jeunes (28,3 % chez les 0-19 ans) et à la population active (40,8 % chez les 20-64 ans), mais il augmente au fil du temps. Il était de 11,3 % en 2000 et de 15,8 % en 2010. La proportion de non-Belges est plus importante chez les plus de 65 ans « les plus jeunes », mais, au fil des ans, une forte augmentation de la part de non-Belges dans le groupe d'âge « des plus âgés » est également observée (Tableau 3).

Tableau 3. Proportion des personnes ayant une nationalité non belge, selon le groupe d'âge, Région de Bruxelles-Capitale, 2000-2016

	Tous les âges			65-plus			Population totale
	0-19 ans	20-64 ans	65 +	65-74 ans	75-84 ans	85 +	
2000	27,7%	33,7%	11,3%	15,3%	7,7%	5,7%	28,5%
2001	24,5%	32,6%	11,7%	16,0%	8,0%	5,7%	27,2%
2002	22,1%	32,2%	12,2%	16,7%	8,5%	6,0%	26,6%
2003	20,6%	32,0%	12,6%	17,2%	8,8%	6,3%	26,2%
2004	20,1%	32,1%	13,3%	18,0%	9,4%	6,8%	26,3%
2005	19,7%	32,1%	13,8%	18,7%	10,0%	6,8%	26,3%
2006	20,2%	32,6%	14,3%	19,2%	10,9%	7,0%	26,9%
2007	20,6%	33,3%	14,8%	19,8%	11,5%	7,2%	27,5%
2008	21,0%	34,0%	15,1%	20,1%	12,2%	7,4%	28,1%
2009	21,8%	35,1%	15,4%	20,2%	12,7%	7,6%	29,1%
2010	22,8%	36,1%	15,8%	20,4%	13,5%	7,8%	30,0%
2011	24,5%	37,6%	16,3%	20,7%	14,3%	8,2%	31,5%
2012	26,0%	38,7%	16,6%	20,6%	15,0%	8,6%	32,6%
2013	26,6%	39,2%	16,8%	20,5%	15,5%	8,9%	33,1%
2014	26,7%	39,2%	16,9%	20,3%	15,9%	9,2%	33,1%
2015	27,5%	40,1%	17,2%	20,3%	16,4%	9,8%	33,9%
2016	28,3%	40,8%	17,5%	20,2%	17,0%	10,5%	34,6%

Source: IBSA, SPF Economie – Statistics Belgium

Afin de se forger une meilleure idée de la diversité réelle, il nous faut tenir compte des personnes qui ont acquis la nationalité belge. En 2014, 32,6 % des plus de 65 ans avaient une nationalité non-belge à la naissance, dont la moitié une nationalité d'un pays hors de l'Union Européenne⁴. En 2009, il s'agissait encore de 26,8 %. Le pourcentage est de 20,5 % chez les Bruxellois les plus âgés (2014), de 38,5 % parmi les âgés « les plus jeunes » et de 57,8 % parmi les « futures » personnes âgées (les 50-64 ans). Autrement dit, il faut s'attendre à une croissance de la diversité parmi les personnes âgées bruxelloises au cours des prochaines années.

⁴ Source : Datawarehouse marché du travail et protection sociale

2. INEGALITES SOCIALES EN MATIERE DE VIEILLISSEMENT, VULNERABILITE ET (IN)DEPENDANCE

L'OMS (3) définit le « **vieillessement actif** » comme un processus dans le cadre duquel les possibilités en matière de santé, de participation et de sécurité sont optimisées pendant le vieillissement, en vue de l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et de la qualité de vie de toutes les personnes âgées, y compris les personnes les plus vulnérables, les personnes souffrant d'un handicap ou d'une invalidité et les personnes ayant besoin d'aide et de soins.

La vieillesse et le vieillissement augmentent, pour tout le monde, le risque, d'une part, d'être exposé à certains défis et d'autre part, de disposer de possibilités réduites pour y faire face (4). **Le processus de vieillissement s'accompagne ainsi d'un risque accru de vulnérabilité en termes de dégradation de la qualité de vie.**

Une des dimensions essentielles de la qualité de vie des personnes âgées qui nous intéresse ici en particulier, concerne **le maintien de l'autonomie et/ou de l'indépendance** (3). Le terme *autonomie* fait référence à la capacité à prendre et exécuter des décisions personnelles sur la vie quotidienne, conformément aux normes et préférences propres. L'*indépendance* concerne la capacité à exercer des fonctions et des activités de la vie quotidienne en vue d'une participation la plus large possible dans tous les domaines de la vie humaine.

La vulnérabilité spécifiquement liée au vieillissement fait référence au risque accru de perte d'autonomie et d'indépendance en fonction de l'âge et, par conséquent, à l'apparition d'une dépendance. Lorsque l'autonomie et l'indépendance diminuent, la qualité de vie est menacée lorsqu'il manque la protection, les soins et l'aide nécessaires adéquats pour faire face à la vie quotidienne.

Dans un premier chapitre (2.1), nous vérifions dans quelle mesure les personnes âgées bruxelloises sont confrontées à une dépendance (à l'aide et aux soins) pour l'exercice des fonctions et activités de la vie quotidienne, avec une attention particulière pour la répartition de ce risque social au sein de la population. Nous analysons pour ce faire les données de l'Enquête nationale de santé par interview. Dans un deuxième chapitre (2.2), nous étudions les facteurs qui peuvent offrir une explication aux inégalités sociales en ce qui concerne le risque accru de dépendance en termes d'aide et de soins. Nous nous basons pour ce faire essentiellement sur les éléments qui proviennent de l'exercice de réflexion collectif réalisé par le groupe d'acteurs de terrain et par le groupe de personnes âgées, complétés des données et éléments quantitatifs issus de la recherche bibliographique.

2.1 LIMITATIONS FONCTIONNELLES DE LONGUE DURÉE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES BRUXELLOISES

INTRODUCTION

Dans ce premier chapitre, nous examinons dans quelle mesure les personnes âgées bruxelloises sont confrontées à un risque accru de dépendance en termes d'aide et de soins. Alors que l'autonomie d'une personne est très difficilement quantifiable, l'Enquête de santé nous offre en effet la possibilité d'identifier la perte d'indépendance des personnes âgées bruxelloises. Cette enquête sonde plus particulièrement l'apparition **de « limitations fonctionnelles de longue durée » concernant les activités dont on suppose que tout un chacun devrait pouvoir les effectuer** (5).

Les acteurs de terrain témoignent de situations dans lesquelles les personnes âgées éprouvent des difficultés par rapport à l'hygiène personnelle, à la préparation et à la consommation des repas, au fait de marcher et de se déplacer en général, à l'entretien du logement, etc.

« Madame est incontinente du fait qu'elle ne peut pas se mouvoir facilement. Il y a risque de chute. Parfois des chutes à domicile. » [prof]

« Cuisiner ne va plus donc elle se débrouille avec des conserves et de la soupe instantanée. » [prof]

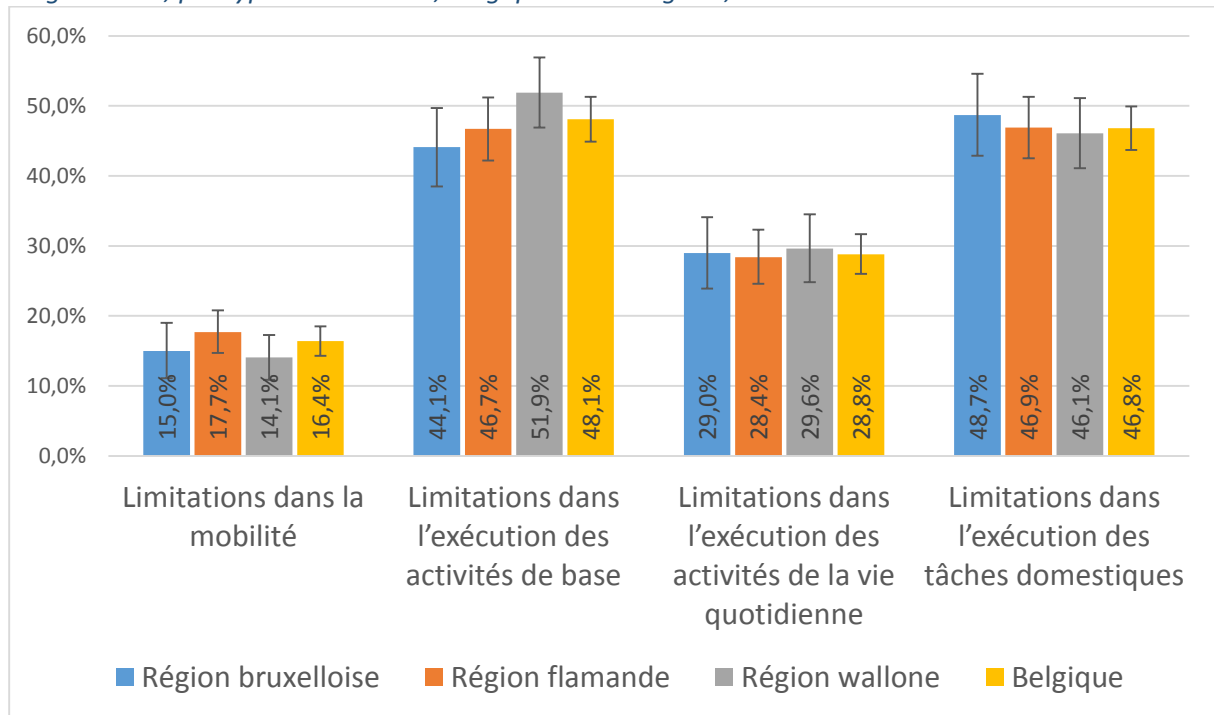
« Nous le voyons devenir de moins en moins autonome, c'est-à-dire qu'il ne sort plus se promener (il n'a plus les moyens d'aller au café), il est plus vite essoufflé, perd plus son équilibre » [prof]

L'Enquête de santé sonde quatre types de limitations fonctionnelles de longue durée, soit :

- les limitations en matière de *mobilité ou liberté de mouvement*, dans le cadre desquelles on vérifie si la personne doit rester en quasi permanence assise dans un fauteuil ou alitée (même s'il y a quelqu'un qui pourrait l'aider à se lever) et/ou si ses déplacements sont limités à la maison/l'appartement ou au jardin ;
- les limitations relatives à l'exécution d'une série d'*activités de base* comme marcher, entendre ou voir (on sonde plus particulièrement les difficultés à lire le journal, à suivre une conversation ou un programme télévisé, à marcher et à monter ou descendre un escalier, par exemple) ;
- les limitations relatives à l'exécution d'*activités de la vie quotidienne* (« *Activities of Daily Living* ») comme entrer et sortir de son lit, s'asseoir dans un fauteuil et en sortir, s'habiller et se déshabiller, prendre un bain ou se doucher, se laver les mains et le visage, manger avec un couteau et une fourchette ou utiliser les toilettes ;
- les limitations relatives à l'exécution d'*activités instrumentales de la vie quotidienne* (« *Instrumental activities of Daily Living* ») comme préparer les repas, utiliser le téléphone, faire les courses, gérer la prise de médicaments, effectuer des petites activités ménagères, effectuer de temps à autre des activités ménagères plutôt lourdes et gérer les finances et l'administration quotidienne.

Sur la base de l'Enquête de santé 2013, nous constatons que 15,0 % des personnes âgées bruxelloises de 65 ans et plus sont confrontées à des limitations en matière de mobilité ; 44,1 % à des limitations dans les activités de base ; 29,0 % à des limitations dans les activités quotidiennes et 48,7 % à des limitations dans les activités instrumentales de la vie quotidienne. Pour ces différents types de limitations fonctionnelles, nous ne constatons aucune différence significative entre Bruxelles et les deux autres Régions (Figure 4).

Figure 4. Proportion de la population des 65 ans et plus souffrant de limitations fonctionnelles de longue durée, par type de limitation, Belgique et ses Régions, 2013



Source: Enquête de santé 2013, ISP-WIV

Dans ce qui suit, nous analysons chacun de ces 4 types de limitations fonctionnelles plus en détails pour la Région de Bruxelles-Capitale. Nous reprenons ici en grande partie les analyses et commentaires du Rapport « Limitations fonctionnelles de longue durée » de l'ISP pour la Région de Bruxelles-Capitale sur la base de l'Enquête de santé 2013 (5). Pour parvenir à des analyses plus précises au niveau de la Région de Bruxelles-Capitale, nous avons toutefois recalculé les chiffres en agrégeant les données des deux dernières enquêtes de santé (2008 et 2013)⁵⁶.

A cet égard, nous consacrons dans le cadre de ce test de pauvreté une attention particulière à la répartition de ce risque social au sein de la population selon le statut socio-économique. Le vieillissement peut entraîner un risque accru de dépendance en termes d'aide et de soins pour toutes les couches sociales de la population, risque qui dépend fortement des sources de réserve constituées tout au long de la vie et qui est dès lors manifestement plus important pour les personnes qui connaissent ou ont connu un parcours de vie lié à la pauvreté et à l'insécurité d'existence. La recherche (6) attire en effet l'attention sur un **gradient social dans l'apparition des limitations fonctionnelles** et ce, dans différents domaines (physique, psychique et/ou social) et

⁵Sauf pour l'indicateur relatif aux activités instrumentales de la vie quotidienne qui n'est disponible que pour l'année d'enquête 2013.

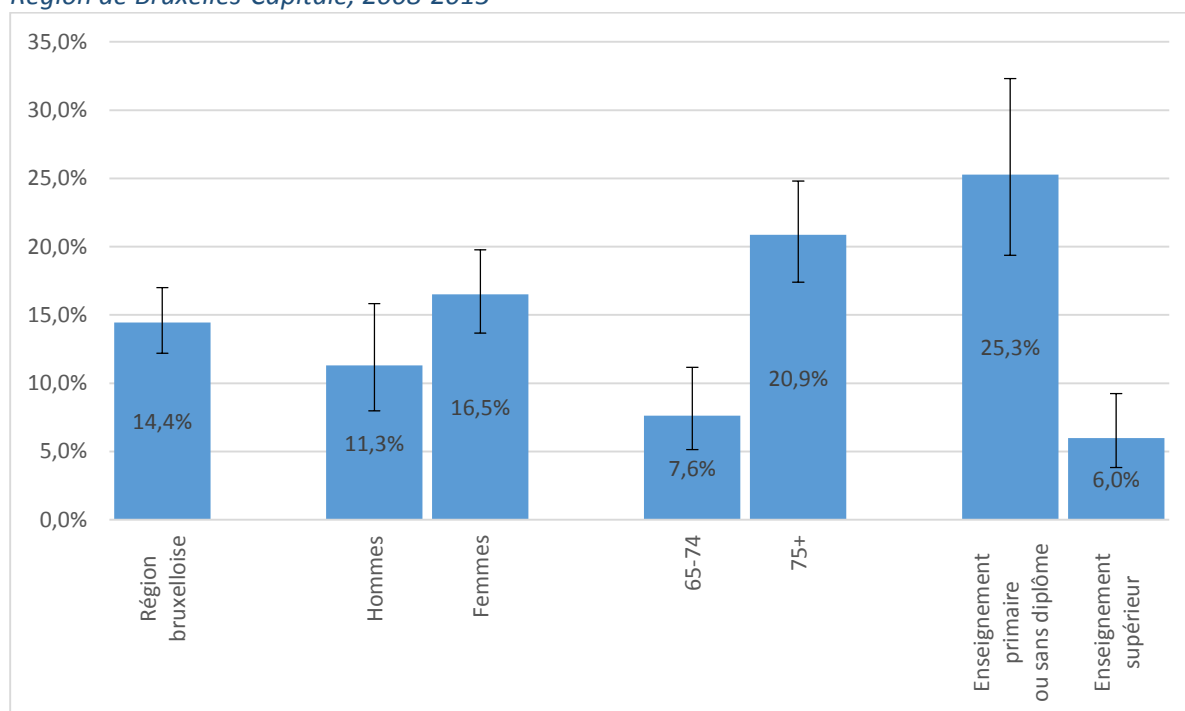
⁶ De ce fait, les pourcentages généraux diffèrent aussi légèrement dans le reste du texte (sur la base de 2008 et 2013) par rapport aux chiffres du Schéma 4 (sur la base de 2013).

indépendamment de l'état de santé. La corrélation entre le statut socio-économique et les limitations fonctionnelles reflète une interaction dans les deux sens, la vulnérabilité socio-économique pouvant donner lieu à des limitations fonctionnelles et inversement. Pour les analyses suivantes, nous utilisons le niveau de formation comme indicateur du statut socio-économique.

2.1.1 LIMITATIONS DANS LA MOBILITE

14,4 % des bruxellois de 65 ans et plus indiquent être limités dans leur liberté de mouvement. Être limité dans la mobilité est clairement lié à l'âge : dans le groupe des 65-74 ans, 7,6 % de la population est limité dans les déplacements, tandis que dans le groupe des 75 ans et plus, ce pourcentage augmente jusqu'à 20,9 %. Les différences entre hommes et femmes ne sont pas statistiquement significatives. Les limitations dans la mobilité présentent un lien évident avec le niveau socio-économique : les personnes détentrices d'un diplôme de l'enseignement supérieur rapportent significativement moins (6,0 %) de limitations dans la mobilité que les personnes détentrices d'un diplôme de l'enseignement primaire ou sans diplôme (25,3 %) (Figure 5).⁷

Figure 5. Pourcentage de la population de 65 ans et plus ayant des limitations en matière de mobilité, Région de Bruxelles-Capitale, 2008-2013



Source: Enquêtes de santé 2008-2013, ISP-WIV

Calculs: Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale

2.1.2 LIMITATIONS DANS L'EXECUTION DES ACTIVITES DE BASE

La moitié (50,4 %) des Bruxellois de 65 ans et plus indiquent être limités dans l'exécution d'une série d'activités de base comme entendre, voir ou marcher (Figure 6). Un quart (23,9 %) des Bruxellois indiquent être modérément limités et rencontrent quelques (ou de sérieux) problèmes à exécuter au

⁷ Selon les calculs de l'ISP et sur base des chiffres de 2013, il s'avère que ce gradient socio-économique s'atténue si les résultats sont corrigés pour l'âge, mais les différences entre les personnes peu qualifiés et plus qualifiés demeurent statistiquement significatives.

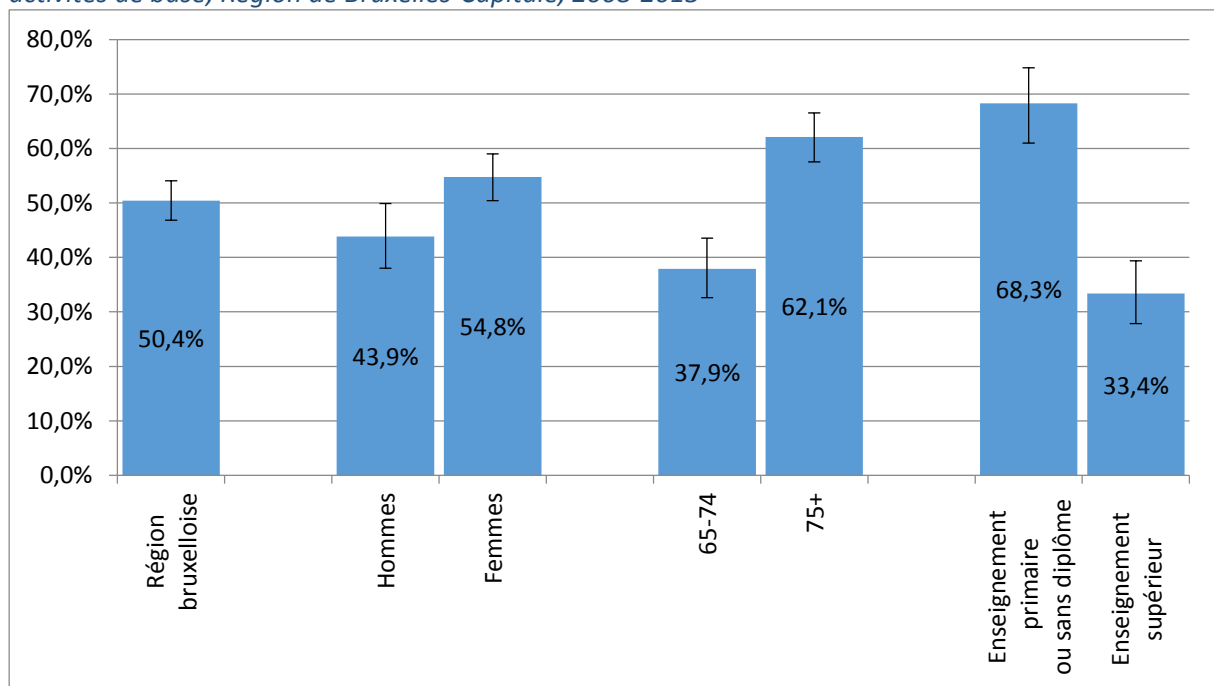
moins une des activités énumérées, un quart (26,6 %) indiquent être sévèrement limités (ne peuvent exécuter de façon autonome au moins une des activités énumérées).

Chez les femmes, la prévalence des limitations dans l'exécution des activités de base est un peu plus élevée (54,8 %) que chez les hommes (43,9%) (Figure 6), mais cette différence est en grande partie liée à la structure d'âge. Les femmes (32,4%) sont nettement plus sévèrement limitées que les hommes (17,6%).

Les limitations dans l'exécution des activités de base sont fortement liées avec l'âge : dans le groupe des 65-74 ans, 37,9 % indique être limitée; dans le groupe des 75 ans et plus, il s'agit de 62,1 % (Figure 6). Cette hausse est due à la fois au pourcentage croissant de personnes ayant des limitations modérées (21,0 % pour le groupe des 65-74 et 26,6 % pour les 75 ans et plus) et – surtout – des limitations sévères (respectivement 16,9 % en 35,6 %).

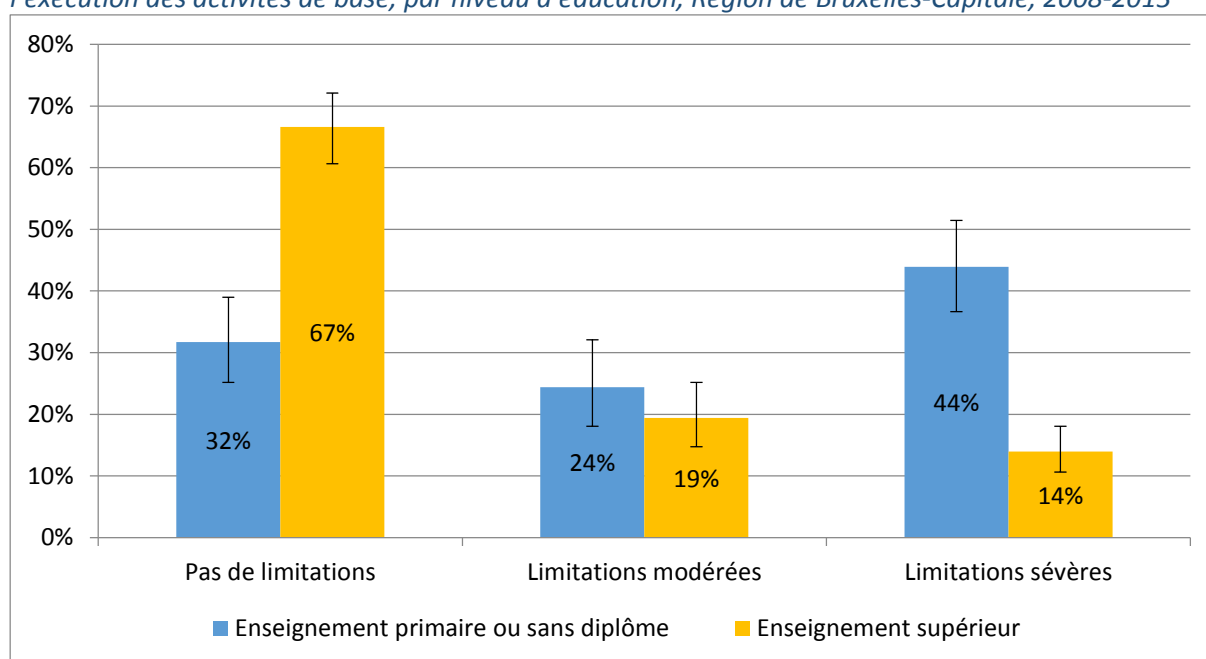
Il existe un lien évident entre le niveau d'éducation et la prévalence des limitations dans l'exécution des activités de base : la proportion des personnes souffrant de limitations dans l'exécution des activités de base diminue avec l'augmentation du niveau d'éducation: deux tiers (68,3 %) des personnes détentrices d'un diplôme de l'enseignement primaire/sans diplôme indique être limitées contre seulement un tiers (33,4 %) chez les personnes détentrices d'un diplôme de l'enseignement supérieur (Figure 6). Les personnes âgées détentrices d'un diplôme de l'enseignement primaire/sans diplôme sont aussi plus souvent confrontées avec des limitations sévères que les personnes âgées détentrices d'un diplôme de l'enseignement supérieur (14,0 %) (Figure 7).

Figure 6. Pourcentage de la population de 65 ans et plus ayant des limitations dans l'exécution des activités de base, Région de Bruxelles-Capitale, 2008-2013



Source: Enquêtes de santé 2008-2013, ISP-WIV
Calculs: Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capital

Figure 7. Distribution de la population de 65 ans et plus selon la sévérité des limitations dans l'exécution des activités de base, par niveau d'éducation, Région de Bruxelles-Capitale, 2008-2013



Source: Enquêtes de santé 2008-2013, ISP-WIV
Calculs: Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capital

2.1.3 LIMITATIONS DANS L'EXECUTION DES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE

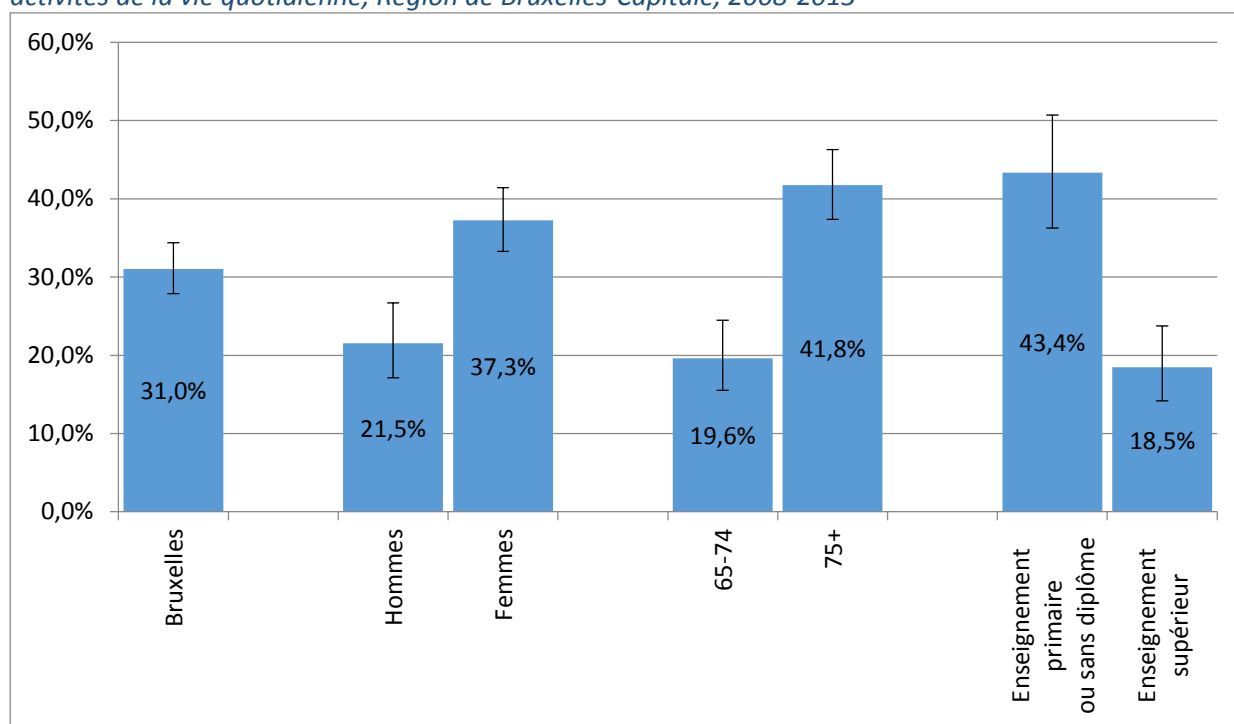
Un peu moins d'un tiers (31,0 %) des bruxellois de 65 ans et plus indique être limité dans l'exécution des activités de la vie quotidienne comme se lever et se mettre au lit, s'habiller et se déshabiller seul, manger avec un couteau et une fourchette,... (Figure 8). 13,1 % indique être modérément limitée alors que 17,9 % n'est pas (plus) en mesure d'exécuter au moins une de ces activités de façon autonome. Chez les femmes, la prévalence des limitations dans l'exécution des activités de la vie quotidienne est un peu plus élevée (37,3 %) que chez les hommes (21,5 %). Les femmes (21,6 %) sont nettement plus sévèrement limitées que les hommes (12,4 %).

Les limitations dans les activités de la vie quotidienne sont étroitement corrélées avec l'âge : de 19,6 % chez les 65-74-ans jusqu'à 41,7 % chez les 75 et plus.

La proportion de personnes souffrant de limitations dans l'exécution des activités de la vie quotidienne diminue au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente⁸. Alors que 43,3 % des personnes détentrices d'un diplôme de l'enseignement primaire/sans diplôme indiquent être limitées, la proportion tombe à 18,5% chez les personnes détentrices d'un diplôme de l'enseignement supérieur.

⁸ Selon les calculs de l'ISP et sur base des chiffres de 2013, il apparaît que sur base du niveau de formation, ce gradient social subsiste après standardisation pour l'âge et le sexe.

Figure 8. Pourcentage de la population de 65 ans et plus ayant des limitations dans l'exécution des activités de la vie quotidienne, Région de Bruxelles-Capitale, 2008-2013

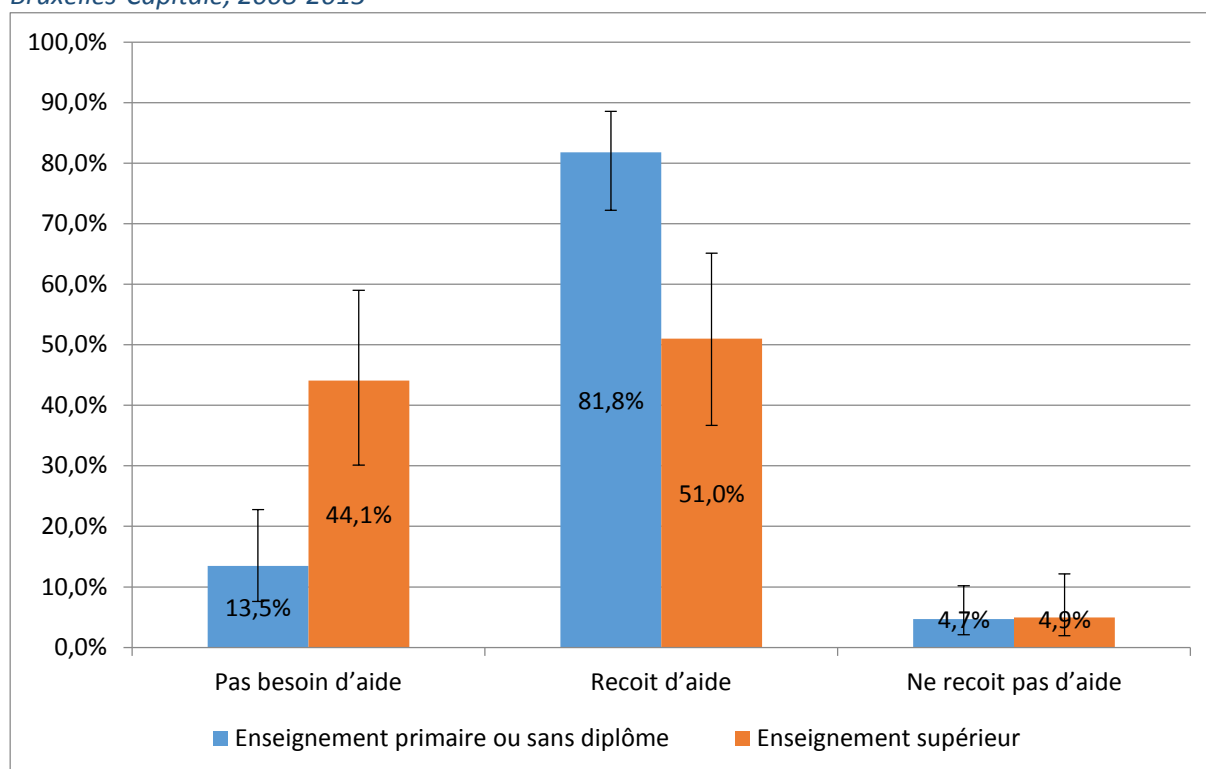


Source: Enquêtes de santé 2008-2013, ISP-WiV
Calculs: Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capital

22,0 % des personnes de 65 ans et plus souffrant de limitations dans l'exécution des activités de la vie quotidienne indiquent ne pas avoir besoin d'aide. Malgré les limitations mentionnées, elles estiment être en mesure d'accomplir ces activités de façon autonome. 70,9 % des personnes souffrant de limitations indiquent être aidées habituellement par des professionnels et/ou la famille ou des amis. Finalement, 7,1 % des personnes souffrant de limitations indiquent qu'elles auraient vraiment besoin d'aide mais ne peuvent compter dessus jusqu'à présent.

La proportion de personnes souffrant de limitations qui affirment ne pas voir besoin d'aide augmente avec le niveau d'éducation; ainsi, on passe de 13,5 % chez les personnes détentrices d'un diplôme de l'enseignement inférieur/ sans diplôme à 44,1 % chez les personnes possédant un diplôme de l'enseignement supérieur (Figure 9). Un gradient inversé peut être constaté pour la proportion de personnes bénéficiant habituellement d'une aide pour les activités de la vie quotidienne, soit : 81,8 % de personnes détentrices d'un diplôme de l'enseignement primaire/sans diplôme et 51,0 % de personnes détentrices d'un diplôme de l'enseignement supérieur.

Figure 9. Distribution de la population de 65 ans et plus ayant des limitations dans l'exécution des activités de la vie quotidienne en fonction de l'aide reçue, par niveau d'éducation, Région de Bruxelles-Capitale, 2008-2013



Source: Enquêtes de santé 2008-2013, ISP-WIV
Calculs: Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capital

2.1.4 LIMITATIONS DANS L'EXECUTION DES TACHES DOMESTIQUES

La moitié des bruxellois de 65 ans et plus (48,7 %) indiquent être limités dans l'exécution des tâches domestiques comme préparer un repas, utiliser le téléphone, faire des courses (Figure 10). 12,2 % des personnes indiquent rencontrer des problèmes pour au moins une tâche et sont considérées comme modérément limitées; 36,6 % des personnes indiquent qu'elles sont dans l'impossibilité d'exécuter une de ces activités sans l'aide d'un tiers et sont considérées comme sévèrement limitées. Plus de femmes (56,8 %) que d'hommes (36,9 %) indiquent être limitées (modérément ou gravement) dans l'exécution des tâches domestiques⁹. Les limitations dans l'exécution des tâches domestiques sont étroitement corrélées avec l'âge : alors que dans le groupe des 65-74 ans, 33,2 % de la population indique être limitée (modérément ou sévèrement), cette proportion augmente fortement dans le groupe des 75 ans et plus, où 64,5 % indiquent être limités dans l'exécution des tâches domestiques.

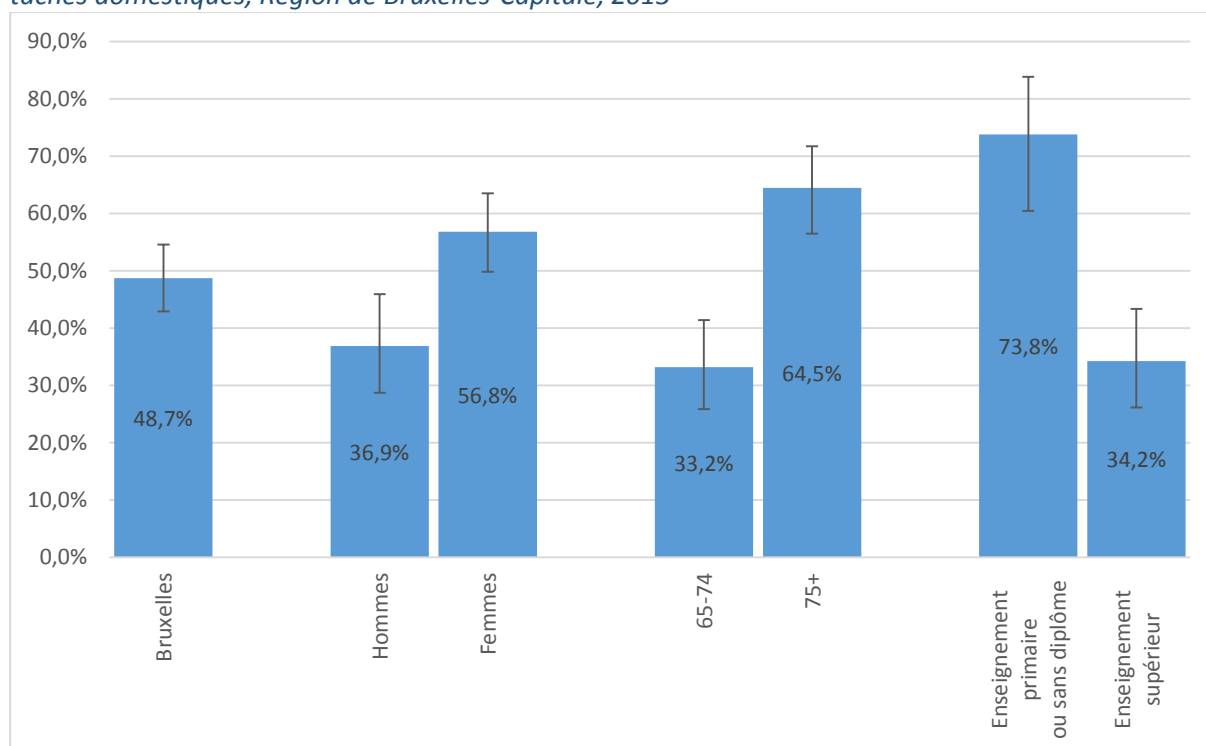
On constate une association significative entre le niveau d'éducation et les limitations dans l'exécution des tâches domestiques dans le groupe d'âge analysé. La prévalence des limitations diminue au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente : 34,2 % des personnes détentrices d'un diplôme de l'enseignement primaire/sans diplôme indiquent ne pas être du tout limitées, pour 73,8 % des personnes détentrices d'un diplôme de l'enseignement supérieur (Figure 10)¹⁰. La différence en prévalence des limitations entre les différents niveaux d'éducation concerne

⁹ La différence dans la prévalence est statistiquement significative après standardisation pour l'âge

¹⁰ Après standardisation pour l'âge et le sexe, la différence de prévalence des limitations dans l'exécution des tâches domestiques reste statistiquement significative entre les niveaux d'enseignement les plus élevés et les plus faibles

principalement les limitations sévères (71,2 % pour le niveau d'enseignement le plus faible, qui diminuent jusqu'à 22,4 % pour le niveau d'enseignement le plus élevé)

Figure 10. Pourcentage de la population de 65 ans et plus ayant des limitations dans l'exécution des tâches domestiques, Région de Bruxelles-Capitale, 2013



Source: Enquêtes de santé 2008-2013, ISP-WIV
Calculs: Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capital

Quatorze pourcent des personnes de 65 ans et plus souffrant de limitations indiquent ne pas avoir besoin d'aide dans les tâches domestiques malgré ces limitations ; 79,7 % reçoivent habituellement de l'aide et 6,3 % des personnes ne sont pas aidées pour les tâches domestiques malgré les limitations dont elles sont atteintes. Les chiffres sont insuffisants pour décliner cet indicateur en fonction du sexe, de l'âge et du niveau d'instruction¹¹.

RESUME

En résumé, nous pouvons dire que le risque de limitations fonctionnelles dans les différents domaines augmente manifestement avec l'âge. En outre, les femmes sont relativement plus souvent confrontées à des limitations fonctionnelles que les hommes. Cela est lié en grande partie aux différences en termes de structure d'âge entre les hommes et les femmes, mais pour une série d'indicateurs, il reste des différences significatives après standardisation pour l'âge. Ce qui est essentiel dans le cadre de ce test d'impact pauvreté, c'est le constat que la prévalence des limitations fonctionnelles connaît un gradient social clair : les personnes détentrices d'un diplôme d'un niveau inférieur sont plus souvent confrontées à des limitations relatives à l'exercice d'une série de fonctions et d'activités dans différents domaines de la vie que les personnes bénéficiant d'un diplôme plus élevé.

Ce constat confirme de la recherche faite pour l'ensemble de la Belgique (7) qui montre que les personnes ayant un niveau d'instruction plus élevé vivent plus longtemps, plus longtemps sans limitations fonctionnelles et moins longtemps avec limitations fonctionnelles.

¹¹ Ces données sont uniquement disponibles dans l'Enquête de santé 2013

2.2 VIEILLISSEMENT, VULNÉRABILITÉ ET (IN)DÉPENDANCE

INTRODUCTION

Dans ce chapitre, nous identifions les principaux facteurs d'un risque accru de dépendance en matière d'aide et de soins, et la répartition inégale de ce risque au sein de la population des personnes âgées bruxelloises.

Le risque de dépendance résultant du vieillissement et des inégalités sociales peut être analysé grâce au concept de « **vulnérabilité** ».

Par vulnérabilité, nous entendons le risque accru d'être exposé à des défis spécifiques d'une part, et de disposer de ressources réduites pour y faire face, d'autre part (4). Grundy définit **les personnes âgées vulnérables plus particulièrement comme « celles dont les capacités de réserve et les ressources sont insuffisantes pour faire face efficacement aux défis de la vie »** (8).

Nous abordons dans ce qui suit les trois composantes essentielles de la vulnérabilité : les défis (2.2.1), les ressources et les capacités de réserve (2.2.2) et l'aide ou les interventions compensatoires (2.2.3).

Note méthodologique

Nous analysons ici les éléments qui résultent de l'exercice de réflexion réalisé par le groupe d'acteurs de terrain et le groupe de personnes âgées selon l'approche de la « Méthode d'analyse en groupe » (1). Les participants ont chacun présenté deux brefs récits concrets sur des situations (de travail) vécues pouvant servir d'exemple en matière d'inégalités sociales par rapport à la (au risque de) perte d'autonomie résultant du vieillissement et à la façon dont l'offre d'aide et de soins peut proposer une réponse à cette problématique. Un de ces récits devait porter sur une expérience positive, dans le sens où il pourrait constituer un exemple de levier/succès/force, et le deuxième devait être plutôt négatif et refléter un frein/échec/obstacle ou une faiblesse. Ces rapports ont été analysés en groupe afin de parvenir à un diagnostic commun.

Le niveau d'analyse auquel nous nous référerons correspond donc à la parole des intervenants, aux constats qu'ils ont établis à travers leurs propres expériences et à la confrontation mutuelle de leurs expériences respectives dans le cadre de ce cycle de réunions. Quand cela s'avère possible, les constats et hypothèses qui en découlent seront confrontés aux chiffres disponibles (présentées dans un encadré).

2.2.1 DEFIS

Le vieillissement est lié à des *défis ou menaces* spécifiques pour la qualité de vie. Parfois, ceux-ci se manifestent lentement, par exemple suite à un recul progressif en ce qui concerne la santé, les revenus ou les rôles sociaux, ou dans le cadre du développement progressif de limitations de plus en plus importantes relatives à l'exercice de fonctions et d'activités quotidiennes. Mais parfois, ils revêtent un caractère très urgent, par exemple en cas de décès soudain, d'accident, de chute (8).

« On connaissait Monsieur depuis plusieurs années, parce qu'il passait chaque jour chez une de nos patientes, qui était sa voisine d'en face. Il y avait un lien familial. Il vit seul depuis toujours et chaque matin il faisait quelques courses pour notre patiente, ensuite il buvait une tasse de café chez elle et il recevait son repas de midi, qu'elle cuisinait chaque jour, et qu'il emportait et mangeait chez lui. Quand notre patiente est décédée à l'hôpital, la vie a donc bien changé pour lui. Puisque nous avons d'autres patients dans le quartier, nous sommes passées régulièrement lui rendre visite afin de voir comment nous pouvions le soutenir [...] On a constaté un changement dans son hygiène de vie. Observant un laisser-aller » [prof]

Les acteurs de terrain témoignent cependant de situations vulnérables « sur le fil » dans lesquelles des difficultés et des problèmes traînent depuis longtemps et ne font que s'accumuler et se renforcer. Le moindre événement peut, dans ce cas-ci, parfois très vite transformer ces situations précaires en situations de grande dépendance.

« Dans notre public, les gens quelque fois subissent le vieillissement, sans se rendre compte qu'ils vieillissent. Et le jour qu'il y a un gros accroc, du coup il y a vraie urgence. » [prof]

« Par rapport au terme de l'urgence, de l'accident, etc. Nous, ce qu'on constate souvent, ce sont des situations de personnes qui se laissent complètement aller ; des personnes qui développent des problèmes psychiatriques ; voire tous les aspects d'abus de la part du propriétaire, etc. dans lesquelles on va à la catastrophe, et où on va à l'hospitalisation. Là on est bien dans le thème des inégalités. Ce sont des personnes qui sont dans des situations d'inégalités, qui souffrent d'inégalités. La solitude, les problèmes financiers, les problèmes pathologiques, les problèmes médicaux, les problèmes de logement, d'hygiène... On va vers des hospitalisations. La personne est hospitalisée, faute de mieux. Là le réseau est important. On est dans des situations de « fausses urgences ». C'est quelque part parce qu'on a laissé trainer les choses. Et là on est dans l'urgence et on doit se débrouiller. » [prof]

2.2.2 RESSOURCES ET CAPACITES DE RÉSERVE

La capacité à relever ces nombreux défis avec succès dépend des *réserves* ou *capacités de réserve* dont une personne dispose (8). Ces réserves sont puisées dans diverses ressources et aptitudes : le capital de santé mentale et physique, les relations familiales et le réseau social, les stratégies d'adaptation, la personnalité et les aptitudes sociales, la richesse et les ressources matérielles, différentes formes d'aide intergénérationnelle et collective.

La perspective du cycle de vie est essentielle en l'espèce : les réserves d'une personne à un âge plus avancé reflètent l'acquisition et la perte de ressources et d'aptitudes au cours de sa vie. Ainsi, l'état de santé d'une personne est déterminé tant par des facteurs génétiques que par l'exposition à des environnements et comportements favorables et défavorables durant sa vie. Et c'est ainsi aussi que cette personne développe son capital matériel ou encore ses réseaux sociaux au fil de la vie (4).

REVENUS

En ce qui concerne les ressources et les capacités de réserve des personnes âgées bruxelloises, les acteurs de terrain témoignent en premier lieu d'une **très grande pauvreté et précarité auprès d'une partie importante de leur public cible**. Cela se traduit tout d'abord par une extrême vulnérabilité financière, dans le cadre de laquelle les personnes âgées doivent, chaque mois, vivre de pensions ou prestations d'aide sociale très réduites et disposent de peu de moyens, ce qui fait qu'elles éprouvent énormément de difficultés à joindre les deux bouts.

Sur la base de l'enquête EU-SILC 2015 (revenus de 2014), nous voyons que 15,2 % des plus de 65 ans en Belgique doivent vivre d'un revenu sous le seuil de pauvreté, ce qui est comparable au **risque de pauvreté** de la population totale (14,9 %). En raison de la trop petite taille de l'échantillon, nous ne pouvons toutefois pas calculer cet indicateur pour la Région de Bruxelles-Capitale.

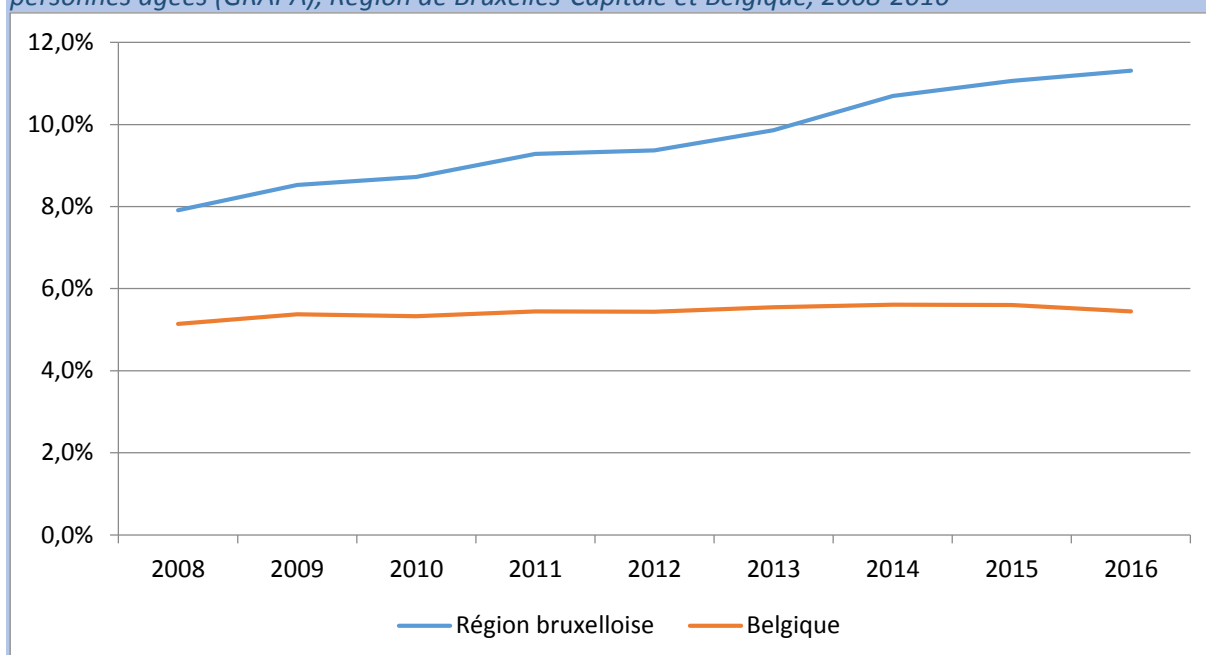
Sur la base d'indicateurs alternatifs, nous pouvons cependant nous forger une idée de la part des personnes âgées se trouvant dans une situation financièrement vulnérable dans la Région de Bruxelles-Capitale. Un premier indicateur de la pauvreté financière concerne la part des personnes âgées qui doit faire appel à une prestation d'aide sociale sous la forme d'une **Garantie de revenus aux personnes âgées** (dont le montant avoisine le seuil de pauvreté) : les plus de 65 ans qui n'ont pas de pension ou n'ont qu'une pension insuffisante et qui disposent de moyens financiers insuffisants, peuvent, après un examen approfondi des ressources, faire appel à cette Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA). Nous voyons que la proportion des personnes âgées bruxelloises disposant d'une GRAPA augmente ces dernières années, jusqu'à 11,3 % en 2016. C'est deux fois plus que dans toute la Belgique (5,4 % en 2016), où le pourcentage reste en outre stable depuis quelques années (Figure 11).

Le nombre de personnes ayant droit à une **intervention majorée de l'assurance pour soins médicaux** peut également être utilisé comme un indicateur du nombre de personnes vivant dans des conditions financièrement difficiles¹². Nous voyons qu'en 2016, un peu moins d'un tiers (30,2 %) des personnes âgées bruxelloises a eu droit à cette intervention majorée¹³.

¹² Depuis 2014, il existe trois conditions possibles qui ouvrent le droit à cette intervention majorée : 1) en tant qu'ayant droit à une allocation sociale spécifique (e.a. revenu d'intégration et GRAPA) ; 2) via la qualité d'orphelin ou d'étranger mineur non accompagné ; ou 3) sur la base d'un bas revenu.

¹³ Source : Banque-Carrefour de la sécurité sociale 2016 ; SPF Economie - Statistics Belgium

Figure 11. Evolution de la proportion des plus de 65 ans bénéficiant de la Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), Région de Bruxelles-Capitale et Belgique, 2008-2016



Source: SPF Economie – Statistics Belgium, Service fédéral des Pensions, SPF Sécurité sociale

La conséquence directe de cette vulnérabilité financière est que **bon nombre de personnes âgées éprouvent énormément de difficultés à faire appel à une aide ou à des soins parfois indispensables et qu’elles doivent les reporter ou y renoncer.**

« Monsieur marche avec des béquilles, il est amputé d’une partie de son pied. Donc il a de grands problèmes de mobilité. Il prend des antibiotiques 3 fois par jour. Un pied à perfusion est nécessaire. Mais il faut une caution pour ça. Et monsieur n’a pas de sous. Les médicaments sont fournis par la pharmacie de l’hôpital dans le cadre d’un projet pilote. Mais pour le reste, monsieur a refusé toute autre aide, pour une question de coût. Il risque donc la rechute. » [prof]

« Par exemple Madame a besoin d’un nouveau dentier, comme elle a fort maigri ; maintenant ça fait mal quand elle le met. Et donc elle se sous-alimente parce qu’elle n’a pas les moyens de se payer un nouveau dentier. Du coup elle ne mange que les choses molles ou liquides. Donc elle a perdu énormément de poids. » [prof]

« Ils arrivent à peine, malgré les 2 petites pensions, à payer le loyer, tout ce qu’il faut. Et comme il a quand même un certain besoin d’aide, ben c’est très pénible, parce qu’ils arrivent à peine à s’en sortir, à se payer, de temps en temps, quelqu’un qui vient faire de l’entretien etc. En principe ils auraient besoin de plus d’aide, mais pour le moment c’est pas possible au niveau financier ». [prof]

« Idéalement il faudra des gardes malades aussi, pour la surveillance en soirée. Mais pour l'instant c'est pas possible. Elle n'a pas les revenus. »
[prof]

Selon l'Enquête santé de 2013, en Région bruxelloise, une personne de plus de 65 ans sur sept (14,3 %) déclare reporter des soins de santé pour des raisons financières, c.-à-d. plus de trois fois plus par rapport aux personnes âgées dans toute la Belgique (4,6 %).

Des problèmes financiers peuvent entraîner un surendettement et les acteurs de terrain témoignent de situations de personnes en médiation de dettes qui n'ont plus aucun contrôle sur leurs revenus.

« Monsieur a une petite pension. Ayant très mal géré ses dépenses et ignoré de payer ses factures, étant donné le montant élevé des dettes, ses revenus sont maintenant gérés par un gestionnaire de biens. Il ne peut recevoir que 20 euros d'argent de poche par mois. » [prof]

LOGEMENT ET CADRE DE VIE

Un des principaux déterminants d'une vulnérabilité accrue chez les personnes âgées bruxelloises, qui constitue en outre un terrain important pour les inégalités sociales, concerne le logement et le cadre de vie.

Le logement constitue souvent en premier lieu une **lourde charge financière** qui absorbe une grande partie du budget disponible.

En ce qui concerne l'habitat, nous savons que la propriété d'une habitation permet d'offrir une protection contre la pauvreté matérielle (certainement en cas d'emprunt hypothécaire remboursé ou ne pesant pas trop lourd). Sur la base des chiffres pour l'ensemble de la Belgique, nous voyons en effet que le risque de pauvreté chez les plus de 65 ans est le plus élevé chez les locataires sociaux et les locataires sur le marché privé. Si nous tenons compte du revenu réellement disponible (à l'aide d'un loyer imputé chez les propriétaires), nous voyons encore une forte baisse du risque de pauvreté chez les propriétaires (tout comme chez les locataires sociaux, si on tient compte de leur loyer réduit) (9). Sur la base du Census 2011, nous constatons que 54,1 % des plus de 65 ans bruxellois sont propriétaires de leur habitation (contre 72,2 % chez les plus de 65 ans dans toute la Belgique) et que 40,5 % vivent dans une maison de location (contre 21,7 % chez les plus de 65 ans dans toute la Belgique).

En 2014, 8 % des 61-70 ans bruxellois et 9 % des plus de 71 ans occupaient un logement social.

Les acteurs de terrain témoignent également de **logements dans lesquels tout confort de base manque** et parfois même de conditions de vie lamentables et malsaines dans des logements quasiment inhabitables, exploités par des marchands de sommeil.

« Pendant ma première visite à domicile je vois la moisissure sur les murs et je vois les cafards. Monsieur me dit qu'il y a aussi des souris. Le propriétaire habite le rez-de-chaussée où il exploite un café. La chaudière ne fonctionne pas et pour se laver il chauffe de l'eau dans une casserole. Il a parlé avec le propriétaire mais il ne réagit pas. » [prof]

« Elle a introduit une demande d'aide, et suite à enquête sur place, nous avons constaté qu'outre un frigo vide, tout allait à vau-l'eau dans l'appartement » [prof]

« Il habitait dans une maison 3^{ème} étage. Et le propriétaire avait carrément coupé son appartement en deux. Donc il n'avait plus qu'une chambre pour être logé. Tout le reste était loué à un couple. Cet homme, ne sachant pas quoi faire, est resté là. Il avait des repas à domicile, mais il n'avait pas dit qu'il n'avait plus accès à la cuisinière, ni à la salle de bain. Donc il mangeait ça froid. Les AS du CPAS ont été le voir, et ont trouvé cet homme sur un matelas, dans des conditions épouvantables. L'hygiène, c'était... Les AS trouvaient les vêtements avec les crottes de souris et tout. Et donc monsieur est entré chez nous. Il pesait 46 kilos. » [prof]

« Je vis dans un logement qui n'est pas humain. Mes vêtements : dans des sacs. La douche ne fonctionne pas. Je dois me laver à l'évier. Parfois, j'ai de l'eau, mais parfois pas. Je veux un autre logement, je suis en train d'économiser. Je suis seul face à cette situation. J'y habite depuis 1999. Et le propriétaire ne veut rien entendre. C'est inhumain. Et je dois payer 370 euros pour ça. » [pers]

L'Enquête de santé 2013 nous apprend que 4,4 % des plus de 65 ans bruxellois déclarent éprouver des difficultés à chauffer suffisamment leur logement et que 7,5 % d'entre eux signalent de graves problèmes d'humidité ou de moisissure. Sur la base des chiffres pour toute la population bruxelloise, nous voyons qu'il y a d'importantes inégalités sociales, dans le cadre desquelles les personnes avec un diplôme de niveau plus faible et les locataires privés sont confrontés à bien plus de problèmes de confort que les personnes avec un diplôme plus élevé et les propriétaires (10). Nous voyons en outre encore que 41,8 % des plus de 65 ans bruxellois déclarent être incommodés chez eux par des facteurs environnementaux tels que la pollution de l'air, les mauvaises odeurs, les vibrations dues à la circulation ou à une usine et/ou le bruit. Ce pourcentage est considérablement supérieur comparé à toute la Belgique (22,9 %).

L'habitation n'est souvent pas non plus adaptée aux limitations fonctionnelles, en termes d'accessibilité et de sécurité, ce qui renforce encore plus la vulnérabilité. On parle de salle de bain et/ou de toilettes inadaptées, de l'absence d'un ascenseur dans le bâtiment et d'escaliers peu sûrs, mais aussi du manque d'accessoires dans la maison comme des poignées et autres points d'appui.

« Monsieur habite un 3^{ème} étage d'un petit bloc d'appartements. Il se plaint de ne pas pouvoir sortir vu qu'il n'y a pas d'ascenseur et l'escalier forme un sérieux obstacle. » [prof]

« C'était impossible de livrer des repas à domicile : parlophone en panne, et monsieur incapable de descendre chercher le repas » [prof]

« Madame a une sclérose en plaques très avancée. [...] Sa salle de bain n'est pas du tout adapté à son handicap. Elle n'a qu'une baignoire. Depuis qu'elle est complètement paralysée, le bain c'est exclu. C'est pas du tout adapté. Donc la toilette ça se fait au lit. C'est ce qui rend Madame très triste, parce qu'elle refuse qu'on fasse sa toilette au lit. C'est compliqué. » [prof]

En ce qui concerne ces habitations inadaptées, on cite non seulement les prix élevés et la complexité des demandes d'adaptation comme seuil principal, mais aussi des exemples dans lesquels on est, en tant que locataire sur le marché du logement social, tenu de restituer son logement dans son état original en cas de départ. Sur le marché privé de la location, c'est aussi le cas, sauf si un accord est trouvé avec le propriétaire.

Outre la qualité de l'habitation, la **qualité du cadre de vie** est également un important déterminant de la qualité de vie des personnes âgées. Les acteurs de terrain témoignent aussi de quartiers bruxellois avec un confort de base insuffisant, ce qui a une grande influence sur les possibilités offertes aux personnes âgées de sortir, de se déplacer et d'accéder à des services dans différents domaines.

« Le quartier s'est appauvri et le trottoir est dangereux. Il a peur de tomber. Il y a un arrêt de métro dans les environs mais trop souvent l'escalator ne marche pas et il ne fait donc plus appel au transport public. » [prof]

« Elle aimerait faire des courses pour trouver des choses qu'elle ne trouve pas dans les magasins du quartier. » [prof]

« Et il faut aussi voir l'état des rues et des trottoirs. C'est lamentable. Quelqu'un qui a une mobilité difficile, il doit passer sa vie avec ses yeux sur le sol, pour ne pas tomber. Ça serait une aide, pour tous les gens avec des problèmes de mobilité, de faire quelque chose de ces trottoirs/rues. L'espace public doit être plus praticable pour tous. Ça fait partie du bien-être. Ça permettra d'ouvrir, de socialiser, ... ça aggraverait moins les problèmes de santé. » [pers]

Selon l'Enquête santé de 2013, 38,5 % des plus de 65 ans bruxellois habitent dans un environnement où les facteurs environnementaux posent un sérieux problème, en termes de vitesse et/ou de volume du trafic, d'accumulation d'immondices, de vandalisme, de graffitis ou d'endommagement délibéré de biens et de manque d'accès à des parcs ou à d'autres espaces publics verts ou récréatifs. Cette proportion est considérablement supérieure par rapport à l'ensemble du pays (24,6 %). Dans ce cas-ci aussi, nous constatons, sur la base des chiffres pour toute la population bruxelloise, des inégalités sociales en fonction du niveau de formation (10).

Mais une habitation malsaine et/ou inadaptée est parfois la seule et dernière possibilité qui reste à certaines personnes âgées à cause des loyers élevés pratiqués sur le marché du logement. Les locataires n'osent souvent pas se plaindre de ces conditions, par crainte d'être mis à la porte et ensuite de ne pas trouver de nouveau logement au même prix.

« Le service propose de contacter le propriétaire pour l'informer de ses responsabilités mais monsieur refuse. Il a peur que le propriétaire l'oblige à partir et de ne pas pouvoir trouver une habitation au même prix. Il connaît des histoires de gens qui après 7 ans n'ont toujours pas de nouvelles du logement social. Il reste donc dans son appartement dans un environnement insalubre, malsain et qui n'est pas adapté à sa situation, où le transport public laisse à désirer. » [prof]

RESEAU SOCIAL

Une deuxième ressource essentielle dans laquelle les personnes âgées peuvent puiser des réserves concerne **le réseau familial et le réseau social**. Ces réseaux constituent plus particulièrement une source potentielle de soutien social, en premier lieu sous la forme d'une aide et de conseils pratiques directs. En outre, le réseau social constitue une source de soutien moral qui satisfait au besoin fondamental de sécurité, d'affection, de contacts sociaux et d'interactions (8,11). Via le soutien social qu'il propose, le réseau social constitue un important tampon contre les moments de stress et/ou il offre la possibilité de mieux gérer ces moments et protège des éventuelles conséquences du stress (11,12).

« Moi personnellement, j'ai toujours été ouvert au monde. J'ai construit un réseau social, avant. Et ça m'a sauvé la vie. Parce que si je n'avais pas eu ça, je me serais laissé mourir. C'est grave de dire ça... [...] Mon réseau m'a permis de me dire : voilà, on va te trouver une aide familiale, pour t'aider à faire des courses, pour faire ton linge ; on va trouver un réseau pour te soigner, la maison médicale, ... Ça m'a permis de connaître des gens. Si je n'avais pas eu ce réseau, que ce serait-il passé ? Je serai déjà parti depuis longtemps. » [pers]

Suite au vieillissement et à l'abandon d'un éventuel emploi et du réseau correspondant, au départ des enfants, à la perte éventuelle du partenaire ou de proches, etc., tout le monde est confronté à un risque accru de réseau social amoindri. Des études ont démontré que le risque de ne pas pouvoir compter sur un réseau social soutenant augmente avec l'âge, mais également en fonction du niveau social (12).

Les acteurs de terrain témoignent d'un très grand isolement social et d'un manque de soutien social au sein de leur public cible. Bon nombre de personnes âgées qu'ils accompagnent et qui sont dépendantes en termes d'aide et de soins sont isolées, n'ont plus de famille ou, en tout cas, plus ou peu de contact, et disposent d'un réseau social limité.

« Mr vit seul, sans amis, sans enfants. Il a un frère dont il ne veut plus prendre de nouvelles. Il voit principalement les gens des services. [...] Ses liens sociaux sont donc uniquement ceux de services. [...] plusieurs fois, il a laissé un mot sur la table signalant qu'il se sentait très seul. [...] A la fois, il tient à sa solitude et il en souffre. Etant très peu stimulé, ce qui se ressent sur la manière de s'alimenter, de s'hydrater, de mal se situer dans le temps, de ne pas parler, ... Tout ceci nous demande, à nous, d'être très attentifs afin d'éviter une dépendance plus grande » [prof]

« Elle a perdu son mari il y a 30 ans. [...] Son fils habite à la mer et elle ne le voit pas souvent. Sa voisine qui faisait souvent des courses pour elle et avec qui elle avait un bon contact est décédée il y a 2 ans. » [prof]

Sur la base des Enquêtes de santé 2008 et 2013, nous voyons qu'un quart (25,2 %) des plus de 65 ans bruxellois déclarent ne pas (ou à peine) pouvoir compter sur d'autres personnes en cas de confrontation à de graves problèmes ; ne pas pouvoir facilement recevoir une aide pratique de leurs voisins et ne pas ou à peine intéresser d'autres personnes (11). Cette proportion est manifestement supérieure chez les personnes âgées les moins scolarisées (38,6 %) par rapport aux personnes âgées les plus scolarisées (22,9 %).

Là où l'on compte sur une ou plusieurs personnes de son entourage direct pour apporter soins et aide - ce qu'on appelle les soins de proximité ou soins informels, les acteurs de terrain mettent en garde contre des situations d'épuisement chez ces aidants proches.

« Mais les aidants proches aussi peuvent être épuisés. Ils ne se rendent pas toujours compte qu'ils sont aidant proche. Ils peuvent être vexés qu'on utilise ce terme : « c'est mon mari, c'est normal que je m'en occupe ». Les aidants-proches ne se considèrent pas toujours comme aidant-proche, et vont parfois jusqu'à l'épuisement. C'est encore plus le cas chez les personnes âgées. » [prof]

Les acteurs de terrain citent en revanche aussi des exemples de situations dans lesquelles la (nouvelle) possibilité de contacts sociaux et d'interaction sociale a des effets positifs sur la capacité à récupérer et la qualité de vie des personnes âgées.

« On a constaté un changement dans son hygiène de vie. Observant un laisser-aller. [...] Nous avons proposé de le mettre en lien avec l'assistante sociale [de la maison de quartier]. Elle est venue plusieurs fois chez lui. Il y a eu une confiance. Puis il s'est déplacé lui-même. Il a commencé à ressortir. Petit à petit, il a apprivoisé le personnel et des habitants du quartier, il a pris quelques repas. Il est aussi resté attaché à sa vie retranchée ; il sait néanmoins qu'il peut compter sur eux. Aujourd'hui il a recommencé à cuisiner, à faire chaque jours des courses. Son hygiène de vie s'est améliorée. Plusieurs matins par semaine, il va boire une tasse de café en écoutant les histoires du quartier. Deux habitants du quartier viennent lui faire un coucou chez lui, ce qu'il accepte. Il y a un lien qui s'est fait. Il a retrouvé une autonomie. Les liens de solidarité se sont créés dans le quartier. » [prof]

« Depuis lors madame participe souvent aux activités de notre centre. Elle s'est épanouie et sa qualité de vie s'est beaucoup améliorée. Madame est populaire dans notre centre, tout le monde aime la fréquenter » [prof]

Le réseau, au sens large, organisé dans le cadre de vie direct peut également jouer un rôle dans la détection d'éventuels problèmes.

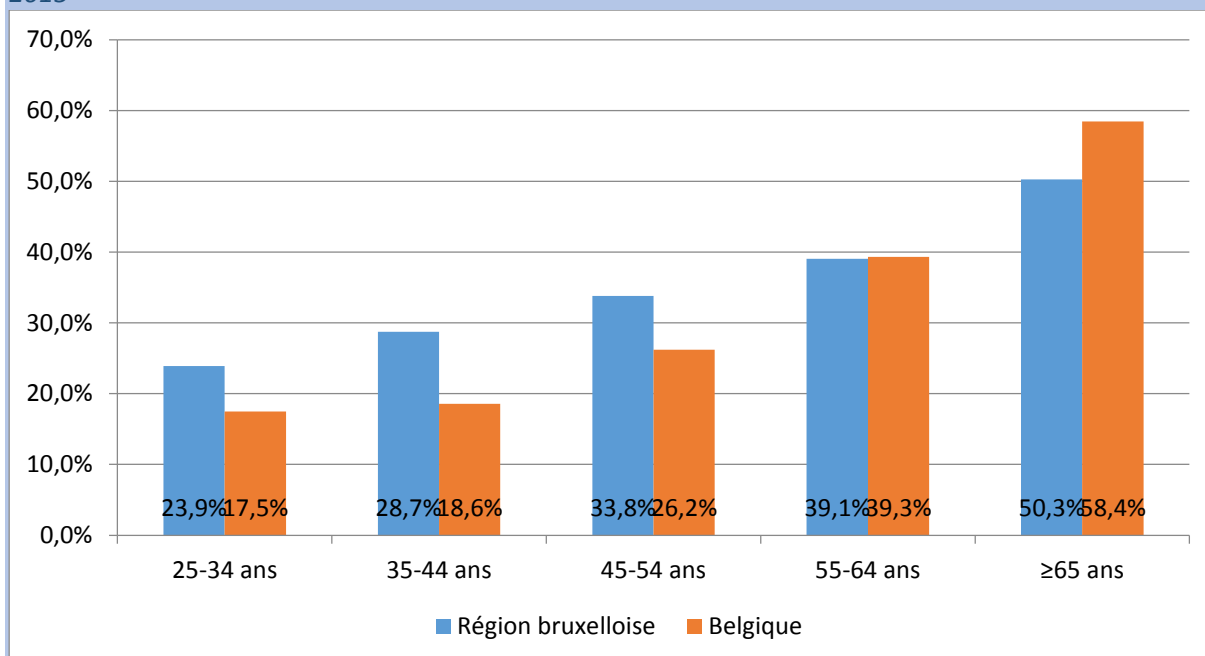
« Un monsieur de 72 ans qui est rentré la semaine dernière, parce qu'il vivait seul. Il allait manger tous les midis dans un snack pas loin d'où il habitait. Il allait manger son snack de midi là. Les personnes du snack ne le voyant pas venir, ils se sont dits, tiens bizarre. Ils se sont inquiétés, et ont été voir là où il habitait. » [prof]

NIVEAU DE FORMATION

Nous nous penchons aussi sur le niveau de formation des personnes âgées bruxelloises, qui peut être utilisé comme un indicateur du statut socio-économique. Nous nous servons ici plus particulièrement de l'hypothèse selon laquelle le niveau de formation est un indicateur de la carrière professionnelle et du salaire gagné, et donc du niveau actuel de la pension.

En ce qui concerne le **niveau de formation**, nous voyons aujourd'hui encore une situation privilégiée chez les personnes âgées bruxelloises par rapport à l'ensemble de la Belgique : parmi les bruxellois de 65 ans et plus, nous trouvons en effet une part plus faible de personnes peu qualifiées (50,3 %) par rapport à toute la Belgique (58,4 %). Dans les groupes d'âge plus jeunes, nous voyons en revanche l'inverse, avec une proportion plus élevée de personnes peu qualifiées dans la Région de Bruxelles-Capitale (Figure 12).

Figure 12. Proportion de la population des 25 ans et plus avec maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur, selon le groupe d'âge, Région de Bruxelles-Capitale et Belgique, 2015



Source: SPF Economie - Statistics Belgium, Enquête Forces de travail 2015

Il est important de noter que cette situation évolue fortement, et plus particulièrement que la population bruxelloise voit son « avance » diminuer d'année en année en ce qui concerne le niveau de scolarisation de sa population âgée. Ainsi, la proportion de la population bruxelloise peu qualifiées est plus faible en 2005 dans les groupes d'âge des 45-54 ans, des 55-64 ans et des plus de 65 ans par rapport à l'ensemble du pays. Alors qu'à partir de 2008, la part des personnes peu qualifiées dans la catégorie d'âge des 45-54 ans est supérieure dans la Région de Bruxelles-Capitale ; à partir de 2014, le même mouvement de rattrapage est observé dans la catégorie d'âge de 55-64 ans. En 2015, une proportion inférieure de personnes peu qualifiées dans la Région de Bruxelles-Capitale n'est observée que chez les plus de 65 ans, mais dans ce groupe aussi, les différences se réduisent. Cette évolution reflète l'appauvrissement relatif des générations plus jeunes (et donc des futures personnes âgées) par rapport aux actuels plus de 65 ans dans la Région de Bruxelles-Capitale. Outre une augmentation du nombre absolu de personnes âgées, la Région de Bruxelles-Capitale sera, dans l'avenir proche, également confrontée à une vulnérabilité croissante de sa population âgée.

SANTE ET 'FRAILTY'

Une dernière ressource que nous analysons ici concerne l'état de santé des personnes âgées bruxelloises. Il s'agit d'une ressource particulière, dans le sens où elle dépend fortement des réserves puisées dans les autres ressources et où les inégalités de santé sont en grande partie déterminées par des inégalités sociales. Le cycle de vie est également déterminant pour la santé des personnes. Ceux qui ont connu des conditions de vie difficiles, qui ont exercé des métiers lourds, dangereux ou mal protégés, qui ont régulièrement connu des événements stressants, qui ne disposaient pas d'un soutien social efficace, atteignent en général leurs vieux jours avec un capital santé fortement détérioré, tant physiquement que mentalement (4).

Nous analysons ici en premier lieu la prévalence de la **fragilité** chez les personnes âgées, et plus particulièrement la **dimension physique de la fragilité**. La fragilité est ici considérée comme un syndrome biologique qui résulte d'une détérioration cumulative de différents systèmes physiologiques avec pour conséquence une baisse des capacités de réserve et de la résistance du corps à l'égard de facteurs de stress externes (13). De ce point de vue, une personne est définie comme fragile lorsqu'elle est confrontée à un ou plusieurs problèmes physiques, tels qu'une perte de poids, de faibles dispositions à l'effort physique et un manque d'énergie, une diminution de force, de la lenteur et une activité physique moindre. La fragilité s'accompagne d'un risque accru de problèmes de santé et augmente le risque de développer une dépendance (à l'aide et aux soins) croissante (14,15). Des études ont démontré que les indicateurs de fragilité physique sont de bons facteurs prédictifs des limitations relatives à l'exercice d'activités quotidiennes (13) et indiquent l'existence d'un gradient social dans la prévalence de la fragilité physique (16–18).

Les acteurs de terrain citent des exemples de situations dans lesquelles un cumul de problèmes physiques et une détérioration systématique de la santé physique entraînent des situations de dépendance en termes d'aide et de soins.

« Une dame de 72 ans, avec une accumulation de problèmes de santé qui la diminuent fortement. A cause de cela, Madame est déprimée et très isolée, et son hygiène corporelle ainsi que ses repas posent problème, Madame ne mange plus beaucoup, bien que ses fonctions cognitives soient bonnes. » [prof]

« On commence les soins en 2011. Elle a un état général qui se dégrade un petit peu. Elle a une hypertension artérielle. Nous on commence les soins pour des ulcérations des membres inférieurs, dues à des insuffisances veineuses chroniques. Depuis 2011 il y a une alternance de rémissions et d'aggravations. On augmente petit à petit les services. [...] Petit à petit, sa situation se dégrade, malgré tout. Elle a de plus en plus mal. » [prof]

Les acteurs de terrain insistent toutefois sur le fait que la fragilité n'est pas seulement un problème physique et qu'on ne peut donc pas purement et simplement se concentrer sur la santé physique. Ils demandent qu'une attention particulière soit consacrée à la **vulnérabilité psychologique** des personnes âgées et témoignent de sentiments négatifs et symptômes dépressifs parmi leur public cible, qui sont également déterminants pour la dépendance en matière d'aide et de soins. La recherche confirme l'influence de la vulnérabilité psychologique sur la qualité de vie des personnes âgées (19).

La recherche longitudinale (20) attire en outre l'attention sur un lien fort entre les limitations physiques et le développement de dépression qui en résulte, ce qui indique que les limitations physiques sont un facteur de risque significatif pour une mauvaise santé mentale à un âge avancé. Il s'agit également d'une preuve que la dépression persistante contribue en soi aussi au développement (ultérieur) de limitations physiques.

8,6 % des personnes âgées bruxelloises signalent avoir souffert d'une dépression ou d'un grave désespoir dans le courant de l'année passée (Enquêtes santé 2008-2013). Nous constatons ici un gradient social, avec une proportion de 11,4 % chez les personnes les moins scolarisées par rapport à 5,1 % chez les personnes les plus scolarisées.

Les acteurs de terrain témoignent aussi de l'apparition de cas extrêmes de **troubles psychotiques et de la personnalité**, qui entraînent une très grande dépendance en termes d'aide et de soins.

« Un homme de 76 ans, avec une tumeur cérébrale, en fin de vie. Avec une personnalité psychotique. Il souhaitait rentrer chez lui pour sa fin de vie. On l'a donc accompagné à son domicile, c'était un appartement vide, il y avait juste un matelas, et il y avait des journaux étalés partout par terre. Il n'y avait pas de meubles. » [prof]

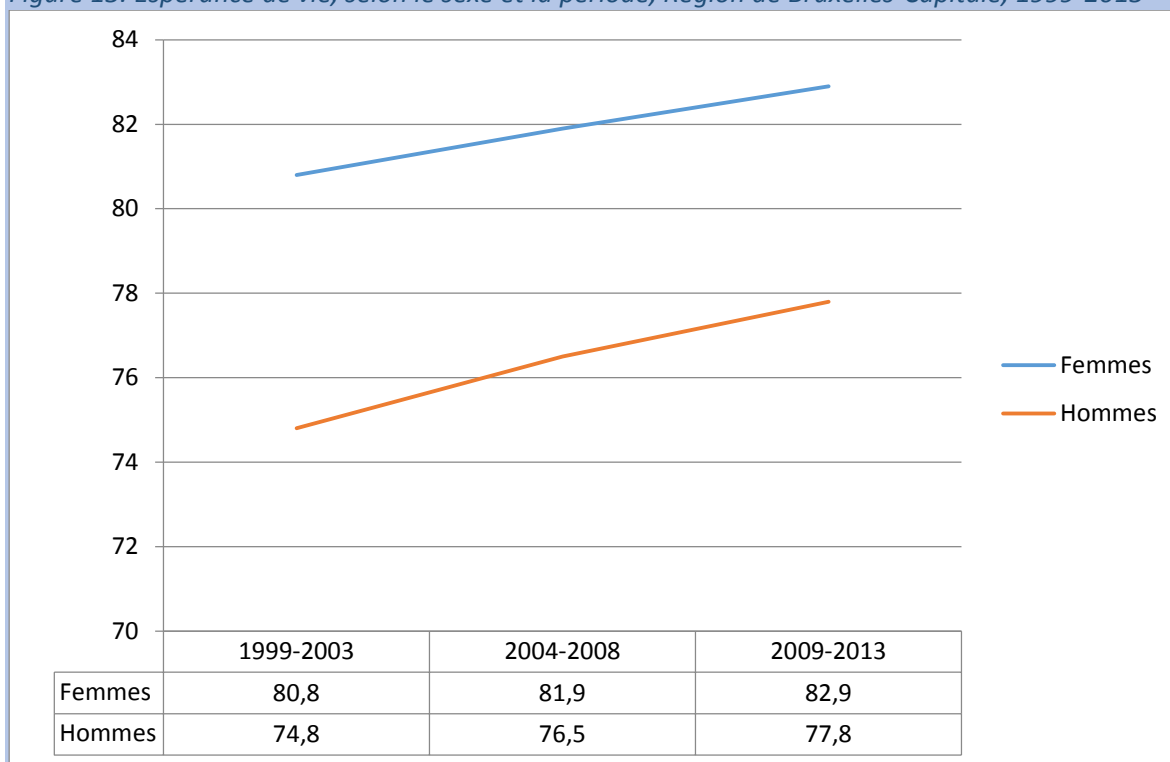
« [On a découvert] une personne qui s'isolait complètement. Les voisins nous appellent, parce que la maison était devenue complètement insalubre à cause d'un laisser-aller. L'occupante, apparemment sans famille, donne accès à nos assistantes sociales, qui constatent une situation invraisemblable. L'insalubrité est causée par un entassement d'objets. Le syndrome de Diogène : la personne collecte tout et n'importe quoi. » [prof]

Nous terminons enfin par deux indicateurs qui décrivent l'état de santé général des personnes âgées bruxelloises.

Concernant la **santé perçue** ou « subjective », une notion qui englobe tant le bien-être que la santé au sens large, la proportion de la population qui se sent en moins bonne santé, augmente avec l'âge. Selon les Enquêtes santé 2008-2013, quatre bruxellois de plus de 65 ans sur dix (42,4 %) déclarent ne pas être en bonne santé. Nous notons un gradient social clair : chez les personnes les plus scolarisées, un peu moins d'un tiers (30,9 %) des personnes âgées bruxelloises déclare être en mauvaise santé ; chez les personnes les moins scolarisées, cette proportion est deux fois plus élevée (59,5 %).

Enfin, l'**espérance de vie** à la naissance continue d'augmenter, jusqu'à 78,2 chez les hommes et 83,2 chez les femmes en 2013 (Figure 13).

Figure 13. *Espérance de vie, selon le sexe et la période, Région de Bruxelles-Capitale, 1999-2013*



Source: *Bulletins statistiques de naissances et décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale*

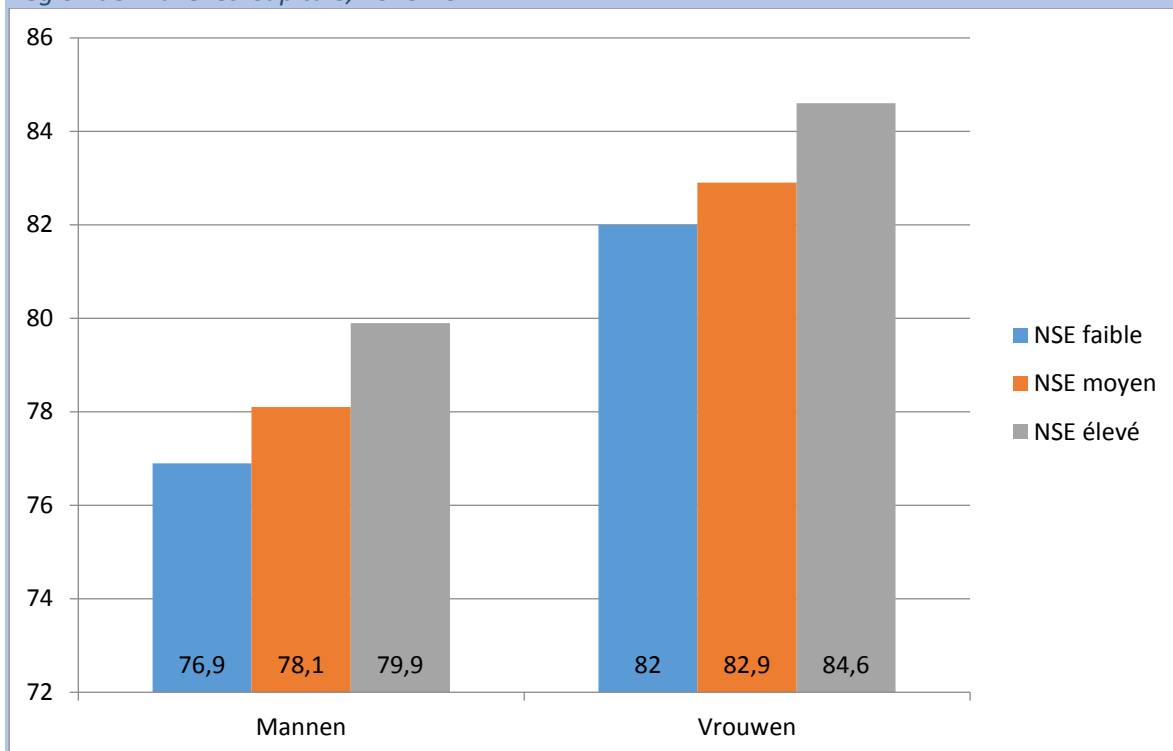
Cette espérance de vie varie toutefois en fonction du statut socio-économique. Ce constat renvoie vers une constante démographique, à savoir la surmortalité des personnes les plus pauvres, qui n'a pas changé avec l'allongement de la vie (21).

Pour la région bruxelloise, nous pouvons calculer ces inégalités sur base du niveau socio-économique de la commune de résidence qui est utilisé comme un indicateur proxy du statut socio-économique des individus. Ainsi, nous voyons entre les habitants des communes les plus pauvres et ceux des communes les plus riches de la Région de Bruxelles-Capitale une différence au niveau de l'espérance de vie de 3,0 ans chez les hommes et de 2,6 ans chez les femmes au cours de la période 2010-2014 (Figure 14).

Des recherches pour l'ensemble de la Belgique calculent ces inégalités sur base des données individuelles (7). Elles indiquent une augmentation de l'espérance de vie pour tous les niveaux de formation, mais aussi l'aggravation des inégalités sociales. Les écarts en termes d'espérance de vie à l'âge de 25 ans s'élèvent à 7,5 ans entre les hommes ayant un niveau d'enseignement plus faible et plus élevé et les écarts sont de 6 ans entre les femmes ayant un niveau d'enseignement plus faible et plus élevé. Les inégalités sociales sont encore plus importantes quand on regarde l'espérance de vie en bonne santé (calculé sur base d'une espérance de vie sans limitations fonctionnelles). À l'âge de 25 ans, un homme ayant un niveau d'enseignement élevé peut encore passer 45 années de vie en bonne santé ; et pour les hommes ayant un niveau d'enseignement plus faible, ce sera 28 années de vie en bonne santé, soit une différence de 18 ans. Chez les femmes, la différence au niveau de l'espérance de vie en bonne santé, parmi celles qui ont un niveau d'enseignement plus élevé et plus faible, s'élève également à 18 ans. Il ne s'agit pas seulement ici d'un fossé entre les riches et pauvres mais d'un gradient qui s'étend à tous les niveaux de formation. Cela confirme donc que les personnes ayant un niveau d'instruction

plus élevé vivent plus longtemps, plus longtemps sans incapacité et moins longtemps en incapacité.

Figure 14. Espérance de vie à la naissance, par niveau socio-économique de la commune et sexe, Région de Bruxelles-Capitale, 2010-2014



Source: SPF Economie - Statistics Belgium, Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Nous pouvons voir aussi des inégalités sociales dans le domaine de la mortalité prématurée (décès survenant avant l'âge de 65 ans). La mortalité prématurée est significativement plus faible pour les habitants des communes les plus aisées que pour les habitants des autres catégories de communes. Par rapport aux habitants des communes les plus aisées et «à âge égal», les hommes habitant une commune intermédiaire ont un excès de mortalité de 25 % et les hommes des communes pauvres de 33 %. Pour les femmes, l'excès de mortalité est respectivement de 17 % et 16 % (22).

ÉPUISEMENT CUMULE ET PREMATURE DES RESSOURCES

Nous avons défini la vulnérabilité comme une situation qui se produit lorsqu'on dispose de ressources insuffisantes pour relever les défis de la vie quotidienne. La qualité de vie des personnes âgées et, en particulier, leur autonomie et indépendance sont menacées.

Le vieillissement donne lieu à des défis ou menaces de la qualité de vie pour toutes les couches sociales de la population. **Les risques d'une vulnérabilité accrue sont cependant manifestement supérieurs pour les personnes qui connaissent ou ont connu un parcours de vie lié à la pauvreté et à l'insécurité d'existence.** Elles sont en effet confrontées à des défis plus précocement, plus nombreux et plus gros et disposent pour ce faire plus souvent de faibles ressources (4).

Ces sources de vulnérabilité s'entrecroisent et se renforcent mutuellement. Chez les personnes en situation de pauvreté et d'insécurité d'existence, nous voyons en effet **un cumul et une imbrication des inégalités et des exclusions dans différents domaines**, avec d'importantes conséquences pour la qualité de vie et le degré d'indépendance. Ainsi, les conséquences d'une fragilité physique pourraient

encore être adoucies ou compensées par la présence de ressources suffisantes dans d'autres domaines, comme l'aide qui est offerte par la famille ou le réseau social, ou de moyens financiers suffisants pour faire appel à une aide professionnelle. Les conséquences sont en revanche bien plus graves pour les personnes qui ne peuvent pas compter sur un réseau social d'appui et pour qui sortir est essentiel pour le développement ou le maintien de liens sociaux (8).

Ci-dessous, un exemple éloquent d'une situation qui illustre cette interdépendance entre les inégalités de différentes ressources :

« Mme a fêté son 90^{ème} anniversaire. Elle a perdu son mari il y a 30 ans. Elle est malentendante et utilise un rollator pour marcher. Elle a des revenus modestes de veuve. Environ 65 % de ses revenus sont destinés à son loyer. Son fils habite à la mer et elle ne le voit pas souvent. Sa voisine qui faisait souvent des courses pour elle et avec laquelle elle avait un bon contact est décédée il y a 2 ans. Madame n'a pas d'aide pour faire son ménage et fait ce qu'elle peut. Cuisiner ne va plus donc elle se débrouille avec des conserves et de la soupe instantanée. Elle se sent seule. Elle aimerait faire des courses pour trouver des choses qu'elle ne trouve pas dans les magasins de quartier. Elle aimerait aller dans un shopping center pour s'acheter des vêtements puisqu'elle a maigri fortement la dernière année. Elle ne sait pas prendre le transport public à cause de sa mobilité réduite et un taxi est beaucoup trop cher pour elle. » [prof]

Cette interdépendance entre les réserves qu'on puise dans différentes ressources, correspond également à **l'approche multidimensionnelle de la fragilité**, définie comme « un état dynamique qui affecte un individu qui vit des pertes dans un ou plusieurs domaines du fonctionnement humain : physique, psychique, social et environnemental » (23,24). Ce modèle intégré incorpore, outre la dimension physique (problèmes physiques comme une perte de force ou de poids ou des difficultés à marcher) et les aspects psychologiques (par exemple, des sentiments dépressifs) de la fragilité, en effet aussi un volet social (par exemple, l'absence d'un réseau social) et des aspects liés à la qualité du cadre de vie (qualité du logement et de l'environnement), tout en mettant l'accent sur l'interaction et la dépendance (25).

Pour les personnes qui ont vécu dans une grande pauvreté, les ressources sont non seulement plus réduites, mais aussi beaucoup plus rapidement épuisées étant donné que les défis auxquels elles sont confrontées sont plus importants.

« On constate de plus en plus de patients plus jeunes, avec profil gériatrique. Des personnes qui n'ont pas l'âge « gériatrique », mais des personnes qui ont 40, 50 ans, qui arrivent dans des conditions médicales, avec un profil « très âgé ». » [prof]

« Nous aussi on constate un rajeunissement du public. Ça va très vite. Nous on vient de recevoir une demande: quelqu'un de 49 ans. Qu'est-ce qu'il va faire en maison de repos ? Or, oui, il a un profil dément. » [prof]

Dans le rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008 (4), nous avons déjà renvoyé à ce phénomène de « **vieillesse prématurée** ». La pauvreté et l'insécurité d'existence font que l'âge biologique (l'âge de nos cellules) peut être considérablement supérieur à l'âge chronologique (l'âge déterminé par notre date de naissance). Le risque de vulnérabilité lié au vieillissement survient dès lors bien plus vite, largement avant l'âge de 65 ans. Ce vieillissement trop rapide, qui intervient aussi plus tôt, pourrait en partie expliquer pourquoi les personnes pauvres sont plus vulnérables aux maladies liées à la vieillesse comme les maladies cardiaques, le cancer ou la démence.

2.2.3 AIDE OU INTERVENTIONS COMPENSATOIRES

Un troisième facteur dans cette dynamique entre les défis et les ressources concerne *l'aide ou les interventions compensatoires* pour aider les gens à relever les défis qui se présentent, pour éviter la baisse des réserves ou pour offrir la possibilité de reconstituer des réserves (8). Une des formes de protection et d'aide concerne les aides et soins à long terme pour les personnes souffrant de limitations fonctionnelles de longue durée et de dépendance en termes d'aide et de soins. Il s'agit de l'ensemble des services médicaux et non médicaux axés sur l'aide lors de l'exercice des fonctions de la vie quotidienne, tant sous la forme d'aide et de soins à domicile dans l'environnement familial naturel que dans des établissements résidentiels.

OFFRE RESIDENTIELLE ET SEMI-RESIDENTIELLE

S'il n'est plus possible de continuer à vivre chez soi en toute autonomie, il existe différentes formules de logement adaptées à l'état de santé et au degré d'indépendance. Cette offre va d'établissements résidentiels, dans lesquels on bénéficie de services jour et nuit, à des établissements semi-résidentiels, où l'on ne bénéficie de services que durant une partie de la journée (le jour ou la nuit).

En ce qui concerne l'offre résidentielle de maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et de maisons de repos et de soins (MRS), on attire en premier lieu l'attention sur les prix élevés, qui dépassent le montant des pensions et des prestations d'aide sociale les plus basses. Les acteurs de terrain témoignent, dans ce contexte, d'une tendance récente de demande de chambres à deux lits, pas en tant que libre choix, mais pour réduire le coût.

« [...] mais une fois qu'on parle finances, c'est là que ça pose problème. J'ai une Maison de Repos, ce n'est pas la plus chère de Bruxelles. Mais il y a encore des gens aujourd'hui qui ont une pension de 900, 1000 euros par mois. Et à Bruxelles ça devient très compliqué de trouver des maisons de repos à des prix abordables. Et j'en suis un exemple. J'ai des chambres qui varient entre 45 euros par jour, jusqu'à 80 euros par jour. C'est vrai qu'on voit réapparaître des demandes de chambres à deux lits, ce qui n'existait plus depuis des années. Mes dernières admissions, c'est des chambres à deux lits. Ce n'est pas un choix, c'est une obligation financière. » [prof]

Infor-homes note en effet une augmentation annuelle du coût des maisons de repos dans la Région de Bruxelles-Capitale. Fin 2016, plus de la moitié (54 %) des établissements résidentiels¹⁴ dans la Région de Bruxelles-Capitale pratiquaient un prix mensuel supérieur à 1 700 euros et plus d'un tiers (36 %) affichaient même un prix mensuel supérieur à 2 000 euros. Un tiers (32 %) demandait un prix mensuel entre 1 300 et 1 700 euros ; seuls 14 % pratiquaient un prix inférieur à 1 300 euros (26). Le Baromètre des maisons de repos 2016 montre que le prix mensuel pour un séjour en maison de repos (coût du séjour, du logement et des soins) s'élève à 1 356 € en moyenne dans la Région de Bruxelles-Capitale. Avec les services complémentaires, il passe à 1 497 €, ce qui est inférieur à la Flandre et supérieur à la Wallonie.

A titre de comparaison : en 2016, la Garantie de revenus aux personnes âgées pour un isolé s'élevait à 1 052,58 €, la pension minimale (carrière complète) à 1 168,73 € et la pension de survie à 1 150,35 €.

Les acteurs de terrain attribuent cette évolution à la présence d'un certain nombre de groupes commerciaux internationaux qui gèrent une part proportionnellement importante des lits dans les maisons de repos et dominant donc le marché.

Fin 2016, presque deux tiers (64 %) des lits dans les MRPA/MRS dans la Région de Bruxelles-Capitale sont gérés par le secteur commercial ; moins d'un quart (22 %) appartient au secteur public et 14 % sont gérés par une asbl.

Plus de la moitié (55,1 %) du nombre total de lits résidentiels¹⁵ dans la Région de Bruxelles-Capitale est aux mains d'entreprises privées qui gère deux établissements ou plus ; 38,0 % des lits appartiennent à 5 grands groupes commerciaux qui gèrent ensemble 61 établissements et 6 886 lits. Un seul groupe commercial gère, à lui seul, 11,8 % des établissements bruxellois et 14,5 % du nombre total de lits (26).

De Donder et al (27) demandent une enquête approfondie quant aux effets de cette commercialisation sur le prix et la qualité au sein des maisons de repos.

On pose en même temps aussi des questions sur la qualité de l'offre dans un certain nombre d'établissements, qui laissent, dans certains cas, manifestement à désirer.

Les acteurs de terrain attirent l'attention sur les soins semi-résidentiels (comme les séjours de jour, les séjours de courte durée ou les centres de soins de jour) et d'autres formules intermédiaires (comme des résidences-services ou des habitations kangourous) qui constituent des alternatives intéressantes et répondent à un besoin clair au sein de la population âgée, mais ils déclarent surtout qu'elles restent aujourd'hui largement insuffisantes.

Suite au manque d'alternatives accessibles et adéquates au séjour et au logement, les personnes âgées les plus vulnérables risquent de se retrouver dans des structures d'accueil non agréées. Il en existe déjà plusieurs en Région bruxelloise. D'une part, celles-ci répondent à un besoin clair d'hébergement bon marché. Mais l'absence de normes régissant leur fonctionnement et de contrôle suscite, d'autre part, d'importantes questions en ce qui concerne le niveau parfois insuffisant voir dramatique ou inexistant des services offerts. Les acteurs de terrain témoignent même de situations de maltraitance et de séquestration.

¹⁴ MRPA, MRS et résidences-services

¹⁵ MRPA, MRS et résidences-services

« Au cœur d'Anderlecht, près d'un parc, la Commune (re)découvre une « maison de repos », hors norme. Qui n'a jamais fait de demande d'agrément ou de financement. Une personne s'est plainte de maltraitance auprès d'une assistante sociale de la mutualité, puis à Infor Home. La commune a été prévenue et il est apparu que la maison ne répondait à aucune norme, n'était pas reconnue comme MRS ou MR par la COCOM. Lors de la visite, on découvre que la maison a été divisée sans permis. Des appartements ont été divisés, cloisonnés en petites chambres, et loués à des personnes plus ou moins âgées. Les personnes « bénéficiaient » de repas dans un local commun de fortune. Il paraît que toutes ces personnes ne pouvaient pas vivre à domicile, parce que les loyers sont trop chers. Il s'agit de personnes sans famille. C'est leur seule solution. Lors de la visite par les services communaux, le plaignant a parlé de privation de médicaments, de mauvais usage de médicaments et même de séquestration. Le propriétaire se prétendait philanthrope dans un contexte de manque de logements abordables et de MRS trop coûteuses. » [prof]

AIDE A DOMICILE

Pour aider les personnes âgées dans leur environnement familial habituel, il existe une large offre de services privés et publics qui permettent d'apporter une aide dans la vie quotidienne, sous la forme de soins personnels, d'une aide-ménagère, d'un soutien et d'un accompagnement psychosociaux et pédagogiques, d'une aide au nettoyage, d'un accompagnement lors de l'exécution de tâches administratives, de services de garde, de soins à domicile, etc.

En premier lieu, tant les personnes âgées interrogées que les acteurs de terrain citent des **problèmes importants en matière d'information sur les services existants et les interventions financières disponibles** (voir 3.3.6).

Pour ce qui est de l'**accessibilité financière** des aides et soins à domicile, les acteurs de terrain déclarent que les prestations sont relativement bien remboursées. Le problème se situe plutôt au niveau de certains besoins qui peuvent s'avérer très coûteux. On cite ici l'exemple du matériel d'incontinence et des pansements.

Les acteurs de terrain attirent plutôt l'attention sur les **limites quantitatives de l'offre d'aide et soins à domicile**. Le financement des aides et soins à domicile est basé auprès de la COCOM et de la COCOF sur un contingent horaire qui sera calculé sur la base des heures prestées au cours de l'année passée, mais pour lequel les acteurs de terrain déclarent qu'il est trop limité et doit être réévalué.

En outre, l'attention est attirée sur les **limites des soins et donc du maintien à domicile** et plus particulièrement dans le cas de situations lourdes et complexes. Dans ce contexte, il est également question de difficultés en ce qui concerne la gestion de problématiques spécifiques telles que la démence ou des problèmes psychiatriques. Dans les situations où la personne dépendante ne peut pas compter sur un réseau familial ou social et dépend fortement d'un soignant ou d'un nombre très limité de soignants, les acteurs du terrain témoignent de relations lourdes et de l'épuisement mental et physique des soignants.

« Le maintien à domicile est parfois très compliqué. Même si c'est le souhait des usagers, la prise en charge devient de plus en plus lourde et les intervenants s'épuisent. A un moment le maintien à domicile est vraiment dépassé car les services sont arrivés au bout de leur intervention. A ce moment, une réelle coordination entre l'aide à domicile et la maison de repos peut être cruciale.

On assiste à un épuisement des professionnels par rapport aux demandes incessantes. Il y a les personnes vraiment « difficiles ». Par exemple une dame qui appelle tous les jours à midi, entre 2 et 6 fois tous les jours, pour savoir quand son ex-mari va venir lui rendre visite. Ça bloque un poste d'urgence. Ça demande de l'énergie. C'est une personne qui souffre tellement de solitude [...] » [prof]

« La dépression et la colère de Madame s'est exprimée à l'encontre des aides familiales. Le suivi est donc difficile. » [prof]

Nous constatons également un problème de **manque de coopération et de réseautage**, étant donné que certains établissements parlent de listes d'attente pour certains services, alors que d'autres services parlent d'une offre ouverte.

Les acteurs de terrain témoignent en outre d'**expériences positives** dans des contextes précaires dans le cadre desquelles une offre de soins permettant le maintien à domicile a été organisée. Ce qui caractérise ces expériences positives, c'est le fait qu'il s'agit plutôt de mesures adaptées qui sont élaborées de manière ad hoc et sur mesure pour le demandeur de soins, tout en assurant une coordination entre plusieurs services et en créant un lien de confiance positif avec le demandeur de soins.

« Elle a introduit une demande d'aide, et suite à enquête sur place, nous avons constaté qu'outre un frigo vide, tout allait à vau-l'eau dans l'appartement. Nous avons mis en place aide-ménagère, aide familiale, infirmier, aides bénévoles de la Croix Rouge pour aider Madame notamment à sortir, ainsi que colis alimentaire et carte médicale. Du coup, le maintien à domicile a été possible, grâce à la mobilisation de tout un réseau. Il y a tout un réseau qui s'est mobilisé autour d'elle, pour qu'elle puisse rester à domicile dans les meilleures conditions possibles. » [prof]

« On a installé une relation de confiance avec Monsieur, et en plus de faire les soins (injections d'insuline, etc), on surveille aussi son état général (entre autres les pieds, où il se blesse de temps en temps, on fait des pansements). On a aussi un rôle de coordinateur : on contrôle ses rendez-vous. On prend contact avec le médecin traitant, les spécialistes (diabétologue). Il y a une aide familiale qui vient 1 fois par semaine. L'histoire est en cours. Mais pour le moment le diabète est équilibré et monsieur se sent plutôt bien. » [prof]

Les acteurs de terrain notent enfin encore d'**importantes lacunes dans l'offre actuelle d'aide à domicile**. Ils témoignent d'une offre insuffisante en ce qui concerne :

- le traitement et l'accompagnement des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées, en particulier pour l'aide et le suivi à domicile. Les services généraux de l'aide et de soins à domicile déclarent qu'ils ne sont actuellement pas suffisamment armés pour gérer cette problématique de manière adéquate.
Dans ce contexte, on parle encore aussi de situations « non clairement définies », et qui témoignent d'un vide entre un traitement psychiatrique et un traitement médical.
- l'accompagnement social et le suivi des personnes âgées, par exemple lors de l'exécution des démarches administratives et/ou de l'organisation des soins, de la médication, etc.
- l'accueil de nuit, le service de garde-malades et le service de garde à domicile.
- les activités sociales, culturelles et de loisir. Les acteurs de terrain ont ici plus particulièrement fait référence à des problèmes de fourniture d'informations, de mobilité, d'accessibilité physique et financière, à l'offre inadaptée, etc., mais aussi à l'importance de prévoir un accompagnement personnel dans le cadre de ces activités.

L'absence de services flexibles sur mesure donne parfois lieu à des situations inhumaines.

« Les mises au lit : c'est un vrai problème, il y a beaucoup de personnes qui sont mis au lit à 18h. Il y a quelques services qui passent à 20, 21h, mais c'est rare. Des situations où on met la personne au lit à 18h30, et où on met les barres pour éviter les chutes. C'est inhumain. » [prof]

TRANSITIONS

Les acteurs de terrain citent des exemples d'**expériences positives dans lesquelles la transition entre les différentes formes de logement et de soins se déroule aisément**. Il s'agit de situations dans lesquelles il est question d'une réelle coordination entre les différents établissements (entre l'hôpital et les soins à domicile, entre les soins à domicile et la maison de repos, ...) et au travers de différents réseaux (services du secteur de la santé et du bien-être). Les solutions proposées sont élaborées sur mesure pour le dépendant et partent de ses besoins et préférences, mais aussi de ses questions et craintes. Les liens de confiance humains acquis existants doivent accompagner et soutenir la transition, mais aussi pouvoir être conservés par après. Il convient de prévoir un réel accueil, ce qui peut en outre contribuer à l'affaiblissement de certains préjugés.

« Adrien à 89 ans. Déjà à domicile il avait énormément de soins. Il a été confronté à une grosse perte d'autonomie, mais il était vraiment bien encadré par une maison médicale, avec un médecin, une AS, une infirmière. [...] Le problème c'est qu'Adrien a fait un AVC à domicile. Et même avec les soins à domicile ce n'était plus possible. Mais monsieur ne veut pas entendre parler de MR. Pour lui c'est un mouvoir, on y met les fous. L'image très positive de la MR, quoi ! En travaillant avec l'infirmière, c'est elle qui est venue avec lui, elle lui a présenté la maison, fait un tour avec lui. Ça s'est vraiment très bien passé, il a eu une image très positive de la maison. Même avec des moyens limités, on a pu lui trouver une chambre qui lui correspondait au mieux. Il a pu avoir ses meubles. Avoir un chez lui. Après une période d'adaptation, qui était assez difficile, parce que monsieur avait vraiment des gros problèmes d'hygiène etc., aujourd'hui il n'y a plus aucun problème. Il a trouvé sa place. Il a créé du lien social, il participe à toutes les activités. » [prof]

Par ailleurs, les acteurs de terrain témoignent d'**expériences négatives dans le cadre desquelles la transition pose problème**. Le vivre chez soi peut être particulièrement problématique, mais on laisse les problèmes s'accumuler et on attend un cas d'urgence pour agir. Ces situations d'urgence se traduisent par une ou plusieurs hospitalisations, avant l'entrée définitive en maison de repos.

Si la transition n'est pas suffisamment préparée et accompagnée, avec le meilleur maintien possible des liens sociaux existants, certaines situations peuvent très rapidement dégénérer. Les acteurs de terrain parlent d'un véritable « glissement ».

« [...] le « syndrome de glissement » : une fois que la personne est en hôpital ou en gériatrie, la situation chute très souvent, et très vite. Là aussi il faut créer/maintenir les liens. Quelque part, la maison, c'est son territoire. Quand on déplace une personne d'un territoire à un autre, surtout quand il n'y a pas eu d'accueil : alors ça peut aller très vite. Ça peut ne pas être le choix de la personne, d'aller en MR. Mais il s'agit de maintenir les liens existants alors. » [prof]

« On entend beaucoup de choses sur les MR. Par exemple, sur certaines MR, pas toutes. On entend que, une fois que les personnes entrent en MR, ils vieillissent très vite. C'est la preuve qu'il y a un problème. Quel est le problème ? Un problème de solitude ? De mise à l'écart ? De toute façon, ça sera intéressant, dans ces cas-là, de sortir ces personnes de ce cadre, de cette solitude. Ça devrait entrer dans l'assurance autonomie. Ces personnes ne sont plus autonomes. Socialement aussi. En général : les personnes qui entrent en MR, beaucoup sont des personnes qui sont déjà isolées. Qui n'ont déjà plus de famille. » [pers]

Ce qui s'avère particulièrement problématique, c'est le **retour au domicile après une hospitalisation**. Les personnes quittent l'hôpital sans avoir suffisamment préparé le retour au domicile et sans avoir organisé les soins à domicile nécessaires. On parle d'un manque de vision et de traitement global et holistique du patient. Il est plutôt question d'une « gestion par pathologie », dans le cadre de laquelle la durée du séjour dépend de la pathologie et dans le cadre de laquelle on n'est pas suffisamment adapté à une pathologie multiple. Dans le cas d'une personne hospitalisée dans un service spécialisé pour un problème au pied, on ne pense par exemple pas assez à un éventuel problème de diabète.

La courte durée du séjour complique particulièrement le travail social et la préparation du retour au domicile. On considère clairement cette politique de court séjour à l'hôpital comme une source de renforcement et d'approfondissement des inégalités sociales existantes, entre ceux qui disposent des moyens nécessaires pour préparer la post-hospitalisation et ceux qui sont seuls face à cette situation.

« La personne peut sortir du jour au lendemain. Les durées de séjour tuent le travail social dans les hôpitaux. On anticipe les sorties tout le temps, on essaie de préparer. On parle déjà de sortie à un patient qui entre en grande souffrance. C'est inhumain. » [prof]

« Par exemple moi, quand je suis sorti de l'hôpital, je ne savais plus marcher, je ne savais plus rien faire, etc. Ils auraient dû me dire, leur travail c'est de me dire : « voilà, vous avez un problème de mobilité, donc vous avez droit à une chaise roulante/ à une aide familiale/ etc. ». Mais rien du tout. Rien ». [pers]

« Les services sociaux de l'hôpital devraient avertir les services « à l'extérieur » pour pouvoir organiser un vrai suivi. Il y a un manque d'information. Moi j'ai appris que j'aurais pu bénéficier d'une aide bien après, au moment où je savais déjà me débrouiller toute seule. » [pers]

3. EFFICACITÉ DE L'ASSURANCE AUTONOMIE EN TERMES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET LES INÉGALITÉS SOCIALES

Après l'établissement du diagnostic commun des inégalités sociales en matière de vieillissement, de vulnérabilité et de dépendance à l'aide et aux soins (chapitre 2), nous analysons la façon dont l'assurance autonomie bruxelloise peut répondre à ces inégalités.

Afin d'évaluer les effets potentiels de l'assurance autonomie sur la pauvreté et les inégalités sociales, nous identifions tout d'abord le mécanisme ou le levier que l'assurance autonomie vise à actionner et nous analysons à quel niveau (individuel/structurel) de la lutte contre la pauvreté ce mécanisme se situe (3.1). Nous verrons que l'efficacité potentielle de l'assurance autonomie en termes de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales dépend fortement des choix qui sont posés au niveau du design et de l'opérationnalisation concrète de l'instrument politique. Nous étudierons dès lors une série de questions à ces deux niveaux (3.2).

3.1 MÉCANISME ET NIVEAU DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET LES INÉGALITÉS SOCIALES

Nous examinons ci-dessous tout d'abord via quel mécanisme l'assurance autonomie peut exercer un impact sur la pauvreté et les inégalités sociales, puis à quel niveau (individuel/structurel) de la lutte contre la pauvreté ce mécanisme se situe.

3.1.1 MÉCANISME DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE

L'assurance autonomie doit offrir une réponse à la perte d'autonomie et à la dépendance en aide et en soins résultant du vieillissement, qui se sont développées à titre de nouveau « risque social »¹⁶ insuffisamment couvert par la sécurité sociale (28). L'assurance autonomie s'inscrit dans l'élaboration d'une architecture de l'offre d'aide et de soins au niveau de la Région de Bruxelles-Capitale. Elle s'inscrit en outre dans le cadre de l'offre plus vaste de 'soins à long terme', composée de piliers tels que l'offre d'établissements de soins résidentiels et semi-résidentiels et les soins à domicile, les prestations d'aide sociale (intervention pour l'aide aux personnes âgées, interventions du CPAS dans le coût des soins résidentiels) et le soutien des aidants proches. L'assurance autonomie se distingue finalement par exemple encore aussi de l'assurance maladie fédérale en s'orientant sur des dépenses bien définies, à savoir celles destinées à l'aide et aux services non médicaux pour les personnes dépendantes.

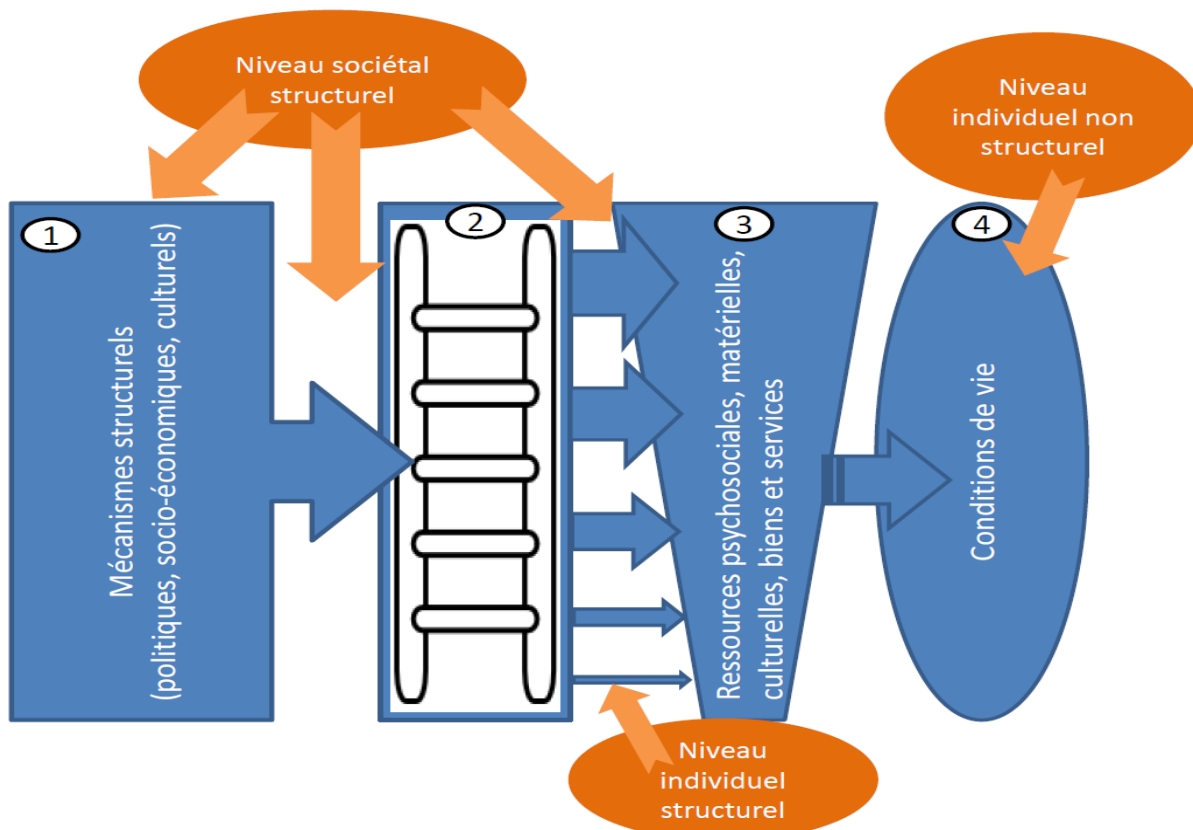
Selon les principes d'une assurance sociale, l'assurance autonomie doit offrir une protection lorsque le « risque social » de perte d'autonomie survient, plus particulièrement en compensant (en partie) les dépenses qui y sont liées. Le système de protection sociale vise, dans ces situations, tout d'abord à garantir (jusqu'à un certain point) le mode de vie acquis, en évitant que les dépenses nécessaires au maintien de ce mode de vie ne deviennent insurmontables. En ce qui concerne les personnes aux revenus les plus faibles, l'assurance autonomie peut éviter que les frais liés à la dépendance ne les plongent dans la pauvreté ou dans une pauvreté encore plus grande.

Outre les revenus de remplacement (allocations de chômage, pensions, indemnités d'invalidité, ...), les instruments de la sécurité sociale sont, avec l'assurance autonomie, complétés d'une mesure spécifiquement axée sur une intervention financière pour couvrir les frais des ménages, et ce, soit via une allocation aux bénéficiaires, soit via la mise à disposition de biens et de services collectifs à un prix résiduel abordable pour les bénéficiaires (29).

¹⁶ Le terme 'risque social' fait référence à des risques qui lorsqu'ils se produisent peuvent avoir un impact sur la situation sociale d'un individu comme la maladie, la vieillesse, le chômage...et qui sont couverts par le système de la sécurité sociale..

3.1.2 NIVEAU DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE¹⁷

Pour comprendre à quel niveau de la lutte contre la pauvreté se situe l'assurance autonomie, il faut d'abord définir ce qu'on entend par pauvreté. Nous définissons la pauvreté comme une situation où se cumulent et s'entrelacent plusieurs inégalités et exclusions différentes, dans différents domaines de la vie, parmi lesquels le manque de moyens financiers, en regard de ce qui est nécessaire pour pouvoir participer dignement à la société, constitue un facteur essentiel. Cette définition intègre d'une part la dimension du manque de ressources matérielles, élément central de la pauvreté dans une société capitaliste contemporaine marchandisée, et d'autre part l'idée que ce manque de moyens matériels peut être à la fois cause et conséquence d'inégalités et d'exclusions dans différents domaines de la vie, et donc que la pauvreté ne se limite pas uniquement à un manque d'argent. La reproduction de la pauvreté s'inscrit tout d'abord dans une série de mécanismes structurels, socio-économiques et politiques qui génèrent, configurent et maintiennent la hiérarchie sociale de la société. Il s'agit des mécanismes qui sont ancrés dans des institutions clés et des processus du contexte socio-économique et politique, comme le marché du travail, le système d'enseignement, l'État-providence, les institutions politiques, etc. (voir pt 1 sur schéma ci-dessous). Ces mécanismes déterminent la situation socio-économique qu'occupe un individu au sein de cette hiérarchie, principalement sur base de caractéristiques comme le revenu, le niveau de formation ou le statut professionnel (pt 2). La situation socio-économique d'un individu détermine son accès à des ressources fondamentales et à certains biens et services essentiels (pt 3), et, de cette manière, ses conditions de vie matérielles et psychosociales (pt 4).



¹⁷ Nous nous inspirons ici en grande partie du cadre conceptuel élaboré par Ghys et Oosterlynck (30) dans le cadre de leur étude sur l'impact de l'innovation sociale en termes de lutte contre la pauvreté, complétée d'avis fournis par le « cadre d'action politique » développé par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (31).

Sur base de ce cadre conceptuel, nous pouvons identifier plusieurs **niveaux de lutte contre la pauvreté** ou points d'entrée pour l'action politique (30).

- Un premier *niveau* ou *point d'entrée individuel/non structurel* a trait aux mesures prises au niveau de la personne, qui ne visent pas les causes structurelles de la pauvreté, mais vont tenter d'en atténuer les conséquences ou de les rendre plus supportables et de faire ainsi en sorte que les personnes en situation de pauvreté ne souffrent pas trop. Ces mesures visent à maintenir sous contrôle le problème de la pauvreté.
- Un deuxième *niveau individuel/structurel* englobe les mesures qui ont un impact structurel, mais au niveau individuel. On laisse les structures inchangées et on ne remédie donc pas de manière structurelle à l'existence et à la production de la pauvreté, mais on va tenter de consolider la position d'individus et de groupes d'individus et de les renforcer ainsi vis-à-vis des structures. Ces mesures se concentrent souvent sur la suppression d'un maillon spécifique du cercle vicieux de la pauvreté et des exclusions sociales. En supprimant une exclusion spécifique affectant des individus ou des groupes d'individus, les mesures de ce type ont un impact sur la réduction du fossé ou éventuellement offrent des opportunités pour sortir de la pauvreté et éviter une pauvreté de longue durée.
- Le *niveau sociétal/structurel*, troisième et dernier niveau, englobe les mesures qui ont un impact structurel au niveau de l'organisation de la société. Ces mesures sont centrées sur des mécanismes structurels qui déterminent le risque de pauvreté. À ce niveau, les mesures agissent sur les structures qui sont déterminantes pour la (re)production de pauvreté. Elles s'attaquent
 - soit, en amont, aux causes de la production de pauvreté en modifiant les structures (ex. le marché du travail) qui en sont responsables, par exemple via une modification de la distribution des ressources ;
 - soit, en aval, en corrigeant ces structures par une redistribution des ressources et une protection sociale adéquate ou encore par la création d'institutions ou services collectifs qui font en sorte que l'accès aux droits sociaux et aux ressources vitales nécessaires est indépendant de la situation socioéconomique (principalement la position sur le marché du travail) (de-commodification).

En offrant une protection sociale contre le risque social de dépendance par le biais d'une intervention compensatoire sur les coûts, le *potentiel* en termes de lutte contre la pauvreté de l'assurance autonomie, via le mécanisme décrit ci-dessus, se situe au niveau sociétal/structurel.

En compensant (en partie) les frais qui sont liés à la dépendance, on peut éviter que celle-ci ne s'accompagne d'une perte (trop importante) de revenus, et donc qu'il survienne des inégalités sociales entre ceux qui sont confrontés au risque et ceux qui ne le sont pas (redistribution horizontale). En bas de l'échelle de répartition des revenus, on évite que les dépenses supplémentaires résultant des aides et soins ne plongent les personnes dans la pauvreté (ou dans une pauvreté encore plus grande). De plus, nous avons vu que le risque de vulnérabilité physique, psychique, cognitive et sociale (fragilité) à un âge avancé n'est pas réparti de manière égale au sein de la population. Les inégalités socio-économiques qui sont caractéristiques de notre société se traduisent en effet aussi par des inégalités sociales en matière de dépendance. Une assurance autonomie permettrait dès lors d'éviter que ces inégalités socio-économiques existantes soient renforcées.

Une assurance autonomie peut donc *en principe* avoir un impact structurel en termes de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales en intervenant dans les frais pour l'aide et les soins non-médicaux. Elle peut plus particulièrement favoriser l'accès financier aux soins et à l'aide en les rendant moins dépendants de la position socio-économique et du pouvoir d'achat (actuel) du demandeur d'aide, soit en renforçant ce pouvoir d'achat par une allocation financière, soit en intervenant directement dans le prix des services à l'utilisateur.

La mesure dans laquelle l'assurance autonomie réussira à réaliser cette efficacité potentielle au niveau de la lutte contre la pauvreté dépendra fortement du design et de l'opérationnalisation de l'instrument politique.

Cette discussion doit de toute façon se placer dans un contexte très problématique, comme la mise en place d'un système de protection sociale propre à la Région bruxelloise se heurte à la difficulté de l'absence de taille critique suffisante de la population concernée pour opérer un *risk-pooling* sur une base suffisamment large et diversifié. La combinaison d'une faible capacité contributive et d'importants besoins sociaux est de nature à hypothéquer la viabilité d'un système de sécurité sociale propre (32).

3.1.3 TEST D'IMPACT PAUVRETE ASSURANCE AUTONOMIE FLAMANDE

Ci-dessous, nous reprenons les conclusions du test d'impact pauvreté réalisé sur l'assurance autonomie flamande, soit une intervention forfaitaire de 130 euros par mois qui est versée aux personnes lourdement dépendantes en matière d'aide et de soins. Pacolet et al. (33) ont étudié **l'impact de l'assurance autonomie flamande sur la pauvreté et l'insécurité d'existence**. Ils ont plus particulièrement examiné dans quelle mesure les frais non médicaux plongent les gens dans la pauvreté, puis dans quelle mesure l'indemnité de l'assurance autonomie permet de les en sortir.

Sur la base d'un échantillon sélectionné parmi les bénéficiaires de l'assurance autonomie flamande, l'impact des frais non médicaux sur la pauvreté ont été calculés. Pour ce faire, une dizaine de catégories de frais ont été sélectionnées : les frais pour l'aide aux familles (soins personnels, aide-domestique, soutien, ...); les frais pour l'aide-ménagère; les frais pour l'aide et les soins non médicaux autres, comme le service de garde, les repas à domicile, l'aide aux petits travaux, l'assistant social ou le psychologue; les produits de soin (comme les pansements, le matériel d'injection); les dispositifs médicaux; les adaptations de l'habitation; les frais de transport; les frais médicaux non couverts par l'assurance maladie; les autres frais supplémentaires du ménage résultant de la maladie ou de la dépendance (frais supplémentaires pour la lessive, frais de chauffage, électricité, eau, téléphone, gestion des déchets ou autre); et les dépenses pour les aidants proches.

Si on utilise une définition étroite des frais non médicaux, qui ne tient compte que d'un nombre limité de catégories de frais, les coûts se situent entre 100 et 200 euros par mois. Ce qui représente déjà entre 5 et 10 % des revenus du ménage pour les ménages. Dans une définition plus vaste des frais non médicaux, qui tient compte des dix catégories sélectionnées ci-dessus, ces coûts sont compris entre 200 et 300 euros. Ce qui représente environ 25 % des revenus pour les ménages dont les revenus se situent dans le décile de revenus inférieur.

Pour le calcul de l'incidence des frais non médicaux sur la pauvreté, il n'a ensuite été tenu compte que d'un nombre limité de catégories de frais : les frais pour l'aide aux familles, l'aide-ménagère (dans le cadre des soins à domicile complémentaires), le service de garde professionnel et volontaire et l'aide aux petits travaux¹⁸. Ces catégories de frais représentent entre 8 et 14 % du revenu équivalent du ménage, en fonction du décile de revenus, avec un montant moyen de 141 euros par mois sur l'ensemble de la population.

Trente pourcent de toutes les personnes ayant des frais dans ces catégories disposent d'un revenu équivalent situé sous le seuil de pauvreté. Si les frais non médicaux retenus sont pris en compte (et donc déduits du revenu disponible), alors 44 % des personnes ont un revenu équivalent situé sous le seuil de pauvreté. Si l'indemnité de l'assurance autonomie (130 euros) est ajoutée aux revenus, 30 % des personnes ont un revenu équivalent situé sous le seuil de pauvreté. Dans ce scénario, en moyenne, l'indemnité neutralise le risque de pauvreté supplémentaire engendré par les frais non médicaux étudiés.

Pacolet et al insistent cependant sur le fait que ce n'est le cas qu'en moyenne. Un certain nombre de personnes ayant des frais non médicaux ne reçoivent pas de compensation suffisante et restent donc peut-être dans une situation de pauvreté. D'autres ont peut-être des frais inférieurs, la prime vient donc compléter leurs revenus et les sort dès lors aussi de la pauvreté.

Dans des publications antérieures, Pacolet (34) l'appelait le miracle flamand, en faisant référence au constat que l'assurance autonomie a permis de mettre en place un dispositif simple, universel et avec des moyens limités qui a très rapidement pu atteindre l'ensemble du groupe cible, et réaliser l'objectif visé, de couvrir une partie des frais non médicaux réels liés aux soins de longue durée.

Dans leur test d'impact pauvreté (33), Pacolet *et al.* ont également calculé les effets d'une **facture maximale** pour les soins à domicile introduite par le décret relatif à la Protection sociale flamande. La facture maximale fixe, pour les catégories de frais susmentionnées et en fonction du revenu du ménage, les montants maximum au-delà desquels un remboursement des cotisations personnelles est prévu. Plusieurs scénarios ont été testés : un scénario avec un taux linéaire (où un pourcentage fixe du revenu imposable est pris dans chaque catégorie de revenus, à savoir 3 %, pour le calcul des montants maximum) et un scénario avec un taux progressif (où ce pourcentage passe de 2 % dans la catégorie des revenus les plus bas pour passer à 6 % pour la catégorie des revenus les plus élevés). Ces deux scénarios ont un impact comparable sur le risque de pauvreté : une facture maximale fait, dans les deux cas, baisser le risque de pauvreté chez les personnes ayant besoin de soins de 44 % à 31 %. En combinaison avec l'assurance autonomie, le risque de pauvreté diminue pour atteindre 25 %. La différence entre les deux scénarios en termes de réduction du risque de pauvreté est minime, mais le taux progressif dirige plus de moyens vers le groupe des revenus les plus bas. Dans un scénario où l'indemnité de 130 euros est prise en compte lors du calcul des montants maximum, l'impact sur la pauvreté est plus limité.

¹⁸ Il s'agit plus particulièrement des catégories de frais qui seront portées en compte dans la facture maximale des soins à domicile.

3.2 LES ENJEUX OPÉRATIONNELS RELATIFS À LA MISE EN PLACE DE L'ASSURANCE AUTONOMIE AU REGARD DES INÉGALITÉS SOCIALES

En compensant en partie les dépenses liées à la dépendance, l'assurance autonomie favorise l'accès à l'aide et aux soins et permet d'éviter que ces dépenses ne plongent les gens dans la pauvreté ou aggrave leur situation. La mesure dans laquelle l'assurance autonomie parvient à exploiter ce potentiel de réduction de la pauvreté dépend fortement du design et de l'opérationnalisation concrète de l'instrument politique.

Après l'élaboration du diagnostic commun (chapitre 2.2), il a été demandé aux professionnels qui ont pris part au processus participatif de la 'Méthode d'analyse en groupe' d'établir selon le modèle SWOT une analyse commune des points forts, des faiblesses, des chances et des menaces de l'assurance autonomie en termes de (lutte contre la) pauvreté et d'inégalités sociales. Le résultat de cette analyse SWOT est repris en annexe 2.

Sur base de ces deux exercices (le diagnostic commun et l'analyse SWOT), l'Observatoire de la Santé et du Social a identifié une demi-douzaine de défis clés au niveau de l'opérationnalisation de l'assurance autonomie qui sont importants pour les effets potentiels sur les inégalités sociales et la pauvreté. Ils ont ensuite été soumis au groupe d'acteurs de terrain et au groupe de personnes âgées qui ont pu se prononcer en la matière. Les résultats de ces analyses communes sont résumés ci-dessous et, là où c'est possible, complétés et étayés par des preuves issues d'autres sources (présenté dans un encadré).

3.2.1 LE CONSTAT DE LA DÉPENDANCE

Les acteurs de terrain et les personnes âgées interrogées s'accordent à dire qu'une **approche globale de la dépendance est nécessaire**. Outre les aspects médico-cliniques et physiques de l'indépendance, sur lesquels l'accent est aujourd'hui souvent mis, il est également demandé de consacrer de l'attention à la perte d'indépendance sur le plan cognitif (problèmes d'orientation, de jugement et de mémoire) et psychique (symptômes de dépression). En outre, il est essentiel que la dimension sociale (l'absence de soutien social du réseau familial ou social) et la qualité du logement et du cadre de vie soient également prises en considération dans l'approche de la dépendance en termes d'aide et de soins.

« Une fois que vous avez ne fut-ce qu'un truc que vous ne savez plus faire vous-même, alors vous devrez entrer dans cette assurance autonomie. Une tâche de la vie quotidienne, qu'on ne sait plus faire soi-même. Ça doit entrer en compte. Il faut compter autre chose que seulement la santé. Aussi l'isolement. Quand vous n'avez plus de contacts. Ça doit aussi rentrer dedans. Quelqu'un qui a perdu toute sa famille, qui se retrouve tout seul, il doit quand même continuer à vivre. S'il vit seul, isolé, etc., ça va appauvrir la personne, et ça va la rendre malade. Même sans être malade, vous avez quand même besoin de quelqu'un. C'est donc assez large, pas seulement médical. C'est beaucoup plus vaste. » [pers]

La littérature (12,23,25) souligne également l'importance d'une **approche multidimensionnelle de la vulnérabilité et de la fragilité**, qui doit inclure l'interaction entre les différentes dimensions.

Sur la base d'une définition si vaste de la dépendance en termes d'aide et de soins, on a ensuite besoin d'une échelle d'évaluation qui permet d'évaluer cette dépendance, et plus particulièrement, d'une échelle objective et standardisée qui permet un traitement égalitaire. Les acteurs de terrain sont en général satisfaits du choix qui a été effectué de manière interfédérale pour l'introduction du **screeener BelRAI**¹⁹ en tant qu'échelle unique de mesure de la dépendance en termes d'aide et de soins, et ce, pour différentes raisons.

Aujourd'hui, dans des situations de soins différentes (entrée en maison de repos, demande de soins à domicile, ...), il faut à chaque fois s'adresser à des instances différentes qui utilisent chacune des échelles d'évaluation différentes ; avec le screener BelRAI, les différentes échelles sont harmonisées dans un instrument unique, ce qui facilite l'accès et la transition entre plusieurs établissements. Le fait que cette échelle soit également introduite dans les trois Régions permet de maintenir les droits constitués en cas de déménagement.

Le screener BelRAI utilise une perspective plus large pour la dépendance en termes de soins par rapport à d'autres échelles. Le screener BelRAI comprend plus de dimensions que l'échelle KATZ. Il intègre par exemple des aptitudes cognitives. **La dimension sociale de la dépendance en termes de soins et la qualité du logement et du cadre de vie manquent cependant dans le screener BelRAI.** Elles sont pour les acteurs de terrain et les personnes âgées interrogées des **dimensions essentielles à prendre absolument en considération lors de la détermination du niveau de la dépendance.**

Screeener BelRAI

Le screener BelRAI s'inscrit dans le cadre d'une utilisation graduelle du BelRAI pour évaluer la pertinence de compléter l'outil plus avant. Le screening complet n'est réalisé que chez les personnes nécessitant des soins plus importants.

Le BelRAI compte actuellement 5 modules :

- (1) activités instrumentales de la vie quotidienne (préparation des repas, travail ménager, gestion financière, gestion des médicaments, utilisation du téléphone, montée et descente des escaliers, courses et transport), dans le cadre desquelles non seulement l'exécution mais aussi la capacité sous-jacente sont évaluées ;
- (2) activités quotidiennes (hygiène personnelle, se déplacer, utilisation des toilettes, manger) ;
- (3) aptitudes cognitives (prise de décisions sur les tâches de la vie quotidienne, mémoire à court terme, mémoire procédurale, expression/se faire comprendre, manger) ;
- (4) problèmes psychiques (menace ou danger pour soi-même ou pour les autres, troubles mentaux, problème de dépendance, symptômes psychiatriques spécifiques tels que des états dépressifs ou des hallucinations) ;
- (5) problèmes comportementaux (errer, violence verbale ou physique, comportement socialement inadapté ou perturbateur, comportement sexuel inadapté en public, opposition aux soins).

Dans le screener BelRAI, il manque un module contextuelles pour les soins à domicile, et plus particulièrement des questions sur l'environnement social et matériel des personnes dépendantes, comme la sécurité ou l'adaptabilité de l'habitation, la distance jusqu'aux magasins ou services, la présence de soins de proximité, etc. L'introduction de ce module supplémentaire, nécessite une étude complémentaire (35).

¹⁹ Le screener BelRAI est une extension de l'échelle BelRAI et introduit une évaluation progressive. L'introduction du screener BelRAI en tant qu'échelle d'évaluation uniforme est actuellement testée dans le cadre d'un projet pilote.

De Witte et al. (25) demandent pourquoi en Belgique, 6,4 % des personnes âgées vivant à leur domicile et qui ont besoin d'aide ne la reçoivent pas, malgré le système de sécurité sociale fortement développé ? Ils établissent le lien avec les mécanismes de détection²⁰ existants utilisés pour identifier les personnes âgées vulnérables, l'échelle KATZ et l'échelle BEL, qui ne parviennent pas à détecter toutes les personnes âgées vulnérables. Etant donné que les deux échelles se concentrent spécifiquement sur la santé et les soins, d'autres besoins restent non détectés et non couverts. Ils proposent un « **Comprehensive Frailty Assessment Instrument** » (23) axé sur la détection des personnes âgées vulnérables, qui intègre les quatre domaines du fonctionnement humain : les dimensions physique, psychique, sociale et la qualité du cadre de vie.

Dans l'attente de l'introduction d'un instrument d'évaluation unique, il est recommandé **de se baser, à l'heure actuelle, autant que possible sur les échelles agréées (Katz, BEL) et d'automatiser l'accès autant que possible**. Une multitude d'actes administratifs nécessaires pour faire reconnaître la dépendance en termes d'aide et de soins constituent en effet aussi des barrières qui compliquent l'accès au droit. En Flandre, une personne nécessitant des soins intensifs, reçoit dans certains cas automatiquement l'intervention de l'assurance autonomie flamande sur la base de flux de données automatiques (c'est par exemple le cas des personnes dépendantes qui font appel à un service agréé pour l'aide aux familles ou des soins à domicile complémentaires et disposent, dans ce cadre, d'une attestation avec le score de 35 au moins sur l'échelle de profil BEL).

« Par rapport aux instruments d'évaluation : on a parlé de différentes échelles. Mais pour différentes personnes il y a déjà des reconnaissances qui existent, par exemple au niveau du SPF. Peut-on se baser, éventuellement partiellement, sur ces reconnaissances existantes ? »
[prof]

« Dans une perspective d'inégalités, il faut alléger les démarches. Il ne faut pas encore accroître le poids administratif. Ne pas rajouter des échelles par exemple. Quand il y a déjà une reconnaissance au niveau de l'échelle de KATZ par exemple, il ne faudrait pas refaire les démarches. »
[prof]

En outre, le besoin en aide et soins doit être régulièrement réévalué afin d'adapter l'intervention en fonction de l'évolution de la dépendance.

Aujourd'hui, le besoin en aide et soins est évalué et catégorisé conformément aux catégories prédéfinies d'un système de classification du besoin. Les acteurs de terrain et les personnes concernées demandent que le professionnel puisse, en complément de ce besoin estimé, encore pouvoir réaliser une analyse des facteurs sociaux et environnementaux du demandeur de soins et adapter l'intensité du plan d'encadrement sur cette base. De cette manière, on pourrait en effet aussi répondre au fait que ces éléments manquent dans l'instrument d'évaluation.

²⁰ Au point 3.2.6, d'autres raisons du non-take up sont analysées

« Mais ma crainte c'est que ça soit un algorithme qui décide, et pas une évaluation plus fine. Pour moi, ça peut être un alerteur, mais l'algorithme ne peut pas être un décideur de l'aide. Ça doit être un clignotant. Par ailleurs, dans cet algorithme on n'inclut pas la présence ou pas d'un aidant proche ; comment l'aidant proche intervient ; est-ce que oui ou non il aide à domicile ; est-ce qu'il veut continuer d'aider à domicile, ou pas... Tout ça ce sont des facteurs à prendre en compte lorsqu'on met en place d'une aide à domicile. Si un aidant proche n'en peut plus, est épuisé, alors il est logique qu'il y a d'autres systèmes qui prennent le relais. Comment on évalue ça ? » [prof]

Janssen et al (36) en sont arrivés au constat que dans la pratique, il appartient aux intervenants professionnels de mettre en œuvre les soins personnels. Mais, cela demande de la flexibilité et la créativité dans le cadre politique imposé.

3.2.2 UNIVERSALISME VERSUS SELECTIVITE

Les acteurs de terrain se sont également prononcés sur le choix entre **universalisme et sélectivité**. Dans un système universel, l'apparition du risque social, le cas échéant une dépendance en termes d'aide et de soins, suffit pour avoir accès au droit. Dans un système sélectif, on peut, outre la survenance pure et simple d'une situation de dépendance, encore utiliser des critères supplémentaires qui déterminent l'accès au droit et qui réservent donc l'intervention à des groupes spécifiques. Deux de ces critères ont été abordés : une limite d'âge (où l'accès aux prestations de l'assurance autonomie est réservé ou non aux plus de 65 ans) et une sélectivité des revenus (où par exemple un plafond maximum est fixé au-delà duquel on n'a plus droit à l'assurance autonomie).

Les acteurs de terrain se prononcent premièrement à l'unanimité **contre l'utilisation d'une limite d'âge**. A titre d'explication, il est explicitement fait référence au phénomène du vieillissement prématuré (voir 2.2.2), dans le cadre duquel le risque de dépendance survient chez les plus vulnérables déjà avant l'âge de 65 ans suite à un épuisement prématuré des ressources de réserve. L'utilisation d'une limite d'âge pourrait dès lors, malgré la présence d'un besoin, exclure ces personnes de l'assurance autonomie et renforcer encore les inégalités sociales existantes.

Pour ce qui concerne la **sélectivité des revenus**, les avis des acteurs de terrain et des personnes âgées interrogées sont manifestement partagés. Les partisans d'une sélectivité des revenus affirment qu'il est plus intéressant dans le cadre d'un budget limité de réserver les maigres ressources aux personnes qui en ont le plus besoin et défendent donc une certaine sélectivité des revenus explicitement, dans un objectif de lutte contre la pauvreté. Les opposants trouvent qu'une sélectivité des revenus risque de saper le principe de l'assurance et l'assise de l'assurance autonomie : toutes les personnes qui ont contribué au financement de l'assurance doivent, au moment où le risque couvert se produit, quels que soient leurs moyens, pouvoir faire appel à la prestation. Un autre argument cité au détriment d'une sélectivité des revenus est qu'il semble très difficile pour l'administration d'offrir rapidement une réponse à des situations qui peuvent très vite changer - en particulier dans des situations de dépendance urgente ou en croissance rapide qui peuvent rapidement générer des problèmes financiers.

Nous abordons ici brièvement les arguments, dans le cadre de cette discussion sur l'universalisme par rapport à la sélectivité, développés dans la littérature autour de la sécurité sociale et de son rôle dans la lutte contre la pauvreté.

Pour ce qui est de la sélectivité sur base des revenus, le Collège réuni de la COCOM s'est explicitement prononcé dans sa déclaration politique actuelle en faveur d'une logique assurancielle (et donc pas en faveur d'une logique d'assistance), dans le cadre de laquelle tout le monde contribue proportionnellement en fonction de ses revenus et bénéficie de l'intervention en fonction de la présence ou non d'un besoin en aide et soins. **Des voix s'élèvent cependant souvent en faveur de l'introduction d'un système de sélectivité des revenus**, dans le cadre duquel l'accès aux prestations de l'assurance autonomie est réservé via un plafond de revenus ou une analyse des ressources à ceux qui en ont le plus besoin et avec lequel on évolue donc en direction d'un système d'assistance. Ce choix d'un système sélectif est, sauf pour des motifs d'économie, aussi souvent justifié du point de vue de la justice sociale et de la lutte contre la pauvreté. Dans une perspective à court terme et faisant abstraction du contexte, il peut effectivement sembler intéressant de réserver les maigres ressources disponibles exclusivement à ceux qui en ont le plus besoin. D'autant plus que l'organisation de l'assurance autonomie bruxelloise s'inscrit dans l'élaboration d'un modèle pour l'organisation d'un système de protection sociale au niveau bruxellois, il est cependant essentiel de placer cette discussion dans une perspective plus large et plus particulièrement de consulter le modèle sous-jacent de protection sociale.

La sécurité sociale, en tant qu'assurance sociale, comprend traditionnellement une combinaison de mécanismes de solidarité et de redistribution tant horizontales que verticales (29). Des recherches attirent justement l'attention sur le fait que c'est la combinaison de ces deux mécanismes qui améliore l'efficacité des systèmes de sécurité sociale, tant en termes de protection sociale générale que de redistribution et donc de lutte contre les inégalités sociales et la pauvreté. Des indemnités sélectives spécifiques peuvent avoir un effet redistributif, mais il est essentiel que celles-ci soient toujours intégrées dans un régime universel (37).

Une politique sociale purement sélective, dans le cadre de laquelle cet équilibre entre redistribution horizontale et verticale est abandonné, semble moins efficace en termes de redistribution par rapport aux systèmes universels. C'est ce qu'on appelle depuis des années dans la recherche scientifique le « paradoxe de la redistribution » (38) : le constat que des systèmes plus sélectifs, où les ressources sont utilisées plus efficacement pour les plus faibles revenus, ont un impact redistributif moindre par rapport aux systèmes universels et sont donc moins efficaces pour ces revenus les plus bas.

Une politique sociale purement sélective présente en effet une série de problèmes ou de difficultés essentiels (39).

Ainsi, les systèmes sélectifs génèrent premièrement un certain nombre de problèmes qui sont la conséquence directe du principe et de la technique de sélectivité. Il y a tout d'abord les **effets de seuil** qui interviennent inévitablement lorsqu'on utilise des limites (de revenus), ce qui entraîne une grande inégalité de traitement (accès/pas accès) pour les personnes qui se trouvent néanmoins dans une situation quasi similaire. Ensuite, il y a la **complexité technique** pour l'introduction de contrôles des ressources qui créent en outre des seuils supplémentaires et entraînent un **risque de non-recours**.

Deuxièmement, un système sélectif a des implications qui se rapportent aux bénéficiaires des prestations. Ainsi, une politique sélective peut entraîner une stigmatisation du public cible, dans le cadre de laquelle les bénéficiaires sont explicitement identifiés avec une de leurs caractéristiques spécifiques (en l'espèce : un bas revenu), qu'on souhaite justement adoucir ou faire disparaître. Un troisième effet d'une politique (purement) sélective a une incidence fondamentale sur l'ensemble du système de protection sociale, puisqu'elle risque de saper les **principes sous-jacents** à plus long

terme. Ce sont notamment les mécanismes de solidarité horizontale qui veillent à la légitimité nécessaire de l'introduction de mécanismes de redistribution verticale (29). En éliminant cette solidarité horizontale dans une politique sélective, on crée une fracture entre les bénéficiaires de prestations, d'une part et ceux qui les financent, d'autre part et on sape l'assise sous-jacente. Un tel système risque à terme, suite à la réduction de l'assise sociale plus large, de s'accompagner, de plus, d'une baisse des investissements et donc d'un budget de plus en plus réduit pour les dépenses sociales. Ceci sape en outre les effets redistributifs. Il existe notamment un lien empirique fort entre, d'une part, le niveau général des dépenses sociales et, d'autre part, différents indicateurs d'inégalités sociales et de pauvreté : aucun des pays riches et industrialisés ne parvient à limiter la pauvreté et les inégalités sociales avec de faibles dépenses sociales et ce, peu importe le niveau de prestation de ces pays dans d'autres domaines, comme l'emploi (37).

La capacité d'un système universel à réduire la pauvreté, et donc la mesure dans laquelle des mécanismes de solidarité horizontale parviennent en soi à réduire la pauvreté, dépend de la répartition ex post des risques sociaux (29). Ainsi, Cantillon et Vanmechelen (29) affirment qu'étant donné que les groupes jouissant de faibles revenus connaissent des risques de maladie et de chômage supérieurs aux groupes jouissant de revenus élevés, la solidarité horizontale contenue dans la sécurité sociale entraîne également une redistribution verticale des riches aux pauvres. Comme nous l'avons vu au chapitre 2.1, le risque de dépendance accrue suit un fort gradient social, le risque étant le plus élevé chez les personnes âgées les plus vulnérables. Sur la base de ce constat, une assurance autonomie universelle, fondée sur une redistribution horizontale, devrait donc dans les faits aussi entraîner une redistribution verticale. Pacolet (40) en est également arrivé à la conclusion que l'intervention de l'assurance autonomie flamande profite effectivement à un groupe cible bénéficiant d'un revenu relativement faible, ce qui donne donc, malgré l'universalité du système, tout de même lieu à un degré élevé de sélectivité au niveau du résultat.

Dans le principe de l'**universalisme progressif**, qui est, d'après plusieurs études, l'approche la plus efficace, **une intervention plus élevée serait prévue, en plus de l'intervention universelle de base, pour les faibles revenus**. Il s'agirait donc d'un système où toutes les personnes confrontées à un besoin en termes d'aide et de soins bénéficient d'une compensation partielle pour les frais qui y sont liés (sans examen des ressources). Et pour répondre au fait que les frais des aides et soins pèsent proportionnellement plus lourd dans le budget des personnes avec un faible revenu, ces frais pourraient être davantage compensés chez les personnes âgées financièrement vulnérables.

Il est essentiel de mener, dans le cadre de l'organisation d'une protection sociale au niveau de la Région de Bruxelles-Capitale, la discussion relative au modèle social sous-jacent. Derrière l'organisation concrète d'un système d'aide et de soins se cache notamment la discussion fondamentale relative au choix entre, d'une part, une politique sociale basée sur une protection sociale égalitaire par rapport aux risques sociaux et axée sur la lutte contre les inégalités sociales ; et d'autre part une politique sociale basée sur une logique d'assistance axée sur l'adoucissement (des conséquences) de ces inégalités sociales, et sur la lutte contre l'exclusion sociale (39).

3.2.3 MODE DE FINANCEMENT

Le mode de financement du dispositif d'assurance autonomie constitue l'un des principaux canaux de modulation de la solidarité. Traditionnellement, la sécurité sociale collecte ses ressources en fonction de la capacité contributive de la population et les redistribue en fonction des besoins qui résultent de l'occurrence de risques sociaux (32).

En ce qui concerne le financement de l'assurance autonomie au niveau régional, deux pistes ont été examinées dans le volet juridique de l'étude BSI : une cotisation des personnes assurées, et une

dotation publique. Il en est ressorti que l'option de financement juridiquement la plus sûre serait une dotation de la Région de Bruxelles-Capitale, qui sera versée à la COCOM de manière durable. Au demeurant, un tel mode de financement permettrait de donner un caractère progressif au financement de l'assurance autonomie bruxelloise. Celle-ci pourrait en effet ainsi être indirectement financée à partir de prélèvements fiscaux opérés par la Région de Bruxelles-Capitale. En complément, une cotisation obligatoire des personnes assurées peut être envisagée par analogie à l'assurance autonomie flamande (41)²¹.

Les personnes âgées interrogées sur ces deux modèles de financement se posent d'importantes questions en ce qui concerne la proposition qu'une cotisation individuelle doive être payée pour l'assurance autonomie. Il s'agit en premier lieu d'une cotisation qui peut, aussi symbolique qu'elle puisse paraître, être financièrement difficile à supporter pour certains. Par ailleurs et surtout, on la considère comme une charge supplémentaire injustifiée et elles déclarent que ce service devrait être financé par des ressources « générales » (et idéalement par la sécurité sociale au niveau fédéral).

Dans le scénario d'une cotisation complémentaire des assurés, les acteurs de terrain et les personnes âgées interrogées plaident en faveur d'une cotisation proportionnelle ou progressive.

En Flandre, on demande une cotisation forfaitaire annuelle de 50 euros, avec une cotisation réduite de 25 euros pour les bénéficiaires de l'intervention majorée pour soins médicaux. Cette différenciation des cotisations forfaitaires introduit une certaine progressivité dans la perception de cette cotisation. Un certain nombre d'acteurs plaident en faveur de l'introduction d'une troisième catégorie de bénéficiaires qui seraient dispensés du paiement de la cotisation par exemple pour les personnes les plus vulnérables, comme les bénéficiaires du revenu d'intégration.

Au niveau régional, on ne dispose que de peu de méthodes pour introduire un système progressif de cotisations. Pour l'assurance autonomie flamande, une cotisation annuelle de 50 euros s'applique qui est réduite à 25 Euro pour les bénéficiaires du statut BIM. Ce statut est notamment octroyé aux bénéficiaires du revenu d'intégration ou aux personnes âgées qui bénéficient de la GRAPA, mais aussi sur base d'un bas revenu. Il constitue ainsi un indicateur de la vulnérabilité financière du ménage. Le statut BIM est facilement disponible.

Dans les soins de santé, existe aussi le **Maximum à facturer**, dans le cadre duquel 5 plafonds de dépenses non remboursées différents ont été fixés sur base du niveau de revenus du ménage. Cette catégorisation, si elle est applicable au paiement de la cotisation de l'assurance autonomie, serait plus progressive que le statut BIM.

Un point d'attention supplémentaire important concerne les situations d'arriérés de cotisations. Dans ces situations, une intervention de l'assurance autonomie sera-t-elle refusée tant que les arriérés de cotisations ne sont pas réglés ? Ou conserve-t-on le droit à une intervention lorsque celle-ci se présente (parfois dans l'urgence), éventuellement moyennant un plan de remboursement ?

3.2.4 MODE DE VERSEMENT

Un point de discussion important concerne le mode de versement de l'assurance autonomie, une fois le besoin en aide et soins déterminé. Une première possibilité consiste en un **financement en cash** ou « cash-for-care », sous la forme d'une prestation financière que le dépendant reçoit et

²¹ A cet égard, il convient de s'assurer qu'on se démarque d'un impôt, plus particulièrement en raison de l'affectation particulière des cotisations et du lien entre le paiement de la cotisation et le fait d'être couvert par l'assurance autonomie

dépense comme bon lui semble. Une deuxième possibilité consiste en un **financement en nature** ou des prestations en nature, sous la forme d'un remboursement ou financement de services et prestations spécifiques reconnus, par le biais de vouchers.

Ces deux formes de prestations de services peuvent avoir un impact sur le budget du ménage. Un versement en cash augmentera directement les revenus disponibles. En cas de financement en nature, cet impact sera plus indirect, en réduisant les dépenses pour certains services et en libérant donc une plus grande part des revenus disponibles.

L'assurance autonomie flamande suit le modèle d'un **financement en cash**, avec une indemnité forfaitaire de 130 euros par mois pour les dépendants. Les partisans arguent que ce système respecte et renforce l'autonomie et la liberté de choix de l'intéressé, qui peut dépenser l'argent en fonction de ses préférences et besoins personnels et par rapport à ses priorités. Il offrirait en outre par exemple aussi la possibilité de financer des aidants proches ou d'autres services qui ne sont actuellement pas couverts.

« Les patients en soins palliatif par exemple, reçoivent des primes de 500 euros en cash. Et ils en font ce qu'ils veulent. Et ce qu'ils veulent, c'est résoudre leurs problèmes immédiats. Et s'ils sont en déficit d'autonomie, de santé, de matériel, alors ils vont mettre l'argent là. Après il y a aurait toujours des exceptions oui, mais... Ce n'est pas seulement philosophique, mais aussi dans le concret, je pense que la personne en manque d'autonomie va plutôt allouer son argent en bon père de famille. » [prof]

Les opposants affirment cependant qu'il est impossible de contrôler la façon dont l'argent est dépensé. On met en particulier en garde contre les situations où la personne ne peut pas ou pas suffisamment gérer l'argent. Dans le scénario d'une indemnité financière, on part en effet du scénario idéal d'un bénéficiaire qui « est un consommateur informé, capable de connaître et d'exprimer ses propres besoins et d'effectuer un choix judicieux entre les prestataires de services qui pourraient répondre à ces besoins [...] Il gère son budget et remplit toutes les formalités qui sont propres à la mesure » (Waterplas & Samoy, 2005, cité dans (41)).

« Pour moi il faudrait plutôt un système en nature, parce qu'il y a quand même pas mal de circonstances où des paiements en espèce posent problème. On pense à des cas psychiatriques, des personnes qui ne sont pas à même, pour des raisons psychiatriques ou autres d'ailleurs, de gérer leur argent. Il y a aussi tous les cas d'intervention des proches, de la famille etc. qui manipulent l'argent, voire même en maison de repos. Ou l'exemple de l'administrateur de bien, etc. Donc je pense que ça devrait être en nature. Un versement pour les services d'aide à domicile, les maisons de repos, mais pour des services spécifiques. » [prof]

« Mais donner l'argent directement aux personnes, non. C'est dangereux. Si vous donnez ça à une personne qui a une addiction quelconque. Il faut un contrôle que l'argent est bien dépensé. » [pers]

Les acteurs de terrain affirment encore en ce qui concerne ce scénario d'une indemnité en cash que les autorités ont trop peu de possibilités de contrôle sur la qualité des services auxquels il est -ou peut être- fait appel.

Le Gouvernement wallon a déclaré dans sa note de principe suivre le modèle d'un **financement « in kind »**, ou « en nature ». A cet égard, l'accessibilité financière de (certains) services est améliorée, par exemple en réduisant (davantage) le ticket modérateur de l'utilisateur dans le cadre de certains services de soins à domicile, la différence étant prise en charge par l'assurance autonomie. Dans ce cas-ci, une partie du budget disponible pour l'assurance autonomie doit être consacrée à la gestion des prestataires, de leur agrément des remboursements et du contrôle.

« Idéalement, ça sera que je dois payer 60 euros pour l'aide familiale, au lieu de 100 euros. Et c'est le service qui réclame l'argent à l'assurance autonomie. Ils montrent tous les x mois, comme quoi ils sont bien venus ce nombre d'heures chez moi. Et ils sont payés directement. Du coup ce n'est pas à moi de gérer tout ça. C'est comme le tiers payant. Il y a une diminution du ticket, et c'est au service de réclamer cette diminution. Et moi je paie quand même encore un montant. » [pers]

La FGTB fait mention d'estimations budgétaires pour l'assurance autonomie wallonne dans le cadre de laquelle l'intervention de l'utilisateur dans les soins à domicile est ramenée à 1 euro par heure. Donc, une personne qui fait appel au service de garde et qui paie pour ce faire 6 euros/heure (au lieu du coût réel de 24 euros/heure qui est subventionné par le biais d'un contingent horaire) ne devrait, si elle est couverte par l'assurance autonomie, plus payer que 1 euro/heure. La différence de 5 euros sera prise en charge par le Fonds de l'assurance autonomie.

http://www.fgtb-wallonne.be/sites/default/files/notes/lassurance_autonomie_en_wallonie.pdf

Nous formulons dans ce cadre encore un dernier point d'attention fondamental qui s'applique en premier lieu dans le cas spécifique d'un versement en cash, mais qui doit en tous les cas être pris en considération, quel que soit le scénario retenu. **L'introduction d'un financement basé sur la demande via un versement en cash génère notamment un fonctionnement de marché dans le secteur de l'aide et des soins.** Différents acteurs de terrain mettent en garde contre **les risques et menaces d'une commercialisation de l'aide et des soins aux personnes âgées et l'apparition de principes lucratifs.** L'étude BSI (41) mentionne en l'espèce le risque d'une commercialisation des services de soins à domicile et d'une libéralisation du secteur. Cantillon a, dans le cadre de l'assurance autonomie flamande, également mis en garde contre le fait qu'il n'existe aucune forme de contrôle de qualité des soins achetés dans le cas d'un versement financier et que les autorités ne disposent d'aucun mécanisme d'ajustement sur le marché des prestations de l'aide et de soins (28).

Les risques d'une commercialisation de l'aide et des soins en termes d'inégalités sociales sont bien connus. Verdonck (42) énumère les principaux arguments contre un fonctionnement de marché dans le secteur de l'aide et des soins :

- Dans un fonctionnement de marché, les soins sont réduits à un produit commercialisable sur un marché de services. La concurrence concerne plutôt le prix des soins, au détriment de la qualité. Un fonctionnement de marché ne suffit pas pour offrir une réponse aux besoins les plus spécifiques et/ou moins fréquents (et donc moins rentables) des personnes âgées les plus vulnérables.
- Fonctionnement de marché, dérégulation et désintégration de l'offre.
- Fonctionnement de marché et économie d'échelle, au détriment des soins personnels.
- Fonctionnement de marché, opacité et manque de transparence dans l'offre.

- Fonctionnement de marché et effets de sélection et « d'écramage » et donc inégalité d'accès. Dans un fonctionnement de marché concurrentiel, l'accès aux soins sera en grande partie déterminé par le pouvoir d'achat, ce qui risque de faire naître une inégalité entre un soin privé de luxe destiné au segment « lucratif » des personnes âgées et un accueil public qui sert plutôt de dernier filet de sécurité aux personnes âgées les plus dépendantes et à celles qui ne peuvent se permettre aucun soin privé.
- Fonctionnement de marché et conditions de travail et de rémunération des intervenants professionnels : augmentation de la pression sur les intervenants professionnels pour travailler plus vite et meilleur marché et donc au détriment de la qualité des soins. En ce qui concerne les conditions de travail, on mentionne dans ce contexte aussi l'expansion du travail peu qualifié non régulier et du travail au noir.
- Fermeture d'établissements dans un contexte concurrentiel.
- Problèmes avec le principe de consommation et de liberté de choix sur le marché des soins. Différents facteurs font qu'une organisation des soins basée sur la demande peut générer une plus grande opacité, fragmentation et inégalité sociale. La centralisation de la liberté de choix peut renforcer les inégalités lorsque le recours aux possibilités de choix diffère fortement. Ceci peut faire apparaître des inégalités entre le consommateur de soins assertif bien informé qui opère activement sur le marché pour acheter des soins, et les groupes de population socialement plus faibles qui sont confrontés aux plus gros problèmes lors de l'exercice de tels « droits ».

La question essentielle, du point de vue de la garantie d'un niveau de protection sociale aussi élevé pour toute la population et de la lutte contre les inégalités sociales, concerne la mesure dans laquelle les autorités peuvent exercer une forme de régulation dans ce domaine et contrôler, ajuster ou réprimer certains développements. Les principaux défis résident dans :

- le contrôle du marché, et ce, pour tous les secteurs, et pas seulement le secteur public et le secteur privé subventionné ;
- le renforcement du statut juridique des personnes âgées dépendantes ;
- la recherche d'un système approprié d'adéquation, de coordination et de planification des soins, en vue d'un renforcement de la transparence de l'offre et de la possibilité d'une prestation de services plus axée sur la demande ;
- une réconciliation entre des éléments de fonctionnement de marché et des considérations démocratiques de justice sociale.

Un dernier point important dans le cadre du mode de versement concerne la mesure dans laquelle l'intervention sera différenciée en fonction du besoin en aide et soins. Dans le modèle flamand par exemple, dès que le besoin en aide et soins est constaté, une intervention financière linéaire de 130 euros est octroyé quel que soit le niveau du besoin en aide. Il convient d'examiner dans quelle mesure cette intervention peut être différenciée en fonction de l'intensité des besoins afin de couvrir au mieux les coûts réels. Une intervention linéaire, quel que soit le besoin réel, risque de renforcer les inégalités sociales étant donné que les personnes âgées plus vulnérables sont confrontées à des frais plus élevés, et dans ce scénario, reçoivent la même indemnisation que les personnes âgées moins dépendantes.

3.2.5 PANIER DE SERVICES

Sur la base des témoignages et analyses des acteurs de terrain et des personnes âgées interrogées, nous pouvons affirmer que les inégalités sociales se révèlent dans un ensemble de besoins auxquels toutes les couches sociales de la population sont certes confrontées en vieillissant, mais qui sont clairement plus importants chez les personnes âgées les plus vulnérables, et se manifestent en outre plus vite.

Dans l'hypothèse où l'assurance autonomie adopterait un modèle de remboursement « in kind », les acteurs de terrain et les personnes âgées interrogées citent en premier lieu **les soins à domicile non médicaux professionnels**, et plus particulièrement l'aide aux familles, l'aide-domestique et le service de garde à domicile, pour lesquels l'accessibilité peut être améliorée via l'assurance autonomie. On demande à cet égard de consacrer une attention particulière au service de garde pendant la nuit, une mesure qui n'est aujourd'hui pas assez développée dans la Région de Bruxelles-Capitale, qui est peu régulée et peu ou pas subsidiée. Pour ce qui est de la surveillance, l'intégration d'appareils de télévigilance pour personnes est également recommandée.

En outre, une aide dans le cadre de **l'adaptation ergonomique de l'habitation** semble essentielle. Une remarque concerne le fait que bon nombre de personnes âgées dans la Région de Bruxelles-Capitale sont locataires de leur habitation. Les propriétaires ne sont pas toujours disposés à réaliser des travaux considérables et coûteux.

D'autres services pour lesquels une intervention nouvelle ou complémentaire doit être prévue concernent **l'aide dans le cadre d'actes administratifs, les services de santé mentale à domicile, la location et l'achat de matériaux, le transport médical et non médical.**

« C'est compliqué d'avoir un service de transport. Je sais de quoi je parle. J'ai dû aller pendant des mois plusieurs fois à l'hôpital César de Paep. Et pour avoir un transport, c'est la croix et la bannière. Même les trucs qui sont spécialisés pour ça, il faut demander des mois en avant. Et les taxis c'est impayable. Et il faut donner une heure précise. Moi quand je rentre le matin, je ne sais pas à quelle heure je sors. Donc je suis là, devant cet hôpital, seul, sans savoir marcher. Et voilà, qu'est-ce que je fais? J'appelle un taxi... Même pour venir ici ça coûte déjà 10 €. Et quand il faut faire ce trajet 3 fois par semaine ? Plus les frais pour l'hôpital, c'était chaque fois une histoire de 45, 50 euros, ça dépendait des produits qu'ils utilisaient, alors que je suis VIPO. Du coup ça coûte par jour 60, 65 euros. Qui sait donner ça, à part un milliardaire ? »

« Les taxis Collecto ça existe. On ramasse les gens la nuit. Donc on devrait y arriver la journée aussi pour les personnes à mobilité réduite. » [pers]

Vu l'importance de la préservation et du développement de **liens sociaux** en vue du maintien de l'indépendance (voir 2.2.2), il convient d'étudier de quelle manière l'assurance autonomie pourrait soutenir les activités et interventions en la matière.

Il n'y a pas de consensus sur la question de savoir si les prestations d'un **aidant proche** doivent être intégrées dans le panier de services de l'assurance autonomie. Tout le monde s'accorde à dire que l'aidant proche doit être mieux soutenu. Pour les différents acteurs de terrain et les personnes âgées interrogées, il serait préférable que cela se fasse via l'organisation d'une offre d'aide professionnelle accessible capable de soulager l'aidant proche, plutôt que via une aide financière particulière. Des services spécifiques, tels que l'accueil de nuit et un séjour de courte durée, peuvent offrir une bouffée d'oxygène aux aidants proches dont les capacités sont parfois surestimées et qui risquent d'être épuisés.

Une étude internationale (43) a montré que le statut socio-économique des parents constitue un facteur déterminant dans le fait de savoir si leurs enfants adultes proposent leur aide ou non dans le cadre d'activités quotidiennes et d'activités instrumentales de la vie quotidienne : plus faible est le statut socio-économique des parents, plus importante est l'implication de leurs enfants (en particulier, les filles). Le statut socio-économique des enfants est également important : les enfants d'un niveau de formation supérieur (dont les parents sont en moyenne aussi hautement qualifiés et vivent dans de meilleures conditions) assument moins souvent certaines tâches dans le cadre des soins en comparaison des enfants d'un niveau de formation inférieur. Ce réseau familial de personnes vivant dans la pauvreté et l'insécurité d'existence n'a cependant souvent que des capacités limitées. Lorsque tant les parents que leurs enfants sont confrontés à la pauvreté et à l'insécurité d'existence, le manque de ressources et d'options ne fait que se renforcer. Cela accroît le risque de surcharge et le manque d'aide et de soins. Une forte implication dans les soins informels à un proche est en effet associée à des symptômes d'angoisse et de stress psychologique (20). Dans ces cas, une politique forte est nécessaire qui réduit la responsabilité de la famille dans les soins via l'organisation d'une offre de services accessibles.

Un autre point de discussion concerne **la question de savoir si les personnes qui entrent en maison de repos (MRPA ou MRS) ont également droit aux prestations de l'assurance autonomie**. Les partisans citent les frais de séjour élevés et les frais de services complémentaires dans la maison de repos comme argument. En cas d'indemnité financière, celle-ci serait utilisée par le bénéficiaire pour financer son séjour et/ou ses suppléments. En cas de financement en nature, celui-ci pourrait être utilisé pour couvrir une partie des frais de séjour et donc réduire la facture pour l'utilisateur. Les opposants ne nient pas cette réalité de prix élevés, mais déclarent qu'il n'appartient pas à l'assurance autonomie d'y répondre. Pour réduire ces frais, l'adoption de mesures politiques dans d'autres domaines s'avèrerait nécessaire.

« Et s'il y a une intervention à domicile, il faut également une intervention au niveau des institutions, des maisons de repos. La plupart des MR sont impayables avec une pension normale. Et en MR tous les services ne sont pas couverts. La maison de repos n'est pas « all in ». » [prof]

« Ce n'est pas parce qu'on rentre en MR, qu'il n'y a pas de précarité ! C'est certain, on est logé, nourri, blanchi, soigné. Mais la pauvreté existe aussi en MR. Pour des petits revenus. On a parfois des gens qui réfléchissent avant d'aller chez un spécialiste... Les soins dentaires, aussi, c'est un surplus. Celui qui a juste assez pour payer l'hébergement, comment faire pour tous les soins complémentaires ? La précarité peut s'installer aussi. Ce n'est pas parce qu'on est en MR qu'on est sauvé, financièrement. La précarité peut s'installer. » [prof]

Du point de vue des inégalités sociales, il importe de remarquer qu'une entrée en maison de repos ne résulte pas toujours d'un libre choix de la personne âgée, mais qu'il s'agit parfois tout simplement du seul choix possible. Ainsi, la Région de Bruxelles-Capitale compte une plus grande proportion de personnes âgées qui sont en MRPA/MRS et qu'elles ont plus souvent un profil de dépendance légère (catégorie O ou A sur l'échelle Katz) par rapport aux autres Régions. Ce taux d'institutionnalisation plus élevé, de personnes âgées moins dépendantes, peut en partie s'expliquer par le profil vulnérable des personnes âgées bruxelloises : celles-ci rencontrent des difficultés financières importantes qui les empêchent de continuer à vivre chez elles, par exemple suite à l'inaccessibilité (et au caractère inapproprié) du marché du logement ou au prix élevé des soins à domicile et souvent à un manque de soutien social. Il ressort en effet d'une analyse du profil des résidents de maisons de repos de la catégorie de soins O ou A qu'une partie importante d'entre eux connaît des difficultés financières (44). Sur base de ce constat, **exclure les résidents de maisons de repos de l'assurance autonomie contribuerait indirectement à l'augmentation des inégalités sociales existantes.**

Les acteurs de terrain et les personnes âgées interrogées soulignent que **la qualité des services** doit également être garantie. Divers critères sont cités pour ce faire.

Nous pouvons renvoyer en l'espèce au « European Quality Framework for long-term care services »²², qui définit 11 **principes de qualité** fondamentaux à respecter par les services d'aide et de soins : respecter les droits de l'homme et la dignité humaine ; être centrés sur la personne ; prévenir et réadapter ; être disponibles ; être facilement accessibles ; être financièrement abordables ; être complets ; être continus ; être axés sur les résultats et se fonder sur les preuves ; être transparents et être attentifs au genre et à la culture.

Un des points d'attention fondamentaux qui ont été formulés par les acteurs de terrain concerne le fait que l'accent, dans le cadre de l'aide, est mis aujourd'hui quasi exclusivement sur des tâches bien précises et mesurables. Dans un contexte de course à la rentabilité économique et du processus conséquent de rationalisation, l'accent est tout simplement mis sur les prestations techniques, et il n'y a pas de *reconnaissance des aspects interactifs et relationnels de l'aide*. Un exemple cité concerne le fait que l'INAMI définit le nombre exact de minutes pour chaque prestation précise et ne prévoit dans ce cadre aucune marge pour prendre le temps d'écouter le patient et son entourage.

« Prévoir une intervention d'un quart d'heure [pour réchauffer un plat au micro-ondes] peut suffire pour monter l'escalier jusqu'à la porte d'entrée de la personne, entrer, prendre le plat, le mettre au micro-ondes, attendre qu'il soit chaud pour ensuite l'apporter à table avec les couverts ; il ne suffit cependant pas pour demander comment va la personne et mener une conversation, on ne peut pas se contenter de pénétrer dans l'habitation et la sphère privée et de vite se rendre à la cuisine. En outre, ce délai ne suffit pas pour gérer des circonstances imprévues (une personne dépressive et isolée qui attendait la seule visite de la journée pour un peu parler de ce qui se passe à l'extérieur, etc..) »
(Puissant 2012, cité dans (41))

²² Disponible sur http://wedo.ttp.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_NL_WEB.pdf (NL) ou http://wedo.ttp.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_FR_WEB.pdf (FR)

3.2.6 INFORMATIONS, DEMARCHES ADMINISTRATIVES ET ORIENTATION

Un défi fondamental concerne **la détection des personnes âgées les plus vulnérables** qui ne font pas appel à des services. Nous avons précédemment déjà mentionné le constat de De Witte et al. (25) en Belgique, selon lequel 6,4 % des personnes âgées vivant à leur domicile et qui ont besoin d'aide ne la reçoivent pas, malgré le système de sécurité sociale fortement développé. Une étude internationale (20) conclut qu'après standardisation relative aux limitations physiques, à l'état de santé et à la disponibilité des aidants proches, les personnes âgées avec les revenus les plus bas font moins souvent appel aux soins à domicile (privés et publics).

Outre la définition et le screening du besoin en aide et soins (voir 3.3.1), bon nombre de seuils et d'obstacles empêchant l'égalité d'accès aux soins continuent manifestement encore à exister.

Une condition de base absolue au niveau de l'opérationnalisation de l'assurance autonomie et ce, tant du point de vue des acteurs de terrain que des personnes âgées interrogées, consiste en **la mise à disposition d'informations de qualité et accessibles sur les droits, et l'accès à ceux-ci.**

Aujourd'hui, nous voyons que de nombreux services sont trop peu connus, que les utilisateurs sont trop peu informés de leurs droits et obligations et qu'ils ne savent pas à qui s'adresser pour obtenir des informations. Les acteurs de terrain et les personnes âgées interrogées confirment l'hypothèse de De Donder et al. (27) selon laquelle les informations parviennent aujourd'hui au demandeur de soins sur une base plutôt occasionnelle, souvent trop tard et plutôt par hasard, en conséquence d'un contact ou d'une rencontre fortuite. Quiconque a de la chance ou est bien informé, a accès à l'aide et aux soins ; de nombreuses personnes passent à travers les mailles du filet.

Les acteurs de terrain et les personnes âgées interrogées citent de nombreux exemples de situations dans lesquelles on n'a pas connaissance de l'existence de certains droits à cause d'un manque d'informations, on ignore qu'on entre en ligne de compte pour certains droits et on ne peut donc pas faire valoir ses droits. D'autres exemples ont plutôt trait à des situations dans lesquelles le droit n'est pas proposé.

« [...] jamais on ne m'a dit que mon mari avait droit à une chaise roulante, qu'il avait droit à quelqu'un qui vient pour aider à le laver. Rien. C'était moi qui me suis occupé de lui, pendant presque 7 ans. [...] J'ai parlé avec le médecin, et c'est lui qui m'a dit que j'avais droit de prendre quelqu'un pour laver mon mari ; que j'avais le droit de prendre une chaise roulante. Je ne savais pas tout ça. Rien du tout. Et la mutuelle n'a jamais rien expliqué. » [pers]

« Il y a 6 ans, moi j'ai eu un accident, j'ai fait une mauvaise chute. J'ai pris la bordure. J'ai été hospitalisé une semaine. Puis j'ai fait un an et demi de kiné. J'ai dû réapprendre tout. [...] J'ai dû réapprendre à écrire. [...] J'ai dû me débrouiller beaucoup toute seule. J'ai un compagnon qui m'a aidé un peu, quand il savait. Mais la plupart des choses j'ai dû faire moi-même. Et ce n'est seulement après que j'ai appris par la mutuelle que j'aurai pu avoir une aide à domicile. Quand tout était fini. C'est donc un manque d'informations ». [pers]

« Des récits négatifs, il y en a un paquet. Et ça rejoint toujours la même chose : l'information. Ce n'est pas normal que nous on doit aller chercher l'information, qu'on ne connaît pas. Nous ne savons même pas de quoi il s'agit. Ça devrait être donné, directement. Par exemple moi, quand je suis sorti de l'hôpital, je ne savais plus marcher, je ne savais plus rien faire, etc. Ils auraient dû me dire, leur travail c'est de me dire : « voilà, vous avez un problème de mobilité, donc vous avez droit à une chaise roulante/ à une aide familiale/ etc. ». Mais rien du tout. Rien. » [pers]

Un autre canal de sous-protection sociale réside dans l'inaccessibilité des droits en raison de l'extrême complexité du système de protection sociale, dans lequel il faut entreprendre une multitude de démarches pour faire valoir des droits, et dans lequel il est difficile de trouver sa voie. **Le nombre de démarches à entreprendre pour accéder à l'assurance autonomie doit être limité au maximum et simplifié autant que possible.**

« Une autre personne âgée qui était en perte d'autonomie. Qui demandait de l'aide : quelqu'un qui vient chez elle, pour parler avec elle, pour préparer un repas, etc. On a été à sa mutuelle pour savoir comment ça marche, et eux ils ont donné plein de papiers, ils disent qu'il faut téléphoner par ici, qu'il faut faire ça, ... Mais la mutuelle ne prend pas ça directement en charge elle-même. La personne ne peut pas faire tout toute seule. » [pers]

On pourrait en partie répondre aux situations de sous-protection sociale résultant d'une non-connaissance des droits sociaux par l'application d'une **approche proactive** par les autorités publiques.

H. : « Mais en fait, on a tout un système social qui devrait bien fonctionner. On a le CPAS, pour lutter contre la pauvreté, mais aussi pour aider les gens, peu importe les circonstances. Il y a des CPAS partout, avec leurs antennes. Je pense qu'ici il y en a 5 ou 6 dans le quartier. Pourquoi, quelqu'un qui a 65 ans, on ne va pas voir cette personne ? Voir comment elle va ? Si elle n'a pas besoin de quelque chose. Communiquer avec elle, régulièrement. La première fois ça peut être un peu intrusif, on rentre dans votre vie sans que vous n'ayez rien demandé. Il faut insister un peu plus. Venir plus souvent chez les gens. Créer la confiance. Les services, qui sont actifs sur le terrain, il faut qu'ils jouent un rôle. Ils peuvent détecter les personnes, identifier les personnes qui ont des besoins.

« Ce n'est pas seulement les CPAS. Il y a aussi les maisons de quartier, les maisons médicales. Il faut multiplier les acteurs, plutôt que d'en avoir qu'un. Avoir un réseau d'acteurs. »

J. : « La maison communale a un rôle à jouer aussi. Ils voient les gens qui ont un certain âge, ils peuvent nous informer. « Tiens, cette personne a tel âge, on va aller voir si ça va ». Aller se renseigner spontanément. Quitte à ce qu'ils envoient un questionnaire chez les gens, pour voir dans quelles conditions ils vivent, etc. »

H. :

« Un service public, c'est bien un service « public ». Il devrait être plus proactif. Maintenant c'est à nous d'aller vers eux. » [pers]

Les acteurs de terrain et les personnes âgées interrogées déclarent que l'information et la détection des personnes âgées (potentiellement) dépendantes doivent être la mission et la responsabilité d'un **réseau multidisciplinaire de services et d'organisations** (communes, CPAS, hôpitaux, mutuelles et services sociaux des mutuelles, coordinations des soins, ...). L'échange d'informations doit aussi être favorisé au sein de ce réseau.

Un certain nombre d'acteurs de terrain plaident dans ce cadre pour que les soins soient organisés et coordonnés au niveau du quartier, avec des personnes de référence uniques dans chaque quartier qui font office de coordinateurs de soins et d'interlocuteurs pour les personnes âgées et les professionnels. En fonction du quartier, ce rôle pourrait être assumé par des acteurs déjà existants. Ils devraient garantir l'optimisation du flux d'informations entre les professionnels, d'une part et les ayants droit potentiels, d'autre part. Ils pourraient également se charger de la détection proactive des personnes âgées vulnérables. Outre les prestataires de soins formels, il pourrait être fait appel à d'autres acteurs actifs dans le quartier. Enfin, cette personne de référence pourrait également faire office d'interlocuteur pour les habitants du quartier qui peuvent signaler des situations potentiellement précaires.

« Et il y a effectivement la problématique d’informer les acteurs de quartier. Je crois qu’il existe beaucoup de structures qui peuvent détecter les personnes. Il y a la mutuelle, il y a les CPAS, il y a les antennes du CPAS mais il y a aussi les « centres de contact », où vont les gens, et où les voisins peuvent dire « j’ai vu telle personne » etc. Il y a donc vraiment des relais, des liens de quartier qui peuvent se faire dans ces rencontres plus informelles, qui peuvent servir de relais.

Et nous par exemple, comme infirmière, on travaille à pied. On rencontre les gens, des voisins, des commerçants. Et on a beaucoup de nouvelles qui viennent des gens qui nous parlent, qui savent qu’on représente, en tant qu’infirmière, une institution. On est un relais d’information ; les gens viennent nous parler de situations. On a des gens qu’on découvre par des personnes qui nous parlent dans la rue. » [prof]

Les acteurs de terrain déclarent que l’assurance autonomie offre l’occasion d’organiser une sorte de **fonction de guichet unique** qui peut favoriser l’accès à l’aide et aux soins aux personnes âgées et qui pourrait en outre aussi centraliser toutes les informations. L’exemple de l’assurance autonomie flamande, dans laquelle ce rôle est assumé par les caisses d’assurance soins de la mutualité, est cité comme une bonne pratique qui a contribué à l’élaboration rapide et efficace de cette mesure en Flandre. Les mutualités sont notamment très connues auprès de la population en raison de leur rôle dans l’assurance maladie, elles possèdent une forte expertise et expérience dans ces matières et peuvent, pour ce faire, compter sur une infrastructure bien développée, elles disposent de services sociaux, etc.

Le Réseau flamand de lutte contre la pauvreté formule toutefois une série de points d’attention fondamentaux dans le cadre de cette approche et met en garde contre les **dangers d’un point d’accès unique aux droits sociaux**. Dès qu’il existe le moindre obstacle dans le cadre de cet accès unique, il bloque notamment aussi immédiatement tout accès aux droits. Il formule dès lors la recommandation de toujours garder plusieurs portes d’accès²³.

Ainsi, les personnes âgées interrogées ont cité l’exemple de la réticence de certaines personnes âgées à passer par le CPAS.

« D’ailleurs certaines communes ont des AS qui ne font pas partie du CPAS. Eux ils pourraient jouer un rôle, s’occuper de ça. C’est important que ça ne soit pas le CPAS, comme ça, ça ne fait pas peur. Le CPAS c’est connoté. Ça fait peur. Peur d’être contrôlé. [...] Peur de faire appel à un droit, pour être sanctionné au niveau d’autres droits. » [pers]

²³ Source : <http://www.netwerktegenarmoede.be/documents/160203-Verslag-overleg-NtA-en-administratie-over-voorontwerp-van-decreet-VSB.pdf>

Le Service de lutte contre la pauvreté (45) et l'Observatoire de la Santé et du Social (46) ont analysé **les mécanismes de non-recours aux droits sociaux et de sous-protection sociale**.

Le Service de lutte contre la pauvreté préfère d'ailleurs le terme de sous-protection sociale à celui souvent employé de « non-recours » aux droits. Cette dernière expression porte en effet à croire qu'il suffirait d'inciter les ayants droit à « réclamer » leurs droits et à entreprendre des démarches à l'égard des établissements ou des services sociaux qui octroient des allocations ou des avantages sociaux. Cela ne correspond toutefois pas à la réalité des personnes vivant dans la pauvreté ou l'insécurité d'existence.

Le **manque d'informations** est en effet identifié comme l'un des obstacles dans l'exercice des droits. Il est nécessaire qu'on explique clairement et à plusieurs reprises quels sont les droits (et obligations) de tout un chacun et que les informations ne soient pas données une fois pour toutes, mais soient répétées à travers l'ensemble du processus pour acquérir un droit. Les informations doivent être correctes, compréhensibles et adaptées à tous les groupes cibles (47). Le Service de lutte contre la pauvreté souligne que des mesures supplémentaires sont nécessaires, non seulement pour informer et communiquer à propos des mesures existantes, mais aussi pour veiller à ce que les plus vulnérables puissent effectivement comprendre leurs droits et en faire usage. **Un accompagnement et une aide adaptés** s'imposent ici, pour leur permettre un exercice effectif de leurs droits (45).

Le Service de lutte contre la pauvreté recommande encore :

- de **simplifier la réglementation au maximum**, surtout en évitant une accumulation de mesures sélectives et de statuts différents ;
- de poursuivre les efforts en vue d'une **automatisation de l'ouverture des droits** ;
- de chercher à **simplifier au maximum les démarches et procédures administratives** ;
- d'étendre les **initiatives proactives en matière de fourniture d'informations**, dans le respect de la vie privée.

4. ÉLÉMENTS DE CONCLUSION

L'assurance autonomie peut avoir un impact potentiel sur la pauvreté, notamment en offrant une protection sociale contre le risque social de dépendance par le biais d'une intervention compensatoire sur les coûts.

Cependant, il est essentiel de tout d'abord rappeler la précaution émise par Dumont (32), savoir que cette discussion doit en effet être placée dans un contexte très problématique, comme la mise en place d'un système de protection sociale propre à la région bruxelloise se heurte à la difficulté de l'absence de taille critique suffisante de la population concernée pour opérer un *risk-pooling* sur une base suffisamment large et diversifiée. La combinaison d'une faible capacité contributive et d'importants besoins sociaux est de nature à hypothéquer la viabilité d'un système de sécurité sociale propre. Le principal défi réside dans le financement (public) de l'assurance autonomie.

Ensuite, la mesure dans laquelle l'assurance autonomie réussira à réaliser cette efficacité potentielle en termes de lutte contre la pauvreté dépendra fortement du design et de l'opérationnalisation de l'instrument politique. Dans ce test d'impact, nous avons formulé plusieurs points d'attention. En effet, il est vrai que certaines options politiques risquent de renforcer les inégalités sociales existantes.

- Pour le constat de la dépendance, une approche globale et multidimensionnelle de la dépendance est nécessaire, qui tient compte de la dimension sociale et de la qualité de l'environnement. Le BelRAI screener qui est proposé est insuffisant à ce niveau.
- Face aux moyens limités, il ressort souvent des avis en faveur d'un système sélectif sur base de revenu, où on utiliserait des plafonds de revenus ou des conditions de ressources pour déterminer l'accès aux prestations. Une politique sociale purement sélective présente une série de problèmes ou de difficultés essentielles, qui risquent de limiter le caractère redistributif du dispositif. Le plus efficace, et aussi en termes de réduction des inégalités sociales, est de développer des systèmes selon l'approche d'un universalisme progressif.
- Le mode de financement du dispositif d'assurance autonomie constitue l'un des principaux canaux de modulation de la solidarité. Il est évident qu'une importante dotation publique est essentielle surtout par rapport à la remarque formulée plus haut. Si le scénario d'une contribution complémentaire des personnes assurées est retenu, celle-ci doit être aussi progressive que possible en fonction de la capacité contributive de la population. Dans ce dernier cas, une réglementation doit être élaborée pour des éventuelles contributions dues.
- Surtout dans le scénario d'un versement en espèces, il est essentiel d'être attentif aux risques et menaces de l'apparition d'un fonctionnement de marché au sein du secteur de l'aide et des soins. Un contrôle du marché, le renforcement de la position juridique des bénéficiaires et le développement d'un système approprié d'adéquation, de coordination et de planification des soins sont essentiels dans une perspective de justice sociale.
- Il convient d'examiner dans quelle mesure l'intervention de l'assurance autonomie peut être différenciée en fonction de l'intensité des besoins afin de couvrir au mieux les coûts réels. Une intervention linéaire, quel que soit le besoin réel, risque de renforcer les inégalités sociales étant donné que les personnes âgées plus vulnérables sont confrontées à des frais plus élevés.
- L'instauration d'une limite d'âge (par exemple 65 ans) menace d'exclure les personnes âgées les plus vulnérables qui se heurtent déjà à la perte d'autonomie bien avant 65 ans. Exclure les résidents de maisons de repos de l'assurance autonomie contribuerait également indirectement à l'augmentation des inégalités sociales existantes.
- Il est finalement primordial, dans l'élaboration opérationnelle de l'assurance autonomie, de tenir compte des différents mécanismes potentiels de sous-protection sociale, comme ceux analysés entre autres dans le rapport thématique par l'Observatoire. Un screening du projet d'assurance autonomie sur ces mécanismes est indispensable.

ANNEXE 1. RISQUE DE PAUVRETE PERSONNES AGEES

Pour identifier la **vulnérabilité ou les réserves financières** d'un groupe de population, on calcule normalement le **risque de pauvreté** : le pourcentage de la population qui doit vivre d'un revenu sous le seuil de pauvreté.

En mesurant la pauvreté financière de la population âgée, il convient d'interpréter cet indicateur avec prudence. Il ne tient en effet pas compte d'un nombre de facteurs importants dans l'évolution de la pauvreté matérielle chez les personnes âgées. Ainsi, l'indicateur est calculé sur la base du revenu disponible et il n'est par exemple pas tenu compte du caractère protecteur de l'acquisition de la propriété une fois que l'emprunt hypothécaire a été remboursé, une situation que l'on retrouve proportionnellement plus souvent chez les propriétaires âgés. D'un autre côté, il y a aussi des dépenses liées au vieillissement qui ne sont pas prises en considération, par exemple en matière de santé ou pour le séjour en maison de repos et de soins. Notons enfin que, étant donné que les montants des pensions et des indemnités minimums avoisinent le seuil de pauvreté, le risque de pauvreté chez les personnes âgées est extrêmement sensible aux très légers glissements dans le montant du seuil de pauvreté et/ou des indemnités (4).

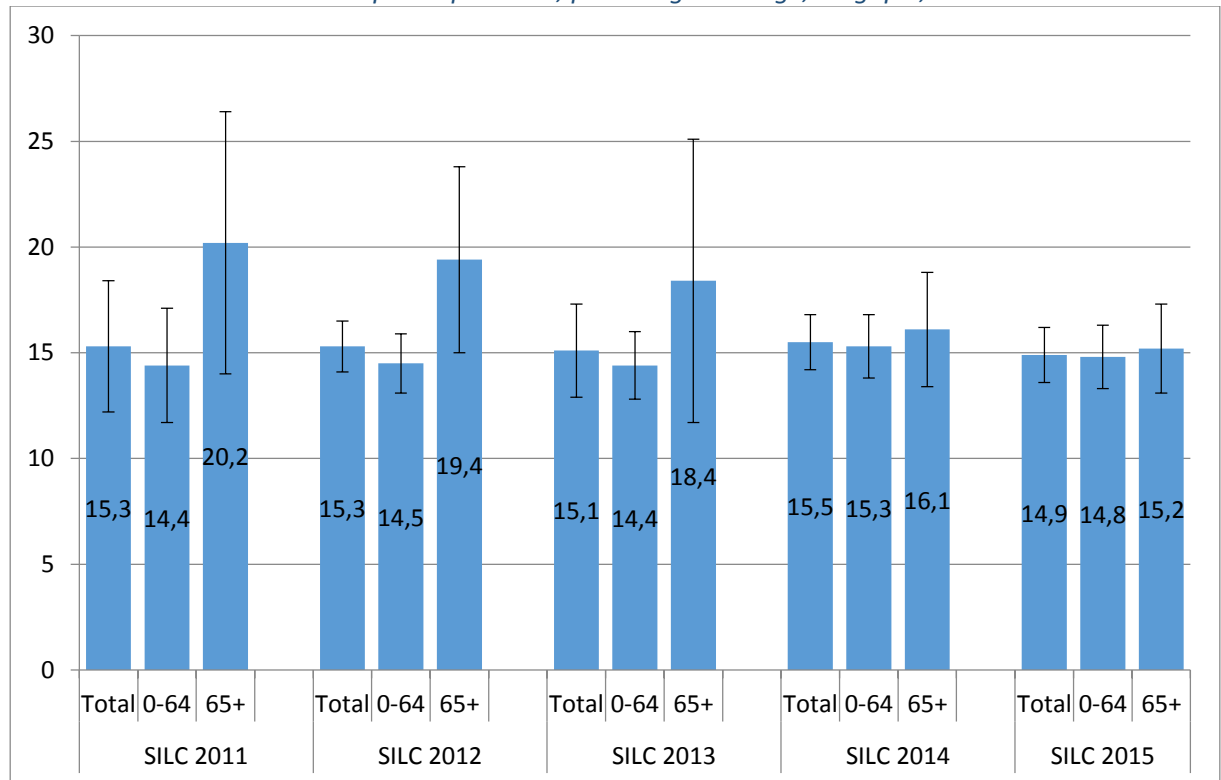
Vu l'échantillon limité pour la Région de Bruxelles-Capitale, il n'est en outre pas possible d'estimer le nombre de personnes âgées bruxelloises disposant d'un revenu sous le seuil de pauvreté. Nous vous communiquons ici à titre d'illustration **les chiffres pour l'ensemble de la Belgique**.

Sur la base de l'enquête EU-SILC 2015 (revenus de 2014), on voit que 15,2 % des plus de 65 ans en Belgique doivent vivre d'un revenu sous le seuil de pauvreté, ce qui est comparable au risque de pauvreté de la population totale (14,9 %).

Alors que ce dernier est resté stable ces dernières années, on voit en revanche une baisse du risque de pauvreté chez les plus de 65 ans (Figure 15). Celle-ci résulte essentiellement d'une forte amélioration de la protection liée aux revenus minimum prévus pour les personnes âgées, où les montants tant des pensions minimum que de la Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ont été fortement réévalués.

Cependant, cette diminution n'est pas statistiquement significative (les intervalles de confiance sont peut-être plus petites mais elles se chevauchent).

Figure 15. Evolution du taux de risque de pauvreté, par catégorie d'âge, Belgique, SILC 2011-2015



Source: SPF Economie - Statistics Belgium, Quality Reports Belgian SILC 2011-2015

ANNEXE 2. ANALYSE SWOT : FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES ET MENACES DE L'ASSURANCE AUTONOMIE EN TERMES D'INEGALITES SOCIALES

L'analyse SWOT qui suit a été élaboré par les participants au processus participatif de la “Méthode d'analyse en groupe”.

FORCES	FAIBLESSES
<p>Des forces liées au modèle d'assurance autonomie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une mutualisation des risques - L'organisation d'une solidarité - Un principe assurantiel : contribuer en fonction des moyens, recevoir de l'aide en fonction des besoins - Un caractère obligatoire qui prévient la sélection des risques <p>Une assurance autonomie peut favoriser le maintien à domicile et prévenir la dépendance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en offrant une meilleure visibilité de l'offre de l'aide, des soins et des services à domicile - en permettant une meilleure prise en charge des frais de l'aide - en créant une porte d'entrée unique à l'aide - en permettant de pallier les difficultés d'organisation des sorties d'hôpital 	<p>Une cotisation annuelle obligatoire et une progressivité insuffisante pour une population confrontée à un risque de pauvreté, des faibles revenus, un surendettement, une forte augmentation des loyers, des coûts importants des services, ...</p> <p>Attention à une définition trop médicalisée de la dépendance ; il faut intégrer les 4 dimensions de vulnérabilité ou frailty (physique, psychologique, sociale et environnementales)</p> <p>Un accès universel versus un accès sélectif aux prestations qui fait débat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de définir les cibles : en fonction de l'âge, des revenus, de la pathologie, la situation familiale, les conditions de logement? - Risques en cas de sélectivité et de ciblage: effets de seuil, stigmatisation et soutien social - Quid du vieillissement précoce ? - Quid des personnes en séjour illégal ? <p>L'accès au droit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté d'identifier l'interlocuteur légitime pour juger de l'accès au droit ; risque d'une multiplicité d'interlocuteurs - Attention à ne pas complexifier et multiplier les démarches à entreprendre pour accéder au droit - Comment informer et détecter le public cible ? <p>Au niveau du panier de services :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté de définir les dépenses éligibles - Attention à ne pas oublier l'importance de la participation sociale - Comment contrôler si l'affectation de l'aide est adéquate? Et cout du contrôle/agrément par rapport à un basket funding <p>Organisation au niveau régional :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Échelle (trop) petite pour organiser une solidarité aggravée par une forte proportion de personnes exemptées du paiement mais éligibles aux services. - Quid de la transférabilité des droits en cas de déménagement ? Quid des affiliés à la Vlaamse Sociale Bescherming ? - Quid de la consommation de services en dehors de la Région

OPPORTUNITES	MENACES
<p>La question de la dépendance est remise à l'agenda politique</p> <p>Il existe déjà une offre diversifiée sur le territoire</p> <p>Double opportunité : répondre à des besoins importants tout en créant des emplois dans le secteur (dans un contexte de chômage élevé)</p> <p>Plusieurs opportunités à saisir avec la création d'une assurance-autonomie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un (re)financement des services : garde-malades; infirmier du soir; achat ou prêt du matériel; aménagement du domicile; aide familiales; assistants sociaux - Le développement d'une nouvelle offre - Une ouverture d'accès à des prestations non-médicales par des services agréés - S'ouvrir à un confort médical (matériel) / non-médical (liens sociaux) (Élargir l'échelle de KATZ) - Meilleure organisation de l'offre de soins et d'aide - Regrouper les compétences politiques au niveau de l'aide à domicile et développer une politique régionale - Accorder plus d'attention aux patients atteints de pathologies lourdes / chroniques 	<p>L'assurance autonomie pourrait contribuer à une augmentation de la demande (notamment suivant la logique « J'ai cotisé, donc j'ai droit », ou via d'autres biais), et pourrait nécessiter une augmentation des moyens en conséquence. En l'absence de moyens supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risque de passer à côté de réels besoins vitaux, notamment des personnes moins « audibles ». - Risque d'assister à une augmentation de la quantité et donc des prestations plus courtes, au détriment de la qualité auprès du bénéficiaire - Risque de mise en place de critères d'accès sévères pour respecter un équilibre offre/demande <p>Risques de non take-up et de sanctions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance du caractère obligatoire et de ses effets - Multiculturalité et difficultés de communication avec des personnes qui ne maîtrisent pas la langue, offre inadaptée aux demandes spécifiques <p>Question de la formation des professionnels face à certaines (nouvelles) pathologies</p> <p>Question de la prévention : quels outils pour prévenir la détérioration des situations ?</p> <p>Réforme prévue de l'APA, et donc suppression éventuelle d'une allocation en espèces</p> <p>Nouvelle offre : risque de dérives commerciales et manque de contrôle</p> <p>Complexité institutionnelle et organisationnelle, et processus décisionnel lent</p> <p>Attention à ne pas oublier l'objectif d'empowerment et de maintien voire de renforcement d'une indépendance</p>

REFERENCES

1. Van Campenhoudt L, Chaumont J-M, Franssen A. La méthode d'analyse en groupe. SociologieS [En ligne], Théories et recherches. 2009;
2. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Vivre chez soi après 65 ans : Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles. Bruxelles: Commission Communautaire Commune; 2007.
3. World Health Organization. Active ageing: A policy framework. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
4. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Pauvreté et vieillissement, Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008. Bruxelles: Commission communautaire commune; 2008.
5. Demarest S. Limitations fonctionnelles de longue durée. In: Van Der Heyden J, Charafeddine R, editors. Enquête de santé 2013 Rapport 1 : Santé et Bien-être. Bruxelles: WIV-ISP; 2014.
6. Hosseinpoor AR, Stewart Williams JA, Gautam J, Posarac A, Officer A, Verdes E, et al. Socioeconomic inequality in disability among adults: a multicountry study using the World Health Survey. *American journal of public health*. 2013;103(7):1278–86.
7. Van Oyen H, Deboosere P, Lorant V, Charafeddine, editors. Inégalités sociales de santé en Belgique. Gent: Academia Press; 2011.
8. Grundy E. Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing and Society*. 2006 Jan;26(01):105–34.
9. Studiecommissie voor de vergrijzing. Jaarlijks verslag 2016. Brussel: Hoge Raad van Financiën; 2016.
10. Charafeddine R. Environnement, logement et tabagisme passif. In: Charafeddine R, Demarest S, editors. Enquête de santé 2013 Rapport 4 : Environnement physique et social. Bruxelles: WIV-ISP; 2015.
11. Demarest S. Santé sociale. In: Charafeddine R, Demarest S, editors. Enquête de santé 2013 Rapport 4 : Environnement physique et social. Brussel: WIV-ISP; 2015.
12. Smetcoren AS, Lambotte D, Duppen D, Fret B, D-SCOPE Consortium, editors. D-SCOPE naar een brede kijk op kwetsbaarheid bij ouderen. Brussel: Vrije Universiteit Brussel; 2016.
13. Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, Spreeuwenberg MD, de Witte LP. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC geriatrics*. 2011;11(1):33.
14. Xue Q-L. The Frailty Syndrome: Definition and Natural History. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2011 Feb;27(1):1–15.

15. Dury S, De Roeck E, Duppen D, Fret B, Hoeyberghs L, Lambotte D, et al. Identifying frailty risk profiles of home-dwelling older people: focus on sociodemographic and socioeconomic characteristics. *Aging & Mental Health*. 2016 Jun 7;1–9.
16. Herr M, Robine J-M, Aegerter P, Arvieu J-J, Ankri J. Contribution of socioeconomic position over life to frailty differences in old age: comparison of life-course models in a French sample of 2350 old people. *Annals of Epidemiology*. 2015 Sep;25(9):674–80.e1.
17. Hoogendijk EO, van Hout HPJ, Heymans MW, van der Horst HE, Frijters DHM, Broese van Groenou MI, et al. Explaining the association between educational level and frailty in older adults: results from a 13-year longitudinal study in the Netherlands. *Annals of Epidemiology*. 2014 Jul;24(7):538–44.e2.
18. Etman A, Burdorf A, Van der Cammen TJM, Mackenbach JP, Van Lenthe FJ. Socio-demographic determinants of worsening in frailty among community-dwelling older people in 11 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2012;66(12):1116–21.
19. Gobbens RJ, Luijkx KG, van Assen MA. Explaining quality of life of older people in the Netherlands using a multidimensional assessment of frailty. *Quality of Life Research*. 2013;22(8):2051–61.
20. Asthana S, Halliday J. Health inequalities during older age: research evidence. In: *What works in tackling health inequalities? Pathways, policies and practice through the lifecourse*. Policy Press; 2006. p. 475–505.
21. Leroux M-L, Pestieau P, Ponthière G. Longévité différentielle et redistribution: enjeux théoriques et empiriques. Louvain-la-Neuve: Center for Operations Research and Econometrics, UCL; 2014.
22. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010 [Internet]. 2010. (Tableaux de bord de la santé). Available from: http://www.observatbru.be/documents/publications/tbsante_gezondheid_2010.xml?lang=fr
23. De Witte N, Gobbens R, De Donder L, Dury S, Buffel T, Schols J, et al. The comprehensive frailty assessment instrument: Development, validity and reliability. *Geriatric Nursing*. 2013 Jul;34(4):274–81.
24. De Witte N, Gobbens R, De Donder L, Dury S, Buffel T, Verté D, et al. Validation of the Comprehensive Frailty Assessment Instrument against the Tilburg Frailty Indicator. *European Geriatric Medicine*. 2013 Sep;4(4):248–54.
25. De Witte N, De Donder L, Dury S, Buffel T, Verté D, Schols J. A Theoretical perspective on the conceptualisation and usefulness of frailty and vulnerability measurements in community dwelling older persons. *Aporia: The Nursing Journal*. 2013;5(1):13–31.
26. Infor-Homes Bruxelles. Situation de l'offre d'hébergement pour personnes âgées en maisons de repos bruxelloises. 2016.

27. De Donder L, Verté E, Teugels H, Glorieux M, Bernard M, Vanmechelen O, et al. Etude de programmation pour Bruxelles: Recherche portant sur la mise en place d'une programmation relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées. Brussels: Commission Communautaire Commune; 2012 p. 316.
28. Cantillon B. De noodzakelijke heroriëntering van de Vlaamse zorgverzekering. Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid. 2004;46(1):19–32.
29. Cantillon B, Van Mechelen N. Lutte contre la pauvreté et sécurité sociale: fissures dans un paradigme politique. Revue belge de sécurité sociale. 2013;(3):347–77.
30. Ghys T, Oosterlynck S. Sociale innovatie ontleed: perspectieven voor armoedebestrijding. VLAS-Studies 3. Antwerpen: Vlaams Armoedesteunpunt; 2013.
31. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Policy & practice. Geneva: WHO; 2010.
32. Dumont D. La sécurité sociale et la sixième réforme de l'état: retroactes et mise en perspective générale. Revue belge de sécurité sociale. 2015;(2):175–226.
33. Pacolet J, De Wispelaere F. Armoedetoets Vlaamse sociale bescherming: maximumfactuur in de thuiszorg. Leuven: HIVA, Hoger Instituut voor de Arbeid; 2011.
34. Pacolet J, Spruytte N, Merckx S. Bestaansonzekerheid in Vlaanderen bij chronisch zorgbehoeftige zieken thuis: belang van de Vlaamse zorgverzekering. Leuven: HIVA-K.U.Leuven; 2007.
35. Vermeulen B, Van Eenoo L, Vanneste D, Declercq A. Naar een getrappt gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener. KUL, LUCAS - Centre for Care Research and Consultancy; 2015.
36. Janssen D, Jongen W, Schröder-Bäck P. Exploring the impact of austerity-driven policy reforms on the quality of the long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands. Journal of Aging Studies. 2016 Aug;38:92–104.
37. Marx I, Nolan B, Olivera J. The welfare state and anti-poverty policy in rich countries. Institute for the Study of Labor; 2014.
38. Korpi W, Palme J. The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. American Sociological Review. 1998 Oct;63(5):661.
39. Damon J. La mise sous condition de ressources des allocations familiales: une discrimination vraiment positive? Revue de droit sanitaire et social. 2008;44(2):336–52.
40. Pacolet J, Merckx S, Spruytte N, Cabus S. Naar een verbeterde tenlasteneming van de kosten van niet-medische zorg thuis. Leuven: HIVA-K.U.Leuven; 2010.
41. De Brouwer H, Verté D, Dumont D, De Blander R, Mahieu C, Vandenbroucke A, et al. Vers une assurance autonomie bruxelloise. Etude réalisée pour la Commission

- communautaire commune de Bruxelles-Capitale. Rapport final. Bruxelles: Brussels Studies Institute; 2016.
42. Verdonck I, Put J. Begrippen en effecten van marktwerking: literatuuroverzicht. Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin; 2008.
 43. Saraceno C. Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*. 2010 Feb 1;20(1):32–44.
 44. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins en Région bruxelloise. Aperçu en 2016 et focus sur les résidents aux profils O ou A. Les Notes de l'Observatoire n°3. Bruxelles: Commission Communautaire Commune; 2016.
 45. Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. Protection sociale et pauvreté. Contribution au débat et à l'action politiques. Rapport bisannuel 2012-2013. Bruxelles: Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme; 2013.
 46. Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise, Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016. Bruxelles: Commission Communautaire Commune; 2016.
 47. Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. Lutte contre la pauvreté. Rapport 2008-2009. Partie 1. Une contribution au débat et à l'action politiques. Bruxelles: Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme; 2009.