

Partie 5.

Articulation entre les besoins, l'offre et l'utilisation des services

**Truus ROESEMS,
Myriam DE SPIEGELAERE,
Peter VERDUYCKT,
Amandine MASUY,
Stéphanie VINCKE**

Dans les parties 3 et 4, nous vous avons proposé une approche des besoins socio-sanitaires de la population âgée au travers de l'analyse de ses caractéristiques démographiques, socio-économiques et de santé et un inventaire de l'offre existante pour répondre aux différents besoins qui peuvent émerger pour les personnes âgées qui souhaitent rester vivre à domicile.

Il reste encore à répondre à la question de l'adéquation correcte de l'offre existante aux besoins en Région bruxelloise.

Nous ne disposons malheureusement ni d'informations suffisantes, ni du temps requis pour répondre de façon définitive à cette question. En particulier, nous manquons d'informations (comparables) en ce qui concerne le nombre de personnes âgées faisant appel à un service donné ainsi que «l'intensité» de l'aide demandée par chaque personne. De plus, au delà des statistiques et de l'existence même des services, de nombreux facteurs qui n'ont pas été pris en compte dans les parties précédentes, interviennent pour moduler les besoins, pour qu'émerge ou non une demande de services et pour que les services existants soient ou non utilisés.

L'objectif de cette dernière partie est d'apporter quelques informations complémentaires pouvant éclairer les données présentées plus haut (telles que des informations sur le profil des usagers) et d'intégrer toutes ces informations pour mieux comprendre comment s'articulent les besoins, l'offre et l'utilisation des services par les Bruxellois âgés qui vivent à domicile.

Importance du cadre de vie

La plupart des personnes âgées sont en bonne santé et sont peu confrontées à des limitations dans leur vie quotidienne. Afin de promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées, il convient dès lors de veiller en premier lieu à ce que le cadre de vie puisse s'adapter aux limitations qui peuvent survenir au cours du processus de vieillissement. Ceci implique aussi bien la vie sociale que le cadre de vie physique. Ainsi, rester vivre chez soi ne devrait pas s'accompagner d'un isolement croissant. Le vieillissement est un processus progressif et l'aménagement du cadre de vie peut éviter que le logement, l'équipement du quartier ou les problèmes de mobilité ne deviennent des obstacles insurmontables dès que des limitations fonctionnelles apparaissent. Le médecin généraliste est certainement un acteur essentiel pour accompagner ce processus.

CONTACTS SOCIAUX

Lorsque l'on se penche sur les éventuels besoins insatisfaits des personnes âgées, la réponse la plus fréquemment reçue est «le besoin de compagnie» (10,2%), suivie de «l'aide pour les courses» (6,8%) et «sortir de chez soi» (6,3%). Parfois, l'isolement est tellement pesant que la personne ne souhaite plus continuer à vivre à domicile (Gevers et al., 1995).

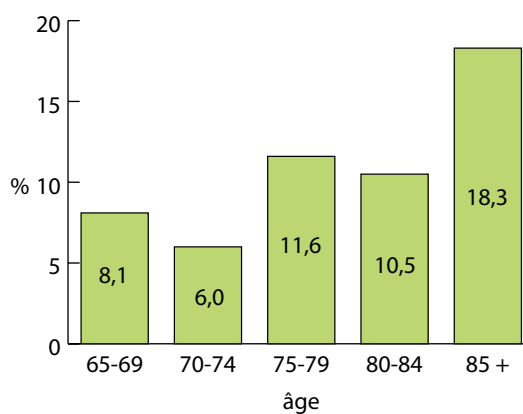
La proportion de Bruxellois insatisfaits de leurs contacts sociaux augmente avec l'âge (6,0% des 70-74 ans pour 18,3% des plus de 85 ans) (figure 5-01)

L'Enquête de santé de 2004^[1] révèle aussi qu'une proportion relativement élevée des Bruxellois de plus de 65 ans dispose d'un réseau social limité :

- 16,1% disent n'avoir jamais ou rarement quelqu'un à qui parler
- 18,3% disent n'avoir jamais ou rarement quelqu'un en qui ils peuvent avoir confiance pour parler d'eux-mêmes et de leurs problèmes
- 22,3% disent n'avoir jamais ou rarement quelqu'un avec qui ils peuvent partager leurs angoisses et leurs problèmes les plus intimes

Figure 5-01

Pourcentage des Bruxellois qui sont insatisfaits de leurs contacts sociaux selon l'âge



Source : Enquête de santé par interview, 2004

L'inventaire de l'offre (partie 4) montre que de nombreux acteurs tentent de répondre aux besoins de contacts sociaux par l'organisation d'activités sociales, culturelles et de loisirs, l'offre d'un espace de rencontre ou une offre de vacances adaptée.

Cependant, malgré le large éventail d'activités sociales, culturelles et de loisirs^[2] et d'espaces de rencontre, les acteurs de terrain estiment que les besoins ne sont pas satisfaits.

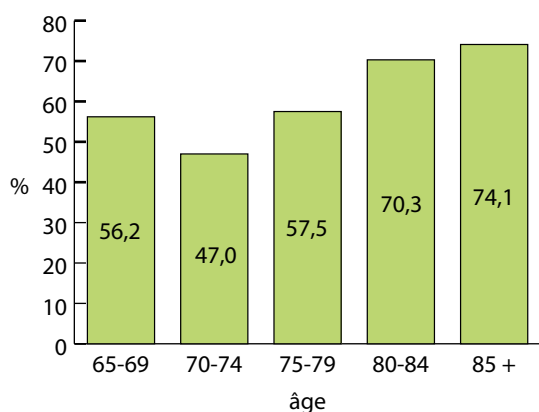
Selon l'enquête de santé, 58,0% des Bruxellois de plus de 65 ans déclaraient n'avoir jamais participé aux réunions ou activités d'un club sportif, d'une association de loisirs, d'une association de personnes âgées ou d'un groupe d'entraide au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est de 42,8% en Flandre et 55,5% en Wallonie. La participation aux activités associatives diminue avec l'âge (figure 5-02). Avant comme après 65 ans, la participation à la vie associative augmente avec le niveau d'instruction (tableau 5-01).

¹ Pour plus d'informations sur l'Enquête de santé réalisée au moyen d'interviews, nous renvoyons à la partie 2.

² Il y a au moins 17 acteurs dans chaque commune. De plus, il n'a pas été tenu compte de l'offre qui, pour des motifs liés aux méthodes, n'a pas été reprise dans l'état des lieux (activités culturelles par des organisations qui ne sont pas actives dans le secteur du bien-être ou de la santé).

Figure 5-02

Pourcentage des Bruxellois n'ayant jamais participé à des activités sociales l'année précédente, selon la tranche d'âge



Source : Enquête de santé par interview, 2004

communication. Internet peut s'avérer un outil précieux pour les personnes âgées résidant à domicile pour s'informer, maintenir des contacts, réaliser des démarches administratives, etc. Les projets qui contribuent à réduire cette fracture apparaissent dès lors très judicieux.

INFORMATION ET AIDE SUR LE PLAN ADMINISTRATIF ET SOCIAL

Selon les acteurs de terrain, le manque d'informations, ou la difficulté de s'orienter dans la masse d'informations, semble être l'un des problèmes les plus importants chez les personnes âgées résidant à domicile.

De nombreux services proposent des informations et une aide au niveau administratif et social en Région bruxelloise, entre autre au niveau des communes (CPAS, service social, ...). Il s'agit pour la plupart de services qui offrent de l'information et une aide administrative en plus d'autres prestations.

Les personnes qui vivent seules, qui ont de faibles revenus et un faible niveau d'études ont plus souvent recours aux services qui proposent des informations et une aide au niveau administratif et social (de Heneau et al., 2003), probablement parce qu'elles sont aussi plus naturellement en contact avec des services tels que les CPAS ou les services sociaux. Il semble cependant qu'une attitude plus pro-active soit souhaitable pour toucher réellement les nombreuses personnes qui sont perdues face à la complexité de l'offre et des démarches à entreprendre (diversité des conditions d'accès). De plus, au delà de l'information et de l'aide administrative, se pose la question de la coordination des différentes aides possibles et services concernés.

L'HABITATION ET SON ENVIRONNEMENT

L'aménagement des logements et des quartiers peut favoriser le maintien des personnes âgées à domicile. De petits travaux pour adapter le logement sont souvent indispensables. Plusieurs acteurs répondent à ce besoins en Région bruxelloise mais l'offre reste cependant insuffisante. Parfois des aménagements plus importants sont nécessaires. Par exemple dans certains quartiers, plus de la moitié des personnes de plus de 60 ans habitent à l'étage d'un immeuble sans ascenseur.

Tableau 5-01

Pourcentage de la population qui participe à la vie associative selon le niveau d'études et le groupe d'âge, Région bruxelloise, 2004

	15-64 ans	≥ 65 ans
Primaire ou sans diplôme	34,7	20,5
Secondaire inférieur	41,8	32,7
Secondaire supérieur	49,0	43,6
Enseignement supérieur	72,2	63,0

Source : Enquête de santé par interview, 2004

Cette faible participation et l'insatisfaction relatée par les acteurs de terrain peut s'expliquer par un manque d'informations relatives à l'offre, par des problèmes de mobilité (insuffisance de moyens de transport), par l'inaccessibilité financière, par une certaine inadéquation de l'offre par rapport aux besoins et attentes très divers des personnes âgées, en particulier pour les activités à domicile.

Soulignons quand même que dans l'enquête socio-économique de 2001, quelque 80 % des Bruxellois âgés (60 ans et plus) étaient satisfaits de l'offre culturelle et récréative dans leur cadre de vie.

La fracture numérique entre les différentes générations est importante (figure 3-09). Les nouvelles technologies (gsm et Internet) sont peu utilisées par les personnes âgées alors qu'elles deviennent les moyens privilégiés de

L'offre commerciale du quartier est également un facteur important pour les personnes qui se déplacent moins facilement. A partir de 60 ans, 14,6 % de la population n'est pas satisfaite de l'offre commerciale de son quartier. Cette moyenne est plus élevée que pour la population des moins de 60 ans mais n'est cependant pas alarmante. La satisfaction diffère bien sûr d'un quartier à l'autre. Dans certains quartiers, le taux d'insatisfaction chez les personnes âgées s'élève à plus de 25 % (carte 3-11) en raison d'une offre insuffisante, trop éloignée ou inadaptée. Plusieurs acteurs offrent des services de livraison de courses à domicile pour remédier aux difficultés de déplacement.

De manière générale, l'aménagement de l'espace public peut être plus ou moins adapté aux personnes qui ont certaines difficultés à se déplacer. L'état des trottoirs en est un exemple. Le taux d'insatisfaction par rapport aux trottoirs augmente avec l'âge. Près d'un quart des Bruxellois de 60 ans et plus ne sont pas satisfaits des trottoirs de leur quartier.

Pour les personnes âgées qui ne conduisent pas ou plus, la mobilité pour les plus grandes distances dépend des transports en commun ou des services de transports spécifiques. L'insatisfaction en ce qui concerne les transports publics n'augmente que légèrement avec l'âge. La proportion des plus de 60 ans qui sont insatisfaits des transports publics est plutôt limitée (14,6 %) (carte 3-10). En ce qui concerne les transports spécifiques (transports médicaux, pour les activités sociales et de loisirs, etc.), l'inventaire des services met en évidence une insuffisance de l'offre et la nécessité de faire appel à des bénévoles (partie 4). Il ressort aussi que de manière générale, les problèmes de mobilité rencontrés dans la capitale sont un obstacle très important non seulement pour le transport des personnes mais aussi pour tous les acteurs qui se rendent au domicile des personnes âgées.

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Le besoin d'un accompagnement personnalisé, à la fois préventif et curatif et tenant compte du contexte de vie est particulièrement important pour les personnes vieillissantes.

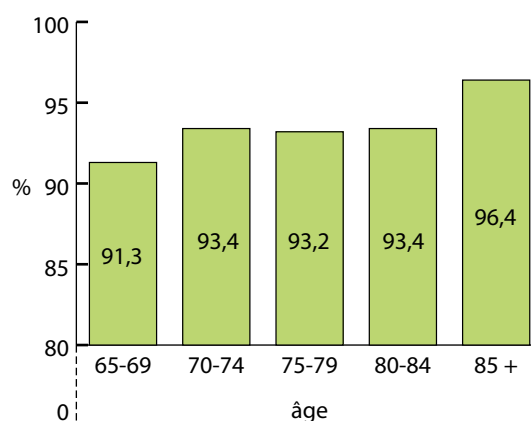
Les besoins de santé augmentent avec l'âge et sont aussi fortement associés aux conditions de vie. C'est ce qui explique la distribution spatiale des besoins de santé des personnes âgées en Région bruxelloise (cartes 3-13 à 3-18).

Des médecins généralistes sont actifs dans toute la Région bruxelloise mais la densité des médecins généralistes est la plus élevée dans le sud de la région, où se concentrent plutôt les personnes âgées les plus aisées (voir cartes 3-05 et 4-04). La distribution de l'offre en médecine générale ne répond donc pas de manière optimale aux besoins.

L'utilisation de la médecine générale par les personnes âgées est importante. Ainsi, selon l'Enquête de santé de 2004, 92,9 % des Bruxellois de plus de 65 ans déclarent avoir un médecin généraliste attitré. Cette utilisation pourrait encore être améliorée puisque pour l'ensemble du pays, 97,6 % des 65 ans et plus ont un médecin généraliste attitré. L'effort devrait surtout concerner les plus jeunes pour permettre un suivi médical personnalisé avant que les problèmes de santé ne deviennent importants. En effet, la proportion de Bruxellois qui a un médecin généraliste attitré est nettement plus faible pour les moins de 70 ans (figure 5-03) et inférieure à 90 % pour les 55-64 ans. L'accessibilité et la compétence du médecin généraliste sont les principales raisons avancées tant par les Bruxellois que les Belges âgés pour le choix de leur médecin généraliste. Le coût est par contre rarement avancé comme motif.

Figure 5-03

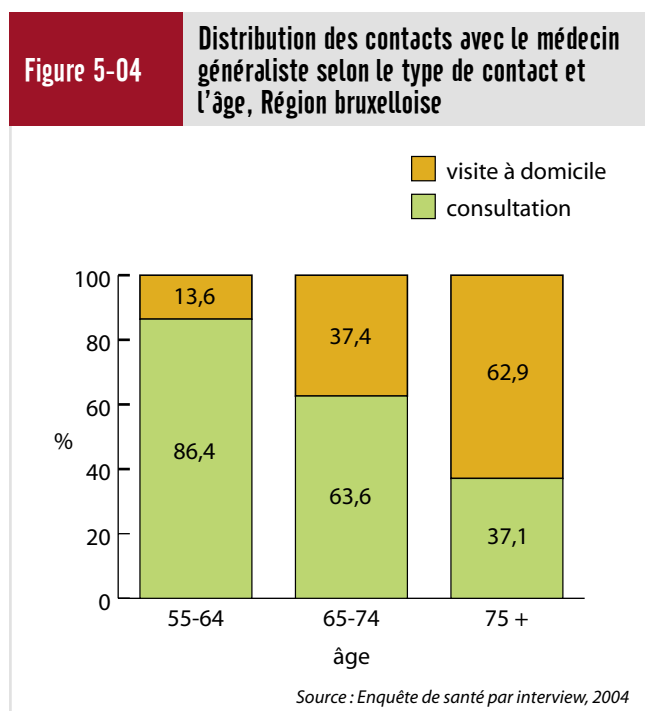
Pourcentage des Bruxellois ayant un médecin généraliste attitré selon le groupe d'âge



Source : Enquête de santé par interview, 2004

Le nombre moyen de contacts avec le médecin généraliste augmente également fortement avec l'âge : en Région bruxelloise on déclare 1,3 contact par an chez les enfants et les jeunes (jusqu'à 14 ans) pour 10,6 contacts par an chez les plus de 75 ans (Enquête de santé 2004).

La visite à domicile prend le pas sur les consultations à partir de 75 ans (figure 5-04). La part des visites à domicile chez les plus de 75 ans est plus élevée en Flandre et en Wallonie (respectivement 73,4 % et 80,7 %) qu'à Bruxelles (62,9 %).



Contrairement à ce qu'on observe pour les moins de 65 ans, la proportion de Bruxellois âgés déclarant avoir un médecin généraliste attiré augmente lorsqu'on descend dans l'échelle sociale. Assez logiquement, les personnes qui ne s'estiment pas en bonne santé ou qui souffrent d'affections chroniques qui les gênent dans leurs activités quotidiennes ont plus souvent un médecin généraliste attiré.

La proportion de bruxellois qui fréquentent des cabinets de groupes ou des maisons médicales est nettement plus faible parmi les personnes âgées que parmi les plus jeunes (9,1 % chez les plus de 75 ans contre 26,8 % chez les 15 à 24 ans). Cela signifie que l'immense majorité des Bruxellois de plus de 75 ans consultent un médecin généraliste qui travaille seul (Enquête de santé 2004). Les maisons médicales se situent surtout dans la première couronne, là où la proportion de personnes âgées moins aisées est la plus élevée (carte 3-05 et 4-04).

Lorsqu'il n'est plus possible de s'en sortir sans l'aide de tiers

Au cours du processus de vieillissement, l'aide de tiers pour l'exécution des tâches et des soins quotidiens devient parfois indispensable. Diverses études réalisées dans le pays et à l'étranger montrent que les services les plus utilisés par les personnes âgées concernent l'aide aux tâches ménagères et les soins infirmiers (Gevers et al., 1995, Leroy, 1994, Bressé R, 2004). Mais une partie importante de ces aides et soins sont informels, fournis par des aidants proches.

LES BESOINS D'AIDE PAR DES TIERS POUR LES TÂCHES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Selon l'enquête socio-économique 2001, 20 % de la population bruxelloise de 60 ans et plus, soit près de 33 000 personnes, déclarent être limitées de manière permanente dans leurs activités quotidiennes suite à des affections chroniques ou à des handicaps. Cette proportion augmente bien entendu avec l'âge : 14 % des 60-64 ans (soit 4 890 personnes) sont dans cette situation pour 45 % des 95 ans ou plus (422 personnes) (tableau 3-08). Mais le statut social joue également un rôle important : ainsi, à âge égal, les personnes âgées qui ont un faible niveau d'instruction ou sont dans une situation moins favorable en terme de logement (statut d'occupation et confort) sont plus souvent limitées dans leur vie quotidienne (cartes 3-17 et 3-18). En Région bruxelloise, 2 941 personnes âgées sont alitées en permanence.

L'Enquête de santé^[3] comprend toute une série de questions relatives aux limitations dans les activités de la vie quotidienne. Les activités qui sont explorées dans cette enquête (à savoir l'habillage, la toilette, les transferts vers le lit et hors du lit, aller aux toilettes, manger et l'incontinence) sont également celles qui sont utilisées pour évaluer les besoins d'aide et de soins et l'intervention de l'assurance maladie dans les maisons de repos et MRS ou pour les soins à domicile.

³ Les questions posées dans l'enquête de santé diffèrent légèrement de celles de l'Enquête socio-économique, ce qui explique les résultats un peu différents. L'Enquête de santé peut nous donner une idée du profil des Bruxellois âgés mais il convient d'interpréter les chiffres avec la prudence qui s'impose étant donné que seuls un nombre limité de Bruxellois âgés ont été interrogés et que les informations utilisées proviennent souvent de questions subsidiaires à des questions antérieures.

45,2 % des Bruxellois de plus de 65 ans déclarent n'être confrontés à aucune limitation pour leurs activités quotidiennes, 31,4 % éprouvent des difficultés pour au moins une de ces activités sans pour autant avoir besoin de l'aide d'un tiers (limitation modérée) et 23,4 % déclarent être tout à fait dépendants de l'aide d'un tiers pour au moins une de ces activités (limitations sévères). La part des Bruxellois âgés qui déclarent être modérément ou fortement limités pour chaque type d'activité quotidienne est présentée dans le tableau 5-02. C'est pour la marche que la proportion de personnes fortement limitées est la plus importante^[4].

Tableau 5-02	Distribution des personnes de plus de 65 ans selon la sévérité des limitations dans les activités quotidiennes, Région bruxelloise, 2004		
	aucune	limitations modérées	limitations sévères
Transfert du lit	79,1	15,3	5,6
Transfert du fauteuil	78,3	17,1	4,6
Habillage/déshabillage	81,5	11,4	7,1
Se laver les mains et le visage	89,7	5,8	4,5
Manger de manière autonome	88,0	6,7	5,4
Aller aux toilettes	88,1	7,0	4,9
Incontinence urinaire	82,2	7,9	9,9
Marche	72,9	14,8	12,2
Audition	83,0	14,4	2,6
Vue	92,0	6,0	2,0

Source : Enquête de santé par interview, 2004

L'OFFRE EN AIDE ET SOINS POUR LES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

On recense de nombreux services qui fournissent des aides à la vie quotidienne via des aides ménagères ou des aides familiales. Cependant, les demandes dépassent largement l'offre existante et de nombreux problèmes liés à la qualité et à l'organisation des services ont été mis en évidence par les acteurs de terrain (partie 4).

Il y a 558 infirmiers indépendants et 38 structures offrant des soins infirmiers à domicile qui sont actifs dans la Région de Bruxelles. Certains infirmiers indépendants travaillent (partiellement) pour l'une de ces structures. Pour les soins aussi, la demande dépasse l'offre disponible.

Il faut ajouter à ces acteurs professionnels les nombreuses personnes qui fournissent des soins informels à leurs parents, amis ou voisins.

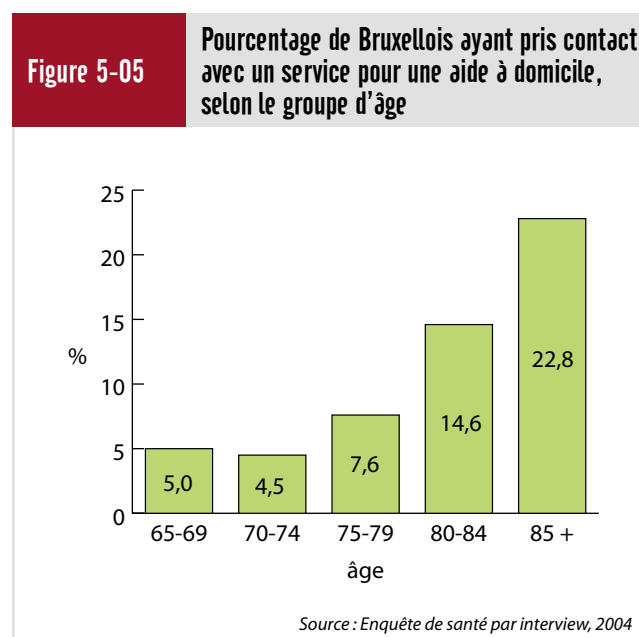
L'UTILISATION DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

Pour mieux comprendre de quelle manière les services offerts sont réellement utilisés et permettent de répondre aux besoins de la population, nous avons analysé les données de l'Enquête de santé 2004 qui s'intéressaient aux services d'aide et de soins avec lesquels les personnes âgées qui ne résidaient pas en maison de repos (ou MRS) avaient pris contact au cours des 12 derniers mois. Une limite importante de ces données est qu'elles ne donnent pas d'information sur l'usage effectif des services ni sur la fréquence de leur utilisation.

Utilisation des services d'aide à domicile

En 2004, 8,6 % des Bruxellois de plus de 65 ans ont déclaré avoir pris contact au moins une fois avec un service d'aide à domicile au cours de l'année écoulée. En Flandre et en Wallonie, ce pourcentage s'élevait respectivement à 9,4 % et 7,7 %.

Le contact pris avec un service pour une aide à domicile augmente avec l'âge; 5,0 % dans la catégorie d'âge des 65-69 ans et 22,8 % pour les plus de 85 ans (figure 5-05).



Plusieurs études se sont intéressées aux facteurs qui déterminent le recours aux services d'aide à domicile par les personnes âgées. C'est ainsi que les probabilités de recourir aux services de soins à domicile sont plus élevées pour les femmes, les personnes plus âgées, les personnes plus pauvres, les personnes plus isolées (celles qui résident seules, qui n'ont pas d'enfants ou de petits enfants), les personnes dont le réseau social se compose essentiellement d'amis et de voisins, les personnes ayant peu ou pas accès à une aide informelle, les personnes souffrant de problèmes émotionnels, les personnes souffrant d'une moins bonne santé, les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes qui ont été récemment hospitalisées et les personnes confrontées à une nouvelle limitation (Masuy, 2006, Stoddart et al., 2002, Dutheil, 2001, Penning and Chappell, 1990, Crets, 2000, Allen et al., 2001, Renaut, 2001, Auslander and Litwin, 1990).

Les données de l'enquête de santé 2004 permettent de tester l'association entre certaines de ces caractéristiques démographiques, socio-économiques et de santé et le recours aux soins à domicile dans le contexte spécifique de la Région bruxelloise et permettent de décrire le profil des utilisateurs bruxellois des services d'aide et de soins à domicile.

L'interprétation des résultats doit toutefois rester prudente étant donné l'échantillon relativement limité (quelque 800 Bruxellois de plus de 65 ans ont été interrogés). La taille restreinte de cet échantillon explique d'une part que certaines différences ne sont pas significatives d'un point de vue statistique, et d'autre part qu'il n'a pas été possible de réaliser une analyse multivariée qui aurait permis d'estimer les liens entre chacune de ces caractéristiques et le recours aux services indépendamment les unes des autres. En effet, les caractéristiques démographiques, sociales et de santé sont étroitement liées entre elles (par exemple les femmes vivant plus souvent seules que les hommes, est-ce le fait d'être une femme ou le fait d'être seule qui explique leur plus grand recours aux services ?).

Tableau 5-03 Pourcentage de Bruxellois de plus de 65 ans qui, au cours de l'année écoulée, ont eu un contact avec un service d'aide à domicile selon les caractéristiques démographiques

Catégories (**)		%	
Sexe	*	Hommes	5,8
		Femmes	10,5
Age	*	65-69	5,0
		70-74	4,5
		75-79	7,6
		80-84	14,6
		85+	22,8
Type de ménage	*	Isolé	13,2
		Couple	4,7
Nationalité	ns	Belge	9,6
		Non-Belge (UE)	4,4
		Non-Belge (hors UE)	2,1

(**) Pour chaque variable, il est également précisé s'il est question de différences significatives entre les catégories : ns=non significatives, *=significatives
Source : Enquête de santé par interview, 2004

En Région bruxelloise, comme dans la littérature, les femmes, les personnes très âgées et les personnes vivant seules sont davantage susceptibles d'avoir pris contact avec un service de soins à domicile au cours de l'année écoulée (tableau 5-03). La nationalité semble également jouer un rôle. Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives, les non-Belges, et particulièrement les non-Belges non européens, déclarent moins souvent avoir pris contact avec un service d'aide à domicile que les Belges.

4 On considère qu'une personne est fortement limitée pour la marche lorsqu'elle ne peut faire que quelques pas, pour l'audition lorsqu'elle n'entend pas la télévision même avec le volume sonore très haut, pour la vue lorsqu'elle ne peut reconnaître une personne à une distance d'1 mètre.

Tableau 5-04
Pourcentage de Bruxellois résidant à domicile de plus de 65 ans qui, au cours de l'année écoulée, ont eu un contact avec un service d'aide à domicile, selon les caractéristiques socio-économiques

Catégories (**)		%	
Niveau d'instruction <i>(plus haut diplôme dans le ménage)</i>	*	Primaire ou sans diplôme	14,4
		Secondaire inférieur	7,9
		Secondaire supérieur	8,9
		Enseignement supérieur	5,4
Revenu équivalent du ménage <i>(= revenu dérivé du revenu disponible pour le ménage en tenant compte du nombre d'adultes et d'enfants à charge)</i>	*	<750€	20,2
		750-1 000€	13,0
		1 000-1 500€	9,4
		1 500-2 500€	4,8
Statut	*	>2 500€	4,1
Réduction du ticket modérateur	*	Propriétaire	6,2
		Locataire	12,2
Contribution personnelle aux coûts des soins de santé	*	Oui	15,5
		Non	5,0
Contribution personnelle aux coûts des soins de santé	*	Possible dans budget	5,3
		Difficile dans budget	10,9
		Impossible dans budget	23,6

(**) Pour chaque variable, il est également précisé s'il est question de différences significatives entre les catégories : ns=non significatives, *=significatives
Source : Enquête de santé par interview, 2004

Tableau 5-05
Pourcentage de Bruxellois résidant à domicile de plus de 65 ans qui, au cours de l'année écoulée, ont eu un contact avec un service d'aide à domicile, selon les caractéristiques de santé

Catégories (**)		%	
Santé subjective	*	Bonne à très bonne	3,9
		Très mauvaise à moyenne	10,3
Hospitalisation récente	*	Oui	13,0
		Non	7,7
Bien-être psychologique	*	Positif	5,2
		Négatif	12,4
Limitation dans activités (au moins 6 mois)	*	Oui, limitation sévère	23,2
		Oui	8,5
		Non	2,4
Co-morbidité	*	Pas de maladie chronique	4,1
		Maladies chroniques appartenant à 1 groupe	10,9
		Maladies chroniques appartenant à >1 groupe	12,0

(**) Pour chaque variable, il est également précisé s'il est question de différences significatives entre les catégories : ns=non significatives, *=significatives
Source : Enquête de santé par interview, 2004

Tableau 5-06
Type d'aide utilisée par les personnes âgées de plus de 65 ans qui sont sévèrement limitées pour au moins 1 des activités quotidiennes, par région

	Uniquement aide informelle	Uniquement aide formelle	Aide formelle et informelle	Pas d'aide
Région bruxelloise	19,5	47,3	18,3	14,9
Flandre	21,1	51,1	14,1	13,6
Wallonie	28,4	44,9	15,3	11,4
Belgique	23,4	48,7	14,9	13,0

Source : Enquête de santé par interview, 2004

Les personnes âgées ayant un statut socio-économique plus faible ont davantage recours aux services de soins à domicile que les personnes âgées plus aisées (tableau 5-04).

Tant l'enquête de santé que l'enquête socio-économique démontrent que ces personnes souffrent davantage de problèmes de santé et de limitations fonctionnelles.

Une mauvaise santé (mentale ou physique), une hospitalisation récente, le fait d'être fortement limité dans les activités quotidiennes et le fait de souffrir d'une maladie chronique augmentent sensiblement la probabilité d'une prise de contact avec un service d'aide à domicile (tableau 5-05).

L'aide professionnelle n'est qu'un complément de l'aide informelle fournie par les aidants proches. Parmi les personnes qui se disent fortement limitées, 66 % se font aider par un aidant professionnel, 38 % par un aidant proche et 15 % ne reçoivent aucune aide (tableau 5-06).

Tous les besoins d'aide à domicile ne sont donc certainement pas rencontrés pour les personnes âgées bruxelloises puisqu'une personnes âgée gravement limitée sur 6 ne reçoit ni aide formelle ni aide informelle.

Selon les acteurs de terrain, la demande d'aide à domicile est plus élevée que l'offre (partie 4). En particulier, l'offre est insuffisante pour les soins d'hygiène et on trouve trop peu de prestataires connaissant le néerlandais.

Utilisation des soins infirmiers à domicile

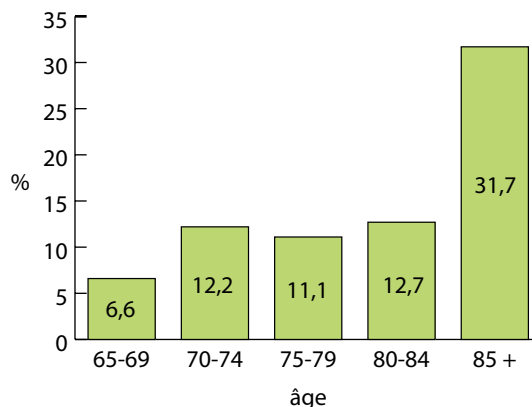
Selon l'Enquête de santé, en 2004, 16,2 % de la population bruxelloise de plus de 65 ans a pris contact avec un service de soins infirmiers à domicile au cours de l'année écoulée. Cette proportion est moins élevée qu'en Flandre et en Wallonie (respectivement 19,1 % et 21,1 %^[5]).

Le recours aux soins infirmiers à domicile augmente fortement à partir de 85 ans (figure 5-06).

⁵ La différence entre la Région bruxelloise et la Région wallonne est significative après correction pour l'âge et le sexe.

Figure 5-06

Pourcentage de Bruxellois (ne résidant pas dans une maison de repos) ayant eu un contact avec un infirmier à domicile au cours de l'année écoulée, selon l'âge



Source : Enquête de santé par interview, 2004

L'utilisation des soins infirmiers à domicile a augmenté au cours des dernières années. La proportion de Bruxellois de 75 ans et plus ayant eu un contact avec un infirmier à domicile était de 11,5 % en 1997, 20,6 % en 2001 et 22,2 % en 2004. Cette évolution peut s'expliquer entre autres par les politiques de santé développées ces dernières années visant à réduire le séjour à l'hôpital, voire à éviter une hospitalisation. (Pacolet et al., 2005).

Malgré l'offre relativement importante en soins infirmiers, les acteurs de terrain estiment que l'offre est insuffisante pour répondre à la demande. Du côté néerlandophone en particulier, le manque d'infirmiers connaissant le néerlandais est souvent relevé. Il y a également davantage d'acteurs francophones que d'acteurs bilingues ou néerlandophones (figure 4-07). Non seulement il y a peu d'infirmiers disponibles mais ils seraient également réticents à travailler en Région bruxelloise à cause des problèmes de mobilité et du sentiment d'insécurité dans certaines parties de la ville.

Utilisation de l'ergothérapie

L'ergothérapie est encore très peu utilisée par les Bruxellois âgés, même parmi les personnes qui en auraient le plus besoin. En effet, en 2004, seulement 5,1 % des personnes âgées, 'fortement limitées' dans des activités quotidiennes ont eu un contact avec un ergothérapeute au cours de l'année écoulée (Enquête de santé 2004).

L'offre en ergothérapie est surtout développée par des acteurs francophones (subventionnés par des autorités francophones), le nombre d'acteurs néerlandophones et bilingues reste très limité (partie 4).

Utilisation des services de surveillance

Ce sont surtout les personnes les plus âgées, qui vivent seules, qui ne sont pas autonomes, qui souffrent de plusieurs affections chroniques et qui ont de faibles revenus qui utilisent les systèmes d'alarme (Gevers et al., 1995). 22 acteurs dans la Région de Bruxelles organisent ce service.

Les gardes malades sont plus souvent utilisées par les personnes qui ne sont pas autonomes et qui ont été hospitalisées (Gevers et al., 1995). L'inventaire et les échos du terrain montrent que dans ce domaine l'offre est insuffisante.

Soutien des aidants proches

Les soins informels^[6] sont complémentaires des soins formels et revêtent une importance capitale pour le maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible.

On suppose fréquemment que dans un environnement urbain, il est moins possible de faire appel à la solidarité des amis, des voisins et de la famille. La Région bruxelloise compte cependant autant d'aidants proches (9 %) que le reste du pays. Le profil des intervenants de proximité est très variable. En raison de la structure spécifique des ménages, une aide est moins souvent offerte au sein du ménage ou aux membres de la famille et davantage aux amis, aux voisins et aux connaissances (Partie 3, tableau 3-10).

La grande diversité du contexte social, démographique et culturel de la Région bruxelloise se reflète également dans la dispersion des aidants proches (cartes 3-19 à 3-23). On trouve la proportion la plus importante d'aidants proches parmi les femmes de 50 à 64 ans (figure 3-12) et parmi les personnes de niveau d'instruction élevé. Il est donc logique que la proportion des aidants proches soit plus importante dans la seconde couronne.

Dans cette zone plus aisée, qui compte proportionnellement plus de personnes âgées, on trouve davantage de personnes fournissant des soins informels aux voisins, connaissances et membres de la famille extérieurs au

ménage (cartes 3-22 et 3-23). La proportion des aidants proches extérieurs au ménage est par contre limitée dans les quartiers plus défavorisés où vit une population assez jeune, le plus souvent d'origine étrangère. Cette population est moins confrontée à la demande d'aide de personnes très âgées (les parents habitent souvent dans le pays d'origine). La proportion des aidants proches qui offrent une aide au sein du ménage y est toutefois très élevée, ce qui s'explique vraisemblablement par une tradition plus importante de la cohabitation avec plusieurs générations (carte 3-21).

Il ne faut pas sous-estimer la lourdeur des tâches assumées par ces aidants proches. Lorsque des aidants proches apportent une aide à leurs partenaires, voisins, amis et connaissances, ils peuvent se trouver dans des situations où ils ont eux-mêmes besoin d'un soutien.

Une enquête du CBGS réalisée en 2003 a analysé les ressources et les charges des aidants proches enregistrés en Flandre^[7] (Jacobs et al., 2004) :

- 58 % des aidants proches sont confrontés à une pression émotionnelle en assurant ces soins,
- 52 % jugent les soins physiquement lourds,
- plus d'un tiers des intervenants estiment que leur vie sociale pâtit des soins qu'ils dispensent,
- plus d'un tiers estiment qu'ils ont trop peu de temps pour eux-mêmes,
- un aidant proche sur quatre répond que sa propre santé pâtit des soins qu'il dispense,
- un aidant proche sur quatre est confronté à une surcharge financière,
- près d'un aidant sur cinq se sent épuisé,
- 19 % estiment que les soins informels ne donnent pas de sens à leur vie,
- 19 % estiment qu'il ne s'agit pas d'une expérience enrichissante et
- 8 % ne répéteraient pas l'expérience.

Le vécu lié à ces soins dépend du type de soins et des caractéristiques sociodémographiques de l'aidant proche. Plus les soins à apporter sont intensifs, plus les difficultés mentionnées ci-dessus sont fréquentes. Les soins pour

⁶ Pour la définition des soins de santé de proximité, voir partie 3, p. 61.

⁷ Les aidants proches enregistrés sont des personnes qui sont inscrites en tant qu'intervenants de proximité auprès d'une caisse d'assurance soins. Le CBGS a réalisé une enquête auprès de 2 735 aidants proches enregistrés, âgés de 25 à 79 ans, en Flandre.

une personne avec laquelle on cohabite sont plus lourds que les soins destinés à une personne avec laquelle on ne cohabite pas^[8].

Les aidants proches féminins et âgés connaissent généralement davantage de problèmes lorsqu'ils apportent leur aide que les aidants proches masculins et plus jeunes. Ceux qui n'ont pas d'emploi rémunéré ou qui interrompent temporairement leur travail disent rencontrer plus souvent des problèmes que ceux qui travaillent à temps partiel ou à temps plein. Les personnes de faible niveau d'instruction perçoivent aussi la charge comme plus lourde que les personnes de niveau d'instruction élevé.

Il est dès lors très important que les aidants proches soient bien soutenus. 11 acteurs de la Région bruxelloise leur offrent un soutien qui est apprécié par les aidants, mais qui ne peut couvrir leurs besoins qui sont énormes. En effet, en 2001, plus de 65 000 Bruxellois déclaraient assurer des soins informels (partie 3).

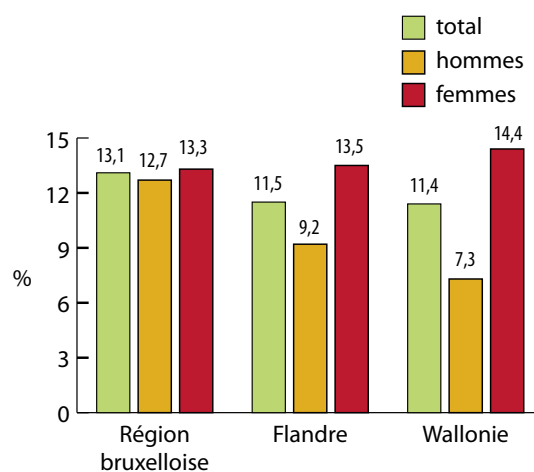
La santé mentale des Bruxellois âgés

L'enquête de santé de 2004 indique que 28,5 % des Bruxellois de 65 ans et plus ont éprouvé des «difficultés psychologiques»^[9]. Cette proportion est plus élevée que dans le reste du pays (20,5 % en Flandre et 24,3 % en Wallonie). Contrairement au reste du pays, où les difficultés psychologiques touchent le plus souvent les femmes, en Région bruxelloise les hommes déclarent autant de problèmes psychologiques que les femmes.

Si l'on considère uniquement les «problèmes psychologiques les plus sérieux»^[10], on obtient une image comparable (figure 5-07). La différence entre hommes et femmes retrouvée dans les deux autres régions ne semble pas présente en Région bruxelloise et ce, en défaveur des hommes bruxellois.

Figure 5-07

Pourcentage des personnes de 65 ans et plus qui ont éprouvé récemment des difficultés psychologiques sérieuses, selon les régions et le sexe, 2004



Source : Enquête de santé par interview, 2004

Lorsqu'on considère les pourcentages de problèmes spécifiques de santé mentale dans la population (tableau 5-07), les différences entre régions sont relativement faibles. On trouve en Région bruxelloise, comme dans les autres régions, une proportion plus élevée de femmes que d'hommes qui souffrent de troubles dépressifs, anxieux ou de troubles du sommeil; les hommes bruxellois présentent cependant des troubles psychiques plus fréquemment que les hommes des autres régions.

⁸ Pour des données chiffrées détaillées, nous renvoyons à l'enquête du CBGS (p. 179-185).

⁹ «Les difficultés psychologiques» sont définies comme la présence d'au moins 2 symptômes qui se réfèrent à un problème mental.

¹⁰ «Un problème psychologique plus sérieux» est défini comme la présence d'au moins 4 symptômes qui se réfèrent à un problème mental.

Tableau 5-07

Pourcentage des personnes de 65 ans et plus qui ont un problème de santé mentale, selon le sexe et les régions, 2004

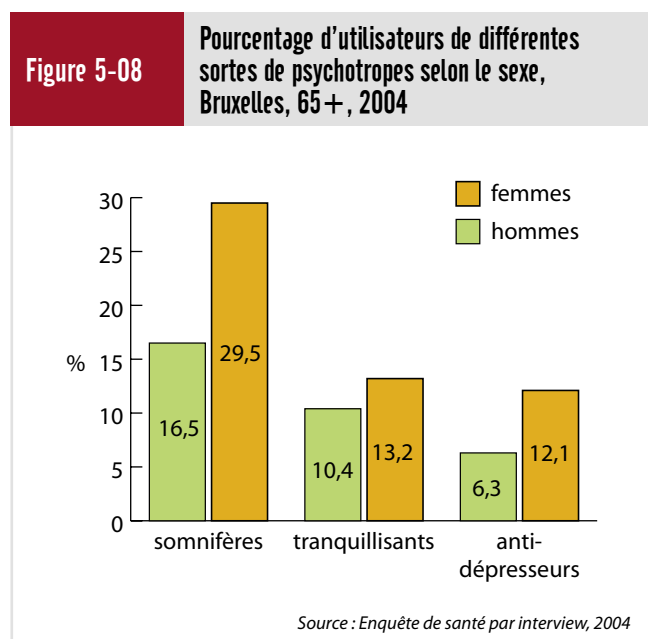
	Région bruxelloise			Flandre			Wallonie		
	hommes	femmes	Total	hommes	femmes	Total	hommes	femmes	Total
Troubles dépressifs	8,9	17,0	13,8	7,4	11,3	9,6	6,1	18,8	13,3
Troubles anxieux	6,3	7,8	7,2	4,9	8,7	6,9	3,0	9,8	6,9
Troubles du sommeil	20,2	25,9	23,7	19,6	29,5	25,0	18,9	26,7	23,3

Source : Enquête de santé par interview, 2004

La prévalence des troubles dépressifs en Région bruxelloise augmente avec l'âge, elle atteint 6 % chez les jeunes de 15-24 ans et monte à 19 % chez les Bruxellois de 75 ans ou plus. L'évolution avec l'âge selon le sexe montre qu'il y a un premier pic de problèmes chez les hommes vers 35-44 ans (11 %) et un second après 75 ans (11 %). Chez les femmes, nous voyons surtout des périodes critiques vers 45-54 ans (17 %) et également après 75 ans (25 %).

9,4 % des seniors bruxellois (11,4 % des femmes et 6,3 % des hommes) déclarent avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois.

34,7 % des Bruxellois de plus de 65 ans (25,8 % des hommes et 40,1 % des femmes) ont utilisé au moins un médicament psychotrope (somnifères, calmants ou antidépresseurs) au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête. Cette proportion est nettement plus importante que pour les 15-64 ans (12,7 %). La figure 5-08 présente les proportions par type de médicament.



Des services spécifiques ainsi que de nombreux acteurs non spécialisés tentent de répondre à ces difficultés. Cette offre semble cependant insuffisante, en particulier en ce qui concerne les possibilités de soutien au domicile. De manière générale, trop de personnes âgées sont encore confrontées à des obstacles de mobilité, financiers ou culturels qui les empêchent de demander

ou de recevoir le soutien nécessaire pour faire face à ces difficultés.

Malgré la proportion élevée de personnes âgées qui souffrent de troubles psychologiques, moins d'1 % des Bruxellois de plus de 65 ans ont eu un contact avec un centre de santé mentale au cours de l'année écoulée (pour 1,5 % des Bruxellois de 15 à 64 ans).

Bibliographie

Allen S., Foster A., Berg K. (2001) «Receiving Help at Home : The Interplay of Human and Technological Assistance», in *Journal of Gerontology*. 2001, vol 56B, n° 6, S374-S382.

Auslander G. et Litwin H. (1990) «Social Support Network and Formal Help Seeking : Differences between Applicants to Social Services and a Nonapplicant Sample», in *Journal of Gerontology*. 1990, vol 45, n° 3, S112-S119.

Bayingana K., Demarest S., Gisle L., Hesse E., Miermans P.J., Tafforeau J., Van der Heyden J.G. (2006) Enquête de santé par interview, Belgique, 2004 REF : D/2006/2505/3, <http://www.iph.fgov.be/epidemio/hisia/index.htm>

Bresse S. (2004) «Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000», in *Etudes et Résultats*. 2004a, n° 296, 1- 8.

de Henau J., Meulders D., Zadunayski E. (2003) Home sweet home! Au chevet des politiques de maintien à domicile dans la Région de Bruxelles-Capitale.

Dutheil N. (2001) «Les aides et les aidants des personnes âgées», in *Etudes et Résultats*. 2001, n° 142, 1-11.

Gevers L., De Donder P., Crevits P. (2003) Services aux personnes âgées : une vue économique. 1995. Groupe de travail CREDES. Territoires et accès aux soins. Questions d'économie de la santé [10], 1-4.

Jacobs T et Lodewijckx E. (2003) (red.) Zicht op zorg. Studie van de mantelzorg in Vlaanderen in 2003, 230 pp.

Leroy X. et Neiryck I. (1994) Solidarités sociales et santé des aînés - Tome 1 : les aînés vivant à domicile. Centre Interdisciplinaire sur le vieillissement.

Martin P. (2003) Le maintien à domicile : le temps de l'affirmation. ASEV, association pour le soutien de l'étude du vieillissement. In *La sève* [1], 20-28.

Masuy A. (2006) «Lorsque l'aide des proches ne suffit pas : L'entourage social des plus âgés influence-t-il leur usage de services d'aide à domicile ?». Louvain-la-Neuve : UCL, [mémoire de licence en sociologie]

Pacolet J., Leroy X., Cattaert G., Coudron V., Gobert M. (2005) Plus est en vous driemaal. Manpowerplanning in de zorgsector in Brussel-Hoofdstad. Plus est en vous 3^{ème}. Manpowerplanning dans la champ de la santé à Bruxelles-Capitale. HIVA, KUL, UCL, and SESA, Service d'Etudes Socio Economiques de la Santé.

Penning M. et Chappell N. (1990) «Self-care in Relation to Informal and Formal Care», in *Ageing and Society*. 1990, vol 10, 41-59.

Renaut S. (2001) «Vivre ou non à domicile après 75 ans», in *Gérontologie et société*. 2001, n° 98, 66-83.

Stoddart H., Whitley E., Harvey I., Sharp D. (2002) What determines the use of home care services by elderly people? *Health and Social Care in the Community* 10[5], 348-360.

