

Rapport de Recherche de l'INEPS

INSTITUT WALLON
DE L'ÉVALUATION,
DE LA PROSPECTIVE
ET DE LA STATISTIQUE

n°17 Juillet 2016

INEPS
INSTITUT WALLON
DE L'ÉVALUATION,
DE LA PROSPECTIVE
ET DE LA STATISTIQUE

L'INEPS est un institut scientifique public d'aide à la prise de décision à destination des pouvoirs publics. Par sa mission scientifique transversale, il met à la disposition des décideurs wallons, des partenaires de la Wallonie et des citoyens des informations diverses qui vont de la présentation de statistiques et d'indicateurs à la réalisation d'études et d'analyses approfondies dans les champs couverts par les sciences économiques, sociales, politiques et de l'environnement. Par sa mission de conseil stratégique, il participe activement à la promotion et la mise en œuvre d'une culture de l'évaluation et de la prospective en Wallonie.

La gestion du vieillissement en Wallonie aux horizons 2025-2045: enjeux et prospective

Mélanie BOURGUIGNON (CIRTES/DEMO)

Florence DEGRAVE (CIRTES)

Thierry EGGERICKX (DEMO)

Myriam GHILAIN (CIRFASE)

Blanche LEIDER (CIRFASE)

Grégoire LITS (CIRFASE)

Jacques MARQUET, promoteur du projet (CIRFASE)

Laura MERLA (CIRFASE)

Jean-Paul SANDERSON (DEMO)

RÉSUMÉ

Ce rapport présente les résultats d'une analyse prospective sur le « bien vieillir » en Wallonie à l'horizon 2025 - 2045 menée par une équipe interdisciplinaire composée de démographes, de sociologues, de politologues et d'économistes de l'Université catholique de Louvain. La question du « bien vieillir » a été abordée via l'articulation entre quatre volets. Le premier volet analyse les déterminants de la prise en charge et de l'accompagnement des parents âgés et à étudier la répartition géographique des profils types de parents et d'enfants en les mettant en relation 1/ avec les besoins identifiables à partir d'une analyse du vieillissement local des populations ; 2/ avec l'offre de service sur les territoires communaux. Une typologie des communes wallonnes croisant les besoins et l'offre de service pour les personnes âgées est également élaborée. Le deuxième volet examine des expériences pilotes ou des initiatives récentes d'aide à des publics dépendants ou soumis à un risque d'isolement élevé et aux aidant-e-s, menées à un niveau local, ainsi que certaines initiatives plus informelles dont l'objectif est de renforcer ou d'améliorer les possibilités de maintien à domicile pour les personnes âgées dépendantes.

Le troisième volet met au jour 1/ les diverses conceptions du « bien vieillir » que développent les (futurs) acteurs du vieillissement et de l'aide à domicile – d'une part jeunes seniors (45-55 ans) qui fournissent aujourd'hui un soutien à leurs parents âgés et sont, à un horizon proche, les futurs bénéficiaires des aides familiales et professionnelles et d'autre part les futurs professionnels du secteur de l'aide ainsi que les professionnels qui les forment ; 2/ les stratégies conscientes et inconscientes que les futurs aidés et aidants mettent en place pour préparer et anticiper les besoins futurs (stratégies financières, affectives, sociales, de mobilité géographique, etc.) en fonction de leurs attentes en matière de « bien vieillir » ; 3/ les tendances en matière d'aide aux personnes vieillissantes à partir des évolutions observées par les professionnels de l'aide à domicile. Le quatrième volet propose et discute des scénarios de gestion du vieillissement intégrant les niveaux micro, meso, macro, avec des acteurs et des experts afin de proposer des recommandations aux pouvoirs publics relativement aux enjeux et à la gestion du vieillissement.

Analyse prospective

Grégoire LITS, Mélanie BOURGUIGNON, Florence DEGAVRE, Thierry EGGERICKX, Jacques
MARQUET (dir.) et Jean-Paul SANDERSON

1. Introduction

Ce rapport a pour objectif de réaliser une analyse prospective des enjeux du vieillissement en Wallonie à l'horizon 2025-2045.

L'objectif principal d'une démarche prospective n'est pas de prédire le futur, mais bien de mettre en évidence les perspectives, les opportunités et les risques à prendre en compte pour produire collectivement un futur désirable. La démarche prospective a donc pour objectif premier de permettre aux acteurs (quels qu'ils soient) impliqués dans une problématique sociétale (ici la gestion des enjeux du vieillissement) de prendre conscience du caractère ouvert et malléable du futur. Il s'agit d'aider les acteurs qui vont construire le futur à refuser, – ou à sortir d' – une vision fataliste ou déterministe, voire parfois catastrophiste, du futur.

L'analyse prospective doit donc fournir des ressources analytiques pour l'action permettant d'envisager le futur comme objet d'intervention et de construction.

L'analyse prospective que nous avons menée mobilise l'outil méthodologique de la construction de scénarios narratifs. Ces scénarios prennent la forme de récits de vie fictifs de personnes vieillissantes et d'acteurs de l'aide et des soins. Ils ont pour objectif de décrire certaines évolutions possibles des enjeux du vieillissement à l'horizon 2045 ainsi que les épreuves qu'ils font peser tant sur les personnes vieillissantes que sur les acteurs de l'aide et des soins.

La construction de ces quatre scénarios repose sur un travail rigoureux de mise en évidence des variables et des « épreuves » caractérisant les différents aspects du vieillissement en Wallonie. La construction de ces scénarios permet : (1) d'envisager différents « futurs possibles » et (2) d'analyser les différentes perspectives relatives à ces futurs prégnantes chez des acteurs et experts wallons de la question. Au-delà de la rédaction de scénarios, il s'agit donc de décrire différentes perspectives portant sur le futur du « bien-vieillir » en Wallonie.

Le premier volet de l'analyse, la construction des scénarios, s'appuie sur les conclusions des trois premiers *Working packages* de la recherche « Enjeux de la gestion

du vieillissement à domicile en Wallonie aux horizons 2025 – 2045 » menée entre 2013 et 2015.

Le second volet de l'analyse (l'analyse des différentes perspectives du « bien-vieillir ») repose sur la réalisation de quatre focus-groupes qui ont réuni 27 professionnels et experts de l'aide et des soins au cours du mois de novembre 2015.

Ce rapport comporte cinq parties. La première présente une analyse de l'évolution démographique probable de la Wallonie en termes de vieillissement. La deuxième partie reprend les acquis des trois premiers *Working packages* qui ont servi de sous-bassement à cette analyse prospective. La troisième partie présente la méthodologie de la construction des scénarios et de la prospective participative qui vise à mettre ces scénarios en discussion avec des acteurs de terrain. La quatrième partie consiste en l'analyse des matériaux discursifs récoltés lors des quatre focus-groupes. La dernière partie synthétise ces analyses sous forme de recommandations à destination des acteurs de la gestion du vieillissement.

2. Le vieillissement démographique en Wallonie : tendances passées actuelles et à venir, approches régionales et locales

2.1 *Le vieillissement des populations*

Actuellement, de nombreux articles traitent des tendances du vieillissement démographique et de ses conséquences économiques, politiques, sociales et/ou culturelles. Peu approchent toutefois ce processus sous l'angle local et c'est notamment sur ce point que ce projet apporte une plus-value : il réinscrit les tendances macro, meso et micro, dans un contexte local dans lequel les acteurs décisionnels jouent un rôle important en matière de gestion du vieillissement.

En Belgique, l'enclenchement du processus du vieillissement est ancien et remonte à près de 150 ans, lorsque l'âge moyen des populations commence réellement à décoller. Entre 1846 et 2014, l'âge moyen est passé de 28,4 ans à 41,2 ans. Les évolutions, certes à la hausse, sont toutefois à nuancer selon les régions du pays : jusque vers 1990, la population de la Wallonie était plus vieillie que celle de la Flandre. Depuis, les positions se sont inversées, et les écarts se sont même légèrement accentués récemment. Les projections d'ici 2060 ne cachent pas non plus cette évolution à la hausse : hormis à Bruxelles où, vraisemblablement, l'âge moyen stagnera, en Flandre et en Wallonie, il ne cessera d'augmenter et atteindra des niveaux proches de 44 ans en 2060. La Flandre conservera par ailleurs un âge moyen plus élevé qu'en Wallonie.

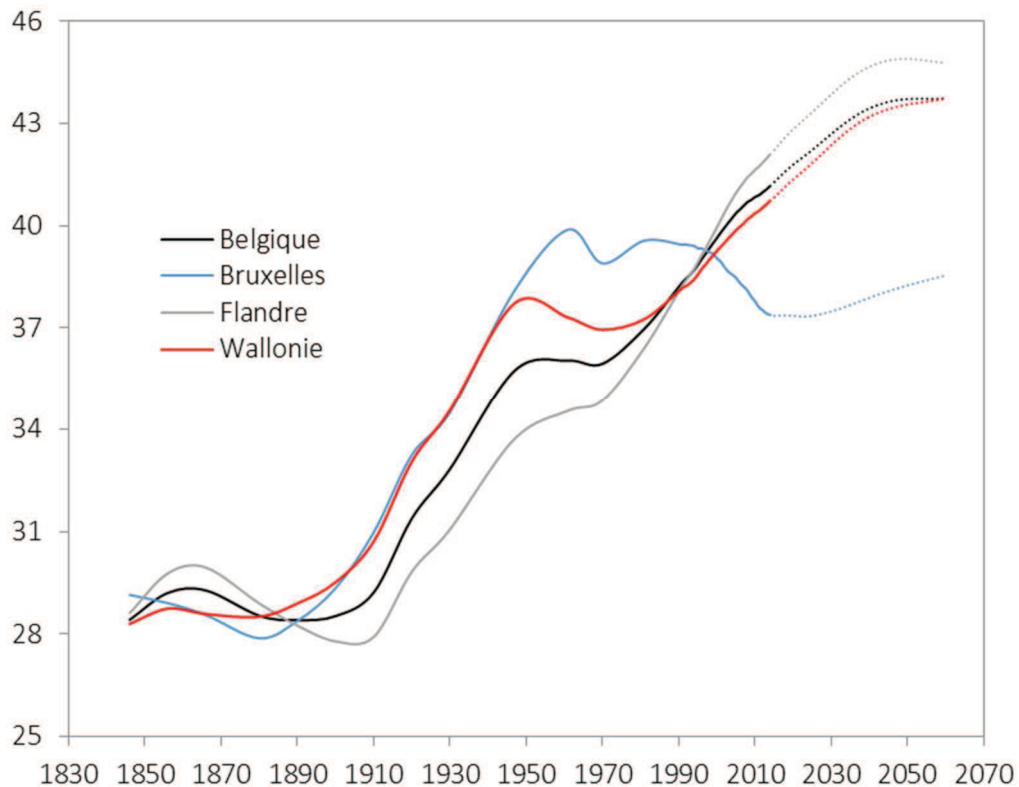


Figure 62. Evolution de l'âge moyen de la population. Source: DGS – Bureau du Plan.

Des disparités existent aussi au sein de la Wallonie, où l'on détecte des zones de sur-vieillessement et d'autres de sous-vieillessement. C'est notamment le cas des communes de la vallée de la Semois, de l'Entre-Sambre-et-Meuse, du Tournaisis et du plateau ardennais qui présentent des âges moyens parmi les plus élevés. La situation est par contre nettement différente dans les communes périurbaines du Brabant wallon, du nord de Namur et du sud-est de la province du Luxembourg qui se caractérisent par des âges moyens bien plus faibles.

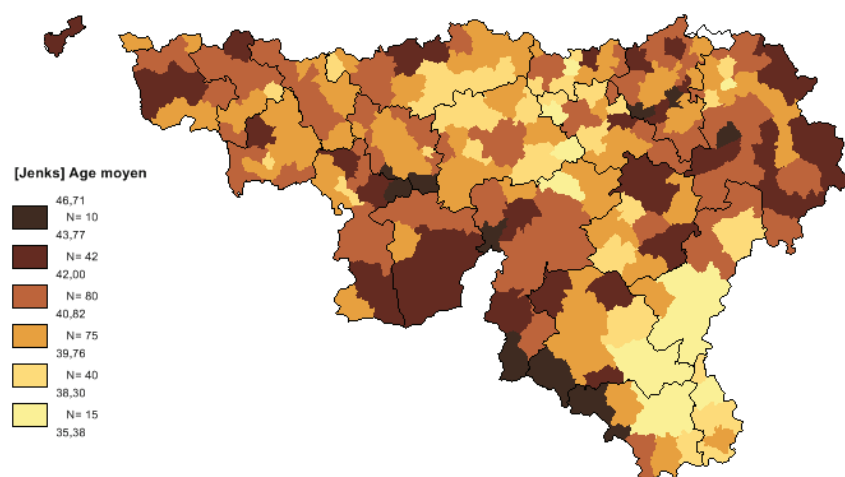


Figure 63. Âge moyen de la population des communes de Wallonie au 1/1/2015. Source : RN-DEMO.

Le vieillissement des populations résulte de transformations qui surviennent à la fois à la base et au sommet de la pyramide des âges. Il est la conséquence de l'allongement de l'espérance de vie, notamment aux âges élevés, mais aussi de la baisse de la fécondité des populations qui a réduit la part des jeunes et augmenté celle des plus âgés au sein de l'ensemble de la population.

En 1846, 41% de la population était âgée de moins de 20 ans en Belgique alors qu'en 2014, cela ne concerne plus que 23% de l'ensemble de la population. Cette transformation est le résultat du passage d'un indice conjoncturel de fécondité élevé en 1806 (environ 4,2 enfants par femme) à un indice nettement plus faible en 2014, proche de 1,7 enfant par femme. Le déclin plus précoce de la fécondité en Wallonie explique une grande partie des variations régionales : dès 1870, la Wallonie est entrée dans le processus de transition de fécondité alors qu'il survient plus tard en Flandre, vers 1900-1910. Il en résulte des décalages substantiels entre les proportions de populations jeunes et cela explique aussi pourquoi la population de Flandre est restée, pendant longtemps, plus jeune que celle de Wallonie.

Le sommet de la pyramide des âges est quant à lui affecté par l'allongement des durées moyennes de vie. Sur la période 1841-2015, l'espérance de vie à la naissance a quasiment doublé. Couplée à cela, l'espérance de vie à 65 ans a commencé à croître au-delà des années 1960. Un individu naissant aujourd'hui est ainsi susceptible de connaître

une durée de vie moyenne bien plus élevée qu'auparavant. De même, à 65 ans, les individus d'aujourd'hui peuvent encore espérer vivre une vingtaine d'années, en bonne ou en mauvaise santé.

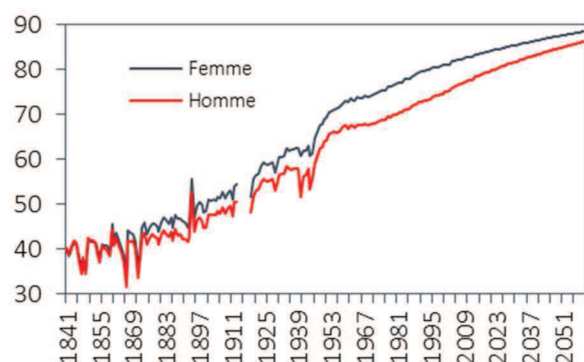


Figure 64. Evolution de l'espérance de vie à la naissance. Source: DGS – Bureau du Plan.

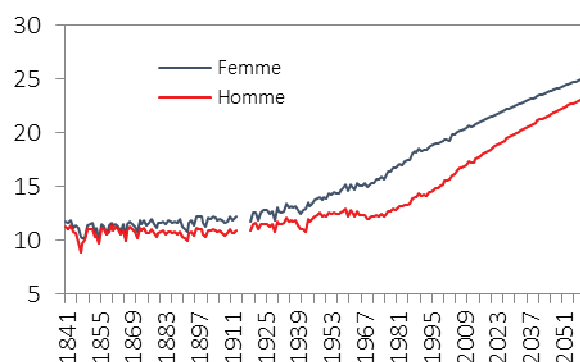


Figure 65. Evolution de l'espérance de vie à 65 ans. Source: DGS – Bureau du Plan.

Ces évolutions vont de pair avec un accroissement de la proportion d'individus âgés de 65 ans ou plus. Dans toutes les régions du pays et jusqu'en 1990, cette proportion n'a fait qu'augmenter et en 2014, en Belgique, un peu moins d'une personne sur cinq était désormais âgée de 65 ans ou plus. Le cas de Bruxelles est à nouveau différent des autres : c'est la seule région à présenter une diminution récente de la proportion de personnes âgées. Au sein de la Wallonie, on retrouve les mêmes disparités que celles observées en matière d'âge moyen des populations. Les populations les plus vieillies (60+) appartiennent aux communes de la vallée de la Semois, de l'Entre-Sambre-et-Meuse, du Tournaisis et du plateau ardennais. Les populations plus jeunes vivent quant à elles dans les communes périurbaines (Brabant Wallon, nord de Namur, sud-est de la province de Luxembourg) qui attirent des populations d'âges actifs qui exercent notamment à Bruxelles ou au Grand-duché du Luxembourg.

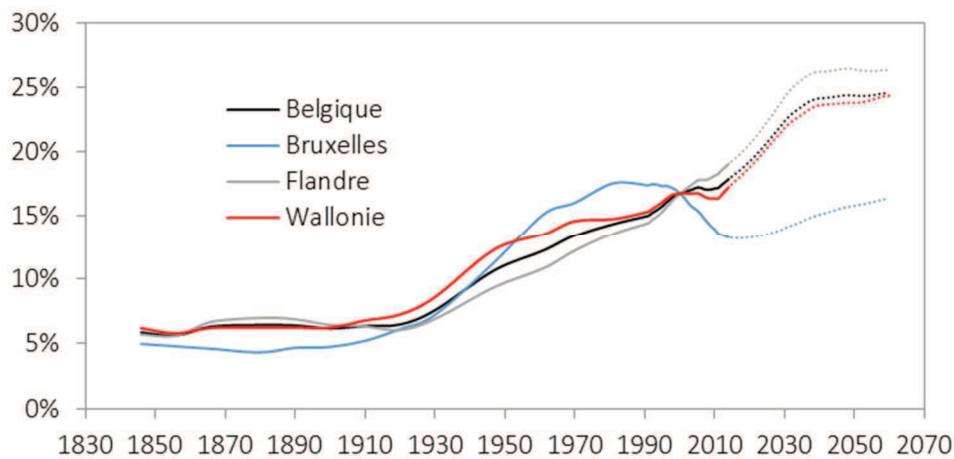


Figure 66. Evolution de la proportion des 65 ans et plus. Source: DGS – Bureau du Plan.

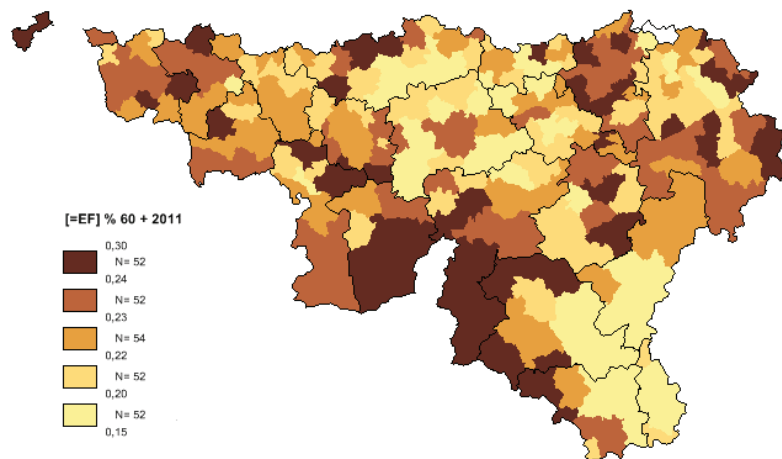


Figure 67. Proportion des 60 ans et plus des communes de Wallonie en 2011. Source: DGS – DEMO/UCL.

L'espérance de vie à 65 ans connaissant elle aussi une augmentation, l'indice de vieillissement (qui est le rapport entre les proportions des 80 ans et plus et des 65 ans et plus) n'a cessé de croître. Cela signifie que non seulement la part des personnes âgées augmente au fil du temps, mais aussi la proportion de personnes très âgées. C'est ce que l'on nomme le vieillissement dans le vieillissement. À l'échelle de la Belgique, en 1846, seulement 13% des individus de 65 ans et plus étaient en réalité âgés de 80 ans et plus ; en 2014, cela concernerait 30% des 65 ans et plus et même jusqu'à 40% en 2060 (DGS – Bureau du Plan).

Les évolutions des proportions de populations âgées, si elles sont largement différentes entre régions administratives, diffèrent aussi entre communes wallonnes. Entre 1970 et 2011, le vieillissement local a évolué selon des rythmes très différents : il a été sensiblement plus rapide dans les communes rurales frontalières (sud du Hainaut, sud de la province de Namur, extrême-est de la province de Liège) mais reste nettement plus lent en milieu urbain. Dans les communes périurbaines du Brabant wallon, du nord-namurois et du sud de la province du Luxembourg, on assiste même, entre 1970 et 2011, à un rajeunissement du sommet de la pyramide des âges. Entre 2011 et 2026, le vieillissement se généralisera pour l'ensemble des communes qui verront toute la proportion de populations âgées croître de manière plus ou moins importante. On note même que les communes qui étaient jusque-là relativement épargnées des effets du vieillissement par le sommet de la pyramide des âges (dont les communes périurbaines) connaîtront un net effet de rattrapage, puisque c'est notamment à ces endroits que la hausse des populations âgées risque d'être la plus marquée.

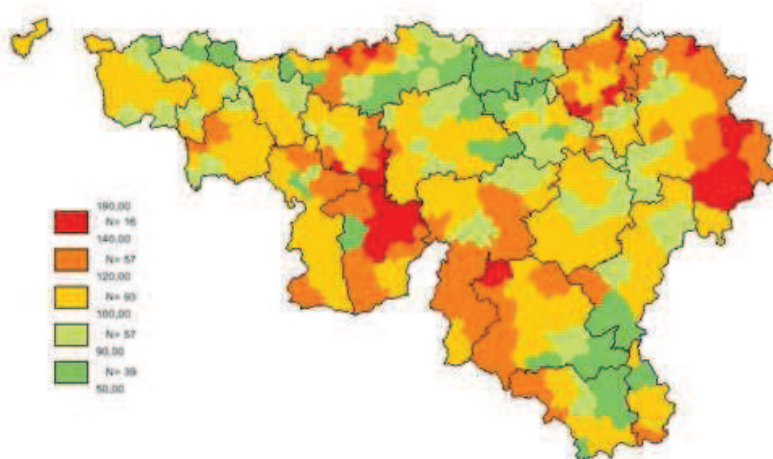


Figure 68. L'évolution de la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus, de 1970 à 2011 (1970=indice 100). Source : DGS – DEMO/UCL.

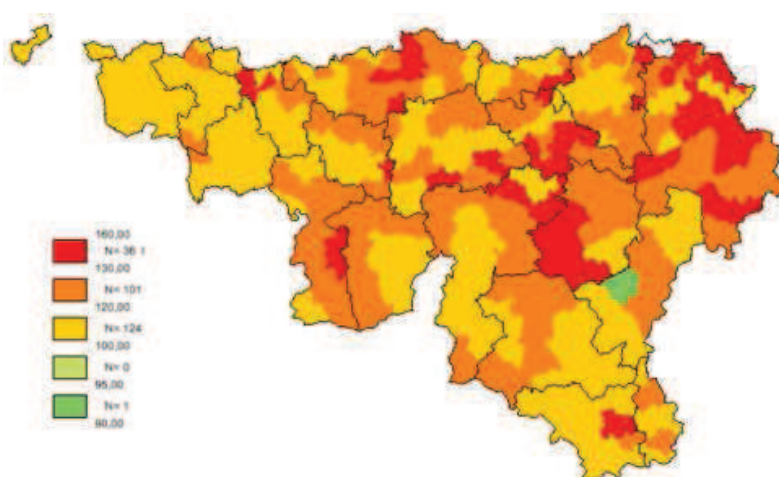


Figure 69. L'évolution de la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus, de 2011 à 2026 (2011=indice 100). Source : DGS – DEMO/UCL.

2.2 La multiculturalité aux âges élevés

En Wallonie, la population âgée de 65 ans et plus, possède, en très large majorité, la nationalité d'origine¹⁴⁷ belge : à l'échelle de la Région, cela concerne 81% des individus alors que 11% ont une nationalité d'origine européenne et 8% ont une nationalité d'origine non européenne. Les situations sont toutefois bien plus diversifiées à l'échelon local. On observe notamment une dualité entre communes rurales et communes urbaines ou périurbaines, ainsi que des contrastes importants entre communes frontalières et non frontalières. Le sud rural de la Wallonie se compose essentiellement de populations âgées très majoritairement belges, avec une exception pour les communes frontalières avec la France, le Luxembourg ou l'Allemagne. Ces dernières présentent des proportions légèrement plus élevées qu'ailleurs d'individus d'origine européenne, soit des individus majoritairement issus de pays voisins. Le nord de la Wallonie est plus diversifié. Les communes rurales se caractérisent par une large majorité d'individus d'origine belge, alors que les communes urbaines (Mons, Charleroi, Namur, Liège) et périurbaines présentent une hétérogénéité plus marquée en termes de nationalité, avec notamment des proportions plus élevées de populations de nationalités d'origines européennes et non européennes.

¹⁴⁷ La nationalité d'origine correspond à la nationalité à la naissance.

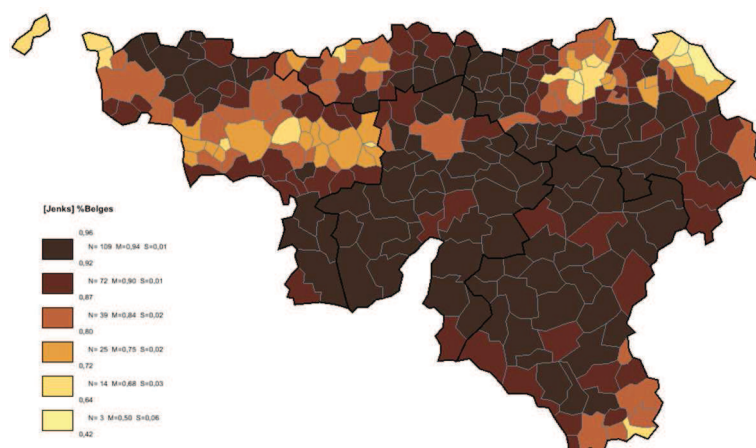


Figure 70. Parts des 65 ans et plus avec nationalité d'origine belge en 2011. Source: RN-DEMO.

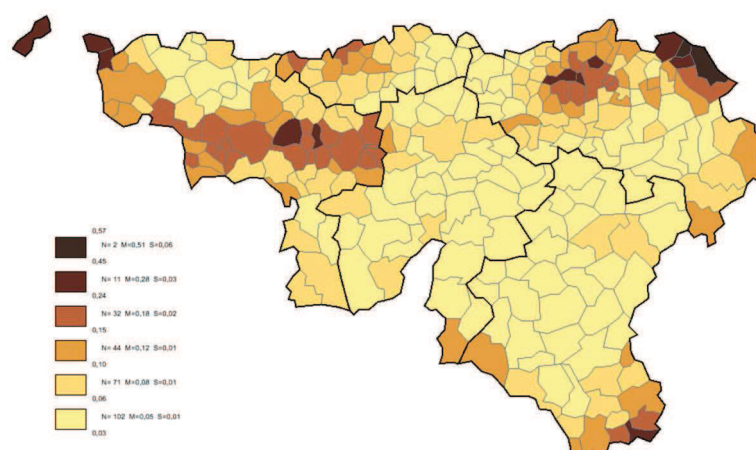


Figure 71. Parts des 65 ans et plus avec nationalité d'origine européenne en 2011. Source: RN-DEMO..

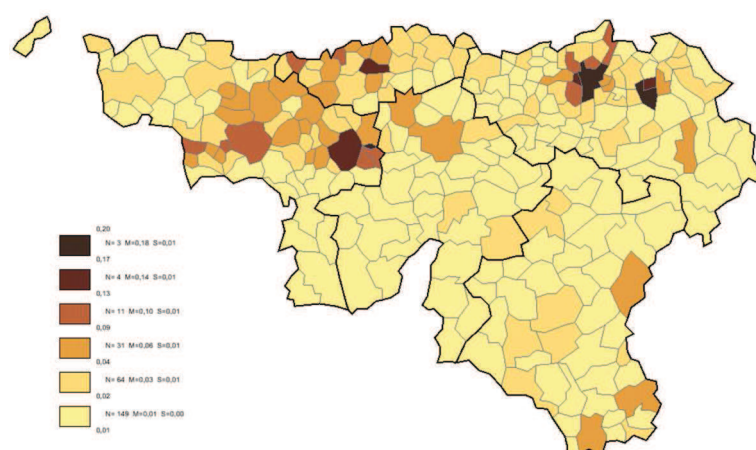


Figure 72. Parts des 65 ans et plus avec nationalité d'origine non européenne en 2011. Source: RN-DEMO.

2.3 La précarisation/paupérisation des populations âgées

La précarisation des populations âgées, et les disparités spatiales en termes de précarisation peuvent se mesurer au moyen de différents indicateurs. La répartition des niveaux d'instruction par commune montre de très nettes inégalités au sein de la Wallonie, avec une surreprésentation des individus hautement qualifiés dans les communes urbaines (Namur, Liège, Arlon, etc.) et périurbaines (Brabant wallon, proximité des grandes villes, etc.). Les communes rurales présentent quant à elles un profil différent, avec des populations âgées globalement moins instruites qu'ailleurs.

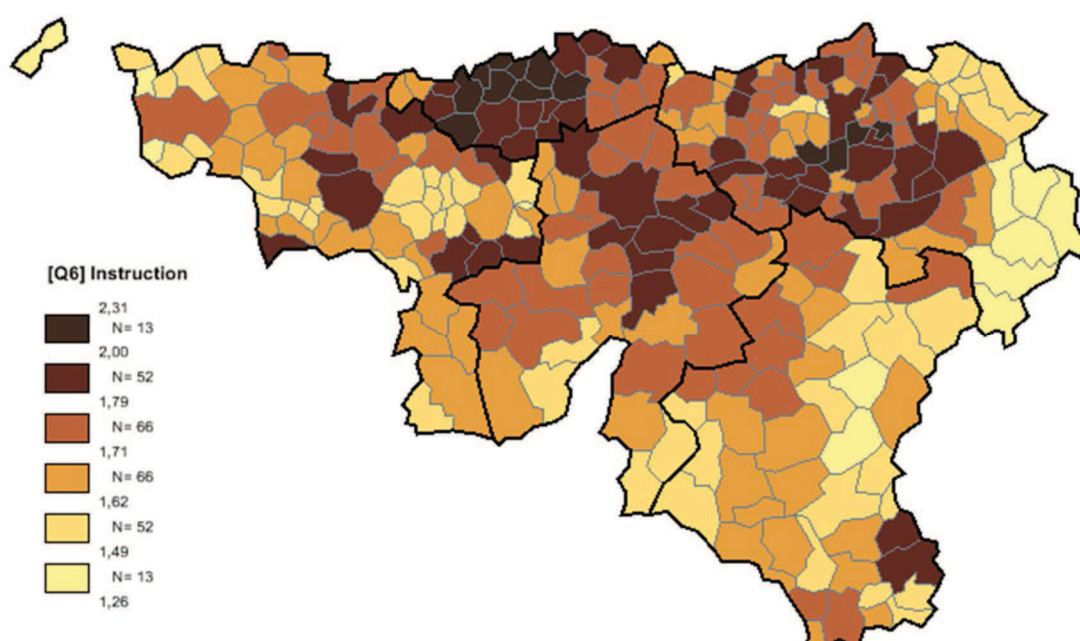


Figure 73. Niveau d'instruction des populations âgées de 65 ans et plus. Source: Censur 2011.

Lecture : l'indice attribué à chaque commune est obtenu comme suit¹⁴⁸ : (1* % faiblement instruits) + (2* % moyennement instruits) + (3* % hautement instruits). Cet indice varie entre 1 et 3 : 1 signifie que tous les individus sont faiblement instruits et 3 signifie au contraire que tous les individus ont un niveau d'instruction élevé. Autrement dit, plus une commune a un indice élevé, plus elle se compose d'individus hautement qualifiés, et inversement.

Les données récentes ne permettent pas d'en connaître davantage sur les caractéristiques socioéconomiques des populations âgées par commune wallonne. Le recensement de 2001 fournit toutefois une image raisonnable des disparités socioéconomiques observées à l'échelle des communes pour les populations âgées de 65

¹⁴⁸ Le niveau faible correspond aux individus qui n'ont aucun diplôme ou un diplôme primaire ; le niveau moyen correspond aux individus diplômés de l'enseignement secondaire ou post-secondaire non supérieur ; le niveau élevé correspond aux individus diplômés de l'enseignement supérieur.

ou 80 ans et plus. Plus l'indice est élevé, plus les proportions d'individus socioéconomiquement défavorisés sont élevées, et inversement. Les distributions spatiales des indices par communes sont relativement semblables, qu'il s'agisse des individus de 65 ans et plus ou de 80 ans et plus. Les indices sont notamment très élevés pour les communes du Brabant wallon, pour les grands centres urbains comme Namur ou Liège et pour les communes périurbaines situées le long de la dorsale wallonne ou dans l'extrême sud de la province du Luxembourg. Par définition, ces espaces sont réputés pour être peuplés d'individus moins précarisés qu'ailleurs : le prix de l'immobilier constitue notamment une barrière d'accès à ces espaces. Les populations âgées sont par contre proportionnellement plus souvent précarisées dans les communes du Hainaut, de l'Entre-Sambre-et-Meuse et de la plupart des communes rurales du sud de la Wallonie.

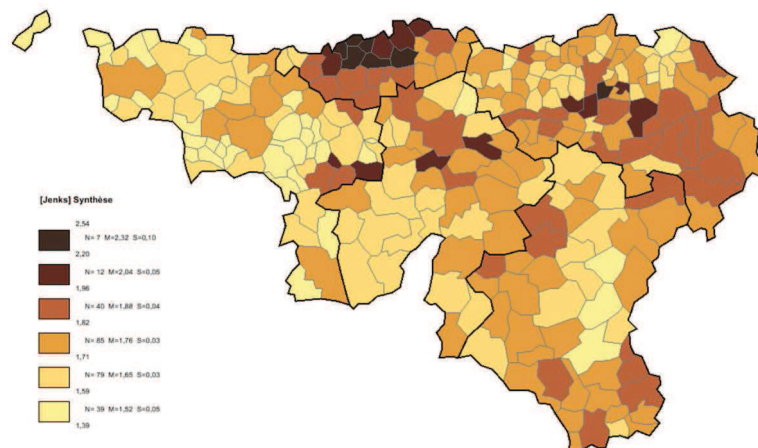


Figure 74. Appartenance socioéconomique des populations âgées de 65 ans et plus. Source: Recensement de 2001

Lecture : L'appartenance socioéconomique des individus repose sur un indice combinant leur niveau d'instruction, leur situation socioprofessionnelle et les caractéristiques liées à leur logement (titre de propriété, salubrité des espaces, commodités disponibles, etc.) (Eggerickx, Sanderson, 2013). À partir de cette variable, quatre groupes d'individus ont été constitués : un quartile défavorisé, un quartile intermédiaire bas, un quartile intermédiaire haut et un quartile favorisé. L'indice cartographié ci-dessus est synthétique et obtenu comme suit : (1* % quartile défavorisé) + (2* % quartile intermédiaire bas) + (3* % quartile intermédiaire haut) + (4* % quartile favorisé). L'indice varie de 1 à 4. Plus l'indice est proche de 4, plus les proportions de personnes des quartiles favorisé et intermédiaire haut sont élevées. À l'inverse, plus l'indice est proche de 1, plus les proportions de personnes des quartiles intermédiaire bas et défavorisé sont élevées.

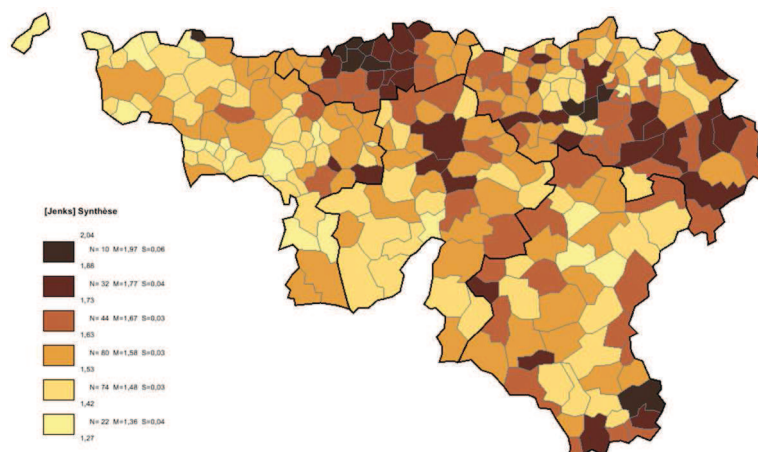


Figure 75. Appartenance socioéconomique des populations âgées de 80 ans et plus. Source: Recensement de 2001.

Lecture : voir ci-dessus, pour les 65 ans et plus.

2.4 Configurations familiales aux âges élevés

2.4.a Approche par les types de ménages

Les configurations familiales des individus évoluent selon leur âge. Au 1/1/2013, en Wallonie, on repère notamment que la prévalence d'individus isolés augmente avec

l'âge, surtout chez les femmes. On note également une augmentation avec l'âge de la proportion d'individus résidant au sein de ménages collectifs.

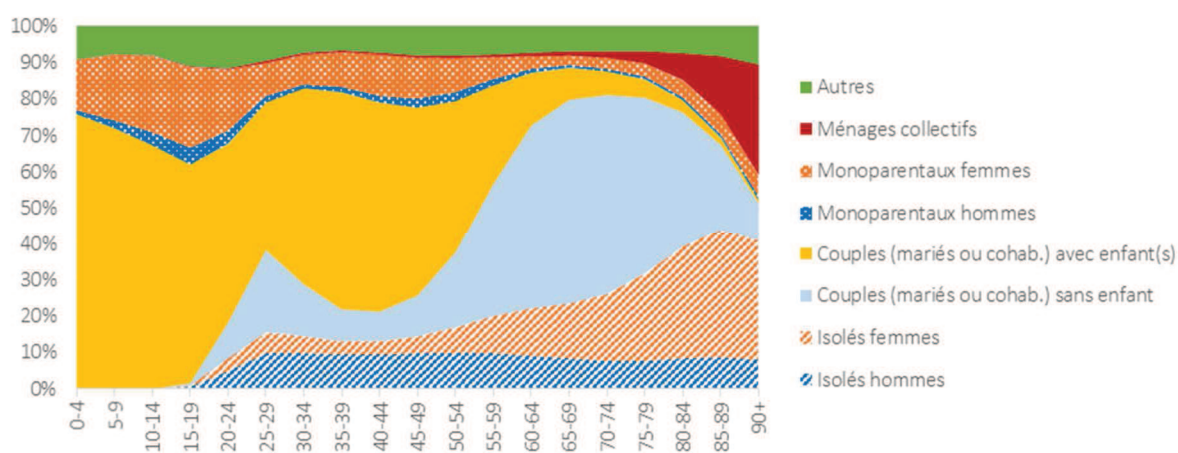


Figure 76. Type de ménage par groupe quinquennal d'âge, Wallonie. Source: Cytise.

Si le recours aux institutions collectives évolue selon l'âge des individus, on observe aussi que le nombre de jours facturés en maisons de repos et en maisons de repos et de soins varie selon le profil de santé des individus et évolue au fil du temps : depuis 1995, on repère notamment que le nombre de journées, facturé à des personnes totalement autonomes (forfait O) ne cessent de décroître. En revanche, le nombre de jours facturés à des personnes très dépendantes (forfaits B, C et Cd) augmente : en 2009, 65% des journées étaient facturées à des individus bénéficiant de forfaits B, C ou Cd alors que ça n'était encore le cas que de 56% des jours facturés en 1995. L'évolution du profil de santé des résidents de maisons de repos (et de soins) n'est pas sans conséquence : le maintien prolongé à domicile des aînés fait des institutions des mouiroirs, auxquels on ne recourt le plus souvent que parce que la santé ne permet plus de résider seul et/ou sans surveillance « médicalisée ».

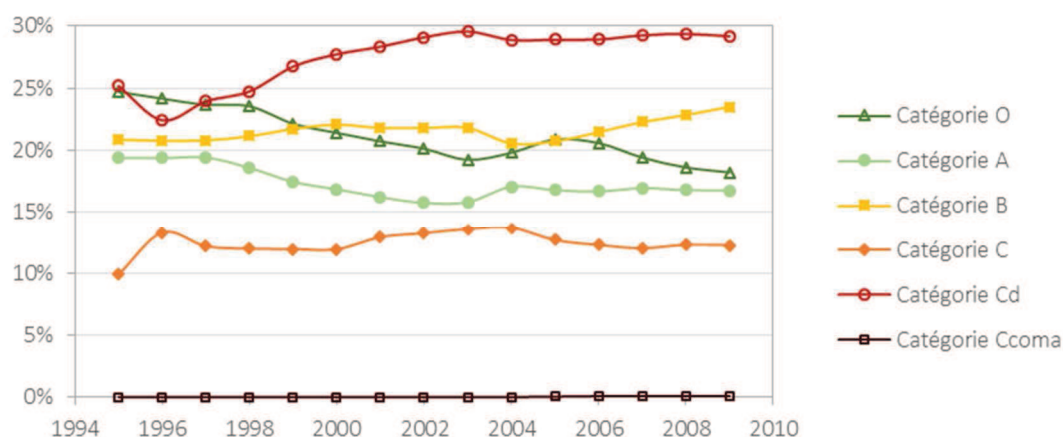


Figure 77. Evolution du nombre de journées facturées par bénéficiaires en MR et MRS. Source: Inami.

2.4.b L'aide informelle potentielle

Enfin les bases de données disponibles permettent de mesurer le potentiel d'aides informelles à disposition des personnes âgées. L'aide informelle est un pan de l'aide procurée aux personnes âgées pour accomplir des activités quotidiennes. Néanmoins, les évolutions actuelles, dans les domaines socioéconomiques et démographiques notamment, affectent la disponibilité de ces aidants. On observe entre autres que depuis le 19^e siècle, l'indice conjoncturel de fécondité (ou le nombre d'enfants par femme) décroît de manière très nette : valant approximativement 4 enfants par femme au début du 19^e siècle, une femme a, en moyenne, 1,7 enfant en 2014. Cette tendance traduit bien sûr la diminution de la fécondité au fil du temps, qui va de pair avec la diminution de la taille des générations, l'individualisation des parcours de vie et le report de la plupart des responsabilités sur seulement un ou deux enfants alors qu'avant, la présence dans les familles de trois ou quatre enfants permettait d'alléger la charge relative à l'aide à apporter aux parents âgés.

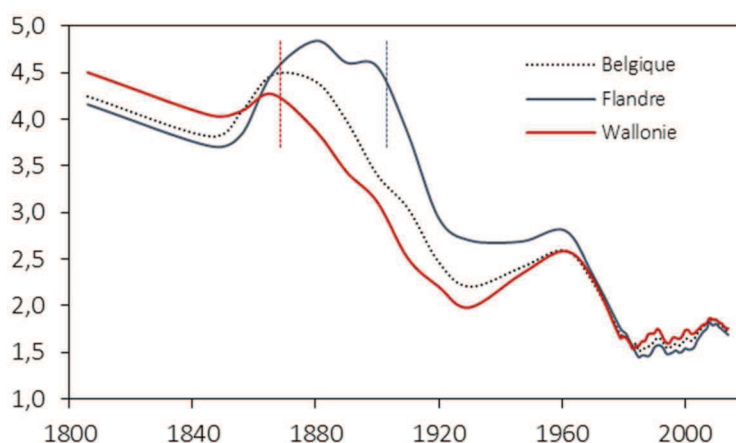


Figure 78. Evolution de l'indice conjoncturel de fécondité. Source : DGS – DEMO/UCL.

Il est très compliqué de vouloir projeter le nombre d'aidants disponibles à l'avenir, tant ce facteur est affecté par de multiples transformations individuelles et sociétales dont : les tendances en matière d'emploi chez les femmes, l'individualisation grandissante, la modification des valeurs familiales ou encore la mobilité des enfants (Schoenmaeckers et al, 2015). Le ratio d'aidants potentiels (construit à partir du rapport entre personnes aidantes et personnes âgées) montre toutefois que depuis 1990, de nettes transformations sont en cours et que la charge d'aides qui reposent sur les générations « sandwich » risque de s'accroître de manière très marquée. Si Bruxelles apparaît jusqu'en 2020 relativement épargné par la diminution du nombre d'aidants potentiellement disponibles, en Flandre et en Wallonie, les changements sont déjà très clairs et laissent penser que l'aide informelle, l'un des piliers de l'aide apportée aux aînés, va encore subir de nombreuses transformations à l'avenir.

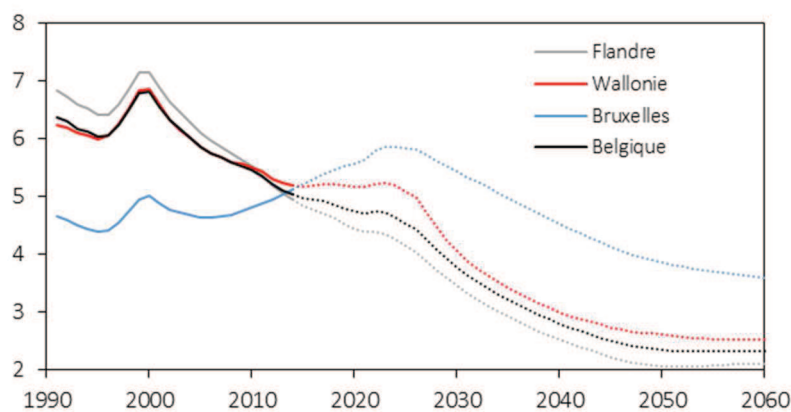


Figure 79. Evolution du ratio entre aidants potentiels (45-64 ans) et personnes âgées (80+). Source : DGS – Bureau du Plan.

3. Acquis des *working packages* précédents

L'analyse prospective menée ici est l'aboutissement d'une recherche préalable de deux années sur les enjeux du vieillissement en Wallonie. Trois *Working Packages* ont été réalisés. Le WP1 porte sur les aspects démographiques du vieillissement en Wallonie et propose une typologie des communes wallonnes prises sous l'optique de la concordance entre offre et demande d'aide et de soins aux personnes âgées. Le WP2 analyse la dynamique des innovations sociales dans le secteur de l'aide aux personnes âgées en Wallonie. Le WP3 analyse la conception du bien-vieillir chez les futurs aidants (aidants proches et professionnels).

Cette partie présente les principales conclusions de ces trois *Working Packages* qui constituent donc le sous-bassement sur lequel s'appuie l'étude prospective des enjeux du vieillissement en Wallonie.

3.1 *Working package 1 : Un essai de typologie des communes wallonnes*

Le premier *working package* (WP) de la recherche concernait les aspects sociodémographiques liés au vieillissement des populations, avec un accent particulier accordé aux dimensions spatiales et individuelles du processus. Deux objectifs ont ainsi été poursuivis dans ce WP : d'une part l'analyse, à l'échelle des communes wallonnes, de l'offre et des besoins des populations âgées et la mesure de l'(in)adéquation entre les deux dimensions ; d'autre part, l'analyse, au niveau des individus, des déterminants relatifs à l'utilisation d'aides, l'apport d'aides informelles par les populations et la fréquence des contacts intergénérationnels. Inscrit dans une recherche prospective du vieillissement des populations, ce WP sert principalement à dresser un état des lieux des situations locales à l'échelle de la Wallonie, mais aussi à identifier un certain nombre de localités, marquées par un écart important entre offre de soins, d'aides et de services et besoins de prise en charge chez les populations âgées. Dans le cadre de cette synthèse et de la démarche prospective, nous ne soulignerons ici que les éléments saillants du 1^{er} objectif (analyse agrégée des communes wallonnes).

Puisque dans ce cadre, l'un des objectifs visait effectivement à mesurer cet écart entre offre et besoins, un important travail de compilation et de traitement des données a été effectué. La multiplicité des acteurs intervenant dans le domaine et l'absence récurrente de données quantitatives et exhaustives ont compliqué la production de résultats. Néanmoins, un essai de typologie des communes wallonnes a été réalisé. Pour cela, nous avons eu recours à différentes données, provenant de sources multiples et variées. Les besoins des populations âgées ont été mesurés à partir d'indices d'ampleur du vieillissement, de précarisation des populations âgées, de mauvaise santé chez ces mêmes populations et de leurs habitudes résidentielles (Tableau 36, partie supérieure). L'offre de soins, d'aides et de services a quant à elle été appréhendée à l'aune de sept indicateurs (Tableau 36, partie inférieure) reflétant la disponibilité de professionnels de soins, la disponibilité d'aidants informels, la disponibilité potentielle d'aides, ainsi que l'insatisfaction des populations âgées quant à l'offre de transports publics, de soins de santé et de services sociaux.

	Indicateurs	Source	Date
Besoins	Parts communales de personnes de 80 ans et plus	Registre national	2011
	Parts communales de 80 ans et plus précarisés	Recensement de population	2001
	Parts communales de 80 ans et plus en mauvaise santé subjective		
	Parts communales de 80 ans et plus en mauvaise santé objective		
	Parts communales de 80 ans et plus isolés	Registre national	2010
	Parts communales de 80 ans et plus en couple sans enfant		
Offre	Professionnels de soins ¹⁴⁹ rapportés au nombre de 80+ par commune	Inami et Reg. national	2013
	Parts communales d'aidants informels hommes de 45 ans et plus	Recensement de population	2001
	Parts communales d'aidants informels femmes de 45 ans et plus		
	Ratios d'aidants potentiels (45-64/80+)	Registre national	2011
	Parts communales de 80 ans et plus insatisfaits de l'offre de transports publics	Recensement de population	2001
	Parts communales de 80 ans et plus insatisfaits de l'offre de soins de santé		
	Parts communales de 80 ans et plus insatisfaits de l'offre de services sociaux ¹⁵⁰		

Tableau 36: Indicateurs requis pour les typologies communales.

C'est à partir de ces indicateurs que des typologies des communes wallonnes ont été construites. Dans un premier temps, elles ont été établies à partir de méthodes multivariées (analyses factorielles, analyses classificatoires...), mais les résultats étant

¹⁴⁹ Les professionnels de soins sont ici entendus comme étant les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les pharmaciens.

¹⁵⁰ Sont repris dans la question du recensement les services sociaux et scolaires, mais cet indicateur étant centré sur les 80 ans et plus, nous faisons l'hypothèse que leur avis ne concerne que l'offre de services sociaux.

peu aisés à interpréter et la confrontation entre offre et besoins donnant des résultats peu concluants, nous avons élaboré une autre méthode pour construire une mesure objective de l'écart (in)existant entre offre et besoins dans chaque commune wallonne. Deux indices ont été calculés, l'un se rapportant à la dimension des besoins des populations âgées et le second traitant de l'offre d'aides, de soins et de services. Deux indices ont ainsi été attribués à chaque commune wallonne, sur base des transformations suivantes :

- ✓ L'**indice de besoins** correspond à la somme des indicateurs standardisés (IS) mentionnés dans le tableau ci-dessus :

$$Indice\ besoins = IS_{80+} + IS_{précarisés} + IS_{santé\ subj.} + IS_{santé\ obj.} + IS_{isolés} + IS_{couples}$$

- ✓ L'**indice d'offre** correspond quant à lui à la somme (ajustée) des indicateurs standardisés (IS) mentionnés dans le tableau ci-dessus :

$$IS\ Offre = (IS_{aidants\ hommes} + IS_{aidants\ femmes} + IS_{Professionnels} + IS_{aide\ potentielle}) \\ - (IS_{Transports} + IS_{Soins} + IS_{serv.sociaux})$$

L'indice de besoins varie sur une échelle de 0 (besoins faibles) à +6 (besoins élevés). L'indice d'offre varie quant à lui sur une échelle allant de -3 (offre faible) à +4 (offre élevée).

Le positionnement de chaque commune sur un plan à deux axes est intéressant puisqu'il permet justement de confronter les deux dimensions. Les moyennes (trait continu) et les écarts-types (trait discontinu) observés pour l'ensemble de la Wallonie servent de repère et, par défaut, d'indicateurs pour évaluer la sous- ou la surreprésentation de besoins et d'offre dans les différentes communes.

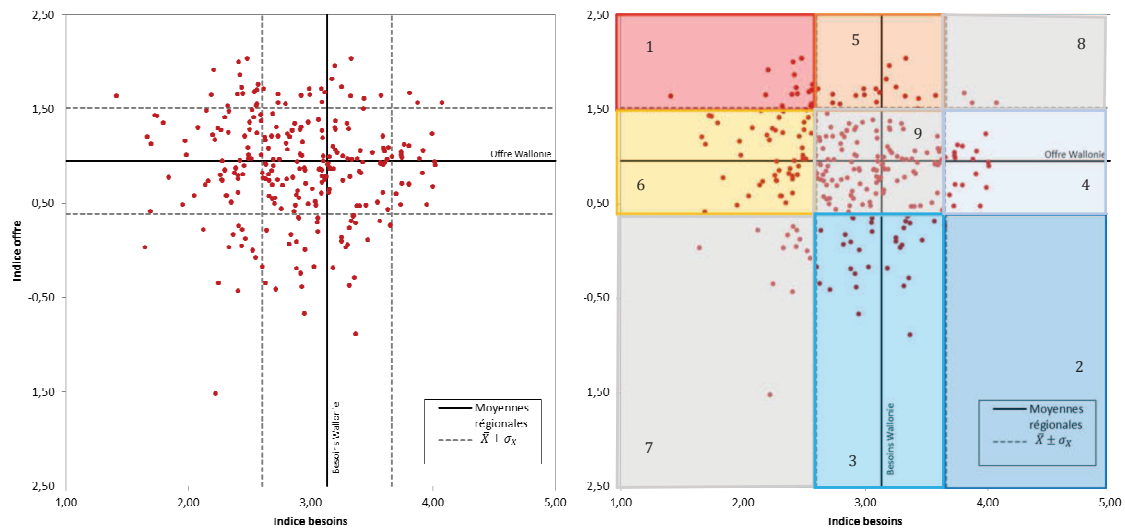


Figure 80: Plan à deux axes : Croisement des dimensions d'offre et de besoins.

Classes	Besoins	Offre	N	
7	Faibles	Faibles	14	Ecart non marqué
8	Élevés	Élevée	3	
9	Proches de la moyenne Wallonne	Proche de la moyenne Wallonne	111	
1	Faibles	Élevée	15	Offre > Besoins
5	Proches de la moyenne Wallonne	Élevée	17	
6	Faibles	Proche de la moyenne Wallonne	51	
2	Élevés	Faible	0	Besoins > Offre
3	Proches de la moyenne Wallonne	Faible	33	
4	Élevés	Proche de la moyenne Wallonne	18	

Tableau 37: Caractérisation des 9 profils de communes.

Neuf types de communes ont ainsi été identifiés à partir de ce graphique et varient, entre eux, selon la sévérité des besoins des populations locales et/ou la disponibilité de services, d'aides ou de soins. Les trois espaces centraux (numérotés 7, 8 et 9) correspondent à des espaces où l'écart entre l'offre et les besoins n'est pas plus marqué que celui observé à l'échelle de la Wallonie. Cela ne signifie pas que la situation y soit parfaitement idéale (la moyenne wallonne pouvant elle-même se caractériser par un écart entre offre et besoins), mais elle y apparaît comme aussi sensible qu'à l'échelle de la Région. Les espaces numérotés 1, 5 et 6 sont typiques de communes avec un écart marqué entre offre et besoins. Ces communes correspondent toutefois à des communes *relativement* épargnées puisqu'en réalité, l'offre de soins, d'aides et de services y serait supérieure aux besoins des populations. La situation la plus préoccupante est sans doute

celle observée dans les communes des groupes 2, 3 et 4 qui correspondent à des espaces marqués par une offre d'aides et de services très inférieure aux besoins des populations âgées (et encore plus que ce que l'on observe, en moyenne, en Wallonie).

Spatialement, les profils de communes se répartissent de manière non aléatoire et se conforment à la réalité de terrain connue par ailleurs. On observe que quasiment la moitié (49%) des communes présentent un profil semblable à celui observé, en moyenne, à l'échelle de la Région (zones grisées ; classe 7 à 9). Soit la situation de l'offre et des besoins n'y est pas différente de celle observée à l'échelle de la Région, soit l'offre et les besoins y sont tous deux très faibles ou très élevés. Les communes appartenant aux classes 1, 5 et 6 apparaissent, du point de vue de notre typologie, comme des espaces un peu moins préoccupant que la moyenne régionale, l'offre y étant globalement supérieure aux besoins des populations âgées. L'exclusion de cette classe de communes urbaines telles que Namur, Charleroi ou Liège pose question alors qu'elles sont par définition pourvues plus qu'ailleurs de facilités en termes d'offre. Une hypothèse réside dans l'utilisation de données relatives aux professionnels de soins, pour lesquels on ignore si l'on dispose de l'adresse professionnelle et/ou résidentielle. Cela expliquerait l'exclusion de communes typiquement urbaines et, au contraire, l'inclusion de toute une série de communes périphériques (correspondant plus souvent au lieu de résidence des professionnels même s'il n'est pas exclu que certains d'entre eux y exercent également leur activité). Enfin les communes des classes 2, 3 et 4 sont typiques de lieux affectés par une offre très inférieure aux besoins des populations. À l'intérieur de cette classe, il est également intéressant de distinguer deux « sous-profils » de communes : d'une part les communes où l'offre est inférieure aux besoins parce que l'offre est sous-développée (c'est le cas de communes rurales situées notamment dans les provinces de Namur et de Luxembourg) ; d'autre part, les communes où l'offre est inférieure aux besoins parce que les besoins y sont surdéveloppés ; c'est le cas des communes localisées dans les anciens bassins industriels wallons où les populations sont très souvent précarisées et/ou en mauvaise santé.

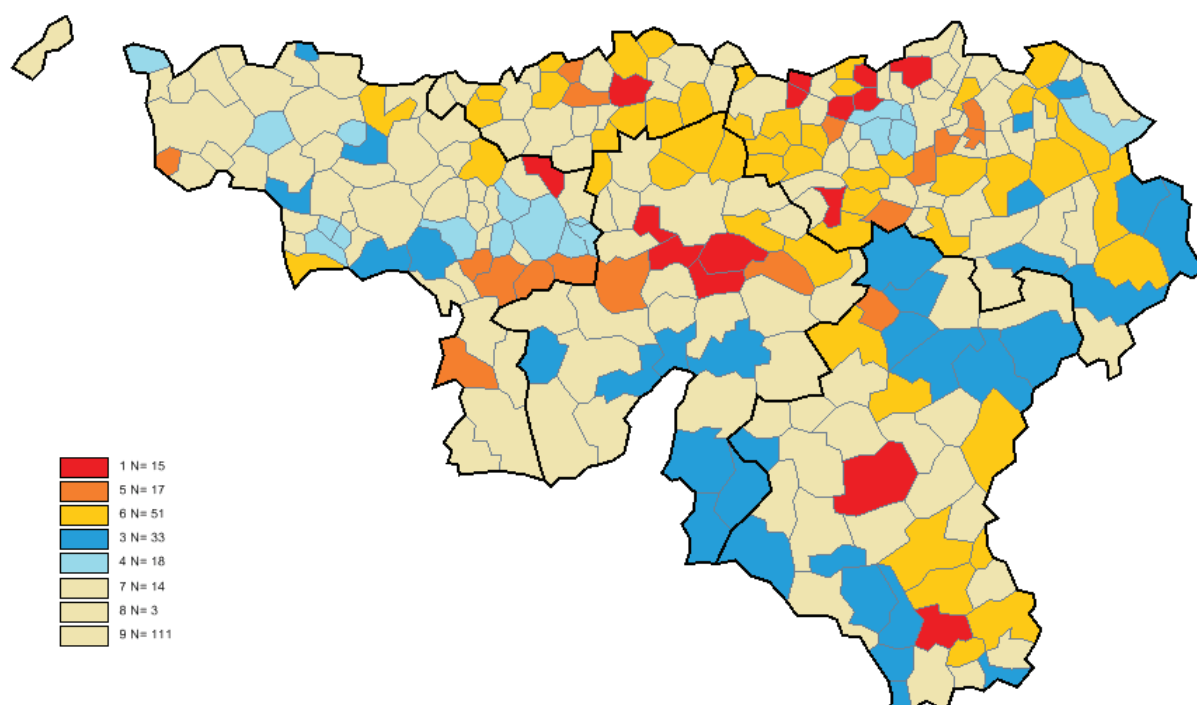


Figure 81: Typologie des communes wallonnes combinant les informations d'offre et de besoins chez les populations âgées.

3.2 *Working package 2: Les innovations sociales dans l'accompagnement au domicile et l'habitat adapté en Wallonie*

3.2.a Place du WP2 dans la recherche

Cette recherche s'empare du concept d'innovation sociale (IS) pour étudier les services de maintien à domicile (MD) et d'habitat adapté (HA) pour les personnes âgées en Wallonie. Plus précisément, ce *working package 2* étudie à la fois le contexte (rôle des pouvoirs publics, des institutions, des acteurs), les motivations/convictions des acteurs et les ressources-clés (monétaires, non monétaires et non marchandes) qui prévalent à l'impulsion d'innover. Ce WP intervient dans la foulée du premier (octobre 2014 – avril 2014) ayant servi à contextualiser localement les besoins et l'offre d'aides, de soins et de services en Wallonie. L'ensemble des résultats de la recherche (combiné à ceux issus du WP3 partiellement concomitant au nôtre) servira à l'élaboration d'une réflexion prospective en matière de vieillissement des populations en Wallonie à l'horizon 2025-2045.

3.2.b Actualité du sujet

L'actualité de l'IS est sans conteste. Elle se manifeste par l'intérêt – récent – que lui portent les pouvoirs publics et ce, à différentes échelles d'intervention (UE, entités fédérales, entités fédérées). La *pratique* de l'IS est plus ancienne chez les acteurs de terrain. Elle est basée sur leur expertise tant dans la détection de besoins à combler chez les aîné·e·s que de manquements dans le système actuel d'aides, de soins et de services. Le contexte global est en effet caractérisé par une série de défaillances (*failures*) ou limites dans les réponses apportées par les sphères marchande et étatique à des besoins ou aspirations sociales en matière de gestion du vieillissement revendiquées comme légitimes, et par le besoin de soulager les familles ou l'entourage dans l'aide déjà apportée. Au niveau de l'organisation de l'aide, la crise financière qui éclate en 2008 fragilise encore plus un système caractérisé par (i) une contrainte budgétaire forte pesant sur les services publics (*New Public Management*, où la décentralisation ne s'accompagne pas d'un transfert suffisant de ressources), (ii) l'accès inégalitaire au *care* marchand (les prix pratiqués réservant progressivement les services aux plus nantis de notre société), et (iii) le déclin inachevé de la norme de *male breadwinner* (partage très inégal du *care* non rémunéré et sous-évaluation du *care* rémunéré). Dans ce contexte se multiplient les nouveaux projets (les innovations « sociales ») qui cherchent à faire face aux défis posés par le vieillissement des populations et l'aspiration de (beaucoup de) personnes âgées à rester chez elles le plus longtemps possible. En Wallonie, l'entrepreneuriat social porté par le tissu associatif y occupe une place clé.

3.2.c Définition de l'IS

Il est possible de dégager un certain consensus sur les aspects définitionnels de l'IS : part d'invention dans un produit ou service ayant une visée de transformation par le processus et/ou le résultat en articulation avec un changement normatif, génération et partage de bénéfices collectifs, détection des bénéfices pour et par les bénéficiaires.

Toutefois, des tensions existent au sein de la littérature sur la liste des « marqueurs » caractérisant l'IS (Besançon, Chochoy, 2014) et sur la reconnaissance du

caractère non-marchand des porteurs d'IS. L'IS peut désigner les simples « effets » humains d'une innovation technologique par exemple (sens faible), ou être conçue comme porteuse de transformations des relations et des rapports sociaux (sens fort). Elle est alors pleinement liée au contenu normatif de l'adjectif « social » (inclusif, droits humains, justice, démocratie, etc.). Étant donné les caractéristiques intrinsèques des cas étudiés (cf. ci-dessous), c'est une interprétation du social au sens « fort » qui a été privilégiée.

3.2.d Objectifs, questionnements et méthodologie

L'objectif de cette recherche consiste, en vue d'une réflexion dite prospective, à identifier les composantes de l'IS pour réfléchir ensuite, dans le cadre de la gestion future et globale du vieillissement et à partir de différents scénarios, aux leviers d'action sur lesquels les acteurs politiques ont le pouvoir d'agir. L'objectif de cette recherche porte sur l'identification des facteurs qui ont joué un rôle important dans la création et le développement des IS du maintien à domicile et de l'habitat adapté par les organisations d'économie sociale opérant dans ce secteur. Trois hypothèses ont guidé cette recherche, inspirées de la littérature. Elles traitent (1) de l'imbrication des dimensions sociales et technologiques, (2) de l'hybridation des ressources (au sens de Polanyi (1983) et (3) de la co-production par le public bénéficiaire dans le maintien à domicile et l'habitat adapté comme facteurs d'émergence de l'innovation.

La méthodologie déployée est de type qualitatif. L'étude de cas est privilégiée pour appréhender l'IS dans ses dimensions contextuelles et processuelles. La mise en œuvre de la méthode DELPHI, fondée sur la consultation itérative d'expert·e·s des champs du maintien à domicile et de l'habitat adapté, a permis de retenir consensuellement sept cas considérés comme des IS sur les plans de leur caractère novateur, de leur(s) impact(s) et de leur potentielle répliquabilité. Une fois les cas sélectionnés, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de catégories hétérogènes d'acteur·trice·s parties prenantes au projet : créateur(s) et/ou responsable(s) et/ou travailleur(s) et/ou bénéficiaires. La littérature grise des projets a également été consultée (lorsqu'elle était disponible) pour compléter nos informations.

3.2.e Principaux résultats

En lien avec nos hypothèses de recherche, différents résultats globaux émergent de ce travail et sont discutés dans ce document final.

(1) Le terrain a permis d'observer une forme d'imbrication des dimensions sociales et techn(olog)iques dans le processus de production d'une IS. Mais ce trait n'est pas propre au terrain du maintien à domicile et il faut dépasser ce simple constat pour tenter de comprendre comment certaines technologies, techniques ou outils (qu'ils soient virtuels ou matériels) se prêtent (ou non) à une dimension sociale et en quoi, dans l'usage qu'ils en font, les acteurs y ajoutent eux-mêmes de la valeur sociale, parfois même en contournant certaines limites inhérentes à ces nouveaux dispositifs. Une TIC, une architecture nouvelle ou un outil de domotique, par exemple, peuvent être conçus dans le cadre de la mission sociale d'une organisation mais « l'esprit » social de l'innovation ne sera acquis que dans l'usage qui en est fait, et grâce à la volonté des concepteurs de la partager et de la diffuser. En fait, la dimension sociale de l'innovation peut s'acquérir lors de la phase de conception, dans l'usage ou encore dans la diffusion et/ou institutionnalisation de l'innovation et l'imbrication des dimensions sociales et tech(nolog)iques n'est jamais acquise définitivement. Certaines variables comme le type de projet (maintien à domicile, habitat adapté, IS sur le processus ou le résultat), l'expérience/expertise des porteurs de projets, le degré d'attachement au principe de proximité la présence d'offre concurrente dans le système local d'aides et de soins, le type de gestion des ressources humaines adoptées lors du passage à une échelle supérieure ou encore les modalités de la diffusion ne sont pas anodines. Elles définissent l'épaisseur et la teneur de la dimension sociale de l'innovation. Le terrain nous enseigne d'ailleurs la grande variance entre phases et entre cas sur cette dimension sociale.

(2) Les observations viennent confirmer l'idée que les organisations d'économie sociale jouent le rôle d'innovation, d'impulseur. Si celui-ci n'est pas réservé aux pouvoirs publics, les infrastructures publiques continuent cependant de jouer un rôle important dans ces initiatives. Certaines IS s'adossent en effet à une structure publique existante (comme un CPAS) ou ont été soutenues ou hébergées par elle. Les infrastructures existantes ne peuvent pas toujours remplir leur mission auprès de tous les publics C'est

donc là que des IS spécifiques prennent le relais, en s'associant à des nouveaux acteurs et, surtout, à des ressources multiples. L'IS dans le maintien à domicile et l'habitat adapté repose en effet sur des modes de financements hybrides et sur des articulations originales et spécifiques des ressources, dont le partage est une forme originale et abondamment pratiquée. L'absence de financement structurel explique en partie cette hybridation qui nécessite une recherche active de ressources mixtes (du marché, de la redistribution, de la réciprocité et de l'administration domestique). Les processus d'innovation accordent une place prépondérante aux ressources réciprocatrices (rôle central des volontaires et des bénévoles ou don de « temps » de la part des travailleurs ou des responsables), de la redistribution (subsidiations et subventions publiques) et de l'administration domestique (rôle central de l'entourage proche des bénéficiaires et des responsables de projets).

(3) Co-production et co-construction illustrent la participation active à différents niveaux comme facteur imputé à la définition d'une IS. Ces dimensions présentent toutefois des caractéristiques spécifiques pour notre terrain. D'une part, la co-production est, certes présente, mais en faible « quantité » et selon des modalités propres au secteur de l'aide aux personnes âgées, c'est-à-dire des bénéficiaires qui ne sont pas forcément à même de « participer » comme on pourrait l'attendre d'eux. La co-production prend la forme de la co-identification d'une aspiration et de son expression en un besoin particulier et sur la transformation d'une innovation existante en bénéfice pour les bénéficiaires (c'est-à-dire que l'usager-e n'est pas un récipiendaire passif d'un service, il l'intègre, le transforme en « bénéfice »). Du côté des travailleurs, la co-production concerne essentiellement l'organisation de leur temps de travail, leur autonomie, leur créativité et leur pouvoir – limité tout de même – de décision. En revanche, on observe une importante participation des réseaux extérieurs à l'organisation. L'accompagnement/l'expertise scientifique (comme ressource) joue ainsi un rôle de garant dans le développement de l'IS, par la réduction de la prise de risques et la préservation de l'identité sociale initiale de l'innovation.

La co-construction concerne davantage la relation que parviennent à établir (ou non) les acteurs de terrain avec les politiques publiques. De nouveau, la réalisation de cette étape est fonction du type de projet étudié (maintien à domicile ou habitat adapté).

Certains des cas étudiés présentent une relation interactive (et parfois à double tranchant) avec le secteur politique. Ils parviennent, au mieux, à influencer les décisions et, par exemple, la législation, pour pouvoir mettre en place, valoriser et pérenniser leur projet. La co-construction n'est toutefois pas une évidence. Son existence est aussi fonction de l'accompagnement (financier ou organisationnel) des projets et, surtout, de la reconnaissance légale accordée au service concerné. Les résultats montrent qu'en dépit d'un soutien limité des pouvoirs publics au lancement d'IS en Wallonie, les services étudiés ont su dégager des marges de manœuvre et mettre en place des expériences innovantes. Arrivées à une phase de consolidation cependant se pose la question de l'institutionnalisation et/ou du changement d'échelle. Le soutien mal adapté des pouvoirs publics à ce niveau est de nature à mettre en péril ces initiatives.

3.3 *Working package 3 : les (futurs) acteurs de l'aide*

Le WP3 visait à mettre au jour les diverses conceptions du « bien vieillir » des futurs acteurs du vieillissement : les jeunes seniors qui, potentiellement, sont à l'horizon 2025 les aidant-e-s proches ou informel-le-s de leurs parents vieillissants et qui auront eux-mêmes besoin d'aide à l'horizon 2045 ; et les professionnel-le-s de l'aide à domicile. Plus précisément, il s'agissait de repérer les stratégies (financières, de logement, de mobilité géographique, affectives, sociales, de pratiques de soi, etc.) que les futurs aidé-e-s et aidant-e-s mettent éventuellement en place pour préparer et anticiper les besoins futurs en fonction de leurs attentes en matière de « bien vieillir », ainsi les tendances en matière d'aide aux personnes vieillissantes à partir des évolutions observées par les professionnel-le-s du soin.

Ce n'est pas ici le lieu de représenter la démarche du WP3 dans son ensemble, ni même les résultats des analyses par le menu. On pointera juste les éléments principaux à retenir pour la suite du travail prospectif.

3.3.a Une conception unanime du « bien-vieillir »

Tant des entretiens avec les futurs aidant-e-s et aidé-e-s que des focus-groupes avec les professionnel-le-s de l'aide et du soin et les expert-e-s du vieillissement, se dégage

une conception unanime du « bien vieillir » que l'on peut circonscrire à partir de ses caractéristiques principales : rester chez soi (préférence pour les soins à domicile, plutôt que MR et MRS) ; autonome ; actif/ve ; en bonne santé ; en maintenant, malgré le ralentissement du rythme des activités, une qualité de vie ; en veillant à donner place à l'épanouissement (projets, activités, voyages)... En contrepoint de cet idéal, la dégénérescence est la crainte la plus fréquemment formulée, les MR et MRS les figures-repoussoirs par excellence.

3.3.b Les anticipations face aux vieillissements

Face aux perspectives de vieillissement, les futurs aidant-e-s et aidé-e-s témoignent d'un certain nombre d'anticipations, et notamment dans les quatre registres suivants : finance, santé (capital corporel et capital santé), logement (localisation et aménagement), liens sociaux (relations affectives, familiales, amicales et de voisinage).

La majorité des personnes interrogées rapportent des anticipations dans le registre financier (épargne-pension, autres types d'épargnes, assurances, et quelques fois investissements immobiliers pour générer des revenus supplémentaires). Une majorité toujours, même si un peu moins forte, fait état des comportements visant à maintenir son capital santé et/ou son capital corporel : opérer un suivi médical régulier, surveiller son alimentation, et plus rarement faire du sport. Un peu moins de la moitié des répondant-e-s évoque des anticipations relatives au logement : elles concernent, tantôt l'adaptation du logement aux besoins de la vieillesse (aménagement d'un espace plain-pied ou permettant le déplacement en chaise roulante suite à, ou dans la perspective de potentiels soucis de santé... ou construction d'un espace d'accueil pour préserver les liens), tantôt les déménagements pour se rapprocher d'amis ou de membres de la famille afin de renforcer des liens, ou de services et équipements (qui pourraient s'avérer) nécessaires. Peu de personnes rencontrées adoptent dès à présent des comportements en prévision d'une possible modification de leur réseau relationnel ; lorsque c'est le cas, la consolidation du réseau amical (via des activités culturelles, de loisirs, philanthropiques ou de bénévolat) est davantage évoquée que l'entretien des relations familiales.

L'analyse a permis de mettre au jour un certain nombre de déterminants matériels et idéels de ces comportements. Ainsi, les ressources économiques ont un impact déterminant sur le degré et les formes des anticipations financières : la plupart des investissements requièrent un capital de départ ; un prêt bancaire ne peut être obtenu sans garanties... Elles ont également un impact sur le degré et les formes des anticipations en matière de logement : l'achat d'un bien immobilier est une conversion de capital ; l'aménagement d'un logement a un coût qu'il faut pouvoir supporter. L'expérience directe (son propre corps à l'épreuve de la maladie, de l'effort, du vieillissement) ou indirecte (via l'état de santé des aînés côtoyés) que les acteurs font du vieillissement semble déterminante pour les anticipations en termes de santé. Parmi les déterminants idéels, on peut citer : le souci d'épanouissement et de réalisation de soi, la logique de responsabilité individuelle ou le principe de précaution pour le registre financier ; la logique d'affermissement des liens, le souci d'autonomie et de responsabilité individuelle pour le registre du logement ; la préoccupation pour le présent et l'intérêt pour un mode de vie pour le registre de la santé ; et l'expression de la volonté de « se débrouiller seul » pour le registre relationnel. Autant de variables qu'une perspective prospective devrait pouvoir prendre en compte.

Au-delà des comportements soulignés ci-dessus et de leurs déterminants, l'analyse a fait ressortir deux éléments très importants pour la démarche prospective : le poids relatif du vieillissement comme moteur des pratiques anticipatives d'une part, et la structuration temporelle sous-jacente aux propos des futur-e-s aidant-e-s et aidé-e-s d'autre part.

Quel que soit le registre considéré, très peu de comportements relatés méritent à proprement parler le titre de « stratégie-vieillessement » dans la mesure où ils ne sont que très rarement mus par l'anticipation du vieillissement. Ainsi, à titre d'exemple, l'épargne simple est bien souvent privilégiée à l'épargne-pension, et, en général, les priorités budgétaires du moment priment sur l'anticipation du vieillissement. Les réserves constituées sont mobilisables pour tous les aléas de la vie. De même, il est très rare qu'un lien mécanique puisse être établi entre stratégie de santé et anticipation du vieillissement ; la préoccupation pour l'alimentation, fréquemment rapportée, l'illustre parfaitement dès lors qu'elle renvoie à une diversité de motifs : adhésion à un mode de

vie (manger bio, s'affirmer végétarien...), répondre à une préoccupation actuelle (perdre du poids pour se sentir mieux, diminuer son taux de cholestérol...). Ou encore, nombre de suivis médicaux font suite à des soucis déjà présents. Dans le registre immobilier, l'acquisition d'un logement (trois-quarts des répondant-e-s sont propriétaires) est fréquemment présentée comme une formule de « sécurité financière » quel que soit le cycle de la vie. Quant au registre relationnel, les anticipations sont simplement imaginées pour le futur...

Ceci amène à s'interroger sur la pertinence des concepts d'anticipation et de stratégie dès lors qu'il s'agit d'étudier les comportements des acteurs face au vieillissement. Outre le fait que faire l'hypothèse d'une génération faisant davantage preuve d'anticipation et de stratégie que celles qui l'ont précédée relève sans doute d'une posture ethnocentrique difficilement défendable, les concepts d'anticipation et de stratégie requièrent l'adhésion au paradigme de l'individu rationnel. Or, beaucoup de choses se font sans projection et conscience claire de l'acteur/rice et sa rationalité est souvent limitée. De plus, la rationalité dont il est question ici a tendance à faire du vieillissement LA priorité ultime, reléguant du même coup à l'arrière-plan les autres priorités présentes au long de la vie. À ces réserves, on peut ajouter le risque de stigmatisation que la mobilisation de tels concepts fait peser sur ceux qui ne savent ou ne peuvent anticiper. À ce stade, on peut se demander si ces concepts ne gagneraient pas à être réservés pour l'analyse de l'action des pouvoirs publics. Pour les individus, les concepts de ressources, et de capacités devraient leur être préférés.

Relativement à la structuration du temps, tant les entretiens avec les futur-e-s aidant-e-s et aidé-e-s que les rencontres avec les professionnel-le-s et les expert-e-s font apparaître une découpe du temps en trois : le temps des investissements ; le temps anticipé de la vieillesse active ; le temps non anticipé de la dépendance. Le temps 1, celui dans lequel se trouvent la plupart de nos interlocuteurs/rices est souvent celui de la vie active, où on acquiert puis paie sa maison, où on éduque et prépare l'avenir de ses enfants... Le temps 2 débutera pour la majorité au moment de la retraite ou de la pré-retraite. Nos interlocuteurs/rices n'ont aucun mal à l'évoquer, c'est là qu'ils/elles dessinent l'idéal du « bien vieillir » : chez soi, autonome, actif/ve, en bonne santé, en maintenant une qualité de vie qui doit rester épanouie. Le temps 3 par contre, celui de la

dépendance, n'est quasiment pas évoqué, et exceptionnellement anticipé... comme s'il s'agissait de conjurer le sort. Les professionnel-le-s de l'aide et du soin confirment cette césure nette entre les temps 2 et 3. Celle-ci est source de préoccupation. Ces deux temps sont appréhendés comme structurellement antinomiques : T2/T3 ; chez soi/dans un ailleurs repoussoir (hôpital, MR, MRS) ; autonome/dépendant ; actif/passif ; en bonne santé/en mauvaise santé ; bien vieillir/ grande dépendance ; pensé/implicitement évacué. À partir de là, comment construire une perspective de T3 prolongeant le bien vieillir ? Il s'agit à n'en pas douter d'un enjeu sociétal crucial.

3.3.c Risques et enjeux

Le tableau qui suit identifie les risques (en bleu au centre) et les enjeux (à l'extérieur) tels qu'ils découlent de l'analyse.

Ces enjeux semblent se structurer autour de l'enjeu essentiel que constitue la continuité des liens, de l'aide et des soins pour promouvoir le « bien-vieillir ». Ils concernent une multitude d'acteurs/rices : les individus eux-mêmes, les proches (famille, ami-e-s, voisin-ne-s), celles et ceux de l'aide informelle et formelle, les initiateurs/rices des innovations sociales, les associations et institutions d'aide et de soin, les acteurs/rices du marché, l'Etat dans ses différentes composantes (fédérales, régionales, communautaires, provinciales, communales).

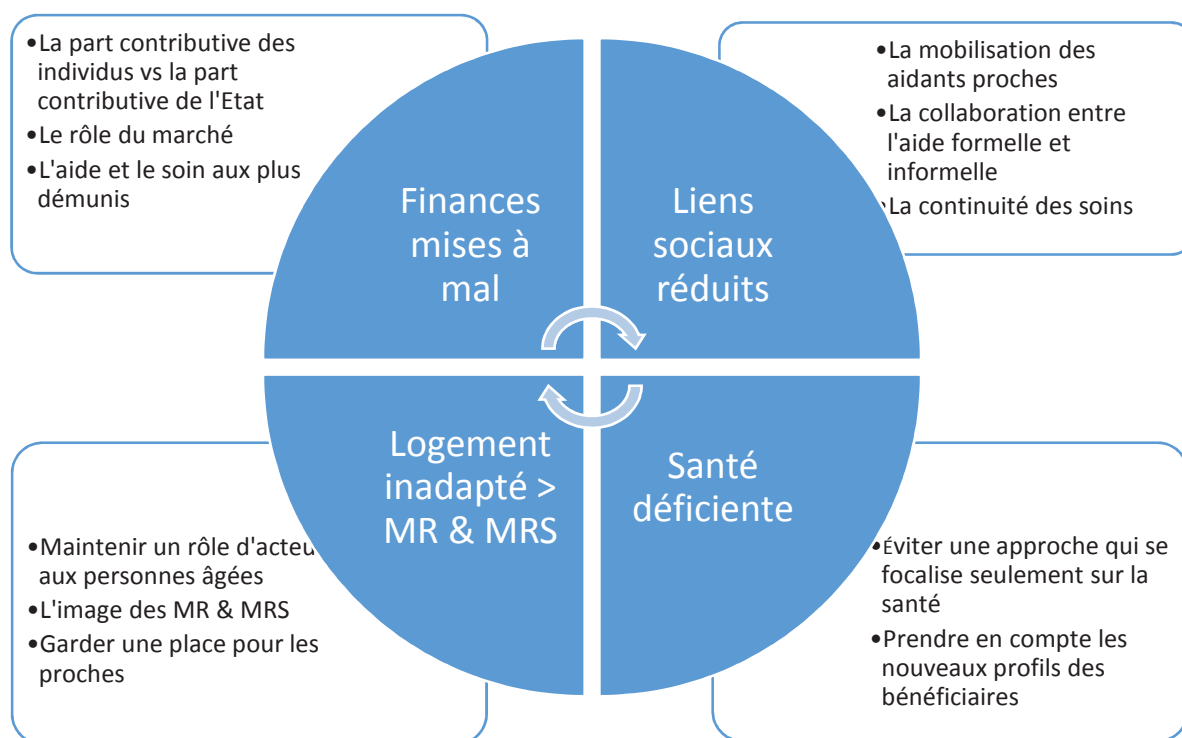


Figure 82: Risques et enjeux relatifs aux vieillissements

Pour chacun des quatre registres (finance, logement, liens sociaux, santé), on peut identifier des enjeux aux niveaux macro- méso- ou microsocial. Au niveau macro, les divers gouvernements fédéral, régionaux et communautaires, par exemple, disposent de compétences leur permettant d'intervenir dans chacun d'entre eux. Au niveau méso, on pensera à des enjeux impliquant des réseaux locaux de crédit ou de troc, des initiatives privées d'habitats groupés, des initiatives d'entraides au sein des quartiers, de formules d'hébergement regroupant une diversité de profils. Quant au niveau micro, le WP3 a montré à suffisance les multiples possibilités d'action des individus eux-mêmes et de leur entourage proche.

4. Aspects méthodologiques : construction de scénarios prospectifs et analyse des tensions au cœur de la prise en compte du vieillissement

4.1 *La démarche prospective : analyse des perspectives et des enjeux du vieillissement à l'horizon 2045*

« Ni prophétie ni prévision, la prospective n'a pas pour objet de prédire l'avenir — de nous le dévoiler comme s'il s'agissait d'une chose déjà faite — mais de nous aider à le construire. Elle nous invite donc à le considérer comme à faire, à bâtir, plutôt que comme quelque chose qui serait déjà décidé et dont il conviendrait seulement de percer le mystère »
(de Jouvenel, 2004, 7)

Comme le suggère de Jouvenel, l'objectif principal d'une démarche prospective n'est pas de prédire le futur, mais bien de mettre en évidence les perspectives, les opportunités et les risques à prendre en compte pour produire collectivement un futur désirable.

Telle que nous la concevons, la démarche prospective a donc pour objectif premier de permettre aux acteurs (quels qu'ils soient) impliqués dans une problématique sociétale de prendre conscience du caractère ouvert et malléable du futur. Il s'agit d'aider les acteurs qui vont construire le futur à refuser, ou à sortir d'— une vision fataliste ou déterministe, voire parfois catastrophiste, du futur. L'analyse prospective doit donc fournir des ressources analytiques pour l'action permettant d'envisager le futur comme objet d'intervention et de construction.

Pour fournir ces ressources analytiques, nous mettons au centre de la démarche prospective, l'analyse des différentes composantes de la problématique (ici donc le vieillissement de la population). Ces composantes constituent le matériau à partir duquel il est possible d'envisager des solutions futures à la problématique au cœur de l'investigation comme autant de perspectives. Le terme de perspective est particulièrement intéressant car il renvoie dans le même temps à l'existence de différentes visions possibles du futur (on parle par exemple des perspectives d'avenir), mais également, dans le même temps, il renvoie à l'idée qu'une situation peut toujours être décrite selon des perspectives différentes (comme une photo ou un tableau peut être construit selon des perspectives différentes).

Le terme de « perspective » synthétise alors la double ambition de notre analyse qui consiste d'une part à rendre compte de différents futurs possibles (1), et d'autre part, à les examiner en faisant varier les points de vue, et en particulier ceux des différents acteurs qui sont amenés à y jouer un rôle (2). Sur le plan méthodologique, on procède à l'élaboration de différents scénarios décrivant les enjeux du vieillissement à l'horizon 2045 pour ensuite les analyser, via la réalisation de focus-groupes, en faisant varier les angles d'approche. C'est la méthode qui permet le mieux de faire surgir les enjeux – souvent imprévus – de ces scénarios ainsi que les tensions ou les risques et les opportunités qu'ils posent.

Notre analyse comporte donc deux phases successives : (1) une phase de construction de plusieurs scénarios qui imaginent et décrivent de manière narrative différents futurs possibles du vieillissement en Wallonie (il s'agit de montrer que le futur est ouvert en construisant différents futurs possibles) et (2) une phase d'analyse de la réception de ces scénarios par des acteurs du vieillissement (il s'agit de mettre en évidence les perspectives à prendre en compte pour envisager collectivement le futur). Pour réaliser ces deux étapes, nous avons mobilisé les outils de la prospective participative qui combine construction de scénarios et réalisation de focus-groupes rassemblant experts et acteurs de terrain.

4.2 *La méthode des scénarios et la prospective participative*

La rédaction de scénarios prospectifs qui ont pour objectif la description de « futurs possibles » apparaît comme l'outil privilégié de la démarche prospective (de Jouvenel, 2004, 51). Comme le note de Jouvenel : « des scénarios contrastés, tels qu'on les utilise en prospective, en principe supposent des configurations morphologiquement différentes. Ce n'est pas un peu plus ou un peu moins de la même chose mais une autre chose, une autre histoire bâtie à partir de transformations structurelles du système. » (de Jouvenel, 2004, 53)

La méthode prospective suppose donc la construction narrative de différentes versions du futur prenant appui sur des variations conséquentes du contexte social général. La mise en évidence de différentes alternatives d'évolution permet en effet de

dévoiler le caractère construit et ouvert du futur et d'indiquer des directions possibles, des opportunités présentes dans les situations actuelles, sans cependant céder au penchant de la prévision.

Notons que le scénario peut être considéré comme l'output final d'une analyse prospective, mais qu'il peut également être mobilisé au cours de la recherche pour analyser de manière plus détaillée les tensions à l'œuvre dans l'évolution du problème investigué ; c'est cette dernière démarche que nous avons poursuivie. Plus précisément, nous avons choisi ici d'utiliser la construction de scénario dans le cadre d'une analyse prospective participative. L'analyse que nous avons produite a donc articulé deux étapes successives : 1/ L'étape de la construction des scénarios sur base de recherches préalablement menées (essentiellement dans le cadre des WP1, 2 et 3) et 2/ l'étape de l'analyse de la réception de ces scénarios par des experts de la question.

4.3 *La construction de quatre scénarios*

La méthode utilisée pour construire les quatre scénarios est largement inspirée par les travaux de de Jouvenel, ainsi que de leur mobilisation par le consortium de recherche qui réalisa l'étude de prospective « transition énergétique » commanditée par l'IWEPS et publiée en mars 2015 (CLIMACT, 2015).

D'après de Jouvenel le processus de construction de scénarios prospectifs suit cinq étapes :

- « 1. La définition du problème et le choix de l'horizon.
2. La construction du système et l'identification des variables clefs.
3. Le recueil de données et l'élaboration des hypothèses.
4. La construction, souvent en forme d'arborescence, des futurs possibles.
5. Les choix stratégiques. » (de Jouvenel, 2004, 55-57)

Les auteurs du rapport *Transition énergétique* ont librement adapté ces cinq étapes de la manière suivante :

« L'étude s'est inspirée de la démarche prospective proposée par H. de Jouvenel et M. Godet et a été structurée en 5 étapes : (1) la définition du problème et le choix de l'horizon, (2) l'identification des variables clés, (3) les interactions entre les variables à analyser et l'élaboration des hypothèses, (4) l'élaboration des futurs possibles et (5) la comparaison des scénarios et l'établissement des recommandations. » (CLIMACT, 2015, 17)

Nous avons pour notre part suivi les étapes suivantes :

Première partie : intégration des matériaux de recherche

- 1) Définition du problème et choix de l'horizon temporel (4.3.a)
- 2) Identification des variables clés sur base des conclusions des recherches préalables (WP1, WP2 et WP3) (4.3.b)
- 3) Identification des épreuves (épreuves-normatives et des épreuves-défis) sur base des recherches préalables (WP1, WP2 et WP3) (4.3.c)
- 4) Construction de quatre scénarios (4.4.)

Seconde partie : analyse

- 1) Analyse de la réception des scénarios dans quatre focus-groupes,
- 2) Approfondissement de l'analyse à travers la notion de tensions et établissement de recommandations (5 et 6)

4.3.a Définition du problème et choix de l'horizon temporel

Il est « indénié » et indéniable que la Belgique est à la croisée des chemins en termes de politique d'accompagnement du vieillissement. La 6^{ème} réforme de l'Etat et en particulier la création d'un OIP repositionne cette politique-encore-à-définir au niveau régional. La décision de mettre en œuvre une assurance autonomie au niveau wallon est un premier jalon important qu'on ne saurait nier.

Depuis le 2 juillet 2015 en effet, cette assurance est créée, elle sera effective au 1/1/2017. Contrairement à la Flandre qui a choisi une assurance en cash, la Wallonie a choisi de mettre à disposition des personnes dépendantes une série de services via les organisations déjà existantes (augmentation du contingent d'heures d'aide familiale et

ménagère etc...). Cette assurance sera financée, entre autres, par l'APA et ne sera pas versée aux personnes en maison de repos. Autrement dit, l'assurance est une indication d'un choix pro-domicile et pro-organisations existantes (non-marchandes) qui s'inscrit dans une forte tradition nationale privilégiant l'accompagnement à travers la prestation plutôt que les transferts monétaires. Cette path dependency ne saurait être négligée dans la réflexion prospective.

L'avènement d'une assurance autonomie ne résoudra pourtant pas l'ensemble des tensions qui marquent la gestion du vieillissement à l'horizon 2025-2045. Sur le plan de l'action publique, une vision intégrée des différents niveaux d'action (micro, meso, macro) fait largement défaut. Sur le plan de la place et de la représentation des personnes âgées également, une vision intégrant les aspects médicaux, sociaux, psychologiques reste à mettre en place. Sur le plan des acteurs qui accompagnent la gestion du vieillissement, la formation, les rôles et interactions sont à repenser à partir de la reconnaissance des situations singulières mais interchangeableables d'aidant-e-s proches, de professionnel-les et des patient-e-s. Enfin, sur le plan des valeurs mobilisées, les formes et le périmètre de la solidarité sont à repenser en décroissant et en innovant au-delà des transferts monétaires ou des services actuels. La capacité de la société à répondre à la demande future de services d'accompagnement au domicile ou d'habitat adapté dépendra, entre autres, de sa richesse, à la fois en termes de la capacité des individus dans le besoin à payer pour des forfaits de soins, et de la capacité de la société à financer un système de soins collectifs. La polarisation des revenus et les inégalités sociales laissent présager l'avènement d'une population âgée encore plus fragmentée, entre certaines cohortes de personnes âgées bénéficient de grandes ressources financières, à travers par exemple l'indexation de leurs pensions ou la revalorisation de leurs revenus, ou de la richesse accumulée dans les « stocks » de logement et d'autres cohortes, aux carrières interrompues ou incomplètes, due à la crise financière, à des taux de chômage élevés et permanents. Il faudra donc rester vigilant en ce qui concerne les objectifs d'égalité d'accès aux services, de justice sociale, d'égalité entre les sexes ou encore de redistribution sociale. Tandis qu'un nombre de personnes âgées se trouvera dans une meilleure position financière pour faire face à une partie des coûts des soins, d'autres seront tributaires d'une solidarité collective qu'il faut repenser.

Au-delà de cet aspect très général, les enjeux actuels et futurs du vieillissement sont multiples et doivent être décrits par la conjugaison d'un nombre important de variables que nous avons identifiées sur base des conclusions des WP1, 2 et 3. Ces variables s'organisent autour d'un enjeu qui, au terme du WP3 apparaît comme central : la continuité des liens, de l'aide et des soins pour promouvoir le « bien-vieillir ».

L'horizon temporel pour cette analyse prospective se situe aux années 2025-2045.

4.3.b Identification des variables clés sur base des recherches préalables (WP1, WP2 et WP3)

La première étape de notre travail a consisté en l'identification de l'ensemble des éléments devant être pris en compte afin de décrire les futurs possibles du vieillissement en Wallonie.

Pour identifier ces éléments, nous avons mobilisé les conclusions des trois premiers *Working Packages*. Ce travail nous a permis de dégager 23 variables susceptibles d'évoluer au cours du temps et de transformer les enjeux du vieillissement. Ces 23 variables peuvent être de nature très diverse. Certaines s'attachent à décrire l'expérience vécue des individus vieillissants et se situent au niveau individuel (variables issues principalement du WP3) ; d'autres permettent de décrire le niveau organisationnel et les éléments qui relèvent du rôle des organisations innovantes dans la gestion du vieillissement (variables issues principalement du WP2); un dernier type de variables se situe au niveau plus macro et permet de décrire le contexte démographique, social et politique de la société wallonne (issues en partie du WP1). Ensemble, elles permettent de décrire précisément les enjeux du vieillissement en Wallonie à un temps *t*.

En nous inspirant de la méthode mobilisée dans le rapport *Transition énergétique*, nous avons organisé ces variables en trois types distincts : des variables d'états, des variables de contrôle ainsi que des variables de contexte (définition dans le cadre ci-dessous) :

Type de variables	Description*
Variables d'état	Les variables nécessaires et suffisantes pour décrire les enjeux du vieillissement de la population wallonne à une époque donnée, ainsi que les caractéristiques des actions entreprises par les acteurs (publics, associatifs, marchands) investis dans la gestion et la prise en compte de ces enjeux. Nous distinguons de ce point de vue : - des variables d'état permettant de situer la position singulière d'individus aux parcours de vie divers face aux enjeux du vieillissement. Il s'agit de variables qui se situent au niveau micro, individuel, mais dont l'agrégation statistique permet à un moment t de décrire l'état général des enjeux du vieillissement en Wallonie en adoptant une perspective macroscopique ; - des variables d'état permettant de décrire la forme organisationnelle et institutionnelle, à un temps t, des actions entreprises par les acteurs (publics, associatifs, marchands) engagés dans la gestion des enjeux du vieillissement. Il s'agit de variables situées au niveau méso ou organisationnel permettant de décrire les aspects structurels de la prise en compte des enjeux du vieillissement à un temps t.
Variables de contrôle	Les leviers d'actions de politique publique qui, au nom du bien public, peuvent influencer la prise en compte et la bonne gestion des enjeux du vieillissement en Wallonie. L'étude s'intéresse particulièrement aux leviers relevant des compétences accordées à la Région wallonne à partir de la sixième réforme de l'État.
Variables de contexte	Les variables qui définissent les pressions exercées sur les enjeux du vieillissement en Wallonie. Nous distinguons de ce point de vue : - des tendances sociologiques et démographiques lourdes, dont il est raisonnable de penser (sur base de la littérature sociologique) que leur direction et l'effet qu'elles auront sur les enjeux du vieillissement à moyen terme (30 ans) peuvent être pris pour acquis ; - des variations de contexte incertaines, susceptibles de changer de direction à relativement court terme (5 ans).

Tableau 38: types de variables

Nous avons donc classé ces 23 variables selon les catégories dans le tableau suivant :

Contexte	Etat	Contrôle (politique publique)
Tendances lourdes 1. Vieillesse de la population 2. Augmentation du degré de multiculturalité 3. Paupérisation d'une frange de la population (ou polarisation des classes sociales) 4. Transformation et multiplication des configurations familiales 5. Individualisation de la société et modification des rapports sociaux de solidarité (dont mutation des obligations familiales) Tendances actuelles 6. Etat des innovations technologiques 7. Etat des innovations sociales 8. Modification des profils des personnes en MR&MRS 9. Contexte idéologique (marchand/non marchand ; libéral/social) 10. Conjoncture économique (crise/reprise)	Variables singularisations 11. Les styles de vie des individus (nutrition, activité physique, suivi médical...) 12. Les ressources économiques, sociales, culturelles, temporelles et de santé des Individus 13. Le rapport aux services formels et aux institutions des individus 14. La structure des réseaux informels d'entraide des individus Variables organisationnelles 15. Adéquation de la prise en charge (équilibre offre/demande de service et de soin) 16. Capacité de détection des besoins par les acteurs du vieillissement 17. Capacité de mobilisation (capitaux, énergie, expérience) et hybridation des acteurs du vieillissement	18. en matière de précarité, sécurité sociale 19. relatives au logement et à l'accès aux institutions 20. relatives à la dépendance et aux soins et services 21. relatives à la prévention, à la promotion et à l'accès aux soins de santé 22. relatives à l'accès à la culture 23. relatives à la formation et à l'emploi (des travailleurs du secteur)

Tableau 39: 23 variables permettant de décrire les enjeux du vieillissement

De manière schématique l'agencement de ces 23 variables permet de décrire les enjeux du vieillissement de la manière suivante :

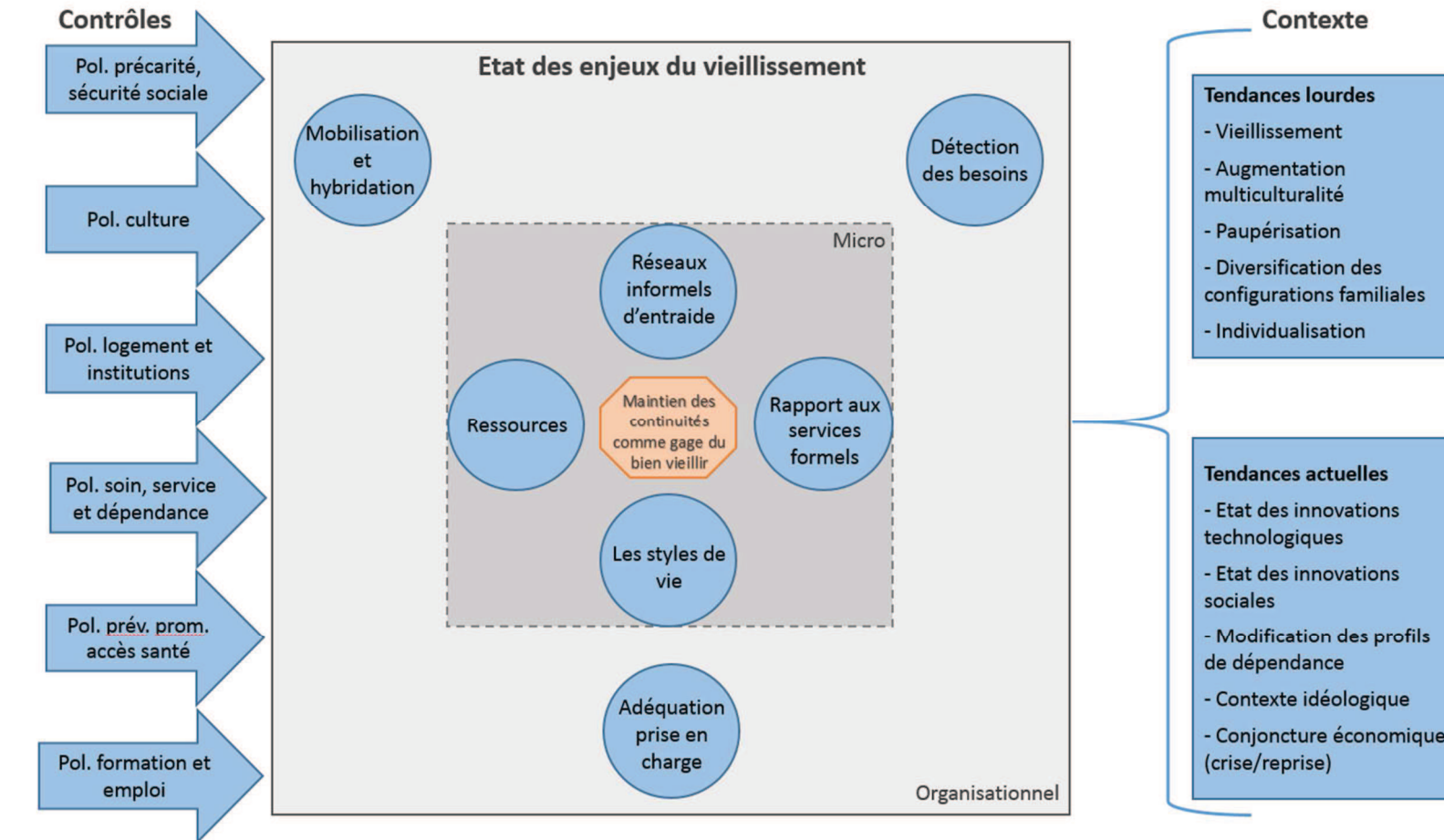


Figure 83: Variables de l'état des enjeux du vieillissement

Les enjeux du vieillissement peuvent ainsi être synthétisés par la conjonction de variables de contrôles, d'état et de contexte, ainsi que par l'articulation des niveaux macro, organisationnel et individuel (micro).

L'identification de ces variables nous permet de prendre en considération l'ensemble des variations possibles à intégrer dans les scénarios. À l'exception des variables de contexte dites « tendance lourdes » peu susceptibles de varier d'ici 2045, les 18 autres variables identifiées sont susceptibles de varier d'ici 2045. Cette cartographie des variations possibles est une étape préalable à la construction de futurs possibles réalistes et envisageables.

Il n'est évidemment pas possible de construire autant de scénarios qu'existe de combinaison possible de variations pour ces 23 variables. Comme nous le montrerons, ces 23 variables ont été intégrées dans les différents scénarios de manières diverses. Parmi celles-ci deux variables de contexte ont cependant été choisies pour organiser l'espace logique des scénarios. Il s'agit :

Du contexte économique et budgétaire général en Wallonie (variable n° 10) ;

Du contexte idéologique orientant la politique régionale (variable n° 9).

Il s'agit de deux variables de contexte susceptible de varier d'ici 2045 et dont la variation aura des conséquences certaines sur les variables de contrôle (principalement donc sur les politiques publiques déployées pour gérer les enjeux du vieillissement).

Du point de vue de la variable 10 (contexte économique), nous avons précisément décidé de distinguer dans les scénarios une situation économique basse (un contexte de tension budgétaire) et une situation économique haute où les acteurs publics disposent de moyens conséquents pour mener les politiques liées aux enjeux du vieillissement.

Du point de vue de la variable 9 (contexte idéologique), nous distinguons deux contextes différents. Un futur où les politiques publiques liées aux enjeux du vieillissement sont orientées principalement vers le soutien direct envers les personnes vieillissantes et, à l'inverse, un futur où les politiques publiques sont principalement orientées vers le soutien des acteurs institutionnels de l'aide et des soins.

En croisant ces deux variables, nous obtenons donc un espace logique, une matrice à quatre entrées, qui nous servira de point de départ pour construire quatre scénarios.

- **Le scénario 1** présentera une situation marquée par la faible disponibilité de ressources économiques ainsi que par une politique du vieillissement axée vers le soutien public aux services et acteurs de l'aide et des soins.
- **Le scénario 2** présentera une situation marquée par la faible disponibilité de ressources économiques et une politique orientée vers le soutien aux individus
- **Le scénario 3** présentera une situation économique favorable et une politique orientée vers le soutien aux individus
- **Le scénario 4** présentera une situation économique favorable et une politique orientée vers le soutien public aux services et acteurs de l'aide et des soins.

Le schéma suivant représente cet espace logique.

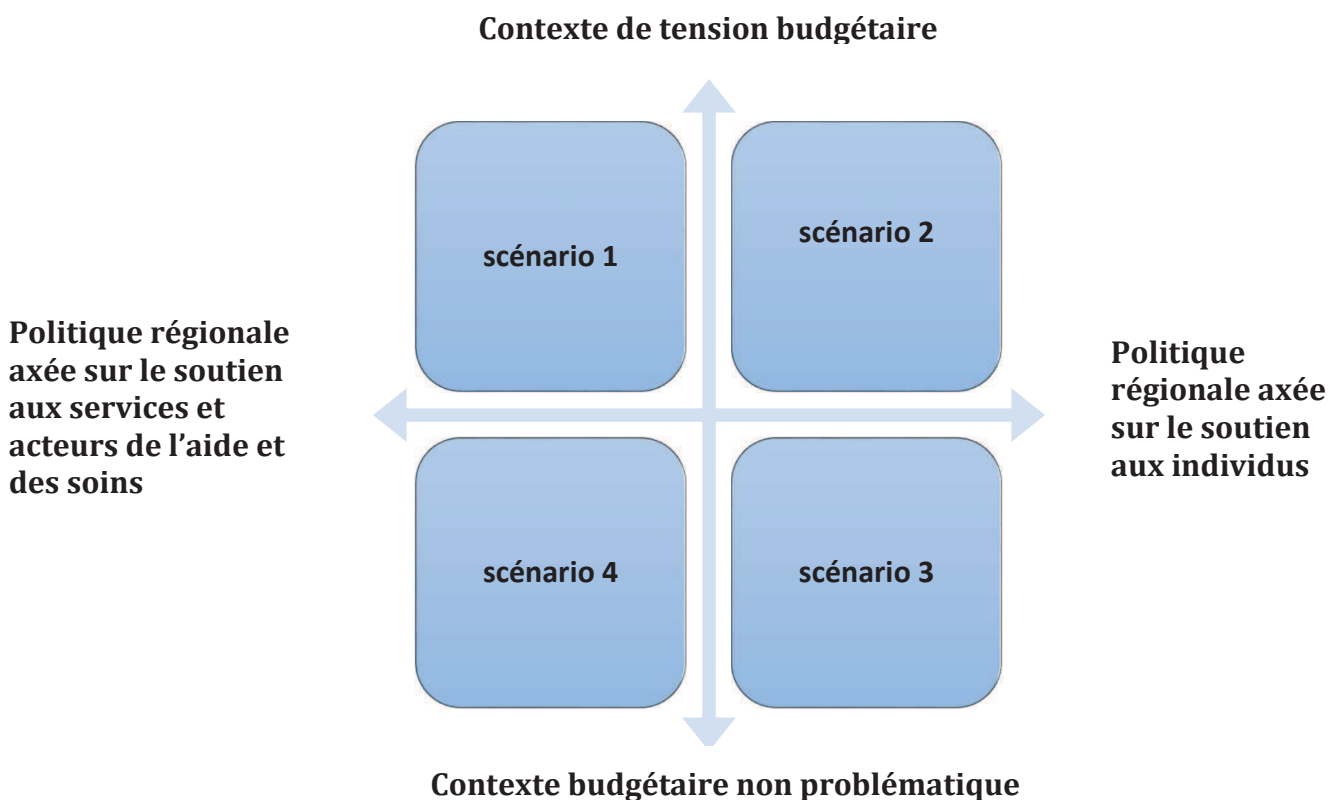


Figure 84: L'espace logique des scénarios

Il faut remarquer que, dans la réalité, le futur qui émergera se situera sans doute davantage dans une position intermédiaire au sein de cette matrice que dans les positions

extrêmes que nous avons choisi d'investiguer. Débuter le travail de construction scénaristique sur base de cet espace logique contrasté est cependant utile car il nous permettra de mettre en évidence différentes tensions marquant le développement des enjeux du vieillissement et de mettre ces tensions en discussion dans les focus-groupes.

Les 21 autres variables sont insérées directement dans la trame narrative des différents scénarios. Les scénarios que nous avons rédigés ont la particularité d'intégrer trois niveaux d'analyse dans une même trame narrative.

Chaque scénario débute ainsi par une évocation de l'évolution du contexte macroscopique de la Wallonie. Au-delà des variables 9 et 10, les variables 6, 7 et 8 varient également d'un scénario à l'autre. Le scénario 4 est par exemple construit pour donner une place très importante aux innovations technologiques (variable 6).

Après avoir présenté l'évolution du contexte macroscopique les scénarios présentent dans un même récit le parcours et la biographie de personnes vieillissantes ainsi que l'évolution organisationnelle d'acteurs de l'aide et des soins. Les variables individuelles et organisationnelles (variables 11 à 17) ont été utilisées pour construire les différents profils de personnes vieillissantes ainsi que des acteurs de l'aide et des soins avec lesquels ils rentreront en contact au fil du temps. C'est de cette manière que seront articulées dans les scénarios les évolutions macro, méso et micro.

Certaines variables de contexte général (les tendances lourdes) sont quant à elles stabilisées pour l'ensemble des scénarios. L'accroissement de la proportion de personnes de plus de 65 ans dans la population wallonne est pris pour acquis et ne sera pas soumis à des variations d'un scénario à l'autre. Il en va de même pour l'augmentation de la multiculturalité (variable 2) en Wallonie, d'une tendance à la paupérisation (variable 3) ainsi qu'à l'individualisation (variable 5) ainsi que d'un mouvement vers une plus grande diversification des configurations familiales (variable 4).

4.3.c Identifier les épreuves (épreuves-normatives et épreuves-défis) marquant la gestion des enjeux du vieillissement

Au-delà de la construction de futurs possibles, les scénarios sont construits en vue de l'analyse des différentes perspectives futures du bien-vieillir réalisée dans les focus-groupes.

Pour que cette analyse soit pertinente, il est nécessaire que les scénarios permettent le débat sur ces différentes perspectives. Pour que cela soit possible, les scénarios doivent comporter suffisamment d'éléments contrastés sur lesquels les participants peuvent s'appuyer pour argumenter leur propos. Cette démarche est complexe car, s'il est important que les scénarios permettent de discuter des perspectives futures, il ne faut pas qu'ils cadrent trop les discussions.

Pour ce faire, nous avons intégré la construction des scénarios dans une réflexion préalable sur les « épreuves » au cœur de la gestion du vieillissement en Wallonie. Les récits de vie produits ont alors pour objectif de rendre compte des épreuves que peut faire peser le vieillissement tant sur les personnes vieillissantes, que sur les acteurs de l'aide ou sur la société dans son ensemble. La mise en évidence d'un nombre très important d'épreuves différentes dans les scénarios a pour objectif de susciter la discussion dans les focus-groupes sur les différentes perspectives du bien-vieillir, sans enfermer d'emblée cette discussion dans des cadres trop étroits ou rigides¹⁵¹.

Le terme d'« épreuves » renvoie principalement à deux types de tension. Dans un premier sens, l'épreuve porte (1) sur les principes discursifs, moraux ou normatifs mobilisés par les acteurs pour justifier le caractère désirable du futur (nous parlons ici de tension entre principes de justifications opposés, sources de conflit potentiel sur l'avenir

¹⁵¹ Cette analyse préalable des épreuves nous permet aussi d'adopter une posture réflexive sur le caractère cadrant des scénarios pour la discussion. Il s'agit d'être conscient des différentes épreuves autour desquelles chaque scénario est construit afin de prévoir de possibles effets de cadrage du scénario sur les contenus des débats au sein des focus-groupes. Nous décrivons les épreuves principales de chaque scénario au moment de l'analyse des focus-groupes (section 5).

de la prise en compte du vieillissement) et (2) sur le vécu difficile du vieillissement (source de tension pour les individus et les intervenants).

Ce concept d'épreuve est utile ici car il constitue un « mode d'entrée pour étudier empiriquement la vie sociale et sa reproduction » (Martuccelli, 2015, 6). Il permet de combiner deux manières de décrire la réalité qu'il est intéressant de combiner pour réaliser une analyse prospective.¹⁵² Nous avons intégré ces deux types d'épreuves dans le scénario.

De manière plus précise, dans une première conception, l'épreuve du vieillissement peut être liée à la manière dont évolue la conception du vieillissement comme problème collectif. Nous parlerons en ce sens « d'épreuves de normativité ». Différents acteurs intervenant dans la prise en compte du problème, peuvent en effet fonder leur action sur des conceptions de la justice, du désirable, de la morale, ou, ici, du « bien-vieillir » différentes. La rencontre de ces conceptions dans des conflits ou des controverses constitue une épreuve pour la construction du futur dont il faut rendre compte. Nous aurons pour objectif de rendre compte de ces différentes tensions opposant des principes normatifs contradictoires et alimentant les controverses sur l'organisation du bien-vieillir. Cette démarche est importante car, d'après les sociologues porteurs de ce projet de « sociologie des épreuves »¹⁵³, c'est en déployant leur capacité critique dans des épreuves de normativité que les individus mettent en forme et transforment le monde social.

La mise en évidence de « logiques contradictoires » (Barthe et al., 2014, 186) dans la prise en charge du vieillissement aujourd'hui constitue donc une ressource analytique dont pourront se saisir les acteurs pour mettre en forme le futur ; cette mise en évidence doit donc être au cœur d'une analyse prospective. Nous nous efforcerons d'analyser les données issues des focus groupes sous cet angle de vue et proposerons une analyse des

¹⁵² Une analyse des tensions en termes d'épreuves est particulièrement utile pour la mise en œuvre d'une démarche prospective car comme le note D. Martuccelli, : « elle [l'analyse des épreuves] doit permettre aux individus de prendre conscience de leurs possibilités réelles d'action qui peuvent s'éloigner des perceptions préalables qu'ils en ont. » (Lits, 2010).

¹⁵³ Pour plus d'information sur cette « sociologie des épreuves » : voir : (Barthe et al., 2014)

perspectives du futur du bien-vieillir sous forme de « logique contradictoire », opposant des conceptions différentes du futur pour différents enjeux.

Dans une seconde acception, la notion d'épreuve renvoie, non plus aux registres normatifs ni aux activités critiques et justificatrices des acteurs, mais bien directement au vécu des enjeux du vieillissement pour les individus. Nous parlerons ici « d'épreuve-défi » (Martuccelli, 2015, 50). Ce vécu peut être celui de l'intervenant, du médecin, de l'aide-soignante, de l'aidant proche, mais peut aussi (et sans doute surtout) être celui de la personne confrontée à l'épreuve du vieillissement.

Dans cette conception : « Les épreuves sont donc des défis historiques, socialement produits, inégalement distribués, que les individus sont contraints d'affronter. » (Martuccelli et Lits, 2009, 2). Il s'agit ici de rendre compte du vieillissement comme étant une épreuve qui s'impose inégalement aux individus qui devront y faire face en fonction des ressources et des différents supports dont ils disposent. Rendre compte des tensions du vieillissement suppose ici de rendre compte de la diversité des manières dont des individus font face avec plus ou moins de succès à cette épreuve. Il ne s'agit pas alors de réduire le vieillissement à une succession de vécus individuels, mais bien de comprendre comment le vieillissement et l'épreuve qu'il fait subir à certains individus (personnes vieillissantes ou intervenants) est produit socialement et comment ses effets peuvent différer en fonction de la capacité à mobiliser supports et ressources eux-mêmes conditionnés par des facteurs sociaux. Le vécu individuel de l'épreuve est donc lui aussi enjeux de construction sociale et est porteur de tensions (de difficultés pour l'individu vieillissant et pour l'intervenant) que l'analyste doit identifier et mettre au jour afin de fournir des ressources analytiques aux acteurs désireux d'intervenir dans ce domaine¹⁵⁴.

¹⁵⁴ Notons que cette démarche, et cette vision du vieillissement comme épreuve-défi est au cœur de l'analyse récente (2015) des liens entre formes d'habitat et vieillissement en Belgique réalisée par Olivier Masson et ses collègues et commanditée par la Fondation roi Baudouin. (Masson, Vanneste, Baës-Cantillon et Grabczan, 2015)

❖ a. *Identifier les épreuves de normativité : Les rationales sous-jacentes aux réformes récentes en Europe (et pour l'horizon 2025)*

Nous l'avons dit, préalablement à la construction de scénarios, il est important d'identifier ces « épreuves normatives » pour pouvoir les intégrer de manière réflexive dans les scénarios avant qu'ils ne soient discutés dans les focus-groupes.

Pour les identifier, nous nous inspirons ici des conclusions du rapport CROME sur les réformes du *long term care* (LTC) dans quatre pays européens depuis les années 1990 (Belgique, Italie, GB, Allemagne)¹⁵⁵ (dans ce rapport, réalisé par Florence Degavre), les épreuves normatives sont désignées par le terme anglais de *rationales*).

La première section de ce rapport traite précisément des « *rationales* » (ou des épreuves de normativité) à l'œuvre dans le LTC. La deuxième traite des tendances à la marchandisation et à la re/défamilialisation. L'idée, dans la perspective de l'écriture des scénarios, fut de se servir des mouvements observés à plus ou moins grande échelle comme d'horizons plausibles pour l'évolution de l'accompagnement du vieillissement en Wallonie et comme base de discussion pour les focus-groupes. Toutes ces tendances s'observent à un niveau macro.

Définition d'un *rationale* (argument, raison ou élément fort des discours de justification). Le *rationale* traduit l'idée que les institutions qui déterminent les politiques produisent de l'idéologie). "Rationales" emerge as "*programmatic conceptions and idioms used in political debates*" about elderly care and reflect the way in which care-related "*social relations (...) in society are perceived*" (Bussemaker, 1998: 72). Rationales around reforms, either criticizing or justifying the transformations that have occurred, are interesting elements for contextualizing on what basis decisions and political orientations are made in home care. They highlight the choices that were made at a particular moment and give indications of what is considered "best care" by various actors. »

¹⁵⁵ Degavre, Florence ; Nyssens, Marthe. *Care regimes on the move: Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy*, 2012. 281 p. <http://hdl.handle.net/2078.1/112096>

D'après le rapport CROME que nous mobilisons ici, plusieurs visions/normes guident les réformes de l'accompagnement à domicile et certains *leitmotivs* synthétisent assez bien le périmètre des débats qui ont lieu autour de ces réformes. Le but de cette analyse en termes de « justifications » est bien de reconstruire la combinaison des « arguments de base (...) déployés par les différents acteurs sociaux » dans leurs actions (Bussemaker, 1998 : 82). Il y a par ailleurs parfois des contradictions entre les logiques de premier plan des décideurs politiques et celles partagées par le grand public. Des tensions plus ou moins claires, plus ou moins fortes surgissent alors. Elles portent sur ce que le recours à ces termes implique pour chacun, le sens qu'ils-elles leur donnent.

« *best value for money* » : En Angleterre, le concept représenté par « *value for money* » ou « *best value* » a été au cœur de la mise en œuvre des décisions prises dans le secteur de l'accompagnement des personnes âgées (ministère de la Santé, 1998 ; ministère de la Santé, 1989). Étant donné les ressources limitées disponibles, le système met l'accent sur la maximisation du retour sur investissement, en ciblant les plus démunis (en termes financiers et en termes de besoins), en déléguant le contrôle et la mise en œuvre des services via des appels d'offre, et en responsabilisant les utilisateurs eux-mêmes. L'idée est de ne plus procéder selon le « *one size fits all* » et de coordonner davantage les ressources des services de santé et les services sociaux. Le mécanisme exact utilisé varie selon les autorités locales, mais ils ont tous besoin de se conformer au principe de la « *best value* », ce qui les oblige à veiller à ce que les services commandés soient les plus rentables et efficaces dans l'amélioration du bien-être des bénéficiaires. Cette argumentation amène une culture de l'évaluation sur l'évaluation des outputs (résultats) et pas des inputs (niveau de formation des travailleur-s-es).

« *Empowerment* » : les personnes âgées d'aujourd'hui ont plus de conscience de leur pouvoir et de leurs droits qu'avant et donc, elles ont des attentes et des exigences plus importantes. Le thème de l'*empowerment* en découle logiquement. Avec celui-ci vient également propositions de changer le fonctionnement des services qui répondait souvent au « *one size fits all* ». Le recours à l'argument de l'empowerment appelle une vision non standardisée et personnalisée des services, avec entre autres, le thème de la co-construction qui implique, pour la personne âgée, de co-construire son service et sa relation de service. Les pays n'ont cependant pas la même définition du terme.

L'Angleterre a la conception la plus « raffinée » dans le sens où elle est liée à l'octroi d'un budget personnel qui vise à équilibrer les pouvoirs entre personnes bénéficiaires et aidant-e-s. Dans d'autres pays, l'*empowerment* est plutôt synonyme d'accès à l'information (et de multiplication d'innovations sociales ayant pour but d'informer/ de coordonner/ etc... pour améliorer les conditions dans lesquelles le choix de la personne peut se faire concernant son accompagnement). En Belgique, la prise de décision et l'évaluation de la qualité par les bénéficiaires de l'accompagnement sont, très progressivement, en train de devenir un enjeu via le thème de la participation notamment. Diverses organisations dont à l'origine de certains projets très innovants (sur les maisons pour la participation par exemple) et sont conscients de l'importance de donner aux personnes âgées une « voix », via des structures adéquates et indépendantes, où elles peuvent exercer un contrôle sur la façon dont ils-elles sont traités ou soignés. L'argument n'a pas encore été développé ou entendu sur une très grande échelle régionale ou nationale, mais il a certainement un avenir. Une conférence a été organisée en 2009 par les institutions de sécurité sociale sur l'autonomisation des personnes âgées. « La liberté de choix », « l'autonomie » ou « le pouvoir de décision » dans une situation de dépendance ont été mentionnés comme des questions-clés. Le *Resident Assessment Instrument* (utilisé aux États-Unis depuis les années 80) est également un nouveau sujet qui a été lancé lors de la Journée des personnes âgées nationale en 2009. Il est un instrument normalisé pour permettre à des personnes âgées dépendantes, avec l'aide de leurs divers prestataires de soins, d'évaluer correctement leur position, leurs besoins et les risques auxquels ils sont confrontés. La RAI offre également des incitations pour évaluer la qualité des soins.

Diversification de l'offre. Des documents montrent que la « diversification » est un terme récurrent dans les discours et les textes européens. En Allemagne et en Wallonie, il est entendu dans le cadre de l'introduction de mécanismes prévoyant plus de « marché ». Mais il est présenté comme un argument « pour » en Allemagne et « contre » en Wallonie. En Belgique, des solutions de soins et de santé privatisés sont apparus sur plusieurs fronts: (1) le développement de régimes d'assurance de santé privés à but lucratif, (2) le développement de groupes pharmaceutiques grands et influents, (3) l'arrivée de fournisseurs for-profit avec le système des titres-services, (4) une forte hausse du nombre de résidences privées à but lucratif en Wallonie. Le secteur des soins à domicile n'est pas très marchand en Belgique et, contrairement à l'Allemagne, le secteur à but non lucratif

milite fortement contre l'introduction des principes de marché, la concurrence et même la diversification, considérée comme une façon d'introduire des mécanismes de marché dans les services d'accompagnement à domicile. Les arguments « contre » sont avancés en particulier par les mutuelles, au nom de l'efficacité et aussi de l'égalité et de la justice. Les mutuelles affirment que, avant de marquer une nouvelle avancée vers toute forme de privatisation, une étude d'impact doit être menée, par l'introduction de projets pilotes et de leur évaluation du point de vue de (potentiels) « inconvénients en termes d'accessibilité, de qualité, de la solidarité et d'efficacité, qui sont des principes importants afin de garantir le droit fondamental d'accès aux services d'aide et de santé » (MC-Information, 2007: 7). En Italie, la diversification est généralement associée à une légitimité accrue pour la prestation de soins par des organisations à but non lucratif au regard du phénomène de travailleur-se-s migrant-e-s en situation irrégulière. Le bénévolat et une diversification des mécanismes de financement sont considérés comme des questions importantes dans le débat sur la diversification en Angleterre. En Flandre, les aidant-e-s informel-le-s sont traité-e-s comme des co-partenaires de soins, capables de répondre aux besoins de diversification des bénéficiaires des services.

La place de la famille. On constate plusieurs conceptions nuancées du rôle de la famille dans l'accompagnement au domicile. Un-e personne aidante à la maison semble être un important leitmotiv de l'organisation de l'aide en Allemagne qui de fait, soutient l'effort familial à travers des solutions de congés familiaux de long terme. En Italie, la famille est le « noyau premier » de n'importe quel plan d'aide. La stratégie de personnalisation de la Grande-Bretagne intègre aussi la famille dans les plans d'aide et mais la référence à la « communauté » est également un élément important de l'organisation de l'aide. Enfin, en Wallonie, la famille est le lien principal entre tous les acteurs de la chaîne de l'aide formelle et, en Flandre, elle est le principal « partenaire ».

Mais cette position amène indéniablement des tensions, notamment autour des questions de genre, comme le fait de donner aux femmes la possibilité d'entrer ou de rester sur le marché du travail alors qu'elle est amenée à prendre en charge une personne dépendante. Malgré le fait que la pleine participation au marché du travail des femmes est un objectif politique central de l'UE, largement préconisé par les élites politiques et économiques, les politiques de gestion du vieillissement prônent l'idée d'une « personne

aidante à la maison » (Allemagne) ou de « la famille comme le noyau primaire » des soins (en Italie). Dans les pays où les soins formels sont considérés comme la principale cible des politiques (comme en Belgique, mais aussi en Angleterre), les familles – et le rôle des femmes – restent néanmoins centraux. Certes, le nombre de prestataires de soins informels qui ont eux-mêmes pris leur retraite augmente. Comme la politique dominante en Europe va vers le report de l'âge de la retraite cependant, cette tension est tout sauf résolue. Quant au discours soulignant la liberté de choix ou « *empowerment* », on peut se demander si leurs objectifs sont réalistes étant donné que les soins professionnels sont de plus en plus « taylorisés », de sorte que peu de possibilités existent de faire une différence pour chaque individu aidé.

La pression croissante sur la qualité globale de la prestation de soins, y compris sur la gestion des transitions de l'hôpital à la maison et sur la transmission d'informations dans le secteur du domicile, accompagne ces tensions. Dans les pays où les quasi-marchés sont très importants, les attentes en termes d'augmentation de la qualité sont difficilement compatibles avec l'accent mis sur un discours centré sur un usager client au centre du plan d'aide. Les prestataires ne peuvent-ils pas être tentés d'investir dans le marketing plutôt que dans une meilleure qualité ? En fait, la gestion de la politique du vieillissement se trouve au centre de divers enjeux potentiellement contradictoire : un niveau élevé d'engagement de prestataires de soins informels en même temps que l'accroissement de la concurrence entre les fournisseurs de soins professionnels, l'importance de la création de services de soins intégrés de qualité accessibles à tous malgré la limitation des dépenses publiques de soins aux personnes âgées et, enfin, le respect universel de la dignité humaine et de la solidarité dans un contexte caractérisé par un nombre croissant de personnes vieillissantes.

❖ *b. identifier les épreuves-défis : Identifier les bifurcations dans le parcours de vie des personnes vieillissantes*

L'intérêt de la réflexion en termes de *rationales* réside dans l'identification des épreuves normatives auxquelles sont confrontés les acteurs (y compris en tant que bénéficiaires) de la gestion du vieillissement.

De la même manière, nous avons réalisé une identification des « épreuves-défis » que le vieillissement peut faire porter tant sur les individus vieillissants que sur les intervenants. Plutôt que de recenser un nombre très important de situations difficiles pouvant être rencontrées par des individus, nous avons, sur base des conclusions du WP3, synthétisé cette épreuve-défi autour d'une succession de temps différents du vieillissement. Il apparaît que le parcours de vieillissement d'un individu peut être synthétisé par trois temps :

- Le temps 1 : celui des investissements et de la préparation de la vieillesse
- Le temps 2 : le temps anticipé de la vieillesse active
- Le temps 3 : le temps non anticipé de la dépendance

La rupture entre le temps 1 et 2 est souvent provoquée par la fin du travail et l'entrée dans le temps de la retraite. La rupture du temps 2 vers le temps 3 est souvent causée par un problème de santé (que ce soit de la personne ou de son entourage).

Dans les scénarios nous avons centré les récits de vie sur le passage du temps 2 au temps 3. Notre objectif est spécialement de rendre compte de différentes manières de vivre cette bifurcation biographique de l'entrée en dépendance et de mettre en évidence les épreuves par lesquelles passent les individus qui basculent dans le T3.

Une des prémisses sur laquelle repose nos scénarios est que l'évolution du contexte général wallon ainsi que du contexte organisationnel de l'aide et des soins en Wallonie aura un impact important sur le vécu de cette rupture individuelle et donc sur la possibilité de réalisation d'un « bien vieillir » défini comme une assurance d'un accompagnement continu, tant en termes d'aide et de soins que relationnels, malgré la rupture que constitue l'entrée en dépendance. Les scénarios présentent un grand nombre de situations de basculement de T2 vers T3, permettant d'appréhender la manière dont l'épreuve du vieillissement peut être vécue de manière très diversifiée.

4.4 Les quatre scénarios

Pour rappel, les quatre scénarios s'organisent de la manière suivante :

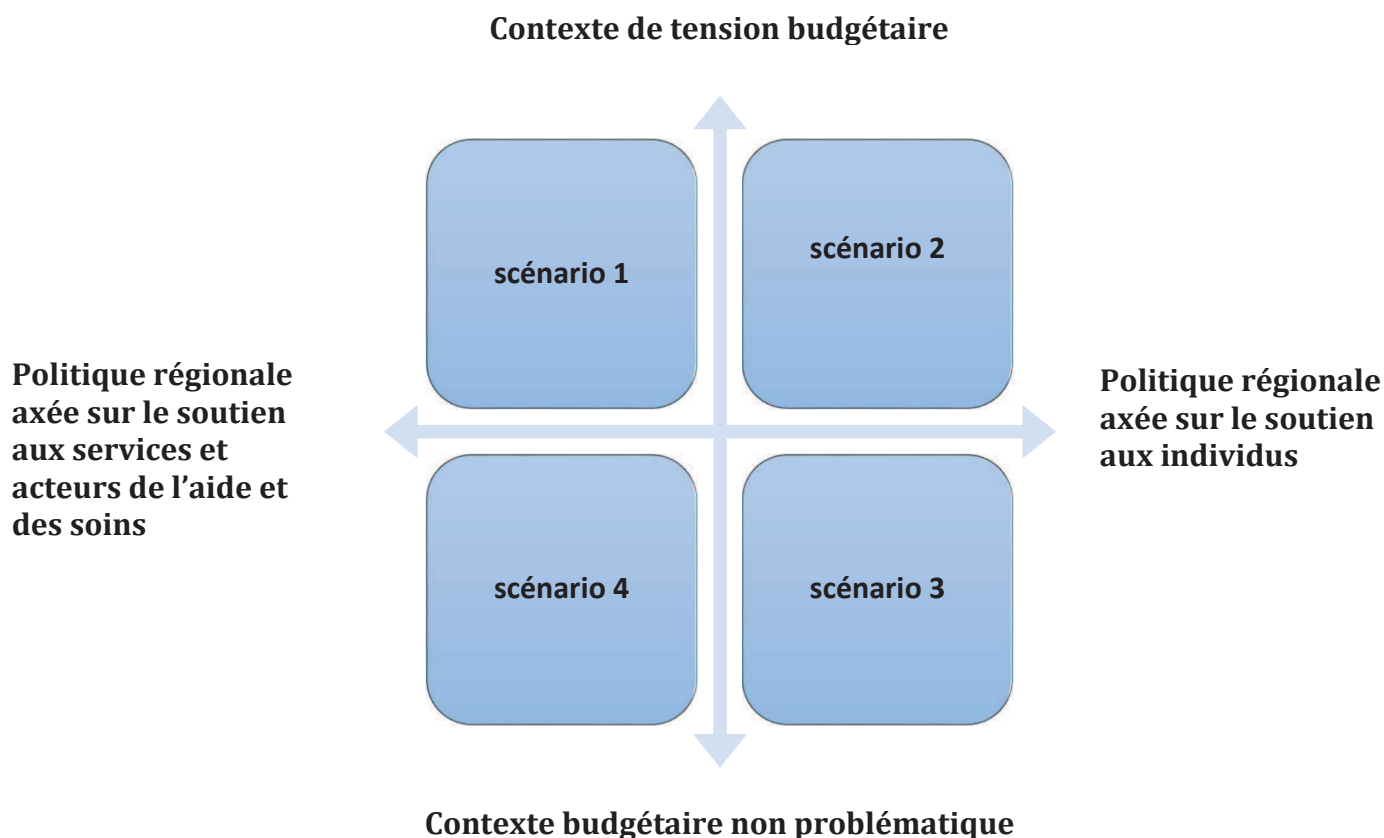


Figure 85: L'espace logique des scénarios

4.4.a Scénario 1 : Diminution du subventionnement du secteur de l'aide aux personnes

En 2025, l'ensemble des compétences liées au soin de santé et à l'organisation des services publics d'aide et de soins aux personnes sont régionalisés. Le choix réalisé en 2020 par le gouvernement wallon de mener une politique de relance économique basée sur le subventionnement massif des secteurs des services aux personnes et de l'industrie des nouvelles technologies, s'est traduit par une diminution du taux de chômage des jeunes, mais également par une forte augmentation de la dette publique wallonne, mettant d'ailleurs la Wallonie en infraction par rapport aux nouvelles normes européennes en la matière.

En 2025, en raison du poids de la dette, les principales agences de notation réévaluent le risque associé à la dette wallonne de manière très négative. La Wallonie se trouve dès lors dans une situation où si elle ne modifie pas sa politique de subventionnement, elle ne pourra plus faire face à ses créanciers et se trouvera en situation de défaut de paiement. Elle se voit donc contrainte de réduire fortement les aides et subventionnements accordés à certains secteurs. Privilégiant sa politique de redéveloppement industriel, elle décide de diminuer très fortement la politique de subventionnement des secteurs de l'aide aux personnes et des soins de santé qui, pense-t-on, est moins rentable que le soutien au redéploiement industriel en termes de création d'emploi.

Une des premières mesures prises afin de combler le déficit budgétaire à court terme est la demande de la Région wallonne aux entités publiques (communes, CPAS et intercommunales notamment) de réduire substantiellement leur participation financière dans le secteur (maisons de repos, maisons de repos et de soin, maisons médicales, services d'aide...). Une seconde mesure est la redéfinition des priorités d'investissement de la Région en termes de financement des soins médicaux. Le subventionnement de certains médicaments très coûteux destinés à des patient-e-s atteints de maladies rares est limité à un plafond relativement bas, les soins en hôpitaux de jour sont favorisés et les hôpitaux sont contraints de réduire la durée des hospitalisations. Le financement de la recherche médicale est également très fortement réduit.

En 2040, grâce aux efforts budgétaires importants menés depuis 2025, il n'est plus question de défaut de paiement. La dette wallonne a fortement diminué. Le secteur des services aux personnes s'est fortement reconfiguré et la Wallonie est devenue un territoire important dans l'économie numérique globale. Du point de vue du secteur de l'aide aux personnes, un acteur privé s'est particulièrement développé. La société canadienne *Help at Home*, créateur du concept de l'aide à domicile low cost a importé son business model en Belgique. Inspirée par l'économie collaborative marchande qui émergea à la fin des années 2010 (avec des services tels que Uber, TripAdvisor ou AirBnB) *Help at home* propose à tout un chacun de fournir des aides à domicile à la prestation. Une application mobile (smartphone et montre connectée) permet la mise en contact des prestataires et des clients. Le prix de la prestation varie : chaque prestation est évaluée

via l'application mobile par le client par une note allant de 1 à 5. L'évaluation globale consiste en la moyenne de l'ensemble des évaluations et influence le montant payé. Il diffère aussi en fonction des spécialités (allant de l'aide-ménagère à la réalisation d'actes de soin infirmier), et de la zone géographique où la prestation est effectuée (plus l'offre dans une région est grande plus les prix sont faibles). Cette formule à coût très variable et très flexible s'est montrée particulièrement adaptée à la situation wallonne très diversifiée en termes de pouvoir d'achat et d'accessibilité territoriale aux services. Les services d'aide à la personne relevant du secteur public existent encore mais sont ciblés sur les plus pauvres. Parallèlement, en cette période de tension budgétaire, de nombreuses initiatives associatives se développent, notamment dans le domaine de l'habitat partagé et des habitats intergénérationnel. L'assouplissement des lois sur la cohabitation et ses implications fiscales ont en effet fortement simplifié la cohabitation entre des personnes de générations différentes.

Joseph (65 ans en 2025, 80 en 2040, habitant de Farciennes, ouvrier à la retraite)

En 2025, Joseph a 65 ans et est à la retraite depuis cinq ans. Il a travaillé pendant 30 ans pour l'IRE, l'institut royal des radioéléments à Fleurus où il était ouvrier technicien actif dans la production de radioéléments à destination médicale. En 2020, il doit stopper cette activité, les problèmes d'arthrose qu'il a depuis longtemps se sont empirés. Les douleurs ressenties dans ses doigts et ses mains ne lui permettent plus de réaliser quotidiennement les manipulations nécessaires à l'exercice de son métier. Joseph ne s'est jamais marié et n'a comme famille qu'une sœur plus âgée et deux neveux qu'il voit peu. Son salaire n'ayant jamais été très élevé il ne s'est pas constitué de réserves importantes et vit grâce à son allocation de retraite qui s'élève à environ à 1.100 euros par mois. Propriétaire de sa petite maison, il vit seul à Farciennes. Membre du cercle horticole de Farciennes depuis de nombreuses années, sa principale activité est l'entretien de son jardin potager. Ayant plus de temps, il a également rejoint le comité qui organise la conférence mensuelle du cercle.

Au fil du temps, son arthrose s'empire. Il a de plus en plus de mal à bouger le poignet de sa main gauche ce qui rend de plus en plus difficile la réalisation d'un certain nombre d'activités. Progressivement, il ne peut plus conduire sa voiture et est obligé de

se déplacer uniquement en transport en commun. **En 2030**, au cours d'examens médicaux on lui découvre un cancer de la prostate, il refuse les interventions médicales lourdes et préfère profiter de ces dernières années en restant le plus longtemps possible chez lui. **En 2035**, il doit prendre un nouveau médicament pour son cancer qui, combiné aux antidouleurs puissants qu'il prend régulièrement l'affaiblit beaucoup. Depuis peu également Joseph souffre de dépression. Un de ces neveux, qui au fil de temps lui a souvent rendu service, le convainc qu'il serait mieux pour lui de quitter sa maison et de rejoindre une institution adaptée où son quotidien serait plus simple.

La maison de repos et de soin – Les châtaigniers

La maison de repos et de soin les châtaigniers a été créée en 1982. Dépendante à l'origine du CPAS de Farciennes cette MRS comptait 80 lits. Elle est destinée d'abord aux personnes précarisées de la commune. En 2023, lorsque le gouvernement a fait du secteur de l'aide aux personnes un objectif important de développement de la Wallonie, le CPAS, en partenariat avec la Région a pu financer la construction d'une annexe supplémentaire permettant d'augmenter la capacité d'accueil à 110 lits. Le directeur du home a quant à lui réussi à décrocher un subside régional afin d'engager du personnel supplémentaire pour mettre en place un nouveau programme d'activités et de revalidation pour les résidents. Ce subside lui permit d'embaucher deux jeunes kinés ainsi qu'un animateur.

La crise de **2025** modifia fortement la situation. La première modification fut la non-reconduction du programme de subsides permettant l'embauche de kinés et de l'animateur culturel. En 2030, conformément à la nouvelle politique régionale et ne pouvant par ailleurs plus faire face seul à l'obligation de remise en conformité des bâtiments construits en 1982, le CPAS de Farciennes, cherchant à assurer la permanence de sa fonction, fait des démarches auprès d'opérateurs privés qui injectent de l'argent dans le projet de rénovation. Ces derniers consentent à l'investissement à condition de transformer le modèle de la MRS, il faut au minimum que la MRS soit en situation d'équilibre budgétaire. En 2035, Les Châtaigniers ne compte plus que 55 résidents permanents. À côté de ces 55 résidents, la MRS a développé en parallèle une formule d'accueil de jour. Elle est en mesure d'accueillir également 60 personnes pour la journée qui sont soignées et nourries mais passent la nuit et le début de matinée à leur domicile. Cette formule permet aux CPAS de maintenir une continuité d'offre de soin aux personnes

de la commune qui en ont besoin, tout en limitant au maximum les coûts en termes de personnel et d'entretien des installations.

En 2035, lorsque le directeur des châtaigniers est sollicité par Joseph, il décide de lui offrir le choix suivant. Une première solution serait d'opter pour la résidence permanente, mais n'ayant pas les moyens financiers pour couvrir les frais relatifs à l'hébergement en plus de ses soins médicaux, le CPAS propose qu'il cède sa maison en viager au partenariat liant l'entreprise privée et le CPAS de Farciennes. En échange du revenu locatif de sa maison, il pourra bénéficier de son hébergement complet dans la MRS. À son décès, la maison appartiendra au consortium qui pourra la vendre où la proposer en location sur le marché locatif. Seconde solution, Joseph pourra être admissible au centre d'accueil de jour pour autant que son état lui permette une certaine indépendance. Un bus viendra le chercher vers 11 heures du matin et le ramènera chez lui vers 18 heures. Quand il ne saura plus rester seul chez lui, il pourra rejoindre la MRS. Il devra par contre financer la période en accueil de jour autrement que via le système viager qui ne pourra être déclenché qu'au moment de son entrée en accueil permanent.

Joseph ne sait pas quoi faire. Il n'a pas les moyens de financer l'accueil de jour en plus de ses soins médicaux et ne veut pas encore rentrer en institution. L'idée de mettre sa maison en viager ne lui plait pas trop non plus. En se renseignant, il entend parler d'une nouvelle association à Charleroi qui organise des solutions d'habitats collectifs adaptés aux personnes en perte d'indépendance. Il décide de se renseigner davantage sur cette alternative associative avant de prendre une décision.

Paul, médecin généraliste à Liège (45 ans en 2025) et Mohammed, liégeois (63 ans en 2025)

Paul est médecin généraliste. Il habite et travaille à Liège. **En 2025**, il a 45 ans. Après avoir exercé chez lui pendant une quinzaine d'années, il décide de rejoindre un cabinet médical, Médi-Grétry, qui rassemble dans un même bâtiment trois médecins généralistes, un dentiste, un gynécologue et un dermatologue. L'avantage est de partager un secrétariat ainsi que de partager très facilement les gardes avec ses collègues généralistes (Sandrine, 28 ans et Sarah 32 ans). Avec ce changement il décide également d'arrêter les consultations à domicile qu'il réalisait auparavant. Le cabinet est situé dans

le centre de Liège. **En 2030**, suite à son installation dans la maison médicale, sa patientèle s'est diversifiée. Le public est beaucoup plus différent et souvent il doit soigner des personnes qui ne le consultent qu'à une seule reprise et dont il ne connaît pas les antécédents médicaux. Le public auquel il est confronté est par ailleurs beaucoup plus diversifié socialement que ce à quoi il avait l'habitude dans les premières années de sa carrière.

Depuis 2025 et l'annonce de plan d'économie sur les services et la santé, il constate qu'une part de ces patient-e-s attend de plus en plus longtemps avant de venir le consulter et se présentent parfois avec des maladies ou des problèmes à un stade très avancé. Malgré la diminution du niveau de remboursement des prestations de soin de santé, il n'a jamais eu autant de travail, le plan du gouvernement « généraliste first » lancé en 2030 et qui a pour objectif la réduction des consultations chez les spécialistes a fortement augmenté la demande de consultations envers les généralistes. Il doit faire face à une très forte hausse de sa charge de travail. **En 2035**, il fait partie du comité liégeois de coordination de la grande grève des généralistes. En 2040, il a 60 ans et décide de lever le pied. Il ne reçoit plus qu'à mi-temps et consacre le reste de son temps à ses petits-enfants qu'il garde avec son épouse les mercredis et vendredis.

C'est **en 2027** que Mohammed (65 ans) vient le consulter pour la première fois. Il habite à proximité de la maison médicale mais n'était jamais venu car il n'a jamais été malade. Son pied gauche est très enflé à tel point qu'il ne sait plus enfiler sa chaussure et qu'il a du mal à marcher. Son pied est très douloureux, la douleur persiste la nuit et l'empêche de dormir depuis une semaine. Sa fille l'a convaincu de venir au centre Médi-Grétry. Elle consulte régulièrement une des jeunes généralistes pour elle-même ainsi que pour ses trois enfants. Paul trouve rapidement une cause au problème de Mohammed. Un traitement efficace résout le problème.

Bien qu'il croise parfois sa fille dans la salle d'attente, Paul n'a plus de nouvelles de Mohammed pendant sept années. **En 2034**, Mohammed a 72 ans. Sa vue a fortement baissé. Il fait une chute dans l'escalier assez grave. Après sa chute, il reste inconscient pendant quelques minutes. À son réveil, il ressent une très forte douleur dans le bras gauche qu'il ne sait plus bouger. Sa fille qui était heureusement présente veut l'emmener aux urgences mais Mohammed refuse. Il ne veut pas aller au CHU. Il n'a été à l'hôpital que

pour la naissance de ses enfants et les scandales récents qui ont alimenté les journaux télévisés pendant tout l'été (erreur médicale à Namur, bactérie résistante à Liège qui a contaminé et tué plusieurs personnes, grèves violentes à Bruxelles) l'ont convaincu que les hôpitaux n'étaient pas des endroits sûrs. Il demande à sa fille de le conduire chez le médecin du centre Médi-Grétry. Sa fille insiste un peu, mais sachant que son père n'a pas d'assurance hospitalisation, elle se dit que si la visite au médecin est suffisante, cela vaut la peine d'essayer.

Paul voit donc arriver Mohammed et sa fille. Il constate tout de suite qu'il s'agit d'une fracture ouverte. Mohammed devrait aller rapidement aux urgences du CHU. Mohammed refuse avec véhémence. Paul trouve un compromis, il l'emmène lui-même à une petite polyclinique où on pourra lui faire une radio et peut-être le traiter sur place. Mohammed peut y être pris en charge. Après un examen médical plus détaillé, on découvre que Mohammed a eu un AIT¹⁵⁶ qui a causé sa chute dans l'escalier. Il doit aller au CHU pour réaliser des tests plus poussés. Il doit passer quelques jours au CHU puis peut rentrer chez lui. Il doit maintenant prendre une série de médicaments et être suivi de manière régulière par un médecin. Sa vue s'est encore détériorée si bien qu'il doit recourir de plus en plus souvent à l'aide de sa fille pour réaliser un certain nombre de tâches quotidiennes.

Jan et Carine (65 ans et 62 ans en 2025, 80 et 78 en 2040, habitants de Lasne)

En 2025, à 65 ans Jan prend sa retraite. Il a réalisé l'ensemble de sa carrière dans la même société pétrochimique américaine. Il y a commencé comme ingénieur responsable de production dans une usine de plastique en Flandre et a petit à petit grimpé les échelons pour terminer directeur de production pour la zone Benelux. Bien qu'habitant en Wallonie Jan se considère avant tout comme belge et parle depuis son enfance aussi bien le français que le néerlandais. Son épouse Carine a, elle, cessé de travailler dans les années 1980 à la naissance de leur second enfant (Maxime a 40 ans en 2025 et Sandrine, sa sœur aînée a, elle, 42 ans en 2025). Depuis le départ de la maison de Maxime à la fin de ses études en 2010, Carine a repris une activité bénévole et s'investit dans une association d'aide aux personnes très âgées. Elle conduit ainsi régulièrement

¹⁵⁶ Accident ischémique transitoire.

trois dames souffrant de cancer chez le médecin ou à l'hôpital quand elles doivent recevoir leur chimio. Elle s'occupe également beaucoup de ses cinq petits-enfants. Jan quant à lui reste impliqué dans le conseil d'administration de plusieurs sociétés liées au secteur pétrochimique.

En 2027, après un examen médical de routine, on découvre que Jan est atteint de la maladie de Parkinson. Il est encore difficile de dire comment la maladie va évoluer, mais on lui annonce que d'ici dix ans, il aura perdu une grande partie de son autonomie.

Arlette, 35 ans en 2025, aide-soignante

En 2025, Arlette a 35 ans ; elle habite Nivelles. Elle travaille depuis cinq ans comme aide-soignante à mi-temps dans une maison de repos et de soin de la région de Charleroi : *Au soleil rouge*. Elle et son compagnon ont deux enfants en bas âge, et ils ont décidé que ce serait elle qui s'en occuperait de façon privilégiée, raison pour laquelle elle opte pour un emploi à temps partiel. La crise qui touche la Région wallonne et ses conséquences pour l'organisation des soins de santé n'ont pas encore affecté son travail. La diversité des tâches qu'elle doit accomplir en fait son intérêt : accueillir le résident et sa famille ; exécuter des tâches ménagères et logistiques (assurer le service des repas, préparer les chariots de soin...) ; dispenser les soins d'hygiène et de confort ; effectuer des actes techniques (soins de bouche, hydratation...) ; collaborer aux soins paramédicaux (prises de température, pesées, aide à la prise de médicaments...) ; surveiller l'état de santé du résident aux niveaux physique, psychique et social ; participer au soutien psychosocial du résident et sa famille ; informer et conseiller le résident et sa famille ; participer à la continuité et la qualité des soins (en participant aux réunions interdisciplinaires et en mobilisant le RAI) ; effectuer des tâches administratives courantes.

Trois ans plus tard, les effets de la crise se font ressentir sur le plan personnel et professionnel. Les contraintes pesant sur MR et les MRS pour qu'elles atteignent l'équilibre budgétaire ont engendré la prise de décisions affectant directement les conditions de vie et de travail d'Arlette. À l'instar d'autres catégories de professionnels, les aides-soignant-e-s ont dû accepter tant une réduction salariale (de l'ordre de 3 à 5 % selon l'ancienneté) qu'une redéfinition des activités. Les aides-soignant-e-s se voient de plus en plus confier des actes autrefois exécutés en collaboration avec des infirmier-e-s et

le RAI¹⁵⁷ a progressivement tendance à remplacer les réunions interdisciplinaires. Sur le plan personnel, ses enfants ayant quelque peu grandi, Arlette décide de chercher un second mi-temps, qu'elle trouve après quelques mois dans un service d'aide à domicile : *Le baladin*. Tout comme à la maison de repos, au fil du temps, elle constate que la responsabilité de l'infirmier chef sous les ordres de qui elle devrait travailler est relativement théorique : ses visites chez ses patient-e-s ont tendance à s'espacer de plus en plus, de sorte qu'Arlette est comme tiraillée entre un sentiment d'autonomie de plus en plus grand et une impression d'être livrée à elle-même tout aussi importante. Là aussi, le RAI tend à devenir l'unique mécanisme de dialogue entre les différents professionnels impliqués auprès du patient.

Des profils tels que celui de Joseph, elle en voit tant *Au soleil rouge* qu'à domicile. De part et d'autre, elle note une pression à la réduction des coûts des actes, dès lors ceux-ci ont tendance à être accomplis par des personnes moins qualifiées, moins formées, ayant moins d'ancienneté, à être plus brefs, à être plus espacés dans le temps. Tant que Joseph garde un statut qui lui permet d'être partiellement pris en charge financièrement par le CPAS de sa commune, Arlette sait qu'il aura droit à un minimum de soins. Mais au-delà ? Pour Joseph, la question est d'autant plus délicate que n'ayant pas vraiment d'aidant-e proche ses demandes à l'égard des aidant-e-s formel-le-s, dont Arlette, sont plutôt extensives. Devant se recentrer sur l'essentiel, et notamment son rôle de dispensatrice de soins d'hygiène et soins paramédicaux aux personnes, les dimensions psychologiques et sociales de son métier sont progressivement mises au second plan ; dès lors, elle a parfois l'impression d'abandonner ses patient-e-s face à leurs difficultés. Dans les familles où il y a des aidant-e-s proches, cette dimension est généralement prise en charge et on voit une nette différence entre des personnes totalement isolées et des personnes comme Mohammed. Pour les personnes de milieux aisés, comme Jan et Carine, Arlette observe qu'ils se tournent vers des services privés du secteur marchand ; leurs ressources leur permettent de s'offrir ce qu'il y a de mieux.

¹⁵⁷ Resident Assessment Instrument (instrument informatisé de mise en commun d'information sur un patient)

4.4.b Scénario 2 : Gestion du vieillissement autour d'un outil principal : l'assurance Kangourou

En 2025, l'ensemble des compétences liées aux soins de santé et à l'organisation des services publics d'aide et de soins aux personnes sont régionalisés. En 2020, le gouvernement wallon a mis en place une nouvelle mesure d'aide aux personnes en situation de dépendance : « l'assurance Kangourou ». Cette assurance, permet à toutes personnes de plus de 67 ans, en situation de précarité ou de grande précarité (notion définie sur base des déclarations fiscales rendues au cours des dix dernières années pré-retraites) de recevoir une aide financière allant de 80 à 135 euros par mois pour faire face à des frais engendrés par une perte d'autonomie, par un problème médical ponctuel ou chronique ou par la fréquentation d'une maison de repos ou de soin.

En 2030, le gouvernement réévalue les conséquences du transfert des compétences liées à la santé. Le modèle de sécurité sociale hérité du fédéral doit être adapté pour être économiquement soutenable et permettre de satisfaire les priorités fixées par l'exécutif wallon. Souhaitant maintenir sa politique en faveur des personnes âgées précaires, le gouvernement décide de diminuer fortement les remboursements de certains soins et médicaments pour les personnes les plus aisées afin de maintenir l'équilibre budgétaire malgré les conditions économiques difficiles. Parallèlement, il dépose un projet de loi qui oblige l'ensemble des Wallons de plus de 25 ans à souscrire à une assurance hospitalisation. Cette assurance peut être souscrite auprès d'opérateurs privés ou publics.

En conséquence, les acteurs assurantiels développent de nouvelles offres d'assurance hospitalisation et le nombre d'assurés augmente de manière importante. De nouveaux produits assurantiels sont développés, notamment des assurances dépendance privées, très populaires auprès des jeunes travailleurs car déductibles fiscalement. Très généralement, l'assurance hospitalisation est incluse dans le package salarial des entreprises privées, mais également des entreprises publiques et non marchandes. Les personnes n'ayant pas les moyens de souscrire à une assurance (certaines assurances offrant une couverture minimale sont très peu chères, donc peu de personnes sont dans

ce cas) peuvent recourir à une aide des CPAS dont l'assise financière a été ajustée pour soutenir cette nouvelle mesure.

En 2040, le marché de l'aide aux personnes se partage entre trois types d'acteurs. Un ensemble d'acteurs privés propose des services de qualité (repas à domicile, aide-ménagère, soin infirmier...), mais relativement coûteux. Ils ciblent donc un certain type d'usager-e-s. Un second type d'acteurs s'ancre dans le secteur non marchand et de l'économie sociale, mais a de plus en plus de difficultés à assurer une bonne qualité d'aide tant les contingents d'heures sont limités. De nombreuses associations caritatives se sont également développées. Une part importante de leur financement est récoltée lors de la campagne annuelle de sensibilisation (l'opération « 80-90-100 », dont le slogan est « chez nous, trois âgés sur quatre vivent dans la pauvreté) organisée par les chaînes de télévision privées du pays au mois de novembre.

L'espérance de vie en Belgique n'augmente plus depuis 2035.

Joseph (65 ans en 2025, 80 en 2040, habitant de Farciennes, ouvrier à la retraite)

En 2025, Joseph a 65 ans et est à la retraite depuis cinq ans. Il a travaillé pendant 30 ans pour l'IRE, l'institut royal des radioéléments à Fleurus où il était ouvrier technicien actif dans la production de radioéléments à destination médicale. En 2020, il doit cesser cette activité, les problèmes d'arthrose qu'il a depuis longtemps se sont empirés. Les douleurs ressenties dans ses doigts et ses mains ne lui permettent plus de réaliser quotidiennement les manipulations nécessaires à l'exercice de son métier. Joseph ne s'est jamais marié et n'a comme famille qu'une sœur plus âgée et deux neveux qu'il voit peu. Son salaire n'ayant jamais été très élevé, il ne s'est pas constitué de réserves importantes et vit grâce à son allocation de retraite qui s'élève à environ à 1.100 euros par mois. Propriétaire de sa petite maison, il vit seul à Farciennes. Membre du cercle horticole de Farciennes depuis de nombreuses années, sa principale activité est l'entretien de son jardin potager. Ayant plus de temps, il a également rejoint le comité qui organise la conférence mensuelle du cercle.

Au fil du temps, son arthrose s'empire. Il a de plus en plus de mal à bouger le poignet de sa main gauche, ce qui lui complique de plus en plus la réalisation d'un certain nombre d'activités. Progressivement, il ne peut plus conduire sa voiture et est obligé de se déplacer uniquement en transport en commun. **En 2030**, au cours d'examens médicaux on lui découvre un cancer de la prostate, il refuse les interventions médicales lourdes et préfère profiter de ces dernières années en restant le plus longtemps possible chez lui. **En 2035**, il doit prendre un nouveau médicament pour son cancer qui, combiné aux antidouleurs puissants qu'il prend régulièrement, l'affaiblit beaucoup, depuis peu également Joseph souffre de dépression. Un de ces neveux (Marc), qui au fil de temps lui a souvent rendu service, le convainc qu'il serait mieux pour lui de quitter sa maison et de rejoindre une institution adaptée où son quotidien serait plus simple.

La maison de repos et de soin – Les châtaigniers

La maison de repos et de soins Les Châtaigniers a été créée en 1982. À l'origine dépendante du CPAS de Farciennes, cette MRS comptait 80 lits. Elle est destinée d'abord aux personnes précarisées de la commune. Entre 1982 et 2025, elle évolue relativement peu et compte en permanence environ septante résidents. Depuis quelques années, le CPAS ayant vu ses fonds disponibles diminuer, la MRS se trouve en situation de déficit et a du mal à faire face à toutes les charges financières. **En 2030** elle se voit obligée de remettre les installations en conformité avec les normes de sécurité récentes. Le CPAS qui devrait financer les rénovations n'a pas les moyens de les couvrir. Le directeur des Châtaigniers en accord avec le conseil de l'action sociale de Farciennes décide alors d'accepter l'offre de rachat de la maison de repos qui lui a été faite par le groupe *Seniors' Partners*. Une société spécialisée dans l'aide aux personnes âgées qui a développé depuis les années 2020 une chaîne importante de maisons de repos et de soins : la chaîne Libellule. Les Châtaigniers serait leur trentième site en Wallonie.

En 2035, Les Châtaigniers a été bien intégré à la chaîne Libellule. C'est à ce moment que le neveu de Joseph sollicite une rencontre avec un conseiller de Libellule pour discuter des possibilités qui existent pour son oncle. Libellule dispose d'institutions de standings différents. L'institution de Farciennes vise un public relativement modeste. La standardisation des maisons libellules leurs permet d'offrir des tarifs assez bas. Chaque maison a cependant une spécialité. Celle de Farciennes est d'accueillir, de manière

préférentielle, des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. 55 lits sur les 80 sont réservés à des clients souffrant de cette maladie. Les lits restants sont, en raison d'un accord avec le CPAS, réservés à des personnes de la commune en situation de précarité.

Par chance, un lit « accord CPAS » est disponible. Grâce à l'assurance Kangourou dont bénéficie Joseph, et à l'aide du CPAS, le tarif serait accessible, mais l'acceptation d'une personne sous ce régime tarifaire est soumise à l'avis du conseil du CPAS. Le conseiller recommande également au neveu de Joseph une autre solution plus coûteuse, mais plus agréable. Libellule dispose en effet d'une maison réservée en priorité aux personnes souffrant de dépression. Joseph recevrait des soins adaptés et pourrait participer à des activités spécialement développées, notamment des activités de jardinage. Cette maison est située dans le centre de Charleroi, près du CHU, ce qui faciliterait également le traitement de son cancer de la prostate. Cette maison ne dispose pas d'un tarif « accord CPAS », Joseph pourrait y accéder, mais devrait revendre sa maison pour financer sa prise en charge.

Paul, médecin généraliste à Liège (45 ans en 2025) et Mohammed, liégeois (63 ans en 2025)

Paul est médecin généraliste. Il habite et travaille à Liège. **En 2025**, il a 45 ans. Après avoir exercé chez lui pendant une quinzaine d'années, il décide de rejoindre un cabinet médical, Médi-Grétry, qui rassemble dans un même bâtiment trois médecins généralistes, un dentiste, un gynécologue et un dermatologue. L'avantage est de partager un secrétariat ainsi que de partager très facilement les gardes avec ses collègues généralistes (Sandrine, 28 ans et Sarah 32 ans). Le cabinet est situé dans le centre de Liège.

En 2030, il se rend compte que sa pratique quotidienne est en train d'évoluer. Les consultations à domicile qu'il réalisait sont de plus en plus rares. Souvent elles ont été remplacées par le suivi à distance d'infirmier-e-s habilité-e-s à réaliser une série d'actes médicaux qu'il devait auparavant réaliser lui-même. Cette activité de suivi à distance lui prend de plus en plus de temps. En 2035, plus de la moitié de son temps de travail se passe derrière son ordinateur, en vidéo-conférence, accompagnant des infirmier-e-s mobiles, et même parfois des aides-soignant-e-s dans la région de Liège et dans les communes plus rurales de la région. En 2034, Paul gère depuis son bureau une vingtaine de personnes

voyageant dans toute la province. La plupart sont affiliées à l'association « Soins et soutiens à domicile », une association créée en 2020 qui offre un accompagnement flexible à domicile aux personnes âgées en situation de dépendance.

En 2034, il reçoit un appel de Marie-Noël, une des aides-soignantes membre de Soins et soutiens. Elle est arrivée chez un de ses nouveaux patients, Mohammed (65 ans), qu'elle doit suivre pour ses problèmes de vue. Lorsqu'elle arrive chez lui, elle le découvre inconscient dans le hall d'entrée. Elle est paniquée et pense que Mohammed a dû faire une chute dans l'escalier. Comme le prévoit la procédure dans ces cas-là, elle contacte Paul.

Le dossier médical informatique mentionne que Paul est son médecin traitant, mais Paul ne se souvient pas de Mohammed, bien qu'il soit effectivement venu le consulter à une reprise en 2027, pour un problème d'infection au pied.

Paul demande à Carine de rester sur place. Il constate dans son dossier centralisé que Mohammed est couvert par l'assurance hospitalisation de sa fille et que la couverture dont il dispose est très complète. Il décide donc de le faire transférer dans une clinique spécialisée disposant d'un service d'urgence et de gériatrie réputé et appelle une ambulance ; Paul appelle également la fille de Mohammed référencée en personne de contact dans son dossier pour l'avertir de la situation.

Quelques jours plus tard, la clinique informe Paul que Mohammed a eu un AIT¹⁵⁸ et qu'il aura besoin d'un suivi régulier. Paul téléphone au domicile de Mohammed et tombe sur sa fille présente, il lui explique la situation et lui propose les services d'un infirmier de SSD qui pourrait faire le suivi médical de son père. Elle en discute avec son père qui accepte cette solution qui lui permet d'éviter de retourner à l'Hôpital, ce qu'il déteste.

Entre 2027 et 2040, Mohammed a encore eu deux AIT qui ont fortement réduit sa mobilité et détérioré sa vue davantage. Paul qui a suivi le dossier de Mohammed avec attention au fil du temps et a discuté de son cas lors de réunions d'équipe qu'il organise

¹⁵⁸ Accident ischémique transitoire.

avec ses infirmier-e-s et aides soignant.e.s, pense qu'il vaudrait mieux que Mohammed soit placé dans une institution adaptée où il pourra être mieux suivi.

Jan et Carine (65 ans et 62 ans en 2025, 80 et 78 en 2040, habitants de Lasne)

En 2025, à 65 ans Jan prend sa retraite. Il a réalisé l'ensemble de sa carrière dans la même société pétrochimique américaine. Il y a commencé comme ingénieur responsable de production dans une usine de plastique en Flandre et a petit à petit grimpé les échelons pour terminer directeur de production pour la zone Benelux. Bien qu'habitant en Wallonie Jan se considère avant tout comme belge et parle depuis son enfance aussi bien le français que le néerlandais. Son épouse Carine a, elle, cessé de travailler dans les années 1980 à la naissance de leur second enfant (Maxime a 40 ans en 2025 et Sandrine, sa sœur aînée a, elle, 42 ans en 2025). Depuis le départ de la maison de Maxime à la fin de ses études en 2010, Carine a repris une activité bénévole et s'investit dans la gestion du magasin Oxfam de Lasne. Elle s'occupe également beaucoup de ses cinq petits-enfants. Jan quant à lui reste impliqué dans le conseil d'administration de plusieurs sociétés liées au secteur pétrochimique.

En 2027, après un examen médical de routine, on découvre que Jan est atteint de la maladie de Parkinson. Il est encore difficile de dire comment la maladie va évoluer, mais on lui annonce que d'ici dix ans, il aura perdu une grande partie de son autonomie.

Arlette, 35 ans en 2025, aide-soignante

En 2025, Arlette a 35 ans ; elle habite à Nivelles. Elle travaille depuis cinq ans comme aide-soignante à mi-temps dans une maison de repos et de soins de la région de Charleroi : *Au soleil rouge*. Elle et son compagnon ont deux enfants en bas âge, et ils ont décidé que ce serait elle qui s'en occuperait de façon privilégiée, raison pour laquelle elle opte pour un emploi à temps partiel. La crise qui touche la Région wallonne et ses conséquences pour l'organisation des soins de santé n'ont pas encore affecté son travail. La diversité des tâches qu'elle doit accomplir en fait son intérêt : accueillir le résident et sa famille ; exécuter des tâches ménagères et logistiques (assurer le service des repas, préparer les chariots de soin...) ; dispenser les soins d'hygiène et de confort ; effectuer des actes techniques (soins de bouche, hydratation...) ; collaborer aux soins paramédicaux

(prises de température, pesées, aide à la prise de médicaments...) ; surveiller l'état de santé du résident aux niveaux physique, psychique et social ; participer au soutien psychosocial du résident et sa famille ; informer et conseiller le résident et sa famille ; participer à la continuité et la qualité des soins (en participant aux réunions interdisciplinaires et en mobilisant le RAI) ; effectuer des tâches administratives courantes.

Trois ans plus tard, les effets de la crise se font ressentir au plan personnel et au plan professionnel. Les contraintes pesant sur les maisons de repos et les maisons de repos et de soins pour atteindre l'équilibre budgétaire ont engendré des prises de décisions affectant directement les conditions de vie et de travail d'Arlette. La maison de repos dans laquelle elle travaille est restée majoritairement publique, mais la pression à la rentabilité se fait néanmoins sentir. À l'instar d'autres catégories de professionnel-le-s, les aides-soignant-e-s ont dû accepter tant une réduction salariale (de l'ordre de 3 à 5 % selon l'ancienneté) qu'une redéfinition des activités. Les aides-soignant-e-s se voient de plus en plus confier des actes autrefois exécutés en collaboration avec ou par des infirmier-e-s et le RAI a progressivement tendance à remplacer les réunions interdisciplinaires. Sur le plan personnel, ses enfants ayant quelque peu grandi, Arlette décide de chercher un second mi-temps, qu'elle trouve après quelques mois dans un service d'aide à domicile privé : *Le baladin*. Tout comme à la maison de repos, au fil du temps, elle constate que la responsabilité de l'infirmier chef sous les ordres de qui elle devrait travailler est relativement théorique : ses visites chez ses patient-e-s ont tendance à s'espacer de plus en plus, de sorte qu'Arlette est comme tiraillée entre un sentiment d'autonomie de plus en plus grand et une impression d'être livrée à elle-même tout aussi importante. Là aussi, le RAI tend à devenir l'unique mécanisme de dialogue entre les différent-e-s professionnel-le-s impliqué-e-s auprès du patient. Dans le service d'aide à domicile privé, la logique de marché est cependant plus forte : les patient-e-s qui en ont les moyens ont accès aux « services plus » – plus de visites, plus de temps par visite, plus de confort, plus de disponibilités, horaires plus variables et davantage modifiables... – spécialement développés pour eux/elles.

Des profils tel que celui de Joseph, elle en voit tant *Au soleil rouge* qu'à domicile. Elle en voit d'ailleurs beaucoup qui passent du domicile où interviennent des services

d'aide tel *Le baladin* vers les MRS. Souvent, ils tentent de rester le plus longtemps à domicile n'acceptant l'entrée en MRS que lorsque la situation n'est plus tenable. Autrefois, le basculement dans la plus grande dépendance constituait le moment de transition privilégié. Pour les personnes comme Joseph, la limitation de leur réseau social et de leurs ressources économiques opèrent également comme facteurs déclencheurs. N'ayant pas vraiment d'aidant.e proche, les demandes de Joseph à l'égard des aidant.e.s formel.le.s, dont Arlette, sont plutôt extensives ; mais le recentrage sur le métier de dispensatrice de soins d'hygiène et soins paramédicaux (les dimensions psychologiques et sociales de son métier sont progressivement mises au second plan) imposé à Arlette pour les personnes les moins solvables génère inmanquablement une insatisfaction réciproque. Dans un premier temps, Joseph a pu négocier quelques prestations supplémentaires payées en noir, mais ensuite, ses réserves s'épuisant, il a dû se résoudre à demander un hébergement *Au soleil rouge* où il pourra disposer d'un service de base supérieur à ce que permet *Le Baladin* en raison de l'optique sociale maintenue dans cette MRS. Pour les personnes de milieux aisés, comme Jan et Carine, Arlette observe qu'ils se tournent vers des services privés du secteur marchand ; leurs ressources leur permettent de s'offrir ce qu'il y a de mieux. Entre ces deux situations (quasi) extrêmes se retrouvent des patient.e-s qui peuvent, tout comme Mohammed par exemple, compter sur un réseau d'aidant.e-s proches important qui compense partiellement – notamment pour le soutien psychologique et relationnel – les réductions des prestations des services d'aide à domicile.

4.4.c Scénario 3 : Revenu inconditionnel, politique du bien vieillir au niveau local

En 2025, l'ensemble des compétences liées au soin de santé et à l'organisation des services publics d'aide et de soins aux personnes sont régionalisés. Profitant d'un nouveau transfert de compétences liées à l'organisation de la sécurité sociale, la Région wallonne décide de réorganiser l'ensemble des mécanismes de redistribution en mettant en place un système de revenu inconditionnel (de type allocation universelle). À partir de 2025, chaque Wallon âgé de plus de 18 ans se verra allouer un revenu mensuel inconditionnel de 1.200 euros.

En corollaire, différentes allocations sociales sont supprimées. Les CPAS perdent une grande partie de leur financement, les allocations de chômage, les bourses d'études, les allocations familiales et les revenus d'intégration sont supprimés, les pensions plus basses que 1.200 euros sont élevées pour atteindre cette somme, les pensions plus élevées sont maintenues à leur niveau précédent. Notons que dans ce système, les modalités de financement des soins de santé ne sont pas modifiées.

Depuis la fin des années 2010, les projections démographiques prévoient qu'en 2040, les plus de 65 ans représenteront près de 24%¹⁵⁹ de la population wallonne et donc environ 30% des électeurs. Au vu de ces nombres significatifs, et suite aux élections de **2024**, la question de la gestion du vieillissement de la population arrive au centre des préoccupations des gouvernements wallons successifs. La « politique du bien vieillir » devient un des points centraux des déclarations de politique générale des différents gouvernements qui soutiennent et développent de nombreux projets destinés à améliorer spécifiquement les conditions de vie des aînés.

Profitant de ses nouvelles compétences, en **2030**, le gouvernement décide de relever l'âge légal de la pension à 75 ans. Les personnes souhaitant stopper leur activité avant cette date bénéficiant de l'allocation inconditionnelle, cette mesure fut largement acceptée par la population âgée (les sondages indiquent qu'une part importante des plus de 65 ans est désireuse de pouvoir maintenir une activité rémunérée au-delà de cet âge).

Ce soutien massif du gouvernement envers la population âgée a créé petit à petit des tensions au sein de la société wallonne. En 2031, la publication par un économiste flamand d'une étude dénonçant les très fortes inégalités de répartition des richesses entre générations en Belgique, cumulée à l'annonce de l'allongement du temps de travail jusqu'à 75 ans déclenche un mouvement de contestation sans précédent en Wallonie. Ce mouvement se traduit d'une part par des émeutes violentes sur les campus universitaires ainsi que, d'autre part, par la création d'un parti « jeuniste », qui revendique un accès plus facile à la propriété pour les moins de 40 ans ainsi qu'une plus juste répartition du patrimoine et de l'accès au travail (notamment aux postes à responsabilité) entre les classes d'âge. En 2039, ce nouveau parti remporte 12 des 75 sièges du Parlement wallon

¹⁵⁹ Chiffres : Bureau du plan, 2013, Perspectives de population 2012-2060.

et est bien décidé à conduire une opposition brutale face à la politique du bien vieillir qui a été menée en Wallonie depuis 15 ans.

Joseph (65 ans en 2025, 80 en 2040, habitant de Farciennes, ouvrier à la retraite)

En 2025, Joseph a 65 ans et est à la retraite depuis cinq ans. Il a travaillé pendant 30 ans pour l'IRE, l'institut royal des radioéléments à Fleurus où il était ouvrier technicien actif dans la production de radioéléments à destination médicale. En 2020, il doit cesser cette activité, les problèmes d'arthrose qu'il a depuis longtemps se sont empirés. Les douleurs ressenties dans ses doigts et ses mains ne lui permettent plus de réaliser quotidiennement les manipulations nécessaires à l'exercice de son métier. Joseph ne s'est jamais marié et n'a comme famille qu'une sœur plus âgée et deux neveux qu'il voit peu. Son salaire n'ayant jamais été très élevé, il ne s'est pas constitué de réserves importantes et vit grâce à son allocation de retraite qui s'élève à environ à 1.100 euros par mois. En 2024, la mise en place de l'allocation inconditionnelle a pour conséquence une augmentation de 100 euros de son budget mensuel. Propriétaire de sa petite maison, il vit seul à Farciennes. Membre du cercle horticole de Farciennes depuis de nombreuses années, sa principale activité est l'entretien de son jardin potager. Ayant plus de temps, il a également rejoint le comité qui organise la conférence mensuelle du cercle.

Au fil du temps, son arthrose s'empire. Il a de plus en plus de mal à bouger le poignet de sa main gauche, ce qui lui complique de plus en plus la réalisation d'un certain nombre d'activités. Progressivement, il ne peut plus conduire sa voiture et est obligé de se déplacer uniquement en transport en commun. En 2030, au cours d'examens médicaux on lui découvre un cancer de la prostate, il refuse les interventions médicales lourdes et préfère profiter de ces dernières années en restant le plus longtemps possible chez lui. **En 2035**, il doit prendre un nouveau médicament pour son cancer qui, combiné aux antidouleurs puissants qu'il prend régulièrement l'affaiblit beaucoup, depuis peu également Joseph souffre de dépression.

Un de ces neveux, Marc, qui au fil de temps lui a souvent rendu service et a toujours eu beaucoup d'affection pour lui vient de décider grâce au revenu inconditionnel, de ne garder qu'un emploi à mi-temps. Voyant que Joseph ne va pas bien et a besoin d'aide, il

décide de passer trois jours par semaine avec lui. Ensemble, ils remettent en ordre le potager de Joseph et ils fréquentent le cercle horticole. Marc ne comprend pas les revendications du parti jeuniste. Pour lui la famille passe avant tout et il est heureux que l'allocation inconditionnelle lui permette de passer du temps avec son oncle qui ne sera plus là très longtemps.

En 2035, présent trois jours par semaine chez son oncle, il constate à un moment qu'il devrait être suivi quotidiennement. Il décide de se renseigner sur les différentes formules d'aide possibles, ne sachant pas bien où trouver de l'information il se rend à la commune de Farciennes.

La maison de repos et de soin – Les châtaigniers

La maison de repos et de soins Les Châtaigniers a été créée en 1982. À l'origine dépendante du CPAS de Farciennes, cette MRS comptait 80 lits. Elle est destinée d'abord aux personnes précarisées de la commune. Entre 1982 et 2024, elle évolue assez peu. En **2024**, un des axes de la politique du bien vieillir est le développement d'une offre publique de maisons de repos et de maisons de repos et de soins de qualité. Des fonds importants sont libérés par le gouvernement pour rénover les bâtiments existant et augmenter le nombre de lits disponibles. Dans ce contexte, le directeur des Châtaigniers parvient à décrocher un budget pour rénover son institution et construire une nouvelle aile de 40 lits supplémentaires. Il disposera de 120 lits à partir de **2030**.

La politique de revenu inconditionnel mise en place en 2024 change évidemment fortement le mode de financement des MR et MRS dépendantes des CPAS. Les CPAS ont en effet perdu leur capacité financière. Ils restent cependant les organismes compétents pour organiser certains services d'aide sociale au niveau local, mais l'autonomie financière des MR et MRS leur donne une marge de manœuvre beaucoup plus importante.

Dans les faits, les décisions importantes concernant Les Châtaigniers sont prises par un conseil d'administration composé principalement de médecins du CHU de Charleroi ainsi que de membres du conseil du CPAS de Farciennes. Le CA est relativement peu impliqué et ne se réunit qu'une fois par an, il laisse une grande marge de manœuvre au directeur de la maison.

En 2035, le directeur décide de lancer une nouvelle formule d'accueil flexible permettant à des personnes de rester le plus longtemps possible à domicile. Ils disposent d'une chambre individuelle dans l'institution mais ne sont pas obligés d'y séjourner quotidiennement et peuvent passer quelques jours par semaine chez eux. Un suivi médical quotidien est réalisé directement par un service du CHU avec qui la MRS est en contact étroit grâce à une série de capteurs et d'appareils vidéo installés chez la personne âgée, mais également dans les chambres de l'institution.

Lorsque Marc se renseigne à la commune de Farciennes sur les possibilités d'accompagnement de son oncle, il est dirigé vers la conseillère en accompagnement des personnes âgées. Celle-ci connaît très bien l'ensemble des offres disponibles dans la région et lui conseille de contacter la maison Les Châtaigniers qui dispose d'un programme d'accueil flexible qui conviendrait parfaitement à Joseph et qui a toujours de places disponibles. Comme la MRS dépend du CPAS de Farciennes et que Joseph a habité la commune pendant plus de 40 ans, il aura droit à un accès prioritaire à un tarif adapté à son revenu.

Elle renseigne également à Marc une association de bénévoles de la commune qui a pour projet de tenir compagnie aux personnes isolées.

Marc contacte le directeur des Châtaigniers et après en avoir parlé à son oncle l'inscrit au programme d'accueil flexible. Malgré le tarif adapté à son revenu, le coût de cette formule est assez élevé pour Joseph. Ne pouvant plus se tourner vers le CPAS en cas de gros coup dur, il est un peu angoissé de devoir faire face à de grosses dépenses médicales si elles devaient se présenter.

Les contacts pris avec l'association de lutte contre l'isolement ont également été très positifs, Justine une dame de 40 ans habitant dans le quartier de Joseph a accepté de lui tenir compagnie quelques heures par semaine quand il n'est pas aux Châtaigniers et s'occupe parfois de le conduire aux Châtaigniers où de le ramener chez lui quand Marc ne peut pas être là.

Paul, médecin généraliste à Liège (45 ans en 2025) et Mohammed, liégeois (63 ans en 2025)

Paul est médecin généraliste. Il habite et travaille à Liège. **En 2025**, il a 45 ans. Après avoir exercé chez lui pendant une quinzaine d'années, il décide de rejoindre un cabinet médical, Médi-Grétry, qui rassemble dans un même bâtiment trois médecins généralistes, un dentiste, un gynécologue et un dermatologue. L'avantage est de partager un secrétariat ainsi que de partager très facilement les gardes avec ses collègues généralistes (Sandrine, 28 ans et Sarah 32 ans). Le cabinet est situé dans le centre de Liège.

Les changements dans l'organisation de la sécurité sociale n'ont finalement pas eu beaucoup d'impact sur lui. Les soins de santé restent remboursés par les mutuelles et la distribution de l'allocation inconditionnelle n'a pas eu d'impact particulier sur sa patientèle, en tout cas il n'en a pas remarqué.

Le cabinet médical qu'il a rejoint fonctionne bien et la coordination avec ses deux jeunes collègues se passe très bien. Les événements de 2031 ont été assez spectaculaires à Liège et ils ont suscité des débats animés entre Paul qui ne comprend pas les positions jeunistes défendues par Sandrine et Sarah.

En 2040, il a 60 ans et décide de lever le pied. Il ne reçoit plus qu'à mi-temps et consacre le reste de son temps à ses petits-enfants qu'il garde avec son épouse les mercredis et vendredis.

C'est en 2027 que Mohammed (65 ans) vient le consulter pour la première fois. Il habite à proximité de la maison médicale mais n'était jamais venu car il n'a jamais été malade. Son pied gauche est très enflé à tel point qu'il ne sait plus enfiler sa chaussure et qu'il a du mal à marcher. Son pied est très douloureux, la douleur persiste la nuit et l'empêche de dormir depuis une semaine. Sa fille (Khadija) l'a convaincu de venir au centre Médi-Grétry. Elle consulte régulièrement une des jeunes généralistes pour elle-même ainsi que pour ses trois enfants. Paul trouve rapidement une cause au problème de Mohammed. Un traitement efficace résout le problème.

Bien qu'il croise parfois sa fille dans la salle d'attente, Paul n'a plus de nouvelle de Mohammed pendant sept années. En 2034, Mohammed a 72 ans. Sa vue a fortement

baissé. Il fait une chute dans l'escalier assez grave. Après sa chute, il reste inconscient pendant quelques minutes. À son réveil, il ressent une très forte douleur dans le bras gauche qu'il ne sait plus bouger. Sa fille qui était heureusement présente veut l'emmener aux urgences mais Mohammed refuse. Il ne veut pas aller au CHU. Il demande à sa fille de le conduire chez le médecin du centre Médi-Grétry.

Paul voit donc arriver Mohammed et sa fille. Il constate tout de suite qu'il s'agit d'une fracture ouverte. Mohammed devrait aller rapidement aux urgences du CHU. Mohammed refuse avec véhémence. Paul trouve un compromis, il l'emmène lui-même à une petite polyclinique où on pourra lui faire une radio et peut-être le traiter sur place. Mohammed peut y être pris en charge. Après un examen médical plus détaillé, on découvre que Mohammed a eu un AIT¹⁶⁰. Il doit aller au CHU réaliser des tests plus poussés. Il doit passer quelques jours au CHU puis peut rentrer chez lui. Il doit maintenant prendre une série de médicaments et être suivi de manière régulière par un médecin.

Au fil du temps, sa vue se détériore encore. Sa fille qui travaille maintenant à mi-temps décide de s'occuper plus de lui, parallèlement, elle décide de proposer à Karima, la fille d'une de ses cousines qui est en troisième année de médecine à l'université un job comme aide à domicile pour les quelques jours où elle ne sait pas s'occuper de son père. Karima passe trois heures le mercredi et le vendredi chez Mohammed et c'est Mohammed qui la rémunère directement en liquide à la fin de chaque semaine.

Jan et Carine (65 ans et 62 ans en 2025, 80 et 78 en 2040, habitants de Lasne)

En 2025, à 65 ans Jan prend sa retraite. Il a réalisé l'ensemble de sa carrière dans la même société pétrochimique américaine. Il y a commencé comme ingénieur responsable de production dans une usine de plastique en Flandre et a petit à petit grimpé les échelons pour terminer directeur de production pour la zone Benelux. Bien qu'habitant en Wallonie Jan se considère avant tout comme belge et parle depuis son enfance aussi bien le français que le néerlandais. Son épouse Carine a, elle, cessé de travailler dans les années 1980 à la naissance de leur second enfant (Maxime a 40 ans en 2025 et Sandrine, sa sœur aînée a, elle, 42 ans en 2025). Depuis le départ de la maison de

¹⁶⁰ Accident ischémique transitoire.

Maxime à la fin de ses études en 2010, Carine a repris une activité bénévole et s'investit dans la gestion du magasin Oxfam de Lasne. Elle s'occupe également beaucoup de ses cinq petits-enfants. Jan quant à lui reste impliqué dans le conseil d'administration de plusieurs sociétés liées au secteur pétrochimique.

En 2027, après un examen médical de routine, on découvre que Jan est atteint de la maladie de Parkinson. Il est encore difficile de dire comment la maladie va évoluer, mais on lui annonce que d'ici dix ans, il aura perdu une grande partie de son autonomie.

Arlette, 35 ans en 2025, aide-soignante

En 2025, Arlette a 35 ans ; elle habite à Nivelles. Elle travaille depuis cinq ans comme aide-soignante à mi-temps dans une maison de repos et de soins de la région de Charleroi : *Au soleil rouge*. Elle et son compagnon ont deux enfants en bas âge, et ils ont décidé que ce serait elle qui s'en occuperait de façon privilégiée, raison pour laquelle elle opte pour un emploi à temps partiel. La diversité des tâches qu'elle doit accomplir fait tout l'intérêt de son travail : accueillir le résident et sa famille ; exécuter des tâches ménagères et logistiques (assurer le service des repas, préparer les chariots de soin...) ; dispenser les soins d'hygiène et de confort ; effectuer des actes techniques (soins de bouche, hydratation...) ; collaborer aux soins paramédicaux (prises de température, pesées, aide à la prise de médicaments...) ; surveiller l'état de santé du résident aux niveaux physique, psychique et social ; participer au soutien psychosocial du résident et sa famille ; informer et conseiller le résident et sa famille ; participer à la continuité et la qualité des soins (en participant aux réunions interdisciplinaires et en mobilisant le RAI) ; effectuer des tâches administratives courantes.

Suite à la décision de la Région wallonne de mettre en place le système de revenu mensuel inconditionnel de 1.200 euros, Arlette, comme de nombreuses femmes ayant des enfants en bas âge et occupées dans des emplois à revenus modestes, a décidé de réduire son temps de travail ; elle ne preste plus que un jour par semaine. La multiplication des temps-partiels est un réel défi en termes d'organisation : la transmission de l'information est plus difficile ; les résident-e-s voient une augmentation du nombre d'intervenant-e-s sans toujours bien comprendre qui fait quoi ; les personnes désorientées arrivent encore

plus difficilement à nouer des liens privilégiés. Certain-e-s résident-e-s se plaignent ouvertement de cette situation.

Cinq ans plus tard, suite à une séparation conjugale, voulant à tout prix garder la maison qu'elle occupe, Arlette se voit contrainte d'étendre son temps de travail. N'ayant pas immédiatement d'opportunité *Au soleil rouge*, elle postule ailleurs et trouve finalement un emploi à mi-temps dans un service d'aide à domicile privé : *Le baladin*. Là aussi, les temps-partiels sont la norme, mais le service est organisé de façon telle que chaque aide-soignant-e n'ait à intervenir qu'auprès d'un nombre réduit de patient-e-s de sorte que ceux/celles-ci n'aient pas à pâtir de cette situation.

La mise en place du système de revenu mensuel inconditionnel de 1.200 euros a fortement réduit la part de la population vivant sous le seuil de pauvreté, mais les personnes ayant en tout et pour tout 1.200 euros par mois, ne pouvant désormais plus escompter d'allocation ou d'aide supplémentaires, se retrouvent finalement plus pauvres qu'avant. Et ce d'autant plus que la mise en place du système de revenu mensuel garanti a relancé l'inflation.

Ainsi, pour Joseph, les 1.200 euros de RMI dont il dispose désormais le placent dans une situation plus précaire que lorsqu'il bénéficiait de 1.100 euros de retraite et qu'il pouvait, en cas de nécessité, se tourner vers le CPAS. Et la situation semble plus difficile encore pour les jeunes vivant du seul revenu inconditionnel et qui sont discriminés car considérés comme des « fainéants » ; qu'en sera-t-il lorsqu'ils arriveront à l'âge de la retraite ? Pour Joseph, et plein d'autres dans son cas, la tendance est à limiter les demandes auprès du service d'aide à domicile afin de maintenir leur budget sous contrôle. Pour Joseph, qui ne bénéficie pas d'aidant-e-proche, cette question est cependant source de tiraillement : Arlette lui suggère de se limiter à son rôle de dispensatrice de soins d'hygiène et soins paramédicaux, soit des soins indispensables, mais elle délaisserait alors les dimensions psychologiques et sociales de son métier qui comptent tant pour Joseph. Bien qu'ayant aussi une retraite modeste, pour Mohammed, qui peut compter sur des solidarités familiales fortes, les attentes auprès des services d'aide à domicile sont plus réduites, et ce d'autant plus qu'il reste réservé à l'égard de ceux-ci et n'y fait appel qu'en dernier recours. Les personnes de milieux aisés, comme Jan et Carine, ne rencontrent pas ce type de difficultés.

4.4.d Scénario 4 : Le plan Senior Tech-Wallonie : robotisation et numérisation des soins et de l'aide à domicile

En 2025, l'ensemble des compétences liées au soin de santé et à l'organisation des services publics d'aide et de soins aux personnes sont régionalisées. Un grand plan de développement de la gestion du vieillissement à l'horizon 2040 est lancé, le plan *Senior Tech-Wallonie*. Ce plan comprend différents engagements destinés à favoriser le bien vieillir via l'accompagnement à domicile des seniors par le développement de nouvelles technologies et de formes d'entrepreneuriat social dans le secteur du domicile, ainsi qu'à positionner la Wallonie comme un acteur de pointe dans le secteur des technologies du vieillissement. La Région entend ainsi favoriser l'innovation tant technologique que sociale.

Dans cette optique, différents projets sont soutenus. L'université de Liège obtient par exemple un important soutien du gouvernement wallon pour prendre part à un projet de R&D piloté par la Commission européenne visant à robotiser autant que possible l'aide aux personnes âgées. L'ULG acquiert 30.000 exemplaires du robot « Cookie » qui sont mis à disposition d'une population test dans certaines communes pilotes. Cookies est composé de deux parties, un module de soins capable d'accompagner les personnes âgées dans différentes tâches d'hygiène et de soins médicaux de base (injections, pansements, pilulier, suivi de variables médicales...) et d'un module mobile autonome (un drone) servant de balise de communication vidéo instantanée et de surveillance permanente de la personne âgée. Ce module permet à la personne âgée d'être en contact quotidien avec son médecin traitant ainsi qu'avec un service d'aide à domicile en cas de besoin.

Une politique de soutien aux sociétés *spin-off* actives dans la gestion du vieillissement est également mise en place. **En 2030**, une première entreprise émerge comme leader dans sa catégorie, il s'agit de la société *RealFamily*. Cette société fondée par une équipe d'ingénieurs informaticiens a développé un système de lunette de réalité virtuelle permettant à la personne âgée de partager la vie de personnes en temps réel. L'idée est de permettre aux personnes peu mobiles ou isolées socialement de pouvoir vivre en partenariat avec une personne de son entourage des expériences de vie à distance. Des grands parents peuvent ainsi partager les soirées de leurs petits-enfants, ou

suivre leurs enfants dans leur journée de travail. De manière surprenante, le succès de cette innovation a davantage reposé sur le développement d'une large communauté de « partageurs » qui diffusent leur journée et soirée en accès ouvert depuis les quatre coins du monde, modifiant le concept original de l'application destinée d'abord à un usage familial.

En 2035, la Wallonie poursuit le plan *Senior Tech-Wallonie* et décide d'investir massivement dans le domaine des technologies de santé. L'objectif est d'attirer les grands groupes du secteur en Wallonie. La politique porte ses fruits. La promesse de favoriser le remboursement des greffes d'organe de synthèse, et d'encourager les universités à participer aux essais cliniques dans ce domaine a par exemple poussé le groupe General Electric à implanter en Wallonie son usine européenne de production de cœurs et d'yeux artificiels. **En 2040**, le nombre d'implants et de greffes artificielles par nombre d'habitants de la Wallonie est le plus élevé d'Europe.

Joseph (65 ans en 2025, 80 en 2040, habitant de Farciennes, ouvrier à la retraite)

En 2025, Joseph a 65 ans et est à la retraite depuis cinq ans. Il a travaillé pendant 30 ans pour l'IRE, l'institut royal des radioéléments à Fleurus où il était ouvrier technicien actif dans la production de radioéléments à destination médicale. En 2020, il doit cesser cette activité, les problèmes d'arthrose qu'il a depuis longtemps se sont empirés. Les douleurs ressenties dans ses doigts et ses mains ne lui permettent plus de réaliser quotidiennement les manipulations nécessaires à l'exercice de son métier. Joseph ne s'est jamais marié et n'a comme famille qu'une sœur plus âgée et deux neveux qu'il voit peu. Son salaire n'ayant jamais été très élevé il ne s'est pas constitué de réserves importantes et vit grâce à son allocation de retraite qui s'élève à environ à 1.100 euros par mois. Propriétaire de sa petite maison, il vit seul à Farciennes. Membre du cercle horticole de Farciennes depuis de nombreuses années, sa principale activité est l'entretien de son jardin potager. Ayant plus de temps, il a également rejoint le comité qui organise la conférence mensuelle du cercle.

Au fil du temps, son arthrose s'empire. Il a de plus en plus de mal à bouger le poignet de sa main gauche ce qui lui complique de plus en plus la réalisation d'un certain

nombre d'activités. Progressivement, il ne peut plus conduire sa voiture et est obligé de se déplacer uniquement en transport en commun. **En 2030**, au cours d'examens médicaux on lui découvre un cancer de la prostate, il refuse les interventions médicales lourdes et préfère profiter de ces dernières années en restant le plus longtemps possible chez lui. **En 2035**, il doit prendre un nouveau médicament pour son cancer qui, combiné aux antidouleurs puissants qu'il prend régulièrement l'affaiblit beaucoup, depuis peu également Joseph souffre de dépression. Un de ces neveux (Marc), qui au fil de temps lui a souvent rendu service, le convainc qu'il serait mieux pour lui de quitter sa maison et que rejoindre une institution adaptée où son quotidien serait plus simple.

La maison de repos et de soins – Les châtaigniers

La maison de repos et de soins Les Châtaigniers a été créée en 1982. À l'origine dépendante du CPAS de Farciennes, cette MRS comptait 45 lits. Elle est destinée d'abord aux personnes précarisées de la commune. Entre 1982 et 2025, elle évolue relativement peu et compte en permanence une quarantaine de résidents.

En 2026, la politique wallonne de gestion du vieillissement a pour objectif principal le maintien à domicile des personnes âgées, notamment grâce au développement de technologie de robotisation des soins. En conséquence les subsides destinés à financer l'accueil des personnes précaires en maison de repos ou de repos et de soins ont été redirigés vers le développement d'un programme d'aide technologique à domicile.

En 2027, la MRS Les Châtaigniers ne parviennent plus à faire face aux frais de remise en conformité des installations nécessaires pour maintenir une activité et est obligée de cesser ses activités. La commune ne souhaite plus soutenir la MRS car d'après l'échevin des affaires sociales, une offre privée et publique jugée suffisante existe à Charleroi.

En 2035, lorsque le neveu de Joseph se renseigne sur les possibilités d'accueil de son oncle en MRS, il constate donc qu'il n'y a pas d'offre sur le territoire de Farciennes. Il sait que son oncle n'acceptera jamais de quitter sa commune, il doit donc trouver d'autres solutions.

En se renseignant, il apprend que la commune de Farciennes a été choisie pour participer à un programme de test d'une nouvelle technologie, un robot, « Cookies », qui assure le suivi à domicile et permet une surveillance permanente. Le programme est coordonné au niveau communal. Joseph y est rapidement accepté.

Après quelque temps, Marc se rend compte que le suivi médical fonctionne bien, mais que Joseph se sent très seul les jours où il ne lui rend pas visite. Sa dépression empire et Marc s'inquiète pour Joseph. Il n'a malheureusement pas la possibilité de lui consacrer plus de temps. Il a entendu parler d'une application conçue pour rompre l'isolement de personnes âgées en leur permettant de partager des moments de vie virtuels grâce à des lunettes spéciales. Il se dit qu'il va en discuter avec Joseph pour voir ce qu'il en pense. Peut-être que ça lui permettra de retrouver un peu de joie de vivre.

Paul, médecin généraliste à Liège (45 ans en 2025) et Mohammed, liégeois (63 ans en 2025)

Paul est médecin généraliste. Il habite et travaille à Liège. **En 2025**, il a 45 ans. Après avoir exercé chez lui pendant une quinzaine d'années, il décide de rejoindre un cabinet médical, Médi-Grétry, qui rassemble dans un même bâtiment trois médecins généralistes, un dentiste, un gynécologue et un dermatologue. L'avantage est de partager un secrétariat ainsi que de partager très facilement les gardes avec ses collègues généralistes (Sandrine, 28 ans et Sarah 32 ans). Le cabinet est situé dans le centre de Liège.

En 2027, il est contacté par un professeur de l'ULG. Le centre de recherche en gériatrie avec qui il a des contacts depuis longtemps lui demande de prendre part à un programme de R&D nommé « Cookies ». Un programme de recherche sur la robotisation des soins à domicile pour seniors.

L'ULG est précisément à la recherche de médecins généralistes qui accepteraient de s'impliquer dans le projet qui nécessite la constitution d'une équipe de généralistes organisant un service de garde numérique 24 heures sur 24. Les robots ont en effet la capacité de joindre un médecin dès qu'un problème médical survient chez les personnes âgées monitorées en permanence.

Si Paul accepte d'entrer dans ce service de garde, il devra être disponible 2 jours et 2 nuits par semaine. Il sera évidemment rémunéré pour ces 48 heures de garde, puisqu'il devra être pleinement disponible et capable de réagir par vidéo-conférence instantanément pour prendre les décisions que le robot ne peut assumer seul.

Intrigué par ce dispositif, Paul accepte. Il faut dire que la rémunération proposée est très acceptable.

Paul participera pendant cinq ans à cette expérience pilote. La plupart du temps, le travail qu'il doit réaliser pendant ses gardes est principalement administratif. Il reçoit des rapports chiffrés très précis envoyés par les robots, et souvent, il n'a qu'à appeler une ambulance ainsi qu'à prendre contact avec des proches de la personne concernée et des collègues spécialisés dans le problème en question. Il n'a en fait de contacts avec les patient-e-s que dans le cas d'accidents tels que des chutes ou des brûlures, quand le patient est conscient et que des soins d'urgence sont nécessaires.

Récemment, il a par exemple été connecté à un homme de 63 ans, Mohammed, qui a été victime d'une grave chute dans l'escalier. Son Cookie avait déjà détecté un AIT quelques semaines auparavant et Mohammed était donc déjà suivi par le CHU de Liège. Grâce au programme de garde numérique, Paul a pu rassurer Mohammed directement en lui disant que des secours arrivaient et que sa fille était déjà en route pour prendre soin de lui. Il souffrait d'une fracture ouverte du bras, et l'hôpital allait vérifier s'il n'avait pas fait un nouvel AVC.

En 2032, Paul a hâte de quitter ce programme pour revenir à une pratique médicale plus traditionnelle. Heureusement pour Paul, les concepteurs du programme se sont associés à l'école de médecine pour former de jeunes médecins au suivi de la robotisation de l'aide à domicile. Fin 2032, Paul est chargé de former pendant trois mois le jeune diplômé qui prendra son relais.

Jan et Carine (65 ans et 62 ans en 2025, 80 et 78 en 2040, habitants de Lasne)

En 2025, à 65 ans Jan prend sa retraite. Il a réalisé l'ensemble de sa carrière dans la même société pétrochimique américaine. Il y a commencé comme ingénieur responsable de production dans une usine de plastique en Flandre et a petit à petit grimpé

les échelons pour terminer directeur de production pour la zone Benelux. Bien qu'habitant en Wallonie Jan se considère avant tout comme belge et parle depuis son enfance aussi bien le français que le néerlandais. Son épouse Carine a, elle, cessé de travailler dans les années 1980 à la naissance de leur second enfant (Maxime a 40 ans en 2025 et Sandrine, sa sœur aînée a, elle, 42 ans en 2025). Depuis le départ de la maison de Maxime à la fin de ses études en 2010, Carine a repris une activité bénévole et s'investit dans la gestion du magasin Oxfam de Lasne. Elle s'occupe également beaucoup de ses cinq petits-enfants. Jan quant à lui reste impliqué dans le conseil d'administration de plusieurs sociétés liées au secteur pétrochimique.

En 2027, après un examen médical de routine, on découvre que Jan est atteint de la maladie de Parkinson. Il est encore difficile de dire comment la maladie va évoluer, mais on lui annonce que d'ici dix ans, il aura perdu une grande partie de son autonomie.

Arlette, 35 ans en 2025, aide-soignante

En 2025, Arlette a 35 ans ; elle habite à Nivelles. Elle travaille depuis cinq ans comme aide-soignante à mi-temps dans une maison de repos et de soins de la région de Charleroi : *Au soleil rouge*. Elle et son compagnon ont deux enfants en bas âge, et ils ont décidé que ce serait elle qui s'en occuperait de façon privilégiée, raison pour laquelle elle opte pour un emploi à temps partiel. La diversité des tâches qu'elle doit accomplir fait tout l'intérêt de son travail : accueillir le résident et sa famille ; exécuter des tâches ménagères et logistiques (assurer le service des repas, préparer les chariots de soin...) ; dispenser les soins d'hygiène et de confort ; effectuer des actes techniques (soins de bouche, hydratation...) ; collaborer aux soins paramédicaux (prises de température, pesées, aide à la prise de médicaments...) ; surveiller l'état de santé du résident aux niveaux physique, psychique et social ; participer au soutien psychosocial du résident et sa famille ; informer et conseiller le résident et sa famille ; participer à la continuité et la qualité des soins (en participant aux réunions interdisciplinaires et en mobilisant le RAI) ; effectuer des tâches administratives courantes.

Cinq ans plus tard, suite à une séparation conjugale, Arlette se voit contrainte d'étendre son temps de travail. Elle décide de chercher un second mi-temps, qu'elle trouve assez rapidement dans un service d'aide à domicile privé : *Le baladin*. La politique

régionale d'investissement massif dans les nouvelles technologies du vieillissement se traduit pour Arlette par l'impératif de formation continue ; ces nouvelles technologies se diffusent en effet de plus en plus. Dans les MRS, les robots les plus perfectionnés font leur apparition. Ils sont perçus avec ambivalence dans la mesure où ils sont considérés comme des « concurrents » susceptibles de remplacer les aides-soignant-e-s pour toute une série d'actes de leur ressort, mais aussi, par là même, comme des « collègues » susceptibles de les libérer de certaines tâches et dès lors de permettre une revalorisation du métier qui pourrait se redéfinir autour de ses aspects les plus nobles, la santé psychique, le soutien psychosocial du résident et de sa famille, les échanges interdisciplinaires. *Le baladin* a aussi reçu des robots cookies mis à disposition de patient-e-s chez qui se rend Arlette. La phase d'installation ainsi que la période qui l'a immédiatement suivie ont été source de stress tant pour Arlette que pour les patient-e-s : ceux/celles-ci se trouvaient face à des machines dont ils/elles ne comprenaient pas toujours le fonctionnement, comptaient sur Arlette pour répondre à leurs questions ; celle-ci se trouvait alors à devoir défendre une technologie qu'elle ne comprenait pas toujours elle-même et sur laquelle elle s'interrogeait quant à sa plus-value réelle. Après un certain temps, les interrogations du début se sont estompées, mais la direction du service d'aide a néanmoins décidé d'effectuer un test de compréhension des dispositifs technologiques et de ne plus placer de robots cookies chez les personnes échouant à ce test.

Joseph a été parmi les premiers à recevoir un robot cookie. Il n'a pas eu trop de mal à en comprendre le fonctionnement. Il est rassuré de se savoir « connecté » quasi en permanence à un dispositif médical et il sait qu'en cas de problème une alerte peut être adressée à des personnes proches. Cependant, seules deux femmes dans la cinquantaine habitent près de chez lui et il ne s'imagine guère les voir débarquer chez lui alors qu'il aurait un malaise dans sa salle de bain. Il regrette aussi que l'arrivée du robot se soit accompagnée d'une réduction des visites d'Arlette ; la machine ne comble pas ses besoins relationnels. Arlette constate que la délicate gestion de la pudeur est souvent sous-estimée par les promoteurs des systèmes intelligents qui tendent à soutenir l'interchangeabilité des intervenants. La résistance des patient-e-s et usager-e-s n'est pas rare : selon ses observations, elle est particulièrement forte dans les populations où le dévoilement du corps ne peut avoir lieu que dans des circonstances exceptionnelles... où la gestion de la santé et des corps est d'abord chose familiale, et où le drone captant des

images en permanence est perçu comme un espion d'autant plus mal accepté que ceux qui examinent potentiellement ces images ne sont pas identifiés. Pour Jan, qui, depuis que sa maladie de Parkinson a été détectée, bénéficie aussi d'un robot cookie, celui-ci contribue à sa sécurité. Le drone détecte ses chutes qui ont tendance à se multiplier et les signale directement à Carine qui, de ce fait a tendance à être en permanence sur le qui-vive et à s'épuiser. La mobilisation plus large du réseau d'aide formelle et informelle devient indispensable.

5. L'analyse des focus-groupes

5.1 *Introduction – la mise en évidence des tensions du bien-vieillir*

5.1.a La prospective participative

Dans la méthodologie prospective, la construction de scénarios contrastés peut apparaître comme le terme de l'analyse. Cette démarche se veut alors « exploratoire », au sens où elle permet « d'explorer le champ des possibles » (de Jouvenel, 1999, 10) afin d'éclairer les processus décisionnels liés à une question particulière.

Dans bien des cas cependant, la construction de scénario n'est pas l'objectif final de l'analyse prospective. Elle constitue une étape vers la réalisation d'autres objectifs. La construction de scénario peut ainsi mener à l'identification de « scénarios normatifs » (aussi appelés « scénarios stratégiques ») (de Jouvenel, 1999, 10), c'est-à-dire à la construction d'un futur non plus « possible », mais désirable¹⁶¹.

L'identification de futurs désirables peut prendre différentes formes et suivre différentes méthodologies. Parmi celles-ci, et c'est la démarche que nous avons poursuivie ici, il est possible d'utiliser les scénarios exploratoires comme base à la réalisation de workshops ou de focus-groupes qui rassemblent acteurs et experts. Il s'agit alors de

¹⁶¹ C'est par exemple la démarche poursuivie par le rapport prospectif Transition énergétique (CLIMACT, 2015) qui propose quatre scénarios exploratoires ainsi qu'un cinquième scénario normatif permettant la réalisation d'un « développement durable » en Wallonie et construit en suivant une démarche de back-casting (p. 65).

mettre en œuvre une démarche prospective dite participative qui, comme le note Guyot et ses collègues est relativement fréquente : « Fréquemment, dans son travail analytique, le prospectiviste fait intervenir les acteurs concernés par le système qu'il examine, que ceux-ci opèrent dans ce système ou qu'ils possèdent une expertise particulière par rapport à celui-ci. Dans la majorité des cas, cette intervention s'effectue au cours de l'exercice prospectif. » (Guyot, Anfrie, Van Cutsem et Rieppi, 2012, 1).

Cette participation des acteurs et experts de la question à la démarche prospective peut se placer en amont du travail prospectif et guider la construction des scénarios¹⁶², mais elle peut également intervenir en aval et mobiliser les scénarios comme outil méthodologique permettant une analyse des différentes visions du futur prégnantes parmi les acteurs.

Selon cette conception, il s'agit alors de mettre les scénarios en discussion afin d'une part d'identifier leur plausibilité et leur désirabilité respectives, et, d'autre part, d'analyser les perspectives du futur mobilisées par les acteurs lorsqu'ils doivent débattre du caractère plausible ou désirable des scénarios.

C'est cette démarche que nous avons poursuivie. Les quatre scénarios développés ont été mis en discussion dans quatre focus-groupes rassemblant au total 27 professionnels et experts de l'aide et des soins au cours du mois de novembre 2015. L'objectif de ce rapport, au-delà donc de la production de scénarios exploratoire, est l'analyse des différentes perspectives du « bien-vieillir » qui ont émergées dans les discussions lors des focus-groupes. Ces perspectives seront rendues par l'identification de différentes tensions qui structurent les discours sur le futur du « bien-vieillir » dans les focus-groupes. Cette analyse des perspectives sous forme de mise en évidence de différentes tensions permet de dépasser le caractère exploratoire des scénarios car elle servira de base à l'établissement de recommandations à l'attention des acteurs du vieillissement.

¹⁶² On trouvera un guide méthodologique très précis sur cette approche méthodologique dans le guide « Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur » édité par la Fondation Roi Baudouin (Fondation Roi Baudouin, 2006, 151-163).

L'intérêt de la démarche prospective participative est alors d'ancrer ce travail normatif dans l'expérience d'acteurs de terrain. La plus-value de la mise en discussion participative des scénarios par rapport à d'autres méthodes participatives destinées à produire des recommandations se trouve dans l'ouverture de perspectives nouvelles susceptibles d'alimenter les réflexions des acteurs sur le futur. Ce sont ces perspectives qu'il s'agit de recueillir et d'analyser.

5.1.b Déroulement des focus-groupes

Quatre focus-groupes ont été réalisés et ont permis de réunir 27 personnes¹⁶³ au cours du mois de novembre 2015. Chaque focus-groupe a duré trois heures.

Lors des focus-groupes 2, 3 et 4, deux scénarios ont été discutés (les scénarios 1 et 4 lors du focus groupe 2, 2 et 3 lors du focus-groupe 3 et 2 et 4 lors du focus-groupe 4).

Pour chacun des deux scénarios discutés, deux tours de table ont été organisés. Lors d'un premier tour de table chaque participant était amené à identifier : 1/ les enjeux éthiques au cœur du scénario, 2/ les opportunités du scénario pour les seniors et la collectivité, 3/ les risques principaux du scénario et 4/ à évaluer la cohérence générale du scénario ainsi que sa probabilité et sa désirabilité.

Lors du second tour de table chaque participant était invité à se prononcer 1/ sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la gestion du vieillissement en Wallonie si ce scénario devait se réaliser et 2/ sur le rôle des pouvoirs publics, du privé, des associations, de la famille et des aînés eux-mêmes dans cette perspective.

Le premier focus groupe s'est déroulé de manière différente. Les participants ont été invités à lire et se prononcer non pas sur deux scénarios, mais bien sur les quatre. L'accent a été mis sur la plausibilité des quatre scénarios ainsi que sur le repérage d'incohérences factuelles importantes devant être modifiées pour ne pas nuire à la plausibilité de l'exercice exploratoire.

¹⁶³ Liste des participants ainsi que de l'ensemble des personnes contactées pour participer en annexe (Annexe 2).

Une fois les focus-groupes réalisés, ils ont été intégralement retranscrits sur base de leur enregistrement audio. L'analyse du contenu a été réalisée sur base des retranscriptions. Elle a consisté précisément en la mise au jour des différentes perspectives (telles que définies dans le point 4.1.) déployées par les participants pour étayer leur argumentation. Différentes tensions normatives (épreuves de normativité) ainsi que différentes « épreuves-défis » ont émergé comme structurant les discours. C'est sur base de l'identification de ces deux types d'épreuves dans les discours des participants que nous avons réalisé la synthèse des perspectives sur le futur du bien-vieillir.

Nous présenterons les résultats de cette analyse en distinguant les perspectives qui ont émergé autour de la discussion de chaque scénario (voir figure ci-dessous pour un rappel des quatre scénarios). Chaque perspective sera présentée sous la forme d'une opposition sémantique (d'une tension) opposant deux termes. Ces deux termes peuvent avoir de statuts différents lorsqu'ils se rapportent à une épreuve de normativité ou à une épreuve-défi. Il s'agit parfois de tensions normatives entre deux visions du futur décrites comme désirables ou à l'inverse non désirables. Il s'agit parfois également d'oppositions entre deux manières de vivre le soin ou le vieillissement.

La mise en évidence de ces perspectives mènera à la formulation de recommandations à l'intention des acteurs du vieillissement lorsqu'elles seront mises en relation avec les variables de contrôle de notre modèle (voir schémas au point 4.3.b).

Pour rappel, le schéma ci-dessous synthétise les quatre scénarios qui ont été discutés.

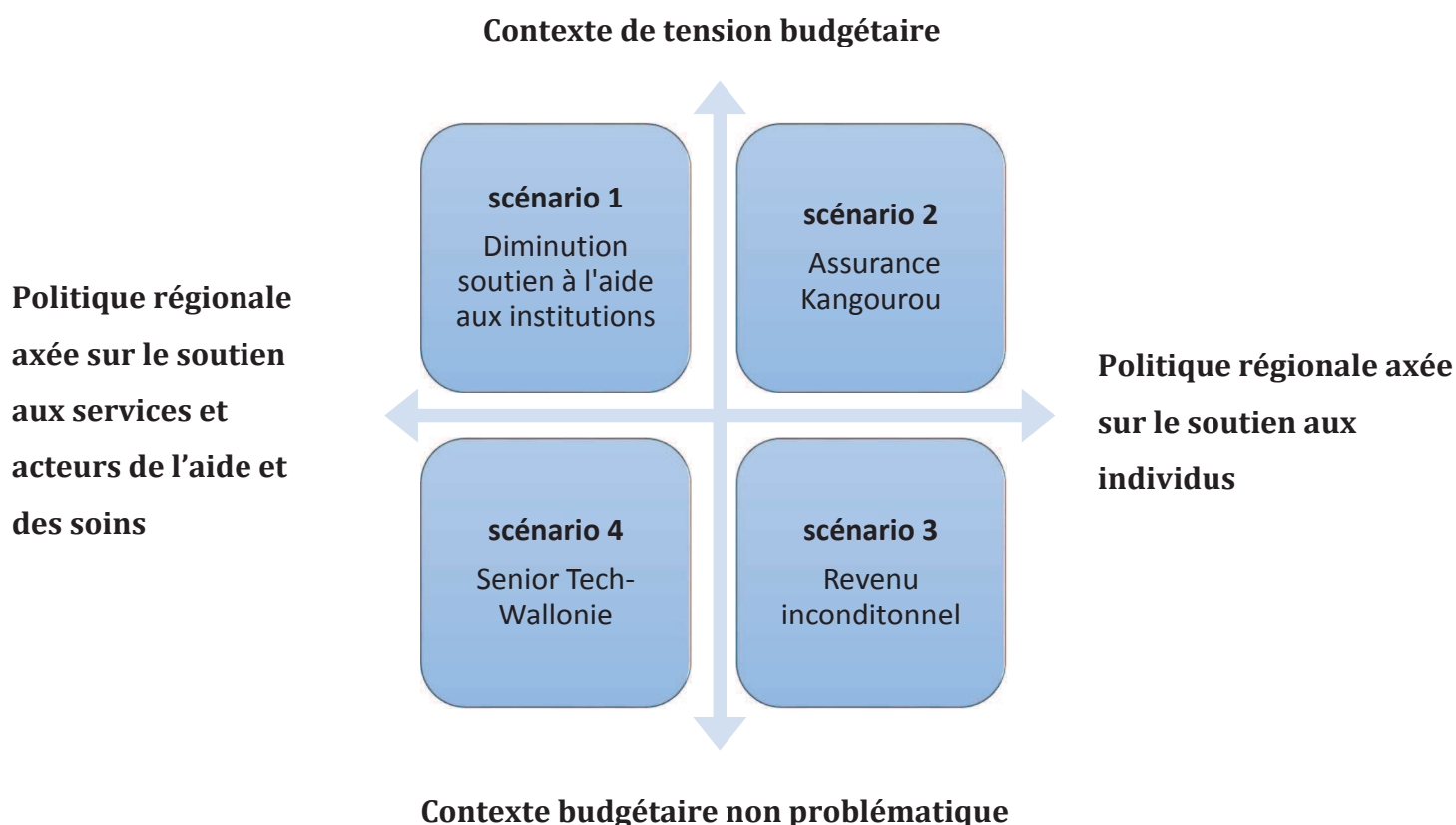


Figure 86: les quatre scénarios

5.2 Analyse du scénario 1 – Tension budgétaire et diminution du soutien institutionnel

Trois tensions apparaissent comme centrales dans les discussions qui ont entouré le premier scénario. Pour rappel ce scénario reposait sur la combinaison d'une crise économique importante et de politiques publiques axées vers le soutien aux institutions et acteurs du secteur du vieillissement.

Ces trois tensions portent respectivement sur 1/ Le risque de marchandisation du vieillissement, 2/ sur le type d'actions à entreprendre de façon privilégiée pour accompagner les personnes vieillissantes, et 3/ sur le système de soins devant être développé par priorité.

Notons que de manière générale, ce scénario a été décrit comme globalement plausible et probable, voire parfois comme déjà en cours de développement, mais également comme peu désirable.

5.2.a Tension n°1 : le vieillissement entre opportunité de réinvention du lien social et risque de marchandisation

La première tension permettant de synthétiser les réactions au premier scénario porte sur l'ancrage social de la prise en charge du vieillissement. Nous trouvons dans cette catégorie l'ensemble des discours qui véhiculent l'idée qu'une bonne gestion des enjeux du vieillissement est liée à une reconfiguration des relations entre différentes sphères de la société.

Dans le scénario 1 nous avons volontairement décrit un futur où, en raison du manque de moyen à la disposition du secteur public, la gestion du vieillissement s'ancrait davantage dans le secteur marchand. Que ce soit par l'évocation du développement de la société *Help at Home*, de la reprise de la maison de repos du CPAS par un groupe privé ou par la réorganisation des soins de santé, nous imaginions un futur marqué par la privatisation et la marchandisation du secteur de l'aide et des soins aux personnes âgées, conséquence des difficultés financières de l'État.

Notons que cette tension, identifiée préalablement à la rédaction des scénarios (voir point 3.3.c.) n'est pas la seule tension que nous avons développée dans le scénario 1. Ce scénario présentait également une valorisation importante de l'efficacité (économique) des solutions développées, ainsi qu'une forte dualisation de l'accès au soin impliquant un possible accroissement de la précarité de certaines populations.

Ce thème de la marchandisation des soins et de l'aide était donc présent dans le scénario et a été particulièrement central dans les discussions (focus-groupe 1 et focus-groupe 2) autour de sa réception.

De manière schématique il est possible de réduire les sens véhiculés dans les discussions autour de l'opposition sémantique suivante, qui constitue deux visions opposées du futur :

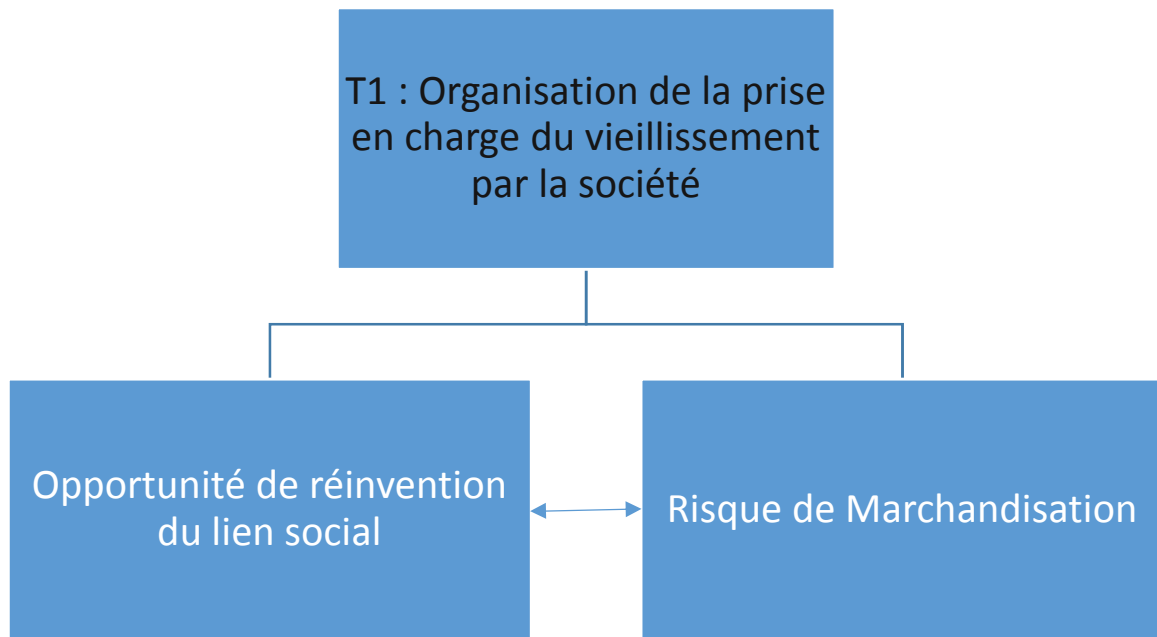


Figure 87: tension 1

❖ a. *La prise en charge du vieillissement comme opportunité de réinvention du lien social*

Dans cette vision du futur, le développement d'un système d'aide et de soins pour les personnes vieillissantes est conçu comme une opportunité de renforcement de la solidarité entre différentes sphères de la société. L'enjeu du vieillissement ne doit pas être géré par une seule sphère, par exemple la sphère publique ou la sphère marchande, mais est une opportunité de réinvention de lien social. L'enjeu du vieillissement ne doit pas être aux mains de quelques spécialistes, mais doit être au cœur de solidarités portées par l'ensemble des sphères sociales (que ce soit par le déploiement de solidarités familiales, de solidarités associatives, le développement d'offres marchandes ainsi que de solutions institutionnelles publiques).

L'idée principale de cette vision du futur est résumée de cette manière par un des participants aux focus-groupes :

« C'est ce système d'échanges qui pour moi peut amener un vivre ensemble et une certaine solidarité. »

La gestion du vieillissement est conçue comme un système d'échange, impliquant les sphères privée, publique, associative et familiale permettant le développement d'une plus grande solidarité intergénérationnelle. Il ne s'agit donc pas de dire que les enjeux du vieillissement sont uniquement du ressort des acteurs publics, ou à l'inverse des acteurs privés, mais bien qu'il doit être au cœur de la solidarité liant l'ensemble des individus de la société, et donc l'ensemble des sphères sociales.

Cette vision repose sur l'idée que les personnes âgées et dépendantes sont des membres de la société à part entière et doivent être considérées comme telles :

« Les gens ont besoin de se sentir utiles, de se sentir globalement utiles aux autres. De s'intégrer dans un univers et de ne pas être considérés ni comme des machines ni comme des gens qui ont besoin de soins ou de ceci ou ça. »

Le vieillissement de la société est alors considéré comme une opportunité d'intégration de la société et de renforcement des solidarités. Principalement des solidarités intergénérationnelles :

« Je pense que c'est toute la question de réinvention du lien social. Puisqu'il ne peut plus être assuré par le pouvoir public. Qu'effectivement il y a tendance à la dispersion individuelle dans le privé et ça appelle forcément à une nouvelle force de constitution des liens sociaux qui est évoqué dans la question de l'habitat intergénérationnel par exemple. »

❖ *b. La marchandisation du vieillissement*

À l'opposé de la vision du vieillissement comme opportunité d'accroissement des solidarités se trouve une vision du futur où le vieillissement serait objet d'intervention d'une seule sphère sociale et principalement de plus en plus de la sphère privée et marchande.

La vision d'un futur où la prise en charge du vieillissement apparaîtrait comme une question marchande est considérée comme très probable par les discutants. Notons

cependant, comme le montre les deux extraits ci-dessous, qu'il ne s'agit pas de dire que la marchandisation est négative en elle-même :

« Commercialisation ne signifie pas diminution de la qualité surtout si on voit qu'au niveau du commercial il y a de plus en plus de groupes qui se développent et ces groupes permettent de faire des économies d'échelle en termes de travail administratif etc.

Mais je trouve que c'est une question qui aurait son sens parce qu'on sait qu'on va devoir faire des choix à l'avenir, qu'on va devoir aller vers beaucoup plus d'efficacité avec des moyens qui ne vont pas évoluer positivement. »

« Sans vouloir non plus faire l'amalgame entre tout ce qui est privé, c'est pas bon et tout ce qui est public c'est bon, loin de là. Puisqu'on assiste quand même à une privatisation des maisons de repos et voilà. »

Le risque au cœur de cette vision du futur est bien plutôt d'envisager une société où le vieillissement serait le monopole d'une seule sphère sociale. Cette vision se porte alors principalement sur une tendance à la privatisation des soins et de l'aide car elle apparaît comme une tendance probable aujourd'hui, et spécialement dans un scénario comme le scénario 1 marqué par un contexte économique difficile.

Les peurs liées à la privatisation pointent alors le manque de contrôle exercé par les autres sphères de la société, et le manque de moralité possible de la gestion du vieillissement :

« Le développement du secteur commercial [des maisons de repos] devrait s'accompagner à ce moment-là de balises qui permettraient de jouer contre une réduction de qualité. (...) Donc il faut mettre en œuvre, si on suit ce scénario-là, je dirais un règlement déontologique ou un contrôle des prix pour ne pas que le manque de financement, d'une part, se répercute sur le résident et pour ne pas que la qualité se fasse également au détriment du résident »

L'exemple paradigmatique des risques associés à la privatisation de ce secteur serait le développement de clivages sociaux importants dans l'accès au soin et le renforcement des inégalités sociales. À partir du moment où le vieillissement n'est pas conçu comme moteur d'intégration sociale et comme enjeu de solidarités intergénérationnelles, se développe la vision repoussoir d'un système où l'individu vieillissant est seul responsable de sa prise en charge.

De ce point de vue, certains participants aux focus-groupes ont opposé un système basé sur le développement d'assurances privées, souscrites par les individus et permettant un accès aux soins à un système universel de mutualisation des ressources, basé sur le développement des mutuelles :

« Risque de développer un système parallèle de recours aux assurances pour pouvoir avoir accès aux meilleurs soins de santé. On doit avoir accès à des assurances, ce qui renforcerait évidemment les inégalités sociales. »

« Alors moi je me demande, évidemment dans ce scénario, le rôle des mutualités comme intermédiaire entre les professionnels de la santé, l'Etat et les citoyens. Sans doute que dans ce scénario les mutualités disparaissent au profit du système assurantiel mais voilà, je pense que ce serait important de renforcer ce rôle-là et pas uniquement le rôle d'assurance. »

Inhérente au risque de marchandisation se trouve aussi la peur d'une réduction de la personne âgée dépendante à un objet ainsi que la redéfinition du « patient » comme « client » :

« J'ai aussi perçu ici une redéfinition de tout un pan de professions des soins de santé avec le fait qu'on fasse entrer le patient maintenant dans une catégorie de client. »

Bref au cœur de cette tension se trouve l'importance de considérer les personnes vieillissantes comme membres à part entière de la société et même comme opportunité de développement de solidarités et d'intégrations nouvelles.

5.2.b Tension n°2 : la gestion du vieillissement entre prévention et soin

La deuxième tension qui apparaît comme importante dans les réactions au premier scénario porte sur le type d'activité à entreprendre pour faire face aux enjeux du vieillissement. L'opposition se situe entre une vision du futur où l'aide et les soins n'apparaissent qu'une fois la personne dépendante (lorsque la personne entre dans ce que nous avons appelé le troisième temps de la vieillesse) à une vision du futur où l'aide et les soins, bref la prise en compte du vieillissement, commencent avant l'entrée dans le T3. Au cœur de cette tension se trouve donc la dimension temporelle des enjeux du vieillissement.

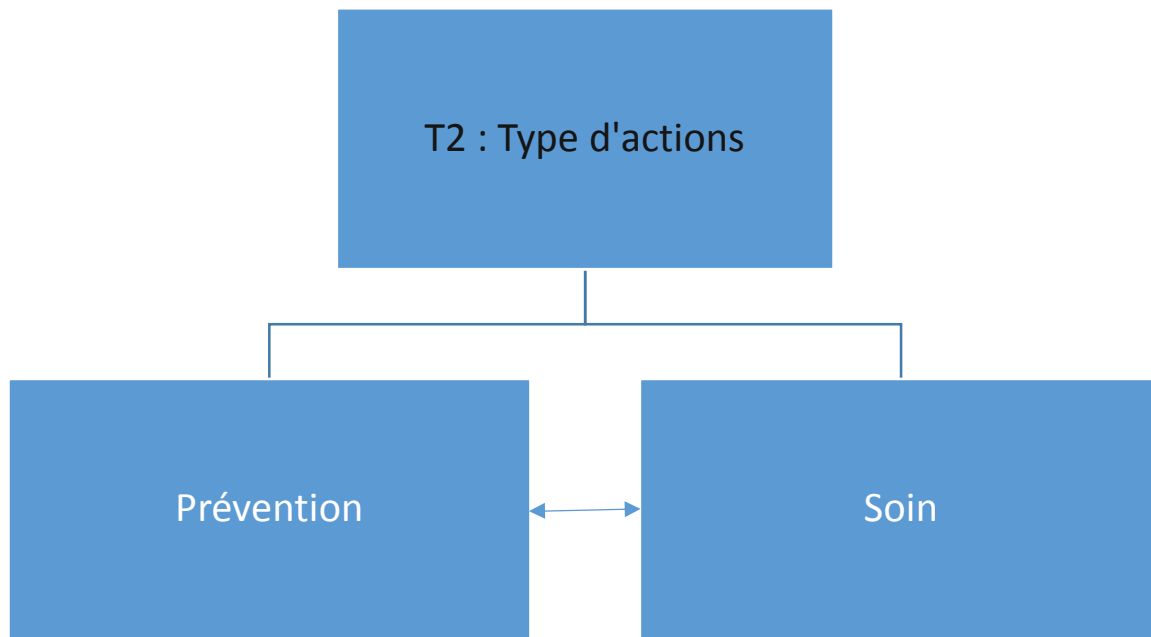


Figure 88: tension 2

❖ a. *La gestion préventive du vieillissement*

Dans cette vision du futur, le vieillissement de la personne est anticipé et, plus important, cette anticipation est organisée par les acteurs de l'aide et des soins. Comme le notent deux participants :

« C'est effectivement pour moi un rôle important des associations, c'est d'aider à l'anticipation en rendant l'information accessible, en aidant à accéder à l'information, puis en aidant à un certain nombre d'anticipations de divers ordres que ce soit l'aménagement du logement, les activités à la pension, etc. là je pense que les associations ont un grand rôle à jouer. »

« Pour le rôle de la famille et des aînés, c'est d'anticiper le vieillissement. Peut-être pas d'anticiper les problèmes, pas spécialement en termes de problèmes et de catastrophes mais en effet, simplement se dire : « tiens, comment j'ai envie de vieillir ? Comment je vais pouvoir vieillir ? Dans quel lieu plutôt que d'attendre d'être face à une situation problème ? » »

Le type d'actions entreprises pour gérer le vieillissement des personnes sort alors du strict registre de l'aide et des soins. Il s'agit notamment de favoriser la communication au sein de la société sur les enjeux du vieillissement, d'en faire un sujet tant de débat

public que de dialogue avec les personnes vieillissantes avant qu'elles ne basculent dans T3. Il s'agit comme le note un participant de :

« la nécessité de pouvoir anticiper avec la personne la situation dans laquelle elle va se trouver. »

À cette idée de renforcement de l'anticipation est liée la volonté d'amélioration de la communication et des liens entre les différents intervenants de l'aide et des soins :

« Vous parliez de redéfinition de fonction, je pense que c'est impératif mais en ne passant pas d'un extrême à l'autre. Avec une notion d'échange quand même qui pour moi est fondamentale entre les différents professionnels et les différents services. »

« Par rapport à la prévention, (...), je pense que c'est vraiment important de penser plus tôt à plus tard. Et alors pour ça se baser sur des structures existantes puisqu'on a dans chaque province des coordinations locales de promotion de la santé qui dépendaient avant de la Communauté française donc là, c'est passé aux régions. Bruxelles et Wallonie, voilà. »

« donc il y a toujours encore cette façon de fonctionner en silo, on va prendre des dispositifs pour un secteur, puis pour un autre. Non, il faut voir tous les acteurs et il faut qu'ils se parlent, qu'ils se rencontrent et qu'ils puissent discuter. »

L'accroissement de la coopération et de la circulation de l'information entre les différents professionnels peut, comme le montre l'extrait ci-dessus, être liée à la territorialisation ou à la localisation des personnes et des intervenants. Il s'agirait de mettre en place une bonne coordination locale des services d'aide et de soins.

❖ b. *Une gestion du vieillissement centrée sur la médicalisation du soin*

À l'inverse de cette vision du futur où le vieillissement est anticipé, apparaît un futur où le vieillissement est réduit à la dépendance et plus précisément à la dépendance due à des problèmes de santé. Le vieillissement serait alors presque uniquement réduit à une question médicale.

Cette vision du futur est dépeinte très négativement par la plupart des participants au focus groupe. Il s'agit de dire que l'aide et les soins ne peuvent se réduire à l'intervention médicale et technique en situation d'urgence ; que d'autres dimensions,

notamment sociales, doivent être au cœur des activités dirigées vers l'accompagnement des personnes âgées :

« Et par contre pour l'aide-soignante, je trouve que ce scénario accentue encore plus la pression sur le personnel qu'elles ont déjà maintenant. Les aides-soignantes, c'est l'impression que moi j'ai, avec ce type de scénario, l'aspect psychologique et social. Quand moi j'ai rencontré dans le cadre de mon travail les personnes isolées, la solitude, le point premier c'est d'avoir une compagnie, de pouvoir discuter avant les soins, ils sont importants aussi, mais c'est le contact social. »

Cette tension est alors fortement liée à la vision de l'évolution des métiers de l'aide et des soins. Une des évolutions actuelles pointée comme négative par plusieurs participants aux focus-groupes est la possible disparition de la dimension sociale, voire psycho-sociale, de l'aide aux personnes âgées.

« Autour des professionnels avec cette dévalorisation du métier. On le voit, au niveau du salaire, au niveau des réunions interdisciplinaires qui diminuent, de limiter à des actes techniques, de ne plus pouvoir tenir compte de l'aspect psychologique des patients. »

Selon cette vision donc la personne âgée serait réduite à ses dépendances ou à ses problèmes de santé. Une telle évolution est perçue comme un risque possible de la situation actuelle, spécialement dans un contexte économique difficile.

5.2.c Tension n° 3 : entre personnalisation et standardisation des soins

La dernière tension que nous avons identifiée par rapport aux discussions qui ont entouré le premier scénario porte sur le type de soins qui doivent être développés dans le futur. Cette tension oppose deux visions du futur des soins : une vision où le système de soins est de plus en plus standardisé et où des solutions identiques sont développées pour l'ensemble de la population et, à l'inverse, une vision centrée sur la personnalisation des soins.

Le scénario 1 proposait clairement une vision du futur basée sur un accroissement de la standardisation des soins. Ce point bien que relativement peu développé dans le scénario a suscité de nombreuses réactions lors des focus-groupes.

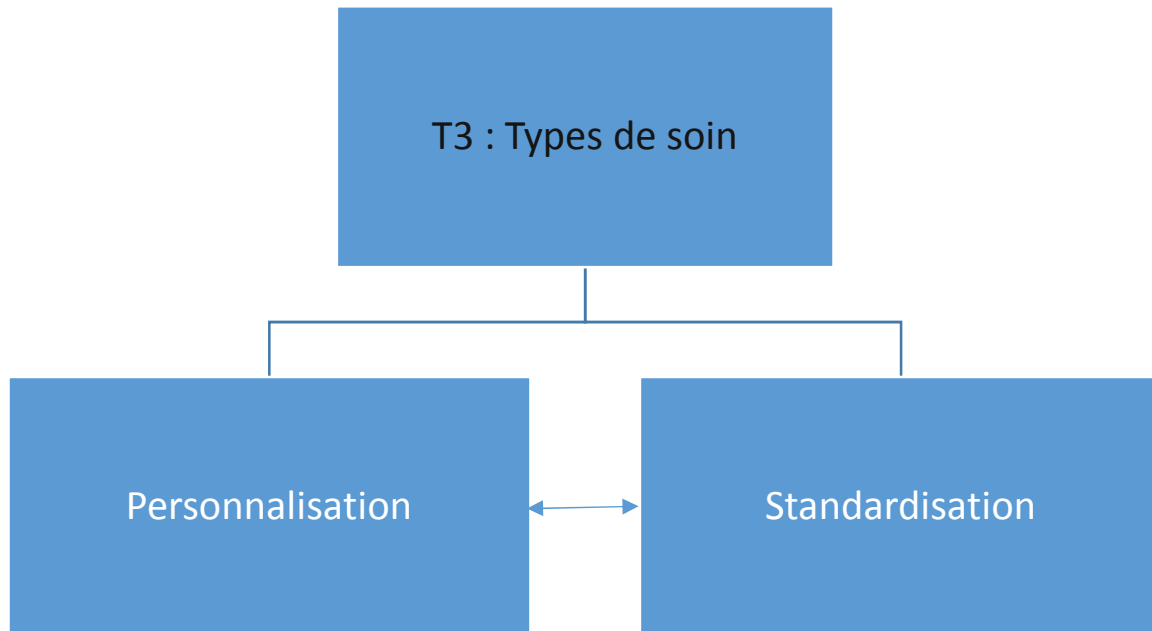


Figure 89: tension 3

❖ a. *La personnalisation des soins*

Une vision du futur voyant la personnalisation des soins se développer davantage a été largement plébiscitée par les participants. La vision de cette personnalisation a été fortement développée et comporte plusieurs éléments.

Un premier élément porte sur le contenu même des soins et de l'aide qui devraient être développés dans le futur. Ces soins pourraient être selon cette vision de plus en plus taillés sur mesure et adaptés à la situation particulière de chaque personne :

« Je crois qu'on va se diriger vraiment vers des soins qui vont être orientés personne par personne. »

« Je pense que les mentalités vont évoluer vers de l'individualité dans la prise en charge. »

Ce premier point est lié à une deuxième idée : celle qu'il n'existe pas un vieillissement, mais bien « des vieillissements », que chaque situation est particulière et qu'il faut mettre cette diversité au cœur des actions entreprises pour gérer le vieillissement de la population :

« Ce qu'il faudrait mettre en œuvre pour améliorer la gestion du vieillissement ? Mais c'est des vieillissements, c'est pas le vieillissement. C'est qu'il n'y a pas une personne âgée. Il y a plein de façons de vieillir différentes. Et c'est vrai qu'on continue à dire la personne âgée, le vieillissement mais c'est les personnes âgées avec des besoins différents. »

Un troisième élément est que cette personnalisation des soins devrait permettre à la personne âgée de développer son propre projet de vie, de garder prise sur sa propre vie et de garder un pouvoir décisionnel important.

« Par rapport à ce que vous mettiez, les techniques de thérapie personnalisées qui vont être diminuées, je rejoins ce que Madame disait, au contraire, on est dans une politique de l'individualité des soins, le général qui va se mettre en place, on met en avant *l'empowerment* des personnes âgées, au-delà du projet de vie institutionnel, on vous demande des thérapies individualisées. »

Un système d'aide et de soin personnalisé améliorerait la capacité des personnes âgées à garder la maîtrise de leur vie. Dans un tel système, les personnes âgées pourraient par ailleurs être directement investies dans les organes de décision liés à la gestion du vieillissement :

« Je pense également pour les aînés, de s'investir davantage dans les organes de décision. Ça demande aussi aux pouvoirs publics, ça demande aussi que les pouvoirs publics laissent plus de place aux aînés pour qu'ils s'inscrivent dans ces organes de décision. »

Finalement cette idée de personnalisation des soins est également liée à la réorganisation des professions qui devrait permettre, par la plus grande collaboration entre les professionnels, où par la redéfinition (vers une déspecialisation) de certains métiers la « considération globale de la personne » :

« Ça permet une considération globale de la personne de nouveau. »

« Moi je suis vraiment favorable à un accompagnement plus globalisé, personnalisé avec une révision des actes délégués aux aides-soignantes. »

« Une baisse aussi dans, j'ai l'impression, la perte de la vision d'ensemble de la personne. A savoir qu'un exemple c'est la fin des consultations à domicile qui est évoquée et qui permet à un généraliste d'avoir une idée du contexte de la personne et des difficultés qu'elle peut avoir chez elle. Ces choses-là ont tendance à disparaître dès lors qu'il y a une diminution, une réduction ou une spécialisation des services qui sont offerts »

❖ b. *La standardisation des soins*

Alternativement, une vision opposée du futur centré sur la standardisation des soins apparaît dans les discours des participants aux focus-groupes. Cette vision d'un futur qui verrait la standardisation, c'est-à-dire le développement de solutions identiques pour tous, se développer est perçue très négativement et est par ailleurs jugée très peu probable :

« Il faut aller plus vers une personnalisation des soins. (...) Le standard des soins c'est quelque chose qui me fait un peu peur »

« Et je rejoins aussi l'idée qu'il est peu probable qu'on aille vers une idée de standardisation des soins parce que tout démontre maintenant qu'avec l'évolution du décodage génétique par exemple qui coûtait un milliard de dollars il y a 20 ans, maintenant ça coûte 100 dollars pour faire un génome humain. Je crois qu'on va se diriger vraiment vers des soins qui vont être orientés personne par personne. »

« L'idéal serait d'avoir des moyens pour se consacrer à l'individuel. Est-ce qu'on ne va pas aller malheureusement pour des raisons financières vers un système de plus en plus performant. »

Au cœur de cette tension se trouve donc la question de l'individualisation des soins et de la société. Le vieillissement est une tendance collective mais devrait être abordé d'abord sous l'angle chaque fois singulier « des personnes vieillissantes » plutôt que sous celui uniformisant « du vieillissement ».

5.3 *Analyse du scénario 2 – Gestion du vieillissement autour d'un outil principal : l'assurance Kangourou*

Le scénario 2 est situé dans un contexte de crise économique et d'un choix politique de soutien financier des individus vieillissants grâce à la mise en place d'une assurance dépendance : « l'assurance kangourou ». Il présente alors le parcours de différents acteurs de soin et de différentes personnes vieillissantes dans ce contexte.

Du point de vue de l'analyse de la mise en discussion de ce scénario lors des focus-groupes, il est très intéressant de constater que, tant dans le focus-groupe 3 que dans le focus-groupe 4, les discussions ont principalement pris pour objet un des parcours de vie développés. Il s'agit du rôle de Paul le médecin généraliste et de la transformation de son métier.

Vu la centralité de cet élément du scénario dans la discussion il est utile de reprendre l'extrait en question :

« En 2030, il [Paul, le médecin généraliste de liégeois] se rend compte que sa pratique quotidienne est en train d'évoluer. Les consultations à domicile qu'il réalisait sont de plus en plus rares. Souvent elles ont été remplacées par le suivi à distance d'infirmières habilitées à réaliser une série d'actes médicaux qu'il devait auparavant réaliser lui-même. Cette activité de suivi à distance lui prend de plus en plus de temps. En 2035, plus de la moitié de son temps de travail se passe derrière son ordinateur, en vidéo-conférence, accompagnant des infirmières mobiles, et même parfois des aides-soignantes dans la région de Liège et dans les communes plus rurales de la région. En 2034, Paul gère depuis son bureau une vingtaine de personnes voyageant dans toute la province. La plupart sont affiliées à l'association « Soins et soutiens à domicile », une association créée en 2020 qui offre un accompagnement flexible à domicile aux personnes âgées en situation de dépendance. » (Extrait du scénario 2)

Dans ce scénario, nous imaginions donc un futur où le rôle du médecin généraliste évolue. Il diminue son activité de soignant pour devenir davantage le coordinateur d'une équipe de soin mobile (composée d'infirmier-e-s et d'aide-soignant-e-s) ancrée dans une région.

L'analyse de cette évolution par les participants a soulevé un questionnement autour du futur de la coordination entre acteurs de l'aide et des soins. Plus précisément deux débats différents autour de cette question peuvent être distingués. Un premier débat porte sur l'évolution des tâches devant - et pouvant - être effectuées par les différents acteurs de l'aide et des soins (tension 4), un second débat porte sur les modalités de collaboration possibles entre les différents acteurs en présence (tension 5).

Enfin, notons que la proposition de mise en place de l'assurance kangourou a également suscité quelques réflexions sur la possible dualisation de l'accès à l'aide en au soin en Région wallonne (tension 6) que nous présenterons rapidement.

5.3.a Tension n° 4 : spécialisation ou déspecialisation des acteurs de l'aide et des soins

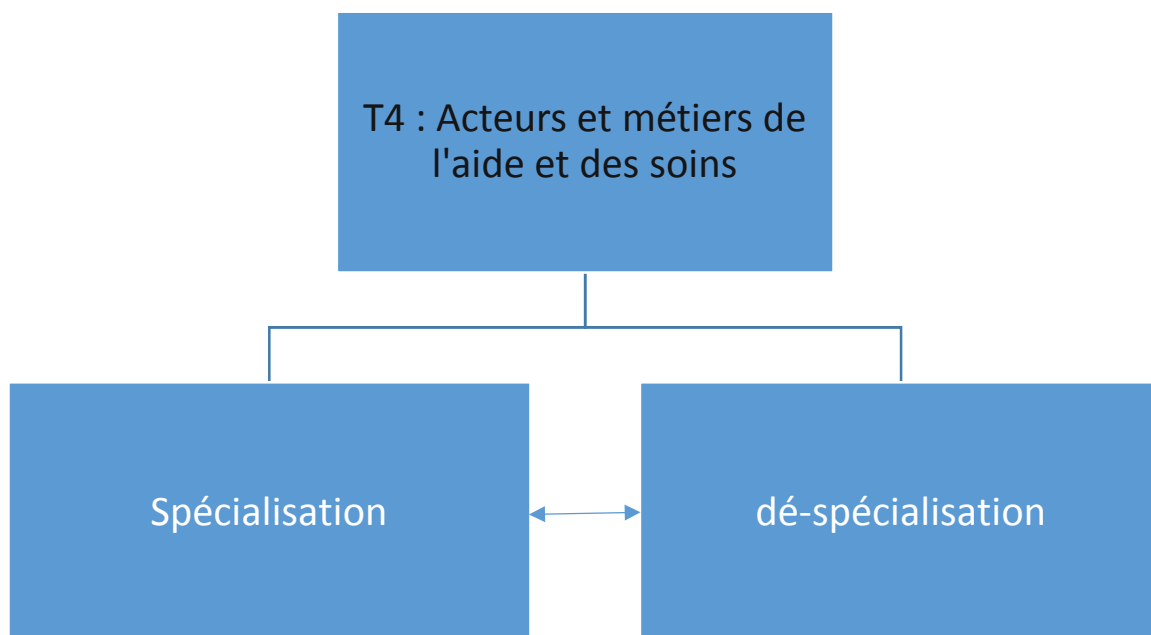


Figure 90: tension 4

Le premier débat porte donc sur l'organisation de la division du travail entre les différents intervenants de l'aide et des soins. Comme le note un des participants :

« Le fait que les rôles, les missions, les actes dans notre secteur, c'est clair que les actes que l'un peut faire et que l'autre ne peut pas faire à domicile, c'est très particulier. Très spécifié, très codifié et très légiféré. Et donc une aide familiale ne peut pas donner un médicament, même si c'est un Dafalgan, une infirmière ne peut pas faire ça ou ça parce que c'est le médecin qui doit le faire. Toute une série de choses que l'un peut faire et l'autre pas. Là [dans le scénario] il y avait eu clairement une révision par rapport à tout ça, et je crois que c'est en cours et que ça va être positif par rapport aux ressources qu'il y a à faire et ça ne peut pas se faire n'importe comment. » (Focus-groupe 3)

L'évolution de la répartition des tâches pouvant être réalisée par un-e infirmier-e ou un-e aide-soignant-e est décrite comme étant en cours de réalisation et comme quelque chose de positif :

« Pour l'aide-soignante, la polyvalence est déjà d'actualité bien que tout ne soit pas encore bien légiféré, ce qu'on peut faire ou pas. On aimerait qu'elle soit encore plus polyvalente. Mais si elle est encore plus polyvalente, c'est un peu le risque aussi de ne plus bien stipuler les compétences de chaque métier. Voilà. En même temps, ça simplifierait la tâche parce que devoir recourir à un autre collègue spécialisé ou pouvoir faire soi-même une injection par exemple, c'est évidemment plus rapide. On n'a qu'une seule personne au lieu d'avoir plusieurs personnes autour de la personne. » (focus-groupe 4)

« J'ai l'impression qu'on va continuer dans ce système avec des critères venant d'une administration, des choses qu'on n'a pas le droit de faire » (focus-groupe 4)

La situation actuelle des infirmier-e-s et des aides-soignant-e-s, marquée par une forte spécialisation imposée par la législation, est décrite comme trop rigide. Elle segmenterait l'aide et compliquerait l'adoption d'une approche globale du soin de la personne. Une approche globale de la personne étant décrite de la manière suivante :

« Peut-être qu'à un moment, j'ai l'impression qu'une autre voie serait un package global où on rencontre vraiment la personne et on l'accompagne, on vit autrement ensemble. » (focus-groupe 3)

L'approche globale des soins « soignerait la personne et non les maladies », elle serait également centrée sur le « projet de vie » de la personne vieillissante.

La répartition trop rigide des tâches de l'aide et des soins aurait pour conséquence la multiplication des intervenants auprès d'une même personne et - et cela permet de lier cette tension avec la suivante - compliquerait la coordination et la communication entre les acteurs de l'aide actifs auprès d'une même personne.

Comme nous le verrons plus bas la question de la coordination entre les acteurs est réellement centrale. Elle se décline également dans la discussion autour de la spécialisation des métiers de l'aide. Un consensus semble en effet émerger sur l'utilité du développement d'un nouveau métier trouvant différentes expressions : celui de « coordinateur », de « coach » ou de « *case manager* » chargé de faciliter la coordination et la communication entre les différents acteurs de l'aide, mais aussi de permettre aux individus de se repérer plus facilement dans la constellation des intervenants possibles :

« Une autre piste d'amélioration c'était par rapport à cette idée de gestionnaire, de case manager, comme ils appellent ça. Cette personne qui serait la personne responsable de cette fameuse coordination. Je pense effectivement que ce n'est pas un médecin qui devrait occuper cette fonction-là mais plutôt vraiment une personne qui, un nouveau métier. (...) Je pense que c'est vraiment un nouveau métier qui devrait être, je pense, développé » (focus-groupe 4)

Les différents acteurs ne s'accordent cependant pas sur la personne devant endosser ce rôle de coordinateur. Certains pensent qu'il pourrait être endossé par le médecin généraliste, d'autres, au contraire, pensent que justement le généraliste ne peut pas jouer ce rôle. D'autres pensent encore qu'il faudrait créer un nouveau métier, ou qu'il faudrait le confier à des infirmier.es. Finalement, certains signalent qu'un tel métier existe déjà mais devrait être développé davantage :

« La deuxième chose à laquelle j'avais pensé et ça rejoignait aussi vos idées par rapport à une personne qui pourrait coordonner. Maintenant, vous parliez d'un nouveau métier mais au fond, c'est un métier qui existe déjà parce qu'il y a déjà les coordinatrices. » (focus-groupe 4)

La question de l'évolution et de la dé-spécialisation des activités de soin porte également sur l'évolution du métier de médecin généraliste. Différentes évolutions en cours sont pointées comme le montre les extraits suivants :

« En fait, quand on demande au généraliste, on a fait récemment une petite enquête par mail, soit ils se mettent effectivement plus dans un rôle de coordinateur. Mais je ne crois pas que

c'est le futur, je crois que c'est quelqu'un d'autre. Soit ils se mettent dans un rôle de « spécialiste du biomédical » et c'est là que revient justement le lien avec l'hôpital où le généraliste est au domicile celui qui comprend le mieux ce qui se passe dans la relation avec l'hôpital, qui se passe avec toute une série d'autres choses. Soit qui se met dans la position du spécialiste du complexe, du complexe dans le sens où une personne, typiquement la personne âgée, n'a pas une maladie mais un ensemble de problèmes » (focus-groupe 3)

« Et aussi, au niveau des médecins généralistes, une formation en gériatrie serait très importante, en tous cas pour les médecins généralistes à domiciles qui sont parfois désarmés et ne savent pas quoi faire » (focus-groupe 3)

« De repenser le rôle central du médecin traitant, c'est vrai que cela va à contre-courant par rapport à tout ce que j'ai entendu, mais pourtant, nous, dans nos réflexions, c'est souvent dans ce sens-là que l'on va : c'est que le médecin est peut-être le seul professionnel que les familles vont rencontrer et il a un rôle essentiel. » (focus-groupe 3)

D'une manière générale, le médecin généraliste apparaît comme une personne centrale dans l'aide et les soins apportés aux personnes âgées. Il apparaît important de développer une réelle réflexion sur l'avenir de son rôle et de son implication dans ce secteur.

5.3.b Tension n° 5 : renforcement de la collaboration ou segmentation

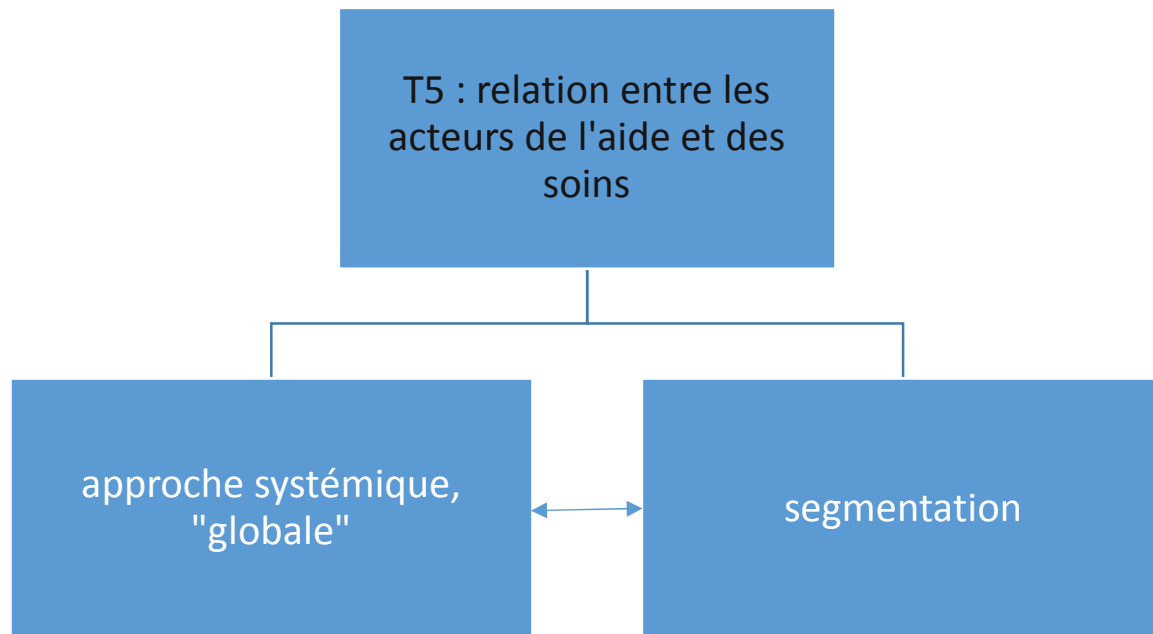


Figure 91: tension 5

Le second débat autour de l'évolution des acteurs de l'aide porte non plus sur la division du travail et la spécialisation des tâches mais bien sur une question liée : la coordination possible entre les acteurs de l'aide et des soins qui interviennent auprès d'une même personne.

La situation actuelle est généralement décrite comme segmentée. Cette segmentation est unanimement vue comme négative pour la qualité de soin. Un exemple de cette vision :

« La transmission d'infos d'un milieu à l'autre, quand on recueille quelqu'un à l'hôpital, comment on sait la situation d'avant. Est-ce qu'on doit téléphoner à l'infirmière, au kiné ? Et un outil important, c'est que c'est un langage commun. La grosse difficulté dans l'évaluation de la personne âgée c'est qu'on parle une multitude, chaque hôpital, chaque antenne de soins à probablement ses propres outils. Son vocabulaire. » (focus-groupe 3)

Face à cette vision les participants ont fortement développé l'idée qu'il fallait d'une part renforcer la « communication » entre les acteurs que ce soit via la mise en place de

réunions et de contacts directs ou par le développement d'outils technologiques, et, d'autre part, ils ont insisté sur l'importance du développement de la « concertation » entre les professionnels comme base des soins d'une personne afin de privilégier une « approche globale » de la personne.

« La coordination plus la concertation, c'est deux choses qui sont différentes mais qui sont complémentaires. Donc je reviens au fait de se concerter, de se parler et on peut se concerter de 25000 manières différentes » (focus-groupe 3)

Un de participants pointe par exemple que dans le scénario 2 :

« Pour moi le fait qu'il n'y a pas de concertation et d'outils de concertation, on a clairement une diminution de qualité dans les soins à domicile puisque les gens ont un chef qui lui dit ce qu'ils doivent faire. » (focus-groupe 3)

Un autre note :

« Je crois que communiquer directement et pouvoir faire de la concertation, pouvoir vraiment échanger ensemble, je crois que ça reste un élément important. » (focus-groupe 3)

Ou encore :

« concertation entre les différentes disciplines, je pense que c'est crucial aussi. Et donc le scénario ici il allait plutôt vers moins de collaboration, augmentation des tâches et moins de réunions interdisciplinaires. Donc, c'est pas spécialement positif. » (focus-groupe 3)

La concertation porterait davantage sur la discussion des informations existant sur une personne en vue de prendre des décisions plus collectives (notons que dans cette optique certains participants avancent l'idée que les patients pourraient participer à la concertation les concernant).

La communication apparaît davantage comme un préalable à la concertation et comme un moyen de lutter contre la segmentation de ce secteur.

5.3.c Tension n° 6 : égalitarisation *versus* dualisation de l'accès à l'aide et aux soins

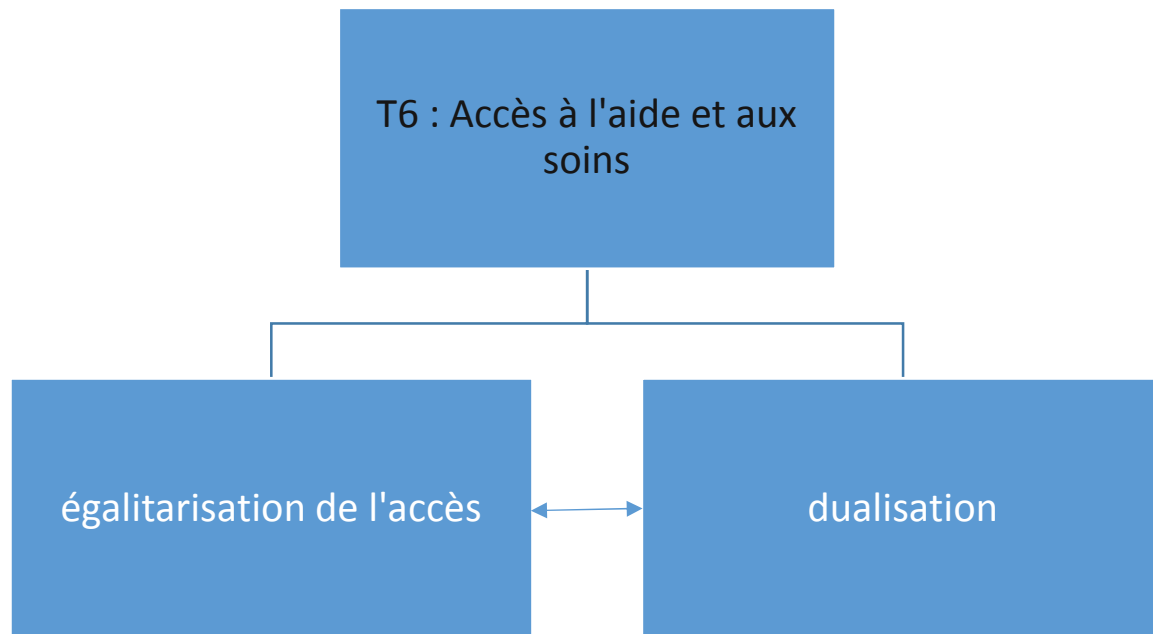


Figure 92: tension 6

Au-delà de cette discussion centrale autour de la reconfiguration des métiers de l'aide, un autre élément est apparu dans les discussions du scénario 2 autour de l'assurance kangourou : la crainte du développement d'un système de l'aide et des soins à deux vitesses. La question de l'égalité d'accès à l'aide et au soin est fortement valorisée par les participants. La formule de l'assurance kangourou a été jugée négative de ce point de vue. Elle renforcerait une dualisation de l'accès :

« Alors moi, ma crainte aussi quand on parle de ces assurances, c'est d'aller vers deux vitesses de prises en charge : une prise en charge bien adaptée, bien confortable, avec beaucoup d'heures pour des personnes qui peuvent se le permettre financièrement, et d'autres personnes qui doivent essayer de se débrouiller avec une aide minimale. Et alors là, ces personnes-là, j'ai l'impression qu'il faudrait plus faire appel à leurs réseaux, à leurs proches » (focus-groupe 4)

« j'ai aussi un point sur la question du financement : on voit bien qu'il y a finalement – un petit peu comme aujourd'hui –, un système à deux vitesses et je m'interroge sur la possibilité malgré

tout, dans un système comme celui-là, de créer une redistribution quand même. Ce n'est pas forcément parce que l'on est dans un système d'assurance qu'il faut tout... Donc, à mon sens, il faut vraiment que ce système permette que l'offre de soins ne diffère pas de trop, en tous cas entre les différentes catégories socioprofessionnelles. Ce n'est probablement pas impossible de trouver des modalités dans le système d'assurance pour que ce ne soit pas un truc technique de pointe pour les plus riches, et une espèce de filet linéaire pour les plus pauvres » (focus-groupe 4)

« Ben au niveau des enjeux, ce scénario 2 soulève toute une question, stratification, le fait d'avoir des soins à 3 vitesses. Les très pauvres, les très riches et les très au milieu. Moi je me posais la question de l'assurance versus assistance » (focus-groupe 3).

D'une manière générale, on l'on retrouve cette idée dans les quatre focus-groupes la dualisation de l'accès aux soins est perçue comme un risque important en Région wallonne.

5.4 *Analyse du scénario 3 – Revenu inconditionnel*

Le scénario 3 est sans doute celui qui, parmi les quatre scénarios que nous avons construits, s'éloigne le plus fortement des évolutions en cours. Les scénarios 1, 2 et 4 portaient d'innovations sociales ou technologiques en développement aujourd'hui (telles que par exemple : la robotisation, l'assurance dépendance, ou l'économie numérique collaborative) pour imaginer un futur où elles se seraient pleinement développées.

Dans le scénario 3, les deux événements principaux : la mise en place d'un revenu inconditionnel et le développement d'un conflit intergénérationnel sérieux sont très éloignés de la situation observable à l'heure actuelle.

Ce caractère plus fictionnel du scénario 3 a sans doute eu comme conséquence une orientation différente des débats au cours du focus-groupe qui l'a examiné (le focus-groupe 3). L'analyse du contenu des discussions montre en effet que dans une large mesure ce scénario apparaît comme peu probable, voire peu cohérent pour les participants. Les discussions ont alors plus porté sur l'aspect probable des différents éléments présents dans le scénario que sur leur désirabilité. Il est donc plus difficile de

trouver autant de perspectives sur le futur du bien-vieillir dans la discussion de ce scénario que dans les trois autres.

« Il pourrait apparaître évidemment comme une forme d'utopie mais dans la mesure où j'ai d'une part du mal moi à y adhérer et que j'étais troublée par la forme que vous lui donnez, ça ne me semble pas une utopie »

Il est cependant possible de trouver une tension importante qui traverse l'ensemble des débats. Il s'agit d'une tension qui analyse les enjeux du bien vieillir à partir de l'évolution de la solidarité dans la société. Nous verrons que l'évolution de la solidarité (opposée à la notion d'individualisme) comporte différentes dimensions importantes pour saisir le futur du bien vieillir.

« Je pense que ce scénario n'est pas tout à fait cohérent. Il me semble actuellement relativement peu probable mais je trouve qu'il apporte une dynamique très intéressante sur une autre approche, une autre façon d'envisager la solidarité, l'organisation de la société. »

Notons avant de passer à l'analyse de cette perspective, que le scénario 3 développait, davantage que les quatre autres, la « *rationale* » de la « place de la famille » et de l'aidant-proche. L'apparition d'un revenu de base inconditionnel ayant de forte répercussion sur l'organisation des temps de travail.

5.4.a Tension n°7 : la gestion du vieillissement entre solidarité et individualisme

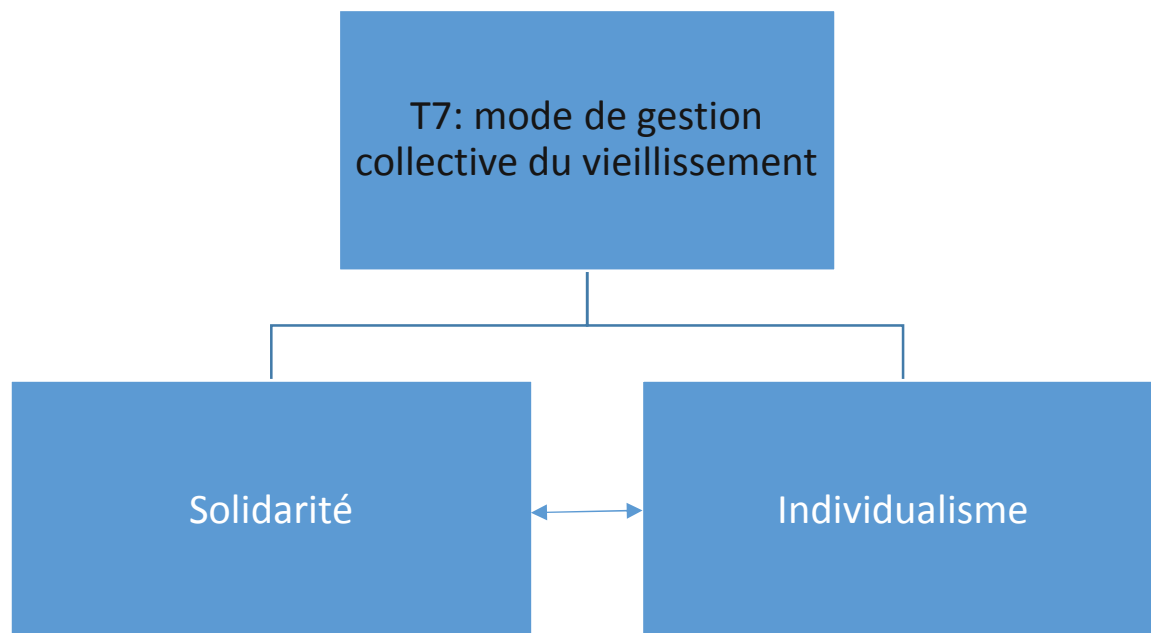


Figure 93: tension 7

❖ a. Deux reconfigurations de la solidarité

Le débat sur l'évolution de la solidarité dans la société s'est déployé dans trois directions. En discutant de la plausibilité d'une allocation inconditionnelle, les participants ont développé des réflexions sur (1) l'organisation de la sécurité sociale ainsi que sur l'évolution des inégalités économiques dans la société. (2) Ils ont également abordé la question des solidarités intergénérationnelles (intrafamiliale et dans la société dans sa globalité) lorsqu'ils ont discuté de la plausibilité de l'émergence d'un parti « jeuniste ». Ils ont enfin (3) discuté de l'évolution de la spécialisation et de l'organisation du travail et spécialement de la reconfiguration possible des métiers de la santé et du rôle des aidants proches.

La première dimension des débats sur la solidarité porte sur les conséquences de la mise en place d'une allocation inconditionnelle et spécialement sur le risque, présenté comme tel dans le scénario, d'une accentuation de la précarité de certains membres de la

société. D'une manière générale, la mise en place d'un revenu inconditionnel a perturbé les participants :

« J'étais un peu perplexe. Déjà je vous dis, je ne suis pas une enthousiaste de l'allocation universelle mais présenté comme ça, je me suis demandé, j'ai l'impression que vous n'êtes pas très fidèle à quand même l'esprit de l'allocation universelle. Donc j'étais un peu troublée. Donc ça c'est un aspect. » (...) « C'est un scénario que je trouve moins réaliste. J'ai du mal à me situer »

Au-delà de la perplexité, une crainte d'accentuation des inégalités a été exprimée à plusieurs reprises :

« Je sens que cette tension [entre jeunes et vieux], elle peut être là et qu'on ne peut pas être solidaire s'il n'y a pas une redistribution riches/pauvres. »

« Donc ceux qui ont su mettre de côté seront privilégiés dans le système. Et on le voit à la fin, effectivement, Joseph se retrouve encore plus pauvre que ce qu'il n'aurait été avec une aide du cpas qui est donc une vision plus collective de répartition des richesses. »

« Après voilà, on l'a déjà dit par rapport aux inégalités, c'est vrai que ce système-là, sous un semblant d'apporter peut-être un peu plus d'égalité, au fond, les inégalités persistent et les inégalités restent bien présentes »

La mise en place d'un revenu inconditionnel et donc la réorganisation de la sécurité sociale a été perçue d'abord sous l'angle du maintien (ou non) d'une forme de solidarité basée sur la redistribution des richesses. Cette tension a été fortement colorée par une crainte du renforcement des inégalités sociales.

La deuxième dimension du débat sur l'évolution de la solidarité s'est portée sur la question des solidarités entre génération. Alors que l'apparition d'un revenu inconditionnel a été jugé peu réaliste, l'apparition d'un conflit entre génération a été jugée, lui, comme réaliste par certains (mais pas tous) et comme très plausible, voire comme une crainte importante pour d'autres :

« Le parti jeuniste m'a bien fait rire. C'est à la fois réaliste si on prend le schéma global en effet du scénario mais ça paraît tellement improbable que ça m'a fait sourire. »

« Je pense que la gérontocratie c'est une hypothèse qui est à mon avis, réaliste. Et à un moment donné, ça ne peut pas tenir effectivement. A un moment donné c'est la base des jeunes générations qui peut aussi soutenir les générations anciennes. Je pense que ça, il faudrait tout de suite imaginer d'être très très attentif au niveau des pouvoirs publics » (...) « c'est d'être extrêmement attentif à ce côté, favoriser ces contacts intergénérationnels pour éviter un moment donné un tel grand écart entre les jeunes qui se sentent effectivement... qui gagnent moins d'argent. Qui ont une inégalité en termes de richesse, d'espérance de vie, de pension. Donc je pense qu'il faut être extrêmement attentif à cette dimension-là parce qu'effectivement, ça explose à un moment donné. On ne peut pas rester solidaire avec... »

« Où il y a une espèce de haine qui se développe entre les générations avec le parti jeuniste là. Et moi pour travailler beaucoup avec les personnes âgées dans le secteur un peu de la militance, de défense des droits des personnes âgées, je vois aussi qu'il y a certaines personnes âgées qui ne pensent plus du tout en termes d'intergénérationnel ou bien même de répartition. C'est plus à la mode de parler d'intergénérationnel, de parler de répartition des richesses alors que les inégalités socioéconomiques, elles augmentent quand même, ça, on le voit. Et je le vois dans mon association parfois, il y a même des personnes âgées qui veulent créer des partis de défense des vieux. Donc on ghettoïse très fort les générations. Ça existe. »

Lors du premier focus-groupe, le côté réaliste de cette opposition générationnelle a été relativisé :

« Avec ce type de scénario, il y aurait des jeunes qui défendraient leurs droits par rapport à des vieux qui défendraient leurs droits. Avec la création d'un parti jeuniste, voire agiste. En fait le jeunisme renvoie l'idée d'une discrimination suivant l'âge. En fait il m'a fait sourire parce que je le trouve presque comme une romance, quelque chose pas possible, pas probable. »
(focus-groupe 1)

Cette évolution liant revenu inconditionnel et conflit entre générations a également été décrite dans un cas comme « dangereuse ». Il s'agit clairement d'une tension importante à prendre en compte pour comprendre le futur du bien-vieillir sous l'angle de l'évolution des solidarités :

« Moi je crois que ça c'est quand même un climat qui est dangereux et qui ne favorise pas le vivre collectif on va dire. Et donc qui favorise la perte de l'esprit de solidarité. »

❖ *b. Le risque de l'individualisation*

À l'inverse des débats sur l'évolution de la solidarité, les participants ont identifié un risque important dans ce scénario : celui de l'individualisation croissante de la société. Comme le décrit une des participants ce risque est inhérent à la mise en place d'un revenu inconditionnel pour les individus :

« Mais de mon point de vue, c'est ce avec quoi je cale dans les scénarios, dans les discours de ceux qui défendent l'allocation universelle, c'est qu'ils réduisent en fait l'action ou le mobile de l'action au revenu. Et on retrouve assez bien dans votre scénario. C'est comme s'il suffisait d'avoir une allocation universelle pour que le neveu de Joseph dise, il est vraiment super, je vais faire le jardin avec lui. La fille de Mohammed arrête de travailler. Tout est pensé selon ce mobile-là »

D'une manière similaire, ce scénario a pu être décrit comme un renforcement de la logique de l'État social actif, qui responsabiliserait trop les individus :

« Et donc, je vois dans ce scénario quand même le développement du principe de l'État social actif où il y a quand même une responsabilisation de l'individu face au risque et donc on n'est plus du tout dans l'idée que le collectif prend en charge les risques que certaines personnes rencontrent et prend en charge aussi les inégalités sociales. La société est quand même extrêmement complexe. On le voit, il y a des inégalités sociales partout, ne serait-ce qu'en termes d'espérance de vie par rapport au métier, etc. C'est sûr que donner à chacun un revenu comme ça inconditionnel pourrait peut-être même favoriser les inégalités sociales plutôt que les réduire. »

Enfin, le caractère réaliste de ce scénario a été questionné car nous serions dans une société trop individualiste pour qu'une solidarité intergénérationnelle basée sur le bénévolat se développe fortement :

« Et puis je me disais aussi, j'ai l'impression que dans ce scénario-là j'avais la sensation qu'on compte sur le fait que les solidarités se développent, qu'il y ait peut-être des services bénévoles, des personnes qui peuvent travailler bénévolement parce qu'elles auraient un revenu fixe et sûr. Mais je me demande si c'est pas un peu idéaliste. J'ai quand même la sensation que le bénévolat semble perdre la cote dans une société qui est de plus en plus

individualiste, je sais pas si vraiment c'est réaliste de s'imaginer qu'il y aurait plus de solidarité si les gens le pouvaient. Je ne suis pas sûre. Mais peut-être »

5.5 *Analyse du scénario 4 – Le plan Senior-Tech Wallonie*

Trois tensions apparaissent comme centrales dans les discussions du scénario 4. Ce scénario reposait sur la combinaison d'une situation économique favorable et de politiques publiques axées vers le soutien aux institutions et acteurs du secteur du vieillissement. Dans ce scénario, le soutien public était principalement axé vers le développement industriel et technologique de la Wallonie et par sa traduction en termes de robotisation et d'informatisation de l'aide et des soins aux personnes vieillissantes.

Ces trois tensions portent respectivement sur 1/ la vision des personnes âgées au cœur des techniques d'aide et de soins, 2/ les modalités de l'organisation de l'aide et des soins, et 3/ le rapport de la technique à l'autonomie et la dépendance des personnes.

De manière générale, ce scénario a été décrit comme globalement plausible et probable. Le caractère désirable d'un tel développement technologique est quant à lui controversé. Il est vu par certains comme source d'opportunités mais il inspire plus généralement un certain nombre de craintes que nous détaillons ci-dessous.

5.5.a Tension n° 8 : humanisation et déshumanisation de la personne âgée et des soins

La première tension qui émerge des discussions de ce scénario est relative à une crainte exprimée par un nombre significatif de participants aux focus-groupes : celle de voir la personne âgée au centre des dispositifs d'aide et de soin (qu'ils soient techniques ou non) réduite à être un « objet de soin ».

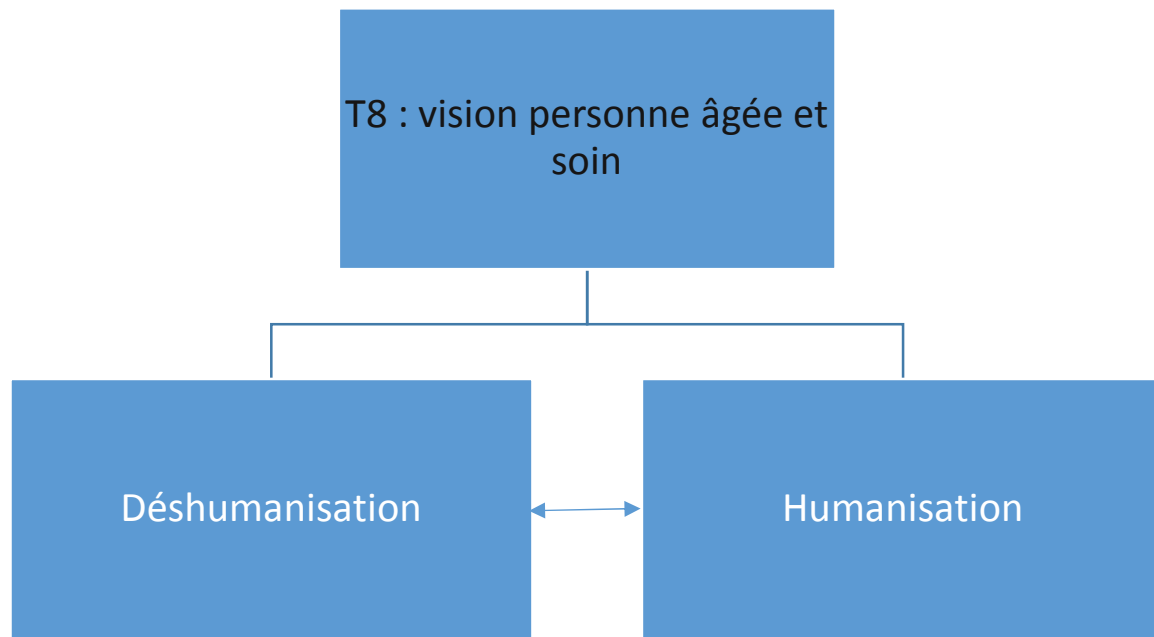


Figure 94: tension 8

❖ a. Déshumanisation de la personne âgée et des soins

Les débats ont été fortement marqués par une crainte exprimée à plusieurs reprises que la forte robotisation de l'aide et des soins soit porteuse d'une « déshumanisation ». Cette crainte se trouve exprimée par exemple de manière très claire dans les deux extraits suivants :

« Ce que je vois dans ce scénario-là, c'est la disparition quelque part de l'être humain, du relationnel, du lien social et ça me pose fortement question. » (focus-groupe 2)

« C'est vraiment limitatif et ce scénario est vraiment porteur de déshumanisation. Et c'est une plainte tant des personnes âgées que des soignants, que des structures. (...) (...) j'ai encore une image assez lourde, j'étais scandalisée récemment, j'ai vu un reportage sur les poulets de batterie. Mais qu'on nous mette en batterie, et qu'on nous nourrisse. Ça revient en fait qu'à ça. L'humain étant soumis à une technique qui vient le soigner, que restera-t-il de son lien avec les autres ? » (focus-groupe 1)

Cette déshumanisation peut se manifester de différentes manières. Dans un premier sens, un recours trop peu réfléchi à la technologie pourrait réduire la personne âgée à l'état d'objet. La personne âgée ne serait considérée que comme un objet de soin,

sentiment pouvant être renforcé par l'évocation dans le scénario de l'existence de prothèses robotisées :

« C'est très sécurisant [en parlant du drone de surveillance] pour l'entourage mais pour la personne concernée, à mon sens, c'est... c'est vraiment faire de la personne âgée même plus un objet de soins mais un objet de surveillance » (focus-groupe 1)

« Et alors un dernier point qui n'est pas réellement dit mais qui est sous-entendu et qui moi m'horrifie un petit peu c'est, on parle de robotisation, enfin d'aide via la robotisation mais j'ai l'impression qu'on va vers une robotisation de la personne aussi. On parle un moment donné d'un plan de greffe artificielle, de cœur et d'yeux artificiels. » (focus-groupe 2)

Au-delà de cette vision extrême de la personne âgée réduite au statut d'objet, la déshumanisation est surtout la déshumanisation des soins. La technologie porterait en elle le risque d'une perte du caractère d'abord relationnel, et non technique, des soins :

« Mais souhaitable alors là, non. Comment dire ? Le robot est une chose froide qui ne répond pas aux besoins relationnels. Ça, c'est le pourquoi du non, même s'il peut peut-être rendre quelques services » (focus-groupe 1)

« Donc je ne vois pas un robot qui ouvre la porte et que la personne soit contente d'accueillir le robot. Moi ça me paraît vraiment farfelu. Je crois que les gens sont demandeurs d'abord de relations et si le pansement est mal fait, ils s'en foutent à la limite. S'ils peuvent parler... » (focus-groupe 1)

« Le risque évidemment c'est de limiter le côté humain, le contact professionnel/patient. » (focus-groupe 2)

« Ce que je vois dans ce scénario-là, c'est la disparition quelque part de l'être humain, du relationnel, du lien social et ça me pose fortement question. » (focus-groupe 2)

Selon cette vision, le robot est vu comme quelque chose de « froid », accentuant la « solitude » et « l'isolement ». À l'inverse, les soins sont d'abord qualifiés par leur aspect « relationnel », comme un « accompagnement », comme quelque chose « d'humain », ce dont les robots ne seraient pas capables.

❖ *b. La technologie comme opportunité de renforcement de la dimension humaine des soins*

À l'opposé de cette vision très négative de la robotisation, certains participants l'ont évoquée à l'inverse comme une opportunité de renforcement de la dimension psychosociale de l'aide et des soins. L'arrivée de robots effectuant les tâches techniques des soins pourraient en effet libérer du temps aux aides-soignant-e-s, infirmier-e-s et médecins. Temps qui pourrait être consacré spécifiquement à l'accompagnement psychosocial :

« Je trouve que ça fait penser aux caissières qui ont vu débarquer le scan électronique et qui ont dit, ça y est, il va prendre ma place. Et en même temps que ça permet de dégager du temps ailleurs pour mettre l'accent sur l'aspect psychosocial. » (focus-groupe 1)

« Et je crois tout à fait que c'est effectivement intéressant que les gens se réorientent vers la dimension psychosociale du fait de l'aide de robots. » (focus-groupe 1)

5.5.b Tension n° 9 : l'organisation des soins, entre complémentarité de dispositifs et solution unique

Le scénario 4 était construit de manière à intégrer la « *rationale* » (voir point 4.3.c.) de la « diversification de l'offre ». Cette question de la diversification peut prendre différentes formes mais introduit l'idée que le secteur de l'aide et des soins rassemble des acteurs très différents (acteurs publics, acteurs privés, aidant.e.s-proche.s, acteurs associatifs...). Une diversification de l'offre, c'est-à-dire l'entrée, ou le renforcement de la position, de nouveaux acteurs dans le champ n'est pas neutre et peut-être source de tensions.

Dans le scénario 4, les acteurs publics décident de soutenir principalement des acteurs privés, ou des partenariats hybrides (université/privé) qui vont développer des solutions techniques déployées à grande échelle en Wallonie de manière uniforme (par exemple diffusion de 30.000 exemplaires du robot Cookie). Il s'agit donc d'une vision particulière de la « diversification de l'offre » qui était proposée.

Cette proposition n'est pas passée inaperçue. Elle a été source de débats qui peuvent être synthétisés par l'opposition entre un futur marqué par la complémentarité des différentes offres et à l'inverse un futur marqué par une seule solution qui imposerait sa logique (ici technologique) aux autres intervenants.

Ces deux tensions s'opposent et introduisent la question de la reconfiguration des métiers de l'aide et des soins qui a été centrale à bien des moments dans les discussions des focus-groupes.

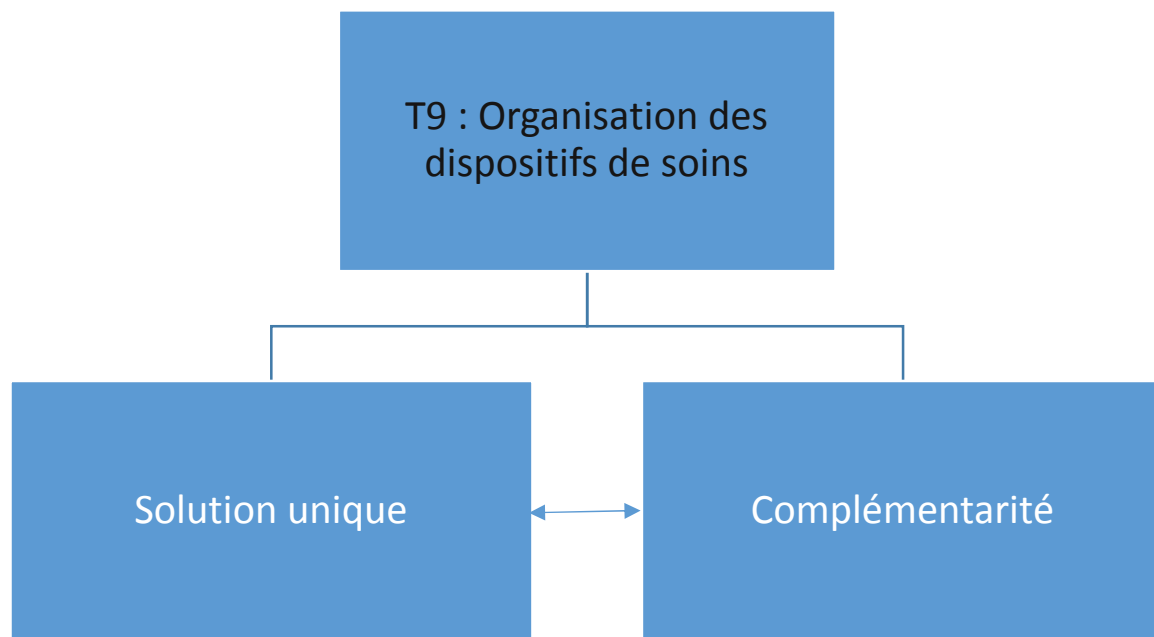


Figure 95: tension 9

❖ a. Vers une solution unique pour tous

La vision d'une solution unique est résumée de la manière suivante par un des participants :

« Ici j'ai l'impression à la lecture que le vieillissement a été résumé au profit d'un service, d'une technologie, juste un service. Le vieillissement est au service d'un secteur. Point. On a tout à fait occulté les besoins des personnes âgées. » (focus-groupe 1)

Le vieillissement ne devrait pas être aux services d'un secteur, ou d'un but économique. Dans le cas où, comme c'est le cas dans le scénario, l'aide et les soins se

trouvent « robotisés » apparaît une crainte relative d'une part à la perte de vue des besoins réels des personnes vieillissantes mais aussi, d'autre part, à la reconfiguration, voire à la disparition de certains métiers.

« À partir de là aussi, la question que je me pose, que deviennent les métiers traditionnels si on se voit tous remplacés par des robots. Que devient-on ? Que devient l'emploi, le taux de chômage et compagnie ? Là on est dans des questions plus larges, plus sociétales. Et puis la reconnaissance aussi par rapport à nos métiers. J'ai l'impression qu'il y a un double mouvement au niveau sociétal de revalorisation de certaines fonctions et en même temps l'idée de la remplacer par de la robotisation. Il y a quelque chose de très paradoxal. » (focus-groupe 2)

De la même manière émerge l'idée qu'il ne faut pas favoriser une solution d'aide par rapport aux autres solutions existantes. Un participant prend l'exemple d'un futur où le maintien à domicile serait la seule solution encouragée :

« Je trouve qu'il y a aussi des chouettes solutions là et pourquoi pas revaloriser. Le risque c'est de ne favoriser que le domicile. Le risque évidemment c'est de limiter le côté humain, le contact professionnel/patient » (focus-groupe 2)

❖ *b. Complémentarité*

À l'inverse, plusieurs participants valorisent l'idée que la gestion du vieillissement ne doit pas privilégier une seule solution, un seul secteur, ou un seul type d'acteur, mais doit permettre le développement d'une offre large. Pour un des participants, il est important de « ne pas travailler en silo » :

« Ça [la technologie, les robots] permet aussi d'avoir une vision plus holistique de la personne. Et de ne pas travailler comme ça en silo. C'est un soutien aussi au niveau des professionnels. »

De la même manière la technologie n'est pas doit pas détenir le « monopole » sur l'aide et les soins :

« Je reprenais votre idée. Je trouve que peut-être pour moi une des solutions c'est de partir du projet de vie de la personne et que du coup les technologies sont un moyen, un outil pour

permettre à un projet de vie de se réaliser mais aussi un moyen parmi d'autres et que ça devienne le monopole » (focus-groupe 2)

5.5.c Tension n° 10 : la technologie entre opportunité d'autonomie accrue et risque de dépendance

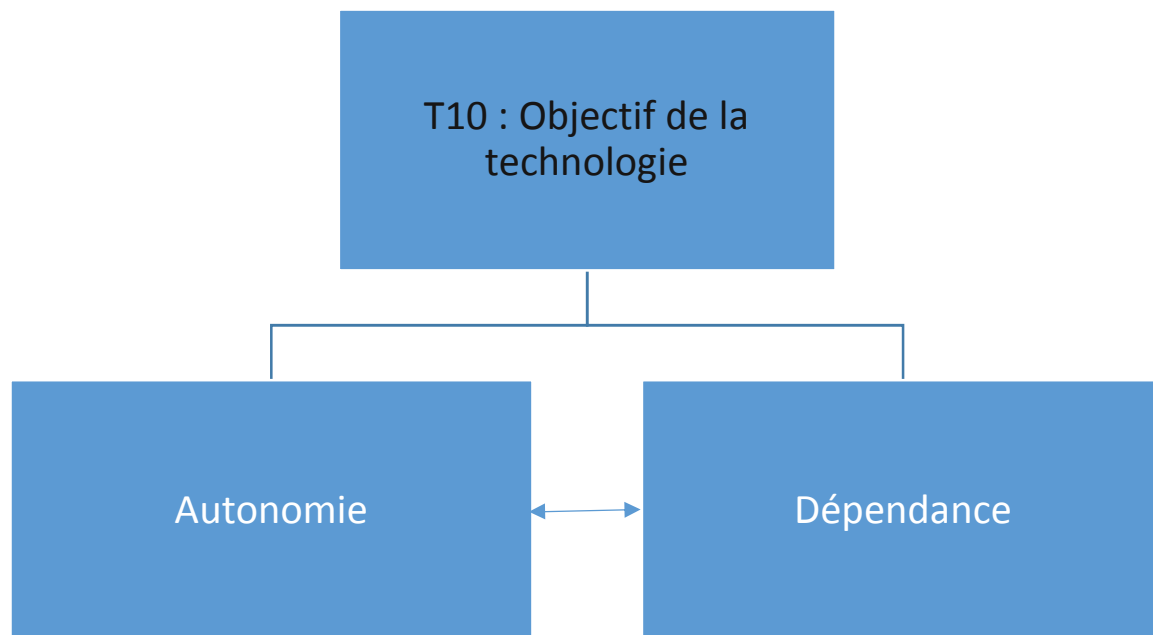


Figure 96: tension 10

❖ a. La technologie au service du renforcement de l'autonomie

Selon cette tension, la technologie devrait participer à l'augmentation de l'autonomie de la personne âgée. Cette tension est fortement liée à la question de « l'empowerment » que nous avons identifiée comme une des « *rationales* » à prendre en compte pour construire les scénarios. Il est intéressant de remarquer que le scénario 4 n'a pas été écrit spécifiquement autour de cette tension normative. Elle a cependant émergé au fil des débats comme une des perspectives importantes au travers de laquelle penser le futur du bien-vieillir en lien avec les développements technologiques.

Un des participants nous dit par exemple :

« je sais que... on a parfois peur de tout ce qui est informatique mais on reste quand même maître de oui ou non appuyer sur le bouton. Et donc ça c'est quand même important. Ça développe aussi plus l'empowerment du patient. Donc ça, je trouve ça assez intéressant » (focus groupe 1)

Un autre exemple est cité où le développement technologique renforce la capacité d'agir de la personne en situation de dépendance :

« Mais en même temps ça [la technologie] permet à la personne, et j'insiste là-dessus, de pouvoir être maître de la situation et ça peut être vraiment un soutien à... Je prends des exemples concrets. Grâce à l'évolution de la technologie, on voit, alors est-ce que c'est bien ou pas pour la personne à laquelle je pensais. C'est vraiment intéressant. Elle est atteinte d'une démence frontale, à un stade assez avancé de la maladie. Eh bien, grâce au développement de la technologie, elle arrive à vivre toute seule. Par exemple au niveau de la prise de médicaments. » (focus-groupe 1)

La technologie peut donc être associée à un renforcement de l'autonomie des personnes dépendantes et, dans ce sens, elle est vue comme positive. Ce schème de l'autonomie est cependant également associé par certains participants à une perspective inverse. Beaucoup conçoivent la technologie comme porteuse d'un risque de renforcement de la dépendance.

❖ *b. La technologie comme renforcement de la dépendance*

Cette seconde vision, négative, du développement technologique se donne particulièrement à voir dans l'extrait suivant :

« Et en fait je pense que la peur qu'il y a derrière le scénario 4, c'est que la dépendance technologique nous condamne notre autonomie personnelle, nous empêche de décider. C'est la question d'être surveillé tout le temps, de ne plus avoir le choix, etc. je pense c'est que s'il y a une aide robotique à la dépendance, il faut veiller à ce qu'elle n'entrave pas les capacités d'autonomie des personnes » (focus groupe 2)

Il est important que la personne vieillissante puisse garder la possibilité de réaliser des choix. Nous rejoignons ici la première tension du scénario 4 : la technologie ne doit pas causer une déshumanisation de la personne âgée. Elle doit conserver son autonomie

autant que possible et cela passe par le renforcement de sa capacité à rester maître de sa vie. Un autre extrait reprend la même idée :

« Et alors oui au niveau éthique ce qui me posait question dans ce que vous avez dit, c'est vrai, c'est la question de la sécurité. Qu'est-ce qu'on veut pour nos aînés ? Est-ce que moi plus tard c'est pas mon droit de vouloir chuter à domicile et de mourir à domicile ? ça peut paraître révoltant ce que je dis, mais voilà. J'ai peut-être envie de mourir à domicile et voilà. Dans la gazette il y aura, « elle est restée deux heures sans bouger, sans que personne vienne à son aide », mais voilà, c'est peut-être mon droit. Et donc faisons attention à ça parce que souvent les questions de sécurité ne sont pas demandées par les personnes elles-mêmes. » (focus-groupe 1)

Cette question trouve alors des échos éthiques lorsque la technologie devient outil de surveillance permanente :

« En disant, écoutez, en effet, le risque c'est que la personne pourrait se sauver [on parle des personnes souffrant d'Alzheimer qui ne seraient pas surveillées en permanence], s'évader et pourrait mourir parce qu'elle va se mettre en danger. Mais elle vit heureuse, c'est aussi un choix, je me dis, c'est vrai qu'il existe déjà, c'est en tout cas à l'étude, des systèmes de puces pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer pour que quand ils dépassent un certain périmètre, les proches soient contactés. Il n'y a rien qui est proposé en termes d'éthique. Qu'est-ce qu'on accepte, qu'est-ce qu'on n'accepte pas et jusqu'où doit-on aller. Je pense que c'est vraiment important » (focus-groupe 2)

Ce risque se trouve encore accentué si à un moment donné, la personne vieillissante est obligée, pour pouvoir bénéficier de soin, d'accepter une surveillance permanente, ou un dispositif technique dont elle ne voudrait pas :

« Je voudrais rebondir sur la question de choix et de politique. Il me semble qu'un des gros risques, puisqu'on dit qu'il faut laisser le choix à la personne d'utiliser ou pas la technologie. Je pense qu'un risque c'est, par exemple on rentre en maison de repos, dans une maison de repos avec des personnes ayant l'Alzheimer. On nous dit vous êtes obligés de porter une puce parce que si vous sortez et s'il vous arrive quelque chose, c'est nous qui sommes responsables et ça on ne veut pas. Donc, vous êtes obligés de la porter. Déjà ça limite le choix puisque ça crée une condition à l'entrée en maison de repos. Et pareil, et c'est là que le politique peut avoir un rôle à jouer, à nouveau avec le système d'assurance, et on voit ça avec tout ce qui est vol,

cambriolage, etc, c'est qu'on conditionne un remboursement en cas de problèmes à l'utilisation de ces technologies. On vous paiera vos soins seulement si vous aviez le pacemaker ou le... sinon tant pis pour vous. C'est un gros risque qui va s'amplifier avec un scénario pareil où les technologies vont être... » (focus-groupe 2)

6. Sans conclure...

Le concept de « gestion du vieillissement » présente toutes les caractéristiques du concept « flou », c'est-à-dire un concept « dont la polysémie et (les) ambiguïtés (...) permettent que des acteurs ayant des analyses et des objectifs divergents, voire antagonistes, les acceptent comme cadres de référence, au moins provisoires, de leurs négociations » (Freyssinet, 2009 : 113). La gestion du vieillissement reste aujourd'hui à définir et elle est sans doute amenée à évoluer, tant en ce qui concerne son périmètre que les acteurs impliqués. L'exercice n'est pas simple tant le cadre qui nous est proposé pour penser l'action publique est lui-même peu aisé à saisir. Dès lors, « garder le jeu ouvert » semble être la seule attitude raisonnable du point de vue prospectif. Par conséquent, plutôt que de formuler des recommandations précises ou définitives, il nous a semblé plus pertinent d'identifier des *axes d'action* qui sont autant de *leviers d'action*, si l'on veut bien considérer les politiques qui s'y rapportent.

C'est dans cet esprit et sous une forme originale de conclusions que nous proposons de rassembler ici les principaux enseignements de cette recherche. Nous présentons quatre axes d'action principaux pour une gestion du vieillissement à l'horizon 2025-2045 ; le dernier point est l'occasion d'identifier des outils qui sauront accompagner à la fois les transitions sociétales et les transitions individuelles liées à l'âge.

6.1 *Axe d'action 1 : une vision sociétale*

On y reviendra ci-dessous, mais l'une des attentes répétée avec le plus de force par les experts et les acteurs de l'aide et du soin est celle d'une meilleure coordination entre les acteurs, entre les services et entre les instances de pouvoirs. Pour nombre d'entre eux, la multiplicité d'acteurs, de services, d'instances de pouvoir, sans compter le caractère pluraliste et évolutif des coalitions gouvernantes, apparaît en **tension** avec la nécessité

d'une vision sociétale claire, comme si la diversité d'actants poursuivant des objectifs spécifiques empêchait l'émergence d'une perspective définie avec clarté. D'où la question : **quelle vision sociétale guidant la gestion du vieillissement ?** Pour les experts et les acteurs de l'aide et du soin rencontrés, il revient aux pouvoirs publics (aujourd'hui) régionaux et communautaires de déterminer les valeurs à défendre, de définir et d'être porteurs d'une vision... et à partir de là de jouer son rôle d'arbitre, de cadrer les acteurs privés et publics en ce sens, de soutenir les dispositifs qui soutiennent cette vision.

La perspective à dessiner devrait notamment permettre de repréciser le rôle d'une série d'acteurs : hôpitaux, maisons de repos (MR), maisons de repos et de soins (MRS), médecins généralistes, aidant-e-s formel-le-s, aidant-e-s proches, bénévoles, personnes âgées. Si les pouvoirs publics sont appréhendés comme concepteurs légitimes de la vision sociétale, experts et acteurs de terrain n'en formulent pas moins des attentes précises :

- Pour eux, l'hôpital qui commence à s'implanter à la maison doit être pensé comme un véritable partenaire inséré dans les trajets de soin offrant des services intermédiaires ;
- l'image des MR et des MRS (grandes structures contre le souhait des personnes âgées, perçues comme des lieux de grande dépendance, voire comme des « mouvoirs »), source de culpabilité pour les familles qui doivent se résigner à y placer un proche, est un enjeu capital et ne peut être changée que par l'adoption d'une démarche de qualité généralisée ;
- les rôles des médecins généralistes, aujourd'hui davantage attentifs à concilier leurs vies professionnelle et privée, travaillant plus souvent en équipe et par conséquence moins proches de leurs patients que par le passé, moins hégémoniques relativement aux autres professionnels de l'aide et du soin, gagneraient à être redéfinis, même si experts et acteurs du vieillissement ne s'accordent pas sur une même perspective, certains considérant que le médecin généraliste peut et doit rester au cœur du dispositif d'aide et de soin en assumant tour à tour des rôles de coordinateur des aides et soins, de sentinelle de la santé, de confident et de traducteur de ce qui se passe pour le patient, d'autres estimant qu'il n'est pas formé pour ces rôles de « spécialiste du complexe » et qu'il gagne, plus modestement, à rester « spécialiste du biomédical » ;

- les aidants proches et les bénévoles devraient être reconnus – par une précision de leurs droits, par des soutiens psychologiques, sous forme de formations, par une assimilation des périodes prestées aux périodes de travail, voire par des soutiens financiers –, au niveau individuel et au niveau collectif (association d’aidants ou de bénévoles) dès lors qu’ils développent le vivre-ensemble et les solidarités ;
- mais surtout, les politiques orientées vers les personnes âgées doivent être revues dans la perspective d’une plus grande implication de ces dernières comme acteurs (et non objets) de ces politiques, y compris dans les organes de décision, ce qui implique de veiller au développement de leur pouvoir d’agir (empowerment) pour qu’elles puissent continuer à se sentir utiles, à porter des projets, à co-construire les politiques qui les concernent.

Mais au-delà de la précision du rôle des divers acteurs, l’attente de vision porte d’abord sur le vivre-ensemble et le modèle de solidarité proposés avec deux points d’accrochage privilégiés : le pacte de solidarité intergénérationnelle et l’avenir de la sécurité sociale. La modification du ratio entre « actifs » et « inactifs » consécutif à l’allongement de la scolarité d’une part et de l’espérance de vie d’autre part, l’accroissement prévisible des budgets à réserver pour les retraites, la diffusion d’une image caricaturale opposant des aînés à charge de la société mais disposant de ressources et des jeunes travaillant mais n’ayant que très difficilement accès à la propriété, l’apparition d’acteurs (associations, groupements...) organisés sur une base générationnelle... sont autant d’éléments susceptibles d’alimenter à l’avenir une tension entre les générations. D’où, pour nombre d’experts et d’acteurs, la nécessité de promouvoir un nouveau pacte de solidarité intergénérationnelle, soucieux de recréer du lien entre les générations (en soutenant, notamment, les initiatives qui vont en ce sens, telles par exemple les formules d’habitat intergénérationnel) et attentifs aux inégalités de ressources. L’interrogation sur l’avenir de la sécurité sociale rejoint cette préoccupation. Si tous les acteurs et experts qui se sont exprimés sur la question se sont prononcés en faveur du maintien d’une sécurité sociale organisée sur base universelle, la plupart sont bien conscients que d’autres acteurs envisagent un autre modèle articulant capitalisation via un système d’assurance et assistance pour les plus démunis. Quelles que soient les références, modèle suédois, modèle britannique, modèle allemand... la tension sous-jacente oppose *in fine* mutualisation et individualisation, et pose la question des capacités

du système soutenu à redistribuer les richesses et réduire les inégalités sociales. La considération pour les personnes précarisées fait l'objet d'une attention particulière.

Le vieillissement de la population est un phénomène démographique incontestable ayant des conséquences sociales et économiques majeures. L'attente à l'égard des pouvoirs publics est qu'ils puissent dépasser une appréhension « gestionnaire » du phénomène : par le coût des soins de santé, sous l'angle du coût des retraites, voire même celui du vieillissement comme potentiel gisement d'emploi... L'attente porte sur un récit du vivre-ensemble demain dans une société inclusive où les aînés resteront acteurs d'un monde solidaire.

6.2 *Axe d'action 2 : vers un système d'aide et de soin global*

De l'expression des divers experts et acteurs de l'aide et du soin rencontrés au cours de cette recherche se dégage une attente forte pour l'adoption d'une approche systémique de la gestion du vieillissement afin de promouvoir un système d'aide et de soin global. Ce concept de système d'aide et de soin global recouvre deux dimensions. La première renvoie à la nécessité d'une vision intégrée de la santé et du vieillissement. Autrement dit, il s'agit de prendre en compte l'entièreté des besoins de la personne, en déployant une vision d'ensemble de cette dernière, en donnant un statut fort à son projet de vie. Dans cette perspective, on évitera une focalisation sur l'hygiène et la santé, on sera attentif aux enjeux relationnels : isolement, carence relationnelle, besoin de contacts sociaux, qualité du lien social, besoin d'intimité, besoin de contacts sensoriels. La seconde a trait à l'attente d'un système qui puisse tenir compte de tous les acteurs formels et informels interagissant dans une même situation. Pour nombre d'acteurs et d'experts rencontrés, la seconde dimension est en lien direct avec la première dans la mesure où « le meilleur accompagnement est celui qui articule » les différents acteurs, les différents services, bref, l'ensemble des compétences.

Cette attente d'un système d'aide et de soin global, exprimée avec force, entre, cependant, potentiellement en **tension** avec la diversité et le degré de spécialisation des acteurs en présence. Autant d'acteurs en attente de valorisation et dont la reconnaissance passerait pour d'aucuns par une clarification, y compris décrétable, de leurs rôles et

responsabilités. Or une définition si précise des actes que peuvent (ou non) poser les uns et les autres est potentiellement source de segmentation. D'où la question : **comment promouvoir un système d'aide et de soin global dans un cadre d'intervention marqué par une forte spécialisation des acteurs ?** Notons d'abord que quelques rares acteurs écartent cette question qui pourrait être dépassée si l'on s'attaquait à l'hyperspécialisation professionnelle que nous connaissons et qui n'est pas un horizon indépassable. Ceux-là citent alors des exemples canadiens où les compétences sont davantage associées aux personnes qu'aux diplômes et où une infirmière peut ainsi se retrouver à poser des actes médicaux, certes, mais aussi à faire la cuisine avec des patients ou à réaliser un accompagnement psychosocial. La majorité des experts et des acteurs tentent de résoudre la tension entre attente de système global et spécialisation professionnelle telle qu'exprimée ci-dessus. Les maîtres-mots de leur réflexion sont coordination, articulation, transversalité. Ces formules sont présentées comme des antidotes à la segmentation. La transversalité est antinomique du travail en silos. L'articulation des différents intervenants requiert tout d'abord de les réunir pour qu'ils se parlent, développent une interconnaissance, sachent ce que les autres font, et, idéalement, puissent adopter collectivement une attitude réflexive quant au sens de ce qu'ils font. Le but de la coordination étant de développer complémentarité et cohérence entre les divers intervenants formels et informels, pour un accompagnement davantage globalisé. Pour nombre d'intervenants articulation et coordination entre les acteurs/services sont d'autant plus nécessaires que, contrairement à une équipe pluridisciplinaire opérant dans un même service (maison médicale, maison de repos ou centre de jour par exemple), dans la perspective présentée comme idéale du maintien à domicile ce sont généralement des acteurs qui ne se connaissent pas (ou peu) qui interviennent en réseau auprès d'une même personne. Si elle n'est pas instituée, une réflexion collective sur le sens global des diverses interventions cumulées a peu de chance de voir le jour. Si quelques-uns pensent que le Bel-RAI pourrait être un outil intéressant dans le dispositif collaboratif à mettre en place, à côté de ceux qui expriment leurs réserves à son encontre (chronophage, perçu comme outil de contrôle, diversement utilisé et donc requérant certaines précautions pour son utilisation, objectivant le travail presté et la personne soignée), tous s'accordent pour dire qu'il est un outil de communication et non un instrument de coordination.

Plus concrètement, outre celle plus radicale de sortie de la forte spécialisation professionnelle évoquée ci-dessus, les pistes qui se dégagent sont les suivantes :

1. donner un cadre légal et financer le rôle de coordination entre acteurs/services. Ils évoquent, à titre d'exemple, le rôle du *case manager*, gestionnaire responsable de la coordination ;
2. désigner une personne de référence, comme un coach auprès des personnes âgées, chargée de garder le lien et d'assurer la continuité tout au long de l'accompagnement, capable d'anticipations, attentive aux transitions, facilitateur en période de tension budgétaire, pensant à dédramatiser... Aucun consensus n'émerge quant à savoir qui pourrait/devrait jouer ce rôle. Si certains pensent que le médecin traitant est la personne toute désignée pour l'assumer, d'autres privilégieraient plutôt un-e aidant-e proche, quand d'autres encore considèrent qu'il y a lieu de créer un nouveau métier ;
3. avoir une politique de formation initiale et continue des professionnels attentive à l'interdisciplinarité, à donner une vision de ce que font les autres acteurs, à l'intercompréhension mutuelle afin de lutter contre la segmentation et le cloisonnement ;
4. mettre en place un système d'audit chargé d'évaluer la qualité des services offerts et les dispositifs collaboratifs.

6.3 *Axe d'action 3 : le territoire proche comme zone de soin incluse dans un bassin de vie*

Les pouvoirs fédéraux, régionaux, communautaires, provinciaux, communaux ont tous des compétences relatives à la gestion du vieillissement. Leurs périmètres d'intervention, les territoires sur lesquels ils ont autorité, les domaines de compétences sont très variés. Ici aussi, articulation et coordination sont rendus nécessaires par la multiplicité des découpages territoriaux et des compétences ; une coordination qui selon certains acteurs de terrain pourrait être optimisée, même si en la matière c'est plutôt le sentiment d'être à la croisée des chemins ou dans un entre-deux provoqué par la mise en place de la sixième réforme de l'Etat qui domine. Certains acteurs politiques ont d'ailleurs défendu cette réforme au nom d'une plus grande cohérence des politiques

futures ; les acteurs et experts rencontrés formulent aussi ce souhait. Avec cette réforme, les régions et les communautés reçoivent d'importants moyens supplémentaires et voient leurs compétences fortement augmentées, y compris dans le domaine de l'aide et des soins ; cela fait de ces niveaux de pouvoirs des acteurs publics (encore plus) dominants dans le champ.

Ce statut dominant des pouvoirs régionaux et communautaires pourrait entrer en **tension** avec une attente forte de penser l'aide et le soin à partir du territoire de proximité. Un exemple évoqué à plusieurs reprises est celui de la taille des entités de soin (maison de repos, maison de repos et de soin, centre de jour...). Une logique centralisatrice, particulièrement en période de crise propice à la recherche d'économies d'échelle, pourrait conduire les pouvoirs régionaux à poursuivre la perspective déployée par l'Etat fédéral dans les années 1980 et consistant à supprimer les petites entités de soin pour privilégier les plus grandes, alors qu'une focale sur le territoire de proximité pousserait à donner la priorité à des structures de soin de proximité, des structures intermédiaires comme, par exemple, les hôpitaux de quartier. D'où la question : **relativement à l'aide et au soin aux personnes âgées, quelle place pour le territoire de proximité dans la nouvelle structure de l'Etat ?** Sans négliger la nécessité d'économies d'échelle, ni celle de concentrer certaines infrastructures très onéreuses à quelques endroits bien choisis, une majorité des acteurs et des experts appellent à repenser le territoire proche (tantôt la commune, tantôt la localité, voire le quartier) comme une zone de soin articulée à un bassin de vie. Cet aspect apparaît d'autant plus important que les localités ne présentent pas une image homogène que ce soit en termes de besoins ou d'offres de service. Dans cette optique, le territoire proche est d'abord le lieu de concertation et de coordination entre les différents services ; c'est à ce niveau que sont réalisés l'inventaire localisé des services disponibles, l'information sur les relais et les services existants, le diagnostic des besoins, l'organisation de l'offre en réduisant les logiques de concurrence (notamment entre les réseaux proches des différents piliers), la prévention. Certains proposent aussi, à l'instar de ce qui se passe au Danemark, que les entités locales (communes ou quartier pour les grandes communes) aient des personnes de références pour les personnes âgées ; des personnes amenées à les rencontrer au moins une fois l'an et à évoquer avec elles leurs situations, leurs perspectives et les questions qu'elles soulèvent. Mais dans cette optique, il s'agit surtout de repenser le soin

dans le cadre de vie, ce qui implique de repenser l'espace public en termes de lieu de vie, de logement, de rencontre, de lien social, de solidarités familiales et de voisinage... afin de pouvoir (re-) donner une place centrale à l'aide, voire aux soins, que peuvent apporter les voisin-e-s et ami-e-s. Autrement dit, l'espace de proximité est réinvesti afin de pouvoir soutenir et créer des réseaux d'(entr)aide.

On le voit, cette invitation à penser le territoire local comme zone de soin incluse dans un bassin de vie oppose peut-être moins les pouvoirs régionaux et communautaires d'une part et les pouvoirs locaux d'autre part, qu'elle invite à décroiser les politiques relatives aux différents domaines de compétences (territoire, logement, infrastructure, aide aux personnes...). Mais il n'empêche que, traduite dans les faits, cette proposition aurait pour conséquence de faire des acteurs locaux des acteurs de premier plan pour la gestion du vieillissement.

6.4 *Axe d'action 4 : le genre du soin*

Relativement à la gestion du vieillissement, la question du genre ou plus simplement des inégalités entre hommes et femmes est, pour ainsi dire, omniprésente. Premièrement, elle concerne les personnes âgées elles-mêmes : l'espérance de vie des personnes âgées continue à augmenter avec un différentiel marqué en faveur des femmes, mais à âge égal, les femmes ont globalement une santé moins bonne que celle des hommes, des ressources économiques moindres, des compétences pratiques différenciées (plus élevées pour les activités domestiques internes, plus réduites pour les activités domestiques externes), des relations avec les enfants de qualité inégale (les liens mères-filles étant généralement considérés comme les plus forts)... Ces écarts s'expliquent largement par des biographies elles-mêmes genrées. Deuxièmement, les inégalités entre hommes et femmes sont aussi une réalité du côté des aidants informels : l'engagement et l'implication d'un descendant dans l'aide filiale est liée au genre et notre recherche n'a fait que confirmer cette tendance. Cette observation rejoint ainsi celle de nombreux chercheurs selon laquelle le soutien aux parents âgés est d'abord pris en charge par les femmes, même si derrière une aidante proche peut se cacher un réseau d'entraides en cascade de nature plus complexe. Troisièmement, hommes et femmes occupent tendanciellement des positions contrastées dans les professions de l'aide et du soin aux

personnes âgées : les professions du bas de la hiérarchie, tant en termes de reconnaissance sociale que de rémunération – les aides familiales-iaux et aides soignant-e-s d’abord, les infirmier-e-s ensuite – sont parmi les plus féminisées. Ces professions sont aussi parmi celles qui enregistrent un taux d’arrêts maladie très élevé, ainsi qu’un important turnover, autant de signes de la pénibilité de ces métiers.

À partir de ces données très rapidement rappelées, on comprend que les inégalités entre hommes et femmes se posent tant au niveau de l’aide formelle que de l’aide informelle. Autrement dit, les dispositifs de prise en charge actuellement opérant sont en **tension** avec les visées politiques d’égalité entre les hommes et les femmes. Tant aux niveaux micro (celui des individus et de leurs proches), méso (celui des professions ou des services), que macrosocial (celui de la région, de la communauté ou du pays), on est loin d’une situation d’égalité entre hommes et femmes. D’où la question : **comment penser une gestion du vieillissement davantage en adéquation avec l’objectif d’égalité hommes-femmes ?** Même si les acteurs de l’aide et du soin et les experts ont exprimé leur préoccupation à cet égard, ni les uns ni les autres n’ont vraiment avancé de piste de réponse à cette question. L’analyse permet cependant de dégager quelques éléments de réflexion.

Premièrement, il convient de rappeler que si la variable sexe permet de mettre en évidence un certain nombre d’inégalités, elle interagit également avec d’autres variables comme le niveau de ressources socioéconomiques ou le fait d’être autochtone ou immigré. Ainsi, à titre d’exemple, suivant les travaux de C. Attias-Donfut & C. Delcroix (2004), nous avons souligné la fragilité accrue des femmes issues de l’immigration et les risques de désaffiliation sociale qui en découlent.

Deuxièmement, de nombreux travaux ont mis en évidence que la réduction des inégalités entre hommes et femmes n’avait une chance de se réaliser qu’à la condition d’adopter une perspective systémique. On pense notamment au texte, à notre sens, séminal en la matière d’A.-M. Devreux (1985). Son analyse de la parentalité peut être étendue à l’ensemble des activités domestiques, elle repose sur une triple articulation : celle de la sphère de production et de la sphère de reproduction, celle du féminin et du masculin, celle des niveaux pragmatique et symbolique. Ce modèle d’analyse à trois dimensions peut être représenté sous la forme d’un cube (Fusulier & Marquet, 2009), où,

comme c'est le cas pour celui inventé par E. Rubik en 1974, aucun élément ne peut enregistrer de mouvement sans que les éléments voisins ne soient automatiquement affectés. L'exemple du congé de maternité est des plus éloquents pour expliquer ces interdépendances. Si tout allongement du congé de maternité peut dans un premier temps être interprété comme une mesure au bénéfice des mères, puisque constituant une mesure de protection de leur santé, le modèle d'analyse d'A.-M. Devreux devenu aujourd'hui classique invite lui à s'interroger sur le risque d'une politique qui n'accorderait des congés parentaux qu'aux mères. Cela ne reviendrait-il pas « au niveau symbolique d'une part, à soutenir une lecture qui tend à naturaliser la maternité, au niveau pragmatique d'autre part, à accroître, dans la sphère domestique, l'écart d'investissement des pères et des mères vis-à-vis des enfants et, dans la sphère professionnelle, à pénaliser davantage les femmes comparativement aux hommes ? » (Fusulier & Marquet, 2009 : 172). Autrement dit, les investissements masculins dans la sphère domestique sont d'autant moindres que les hommes restent, tant sur le plan pragmatique (responsabilités et salaires plus élevés) que symbolique (attente et légitimité plus grandes à être le « gagne-pain » de la famille), en position dominante dans la sphère professionnelle, et que, de ce fait, les femmes auront plus difficile à prétendre à une position égale dans la sphère professionnelle et investiront par voie de conséquence davantage la sphère domestique, et ce d'autant plus que l'identité socialement valorisée de mère peut opérer comme identité de repli en cas d'absence de perspective professionnelle. Ces mécanismes expliquent que les biographies masculines et féminines restent significativement différenciées, et pour notre objet, que les femmes vont plus fréquemment accomplir les tâches domestiques et de soin, et vont dès lors acquérir des compétences de *care* plus élevées que les hommes, compétences qui se retourneront contre elles dès lors qu'elles voudraient se dégager des attentes et obligations filiales qui pèsent sur elles plus que sur les hommes. Si les rapports hommes-femmes sont en train d'évoluer vers plus d'égalité dans certains milieux, il convient d'être attentif d'une part au fait que l'arrivée d'un enfant constitue fréquemment un moment charnière de retour vers une structure et un fonctionnement plus traditionnels, même chez les couples épris d'égalité, et d'autre part que les inégalités restent fortes dans certains milieux sociaux.

Troisièmement, il apparaît que si l'inégalité caractérise aujourd'hui les trois niveaux micro, méso, macro, il n'est pas certain que les réponses soient identiques pour

l'un et l'autre niveau. L'exemple du recours aux titres-services permet de le comprendre aisément. Dans les milieux disposant de ressources suffisantes, le recours aux titres-services permet d'externaliser les tâches domestiques les plus pénibles qui incombent traditionnellement aux femmes (gestion du linge, nettoyage...) ; cet instrument facilite grandement l'adoption d'un fonctionnement (davantage) égalitaire. On se situe là au niveau micro, avec une solution adéquate pour ces couples. Au niveau macro cependant, rien n'est résolu, car on sait que les tâches ainsi externalisées sont pour l'essentiel prises en charge par des femmes, lesquelles bénéficient plus généralement de bas salaires, ce qui pèse sur l'écart salarial global entre hommes et femmes. Pour ce qui concerne le niveau méso des professions, nombre de travaux ont montré que le destin des filles et des garçons, y compris le destin professionnel, se jouait déjà dans l'espace familial qui contribue à une différenciation sexuée des trajectoires (Lallement, 2006). Ainsi l'idée que ce serait aux femmes de prendre en charge le travail ménager et le soin aux autres, enfants et adultes, par nomadisme, passerait de la sphère domestique à la sphère professionnelle, ce qui expliquerait pour une bonne part la forte féminisation des métiers de l'aide et du soin. Par ailleurs, la continuité entre les deux sphères, que ce soit en termes de tâches effectuées et du genre des prestataires d'une part et la naturalisation des compétences mobilisées d'autre part expliquent la faible reconnaissance sociale de professions d'aides ménager-e-s, d'aides soignant-e-s, et même dans une moindre mesure d'infirmier-e-s. La revalorisation de ces professions passe donc par une reconnaissance de leur utilité sociale, de leur valeur ajoutée en termes d'attention à l'autre et d'apport à la construction du lien social.

Le schéma suivant permet d'articuler ces trois ordres de réflexion (Fusulier & Marquet, 2009). Il tente de rendre compte de la nécessité d'articuler les trois dimensions de l'analyse et de tenir compte tant de l'interdépendance que de l'autonomie relative des 3 niveaux (micro, méso, macro) d'analyse.

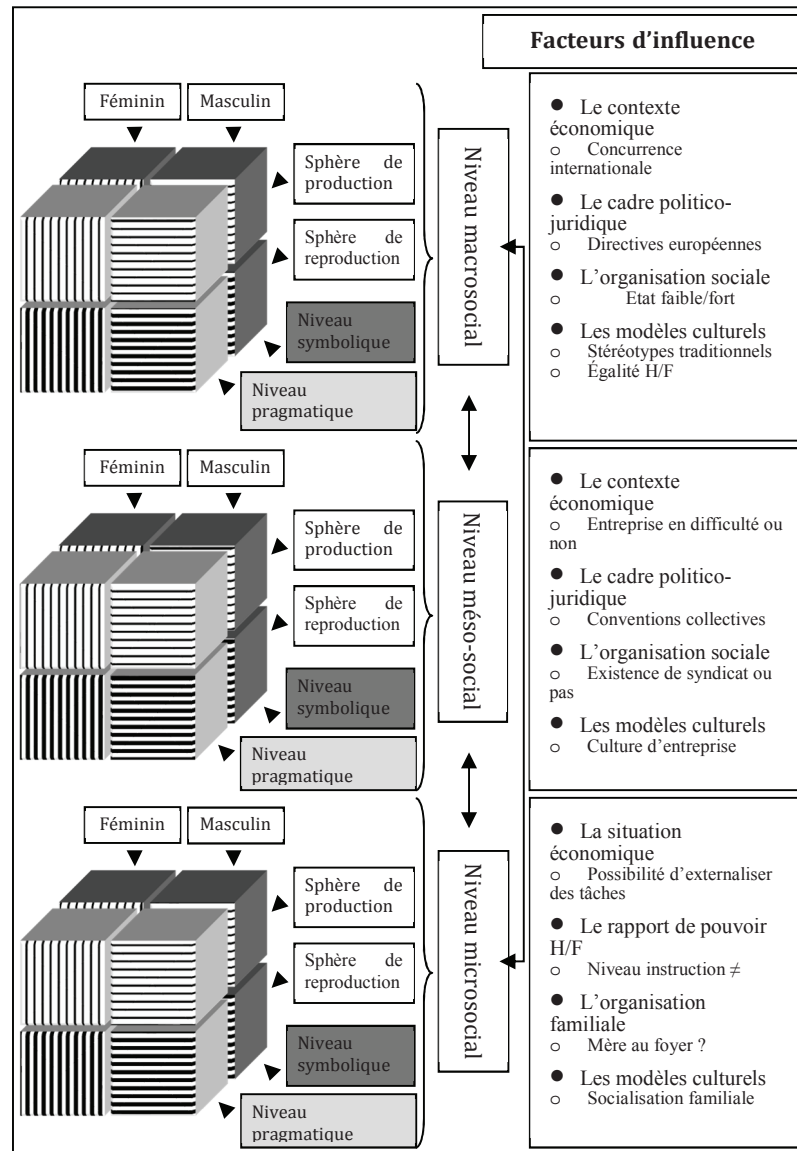


Figure 97: Schématisation de l'approche de la parentalité inspirée des travaux d'A.-M. Devreux

Cette analyse souligne l'impérieuse nécessité de concevoir la gestion du vieillissement autrement que comme une politique de la vieillesse. Une fois arrivé à l'âge de la retraite, la distribution genrée des pathologies, des affections, des ressources, des compétences, des liens intra et extra familiaux... est en place et n'est plus modifiable que de façon marginale. Les politiques en faveur de l'égalité entre les hommes et les femmes à l'âge avancé doivent dès lors se mettre en place bien en amont, de même qu'elles doivent assurément faire de l'articulation entre les vies professionnelle et privée une préoccupation majeure.

6.5 *Les outils pour garder le « jeu ouvert »*

Dans une visée prospective qui interroge un futur incertain, il importe d'identifier les outils souples qui sauront accompagner à la fois les transitions sociétales et les transitions individuelles liées à l'âge.

6.5.a Outil 1 : le cadre légal

La recherche a mis en évidence nombre de freins normatifs, liés au cadre légal ou réglementaire, empêchant ou restreignant le développement d'initiatives nouvelles : les lois fédérales sur la domiciliation qui découragent les personnes isolées de cohabiter ensemble (perte du statut d'isolé, perte de pension complémentaire, perte du statut « mutuelle »...) ; les règles de l'Onem qui empêchent que les personnes au chômage puissent avoir un statut de volontaire dans l'accueil des aînés ; les normes architecturales, de sécurité et de personnel qui ont tendance à faire disparaître les petites structures pourtant privilégiées par les usagers ; les normes d'hygiène (exemple : la périodicité des toilettes) et sanitaires (exemple : les normes de l'AFSCA sur le port des gants ou de la charlotte, ou la nécessité d'avoir des plats témoins) qui dénaturent des projets en modifiant les relations entre les différentes personnes ; les normes institutionnelles qui empêchent certains professionnels d'effectuer des actes qu'ils ont appris, ce qui contribue à augmenter la segmentation des prises en charge et le nombre d'intervenants ; les normes en termes de lits dans les centres d'accueil de jour qui rendent compliqué le court séjour en leur sein des personnes désorientées ; les normes de financement qui ont un impact sur la (durée de la) prise en charge ; la fermeture du cadre des prestations qui impose quasiment (ne serait-ce que pour des questions de sursalaire) de mettre les bénéficiaires au lit entre 16 et 18h ; le découpage des subventionnements qui engendre une segmentation et un manque de continuité entre services (exemple : une aide à domicile ne peut accompagner la personne âgée qui va en maison de repos en raison des logiques de subventionnement)... La liste est loin d'être exhaustive, mais par son ampleur et sa diversité, elle est indicatrice de la marge de manœuvre des autorités impliquées. Certaines normes ici épinglées ne relèvent pas du niveau de pouvoir régional – à titre d'exemple, ce n'est pas la région qui décide de la nomenclature des prestations et des

arbitrages budgétaires de l'INAMI qui ont un impact direct sur la qualité des soins et la reconnaissance des différentes professions –, mais la sixième réforme de l'Etat va incontestablement contribuer à renforcer le poids des régions et des communautés.

En lien avec l'axe d'action 2 (voir ci-dessus) et l'outil 3 (voir ci-dessous), deux chantiers semblent prioritaires : la lutte contre la segmentation des dispositifs d'aide et de soin d'une part, le soutien aux innovations sociales d'autre part. Lois, décrets, circulaires définissent les rôles et fonctions de chacun, déterminent les actes réalisables par chaque profession, contingentent les heures d'intervention, précisent les taux différenciés de remboursement... avec pour conséquence un cloisonnement des actes et une segmentation du dispositif d'aide et de soin. Ce découpage est appréhendé par nombre d'acteurs et de professionnels comme le principal responsable de l'insatisfaction des professionnels (difficulté de coordination, épuisement, perte de sens du travail réalisé, fragilisation des métiers subalternes...) et des personnes âgées (incompréhension, relation avec les aidants détériorée...). Si la promotion d'un système d'aide et de soin global est un objectif capital, ce chantier est incontestablement prioritaire. Par définition, les innovations sociales sont toujours un peu en marge ou aux interstices des dispositifs existants. Si elles arrivent à émerger, leur développement, leur consolidation et leur pérennité socioéconomique requièrent généralement l'adaptation du cadre légal dans lequel elles se déploient. On y reviendra ci-dessous.

6.5.b Outil 2 : le budget

Il est bien évidemment impossible de considérer l'ensemble des politiques ayant un impact sur les ressources des acteurs, individuels ou collectifs, agissant dans le champ de l'aide et du soin ; cela dépasserait d'ailleurs le cadre du mandat que nous avons reçu. Sous cet intitulé, nous pointerons quelques éléments de débat soulignés par nos interlocuteurs experts ou professionnels de l'aide et du soin.

On ne reviendra pas sur la question portant sur l'avenir de la sécurité sociale, sur la tension entre un système structuré autour d'une sécurité sociale organisée sur base universelle et un système articulant capitalisation via un système d'assurance et assistance pour les plus démunis ; pour l'instant, ce débat échappe (encore ?) en grande

partie aux pouvoirs régionaux et communautaires. Mais les réformes successives de l'Etat changent progressivement la donne. Et les orientations différentes que viennent de prendre le nord et le sud du pays en matière d'assurance dépendance, finançant soit les individus, soit les services, est un indice de visions distinctes en matière de gestion du vieillissement, mais aussi un indicateur du poids grandissant des acteurs régionaux et communautaires. Parce qu'ils redoutent que les usagers ne se muent en consommateurs, avec les impacts négatifs d'une logique clientéliste sur les professionnels de l'aide et du soin, parce qu'ils doutent des capacités des usagers à évaluer les « produits » et à gérer les budgets alloués, la grande majorité des experts et acteurs de l'aide et du soin rencontrés plébiscitent l'option du financement des services.

Au-delà d'une multitude de questions portant sur la nécessité, la temporalité, le seuil ou le niveau d'intervention financière des pouvoirs publics pour tel acte ou tel dispositif, l'analyse a permis d'identifier trois enjeux importants : l'encadrement des acteurs marchands ; le soutien aux familles et aux proches ; le « hors financement ». La présence des acteurs marchands dans le champ de l'aide et du soin est une réalité.

Certains intervenants, experts et professionnels, craignent que la logique marchande, par ses impératifs de rentabilité, ne dénature la relation entre professionnels et bénéficiaires. Ils en appellent alors aux pouvoirs publics comme régulateur du marché ; ils attendent de cet acteur qu'il (r) établisse des balises, soit garant des codes déontologiques, définisse une charte éthique, contrôle les accréditations, effectue des contrôles de qualité, régule les prix... La perspective ainsi dessinée vise à trouver une complémentarité entre privé et public et, surtout, à veiller à ce que le souci du patient reste au centre des préoccupations des différents acteurs. Dans cet esprit, le rôle des mutuelles comme intermédiaires entre les bénéficiaires, les professionnels de la santé et les pouvoirs publics est aussi interrogé, et, auprès de nos interlocuteurs, perçu comme indispensable.

Les aides informelles sont principalement apportées par la famille, et ensuite par les proches. Les responsabilités et le poids pesant sur ces personnes sont parfois très lourds. L'articulation entre la vie professionnelle et la vie familiale peut s'avérer complexe, surtout pour les femmes de la génération sandwich, celles qui se retrouvent coincées entre leur travail, leurs enfants, leurs petits-enfants et leurs parents vieillissants.

À la question des formes de soutien qui pourraient leur être apportées, certains intervenants évoquent le soutien financier. Celui-ci pourrait prendre plusieurs formes : rémunération directe, incitants fiscaux, assimilation des journées prestées à des journées de travail comptabilisables pour le calcul des retraites... Mais ce débat ne fait pas l'unanimité, notamment lorsqu'il s'agit de déterminer qui devrait prendre en charge (une partie de) ces coûts. Si d'aucuns se tournent vers les pouvoirs publics, d'autres regardent en direction des personnes âgées et de leurs familles. La volonté de garder son capital intact pour le transmettre en héritage apparaît ainsi parfois comme source d'inertie et de blocage empêchant la mise en place de dispositifs d'aide et de soin plus adéquats.

L'idée d'étendre la sphère marchande aux relations d'aide et de soin entre membres d'une même famille ou entre proches ne fait pas l'unanimité. À titre d'exemple, pour d'aucuns, la logique du devoir filial est antinomique à toute forme de rémunération. Certains lui privilégient d'autres pistes comme par exemple le troc ou les logiques de dons et contre-dons. Ces logiques d'échange sont alors perçues comme préférables dans la mesure où elles sont créatrices de lien social et nourrissent les solidarités. Dans cette perspective, il est attendu des pouvoirs publics, non pas qu'ils rétribuent les individus, mais qu'ils soutiennent ces échanges solidaires. Sans attente spécifique à l'égard des pouvoirs publics, une piste évoquée pour promouvoir le développement des échanges solidaires est la création d'une monnaie complémentaire (à l'euro), celle-ci constituant alors un levier d'action pour récupérer des moyens collectifs afin de développer/stimuler les dynamiques collaboratives.

6.5.c Outil 3 : l'innovation sociale

Les innovations sociales sont des outils de prospective par excellence dès lors que les domaines dans lesquels elles se développent renvoient aux défis de demain auxquels répondent de façon privilégiée les stratégies associatives en raison de leur capacité à détecter des aspirations et besoins nouveaux. Même si l'adoption d'une définition plus opérationnelle de l'innovation sociale, déterminant notamment si un type de gouvernance organisationnelle (participation, consultation etc.) et d'utilisation des bénéfices doit ou non la caractériser, devrait permettre de donner un contenu plus précis à une politique de soutien et de préciser le niveau d'action le plus pertinent pour accélérer son émergence

et sa diffusion, l'innovation sociale pointe à n'en pas douter des extensions (possibles) du domaine de l'action publique ou du marché.

L'analyse montre que l'innovation sociale résulte d'une stratégie délibérée d'acteurs pour se créer des « marges pour innover ». L'importance de la ressource réciprocaire (qui est issue de la mise en œuvre d'une intention de « rendre en retour » à la société, une organisation, un groupe de personnes) et le recours à ses formes les plus variées (temps de travail non rémunéré, bénévolat, réflexe de réseautage, implication personnelle forte, attitude générale de saisir toutes les opportunités etc.) relève à la fois d'une stratégie de limitation des risques, notamment par rapport aux autres types de ressources qu'il faudrait rembourser, et d'une façon de garder le contrôle sur l'adéquation du financement à la finalité sociale du projet. En particulier, la ressource réciprocaire permet souvent de contourner l'épreuve marchande et ses objectifs de rentabilité, ou l'épreuve publique et certaines obligations en termes d'outputs ou de reporting. Les IS sont le fruit de ces marges de manœuvre que seule la nature des organisations d'économie sociale et solidaire (ESS) autorise.

Mais l'hybridation des ressources, à savoir la mobilisation de ressources d'origines et de natures différentes, est à la fois moteur et frein de l'innovation. Elle permet que les organisations gardent la maîtrise de l'IS et de sa finalité, l'hybridation étant façonnée à partir de la raison d'innover. Dans la phase ultérieure de diffusion, l'hybridation peut toutefois s'avérer source de contraintes, d'épuisement ou d'instabilité. À ce stade, dans leur volonté de contourner l'épreuve du marché, les organisations tendent à se tourner vers des financements publics, mais, à l'analyse, sont alors confrontées à un manque de reconnaissance de la part des pouvoirs publics tant en ce qui concerne la logique de réciprocité à l'origine de l'innovation, de l'hybridation des ressources, que du mode plus global de développement des IS.

Se pose cependant la question de la diffusion et de l'institutionnalisation des IS. La rigidité du cadre légal et l'absence de financements adaptés constituent des obstacles importants. Dans le champ de l'accompagnement au domicile ou de l'habitat adapté, la question de la forme juridique (in-) adéquate se pose souvent que ce soit au début du processus d'innovation ou ultérieurement. L'habitat intergénérationnel qui se heurte à la

législation sur la domiciliation en est un bon exemple. Un soutien à l'institutionnalisation des IS passe immanquablement par une adaptation du cadre juridique.

La perspective temporelle est également importante. Dans certains cas, l'IS bénéficie d'un financement pour une phase-test mais n'est plus accompagnée par la suite, ni sur le plan financier, ni sur le plan des conditions de sa consolidation. Certaines organisations répondent à des appels à projets « *one-shot* » qu'elles ne peuvent répliquer, faute d'un accompagnement adéquat ou d'une adaptation de certaines réglementations. C'est notamment le cas des IS portant sur des nouveaux métiers à haut potentiel d'innovation et de diffusion. Les IS étudiées illustrent bien la capacité d'un secteur à créer des marges pour innover, mais aussi le manque d'occasion pour co-construire *a posteriori* et avec les pouvoirs publics un cadre propice à leur développement. Intégrer une étape de consolidation et d'institutionnalisation aux appels d'offre adressés aux entreprises à profit social permettrait de garantir une forme de pérennisation des IS. Produire des outils accompagnant les IS en phase de diffusion et de changement d'échelle constitue une autre piste à envisager, qui par ailleurs renforcerait la collaboration entre le secteur à profit social et le monde académique.

Notons encore que l'institutionnalisation n'est pas nécessairement une fin en soi et que, adéquatement contrôlée, elle devrait permettre au projet (i) d'évoluer, de s'adapter, de se muer au gré des partenariats et des besoins, (ii) d'inspirer d'autres acteurs/secteurs (on parle alors de « grappes » d'IS ou d'innovations en cascade) ou (iii) d'être diffusé dans d'autres espaces (géographiques, culturels, sociaux, etc.).

6.5.d Outil 4 : l'innovation technologique

Comme l'ont souligné nombre de professionnels et d'experts, dès lors qu'elle est génératrice de profits, l'innovation technologique dans le cadre de l'accompagnement du vieillissement se fera indépendamment de toute action des pouvoirs publics. Mais on pourrait aussi juger qu'elle est nécessaire. En effet, les métiers du domicile sont en attente d'améliorations qui reposent entre autres sur l'introduction de nouvelles technologies, par exemple pour permettre une meilleure diffusion ou analyse d'informations sur les personnes accompagnées, pour encourager la collaboration entre les intervenant-e-s du

domicile ou encore pour alléger certaines tâches vécues comme chronophages (comme l'encodage administratif) ou périlleuses (déplacer des personnes). Mais l'innovation ne saurait s'arrêter à la transformation de la tâche en soi. Il est nécessaire de viser aussi une transformation des processus en amont de l'introduction d'une nouvelle technologie, par exemple, par davantage de participation de la part des travailleur-se-s ou des bénéficiaires, et de maîtriser son impact sociétal. Et là, les pouvoirs publics retrouvent leur rôle.

Au-delà des craintes liées à d'éventuelles pannes ou dysfonctionnements, l'innovation technologique est souvent décriée pour ses effets potentiels : sur le plan de l'inégalité d'accès qu'elle peut induire en raison de son coût ou des connaissances qu'elle requiert ; pour son potentiel déshumanisant quand il s'agit, notamment, de remplacer une personne par une machine, la chaleur de la main par le geste automatisé d'un robot ; parce qu'elle alimente le processus de création de nouveaux besoins. La technologie numérique pose aussi la question de l'utilisation et de la protection des informations récoltées par les multiples dispositifs de collecte de données.

On pourrait penser que le terrain de l'accompagnement au domicile, en raison notamment de sa mission sociale et non marchande, constitue le terrain d'une potentielle « réconciliation » des dimensions technologiques et sociales de l'innovation (Céline Marival, Francesca Petrella et Nadine Richez-Battesti, 2012). Il pourrait même faire l'objet de l'attention particulière des pouvoirs publics dans la mesure où il se caractérise par une couverture insuffisante des besoins (avec cependant des disparités locales importantes) et par un potentiel important en termes de demande d'expérimentation. Cette réconciliation souhaitable nécessite que les pouvoirs publics établissent les balises à l'utilisation des nouvelles technologies, qu'ils puissent les intégrer au réseau de soin, en complémentarité avec les dispositifs existants, en recherchant l'émancipation des personnes, et notamment en maintenant leur capacité (maîtrise technique et capacité de décision) de refuser ces technologies en préservant des espaces d'échappée et en instaurant un droit de refus.

7. Bibliographie

- Barthe Yannick et al., 2014, « Sociologie pragmatique : mode d'emploi », *Politix*, vol. N° 103, n° 3, p. 175-204.
- CLIMACT, 2015, *Etude de prospective*. « Transition énergétique. Une étude de prospective pour l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique », Namur, IWEPS. Adresse : http://www.iweps.be/sites/default/files/2014_-_transition_energetique_-_rapport_final_0.pdf.
- Devreux Anne-Marie, 1985, « Production/Reproduction et rapports sociaux de sexe », in *Atelier Production/Reproduction*, 1985, Cahier n°3, Paris, CNRS.
- Eggerickx, T. et Sanderson, J.-P. (2013). *L'impact du milieu de résidence et des « choix » résidentiels sur l'évolution sociale des individus en Belgique (1991 – 2006)*, Conférence
- Fondation Roi Baudouin, 2006, *Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin. Adresse : <http://www.kbsfrb.be/publication.aspx?id=294864&langtype=2060>.
- Fusulier Bernard, Marquet Jacques, 2009, « Pour une lecture « rubikcubique » de l'investissement paternel », in Nicole-Drancourt C. (dir.), *Conciliation travail-famille : attention travaux*, Paris, L'Harmattan, pp.171-180.
- Guyot Jean-Luc, Anfrie Marie-Noelle, Van Cutsem Michael et Rieppi Stéphane, 2012, « Les enjeux prospectifs wallons à la lumière d'un dispositif participatif », *Working Paper de l'IWEPS*, vol. , n° 5. Adresse : <http://www.iweps.be/sites/default/files/WP5.pdf>.
- de Jouvenel Hugues, 2004, *Invitation à la prospective/An Invitation to Foresight*, Paris, Futuribles Perspectives.
- de Jouvenel Hugues, 1999, « La démarche prospective. Un bref guide méthodologique », *Futuribles*, vol. , n° 247.
- Lallement Michel, 2006, « Le genre des trajectoires », *Formation emploi*, 93. [En ligne] <http://formationemploi.revues.org/2202>
- Lits Grégoire, 2010, « Martuccelli Danilo, La société singulariste », M.-B. Tahon éd. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. , n° 41-2, p. 154-157.
- Marival Céline, Petrella Francesca et Richez-Battesti Nadine « L'innovation sociale dans un contexte de rationalisation ; le cas de l'aide à domicile », in *Travail, organisations et politiques publiques : quelle soutenabilité à l'heure de la mondialisation*. éd. par Nadine Richez-Battesti, Francesca Petrella, et Patrick Gianfaldoni, Louvain : Presses universitaires de Louvain, p. 371-385. (Les cahiers de Louvain ; HS #2).
- Martuccelli Danilo, 2015, « Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie », *Sociologie*, vol., n° N°1, vol. 6. Adresse : <https://sociologie.revues.org/2435> [Consulté le : 8 décembre 2015].
- Martuccelli Danilo et Lits Grégoire, 2009, « Sociologie, Individus, Épreuves. Entretien avec Danilo Martuccelli », *Émulations*, vol. 3, n° 5.

- Masson Olivier, Vanneste Damien, Baës-Cantillon Nathanaelle et Grabczan Robert, 2015, *Habitat et vieillissement. Inventaire des formes de logements qui supportent l'interdépendance et l'autonomie des seniors*, Bruxelles, Fondation roi Baudouin.
- Roubelat Fabrice et Marchais-Roubelat Anne, 2014, « Dépasser les frontières des scénarios prospectifs : enjeux et propositions méthodologiques », *Construire les futurs: Contributions épistémologiques et méthodologiques à la démarche prospective*, Namur (Belgique), PU de Namur, p. 149-159.
- Conférence Universitaire de Démographie et d'Étude des Populations (CUDEP), XVIe colloque national, Les populations vulnérables, Aix-en-Provence, 28-31 mai 2013, à paraître.
- Schoenmaeckers J., Pestieau P., Perelman S., Klimaviciute J., 2015, *Prendre en charge ses parents dépendants. Altruisme, échange ou norme familiale*, communication réalisée à la 7e conférence méthodologique de l'Iweps « Quelles méthodes pour mesurer et décrire les enjeux du vieillissement en matière d'entraide ? », Namur (Belgique), 8 décembre 2015.

8. Annexes

8.1 Annexe 1 : définition des variables (variables de contexte et variables d'états)

1. Vieillissement de la population

Augmentation de la proportion de personnes âgées dans la population belge et wallonne.

2. Augmentation du degré de multiculturalité

Augmentation de la proportion de personnes âgées d'origine culturelle non wallonne résidant en Wallonie.

3. Paupérisation d'une frange de la population (ou polarisation des classes sociales)

Augmentation de la proportion de personnes en situation de précarité (définie de manière multidimensionnelle, précarité économique, précarité culturelle, difficulté d'accès aux soins de santé, et difficulté liée à l'habitat) et augmentation des écarts (en termes de richesse et d'accès aux services) entre différentes classes sociales (dualisation).

4. Transformation et multiplication des configurations familiales

Apparition et augmentation de la proportion de modèles familiaux différant du schéma de la famille nucléaire (organisée autour d'un père, d'une mère et des enfants rassemblés au sein d'une unité familiale).

5. Individualisation de la société

Modification des rapports sociaux de solidarité (dont mutation des obligations familiales) vers une valorisation accrue de la responsabilité individuelle et une diminution de la collectivisation (ou de la mutualisation) des risques et des ressources.

Tendances actuelles

6. Etat des innovations technologiques

Evolution des développements technologiques liés à la gestion du vieillissement

7. Etat des innovations sociales

Evolution des innovations sociales (définition précise voir WP2) liées à la gestion du vieillissement

8. Modification des profils des personnes en MR & MRS

Augmentation ou diminution de la proportion des personnes en situation de difficultés psychologiques (démence, perte de mémoire, dépression...) dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins.

9. Contexte idéologique (marchand/non marchand ; libéral/social)

Voir définition au point : 3.3.2.

10. Conjoncture économique (crise/reprise)

Voir définition au point : 3.3.2.

Variables singularisations (variables permettant de décrire la situation d'une personne vieillissante)

11. Les styles de vie des individus (nutrition, activité physique, suivi médical...)

Ensemble des activités réalisées par une personne pouvant avoir un impact sur sa santé.

12. Les ressources économiques, culturelles, temporelles et de santé des Individus

Ensemble des ressources dont dispose une personne lui permettant de faire face aux épreuves du vieillissement.

13. Le rapport aux services formels et aux institutions des individus

Disposition d'une personne envers les différentes possibilités d'aide et de soins.

14. La structure des réseaux informels d'entraide des individus

Tissu relationnel dont dispose une personne sur lequel elle pourra s'appuyer pour faire face aux épreuves du vieillissement.

Variables organisationnelles (variables permettant de décrire la situation organisationnelle des acteurs de l'aide et des soins aux personnes âgées)

15. Adéquation de la prise en charge

Equilibre entre l'offre et la demande de soins et de service dans un territoire donné.

16. Capacité de détection des besoins par les acteurs du vieillissement

Capacité des acteurs associatifs ou institutionnels à percevoir l'évolution des besoins et à développer des offres innovantes pour y faire face.

17. Capacité de mobilisation (capitaux, énergie, expérience) et hybridation des acteurs du vieillissement

Type de ressource à disposition des acteurs de l'aide et des soins et modalité (notamment juridique) organisant leur mobilisation.

8.2 Annexe 2 : Liste des participants aux focus-groupes et des personnes contactées

	Nom	Organisation	Statut	focus groupe	date focus groupe du
1	Axelle Muraille	ASBL 1 toit 2 âges	Présente	1	16 nov.
2	Olivier Coryn	Abbeyfield	Présent	1	16 nov.
3	Laurence Antoine	Femarbel	Présente	1	16 nov.
4	Antoine Thiry	FIH	Présent	1	16 nov.
5	Anne-Françoise Ledent	Coordinatrice CSD aide et soins à domicile	Présente	1	16 nov.
6	Jessica Marchal	DGO5, direction des aînés	Présente	1	16 nov.
7	Myriam Leleu	Sociologue conseil indépendante spécialisée sur la question du vieillissement	Présente	1	16 nov.
8	Nathalie Hubert	HENALLUX - Enseignante en soins infirmier	Présente	1	16 nov.
9	Bénédicte Gombault	Fondation Roi Baudouin	annulation	2	24 nov.
10	Olivier Masson	UCL (architecte)	Présent	2	24 nov.
11	Sandrine Boyals	DGO5	Présente	2	24 nov.
12	Fabienne Simon	CPAS de liège	annulation	2	24 nov.
13	Cécile Dupont	ASBL atoutage	Présente	2	24 nov.
14	Ingrid Foucart	Village n° 1	Présente	2	24 nov.
15	Caroline Jansens	UNIPSO	Présente	2	24 nov.
16	Hélène Eraly	ASBL Eneo	Présente	2	24 nov.
17	Catherine Bolly	Université de Cologne (linguiste)	Présente	3	26 nov.
18	Fanny Dubois	ASBL Espace Senior	Présente	3	26 nov.
19	Nathalie Rigaux	Unamur (sociologue)	Présente	3	26 nov.
20	Pascale Van Uffel	ASBL Respect Senior	Présente	3	26 nov.
21	Jean Macq	UCL (médecin, santé publique)	Présent	3	26 nov.
22	Marie de Saint Hubert	CHU Namur (gériatre)	Présente	3	26 nov.
23	Hélène Roger	ASBL Eccosad	Présente	3	26 nov.
24	Nathalie Zaccai-Reyners	ULB (sociologue)	annulation	3	26 nov.
25	Caroline Ducenne	ASBL Aidant Proche	Présente	4	30 nov.
26	Phillippe Meire	UCL (psychiatre)	annulation	4	30 nov.
27	Olivier Luyckx	AWHIP	Présent	4	30 nov.
28	Françoise De Keyser	Centre de guidance de Louvain-la-Neuve	Présente	4	30 nov.
29	Frédéric Caruso	IWEPS (économiste)	Présent	4	30 nov.
30	Dorian De Brabanter	INAMI	Présente	4	30 nov.
31	Isabelle Dehay	Province de Namure, dptm. sénior et mieux vivre à domicile	Présente	4	30 nov.
32	Nathalie Burnay	Unamur (sociologue)	non disponible	na.	na.
33	Sylvie Crabonnelle	ULB (sociologue)	pas de réponse	na.	na.

34	Valery Goblet	Les Cantous du Mariemont	pas de réponse	na.	na.
35	Lucie Lacasse	Le lion solidaire	non disponible	na.	na.
36	Michelle Gérard	ECCOSSAD	pas de réponse	na.	na.
37	Jean-Marc Rombeaux	Fédération des CPAS	pas de réponse	na.	na.
38	Anne Spinewine	UCL (médecin)	non disponible	na.	na.
39	Marthe Nyssens	UCL (économiste)	non disponible	na.	na.
40	Catherine Gourbin	UCL (démographe)	non disponible	na.	na.
41	Kim Mens	UCL (ingénieur)	non disponible	na.	na.
42	Annick Heskes	UTE AIGS	non disponible	na.	na.
43	Gaëtanne Iweins	ASBL Cep-Age	non disponible	na.	na.
44	Directeur général	Service provincial (Namur) d'aide familiale	non disponible	na.	na.
45	Philippe Defeyt	CPAS de Namur	non disponible	na.	na.
46	xx	CPAS de Charleroi	pas de réponse	na.	na.
47	xx	ASBL le bien vieillir	pas de réponse	na.	na.
48	Fabrice Goffin	Zora Robotique	pas de réponse	na.	na.
49	José Pincé	Probis + et ULB	non disponible	na.	na.
50	xx	Solival	pas de réponse	na.	na.
51	xx	ASBL MMI	pas de réponse	na.	na.
52	Yvonne Ferrin	Mutualité socialiste	pas de réponse	na.	na.
53	Julie Delvaux	Mutualité socialiste	pas de réponse	na.	na.
54	M. Moulin	ULB	pas de réponse	na.	na.
55	Jérôme Pieters	Cocof	non disponible	na.	na.
56	Marie Masse	psychologue	non disponible	na.	na.
57	Brice Many	FASD	non disponible	na.	na.
58	Mr. Fuliano	VESPA Liege	non disponible	na.	na.

59	Laurence Gilson	ASD-Namur	non disponible	na.	na.
60	Eva Carulla	CPAS de Namur	non disponible	na.	na.
61	L. Breat	ASBL Habitat et participation	non disponible	na.	na.
62	Hélène Marcelle	Cocof	non disponible	na.	na.
63	Laurence Bonsir	CSD aide et soins à domicile	non disponible	na.	na.
64	B. Charles	Awhip	non disponible	na.	na.