



Assises des Seniors
Colloques 2019

Qu'est-ce que la Coordination des Associations de Seniors ?

La Coordination des Associations de Seniors (CAS), est une asbl pluraliste fondée en 2004.

La Coordination se compose de 12 membres :

- Aînés du cdH,
- Association Francophone des Universités de Tous Âges de Belgique - AFUTAB,
- Commission Aînés d'Ecolo,
- Confédération des Seniors Socialistes,
- Coordination des Aînés du MOC - CIEP,
- Enéo - Mouvement social des aînés,
- Entr'âges,
- Espace Seniors,
- Fédération Indépendante des Seniors - F.I.S.,
- FGTB Seniors - Commission des pensionnés et prépensionnés de la FGTB,
- Ligue Libérale des Pensionnés - LLP,
- Senoah.

Par arrêté du 28 juin 2012, le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles instaure la Coordination en tant que **Commission des Seniors de la Fédération Wallonie-Bruxelles**.

Quel est l'objet social de la CAS ?

La CAS a pour buts la promotion et la coordination des actions des associations membres en vue de la défense des intérêts des seniors dans une démarche d'éducation permanente.

Concrètement :

- l'organisation de projets communs, la concertation et la collaboration entre ses membres ;
- l'échange d'informations et de bonnes pratiques, ... ;
- la réalisation et la diffusion d'avis, soit de sa propre initiative soit à la demande du Gouvernement ou de l'un de ses membres ;
- une concertation étroite avec les organes consultatifs des aînés en Région wallonne, en Région de Bruxelles-Capitale et dans les différentes communes en Fédération Wallonie-Bruxelles ;
- la promotion auprès de l'opinion publique et particulièrement des médias d'une image positive des seniors et du vieillissement en général.



Édito

Vous tenez entre vos mains le troisième¹ et dernier opuscule consacré aux « Assises des Seniors ». La Coordination des Associations de Seniors a réussi son pari, un peu fou, d'organiser six colloques en deux ans. Nous avons déjà détaillé trois d'entre eux lors de notre ouvrage précédent :

1. Nouvelles technologies,
2. Revenus des Seniors,
3. Mobilité et accessibilité.

Il nous reste à tirer les conclusions des trois derniers :

1. Santé et Prévention,
2. Lieux de Vie,
3. Citoyenneté.

Santé et Prévention :

L'accès aux soins de santé doit être garanti tout au long de la vie. Les Maisons médicales permettent d'assurer aux seniors des soins de qualité, de proximité et, surtout, de les respecter. Le senior doit être sensibilisé sur le « Manger – Bouger – Respirer ».

Lieux de Vie :

Ce sont les participants au colloque qui ont, eux-mêmes, travaillé à partir de thèmes proposés :

- Vivre chez soi, rester chez soi,
- Partager son « chez soi »,
- L'environnement du « chez soi »,
- Bien vivre en institution.

Ce travail intense n'est pas terminé. Les participants au colloque « Lieux de Vie » veulent poursuivre la démarche, ils seront entendus. On peut déjà avoir en tête ces quelques principes.

Il faut :

- Penser plus tôt à plus tard,
- Penser plus tôt, pas trop tard,
- Parler plus tôt du plus tard.

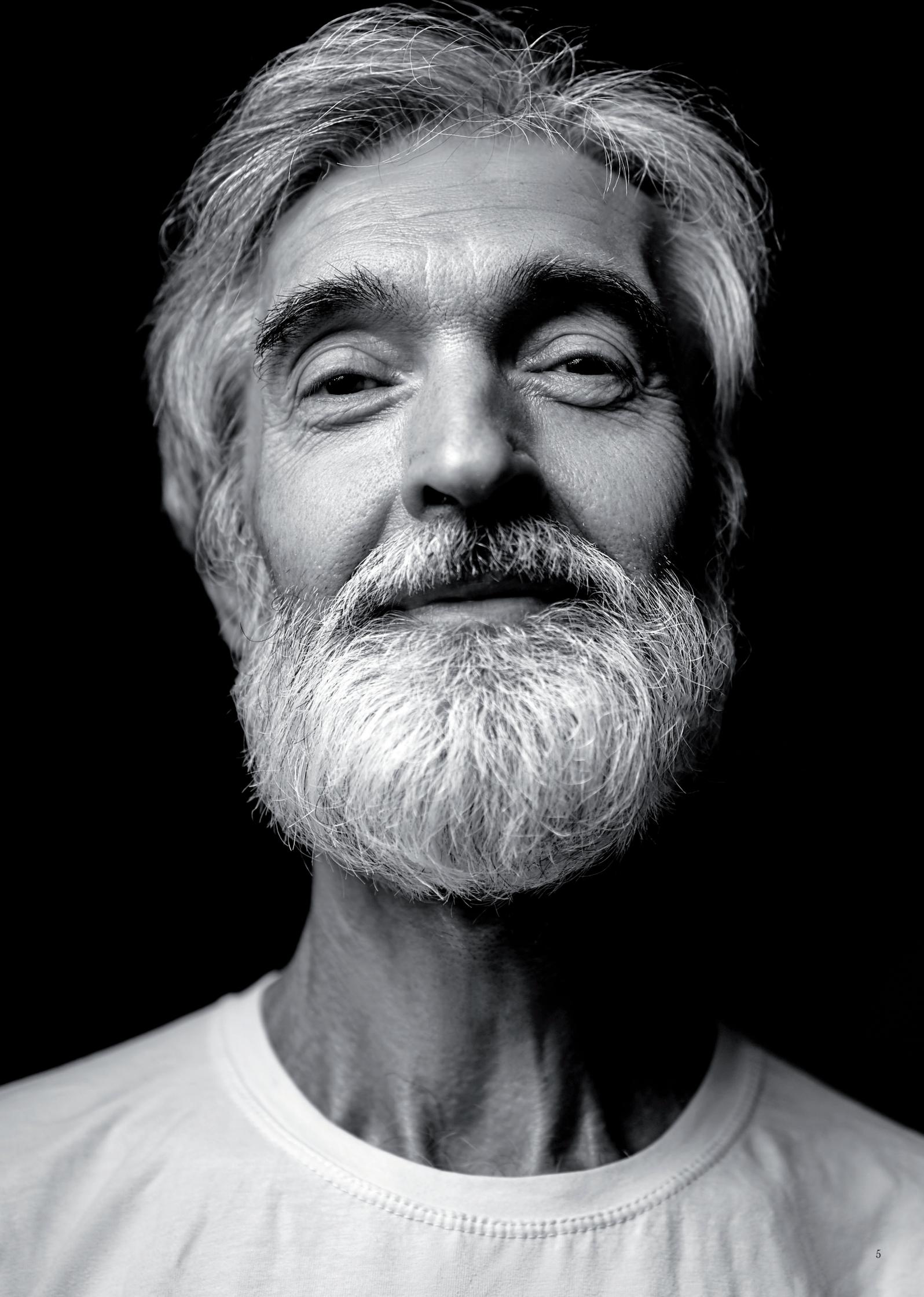
Citoyenneté :

Peut-être le plus important de nos colloques. La citoyenneté est une affaire que devraient s'approprier nos décideurs politiques, bien sûr, mais aussi sociaux, culturels, sportifs, ... Les différents intervenants montrent et démontrent l'importance que conserve le senior dans notre société.

Bonne lecture !

Henri LURKIN
Président

¹ En 2017, Assises des Seniors ; Thématiques et Enjeux – En 2018, Assises des Seniors ; Colloques 2018



La prise en soins des seniors en maison médicale

Le présent texte reprend les éléments qui nous semblent importants, sur base du PowerPoint de Madame Marie-Louise FISETTE. Le document complet est accessible en ligne sur notre site internet : www.cas-seniors.be

Les Maisons médicales en Fédération Wallonie-Bruxelles

Par Madame Marie-Louise FISETTE

Quelques mots d'histoire...

Au commencement...

Les premières maisons médicales (MM) sont apparues en 1972. Elles sont nées dans la fièvre idéaliste des golden sixties. Elles sont clairement une vendange tardive de Mai '68...

Le monde ne s'est pas créé en un jour...

Les fondateurs des premières maisons médicales voulaient (avec d'autres) changer le Monde. Dans un sens fraternel, égalitaire et libertaire...

Les fondateurs voulaient :

- rapprocher les soignants des soignés ;
- valoriser la pluridisciplinarité ;
- combattre l'hospitalo-centrisme ;
- mettre en priorité leur nouvel outil au service des plus défavorisés ;
- développer l'éducation à la santé et la prévention ;
- Les Soins de santé primaires (cf. OMS) ;
- Le Centre de Santé Intégré, base d'une politique de santé ;
- L'échelonnement des soins.

Identification de deux obstacles majeurs à la mise en place de programmes de prévention et d'éducation à la santé :

- la formation des soignants ;
- le financement à l'acte.

1981 : négociations pour un paiement forfaitaire cohérent avec philosophie de travail.

1984 : 1ère Maison Médicale au forfait à la capitation.

Aujourd'hui :

- 113 maisons médicales : 50 à Bruxelles et 63 en Wallonie, surtout en ville ;
- Accroissement de 40% au cours des 10 dernières années ;
- 250.000 patients soignés en maison médicale en 2017 ;
- Moyenne d'âge tourne autour de 33 ans ;
- 44% sont bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM).

Qu'est-ce qu'une maison médicale ?

La finalité

- La qualité des soins ;
- Au service du patient ;
- Au service d'une population.

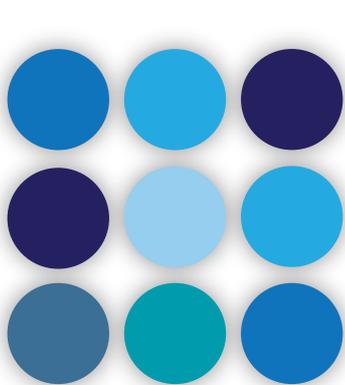
Une équipe pluridisciplinaire rassemblée au sein d'une maison :

- médecins généralistes, kinésithérapeutes, infirmier(ère)s et accueillant(e)s... ;
- psychologues, travailleurs sociaux, gestionnaires ;
- diététiciens, logopèdes, dentistes, ...

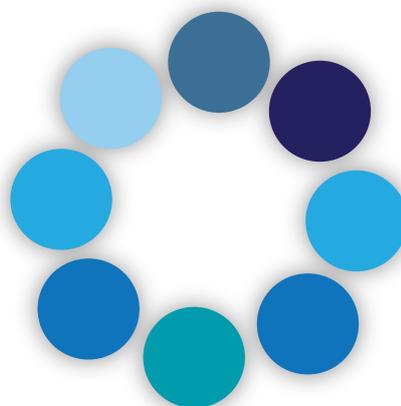
Un mode d'organisation bien particulier

- Équipe autogestionnaire non hiérarchisée ;
- Association sans but lucratif ;
- Partage de compétences, de responsabilités et de pratiques ;
- Secret médical partagé ;
- Relation interactive avec la population ;
- Implication dans le réseau local et le travail de quartier.

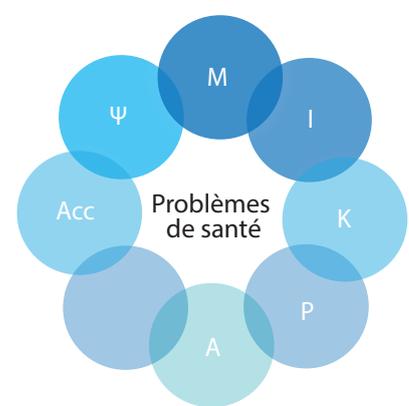
Des conditions de travail favorables à l'épanouissement des travailleurs et à la qualité des services et des soins avec une véritable volonté de collaboration avec le patient et tous les professionnels.



Multi-disciplinarité



Inter-disciplinarité



Trans-disciplinarité

Cette équipe dispense des soins de santé primaires globaux, intégrés, continus, accessibles et permanents

Deux modes de financement

- L'acte
Avec large pratique du tiers-payant et de l'Aide Médicale Urgente (AMU)
- Le forfait
Contrat entre le patient, sa mutuelle et la maison médicale, concerne plus de 80% des équipes membres de la Fédération des Maisons Médicales.

La pertinence des Maisons Médicales pour les Seniors

- Vieillesse de la population ;
- Les maladies chroniques et la co-morbidité augmentent ;
- Souffrance mentale, Isolement ;
- Problèmes socio-économiques – la pauvreté augmente ;
- Les personnes préfèrent rester à domicile ;
- Les retours d'hospitalisation sont plus précoces.

L'efficacité théorique

- Moindre recours aux services d'urgences, aux hospitalisations, aux services spécialisés ;
- Économie sur les prescriptions en biologie clinique et en imagerie médicale
- Plus de prescriptions de médicaments génériques et de prescriptions relevant des recommandations de bonne pratique ;
- Moindre coût pour les patients, plus grande accessibilité ;
- Meilleure qualité des activités de prévention ;
- Plus grande efficacité en matière d'antibiothérapie, de traitement de l'hypertension, de suivi des patients.

La globalité des soins

Les soins à la personne sont faits selon ses besoins en tenant compte de son âge, ses capacités, sa perte d'autonomie, son caractère, sa culture, sa famille, ses aidants proches, ...

- Plus facile en équipe – les regards des différents professionnels se complètent ;
- Plus facile avec le mode de financement au forfait : travaille en fonction des besoins sans tenir compte de la « rentabilité des actes » ;
- Plus facile de prendre le temps nécessaire, notamment pour écouter la difficulté des deuils à faire vu les pertes d'autonomie.

L'accessibilité Financière

- Proposer des soins « gratuits » ou peu coûteux grâce à la pratique du forfait, du tiers payant et à la mise en place du Dossier Médical Global (DMG) pour un meilleur accès aux soins : trajet de soin, seconde ligne
- Référence vers des soignants conventionnés
- Être attentif aux droits des patients à certains remboursements : forfait pour maladie chronique, forfait incontinence, pansements, médicaments...
- Démarches pour tenter de régulariser la situation des personnes non en ordre de mutuelle
- Acceptation des patients AMU sans distinction
- Intervention dans certains suivis : psy, diététique...
- Participation de la MM aux frais des patients pour le matériel de soins et les médicaments :
 - Existence d'une pharmacie au sein de la MM à l'aide des échantillons qui permet d'initier un traitement ou de distribuer gratuitement des médicaments ;
 - Matériel de pansement fourni par la MM ;
 - Matériel de soins à prêter ou à donner pour dépanner : lit médicalisé, matelas anti-escarre, protection d'incontinence, ...

Enjeux politiques

- Les financements en première ligne ?

Les économies demandées au secteur hospitalier ont des conséquences sur la 1ère ligne mais sans financement supplémentaire.

- Quid de l'augmentation des problèmes sociaux ?

Nous sommes de plus en plus confrontés à des problèmes sociaux : pénurie de soignants, d'aide-familiales, d'assistants sociaux ; patients dans une misère sociale,...

- Quid des conséquences financières des choix sociétaux ?

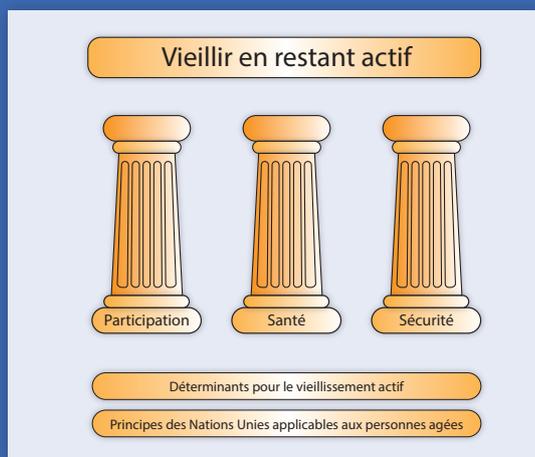
Maintien au domicile de personnes qui, sans l'investissement des soignants, seraient placées ou hospitalisées.

Sensibilisation au manger - bouger - respirer

Le présent texte reprend les éléments qui nous semblent importants, sur base du PowerPoint de Madame Bénédicte FLAMENT. Le document complet est accessible en ligne sur notre site internet : www.cas-seniors.be

Bénédicte Flament, diététicienne, Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH)

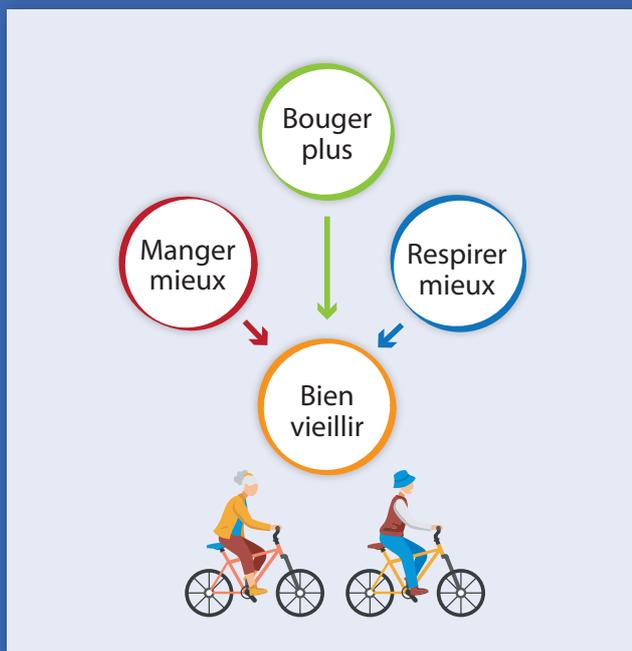
Bien vieillir c'est ... ?



« La santé est un état complet de bien-être physique, mental, social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »
(Organisation Mondiale de la Santé, 1946).

La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie.

Préserver son «capital» santé...



1. MANGER

Manger, c'est... ?

- un moment de plaisir
- un moment de partage et de convivialité
- l'occasion de découvrir de nouvelles saveurs
- l'occasion de partager son savoir-faire, sa culture,...
- un acte citoyen
- ...

Manger équilibrer, c'est...manger un peu de tout pour varier les plaisirs et les apports nutritionnels!

L'alimentation nous fournit :

- de l'énergie grâce aux glucides et aux lipides,
- des éléments bâtisseurs grâce aux protéines,
- des éléments fonctionnels grâce aux vitamines, minéraux et fibres,
- de l'eau indispensable à la survie de nos cellules.

L'eau

Boire de l'eau est indispensable pour assurer l'hydratation du corps.

Idéalement il faudrait en boire 6 à 8 verres par jour, pour cela il ne faut pas attendre d'avoir soif pour en consommer.

Eau plate ou gazeuse, avant, pendant et après manger... eau du robinet et de différentes marques pour l'apport en sels minéraux.

Pensez aussi aux bouillons, tisanes,....

Manger sain, durable et économique ?

- ✓ Explorer les circuits courts.
- ✓ Mettre les fruits et légumes de **saison** à l'honneur.
- ✓ **Alterner** les sources de protéines animales et végétales.
- ✓ **Choisir** des produits les moins transformés possible.
- ✓ Éviter les (sur)**emballages**.
- ✓ Penser à l'**eau du robinet**.
- ✓ Prendre **plaisir** (sens, partage,...)
- ✓ Check frigo et armoires.
- ✓ Oser les astuces anti-gaspi.
- ✓ Imaginer le menu de la semaine.
- ✓ Établir une liste d'achats.
- ✓ Faire les courses après avoir mangé.
- ✓ Trier ses déchets (compostage,...).

Que regarder sur les étiquettes ?

- La longueur de la liste des ingrédients: plus c'est court, mieux c'est !
- L'ordre des ingrédients : les 3 premiers donnent déjà une bonne indication de la qualité.

2. BOUGER

Au quotidien, bouger aide à :

- ✓ Renforcer le système cardio-pulmonaire,
- ✓ entretenir la structure osseuse,
- ✓ maintenir de la souplesse et de l'équilibre,
- ✓ renforcer la masse musculaire,
- ✓ équilibrer les émotions,
- ✓ améliorer la qualité du sommeil,
- ✓ renforcer l'estime de soi,
- ✓ ouvrir l'appétit, mais aussi... se faire plaisir, (re)créer du réseau social.

Quelles activités ?

Activité en solo ou en groupe, encadrée ou pas, alterner des exercices pour plus de :

- de souplesse,
- de renforcement musculaire,
- de renforcement cardio-pulmonaire,
- d'équilibre,
- de coordination.

Quelques conseils :

- √ Rencontrer son médecin.
- √ Prendre du plaisir.
- √ Miser sur la régularité plutôt que la durée.
- √ Fixer un mini défi à la fois.
- √ Varier les activités adaptées à l'âge.

3. RESPIRER

Renouveler l'air deux fois 10 minutes par jour est essentiel pour :

- √ réduire l'excès d'humidité et les allergènes,
- √ assurer le bon fonctionnement des appareils à combustion,
- √ évacuer les polluants intérieurs :
 - fumée de tabac : 4000 substances dangereuses,
 - matériaux divers, produits entretiens et cosmétiques, désodorisants, insecticides...



Seniors, où vivre bien ?

Une journée de réflexion et de partage sur les lieux de vie des Aînés.

1. Méthode

Pour aborder la question des lieux de vie des aînés, nous avons choisi de travailler directement avec les participants à partir de leur expérience, de leurs questions et de leurs souhaits.

Et nous avons choisi aussi de nous donner le temps pour cette réflexion et ce partage donc d'y consacrer une journée entière.

L'organisation s'est faite autour de 2 séries de quatre ateliers le matin et d'une « table ronde » participative l'après-midi, avec quelques personnes-ressources, qui ont repris les questionnements proposés par les participants le matin.

Plus de 80 personnes s'étaient inscrites et ont participé à cette journée. Chaque participant a pu prendre part à deux ateliers différents au cours de la matinée.

Pour compléter les données disponibles, plusieurs associations tenaient un stand où ils proposaient dépliants et informations.

2. Thématiques

Quatre thèmes ont été proposés :

- Vivre chez soi, rester chez soi
- Partager son « chez soi »
- L'environnement du « chez soi »
- Bien vivre en institution.

3. Apports de la journée

Thème 1 : Vivre chez soi, rester chez soi

Questionnement

La grande majorité des personnes vieillissantes indiquent « rester chez soi » comme leur premier choix. Mais qu'est-ce que cela recouvre ?

- garder son environnement connu et rassurant ?
- rester maître de son organisation ?
- éviter un changement important ?
- pouvoir accueillir ses proches et amis dans un lieu familier ?

Réflexions et partages

Voici les thèmes principaux qui se dégagent des ateliers :

- comment faire un vrai choix de rester chez soi, avec quelle aide, quels outils ?
- rester acteur de ses choix, jusqu'au bout
- quel « chez soi » ? comment moduler son chez soi en fonction de ses besoins ?
- quelles sont les aides financières et de conseil disponibles pour les seniors pour aménager son « chez soi » ? Où trouver l'information ?
- quelles sont les aides à domicile disponibles et où les trouver ?
- comment accompagner la créativité dans l'aménagement de son « chez soi » ?

Beaucoup de questions ont également été posées sur l'environnement : convivialité du quartier, possibilités de déplacements, etc. Nous reportons ces questions au thème 3.

Thème 2 : Partager son « chez soi »

Questionnement

L'avancée en âge se traduit souvent par une perte de contacts, parfois par de l'isolement, par une moindre énergie, par des revenus plus limités, etc.

Pourquoi, dès lors, ne pas se regrouper et envisager de partager un lieu de vie ?

Mais à quelles conditions ?

Qu'est-ce qui fait envie, qu'est-ce qui fait peur quand on envisage ce partage ?

Sous quelles formes ?

- rester chez soi et accueillir ?
- aller chez d'autres ?
- se regrouper à plusieurs dans un nouveau lieu de vie, adapté ?

Réflexions et partages

Voici les thèmes principaux qui se dégagent des ateliers :

- Il est indispensable d'avoir des valeurs et un projet commun dans un habitat partagé ;
- Promouvoir différents modèles de partage d'habitat ;
- Respecter l'indépendance, l'autonomie et l'intimité de chaque participant à un habitat partagé ;
- Travailler sur les conditions d'un « vivre ensemble », avec un accompagnement et des ressources externes.

Thème 3 : L'environnement du « chez soi »

Questionnement

Habiter, ce n'est pas seulement être dans un bâtiment, c'est aussi être dans un environnement plus large, qui peut être plus ou moins favorable aux personnes vieillissantes.

Quand je quitte mon « chez moi », qu'est-ce que je trouve ?

- des commerces et services de proximité ?
- des moyens de transport publics ou partagés ?
- un environnement agréable / favorable ?
- des endroits où il fait bon aller ?
- des lieux de rencontre et de solidarité ?
- qu'est-ce qu'un environnement « ami des aînés » ?

Réflexions et partages

- Dans cet atelier, des questions se sont exprimées autour de :
- Comment l'environnement peut-il répondre aux besoins de tous les âges ?
- Comment associer les aspects urbanistiques et relationnels ?
- Comment s'approprier les espaces publics, en faire des « communs » ?
- Comment (re)créer du lien avec son voisinage quand on est seul-e et/ou que l'on a un mode de vie différent ?

Thème 4 : Bien vivre en institution

Questionnement

Parfois, la perte d'autonomie et/ou les ennuis de santé, la solitude ou l'isolement amènent à aller dans une institution spécialisée, selon les besoins d'accompagnement.

Pour une large part des personnes vieillissantes, la perspective de devoir aller en institution est ressentie négativement.

On peut se questionner :

- Quelle proportion de seniors va en maisons de repos ?
- Est-ce qu'il n'y a pas des étapes, des alternatives pour bien vivre ce changement de lieu de vie ?
- Il n'y a pas que les MR et MRS : les centres de jour, les résidences service, ...
- N'y a-t-il pas des évolutions dans les MR et MRS ? des pratiques nouvelles ?

Réflexions et partages

- Dans ces ateliers, les questions se formulaient de la façon suivante :
- Comment assurer la cohérence entre les projets de vie de chacun et le projet de l'institution ?
- Comment les institutions peuvent-elles être des lieux de vie ?
- Comment favoriser l'ouverture aux différentes cultures et situations ?
- Comment favoriser la cohabitation de différents publics ?
- Comment garder son pouvoir de décision, son autonomie en institution ?

4. Des pistes dégagées lors de la table ronde

La « table ronde » de l'après-midi rassemblait quatre personnes- ressource, qui avaient également participé aux ateliers le matin :

- Philippe Defeyt, économiste, ancien président du CPAS de Namur et initiateur d'une résidence service sociale, entre autres,
- Myriam Leleu, sociologue et gérontologue, animatrice du projet « Wallonie amie des aînés », entre autres,

- Laurence Braet, animatrice chez Habitat & Participation, accompagnatrice des mouvements d'habitats partagés, habitats groupés et solidaires
- Anne Jaumotte, chargée de projet chez Enéo, spécialement sur les questions des lieux de vie et des institutions.

De la richesse des échanges, nous pouvons retenir les points suivants :

- Il faut reconnaître, mais aussi développer **différentes formes d'habitat**, pour les aînés également ;
- il faut faire connaître ce qui existe mais aussi faire appel à la créativité.
- Au niveau des personnes, reconnaître et accepter qu'il y a des chemins de vieillissement différents, **qu'il n'y a pas de modèle idéal** convenant à tous, que chacun doit donc pouvoir trouver le modèle qui lui convient en restant acteur de sa vie.
- Les **grands défis** restent la solitude et l'isolement.
- Les solidarités et les dynamiques de **quartier** sont une piste qu'il faut soutenir et développer. Dans l'espace public, les projets de convivialité doivent pouvoir se développer et s'inventer.
- Tous les **modèles « communautaires »** doivent être revisités, enrichis, développés, comme les maisons de quartier, les rencontres de jour, les collaborations et convergences entre institutions. Refuser les lieux fermés, ouvrir les partages.

Appel est fait aux pouvoirs publics, à différents niveaux, pour :

- **Écouter** les besoins et reconnaître les ressources existantes ;
- **Concerter**, développer la citoyenneté
- **Financer** les projets innovants, tant au niveau des personnes qu'à celui des associations et institutions ;
- **Simplifier** les accès et les démarches administratives, introduire de la souplesse et de l'ouverture à la nouveauté ;
- Offrir une sécurité juridique, spécialement pour ce qui touche à la cohabitation ;
- Développer dans les Communes un point d'accès central sur les questions du logement.

5. Conclusions

Cette journée a été très riche en questionnements et en échanges. Elle ouvre des perspectives de prolongations et de recommandations qu'il faudra encore explorer et mettre en place. La thématique des lieux de vie des aînés est loin d'être fermée !

Nous pouvons retenir les quelques points suivants :

1. Chacun a des besoins propres, et chacun doit chercher et choisir le lieu qui lui convient ;
2. Il n'y a pas « une » réponse mais parfois des réponses successives, selon l'évolution de sa vie ;
3. Il faut développer de la créativité à tous les niveaux : personnels, associatifs mais aussi au niveau des pouvoirs publics ;
4. Des institutions et services sont disponibles pour donner l'information, accompagner la réflexion et aider les choix ;
5. Échanger, partager, réfléchir ensemble, avec ses proches et ses connaissances, permet d'élargir ses points de vue ;
6. Enfin, il faut :
 - penser plus tôt à plus tard,
 - penser plus tôt, pas trop tard,
 - parler plus tôt du plus tard.

6. Adresses utiles et bibliographie

1. LES « GÉNÉRALISTES »

En Wallonie, l'asbl Senoah

- www.senoah.be
- info@senoah.be
- 081/22.85.98

Nous recommandons spécialement leur brochure
« Envisager aujourd'hui son chez soi de demain » disponible ici :
www.senoah.be/wp-content/uploads/2016/03/Brochure-@Web.pdf

À Bruxelles, l'asbl Infor Homes Bruxelles

- www.inforhomesasbl.be
- inforhomes@misc.irisnet.be
- 02/219.56.88

2. LES PLUS SPÉCIALISÉS

Sur les différentes formes d'habitat groupé :
l'asbl **Habitat & Participation**

- www.habitat-participation.be
- contact@habitat-participation.be
- 010/45.06.04

Sur le modèle d'habitat groupé pour seniors « Abbeyfield »
l'asbl **Abbeyfield**

- www.abbeyfield.be
- contact@abbeyfield.be pour Bruxelles
- abbeyfield.en.wallonie@gmail.com pour la Wallonie

Sur la prévention de la maltraitance :
en Wallonie, **Respect Seniors**

- www.respectseniors.be
- 0800 30 330

à Bruxelles, **Ecoute Seniors**

- 02/223.13.43

Sur les conditions d'un bon habitat :
l'asbl **Qualidom et le concept HADA**

- www.qualidom.be
- 080/33.71.64

Sur le déclin cognitif et l'accompagnement du vieillissement :
l'asbl **Le Bien Vieillir**

- www.lebienvieillir.com
- lebienvieillir@skynet.be
- 081/65.87.00



Assises des Seniors

Colloque « Citoyenneté des Seniors »

du 14 mai 2019

Ouverture de Madame Alda GREOLI

Bonjour mesdames Bonjour messieurs,

C'est d'abord un grand merci que j'ai envie de vous dire.

Merci pour vos combats, merci pour votre engagement, merci pour la sécurité sociale, merci pour vos heures passées dans les écoles de devoir, les associations de quartiers, vos moments délicieux passés avec vos petits-enfants ou avec vos parents. Je suis maman de trois garçons devenus des hommes aujourd'hui. Sans leurs grands-parents, ils ne seraient pas les citoyens engagés qu'ils sont devenus.

La citoyenneté des aînés s'exprime autant dans le combat pour un avenir meilleur que dans la transmission des valeurs et des savoirs.

Vous êtes les chevilles ouvrières des écoles de devoir, des conseils d'administration des écoles, des comités de quartiers. Vous transmettez les cultures comme des vieillards transmettent l'éclairage. On ne construit pas une société en opposant les citoyens mais en les rassemblant.

Si aujourd'hui, nous avons des enjeux essentiels sur le climat, sur le sauvetage de la sécurité sociale, nous devons d'abord vous remercier d'avoir obtenu cette sécurité sociale, d'avoir montré que nous pouvons vivre en Belgique dans une communauté où plus qu'ailleurs, les solidarités s'expriment par l'engagement des citoyens.

Nous avons vécu des reculs inacceptables ces dernières années dans vos acquis sociaux. L'allongement de la vie, l'enjeu du vieillissement sont systématiquement présentés par certains comme une charge, comme un danger pour les autres catégories de citoyens de notre société.

Bien au contraire, l'allongement de la vie est une bonne nouvelle. D'autant plus que cet allongement est synonyme de bonne santé !

Et, vous connaissez mes dadas, l'engagement citoyen nous donne une espérance de vie en bonne santé 5 ans supérieure à la moyenne ... vous en êtes la preuve !

Si nous pouvons remercier les aînés pour ce chemin tracé et pour leur engagement quotidien, cela ne veut pas dire que nous devons exploiter votre richesse citoyenne sans vous reconnaître aussi le droit à l'accompagnement et au soutien.

Les élections qui arrivent seront l'occasion de rappeler que les 5 prochaines années seront celles où on sauvera la sécurité sociale, où on devra enfin mettre en place une assurance autonomie, où on pourra enfin reconnaître que les aînés sont une richesse pour notre société.

Je vous souhaite un excellent colloque et je vous remercie encore une fois d'être les citoyens qui mettent debout les autres citoyens !

Vieillir en bonne santé dans une société âgiste. . .

Healthy ageing in an ageist society. . .

S. Adam^{a,*}, P. Missotten^a, A. Flamion^a, M. Marquet^a,
A. Clesse^a, S. Piccard^b, C. Crutzen^a, S. Schroyen^c

^a Unité de psychologie de la sénescence, département psychologies, cliniques des systèmes humains, université de Liège (ULg),
traverse des architectes, B63C, 4000 Liège, Belgique

^b Service de gériatrie, université de Liège, site des Bruyères, 600, rue de Gaillarmont, 4032 Chênée, Belgique

^c Inserm U1219 Bordeaux population health, université de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France

* Auteur correspondant. Adresse e-mail : stephane.adam@ulg.ac.be (S. Adam).

¹ www.senescence.ulg.ac.be. <http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2017.05.001>

1627-4830/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Disponible sur Internet le 19 juin 2017

Résumer la vision actuelle du vieillissement est principalement négative, teintée du phénomène d'âgisme (c'est-à-dire toutes les formes de discrimination, de ségrégation ou de mépris fondées sur l'âge). Une telle image de la vieillesse n'est pas anodine. Dans cet article, nous passerons en revue les manifestations de l'âgisme dans notre vie quotidienne, ses origines, ses implications sur nos attitudes, de même que les conséquences qui en résultent pour les personnes âgées. Nous discuterons également de certains enjeux cliniques et éthiques en lien avec ces attitudes âgistes.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary The current view of elderly people is mainly negative, tinted with ageism (in other words, all forms of discrimination, segregation or contempt based on the age). This view of old age is not insignificant. In this article, we will review the manifestations of ageism in our daily lives, its origins, its implications for our attitudes, as well as the consequences for the elderly. We will also discuss some clinical and ethical issues related to these ageist attitudes.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Société âgiste

Dans les sociétés européennes et anglo-saxonnes contemporaines, l'âge constitue le facteur de discrimination le plus important, avant le sexe, l'origine ethnique ou la religion^[1]. Cette discrimination fait écho à la vision actuelle prédominante du vieillissement, à savoir une perception négative teintée des phénomènes d'âgisme et de jeunisme^[2]. L'âgisme est un terme initialement proposé par Butler pour désigner toutes les formes de discrimination, de ségrégation ou de mépris fondées sur l'âge^[3]. Faire preuve d'âgisme, c'est donc, en d'autres termes, véhiculer tout type de stéréotypes négatifs sur la personne âgée pouvant dans certains cas aller jusqu'au fait d'avoir des réactions hostiles à leur égard, ou à l'égard de la vieillesse. Le jeunisme (tout aussi négatif) est considéré comme le versant inverse de l'âgisme ; il correspond à la volonté absolue de rester jeune (« vieillir n'est pas bien et il faut tout faire pour éviter de vieillir ! »).

Dans la continuité de ces études illustrant cet âgisme ambiant, nous avons demandé à 81 jeunes de l'université de Liège et à 155 jeunes de l'université de Montréal, tous étudiants en psychologie (âge moyen de 22 ans), de citer les 5 premiers mots leur venant à l'esprit lorsqu'ils pensaient à une personne âgée et à un

jeune ^[11]. Pour l'ensemble des mots récoltés, nous avons demandé à des juges d'en évaluer la valence sur une échelle allant de 5 (extrêmement négatif) à +5 (extrêmement positif). Par ce procédé, nous avons pu créer des nuages de mots incluant les 50 mots les plus fréquemment donnés par les étudiants (Fig. 1) ; à noter que la taille de chaque mot est déterminée par sa fréquence (plus le mot est fréquemment cité, plus il est grand) et la couleur de chaque mot représente sa valence (positive, négative ou neutre). Comme nous pouvons le constater, la grande majorité des mots générés pour les personnes âgées étaient négatifs (à savoir 46 % des mots pour les étudiants de Liège et 48 % pour ceux de Montréal). En contraste, très peu de mots négatifs sont générés lorsqu'ils pensent à une personne jeune (8 % à Liège et 2 % à Montréal).

Si le vieillissement est actuellement perçu de manière essentiellement négative, il importe de rappeler qu'il n'en a pas toujours été ainsi. Une analyse récente des thésaurus américains (articles de presse, romans, etc. numérisés dans des bases de données informatiques) couvrant la période de 1810 à 2010, montre qu'en 1810, les principaux qualificatifs associés au vieillissement étaient majoritairement positifs. La tendance s'inverse à partir de 1880 et cette inversion ne fait que s'accroître avec le temps, de sorte qu'en 2010, nous sommes face à une vision extrêmement négative ^[12]. Cette vision négative grandissante du vieillissement amène à s'interroger sur les raisons de son existence. Ng et al. ^[12] expliquent cette modification par deux phénomènes :

- nous faisons face à une médicalisation du vieillissement, comme en témoigne l'apparition de plus en plus massive de termes comme « dépendance », « grabatisation », « démence », etc. associés au vieillissement ;
- dans nos sociétés industrielles contemporaines, un « vieux » est un inactif et donc une charge économique (« tous ces retraités et si peu de jeunes en emploi pour financer ces retraites ! »).

Cette deuxième hypothèse a été testée dans notre étude comparant les attitudes d'étudiants belges et québécois en psychologie. En effet, sur un certain nombre d'indicateurs, nos résultats suggèrent que la vision du vieillissement est plus négative chez les étudiants belges comparativement à leurs homologues de Montréal (n = 155 ; 11). Différents éléments peuvent expliquer ce résultat dont plus particulièrement le fait que le taux d'emploi et le niveau de bénévolat des aînés sont plus élevés au Québec qu'en Belgique. Ceci pourrait conduire les étudiants québécois, comparativement aux étudiants belges, à percevoir les personnes âgées comme étant plus actives et compétentes, et donc utiles à la société.

Cette question des différences socioéconomiques et culturelles nous semble primordiale en tant que facteur modulant le niveau d'âgisme. Aussi, nous l'avons étendu en comparant la vision du vieillissement entre des adultes burundais vivant dans la capitale Bujumbura (n = 32), des Belges vivant en Belgique (n = 27), et des Burundais ayant immigré en Belgique (n = 29) ^[13]. Nos résultats mettent en évidence que les représentations du vieillissement sont plus négatives chez les Burundais vivant au Burundi. Ce constat nous amène à postuler que le niveau de développement d'un pays et plus particulièrement le manque de dépenses publiques pour les personnes âgées (concernant les systèmes de retraite et de soins de santé) pourrait contribuer à ce que leurs homologues plus jeunes les perçoivent davantage comme un fardeau dont il faut s'occuper. Dans la lignée de ces études, une méta-analyse récente ^[14] montre que la vision du vieillissement est, contre toute attente, globalement plus négative dans les pays asiatiques (culture Confucius vue comme valorisant l'interdépendance) comparativement aux pays européens et nord-américains (culture capitaliste vue comme valorisant l'individu). En considérant les indicateurs socioéconomiques et démographiques, les auteurs suggèrent que cette vision plus négative du vieillissement en Asie s'explique essentiellement par le fait que la vitesse du vieillissement de la population est beaucoup plus rapide dans les pays asiatiques. Par conséquent, la société doit s'adapter (trop) rapidement aux changements engendrés (en termes de soins de santé, système de retraite, etc.), ce qui peut être vécu comme une pression et amener à percevoir les personnes âgées comme étant un poids auquel il faut s'accommoder. En d'autres termes, la vague de vieillissement est plus ample et la réaction instinctive d'une population face à cette situation est de repousser la vague (un peu comme la situation vécue en Europe actuellement avec la « vague d'immigrés »). Dans l'absolu, ces différentes études soulignent conjointement l'importance de l'influence des facteurs socioéconomiques et démographiques sur les attitudes envers les personnes âgées.

types négatifs conduirait donc les personnes à se sentir plus âgées. Or, l'âge ressenti est considéré comme un prédicteur de l'évolution de santé physique et mentale, au-delà de ce qui est prédit par l'âge chronologique^[25]. En conséquence, ces études suggèrent donc que plus nous activons des stéréotypes, notamment au travers du simple fait de parler de mémoire à une personne âgée, moins bien elle se porte^[26]. Pourtant, force est de constater que l'idée reçue selon laquelle il est « impératif » de travailler la mémoire de nos aînés reste très ancrée dans le milieu médical et le grand public. Il suffit, pour s'en rendre compte, de voir les activités proposées en milieu institutionnel avec des intitulés du type : « jeux mémo » ; « atelier mémoire » ; « stimulation de la mémoire » ; etc.

Âgisme des soignants... !!!

Si l'âgisme est bien présent dans nos sociétés actuelles, la tranche de population que représentent les professionnels de la santé mérite une attention particulière. En effet, ces professionnels sont particulièrement vulnérables aux stéréotypes âgistes (plus que la population générale) étant donné qu'ils sont constamment en contact avec des personnes âgées en souffrance. Pour la majorité d'entre eux, cette confrontation les amène à considérer le vieillissement comme synonyme de maladie, détresse, solitude, ou dépendance. Cette « déformation professionnelle » des soignants a notamment été objectivée dans une enquête récente menée par notre unité^[27]. Au cours de celle-ci, différentes catégories de soignants (infirmiers en oncologie, personnel d'institutions pour personnes âgées et urgentistes) et de non-soignants (population générale) ont répondu à diverses questions telles que : « selon vous, en Belgique, quel est le pourcentage des personnes de plus de 65 ans qui :

- vivent en institution (Maison de repos/Maison de repos et de soins) ;
- souffrent de dépression ;
- se sentent seules ;
- ont des problèmes auditifs ? ».

Les réponses données par les différentes catégories de répondants ont été confrontées aux « faits » ; c'est-à-dire aux données issues d'enquêtes et/ou d'études scientifiques. Et le résultat de cette confrontation est sans équivoque : l'ensemble des groupes (soignants et non-soignants) surestime les « faits » pour tous les paramètres. Toutefois, cette surestimation apparaît systématiquement plus marquée chez les soignants comparativement aux non-soignants (Fig. 2).

Bien qu'interpellante, une telle surestimation n'est pas étonnante quand on regarde les mots spontanément énoncés par les soignants quand ils pensent à une personne âgée. Plus précisément, de manière complémentaire à l'estimation des pourcentages présentés sur la Fig. 2, nous avons demandé à 76 infirmiers(-ères) travaillant en oncologie au CHU de Liège de citer les 5 premiers mots leur venant à l'esprit lorsqu'ils (elles) pensent à une personne âgée^[28]. Par un procédé similaire à celui utilisé pour les étudiants en psychologie (Fig. 1), nous avons pu créer un nuage de mots (Fig. 3). Comme nous pouvons le constater, la grande majorité des mots récoltés étaient extrêmement négatifs (plus précisément, 74 % des mots étaient jugés comme étant à connotation négative) et bien plus négatifs d'ailleurs que dans notre étude précédente concernant des étudiants de psychologie qui n'avaient pas encore d'expérience professionnelle.

Aide excessive, sous-traitement et/ou surtraitement du fait de l'âgisme...

Les stéréotypes négatifs liés à l'âge influencent également les attitudes des interlocuteurs des personnes âgées (et en particulier celles de soignants), et ce, de façon souvent non consciente. L'impact de l'âgisme peut ainsi notamment être observé au travers de l'« elderspeak » (autrement dit, le « parler petit vieux »). Ce type de langage correspond au fait de parler plus lentement et/ou plus fort, d'utiliser des phrases plus simples, un ton condescendant, etc., lorsque nous sommes confrontés à une personne présentant tous les traits physiques d'un individu (très) âgé ^[34,35]. Surtout, ces études suggèrent que plus nous utilisons l'« elderspeak » avec une personne âgée, plus ses compétences langagières diminuent ^[36]. Plus concrètement, en parlant de la sorte, cela conduit les personnes âgées à avoir moins confiance en elles. Elles risquent donc de nous demander de répéter non pas parce qu'elles n'ont pas compris, mais car elles se demandent si elles ont bien compris. En nous demandant de répéter, la personne âgée consolide involontairement l'idée stéréotypée selon laquelle « les vieux ne comprennent rien », ce qui nous encourage à adopter davantage un mode « elderspeak » !

Dans une étude récente, nous avons étendu cette question de la communication verbale âgiste au contexte médical ^[37]. Nous avons invité des médecins et étudiants en médecine (n = 40) à informer une patiente (via un enregistrement podcast) sur le traitement qu'elle allait recevoir, en l'occurrence une hormonothérapie dans le contexte d'un cancer du sein. Deux dossiers médicaux étaient proposés aux médecins. Ces deux dossiers étaient strictement identiques sur le plan du contenu, seul l'âge de la patiente différait (40 ans vs. 70 ans). Les analyses du discours montraient que les médecins parlaient plus lentement, faisaient des phrases plus courtes et se répétaient davantage pour la patiente de 70 ans. L'analyse du contenu était encore plus inquiétante puisque les médecins n'abordaient pas et/ou banalisaient certains symptômes (comme par exemple la baisse de la libido). Ce dernier point est plus interpellant car cela suggère que ces symptômes pourraient être moins traités, voire négligés pour la patiente plus âgée. Si les stéréotypes négatifs associés au vieillissement peuvent générer le sous-traitement de certains symptômes, d'autres symptômes pourraient au contraire être surtraités. Ainsi, à partir du moment où les soignants pensent que la majorité des personnes âgées de plus de 65 ans se sentent seules, sont dépressives et vivent en institution (Fig. 2), on peut s'attendre à ce qu'il y ait un surdiagnostic de dépression et en conséquence un surtraitement de ces symptômes. Par exemple, une étude montre qu'il faut moins de symptômes dépressifs pour qu'une personne plus âgée (c'est-à-dire de « seulement » plus de 55 ans ; n = 289) soit « étiquetée » comme dépressive et donc possiblement traitée pour dépression comparativement à des sujets plus jeunes (des sujets entre 18 et 35 ans ou 36 et 55 ans ; respectivement n = 690 et 846) ^[38]. Plusieurs études confirment d'ailleurs une nette augmentation de la prescription de benzodiazépines ^[39] et d'antidépresseurs avec l'âge. Pourtant, paradoxalement, de nombreuses études mettent en évidence que le bonheur ne diminue pas en vieillissant, voire même qu'il augmente avec l'âge ^[40,41]. C'est ce qui est qualifié dans la littérature du « paradoxe du bien-être ». Dans cette perspective, toute une série de théories ont été développées en s'axant sur les stratégies que les personnes âgées s'appliquent spontanément (et souvent inconsciemment) pour maintenir ce haut niveau de bien-être et de bonheur ^[42,43].

Des attitudes de traitement différentielles selon l'âge ont, par ailleurs, aussi été observées dans le domaine de l'oncogériatrie. Les personnes âgées cancéreuses sont ainsi globalement sous-traitées comparativement à des patients plus jeunes, et ce, notamment dans le cadre du cancer colorectal, du poumon, du sein et du lymphome non hodgkinien ^[44]. Dans la même lignée, dans le cadre d'un cancer du sein, à situation clinique égale, des futurs médecins recommanderaient dans 95 % des cas une reconstruction mammaire chez les patientes de moins de 31 ans contre (seulement !) 65 % des cas chez les plus de 59 ans. Ces données interpellent car comment expliquer une telle différence d'attitudes à l'égard des patientes âgées autrement que par la stigmatisation liée à l'âge (« un sein en moins après 59 ans et alors ? ! ») ? C'est également ce que nous avons montré à partir de l'échantillon d'infirmiers(-ères) étudiés dans l'étude évoquée précédemment ^[28]. Pour rappel, ces infirmiers(-ères) avaient une vision particulièrement négative du vieillissement (Fig. 2 et 3). Outre l'évaluation de l'âgisme, nous avons également proposé à ces professionnels (n = 76)

des vignettes cliniques concernant trois patientes souffrant d'un cancer du sein. Les vignettes, rédigées en collaboration avec le chef d'oncologie médicale du CHU de Liège, étaient superposables sur le fond. Il était par exemple mentionné que la patiente était physiquement apte à recevoir une chimiothérapie et qu'elle hésitait, par ailleurs, à demander une reconstruction mammaire après l'ablation d'un sein. Seul l'âge distinguait clairement ces trois dossiers : les patientes étaient respectivement âgées de 35, 55 et 75 ans. Pour chaque patiente, les infirmiers(-ères) devaient déterminer dans quelle mesure ils (elles) encourageraient (sur une échelle de 1 à 7) la patiente à suivre un traitement (chimiothérapie) ou à demander une reconstruction mammaire après ablation du sein. Il a pu être montré que les infirmiers(-ères) encourageraient moins fréquemment une patiente de 75 ans ou même de 55 ans à suivre une chimiothérapie et à demander une reconstruction mammaire comparativement à une patiente de 35 ans ^[28]. Surtout, la vision que les soignant(e)s avaient du vieillissement prédisait leur propension à encourager (ou non) la reconstruction mammaire : plus le soignant a une vision négative, moins il encourageait une reconstruction mammaire pour une personne de 75 ans comparativement à une personne de 35 ans !

Il convient de souligner que l'influence des stéréotypes sur nos attitudes peut se manifester très jeune, dès l'âge de 2-3 ans. C'est ce qui est observé, par exemple, dans une étude où des enfants (entre 2 et 3 ans) sont face à une expérimentatrice qui va leur présenter des fiches avec l'image de deux objets : un très connu pour l'enfant (exemple : une balle) et un objet nettement moins connu (exemple : une agrafeuse) ^[45]. Ensuite, l'expérimentatrice prononce un non-mot (exemple : « matupo ») et l'enfant a pour tâche de désigner parmi les deux images celle qui correspond à ce qui a été prononcé oralement. L'attitude attendue de l'enfant serait de désigner l'objet non familier (« je sais que ce n'est pas la balle donc ça ne peut correspondre qu'à l'autre objet »). Les résultats soulignent cependant que l'attitude de l'enfant face au non-mot va être tout à fait différente selon l'âge de l'expérimentatrice (20 ou 70 ans) et la fréquence des contacts de l'enfant avec les personnes âgées (faible ou forte fréquence). Ainsi, si l'expérimentatrice est jeune, l'enfant va effectivement désigner l'objet non familier (« agrafeuse ») tandis qu'il le fera significativement moins face à une expérimentatrice âgée. Toutefois, ce constat ne s'observe pas chez les enfants qui ont des contacts fréquents avec les personnes âgées. Cette attitude différente selon l'âge suggère, selon les auteurs, que l'enfant remet en quelque sorte en question la compétence et les capacités langagières de la personne âgée. Toutefois, ce constat ne s'observe pas chez les enfants qui ont des contacts fréquents avec les personnes âgées : ceux-ci font plus confiance à la personne âgée, s'appuyant sur les a priori positifs que les plus âgés ont un meilleur vocabulaire que les jeunes et sont de meilleurs instructeurs. Ces attitudes stéréotypées envers les aînés ont des répercussions concrètes sur les performances de ces derniers. Une étude portant sur les données de l'enquête européenne SHARE (incluant plus de 50 000 personnes âgées réparties sur une quinzaine de pays) suggère que le nombre d'enfants que nous avons et surtout le sexe de ceux-ci (selon que nous ayons des filles ou des garçons) prédit le déclin de notre mémoire avec l'âge ^[46]. Plus précisément, plus les femmes ont de filles, plus leurs capacités mnésiques baissent avec l'âge. Ce résultat étonnant s'explique par le fait que plus nous avons de filles, plus nous recevons d'aide de nos enfants (les filles étant généralement plus « maternantes » et bienveillantes). Ces données suggèrent donc que recevoir trop d'aide (dans ce cas-ci, l'aide informelle de nos enfants) participe à une évolution négative en vieillissant. Ce résultat est d'ailleurs conforté par une étude plus ancienne dans laquelle il était demandé aux résidents d'une maison de repos de résoudre un casse-tête (type puzzle) ^[47]. Dans le premier groupe, l'aide est très présente durant l'entraînement (on leur suggère par exemple où mettre les pièces, voire on en pose l'une ou l'autre à leur place). Dans le deuxième groupe, les résidents sont uniquement encouragés verbalement et dans le dernier groupe aucune aide n'est fournie lors des séances d'entraînement. Les résultats sont éloquentes :

- la performance s'améliore dans la condition d'encouragement verbal ;
- le niveau de performance reste stable dans le groupe sans entraînement ;
- dans le groupe où les personnes sont aidées, la performance est moins bonne après entraînement par rapport à avant !

De plus, dans ce dernier groupe, les sujets déclarent trouver la tâche plus difficile et être moins confiants en eux lors de la réalisation de celle-ci (contrairement au groupe qui a été seulement encouragé verbalement). Autrement dit, les bonnes intentions peuvent avoir des effets délétères sur les personnes âgées. Naturellement, lorsque nous constatons les effets déjà majeurs de la stigmatisation dans un contexte de vieillissement sans troubles cognitifs, on ne peut qu'envisager une situation encore pire dans un contexte de maladie d'Alzheimer. Un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer est déjà stigmatisé dans la mesure où il est âgé, mais en plus il souffre d'une pathologie dont l'image sociétale est tout particulièrement négative et donc stigmatisante. On parle dans cette situation de double stigmatisation. Ainsi, la démence est souvent associée à des images négatives et stéréotypées de régression, de dégénérescence et de détérioration mais aussi de contagion ou encore de perte d'identité. Les personnes qui en sont atteintes sont souvent perçues comme n'ayant plus une bonne qualité de vie ni la capacité d'éprouver du plaisir ^[48]. Elles font l'objet d'attitudes et de processus discriminatoires de la part du système de santé et de prise en charge sociale ainsi que, plus globalement, de la société ^[48]. En conséquence, les personnes atteintes de démence, souvent qualifiées de « séniles » ou de « gaga » ^[49], se retrouvent déshumanisées ^[50] et exclues socialement ^[51]. Cette exclusion sociale affecte également l'aidant proche et le bien-être mental et physique de celui-ci. Sans rentrer dans une forme d'angélisme en niant le côté négatif de la maladie, il apparaît tout de même que la vision négative véhiculée dans la société est exagérée comme le révèlent diverses données empiriques. Ainsi, certaines recherches démontrent que les sujets atteints de démence sont capables de s'adapter ^[52], peuvent maintenir un niveau de qualité de vie acceptable, et ce, même à des stades avancés de la pathologie ^[53]. De même, la maladie n'est pas uniquement synonyme de pertes. Beaucoup d'études soulignent, par exemple, la présence d'un maintien d'aptitude chez certains patients dans leur domaine d'expertise, et ce, même à des stades avancés de la pathologie ^[54]. Ce type de recherche permet donc d'aboutir à une vision plus nuancée et moins négative de la démence (« tout n'est pas touché et la maladie n'est pas uniquement synonyme de pertes... »).

Enjeux cliniques et éthiques : illustration au travers de la question du diagnostic des pathologies démentielles...

La prise de connaissance de cette littérature nous amène à nous interroger sur toute une série d'enjeux tant cliniques qu'éthiques. Cela soulève notamment plusieurs questions concernant l'intérêt et les modalités du diagnostic précoce de pathologies comme la maladie d'Alzheimer. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le simple fait de dire à une personne âgée que nous allons tester sa mémoire l'amène à se sentir plus vieille et à avoir un moins bon score au test de mémoire comparativement à une situation où le terme « mémoire » n'est pas mentionné ^[21]. Or, les diagnostics précoces de maladie touchant la mémoire se font dans une structure appelée « clinique de la mémoire » où un neuropsychologue va tester la « mémoire » des personnes ! Les conditions de l'examen sont donc déjà propices à créer (ou à minima accentuer) les symptômes. Il est donc essentiel de rester attentif à différents éléments inhérents au contexte clinique qui peuvent avoir des effets combinés négatifs sur la performance des personnes âgées et ainsi conduire à un risque de surpathologisation ^[19].

Pour illustrer ce phénomène, il nous semble pertinent de décrire l'étude conduite par Haslam et al. ^[55]. Dans celle-ci, des personnes âgées de 60 à 70 ans étaient soumises à deux tâches ; l'une mesurant la mémoire épisodique et l'autre évaluant le fonctionnement cognitif plus global. Avant la passation de ces tâches, il était communiqué aux sujets que le but de la recherche était d'étudier « comment les personnes d'âges différents se comportent dans une série de tâches » (condition neutre) vs. « comment la mémoire décline avec l'âge » (condition « menaçante »). Par ailleurs, quelle que soit la condition (neutre ou menaçante), il était ensuite précisé à la moitié des sujets que les personnes participant à cette étude avaient entre 40 et 70 ans. Les sujets se situaient donc dans la partie plus âgée de l'échantillon (condition « vieux »). Pour l'autre moitié des participants, le chercheur communiquait aux sujets que les participants de l'étude avaient entre 60 et 90 ans, ceux-ci se situant alors dans la partie jeune de l'échantillon (condition « jeune »). Ce contraste (« vieux » vs « jeunes ») avait pour objectif de manipuler la catégorisation de soi basée sur l'âge (« Je suis comparé à des gens plus jeunes ou plus vieux que moi et donc je me sens plus vieux ou plus jeune »). Les auteurs ont mis en évidence des scores plus faibles dans la condition « vieux » par rapport à la condition « jeune ». De plus, cette diminution des scores dans le test mnésique était plus marquée dans la condition

menaçante. Surtout, dans le groupe des participants qui ont été conduits à se catégoriser comme les « plus vieux » et à considérer que le vieillissement est associé à un déclin de la mémoire, 70 % obtenaient une performance cognitive globale correspondant au critère de « démence », contre seulement 14 % en moyenne dans les autres groupes ! De manière complémentaire, ces études relatives à la stigmatisation, à l'activation de stéréotypes auprès des personnes âgées, etc. doivent également être intégrées dans certains débats sur :

- la question de l'annonce d'un diagnostic de démence ;
- le fait d'établir un diagnostic sur des patients dits « asymptomatiques (c'est-à-dire n'ayant encore aucun symptôme de la maladie) ;
- le développement d'entités cliniques comme le Mild Cognitive Impairment (MCI).

En effet, le fait de coller une étiquette Alzheimer ou autre type de démence sur un patient peut participer à alimenter ou renforcer le symptôme, voire à le créer ! Ce mécanisme fait référence aux phénomènes d'attente, d'amplification et d'attribution des symptômes. Ces processus n'ont pas été étudiés spécifiquement dans le vieillissement mais plutôt dans le contexte du traumatisme crânien léger ^[56,57]. Ainsi, lorsque les médecins sensibilisent facilement les patients sur la possibilité de symptômes (« parfois, il arrive que l'on développe des problèmes de mémoire et de concentration. Ils sont légers. Ne vous tracassez pas ! Mais si cela arrive, revenez-nous voir... »), cette communication amène au phénomène d'attente du symptôme : le patient s'attend à avoir des difficultés de mémoire, il va devenir hypervigilant sur le symptôme (« est-ce que j'oublie ? »). Or nous oublions souvent qu'une des qualités principales de la mémoire, c'est l'oubli ! Il est normal d'avoir des oublis (les noms des personnes, entrer dans une pièce et ne plus savoir ce qu'on venait y faire, oublier des courses, etc.). Si nous sommes attentifs à notre mémoire au quotidien, nous constaterions tous que nous oublions plein de choses. Le patient devient donc anxieux par rapport au symptôme, cette anxiété ayant pour effet d'accentuer les oublis (phénomène d'amplification du symptôme). Avant le patient se serait dit : « zut j'ai été distrait ». Par contre, depuis l'accident et les informations données par le médecin, le patient se dit : « zut, c'est à cause de l'accident ! » (phénomène d'attribution du symptôme). Ces mécanismes en jeu dans le contexte des traumatismes crâniens ne nous paraissent pas incompatibles avec ce que peut vivre une personne âgée dans le contexte de la peur du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. En d'autres termes, que peut gagner un patient en recevant un diagnostic de démence ? Ce point est d'autant plus criant quand on fait attention au taux de suicide et/ou idées suicidaires. Même si le risque est relativement faible, il est tout de même important de savoir que la période qui suit l'annonce du diagnostic présente un risque de suicide plus élevé comparativement aux stades plus avancés de la maladie ^[58,59] ! Ce constat n'est pas étonnant au vu de la communication médiatique catastrophiste véhiculée sur cette pathologie : actuellement, un patient diagnostiqué sera considéré (et se considérera) comme « perdu ».

D'autres questions éthiques peuvent être envisagées : notamment sur l'utilisation des programmes de simulation de la mémoire (renforcement des stéréotypes et de l'image négative du vieillissement : « les fonctions mentales déclinent avec l'âge » et « il faut tout faire pour éviter de vieillir ») ; la manière dont les normes neuropsychologiques peuvent être constituées (contrôle ou non des éléments stéréotypés) ; ou encore certains enjeux en matière d'euthanasie (quelle est la participation de l'image que l'on a du vieillissement dans ce type de décision ?). Cette dernière question mérite d'autant plus d'être soulevée qu'une étude récente montre un lien significatif entre le degré d'âgisme et l'acceptation des idées suicidaires des personnes âgées ^[60].

Comment réduire ces stéréotypes ? Quelques pistes cliniques. . .

Compte tenu des conséquences des stéréotypes âgistes, il est important d'envisager différentes pistes afin de réduire nos attitudes et croyances stéréotypées. À cette fin, un élément qui nous paraît incontournable est la sensibilisation des professionnels de la santé. Des formations spécifiques à la communication ont notamment pu démontrer leur efficacité pour réduire le parler « petit vieux » (c'est-à-dire, pour rappel, le fait de parler plus fort, plus lentement, avec un ton condescendant, etc. face à une personne âgée). Plus précisément, il a pu être observé qu'une formation combinant théorie et jeux de rôle avec des professionnels en milieu institutionnel diminuait la fréquence d'utilisation de ce langage « petit vieux ». De plus, à la suite de la formation, ces professionnels étaient considérés comme plus respectueux et attentionnés à l'égard des résidents ^[61]. Ce type de formation a été réitéré à travers 13 institutions d'hébergement pour personnes âgées et

là-encore, ses bénéfices sur les comportements et la communication du personnel ont pu être observés, et ce, jusqu'à 3 mois après l'intervention ^[62].

Une autre piste à envisager afin de participer au changement des mentalités envers le vieillissement est le contact intergénérationnel. Il convient toutefois d'être prudent lors de la mise en place d'une telle initiative. En effet, lorsque la relation est « forcée », par exemple en imposant aux enfants des visites à des personnes âgées fragilisées en institution (confirmant donc leurs stéréotypes que les personnes âgées sont passives, en situation de dépendance, etc.), l'attitude des enfants à l'égard des seniors devient alors plus négative qu'auparavant ^[63]. L'accent doit donc être mis sur les projets apportant des bénéfices mutuels, où chacun peut apporter une contribution : par exemple, l'aide aux devoirs, où les aînés peuvent transmettre leurs connaissances afin d'aider les plus jeunes ^[64].

Conclusion

Les conséquences délétères des stéréotypes âgistes sont encore bien trop souvent méconnues et sous-estimées. Pourtant, comme nous l'avons vu tout au long de cet article, la littérature confirme que cette dimension est un élément incontournable à considérer en vue d'un accompagnement adéquat des personnes âgées. Elle devrait d'ailleurs être envisagée comme un élément central du bagage de formation proposé aux (futurs) professionnels de la santé. Ceci est d'autant plus vrai que des études récentes suggèrent des retombées positives de ce type de formation sur les attitudes des soignants en milieu institutionnel ^[61,62]. À terme, l'idéal serait donc d'arriver à un changement global des mentalités et du regard porté sur nos aînés au sein de la société.

Déclaration de liens d'intérêts

S. Schroyen est subventionnée par une bourse « Ligue contre le cancer », M. Marquet par une bourse FNRS, A. Flamion par une bourse NON-FRIA (Ulg), C. Crutzen par Interreg et A. Clesse par les services de la Canopée. Les auteurs S. Adam, P. Missotten et S. Piccard déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] TNS opinion & social. Special Eurobarometer 437: discrimination in the EU in 2015 (Report no. 978-92-79-50342-9). Bruxelles: European Commission, 2015. https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2077_83_4_437_ENG.
- [2] Adam S, Joubert S, Missotten P. L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs ! *Rev Neuropsychol* 2013;5:4—8.
- [3] Butler RN. Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist* 1969;9(4):243—6.
- [4] Ellis SR, Morrison TG. Stereotypes of ageing: messages promoted by age-specific paper birthday cards available in Canada. *Int J Aging Hum Dev* 2005;61(1):57—73.
- [5] Kelly J, Watson R, Pankratova M, et al. Representation of age and ageing identities in popular music texts. *J Adv Nurs* 2016;72(6):1325—34.
- [6] Levy BR, Chung PH, Bedford T, et al. Facebook as a site for negative age stereotypes. *Gerontologist* 2014;54(2):172—6.
- [7] Gendron TL, Welleford EA, Inker J, et al. The language of ageism: why we need to use words carefully. *Gerontologist* 2016;56(6):997—1006.
- [8] Robinson T, Callister M, Magoffin D, et al. The portrayal of older characters in Disney animated films. *J Aging Stud* 2007;21(3):203—13.
- [9] Wandke H, Sengpiel M, Sonksen M. Myths about older people's use of information and communication technology. *Gerontology* 2012;58(6):564—70.
- [10] Czaja SJ, Lee CC. The impact of aging on access to technology. *UAIS* 2006;5(4):341—9.
- [11] Marquet M, Vallet G, Adam S, et al. Ageism among psychology students: a comparative analysis between Belgium and Quebec (Canada). *Ageing Soc* 2017 [In revision].
- [12] Ng R, Allore HG, Trentalange M, et al. Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: evidence from a database of 400 million words. *Plos One* 2015;10(2):e0117086.
- [13] Marquet M, Missotten P, Schroyen S, et al. Ageism in Belgium and Burundi: a comparative analysis. *Clin Interv Aging* 2016;11:1129—39.
- [14] North MS, Fiske ST. Modern attitudes toward older adults in the aging world: a cross-cultural meta-analysis. *Psychol Bull* 2015;141(5):993—1021.
- [15] Levy B. Stereotype embodiment: a psychosocial approach to aging. *Curr Dir Psychol Sci* 2009;18(6):332—6.
- [16] Marquet M, Missotten P, Schroyen S, et al. A French validation of the attitudes to ageing questionnaire (AAQ): factor structure, reliability and validity. *Psychol Belg* 2016;56(2):1—21.
- [17] Schroyen S, Marquet M, Jerusalem G, et al. The link between self-perceptions of aging, cancer view and physical and mental health of older people with cancer. *J Geriatr Oncol* 2017;8:64—8.
- [18] Schroyen S, Missotten P, Jerusalem G, et al. Longitudinal impact of a negative self-perception of aging and cancer view in oncogeriatrics. *BMC Cancer*. Submitted.
- [19] Marquet M, Missotten P, Adam S. Agisme et surestimation des difficultés cognitives des personnes âgées : une revue de la question. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2016;14:177—86.
- [20] Marquet M, Adam S. Influence des stéréotypes dans l'évaluation neuropsychologique. In: Amieva H, Bellin C, Maillet D, editors. *L'évaluation neuropsychologique : de la norme à l'exception*. France: De Boeck Supérieur; 2016. p. 19—34.
- [21] Abrams D, Eller A, Bryant J. An age apart: the effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias. *Psychol Aging* 2006;21(4): 691—702.
- [22] Abrams D, Crisp RJ, Marques S, et al. Threat inoculation: experienced and imagined intergenerational contact prevents stereotype threat effects on older people's math performance. *Psychol Aging* 2008;23(4):934—9.
- [23] Levy B, Ashman O, Dror I. To be or not to be the effects of aging stereotypes on the will to live. *Omega* 2000;40(3): 409—20.
- [24] Marquet M, Missotten P, Dardenne B, et al. Interactions between stereotype threat, subjective aging, and memory in older adults. In preparation.
- [25] Kotter-Gruhn D, Kornadt AE, Stephan Y. Looking beyond chronological age: current knowledge and future directions in the study of subjective age. *Gerontology* 2015;62(1):86—93.
- [26] Hughes ML, Geraci L, De Forrest RL. Aging 5 years in 5 minutes: the effect of taking a memory test on older adults' subjective age. *Psychol Sci* 2013;24(12):2481—8.
- [27] Missotten P, Adam S, Schroyen S. Ageism and youthism: health-care professionals disregard the consequences. In: Wynants M, Nuytens G, editors. *Age: from the anatomy of life to the architecture of living*. Bruxelles: Brussels University Press; 2016.
- [28] Schroyen S, Missotten P, Jerusalem G, et al. Ageism and caring attitudes among nurses in oncology. *Int Psychogeriatr* 2015;1(5):1—9.
- [29] Smith BD, Smith GL, Hurria A, et al. Future of cancer incidence in the United States: burdens upon an aging, changing nation. *J Clin Oncol* 2009;27(17):2758—65.
- [30] Murthy VH, Krumholz HM, Gross CP. Participation in cancer clinical trials: race-, sex-, and age-based disparities. *JAMA* 2004;291(22):2720—6.
- [31] Hurria A, Browner IS, Cohen HJ, et al. Senior adult oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2012;10(2):162—209.

- [32] Bensadon BA, Teasdale TA, Odenheimer GL. Attitude adjustment: shaping medical students' perceptions of older patients with a geriatrics curriculum. *Acad Med* 2013;88(11):1630—4.
- [33] Comité de gériatrie du RUIS de l'UDeM. Inventaire des activités d'enseignement universitaire, collégial et secondaire reliées aux soins aux personnes âgées. Montréal: 2011. http://www.ruis.umontreal.ca/sites/default/files/Comites/Vieillessement/Comite_geriatrie_RUIS_UdeM_inventaire_activites_enseignement_FINAL.pdf.
- [34] Caporael LR. The paralanguage of caregiving: baby talk to the institutionalized aged. *J Pers Soc Psychol* 1981;40(5):876—84.
- [35] Balsis S, Carpenter BD. Evaluations of Elderspeak in a caregiving context. *Clin Gerontol* 2006;29(1):79—96.
- [36] Ryan E, Giles H, Bartolucci G, et al. Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Lang Commun* 1986;6:1—24.
- [37] Schroyen S, Missotten P, Adam S, et al. Communication of healthcare professionals: is there ageism? *Eur J Cancer Care*. In revision.
- [38] Read J, Gibson KL, Cartwright C. Are older people prescribed antidepressants on the basis of fewer symptoms of depression, and for longer periods of time? A survey of 1825 New Zealanders. *Australas J Ageing* 2016;35(3):193—7.
- [39] Olfson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015;72(2):136—42.
- [40] Mroczek DK, Kolarz CM. The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *J Pers Soc Psychol* 1998;75(5):1333—49.
- [41] Graham C, Ruiz Pozuelo J. Happiness, stress, and age: how the U curve varies across people and places. *J Popul Econ* 2016;30(1):225—64.
- [42] Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, editors. *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990. p. 1—34.
- [43] Carstensen L. Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Curr Dir Psychol Sci* 1995;4(5):151—6.
- [44] Peake MD, Thompson S, Lowe D, et al. Ageism in the management of lung cancer. *Age Ageing* 2003;32(2):171—7.
- [45] Kwong See ST, Nicoladis E. Impact of contact on the development of children's positive stereotyping about aging language competence. *Educ Gerontol* 2009;36(1):52—66.
- [46] Bonsang E, Bordone V. The effect of informal care from children on cognitive functioning of older patients. *J Nutr Health Aging* 2013;21(1):17—24.
- [47] Avorn J, Langer E. Induced disability in nursing home patients: a controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1982;30:397—400.
- [48] Garand L, Lingler JH, Conner KO, et al. Diagnostic labels, stigma, and participation in research related to dementia and mild cognitive impairment. *Res Gerontol Nurs* 2009;2(2):112—21.
- [49] Milne A. The 'D' word: reflections on the relationship between stigma, discrimination and dementia. *J Ment Health* 2010;19(3):227—33.
- [50] Behuniak SM. The living dead? The construction of people with Alzheimer's disease as zombies. *Ageing Soc* 2010;31(01):70—92.
- [51] Brannelly T. Sustaining citizenship: people with dementia and the phenomenon of social death. *Nurs Ethics* 2011;18(5):662—71.
- [52] Clare L, Goater T, Woods B. Illness representations in early-stage dementia: a preliminary investigation. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21(8):761—7.
- [53] Missotten P, Squelard G, Ylief M, et al. Quality of life in older Belgian people: comparison between people with dementia, mild cognitive impairment, and controls. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(11):1103—9.
- [54] Adam S. Approche neuropsychologique de la prise en charge des stades débutants de la maladie d'Alzheimer. In: Rousseau T, editor. *Démences : orthophonie et autres interventions*. Isbergues: Ortho Édition; 2007. p. 241—85.
- [55] Haslam C, Morton TA, Haslam SA, et al. "When the age is in, the wit is out": age-related self-categorization and deficit expectations reduce performance on clinical tests used in dementia assessment. *Psychol Aging* 2012;27(3):778—84.
- [56] Ferrari R, Obelieniene D, Russell A, et al. Laypersons' expectation of the sequelae of whiplash injury. A cross-cultural comparative study between Canada and Lithuania. *Med Sci Monit* 2002;8(11):728—34.
- [57] Ferrari R, Constantoyannis C, Papadakis N. Laypersons' expectation of the sequelae of whiplash injury: a cross-cultural comparative study between Canada and Greece. *Med Sci Monit* 2003;9(3):120—4.
- [58] Draper B, MacCuspie-Moore C, Brodaty H. Suicidal ideation and the "wish to die" in dementia patients: the role of depression. *Age Ageing* 1998;27:503—7.
- [59] Lim WS, Rubin EH, Coats M, et al. Early stage Alzheimer disease represents increased suicidal risk in relation to later stages. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2005;19(4):214—9.
- [60] Gamliel E, Levi-Belz Y. To end life or to save life: ageism moderates the effect of message framing on attitudes towards older adults' suicide. *Int Psychogeriatr* 2016;28(8):1383—90.
- [61] Williams KN. Improving outcomes of nursing home interactions. *Res Nurs Health* 2006;29(2):121—33.
- [62] Williams KN, Perkhounkova Y, Jao YL, et al. Person-centered communication for nursing home residents with dementia. *West J Nurs Res* 2017, <http://dx.doi.org/10.1177/0193945917697226>.
- [63] Seefeldt C. The effects of preschoolers' visits to a nursing home. *Gerontologist* 1987;27(2):228—32.
- [64] Carr DC, Gunderson JA. The third age of life: leveraging the mutual benefits of intergenerational engagement. *Public Policy Aging*



Le droit au choix du lieu de vie des aînés face aux limites réelles ou perçues du « maintien à domicile »

Sylvie Carbonnelle - Socio-anthropologue

Le présent texte reprend les éléments qui nous semblent importants, sur base du PowerPoint de Madame Sylvie CARBONNELLE. Le document complet est accessible en ligne sur notre site internet : www.cas-seniors.be

1. Introduction

Une étude qualitative réalisée pour l'Observatoire de la santé et du social : Les profils des résidents O et A¹ en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives (2017)
Disponible sur <https://www.cdcsasbl.be/recherche/>

Question de citoyenneté :

Le placement de personnes âgées (aptées à prendre des décisions) sans leur consentement et la protection des personnes vulnérables.

Qu'en est-il des dispositions législatives, organisationnelles, etc.?

Il faut limiter les admissions « contraintes »

2. L'hospitalisation comme moment décisif

Des critères déterminants

Il y a des patients qui sont demandeurs, qui ont déjà réfléchi depuis un certain temps, qui disent « J'entre en maison de repos, c'est décidé », mais c'est quand même rare qu'ils prennent eux-mêmes la décision. **On a bien souvent l'impression de devoir contraindre les personnes.** (...) Ce sont des personnes qui sont relativement autonomes, mais qui n'arrivent plus malgré tout à se gérer. Il y a les dépressions aussi. Les personnes qui se laissent totalement aller. Ce sont des O ou des A - des personnes assez autonomes -, mais qui ont certainement de petits troubles cognitifs et qui sont seules ». (Assistante sociale en milieu hospitalier -AS Hôp.)

Une logique de protection qui peut se muer en contrainte :

« Les personnes autonomes, bien dans leur tête, qui veulent entrer en maison de repos, sont une minorité. La plupart du temps, j'ai l'impression quand même de contraindre. Parce qu'il n'y a pas d'autres choix qu'imposer un placement ou mettre en place un administrateur quand la personne veut absolument rentrer chez elle, mais qu'on sait par ailleurs qu'à la maison c'est impossible, qu'il y a un trop gros risque de chute, que la personne a été hospitalisée à de nombreuses reprises. (...)

¹ <http://www.asbl-mmi.be/wp-content/uploads/2013/11/Formulaire-Katz.pdf>

Pour moi, la personne doit pouvoir être maître de ses choix. Mais voilà, pour sa sécurité, on est conscients que laisser rentrer certaines personnes est un danger. » (AS Hôp.)

3. Des motifs d'institutionnalisation contrainte

Le « refus d'aide » et la résistance des personnes âgées : une « mise en échec » des services

Dans la mise en place d'aides à domicile, il arrive souvent des patients ne répondent plus. Lorsque l'infirmière à domicile se présente et ils ne lui ouvrent plus. Ou ils disent : « Ah non, non, moi je n'ai rien réservé ». Il est arrivé qu'on appelle les services de soins à domicile pour savoir où on en était et qu'ils nous répondent : « Mais non, le patient nous a dit qu'il ne voulait plus être aidé ». (AS Hôp.)

Risque inadmissible du point de vue des services :

- Non appel des secours
- Manquer de vigilance
- Ne pas prendre de précaution suffisante pour éviter un décès

4. Des motifs d'institutionnalisation contrainte

Des personnes expulsées de leur logement

« Récemment, on a dû faire une demande de placement pour un monsieur de 78 ans (...) Il a reçu une lettre signalant qu'il devait quitter son appartement parce que la maison était vendue. Et puis, c'est le drame, lettre des huissiers : il doit quitter le domicile, sinon toutes ses affaires seront sur le trottoir. Il payait son loyer, mais avait reçu son renom. (...) Finalement, le nouveau propriétaire a été en justice et évidemment a gagné. (...)

A un moment, on est complètement démunis. On n'a qu'une heure ou deux pour régler la situation. (...) Donc on a pris contact avec une assistante sociale de sa commune et on a travaillé pour le placement. (...) Nous, en tant qu'AS, on ne sait pas lui trouver un logement. On est impuissants par rapport à des situations pareilles. Tout ce qu'on peut faire, c'est réorienter (...) » (AS Hôp.)

Une vision à long terme ou « solution » de continuité

Parfois on se dit : « on va mettre en place un maximum d'aides, mais il n'empêche qu'au niveau médical, l'état de la patiente va régresser, on devra donc aller vers un placement ». Et donc, comme on est à l'hôpital, on se dit :

« Est-ce que ce n'est pas un bon moment pour le faire ? »

Parce qu'on a les rapports médicaux, on a une vision globale de la situation, on peut faire des demandes en revalidation, on peut déjà introduire une demande en maison de repos, ce qui prend plus de temps quand on le fait de l'extérieur...». Donc parfois, c'est vrai qu'on profite de l'hospitalisation pour revoir la situation et se dire : c'est peut-être maintenant qu'il faut le faire ! » (AS Hôp.)

5. Conclusion

On le voit, la notion de consentement et de choix est réellement à questionner dans le cadre de la question du lieu de vie. Les logiques professionnelles et les orientations politiques ont une influence forte sur cette réflexion, mais le bien-être du senior doit rester la priorité...

Conseil Consultatif Communal des Aînés (CCCA) : Un outil pour mieux prendre en compte les PA dans la commune

Marie-Thérèse Casman - Université de Liège

L'allongement de la vie en bonne santé permet aux seniors de rester actifs dans beaucoup de domaines sociaux et culturels. Ils peuvent donc être considérés comme des partenaires privilégiés dans la commune.

Au niveau de la participation sociale des aînés, si environ 16,5% font du bénévolat, un tiers des Personnes âgées (PA) de 70 ans et plus ne pratiquent aucune activité extérieure (enquêtes réalisées pour Respects Seniors)

Un CCCA est mis en place par le pouvoir communal et regroupe les aînés de la commune souhaitant partager leur expérience et donner leur avis sur les matières les concernant afin d'améliorer la qualité de vie de leurs concitoyens.

Il doit être pluraliste et fonctionner de manière indépendante.

En 2011, La CAS et le Panel démographie familiale de l'Université de Liège ont réalisé une étude sur les CCCA en Région wallonne.

Sur 253 communes contactées, 102 ont accepté de recevoir un enquêteur pour répondre à un questionnaire.

Les résultats de l'enquête relevaient quatre ensembles d'activités organisées par les CCCA :

- Celles qui s'apparentent au récréatif : excursions, concerts, repas, bals, goûters de seniors.
- Des initiatives favorisant les relations intergénérationnelles : réunir les seniors et les jeunes de la commune, visite des maisons de repos par des jeunes en période de fête par exemple.
- Des sous-comités se réunissant pour travailler des thématiques (mobilité, logement, aides, sport, santé ...) et rédiger des avis. Ces thématiques prennent souvent comme point de départ les résultats d'une enquête de besoins. Dans ce cadre, le CCCA peut faire appel à l'expertise des aînés mais aussi inviter des personnes ressources extérieures.
- Des activités informatives s'intéressant à la vie quotidienne des aînés et répondant à des besoins pratiques. Par exemple, on a répertorié des formations pour l'utilisation d'Internet ou de logiciels informatiques ou encore des téléphones portables. Il peut aussi s'agir par exemple d'un guide reprenant tous les services de la commune notamment ceux destinés aux aînés.

Les objectifs et les rôles prioritaires des CCCA ne sont pas toujours bien perçus par les communes, voire par leurs propres membres. Le premier rôle de ces CCCA n'est pas d'organiser des événements pour occuper

les aînés mais plutôt de leur permettre d'intervenir en tant que citoyens dans la vie de la commune en donnant des avis et en apportant des propositions ayant l'objectif d'améliorer le bien-être des aînés dans la commune.

Les sujets à traiter sont donc ceux qui peuvent affecter le bien-être et la santé des aînés, comme la mobilité, le logement, l'accès à la culture, la lutte contre la précarité, contre l'isolement social ainsi que la participation à une vie associative et la promotion de relations intergénérationnelles.

Quel peut être l'attrait d'un CCCA pour un senior ?

Il faut certes dépasser des stéréotypes liés à l'exercice d'activités de participation citoyenne : dévalorisation de l'action, des résultats « qui ne servent pas à grand-chose », la politique qui pour certains serait synonyme de « magouilles », le sentiment de ne pas être concerné par les enjeux traités par le CCCA, « ce n'est pas nous qui pouvons changer les choses ».

Par contre, des aînés rencontrés dans le cadre de l'étude expriment un ressenti très différent et estiment que leur action est positive et utile aux autres.

Trois types d'acteurs doivent être mobilisés pour faire fonctionner un CCCA

- Les membres : représentatifs de mouvements associatifs mais aussi des seniors « neutres ». Il faut un recrutement régulier mais des mandats renouvelables.
- Un président : élu parmi les membres avec un mandat renouvelable. Il est le porte-parole du CCCA et garantit un espace d'expression libre, il encadre les débats et s'assure que les avis des aînés bénéficient d'une suite.
- La commune : doit apporter un soutien logistique et financier. Elle doit apporter un suivi régulier et concret aux questions et avis du CCCA. Elle fournit des personnes ressources : échevins, CPAS, bourgmestre, commissaire, ...

A l'issue de cette étude, une série de recommandations a été émise :

- Continuer à développer une politique sociale wallonne intégrant les aînés et valorisant leur participation citoyenne
- Favoriser les rencontres inter CCCA pour des échanges de problèmes et de pratiques
- Aider les aînés à s'approprier et à contribuer activement aux dispositifs qui leur sont destinés
- Garantir aux CCCA l'autonomie nécessaire pour réaliser leurs missions
- Soutenir les CCCA dans la réalisation de leurs missions en augmentant leur financement et en prévoyant des possibilités de subventions.
- Mettre en place des dispositifs de soutien et d'accompagnement des CCCA

Notre étude date de 2011 ... voici donc 8 ans. Où en sont à l'heure actuelle les CCCA? Une nouvelle étude faisant le point sur ces années de fonctionnement permettrait de savoir si ces recommandations ont été suivies et si les CCCA contribuent vraiment à favoriser la participation citoyenne des aînés.

Les adultes âgés par toute une série d'engagements : rôle de grands-parents, bénévolat, associations, Université du troisième âge (U3A), ont une véritable participation sociale.

Au niveau des CCCA, il s'agit d'un engagement particulier, dans la mesure où il est personnel mais il a comme spécificité de contribuer à ce que la commune prenne mieux en considération l'ensemble des aînés dans la commune.

Le pari est souvent de mobiliser mieux les aînés autour de thématiques desquelles ils peuvent se sentir exclus ou peu désirés.

Les adultes âgés par toute une série d'engagements : rôle de grands-parents, bénévolat, associations, U3A, ont une véritable participation sociale.

Au niveau des CCCA, il s'agit d'un engagement particulier, dans la mesure où il est personnel mais il a comme spécificité de contribuer à ce que la commune prenne mieux en considération l'ensemble des aînés dans la commune.

Le pari est souvent de mobiliser mieux les aînés autour de thématiques desquelles ils peuvent se sentir exclus ou peu désirés.

Le défi pour les CCCA ... mais aussi pour les communes, c'est-à-dire le niveau de pouvoir le plus proche des citoyens, est d'agir afin, non pas de « prendre en charge » la population des personnes âgées ... mais de « les prendre en compte » !

DUO FOR A JOB

A l'âge de la retraite, nous sommes à l'apogée de notre carrière professionnelle: connaissances et savoirs, réseaux sociaux et carnet d'adresses bien remplis, maîtrise parfaite des outils... et tout ce bagage qui ne sert plus à grand-chose lorsque nous arrêtons de travailler !

Cela nous amène à de la réflexion et une remise en question. Que faire de ce savoir si ce n'est de le partager, de l'enseigner, de le transmettre?

J'ai ainsi pris conscience des réalités de notre société et adopté une attitude responsable et active à la vie sociale et solidaire.

Comptable de formation, responsable financière et ressources humaines durant 45 ans, je voulais partager ces connaissances et m'engager concrètement dans un projet sociétal. C'est ainsi que j'ai cherché une activité bénévole qui soit enrichissante pour l'esprit et qui donne un sens à ma retraite. Grâce à mon frère, mentor chez DUO for a JOB, j'ai rencontré cette belle association.

Après une réunion d'information, j'ai suivi une formation de quatre jours très complète au sein de l'association. Au cours des différents modules, nous avons appris bien sûr les bases du coaching en recherche d'emploi mais nous avons aussi discuté longuement des rapports intergénérationnels et interculturels, de la passation de savoir, d'écoute et d'accueil de la différence. Un module sur les acteurs de l'insertion socio-professionnelle (Actiris, Bruxelles formation, etc.), ainsi qu'une journée sur les publics « mentees » de duos (migrants, réfugiés, histoire de l'immigration en Belgique, etc.) nous ont nourris d'une série de connaissances dont nous avons besoin pour offrir un accompagnement à notre "mentee". Nous avons ainsi reçu tous les outils nécessaires pour repartir avec un bagage complet et suffisant afin de commencer un premier duo.

J'ai accompagné d'une façon personnalisée un jeune garçon de nationalité marocaine durant 6 mois. Marié à une belge, diplômé de l'enseignement au Maroc et passionné de cuisine, son arrivée en Belgique lui a permis de suivre la formation adéquate. Après un premier rendez-vous organisé par notre coordinatrice afin de faire connaissance, nous nous sommes rencontrés chaque semaine durant 2 heures. Nous avons fait un bilan de ses compétences, défini son projet professionnel, élaboré son CV, cherché des offres d'emploi correspondant à son projet professionnel. Nous avons aussi parlé de la culture propre à nos entreprises et nous avons très vite apprécié cette relation intergénérationnelle qui nous a beaucoup apporté à tous les deux. Nous avons réussi à renforcer le "vivre ensemble" par une relation basée sur la confiance, la tolérance et le respect. J'ai découvert une autre culture, mais également une autre façon de voir la vie à travers les yeux d'un jeune parfois malmené par la vie. Notre différence d'âge et mon expérience professionnelle lui a permis de se sentir crédible et valorisé.

Au bout de trois mois, mon mentee avait trouvé un travail stable et intéressant en lien avec ses compétences. C'était il y a trois ans.

Nous restons en contact régulièrement depuis et je continue de suivre sa carrière avec attention.

Depuis, j'ai accompagné d'autres jeunes et le même enthousiasme est toujours aussi présent. Chaque duo est différent, les parcours sont souvent compliqués, mais les moments de partages sont uniques lorsque le jeune entame une formation le rapprochant du marché de l'emploi ou décroche son premier boulot.

Le savoir a besoin de temps. Nous, seniors, avons ce temps. C'est une transmission qui n'est pas tournée vers le profit, qui nous apporte un bien-être moral, pour lequel nous avons peu de contraintes. C'est très enrichissant d'être acteur d'un modèle d'échange et de partage qui permet de diminuer le phénomène d'exclusion.

Aujourd'hui, nous sommes plus de 800 mentors en Belgique et nous passerons bientôt le cap des 2000 duos formés.

Je suis fière d'appartenir comme mentor et ambassadeur à cette grande famille !

Jacqueline Le Bun

Mentor - Ambassadeur pour DUO for a JOB Mai 2019



Réseau Sequoia

Comment le Réseau Sequoia met en valeur l'engagement citoyen des 50+ ? Des retraités moins en retrait

Retraite, pension, il faut bien avouer que notre belle langue française n'a pas accouché des plus beaux mots pour nommer cette période de la vie. Pourtant, depuis 15-20 ans (depuis l'arrivée des baby-boomers), elle se destine à être la période de tous les possibles. En tout cas, si l'on s'y prépare bien ! Pas étonnant qu'en espagnol, retraite se dit « jubilacion ».

Certains osaient et osent encore l'appeler le crépuscule de la vie, voire comme on peut l'entendre souvent : la seconde vie... Comme si à la retraite on effaçait l'ardoise, qu'on entrait dans une période bonus, de repos en décalage et en rupture avec la carrière. La retraite n'était pas considérée comme une tranche de vie. La vie, c'était le travail et le travail, c'est bien connu, c'est la santé ! Eh bien non, la retraite ce n'est pas (plus) cela. Drauzilio Varella, oncologue brésilien a dit : « Avant 50 ans, la vie n'est qu'un échauffement ». Serge Guerin, sociologue français spécialisé dans le vieillissement, qualifie la retraite de l'après-midi de la vie.

A quelle heure prend-t-on sa retraite aujourd'hui ou à quelle heure débute-t-on l'après-midi de sa vie ?

Quelle drôle de question me direz-vous. Pourtant, on ne prend plus la retraite à la même heure en 2019 qu'en 1960.

Et si la vie ne durait qu'une journée....

Pour illustrer l'heure de départ à la retraite, nous avons calqué sur le cadran d'une horloge une vie. On se lève à 5H00, c'est la naissance. A 22h00, on se couche ...définitivement....

En 1960, une heure sur le cadran représentait 4,22 années de vie. En 2018, une heure correspond à 5,29 années de vie.

L'heure de début de la carrière est 9H00 en 1960. En 2018, on commence à travailler à 10H00. C'est l'effet combiné d'une scolarisation plus longue et du chômage qui touche les jeunes. On commence donc à travailler en moyenne à un âge plus avancé qu'en 1960.

A quelle heure prenait-on sa retraite en 1960 ?

L'heure de la retraite était 20h00. A l'époque, la durée de la retraite était de 6 à 8 ans, 2 heures seulement sur notre cadran. Pas étonnant que l'on entamait sa retraite fatigué et que cette dernière était synonyme de repos.

A quelle heure prend-on sa retraite en 2019 ?

En 2019, l'heure de la retraite sonne vers 16h00 soit au moins 4 heures plus tôt qu'en 1960 !!!! En réalité, 16h00 en 2019 correspond à 60 ans qui est l'âge moyen de sortie du monde du travail. Voilà pourquoi la retraite peut être qualifiée de l'après-midi de la vie. En 2019, la durée de vie à la retraite est de 25 à 30 ans.

Comment interpréter ces différences d'heures et quelles sont les conséquences ?

Cet avancement de l'heure du départ à la retraite dans le raisonnement développé ci-dessus est bien évidemment une conséquence de l'allongement de la durée de vie en bonne santé.

L'approche du départ à la retraite sous l'angle « horaire » plutôt que l'âge illustre clairement l'étendue de cette nouvelle « plage horaire de vie » qui s'ouvre aux jeunes retraités en 2019. A eux donc de prendre conscience de l'importance de bien se préparer à cette transition.

De la retraite « troisième âge fin des années 60 » à l'âge de tous les possibles aujourd'hui et l'engagement des 50+ dans la société

L'histoire des clubs d'ainés est un très bel exemple de cette évolution. Ces clubs sont apparus en 1960 en même temps que le modèle de retraite « troisième âge ». Les pouvoirs publics, les mutuelles et d'autres acteurs ont développé les clubs de retraités pour lutter contre l'isolement social des personnes dites « âgées ». Les activités proposées étaient surtout de type récréatif (thé dansant, jeux, etc.) et venaient « occuper » les retraités de l'époque entre 20H00 et 22H00. Depuis les années 90, les jeunes retraités se sont appropriés l'espace entre 16H00 et 20H00. Les baby-boomers ont bousculé l'organisation des clubs du troisième âge. Cette génération de jeunes retraités plus engagée dans la société que les générations précédentes ne se retrouvait plus dans ces structures très axées sur l'occupationnel. Les baby-boomers n'ont plus vraiment besoin « d'être poussés à se distraire » et surtout ces structures monogénérationnelles les attirent de moins en moins. Ces clubs du troisième âge se sont donc adaptés ou pas, d'autres ont disparu. Les jeunes retraités se sont réorientés en matière de loisirs, de développement personnel. Ils se sont impliqués de manière croissante dans les associations culturelles, sportives et diverses au travers principalement du volontariat. Une majorité des retraités choisissent des activités qui leur permettent de rencontrer leurs cadets. C'est plus tard, vers l'âge de 70-75 ans qu'ils rejoignent éventuellement un club.

Le Réseau Sequoia a comme mission de valoriser les compétences de ses membres et d'enrichir leurs relations sociales

En 2019, on quitte souvent le monde du travail bien avant l'âge de la retraite.

L'âge moyen du départ à la retraite est de 60 ans en Belgique, bien plus tôt donc que l'âge légal encore fixé à 65 ans. 80% des sorties du marché du travail se font donc autrement que via les pensions : prépensions, maladie-invalidité, chômage, etc.

Qu'elle soit volontaire ou non, cette sortie du monde du travail pèse fortement sur les personnes concernées, surtout si elle est subite.

Par ailleurs, en quittant la vie active, on perd en moyenne 80% de son réseau social et on met (à tort) au placard toute une série de compétences développées tout au long de sa carrière.

En même temps, pour les personnes encore actives, c'est après 50 ans que l'on commence à disposer d'un peu plus de temps libre: les enfants ont quitté le nid et/ou ont aménagé leur temps de travail.

Sur base de ce constat, Sequoia Ways développe le Réseau Sequoia, le premier réseau destiné aux 50+ en Belgique.

Mission du Réseau Sequoia

Le Réseau Sequoia valorise et révèle les passions, les compétences de ses membres et les accompagne dans leurs projets. Il s'adresse aux personnes désireuses d'enrichir leurs relations et qui ont décidé d'être maîtres de leurs choix et de leur temps. Le réseau regroupe des personnes encore au travail, qui se préparent à quitter le monde du travail ou qui sont retraitées. Le réseau se compose de deux éléments, une communauté et une plateforme de services, l'Agora.

Implication des membres dans la communauté

C'est l'élément innovant du projet, l'organisation du réseau repose sur la co-création. Les membres qui le désirent prennent une part active dans l'animation et la gestion. Ces derniers organisent des activités qui reflètent leurs passions (culture, sport, santé, finance, développement personnel, etc.)

Une plateforme de services pour les 50+

Le Réseau Sequoia, c'est aussi une plateforme (l'Agora) où des partenaires proposent des services, des missions de bénévolats. Les membres peuvent y présenter leurs projets et demander le soutien des autres membres. Ils mettent également au service des membres du réseau leurs compétences acquises tout au long de leur carrière : accompagnement à la création d'une activité professionnelle, formations, ateliers divers, gestion du réseau.

La cotisation est de 80 euros par an (7euros par mois) et est dégressive en fonction de l'investissement des membres dans le réseau. Le réseau se développe en Wallonie et à Bruxelles. En 2020, la Flandre sera développée.

Le Réseau Sequoia est une initiative de Sequoia Ways

Sequoia Ways propose depuis 2015 des conférences et des ateliers de préparation à la retraite. Ces sources d'inspiration pour les 50+ s'adressent aux entreprises et aux particuliers et sont dispensées en français et en néerlandais. Elles concernent les personnes à deux ans de l'échéance ou récemment retraitées. Elles ont pour objet de les accompagner à développer un projet pour leur retraite et de les informer sur les thématiques importantes : vie sociale, santé, finances, etc. En 2018, plus de 800 personnes auront assisté aux conférences et formations.

Pierre Degand

J'encourage les seniors à se sentir moins senior, les retraités moins en retrait.

www.sequoiaways.be

Pierre.degand@sequoiaways.be

Grands-Parents pour le Climat

Une terre à vivre pour nos petits-enfants !

Le présent texte reprend les éléments qui nous semblent importants, sur base du PowerPoint de Madame Sylvie CARBONNELLE. Le document complet est accessible en ligne sur notre site internet : www.cas-seniors.be

Selon l'ONU, il y a "un écart catastrophique entre les engagements des États et ce qu'il faut faire."

Qui sommes-nous?

Au départ, début 2015, un petit groupe de grands-parents de Belgique francophone, motivés par les défis écologiques et par le lien qui les rattache à leurs petits-enfants a créé « Grands-Parents pour le Climat ». Actuellement nous comptons 650 membres et accueillons chaque jour de nouveaux membres.

Pourquoi un mouvement de grands-parents ?

- Nous représentons un poids politique et économique appréciable.
- Nous sommes très sollicités pour nous occuper de nos petits enfants.
- Nous sommes libres de paroles et d'actions.
- Nous voulons mobiliser notre génération et alerter l'opinion et les responsables politiques sur l'urgence de lutter contre le changement climatique.
- Les mouvements de grands-parents pour le climat, ... pour les générations futures, pour nos petits enfants, ... existent déjà en Norvège, au Canada, en Suisse romande, en France, aux Pays Bas.

Comment agissons-nous?

Selon trois axes :

1. **Transmission:** Transmettre le respect de la nature et la conscience des enjeux écologiques.
2. **Adapter notre mode de vie :** Promouvoir les valeurs de sobriété, solidarité, bienveillance et les vivre
3. **Plaidoyer:** Faire pression sur les décisions politiques

Transmission

Comment transmettre ? Que communiquer ?

- Oser la pleine conscience des défis
- Adopter la posture « colibris »
- Vivre nos valeurs : justice, solidarité, respect du vivant, sobriété heureuse ...
- Pratiquer la bienveillance ! Donc transmettre une « manière d'être au monde »

Plaidoyer

- Faire pression sur les décisions politiques
- S'adresser aux élus ou au travers des ONG, fédérations et mouvements existants.

Exercer une citoyenneté active

- Soutenir les marches pour le climat de nos enfants

Adapter notre mode de vie

Comment être cohérent avec des valeurs de protection du vivant?

Tous les jours, nous posons des actes qui ont un impact sur le climat et la planète

Les attentions principales à avoir concernent :

- L'habitat
- Le transport
- L'alimentation
- Notre épargne
- Les vêtements et textiles
- Les équipements électroniques

Quel habitat pour la génération Grands Parents ?

- Groupé
- Situé à proximité des commerces et autres services
- Bien isolé
- Chauffé de manière durable
- Assorti d'un potager individuel ou collectif

Quel est l'impact des types de mobilité?

Mot de clôture du Colloque sur la Citoyenneté de la Coordination des Associations des Séniors

Bruxelles, le 14 mai 2019

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

De par les compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles (petite enfance, éducation, aide à la jeunesse, enseignement supérieur pour n'en citer que quelques-unes), notre Parlement a plus souvent l'habitude de recevoir la visite de petites têtes blondes que de cheveux gris...

Je suis donc pour une fois très heureux de vous recevoir en cette fin d'après-midi en notre hémicycle qui a accueilli vos assises tout au long de cette journée.

Dans cet esprit, je vous remercie pour le travail de qualité que la Coordination des Associations de Séniors effectue au quotidien afin de sensibiliser l'ensemble des acteurs de la société civile à la juste place que doivent occuper nos séniors au sein de la collectivité. Pour ce faire, vous avez relevé une série de thématiques sur lesquelles le pouvoir politique a des choix à poser. Elles possèdent des leviers et des moyens pour inclure davantage chacune et chacun.

Ainsi, ce rôle de citoyen actif vous le faites vivre et illustrez concrètement, au travers de vos membres, l'importance de changer le regard que la société porte encore envers, ce que l'on appelle pudiquement, le troisième âge et en particulier les idées reçues qui y sont attachées.

Si, au début du siècle passé, on était vieux à soixante ans ; grâce aux progrès de l'hygiène et de la médecine, à la mécanisation de travaux lourds, à la mutation du travail en lui-même et de ses rythmes (que ce soit de la journée de travail ou des repos accordés sur la carrière), aujourd'hui, au même âge, on est un fringant sexagénaire.

Ce changement de paradigme entraîne naturellement des conséquences auxquelles le politique et notre société tout entière doivent faire face.

Certains y verront l'obligation de repousser l'âge de la retraite... jusqu'à quatre-vingts ans comme au Japon pour les fonctionnaires.

Personnellement, sans doute parce que je suis de nature plus optimiste, j'y vois une formidable opportunité.

Pour moi, les liens intergénérationnels constituent un enjeu d'importance. Pour ces liens, un terreau se situe indéniablement dans la sphère professionnelle. Ainsi, je partage l'idée que les travailleurs âgés et expérimentés puissent mettre à profit leur expertise au bénéfice des jeunes. Vous le savez mieux que quiconque, lorsqu'on sort de l'école, lorsqu'on quitte les bancs de l'université, on croit tout savoir, le torse bombé et gonflé d'ambition. Et parfois, la chute est rude et la réalité bien plus âpre... L'expérience permet bien souvent d'aller droit au but, d'éviter les chausse-trappes, de déjouer les embûches.

Il est nécessaire de changer la perception selon laquelle les séniors sont une faiblesse pour l'économie mais bien plutôt un précieux atout. A ce titre, les pays scandinaves jouent un rôle de précurseur et d'exemple pour les autres nations européennes.

Par ailleurs, l'allongement de la vie se présente comme une excellente nouvelle : nos aînés vivent en meilleure santé. Ainsi, le logement retient tout particulièrement mon attention et me semble être également un lieu créateur de liens durables et intergénérationnels.

Je suis très sensible au développement de l'habitat kangourou dans nos régions. Je citerai ici quelques avantages de cette configuration d'habitat. Je pense en premier à la création de lien social, le développement de l'entraide et de la solidarité ou encore l'occasion d'occuper une maison dont les espaces de vie sont « sous-utilisés ».

D'une manière plus large, cela permet à la personne âgée de maintenir une mobilité sociale et physique et un apport financier pour l'entretien de la maison. De l'autre côté, là où la pression immobilière renchérit le coût des loyers, cet habitat permet aux jeunes ménages de se loger à prix attractifs. En ma qualité d'élue bruxelloise, je considère cette réponse à un marché immobilier complexe comme positive pour tout le monde, garantissant une transition plus inclusive et où chaque partie sort gagnante de l'opération.

En outre, l'autonomie de la personne âgée est, bien entendu, un volet central. L'habitat kangourou n'est qu'une des multiples réponses qui peuvent être apportées. Un véritable travail de fond doit se réaliser dans le maintien de la personne à domicile : la majorité des aînés souhaite continuer à vivre dans leur maison ou l'appartement où ils ont passé une grande partie de leur vie et où ils ont tous leurs souvenirs. Lorsqu'ils le souhaitent, nous devons leur offrir les services qui leur permettent d'y rester aussi longtemps que possible.

Le Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles est particulièrement heureux d'avoir reçu d'ONU Femme, le Label « HeForShe, un parlement en faveur de l'égalité des genres ». Par son mode de fonctionnement, par nos diverses actions entreprises, nous militons dans le but de soutenir le changement en faveur de l'égalité des genres et des droits des femmes.

Si l'émancipation des femmes est un atout pour notre société, soulignons aussi que l'égalité des genres libère tant les femmes que les hommes, des rôles sociaux prédéfinis et des stéréotypes sexistes. C'est la raison pour laquelle le mouvement « HeForShe » « EuxPourElles » s'adresse en priorité aux hommes, en vue de les inciter à s'investir en faveur de l'égalité des genres.

Je m'en voudrais donc de ne pas aborder ce sujet. Vous l'avez souligné également dans vos travaux, de grands progrès restent à réaliser pour parvenir à l'égalité entre les femmes et les hommes. Ce combat transversal recouvre aussi bien l'égalité salariale que l'articulation entre vie professionnelle et vie privée pour garantir l'émancipation, particulièrement des femmes, ou le décloisonnement des tâches dites « ménagères ».

Le Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, dans sa volonté d'ouverture, des cheveux blonds aux cheveux gris, reste pleinement à votre écoute et vous remercie toutes et tous pour votre action démonstrative de la vitalité de nos aînés qui déconstruit les a priori.

Je vous remercie.

Assises des Aînés : Conclusions

Qu'est-ce que la CAS ? Une coupole

La Coordination des Associations de Seniors est née en 2004 sous l'impulsion de Christian Danis alors président de l'UCP, devenu ENEO. L'ASBL est coupole qui regroupe 11 associations représentant la toute grande majorité des aînés de Wallonie et de Bruxelles.

Il est utile de rappeler quelques-unes des missions que la Fédération Wallonie Bruxelles nous a confié par décret le 6 juillet 2012.

La CAS peut Transmettre, Communiquer et Témoigner.

Elle est amenée, dans le but de favoriser une bonne entente et une meilleure collaboration entre les générations à :

1. Émettre des avis soit d'initiative, soit à la demande dans l'ensemble du cadre des différents niveaux de pouvoir belges.
2. Informer et sensibiliser ses membres et la société civile ainsi que toutes ses parties prenantes.
3. Constituer un espace d'échange et d'information de bonnes pratiques.
4. Assurer une fonction de représentation là où les aînés ont l'occasion de s'exprimer et d'être entendus.

Des Assises : pour quoi faire ?

C'est à l'occasion de la journée d'étude consacrée aux 10 ans de la coordination qu'est née l'idée de l'organisation d'Assises des Aînés. Ce long chemin a été porté à l'origine par Dominique Blondeel et Josette Neunez. Ce travail aura duré près de 5 ans.

L'idée était que les aînés prennent la parole sur des thématiques qui les concernent mais en ouvrant le débat à l'ensemble de la société afin de proposer des pistes d'actions non pas pour eux mais par eux. Car les aînés sont des adultes expérimentés et non pas forcément des assistés. C'est ici l'image des grands aînés dépendants qui domine dans l'imaginaire collectif.

Les thématiques ont été choisies parmi les enjeux de société qui touchent davantage cette tranche d'âge de la population avec des besoins spécifiques. Ils restent des enjeux majeurs pour tous comme la santé, le lieu de vie, le revenu, la mobilité et la citoyenneté et l'accès aux TIC.

Concrètement, ce sont six journées de travail intenses et de débat constructifs qui ont rassemblés plus de 500 personnes.

Le véritable plus de la méthodologie choisie est la production de deux brochures qui illustrent la qualité des débats et surtout les pistes d'action proposées.

Elles existent à la fois en version papier et téléchargeable sur le site de la CAS : www.CAS-seniors.be

Elles sont vouées à circuler et à créer le débat pour alimenter les changements de société utiles à tous. Elles doivent être un levier de participation active des aînés dans le domaine politique, social, culturel, sportif et des nouvelles technologies ainsi qu'un outil de sensibilisation des médias et de la société à ce mouvement d'aînés actifs et impliqués.

Qu'en retenir ?

Les recommandations principales sont :

L'accessibilité aux nouvelles technologies par la création d'EPN dans chaque commune avec un accompagnement à la prise en main et la maîtrise de celles-ci.

L'OMS décrit la santé dans une approche globale alliant la nutrition et l'activité physique et l'accès aux soins de manière adaptée. Nous n'en demandons pas davantage.

La mobilité est devenue un enjeu de société face au changement climatique. Il s'agit de créer un maillage du réseau des transports en commun accessible à l'ensemble de la population car les aménagements valables à l'automne de la vie le sont aussi à son printemps (poussette, ...).

Des revenus décents et suffisants pour faire face aux charges grandissantes au travers du soutien des pensions légales.

Nous savons dès à présent que le colloque « Lieux de Vie » se prolongera dans des ateliers de travail autour des principes d'anticipation de l'évolution des lieux de vie à ses différents âges.

Enfin pour ce qui concerne la citoyenneté : une mise à jour des enquêtes sur les CCCA devrait être réalisée régulièrement afin de favoriser le maintien et le développement de cet outil à l'échelle communale. Les bonnes pratiques dans ces lieux de participations seront diffusées par l'accompagnement que la CAS propose à tout groupe le sollicitant.

Il est essentiel pour nous de continuer à valoriser les participations citoyennes à tous les âges de la vie. Dans le but de faire face aux enjeux aussi importants que le changement climatique, la fracture sociale, la fracture numérique ou l'évolution de nos filets de sécurité sociale... par ceux qui ont largement participé à en faire ce qu'elle est devenue.

« Il n'y a pas une vieillesse mais mille façons de vieillir » et ceux qui ont choisi de s'investir, de nous accompagner et de participer en témoignent.

Nous tenons ici à remercier chacune et chacun qu'il s'agisse des participants, des intervenants, des collaborateurs, du support logistique ainsi que toutes celles et ceux qui ont donné de leur « temps libre » pour mener ce beau défi à bon port.

Arlette Grapez-Nisot

Vice-présidente de la CAS



Quai Arthur Rimbaud, 20
6000 Charleroi
info@cas-seniors.be
www.cas-seniors.be

Editeur responsable :

Henri Lurkin, Président de la CAS