



A nalyse et plan par étapes pour la politique locale des seniors: de la menace à l'opportunité

2012/17

31 | 08 | 2012



Résumé

Les défis pour la politique locale des seniors sont énormes. Tel une épée de Damoclès, le mot vieillissement pend au-dessus de nos têtes depuis des décennies. Mais le moment est venu. Le nombre des soins supplémentaires à apporter aux personnes âgées dans les années à venir donne le vertige. Surtout si l'on sait que l'offre actuelle est déjà d'un volume insuffisant, et que la santé et le bien-être actuels de nos seniors sont susceptibles d'être améliorés. Cependant, cette prise de conscience n'a pas encore suffisamment pénétré le niveau local. Il y va de notre devoir à tous. Dans le même temps, les communes sont sous forte pression financière. Itinera rend les défis plus clairs, avec une information transparente jusqu'au niveau communal. Cela signifie-t-il que toutes les communes doivent à présent mettre leurs maigres ressources au service de la poursuite du développement et de l'organisation opérationnelle des soins classiques aux seniors? Absolument pas. Il convient d'une part de favoriser en priorité la collaboration, le réseautage, la coordination, le contrôle de la qualité et le soutien des fournisseurs spécialisés. D'autre part, les communes jouent un rôle essentiel dans l'élargissement de la politique locale des seniors. La prévention via le style de vie, soit l'environnement bâti/physique et social, constitue la clé d'une solution efficace. Afin de la concrétiser, Itinera définit un plan par étapes. L'approche sectorielle actuelle doit être dépassée à tous les niveaux gouvernementaux. Le défi imposé par la politique locale des seniors sera l'occasion d'une révolution positive de notre vie communautaire. Ceci bénéficiera non seulement aux personnes âgées, mais aussi à toutes les générations.

PIETER VAN HERCK
Senior Fellow Itinera Institute

Introduction

2012 est l'année du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle. Lors des décennies à venir, le nombre mondial des plus de 65 ans va quasiment doubler. Le nombre des plus de 85 ans va augmenter selon un facteur de 3,5. Le nombre de centenaires va même décupler (OMS, 2011). Nous avons bénéficié d'un grand nombre d'années pour préparer tout cela, mais nous ne l'avons finalement qu'insuffisamment fait (Scarfo, 2011). Si nous n'agissons pas rapidement, nous menaçons fortement les fonds publics (Kennedy, 2010). L'Union européenne l'annonce haut et fort: il faut agir maintenant. Il ne reste plus qu'une maigre 'fenêtre d'opportunité' avant que nous ne subissions le plein effet du vieillissement (UE, 2011). L'objectif est multiple: augmenter la qualité de vie des seniors, assurer la durabilité et l'abordabilité du système de soins de santé et, dans la mesure du possible, stimuler par une stratégie habile la croissance économique et le bien-être général.

Les besoins en matière de soins aux personnes âgées dans le proche avenir

Considérons d'abord les prévisions pour la Belgique. A l'horizon 2025, le nombre de personnes âgées nécessitant des soins résidentiels augmentera de 32% (KCE, 2011). Ce qui correspond à un total de 166.000 résidents (177.400 dans le pire des cas). Le KCE a calculé que d'ici 2025, 1.600 à 3.500 places devraient être ajoutées annuellement aux soins résidentiels. Le nombre de 1.600 suppose que nous puissions réaliser un accroissement de 50% des soins à domicile, au-delà des besoins du vieillissement.

Cela signifie qu'en ce qui concerne les soins à domicile, il faudrait rajouter un troisième prestataire de soins pour deux prestataires existants, sans compter les 60.000 prestataires d'aide qui, rien qu'en Flandre, manquent déjà aujourd'hui. Le secteur a déjà fait savoir que ce scénario n'est pas réaliste (KCE, 2011). Les besoins en croissance résidentielle approcheront donc plutôt les 3.500 places.

De plus, le nombre des plus de 85 ans va doubler à partir de 2025, avec une vague plus grande encore de besoins en matière de soins résidentiels. Cela se produira dans 13 ans seulement, autrement dit demain en termes de construction résidentielle. Les besoins sont les plus importants au Limbourg et à Turnhout, avec une augmentation respective du nombre de seniors de 86 et 77% d'ici 2025. Les mêmes régions seront confrontées à la plus forte augmentation des plus de 85 ans. Suit la région du littoral, avec une augmentation d'environ 50%. On peut parler d'un tsunami argenté et silencieux. Le nombre des seniors passera en Belgique de 17% en 2010 à 21% en 2025, et 26% en 2050.

La croissance actuelle en matière d'offre de soins

En Belgique, on a connu entre 2000 et 2011 un accroissement annuel moyen de 790 places seulement en soins résidentiels (KCE, 2011). En outre, la croissance actuelle est inégalement répartie à travers les communes. Certaines d'entre elles proposent une offre uniquement axée sur le court terme. D'autres disposent de réserves qui apporteront un certain soulagement dans le long terme. Un troisième groupe de communes affiche même à court terme une offre incomplète, souvent égale à zéro, au

cours des dernières années. La question se pose de savoir pendant combien de temps ces communes seront en mesure d'échapper à leurs responsabilités à l'égard de leurs habitants âgés. En complément à ce rapport, vous pouvez consulter la situation de votre commune via le site Web d'Itinera (www.ItineraInstitute.org). Vous y trouverez non seulement l'inventaire des centres de soins résidentiels, mais également celui concernant les résidences-services, les centres de jour et les centres locaux de services, par commune. Ces chiffres ne sont accessibles au public que pour la Flandre.

Il est important de savoir interpréter les chiffres pour les communes flamandes, et de ne pas ignorer que l'offre actuelle et l'offre prévue dans les prochaines années sont comparées aux normes officielles de programmation de la Communauté flamande. Pour les centres de soins résidentiels d'une commune, la réponse autorisée aux besoins est calculée sur une base de 1 à 32 places pour 100 seniors, réparties par catégories d'âge. Pour les résidences-services, le chiffre est de 2 places pour 100 seniors. Des calculs similaires sont effectués sur la base de 3.000 seniors pour un court séjour ou en centre de jour. Au maximum 1 centre de services local est financé pour 15.000 habitants. Ces chiffres parlent d'eux-mêmes lorsqu'on sait que la réglementation induit une pénurie. Les chiffres de programmation ne visent pas au-delà des cinq années à venir, une absurdité si l'on prend en compte le défi dépeint plus haut. La durée réelle nécessaire à l'établissement d'une nouvelle résidence se situe entre 5 et 10 ans, essentiellement en raison du retard administratif dans l'obtention des subsides à la construction.

Les régions comparées: pénuries actuelles

La Flandre est en tête devant Bruxelles et la Wallonie en ce qui concerne l'offre de formes semi-résidentielles de logement et de soins comme les résidences-services, les courts séjours, les centres de jour et les centres locaux de services. Les soins à domicile y sont également plus développés. Comparées à la Flandre, Bruxelles et la Wallonie n'ont réalisé que 10% du nombre de résidences-services. Par rapport à la Flandre, il y a 6 fois moins de places dans les centres de jour. Cependant, et même pour la Flandre, l'offre de certaines des formes semi-résidentielles reste désespérément basse, sur toute la ligne. On vise par exemple l'organisation d'un centre local de services par commune. Si l'on sait qu'une commune de taille moyenne compte plus ou moins 20.000 habitants, cela signifie qu'environ 3.400 personnes âgées y vivent, disséminées sur toute la commune. A l'évidence, les besoins sont bien plus importants qu'un seul centre. De même, dans le nombre d'heures autorisées en soins ambulatoires, les chiffres programmés ne sont pas atteints. Les services d'aide aux familles ou de soins complémentaires à domicile en sont un exemple, avec seulement trois quarts des besoins rencontrés en Flandre et un sixième à Bruxelles. Comparée à la Flandre, la Wallonie totalise 50% d'heures de moins en matière d'aide aux familles ou de soins complémentaires à domicile. De même, pour les soins résidentiels, la Flandre ne réalise que les trois quarts de ce qu'elle-même programme. En Flandre, il y a actuellement entre 109.150 et 162.629 seniors inscrits sur les listes d'attente des centres de soins résidentiels (van Buggenhout et al, 2012), et en moyenne 213 personnes qui attendent pour une seule place. Plus de 50% d'entre elles doivent

attendre au-delà de six mois. Ceci génère anxiété, frustration et sentiment de culpabilité, tant pour les seniors que pour leur entourage (van Buggenhout et al, 2012). Pour les résidences-services, moins de la moitié de l'offre programmée est réalisée; 60% des centres de jour; 30% des centres locaux de services.

A Bruxelles, on prévoit dans le futur une baisse de 4% de la proportion des seniors. Cependant, Bruxelles totalise aujourd'hui le plus haut pourcentage de plus de 80 ans. Même si Bruxelles rajeunit/reverdit, cela ne change rien aux défis auxquels elle sera confrontée. Bien que l'approche y soit essentiellement de type hospitalier, avec peu de soins à domicile, l'offre résidentielle y a baissé systématiquement depuis ces dernières années. Les tarifs journaliers des centres résidentiels sont maintenus particulièrement bas, dans le but d'assurer l'abordabilité tant pour les résidents que pour les autorités, dans des quartiers souvent difficiles. En même temps, le résident y bénéficie de moins de soutien (kiné, infirmières, etc.). En effet, on cherche aussi à préserver l'abordabilité pour le fournisseur. Ce qui, en raison du faible prix, s'avère néanmoins de plus en plus difficile. Bruxelles est prise dans un cercle vicieux, où se côtoient une offre moindre et des exigences structurelles réduites, à moins de posséder suffisamment d'argent pour payer plus.

La Flandre promet depuis longtemps déjà une offre complémentaire pour les néerlandophones de Bruxelles. Toutefois, cette offre est restée extrêmement basse jusqu'ici: 6,5% seulement des chiffres programmés pour les soins résidentiels; 2,5% des résidences-services; 13% des centres de jour. Des projets sont mis sur pied pour répondre à ce manque. Cependant, les places prévues proposent plus de soutien, des chambres plus grandes, etc. et donc... coûtent plus cher. Ceci ne profite pas aux Bruxellois qui ont les plus

grands besoins, mais n'ont pas les moyens.

En résumé, on peut dire qu'en matière de politique locale des seniors, la Belgique est confrontée à un manque d'offre classique de soins, et que cette situation s'aggravera drastiquement dans le futur si cette politique n'est pas remaniée. Ceci est d'autant plus vrai pour les formes innovantes de logement et de soins, insuffisamment développées à ce jour, et qui cependant constituent un maillon essentiel dans la prévention des besoins en matière de soins résidentiels.

En plus de l'offre, place aussi pour l'amélioration de la qualité et du bien-être

En dehors de la situation liée à l'offre, il y a aussi place pour une amélioration des conditions de bien-être de nos seniors. Mentionnons quelques exemples. En Belgique, vivre en milieu résidentiel est d'un coût supérieur aux pensions moyennes. De nombreuses personnes âgées sont donc obligées de vendre leur logement, comptent sur le soutien de leurs enfants ou du CPAS. L'accessibilité financière des soins aux personnes âgées constitue pourtant un objectif politique essentiel (Feldman & Oberlink, 2003; Robinson & Reinhard, 2009). Nos seniors sont-ils heureux? C'est le cas pour la plupart, plus même que pour les plus jeunes générations (Fondation Roi Baudouin, 2009). Toutefois, 22% se trouvent dans une situation d'inconfort psychique. Plus de 23% souffrent de troubles du sommeil (Enquête Santé Belgique, 2008). Les hommes plus âgés représentent un important groupe à risque en matière de suicide. Dans les maisons de repos, un résident sur deux prend des antidépresseurs (Van der Stichele et al, 2006), et 21% consomment des antipsychotiques (CM, 2011). La fré-

quence des contacts des personnes âgées avec les autres semble également baisser depuis quelques années. L'utilisation de matériel d'immobilisation dans les maisons de retraite est très variable, avec une fréquence moyenne de 50% (Milisen et al, 2011). Dans ce cas, 90% des seniors sont "attachés" en continu pendant plus de trois mois. 12,5% des personnes âgées qui vivent chez elles et souffrent d'une maladie chronique sont sous-alimentées. 60% des seniors vivant en milieu résidentiel connaissent un risque accru de sous-alimentation. Ceci n'est qu'un petit échantillon de tous les aspects de qualité qui comptent en matière de soins pour les seniors. Il y a place pour l'amélioration du bien-être général.

Le rôle des communes et des CPAS; le rôle des autres autorités

Les communes et les CPAS vont-ils subitement se mettre à construire, et à organiser par eux-mêmes les soins aux personnes âgées? Est-ce la voie à suivre? Un CPAS paie, par jour et par résident, 11 euros pris sur la caisse de la commune, pour les soins qu'elle administre elle-même. En Belgique, la situation financière des communes est sous pression. Il y a tout d'abord l'augmentation des dépenses. A titre d'employeur local, il faut couvrir la charge des pensions en hausse des fonctionnaires locaux, que les communes assurent à 100%. Dans les périodes plus difficiles, on enregistre également plus d'autres demandes et dépenses des CPAS. Il y a d'autre part une baisse des revenus. Le secteur énergétique rapporte moins de dividendes, en dépit de la hausse des coûts de distribution. Le dividende du holding communal n'existe plus. Les communes ne peuvent plus emprunter d'argent que pour une période plus courte que par le passé,

avant que ne soit exigé le remboursement. Cela coûte plus cher. En temps de crise, il y a aussi moins de recettes fiscales. En bref, 2 communes sur 3 seront en difficulté financière lors de la prochaine législature. Nous n'irons donc pas loin si, en tant que commune, nous organisons nous-mêmes l'extension des soins, et conservons peu de moyens pour d'autres priorités, comme le bien-être des personnes âgées.

Certaines parties de la solution ne relèvent pas de la compétence des communes, mais de la responsabilité des autorités régionales et nationales. Les types d'infrastructures qui soutiennent le vieillissement à domicile et les formes transitoires qui mènent graduellement aux soins résidentiels sont actuellement sous-financés. Un centre de jour requiert l'agrégation de deux infirmières pour 10 seniors. Ceci représente d'emblée un gouffre financier pour le prestataire. Il est donc logique que l'augmentation du nombre de centres de jour ne suscite pas l'enthousiasme. Un centre local de services, l'une des formes les plus novatrices présentant le plus de potentiel, n'est financé qu'à raison de 0,5 ETP pour le personnel. Cela signifie presque toujours une perte financière, car il faut en moyenne 5 ETP. Le financement a donc certainement besoin d'un ajustement ciblé pour stimuler l'extension de l'offre. On souffre actuellement d'un manque de coordination entre les normes régionales d'agrégation et le financement fédéral. Autre exemple de la vie quotidienne: si on souhaite moderniser un site et installer un ascenseur, ce dernier ne peut pas être placé à l'extérieur, car il est considéré comme inesthétique et non-respectueux des règles d'urbanisme. Il faut donc percer tous les plafonds, avec pour conséquence des coûts exponentiels. En matière d'urbanisme, les communes ont en effet un rôle facilitateur à jouer.

Sur le plan financier, les communes et les CPAS peuvent aussi jouer un rôle important de soutien

dans la création d'une offre accrue de formes de logement et de soins. Un exemple novateur est l'utilisation de certificats de résidence, déjà en développement à Anvers, Gand, Hasselt, Ostende, Schoten, etc. Le principe est le suivant: la commune émet une obligation à long terme (30 ans). En lieu et place d'un intérêt financier, l'acquéreur de l'obligation bénéficie par exemple d'un droit de logement dans la résidence-service pour laquelle le certificat de résidence est d'application. Avec un instrument budgétairement neutre, la commune a l'avantage d'être en mesure de créer une offre complémentaire. Elle bénéficie également d'une sécurité financière accrue en raison du crédit à long terme. Les personnes âgées et/ou la famille peuvent compter sur un droit au logement sans loyer. Le montant investi est remboursé à long terme (sans intérêts). Il n'y a pas de droits d'enregistrement à payer. De plus, les enfants qui investissent bénéficient d'avantages fiscaux en ce qui concerne la succession. Et enfin, les certificats de résidence sont un instrument utile pour également attirer des tiers en tant qu'investisseurs externes dans la création d'offre de logements et de soins. Eux aussi peuvent acheter ces obligations, et revendre aux personnes âgées le droit au logement contre une rétribution périodique.

Priorités pour les communes en matière de politique locale des seniors

D'une part, le soutien aux fournisseurs spécialisés, la collaboration, le réseautage, la coordination et le support de qualité doivent occuper une place centrale. D'autre part, les communes jouent un rôle essentiel dans l'élargissement de la politique locale des seniors. La prévention par le biais du style de vie, de l'environnement bâti/physique et

social constitue la clé d'une solution efficace.

Soutien aux fournisseurs spécialisés

Les communes et les instances supérieures devraient faire tout leur possible pour encourager les prestataires spécialisés à développer une offre complémentaire. Cela signifie en premier lieu la suppression de barrières. Le démarrage d'un centre de soins résidentiel, par exemple, n'est pas une sinécure. Il faut travailler entre 1 an et demi et 2 ans avant d'arriver au seuil de rentabilité (coûts de fonctionnement = recettes). Ce n'est que 7 à 8 ans plus tard qu'on récupère l'argent investi initialement. L'encouragement consisterait à: (1) ce que le gouvernement compense plus rapidement le préfinancement des centres de soins résidentiels; (2) offrir des garanties pour l'octroi de crédits; (3) s'attaquer aux problèmes de l'aménagement du territoire, et (4) réaffecter les 60% actuels de subsides de construction. Approfondissons les deux derniers points. En ce qui concerne l'aménagement du territoire, le gouvernement n'applique à ce jour qu'une priorité quasi fétichiste pour définir l'implantation d'un nouveau centre de soins résidentiel au centre d'une ville ou d'un village. C'est de là qu'émanent la plupart des objections soulevées par le voisinage au départ d'une philosophie du type «pas dans mon jardin». Ceci conduit à des retards importants, des adaptations, etc., aussi et surtout en raison de la complexité des procédures administratives. La bureaucratie, lorsqu'elle est source de ralentissement de l'extension de l'offre, doit être supprimée autant que faire se peut.

Actuellement, il est possible de faire financer par le gouvernement, via des subsides, 60% de la construction d'un établissement résidentiel. Dans les faits, cela signifie environ 5 ans de retard avant que le centre de soins résidentiel ne soit opérationnel. Sans ces 60%, par le seul fait

d'avoir pu ouvrir plus tôt, l'argent perdu aurait été récupéré depuis longtemps. Le gouvernement paie donc actuellement 60% de subsides à la construction, qui finalement sont entièrement dépensés dans les frais consécutifs au retard. Le retard même réfrène le dynamisme ambitieux qui devrait justement être pleinement actif. En outre, on peut faire bon usage des importantes ressources publiques utilisées comme subsides à la construction, pour soutenir différemment des initiatives de construction (comme dans les points précédents), ainsi que la politique intégrale locale des personnes âgées (voir plus loin).

Collaboration, réseautage et coordination

Les problèmes de coordination engendrent des problèmes de qualité (Oxley, 2009; OECD). En tant que personne âgée, sans coordination adéquate de la réponse à ses nécessités, on peut se retrouver coincé dans les mailles du système. L'importance d'une continuité coordonnée entre les infrastructures de logement est connue depuis bien plus longtemps déjà. En 2009, tant en Flandre qu'en Wallonie, une législation régionale a été instaurée, visant à aligner les soins à domicile avec les soins résidentiels par le biais des réseaux de logements et de soins (accords au sein de la filière, admission, transfert, etc.), ainsi qu'à assurer la coordination entre la première ligne et les liaisons externes avec les hôpitaux. Dans la pratique, les vases communiquent toujours difficilement, notamment en raison d'une offre encore très compartimentée et fragmentaire. Il subsiste encore de grands hiatus dans la filière, comme l'illustrent les carences d'offre décrites. Les seniors doivent encore souvent trouver leur propre chemin dans cet enchevêtrement obscur. Sans parler du fait qu'ils ou elles bénéficieraient d'un choix clair entre toutes les alternatives axées sur la demande. Malgré de nombreuses bonnes intentions, le concept danois des zones de loge-

ments et de soins est loin d'être d'application dans notre pays. Sur ce plan, nous avons encore beaucoup à apprendre des autres. A ce jour, nous ne bénéficions ni de case management, ni de financement intégré, ni d'une banque informatique adéquate d'échange et de coordination. Il existe un besoin urgent d'un accompagnement du trajet des seniors, étape par étape, vers des soins appropriés et pendant ceux-ci. Imaginez qu'un prestataire de soins accompagne les personnes âgées à travers les différentes formes de logement. Ceci est impensable dans notre système actuel. Au niveau communal, en collaboration avec les arrondissements et les provinces, le suivi concret de l'existence des réseaux globaux de logement et de soins assurant la continuité et la transition en douceur des soins aux personnes âgées constitue l'une des principales priorités de la politique locale des seniors.

Focalisation sur la qualité et le bien-être

Jusqu'ici, nous avons dans notre analyse essentiellement parlé de la création de l'offre complémentaire de soins et de la coordination nécessaire. Il s'agit en effet du nœud du défi auquel nous serons confrontés. Cependant, la clé de la solution à long terme anticipe la phase des soins, et passe par la stimulation de la santé et du bien-être chez les personnes âgées (prévention primaire) et le maintien des fonctions lorsque surviennent des limitations (prévention secondaire). La solution réside dans le fait de maintenir autant que possible les seniors en bonne santé et actifs, ce qui permet d'éviter partiellement les soins (Oxley, 2009; OCDE).

'It is never too early and never too late to promote health' (Oxley, 2009; OECD)

Comme montré plus haut, la qualité des soins et le bien-être des personnes âgées ne sont pas

toujours optimaux. Il est vrai que les prestataires de soins font des efforts pour améliorer la situation là où cela est possible. L'inspection des soins assurée par les autorités stimule elle aussi la qualité, par le biais du suivi de critères de reconnaissance essentiellement structurels (par exemple: personnel/formation). On peut scientifiquement affirmer qu'une large palette de points d'obser-

vation chez les personnes âgées exige une mesure et un suivi en continu, pour une adaptation appropriée le cas échéant. Sans entrer dans les détails, nous reprenons dans le tableau ci-dessous 30 points d'observation sur lesquels on se concentre à l'échelle internationale.

Tableau 1. Aspects de qualité des soins aux seniors (dans un ordre aléatoire)

Statut fonctionnel	Démence	Douleur	Immobilisation	Qualité de vie
Incontinence	Satisfaction	Sous-alimentation	Polypharmacie	Délire
Sédatifs	Visites aux urgences	Statut cognitif	Escarres	Infections
Chutes	Dépression	Décès	Hygiène des mains	Nombre de prises en charge dans une forme de soins plus lourde
Vaccination	Hydratation	Comportement des plus âgés	Utilisation de la sonde	Dépistage
Erreurs et incidents	Observance du traitement	Abus	Maladies chroniques	Plaintes

Ces aspects de qualité sont pertinents pour toutes les formes de logement et de soins, du cas à domicile à la MRS. La liste peut encore être élargie. Une mesure effectuée à l'aide d'indicateurs de structure, de procédure et de résultats est recommandée. Les communes sont coresponsables de la santé et du bien-être de leurs personnes âgées. Ainsi, le soutien d'une politique de qualité ciblée fait toujours partie d'une politique locale des seniors à part entière.

Une approche préventive, axée sur le mode de vie

On n'insistera jamais assez sur l'importance d'un mode de vie sain pour le maintien du bien-être des personnes âgées. Des facteurs personnels tels que l'âge, les stratégies d'adaptation et le niveau de formation contribueront à déterminer le résultat (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). Le KCE identifie le grand âge, l'absence d'un bien immobilier propre, les limitations fonctionnelles et cognitives ainsi que le fait de vivre seul comme des facteurs prédictifs augmentant fortement le risque d'une prise en charge en milieu résidentiel.

Les personnes âgées constituent un groupe de population très hétérogène. On ne peut pas parler des seniors en général. Nous avons encore d'une part l'image de personnes âgées fragiles, présentant un risque de malnutrition mais, d'autre part, nous voyons arriver une vague de seniors qui souffrent d'obésité (Institute of Medicine, 2012). En Flandre, 52% des plus de 75 ans mènent une vie essentiellement sédentaire (Enquête Santé Belgique, 2008). Les personnes âgées ont de plus mauvaises habitudes alimentaires que les plus jeunes générations, avec une surconsommation de sucres, de lipides et de sel, et une sous-consommation de fruits et légumes (Test-Achat, 2009). Prévention et gestion de soi sont ici les mots-clés. Toutefois, pour agir effectivement en autogestionnaire, il faut, qu'on soit déjà âgé ou en route vers le vieillissement, bénéficier soi-même de la liberté de pouvoir faire les bons choix, en gestionnaire éclairé; la liberté de pouvoir prendre soi-même sa vie en main. Les jeunes comme les personnes âgées sont souvent soumis à une pression extérieure, ce qui ne facilite pas les choses (Robinson & Reinhard, 2009).

La prévention chez les personnes âgées ne doit pas être soutenue seulement par les vaccinations et le dépistage, mais aussi et tout autant par l'ensemble des règles de prévention qui sont de mise pour les autres groupes d'âge de la population (Feldman & Oberlink, 2003). En effet, 80% du coût des soins de santé sont liés à des maladies chroniques (Hunter et al, 2011). Ce que nous apprenons à nos enfants, et ce dont nous entendons souvent dire que c'est bon pour la santé de chacun d'entre nous, est tout aussi sain pour les personnes âgées dans notre société: activité/sport, interaction sociale, alimentation, etc. (Cooper et al, 2011). Ce sont justement les patients souffrant d'une maladie chronique qui courent plus tard dans leur existence un risque accru de limitations fonctionnelles et de déclin prématuré. Les aînés les plus âgés ont plus à gagner à une prévention continue afin de maintenir leur bien-être (Baert et al, 2011).

Intégration des soins médicaux dans la politique des seniors

Mieux vaut prévenir que guérir ou, à long terme, devoir continuer à bénéficier de soins. A ce jour, les soins médicaux sont souvent artificiellement maintenus à l'écart des autres domaines d'attention chez les seniors, alors qu'ils en font partie intégrante. En première ligne assurément, il y a des barrières qui pourraient être supprimées: distance ou absence de moyen de transport, temps d'attente longs et inconfortables, fardeau administratif, attitude pas toujours optimale des prestataires d'aide et du personnel d'encadrement envers les personnes âgées, temps et soutien émotionnel que le prestataire de soins peut consacrer aux seniors, bénéficier ou non d'un entraînement gériatrique spécifique, politique en matière de médicaments chez les personnes

âgées, etc. (OMS, 2004). Les seniors, leur famille et leurs amis peuvent également jouer un rôle plus actif, en détectant à temps les signes de déclin fonctionnel, physique ou mental (Robinson & Reinhard, 2009). Les rôles responsabilisés et responsabilisants pour les personnes âgées ainsi que les soins de proximité en matière d'assistance de prestataires de soins professionnels s'élargiront fortement dans l'avenir.

La polymédication, la prise de trop de médicaments différents, est un exemple d'un problème de médicalisation qui mérite une approche plus intégrée et cohérente. Les aînés, tout comme les personnes d'autres catégories d'âge, font souvent du "shopping" de médicaments auprès de différents prestataires de soins, ce qui supprime la vue d'ensemble. Grâce au dossier médical global, le médecin traitant devrait mieux pouvoir juger et adapter là où c'est nécessaire. Dans la pratique, pas tous les médecins traitants n'identifient le problème. En matière de médicaments, l'aîné est souvent traité de la même manière que n'importe quel autre adulte. En fait, tout comme les enfants sont mentionnés séparément dans une notice, les aînés les plus âgés (plus de 75 ans) requièrent une attention particulière, en accord avec le gériatre. Malgré l'étendue des conséquences de ce problème, les communes et autres personnes concernées hors milieu médical doivent développer, en accord avec les prestataires de soins (médecin, pharmaciens, etc.), les stratégies actives nécessaires.

Politique locale des seniors élargie: environnement physique, matériel, naturel et social

L'environnement peut soutenir comme contrer le fonctionnement général au quotidien et la participation sociale. Nombre de nos constructions modernes, le transport, la technologie, notre travail sédentaire, etc. réduisent notre activité physique et notre interaction sociale (Cooper et al, 2011). Nous recevons plus d'incitants et d'accès à ce qui est malsain qu'à ce qui est bon pour nous. Beaucoup de nouveaux quartiers sont exclusivement axés sur les besoins des jeunes familles: délimitations strictes des zones, accessibilité en voiture uniquement, absence de bancs publics... Nous vivons dans des maisons "Peter Pan", comme si nous ne devions jamais vieillir (Scharlach, 2009). Nous vivons environ 30 ans dans la phase la plus tardive de la vie, et celle-ci reste cependant nettement moins planifiée que les phases précédentes (Kennedy, 2010). L'inverse est cependant possible. En outre, notre environnement physique exerce une influence sur notre bien-être mental. Ceci est plus vrai encore pour les personnes âgées.

Activité physique

Il a été abondamment démontré que les personnes âgées physiquement actives sont aussi en meilleure santé. Non seulement leur bien-être psychique (y compris la prévention des dépressions) et leur qualité de vie s'améliorent mais, plus important encore, l'activité physique prévient l'apparition de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles permanentes (Hunter et al, 2011; Wennberg et al, 2010). Surtout chez les seniors les plus vulnérables, qui courent un risque accru de déclin de leurs fonctions du fait qu'ils luttent

déjà contre des maladies ou des limitations, l'activité physique est essentielle pour éviter le pire: une plus grande dépendance, ne plus être en état de fonctionner chez soi, avec pour conséquence un inévitable déménagement vers une forme de logement résidentiel (Baert et al, 2011; Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). L'effet positif de l'activité physique sur la santé est un motivateur important, surtout pour les aînés, encore trop peu mis à profit dans le cadre de l'assistance et de la politique (Baert et al, 2011). Par exemple, la marche à pied est d'autant plus importante pour les personnes âgées qui ne peuvent plus se déplacer en voiture ou à vélo. Les seniors font à pied 30 à 50% de leurs déplacements à l'extérieur (Wennberg et al, 2010). De nombreuses communes associent directement activité physique et sport. Un tel loisir n'est certes pas sans importance: l'accès à des infrastructures récréatives est associé à l'activité physique et à la santé (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). Toutefois, à un niveau bien plus fondamental, il s'agit d'amener les personnes âgées à sortir régulièrement de chez elles, pour une promenade à pied ou à vélo. Ce qui est bien plus que le sport: cela concerne chaque déplacement à l'extérieur au cours duquel on fait un effort physique, de même que les travaux de jardinage; aller au magasin, à la poste ou à la banque, à la piscine ou au cinéma, rendre visite à des amis ou à la famille. Faire un tour au parc. Les 30 minutes d'activité physique quotidiennes conseillées généralement ne sont effectivement atteintes que par 1 citoyen européen sur 2. Pour les aînés c'est encore moins (Baert et al. 2011).

Activité sociale

Il est directement évident que les besoins des personnes âgées ne peuvent être dissociés les uns des autres, et qu'ils se renforcent souvent mutuellement. L'accès aux bonnes infrastruc-

tures et magasins contribue à une alimentation saine et suffisante, à l'observance thérapeutique en cas d'utilisation de médicaments, à la gestion financière (payer les factures à temps), etc. (Clarke & George, 2005). Grâce à l'activité physique, la personne âgée est plus en mesure de rencontrer et de rendre visite aux autres. Ceci renforce à son tour le réseau social, le sentiment d'appartenance et l'engagement social. Ici également, des études ont montré une relation évidente avec la santé et le bien-être. Outre l'activité physique, l'appartenance à un réseau social est l'un des meilleurs garants du bien-être physique et mental des personnes âgées (Gardner, 2011; Yen et al, 2009). Cela détermine également la qualité de vie, la santé (risque de décès), et la mesure dans laquelle les soins supplémentaires et les frais y afférents peuvent être évités, pour soi-même comme pour les autorités à tous les niveaux. Il y a par exemple un risque plus grand de démence chez les personnes seules que chez les personnes mariées (Fratiglioni et al, 2000). Les seniors dont le réseau social est mauvais courent un risque de démence de 60% supérieur aux autres. Le degré de participation à la vie associative et le sentiment d'appartenance sont positivement liés à la prévention de la maladie et du décès (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). Ce n'est pas tant la fréquence que la qualité des contacts sociaux qui a de l'influence. Cela concerne les relations informelles quotidiennes, une dépendance mutuelle, l'humour, le fait de s'amuser ensemble, etc. (Gardner, 2011). De tels contacts directs entraînent une plus grande participation sociale (Buffet et al, 2012). Dans une étude flamande portant sur les besoins, la participation de voisinage est considérée comme très importante (Verté, 2007). Une participation concrète accroît le sentiment d'attachement au quartier et le sentiment de contrôle (Buffet et al, 2012). Des initiatives innovantes, comme l'habitat groupé (voir par exemple l'asbl

Samenhuizen vzw), ou l'habitation protégée près d'un centre de soins, existent dans notre pays, mais sont encore malheureusement très rares. Cependant, jusqu'à 25% des personnes âgées sont intéressées par ces initiatives. Le rôle joué par les illustres anonymes comme le chauffeur de bus, le postier, l'éboueur et le releveur des compteurs a lui aussi son importance. A l'inverse, la participation des amis, de la famille et des voisins encouragera la personne âgée à l'activité physique (Baert et al, 2011; Booth et al, 2000). Si l'on considère qu'un senior choisit explicitement de faire de l'exercice à l'extérieur, le besoin sera essentiellement, outre une infrastructure sportive, l'accès à un parc local.

Aménagement du territoire

Les espaces verts jouent indubitablement un rôle pour un vieillissement sain (Gardner, 2011; Kweon et al, 1998; Maas et al, 2006). La nature agit non seulement par le biais de l'activité physique et sociale, mais aussi de la réduction du stress et la stimulation des incitants cognitifs (également connue sous le nom d'"*attention restoration*"). L'environnement doit avant tout être conçu de manière mixte et diversifiée, et offrir des possibilités de multifonctionnalité et d'interactivité (Michael et al, 2006; Yen & Anderson, 2012). Plus il y a de voies intérieures, mieux c'est. L'aménagement moderne des rues en damier répond moins aux besoins des seniors que les chemins sinueux des villes et des villages anciens (Berke et al, 2007). Dans tous les cas, une bonne politique des seniors demande un aménagement différent du territoire en zones. La stricte distinction entre zones d'habitation, zones récréatives et commerciales, zones vertes, etc. est en effet contraire à l'aménagement qui favorise le mieux un vieillissement sain (Scarfo, 2011). Un aménagement du territoire plus diversifié stimule le fonctionnement au quotidien, la promenade à pied et

à vélo (Clarke & George, 2005). Il exerce également un effet préventif en matière d'accidents de la circulation. En ce qui concerne l'aménagement du territoire et la conception de nouveaux projets aussi, la participation démocratique des aînés dans la prise de décision est un must. Le développement actuel de projets immobiliers à grande échelle ne sont pas bien vus dans la littérature en raison du contrôle direct unilatéral sans beaucoup d'intervention. Ceci pourrait mener à une ségrégation encore plus grande des divers groupes cibles en fonction de leurs revenus ou de leur provenance, ainsi qu'à un environnement non sécurisé pour les aînés, les enfants et d'autres groupes fragiles (Buffet et al, 2012).

L'environnement dans tous ses aspects

Imaginez que vous avez atteint un âge avancé et que vous décidez si vous allez faire un tour quelque part ou, au contraire, rester à la maison dans votre fauteuil. Un grand nombre de facteurs liés à l'environnement contribueront inconsciemment à influencer votre décision (Yen et al, 2009). La neige et le verglas en hiver, les véhicules en stationnement qui entravent votre route (vélos et motos y compris), les trottoirs enfoncés ou bosselés, les feuilles et branches, les déchets et les sacs poubelle, la qualité de l'éclairage, les niveaux de bruit et de fréquentation, les rétrécissements, montées et descentes, la présence ou non de points de repos (un banc public confortable et bien entretenu), l'aide pour les aveugles, suffisamment de toilettes publiques, la beauté et l'attrait du paysage, etc. Pour le citoyen moyen, certains de ces points peuvent paraître futiles mais, pour une personne âgée qui fait chaque jour le constat de sa plus grande vulnérabilité et qui parfois doit se déplacer avec une béquille, un rollator ou en fauteuil roulant, tous ces aspects sont nettement moins évidents. Des études montrent que lorsqu'on mise sur l'amélioration

de ces différents aspects de l'environnement, les personnes âgées sont plus heureuses et se déplacent moins difficilement (Wennberg et al, 2010). L'environnement de proximité a également son influence sur la santé et le bien-être par le biais des infrastructures disponibles (soins, récréation, alimentation...), de la stimulation de l'interaction sociale formelle et informelle (Buffet et al, 2012), de la pollution, de la circulation, de l'hygiène, de l'exposition au stress et du niveau d'isolement (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009; Yen et al, 2009). Les personnes âgées connaissent des niveaux relativement élevés de stress, dus à la perte du contrôle et de l'autonomie, aux changements dans les revenus et la sécurité financière, aux modifications des cercles sociaux (par exemple, les décès dans la famille ou parmi les amis), à l'éventuelle nécessité d'un déménagement, etc. C'est surtout la manière dont l'aîné perçoit son environnement qui influencera son comportement de manière positive ou négative (Buffet et al, 2012).

L'habitat des seniors; l'adaptation des bâtiments

Cela signifie-t-il qu'il ne faut intervenir que sur l'environnement extérieur? Non, mais il s'agit d'un aspect essentiel et partiellement négligé de la politique communale des seniors (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). En outre, le même travail d'amélioration doit être réalisé à l'intérieur des logements. C'est en effet là que les personnes âgées passent le plus clair de leur temps, et qu'elles courent, toutes proportions gardées, le plus de risques en ce qui concerne la capacité fonctionnelle. Par exemple, un niveau suffisant de chauffage est associé à la prévention de problèmes respiratoires et gastro-intestinaux (Clarke & George, 2005). Qu'en est-il de l'entrée et de la sortie? Le passage est-il accessible et suffisamment large? Y a-t-il un seuil ou des marches? Y a-t-il des escaliers à l'intérieur?

La douche est-elle sans seuil? Les adaptations ultérieures sont efficaces, mais aussi relativement coûteuses (Hunter et al, 2011). Mieux vaut, lors de la construction, s'en tenir aux principes de l'"Universal design". Cela signifie qu'une habitation restera utilisable par tous ses occupants, en raison de sa conception intelligente. Alors qu'on prévoit 3.000 euros de supplément pour une construction nouvelle, l'adaptation d'une maison existante démultiplie cette somme, parfois même jusqu'à 50.000 euros. Il est donc impératif de stimuler cela dès le début via le financement et la réglementation, des campagnes, des pratiques exemplaires, etc. 50.000 habitations de seniors ne bénéficient même pas du confort de base (chauffage, eau chaude courante, toilettes) (Winters, 2009). Il faudrait avoir pris conscience de la nécessité d'un logement adapté avant que l'on n'atteigne un âge avancé. En matière de logements aussi, "mieux vaut prévenir que guérir".

Tout ceci est également valable pour les divers autres bâtiments fréquentés par les personnes âgées: la gare, l'arrêt de bus, le magasin, la pharmacie, le coiffeur, etc. Les escaliers sont-ils pourvus de rampes, et les marches sont-elles marquées de couleurs contrastées? La porte est-elle lourde ou automatique (de préférence, pas de porte tournante)? Une rampe en pente pas trop raide est-elle prévue?

Dans leur propre logement, les personnes âgées n'identifient pas toujours, ou trop tard, la présence de risques susceptibles d'affecter grandement le fonctionnement. On continue à vivre dans une maison dangereuse sans s'en rendre compte. Les entraves liées au domicile comprennent les escaliers, la taille de l'habitation, l'éloignement par rapport aux enfants, etc. En Flandre, 15,2% seulement des habitations sont bien adaptées (Verté, 2007). Les adaptations des habitations constituent une partie essentielle

de la politique des seniors (Feldman & Oberlink, 2003). De même, la réglementation concernant les maisons (location ou achat) peut, de manière proactive et préventive, être mieux orientée sur la gestion des limitations liées à l'âge (Plouffe & Karnache, 2011). Des études indiquent que le fait de pouvoir apporter soi-même des adaptations à son domicile conduit à plus d'indépendance et de bien-être, dans la mesure où la réglementation extérieure (trop dirigiste?) exerce moins son influence limitatrice (Oswald et al, 2007). À l'inverse, il ne faut pas imposer les adaptations, mais plutôt les stimuler. L'abordabilité du logement constitue également un problème pour certaines personnes âgées.

Transport, voyage, possibilités de déplacement

L'accent mis sur l'activité physique et sociale de proximité, où l'encouragement à sortir de chez soi est le commencement de tout, ne diminue en rien la valeur ajoutée de la possibilité pour les personnes âgées de pouvoir continuer à se déplacer sur de plus grandes distances, par leurs propres moyens ou en transports en commun. Les seniors voyagent et se déplacent encore beaucoup, et sont tout aussi attachés à leur véhicule que d'autres. Possibilités de parking, cours de conduite, réseau de chauffeurs bénévoles, taxis abordables, etc. sont autant d'aides qui l'encouragent. Les femmes âgées et les personnes souffrant de limitations marquent une forte préférence pour le bus (Collia et al, 2003). Néanmoins, les transports en commun ne sont pas encore beaucoup utilisés. Ceci est également valable pour la majorité des personnes âgées en Flandre (Verté et al, 2007). Mieux encore, une étude réalisée aux États-Unis a montré une utilisation de 12% seulement des infrastructures spéciales de transport destinées aux seniors (*dial a ride shuttle*) et ce, malgré les limitations qui entravent véritablement leur mobilité restante. Ceci génère des points d'at-

tion particuliers. En ce qui concerne les transports en commun: réelle proximité d'un arrêt de bus, fréquence suffisante des horaires, minimum de retards, suffisamment d'espace dans l'abribus, plateforme d'embarquement surélevée ou marche d'accès au bus plus basse, etc. En Flandre, les seniors sont relativement mécontents de l'offre des transports en commun (Verté, 2007).

Sécurité: du trafic aux chutes en passant par la criminalité

Cette description montre aussi clairement que l'activité physique et les besoins y afférents interagissent fortement avec la sécurité, perçue et réelle, à domicile ou aux alentours. La perception de la sécurité influence le degré de participation sociale de l'aîné (Buffet et al, 2012). Inversement, la participation stimule la perception de la sécurité. Les aînés peuvent jouer un rôle actif en matière de sécurité au travers d'initiatives de quartier contre les cambriolages, en surveillant la maison du voisin absent, via le contrôle social à l'égard de les véhicules inconnus, en dressant la carte des endroits à risque, etc. Au lieu de l'évitement, ceci stimule davantage une perception positive et un sentiment de contrôle (Buffet et al, 2012). Dans notre société dominée par la voiture, il nous faut d'abord penser à la circulation (Dumbaugh, 2008; Whelan et al, 2006). En tant que piétons, les personnes âgées sont les principales victimes de la circulation connaissant une issue fatale. Une personne âgée au moins décède tous les deux jours à cause du trafic (Casteels & Nuyttens, 2009). La moitié des plus de 60 ans ont peur du trafic, ce qui induit un comportement d'évitement (VAB, 2012). Chez les personnes âgées souffrant de limitations, nous remarquons une relation inversement proportionnelle entre auto-dépendance de proximité et le fait de faire ses courses en toute indépendance, la gestion de l'argent et la capacité à se débrouil-

ler hors de chez soi. (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). Notre monde est littéralement construit autour de la voiture comme moyen de transport. Il convient d'y intégrer autant de sécurité que possible, via les passages pour piétons, les feux de signalisation commandés directement par les personnes âgées et qui leur laissent suffisamment de temps pour traverser, les ralentisseurs de vitesse, les bandes vertes entre la chaussée et le trottoir (Michael et al, 2006).

Outre la sécurité routière, il est tout aussi important d'avoir à l'œil les autres aspects de la sécurité, comme le risque de chute. Les chutes constituent pour les personnes âgées un problème largement sous-estimé. 25 à 35% des personnes qui vivent chez elles tombent une fois par an (50% pour les plus de 80 ans). Il en résulte des blessures graves pour 20% d'entre elles. Dans les centres de soins résidentiels, 30 à 70% des personnes âgées tombent au moins une fois par an (Milisen et al, 2012). Les chutes constituent la cause principale de décès pour les plus de 75 ans. A l'extérieur, il y a une relation directe avec l'état des trottoirs et des routes (Wenjun et al, 2006). Enfin, le degré de criminalité (perçue) dans le voisinage constitue l'un des principaux soucis des seniors, et l'un des plus grands obstacles empêchant de mener une vie sociale et physique active hors de chez soi, et donc de gérer seul la prévention. Les sentiments d'insécurité sont très déterminants pour le comportement d'évitement, surtout si on a déjà vécu une expérience négative. Moins de monde en rue augmente à son tour le sentiment d'insécurité et le risque de criminalité (Clarke & George, 2005). De nombreuses mesures, même si elles ne sont pas spécifiquement destinées aux personnes âgées, peuvent tout de même s'avérer bénéfiques: surveillance caméra en rue, enlèvement des graffiti, aménagement de parcs axé sur la sécurité, etc. La peur de nuire à sa santé est un

frein très typique à l'activité physique, spécialement chez les aînés. La peur de tomber, d'avoir mal, de se blesser, de forcer après une opération, etc. Une telle peur, en partie fondée et en partie non-fondée, doit recevoir suffisamment d'attention de la part tant des prestataires de soins que du politique (Baert et al, 2011).

Emploi et bénévolat

L'activité physique et sociale s'obtient aussi en mettant ou en maintenant les personnes âgées au travail. Il peut s'agir de travail rémunéré comme de bénévolat, ou d'une combinaison des deux (Feldman & Oberlink, 2003; EU, 2011). Ceci épargne non seulement des frais par l'économie des besoins de soins, mais contribue aussi à une hausse de la productivité comme de la capacité globale de l'économie. Même si, par exemple, l'augmentation de l'âge de la retraite ne relève pas du domaine local, il existe un grand nombre d'autres possibilités permettant à une commune de stimuler l'emploi et le bénévolat chez les personnes âgées: mentorat ou coaching après la pension, partage d'emploi, cessation progressive de l'activité, formation ciblée, remaniement commun des conditions de travail, etc. Les seniors régressent peut-être sur le plan physique, mais ils sont porteurs d'une sagesse et d'une expérience de vie d'une grande importance pour les autres générations et la société.

L'interaction des domaines de préoccupation

La politique locale des seniors réside donc dans les nombreuses petites choses de la vie de tous les jours, que les seniors et leur entourage peuvent vivre positivement ou négativement. Toutes ensemble, elles donnent forme à la vie de chacun d'entre nous, y compris les

personnes âgées, pour lesquelles elles revêtent une importance décisive. En particulier, l'accumulation de différentes barrières peut s'avérer néfaste. Pour peu qu'on en prenne conscience, pratiquement tous les aspects significatifs de l'environnement bâti, matériel, naturel et social peuvent être contrôlés et gérés par la commune. De nombreuses communes jouent d'ailleurs sur de telles possibilités d'amélioration du monde des personnes âgées. Toutefois, le total est supérieur à la somme des parties. Nous constatons souvent que les plans de politique des seniors présentent une approche fragmentaire de tous ces domaines de préoccupation, sans aucune vision sur l'interaction et la cohérence.

Le total est supérieur à la somme des parties

Il est aisé de donner une forme intégrée globale lorsqu'on part d'une page blanche, comme par exemple pour la création d'un nouveau quartier. Cette occasion se produit toutefois trop peu souvent. L'immense majorité de notre espace de vie est déjà rempli, et axé sur la population des jeunes et des adultes qui souhaitent se déplacer le plus rapidement et le plus efficacement possible du point A au point B. Beaucoup d'espace a été utilisé pour ce faire. C'est la raison pour laquelle la rue encombrée est devenue le centre de construction, lorsqu'elle n'a pas dû laisser place au trafic. Nous devons malheureusement constater que, pour de nombreuses personnes âgées, il n'y a plus guère d'autre choix que de s'asseoir et de regarder, au propre comme au figuré. La question se pose de savoir si ces adaptations sporadiques et fragmentaires, si ces investissements souvent coûteux dans la longue liste des aspects environnementaux ont encore un sens. Il est certain que oui, mais ils sont en soi insuffisants. Il convient de créer délibérément des liens entre toutes les parties, qui apportent clairement une plus-value au plan d'ensemble global. L'art

consiste ici à partir à chaque fois du mode de vie et des besoins des seniors. On peut installer des bancs publics partout dans la commune, mais il s'agit d'un investissement coûteux, qui pourrait bien s'avérer superflu çà et là. Une analyse des habitudes de déplacement des personnes âgées dans la commune, avec une identification de toutes les destinations significatives (poste, banque, magasin, maison communale, théâtre, association, etc.) permet d'aider à investir d'une manière plus ciblée. Ceci permet aussi de révéler des points problématiques quant aux distances et à la logique de la localisation de certaines infrastructures, qu'on peut alors parfois corriger de manière créative pour le futur (bureaux de poste et agences bancaires supplémentaires, etc., là où les personnes âgées se sentent bien et souhaitent se déplacer). Imaginez qu'en tant que commune vous soyez confrontée à une accumulation locale de barrières et de menaces qui empêchent l'aîné de s'y sentir à l'aise: une rotation rapide de la population avec de nombreux nouveaux arrivants, un statut socio-économique inférieur généralisé, un environnement physique peu attrayant, etc. Cela signifie-t-il qu'une politique locale des aînés est vouée à l'échec? Non. Des changements perçus de manière négative peuvent être rééquilibrés grâce à des actions politiques positives, soutenues par les aînés eux-mêmes (Buffet et al, 2012). On transforme pour ainsi dire une menace en opportunité. Une rotation importante de la population peut aussi être perçue de manière positive, si on peut bien faire correspondre nouveaux venus et aînés locaux. Quelquefois cela fonctionne, mais parfois les différences sont trop grandes. On sous-estime également souvent l'effet des évolutions économiques locales. La fermeture d'une usine au cœur d'un village, peut avoir un effet désastreux sur la manière dont les aînés percevront le futur du quartier. Un plan de réorientation opportun et effectif est aussi un must pour une politique des aînés locale (Buffet et al, 2012).

Un moyen terme entre intégration large et concentrée

Avantages d'une approche globale

Combien de communes ne connaissons-nous pas dont les infrastructures sont largement disséminées dans toute la ville ou le village, au point que même les personnes plus jeunes sont parfois épuisées par leurs déplacements à pied? Nous touchons ici à un point de discussion dans la littérature sur la politique des seniors. Il y a d'une part les partisans d'une intégration large des personnes âgées dans tous les quartiers, indépendamment du degré d'urbanisation, du trafic, etc. L'avantage est qu'on stimule alors la diversité globale, où diverses générations habitent côte à côte et peuvent se soutenir mutuellement. En effet, certains seniors se plaignent du fait de vivre dans un quartier où les personnes âgées sont majoritaires. L'un des derniers slogans est: "aging in place". On souhaite pouvoir passer les différents stades de sa vie au même endroit, sans devoir déménager, ou avec un minimum de déplacements au sein de son quartier. Le déménagement n'est alors plus tant l'affaire de l'âge que du niveau de fonctionnement. La majorité des seniors atteignent en effet un âge avancé en bonne santé. Seule une minorité passera par tous les stades, de la maison aux soins à domicile, aux soins de jour ou à la résidence-service/habitat assisté, au centre de logement et de soins, avec différentes variantes possibles. Un "aging in place" réparti de manière très homogène constitue effectivement le scénario le plus favorable, si toutefois une partie de l'identité et de la vie sociale a été construite au fil des ans dans son propre quartier. Un déménagement hors de ce quartier est alors souvent synonyme de perturbation à risque. Pour un quartier, ceci implique la présence de logements à louer lorsqu'on se lance dans la vie, de maisons plus grandes

pour les familles plus matures, d'habitations plus petites pour les personnes plus âgées, et de formes d'habitation assistée pour les personnes souffrant de limitations (Nelson, 2010). Ceci va fortement à l'encontre de la politique actuelle et de la réglementation qui l'accompagne. Les habitants locaux ne sont d'ailleurs pas toujours très enthousiastes, eux non plus.

Inconvénients d'une approche large

Le grand inconvénient de ce type d'approche vient de ce qu'on part d'une image idéale de l'environnement, une image qui, en de nombreux endroits, ne correspond pas à la réalité. Dans le long terme, il est possible d'intégrer partout un quartier suffisamment vaste, calme, verdoyant, etc., mais ceci implique souvent des investissements drastiques et la nécessité de redessiner l'ensemble du paysage. En outre, le trafic dense n'aura pas disparu du jour au lendemain. Cette dissension entre exigences et possibilités, entre rêve et réalité, conduit à court terme souvent à des investissements timides qui, en conséquence, sont insuffisamment efficaces en matière d'activation physique et sociale des personnes âgées. Et surtout en ces temps financièrement difficiles, il y aura encore plus de choix à faire. C'est pourquoi certains, dans leurs écrits, préconisent une utilisation plus ciblée et efficace des environnements qui, d'emblée, correspondent mieux aux besoins des personnes âgées, et d'y investir majoritairement. Cela concerne des quartiers, mais parfois aussi des villages ou villes entiers qui bénéficient d'un pouvoir d'attraction naturel sur les personnes âgées.

Avantages d'une approche concentrée

A l'étranger, on parle de NORCs : *naturally occurring retirement communities* (Maclaren et al, 2008; Masotti et al, 2006). En Belgique, les communes du littoral sont de ce type, particulièrement attractif: meilleur climat, plus de calme,

plus de choix de promenades, et des communes qui répondent sciemment aux besoins de ce groupe croissant d'habitants. En effet, les seniors représentent pour une commune une opportunité financière plutôt qu'une charge. Ils sont généralement parvenus au terme du remboursement de leur prêt hypothécaire, et bénéficient donc souvent de réserves financières (en dépit de pensions souvent maigres). Ces moyens peuvent localement bénéficier au tourisme, à l'horeca, à la culture, à l'emploi, aux impôts à percevoir par la commune, etc. Des études ont démontré que les NORCs qui soutiennent explicitement cette activité, les événements sociaux et l'esprit communautaire connaissent des personnes âgées en meilleure santé que les NORCs qui ne le font pas, et enregistrent moins de cas de dépression et d'isolement (Cohen-Mansfield et al, 2010; Masotti et al, 2006). L'importance de l'esprit communautaire et de la gestion partagée y est également confirmée (Ivery et al, 2009; Kyriacou & Vladeck, 2011).

Inconvénients d'une approche concentrée

On ne peut pas s'attendre cependant à ce que toutes les personnes âgées souhaitent déménager vers une NORC, dans l'hypothèse où elles disposeraient toutes des moyens de le faire. Que faire d'une personne âgée ayant vécu toute sa vie dans un quartier pauvre, situé dans un environnement urbain dense? Comme déjà indiqué plus haut, ce sont justement les environnements de ce type (cf. les quartiers les plus défavorisés de Bruxelles, Anvers, etc.) qui offrent le moins de possibilités aux personnes âgées, également en ce qui concerne les soins classiques. Les seniors dont le statut socio-économique ou le niveau d'éducation sont faibles, un critère en partie transgénérationnel, vivent proportionnellement plus souvent dans des quartiers délabrés (Krause, 2011). Ils montrent aussi plus d'hostilité

vis-à-vis des autres, ce qui réduit d'autant les déjà maigres avantages des réseaux sociaux. Ils sont moins enclins à venir en aide aux autres, peut-être en raison du fait qu'eux-mêmes ne sont que peu ou pas aidés. Or, aider les autres constitue l'une des clés du vieillissement sain. On peut substantiellement améliorer sa propre santé en aidant les autres (au point même de faire baisser le risque de décès) (Krause, 2011). Le statut socio-économique constitue un important facteur prédictif de santé. En outre, la privation et la pauvreté génèrent au fil des années un effet cumulatif. Ceci est également confirmé pour le statut socio-économique lié à la proximité (Yen et al, 2009). Des risques similaires se posent pour d'autres minorités: soutien social moindre en vue d'améliorer le mode de vie et ses propres compétences, accès moindre aux moyens et services, risque accru de mauvaise alimentation en raison des revenus faibles et des moyens de transport limités (Locher et al, 2005).

Prêter attention aux groupes vulnérables

Ce sont justement ces mêmes personnes âgées qui sont les plus vulnérables, et qui ont en conséquence le plus grand besoin de soutien. Tous les facteurs sont réunis dans les groupes vulnérables: dépendance à des éléments extérieurs au domicile, effets de minorités, revenus faibles, carences linguistiques, moins de formation et de compétences pour améliorer le mode de vie et l'environnement, et vie dans des quartiers plus risqués (Clarke & Nieuwenhuijsen, 2009). Nous voulons éviter l'apparition d'une politique des seniors à deux vitesses, où certains peuvent se permettre, dans une commune plus riche, un environnement et des soins adaptés à leurs besoins, tandis que d'autres ont accès à beaucoup moins, malgré des besoins plus grands. Mais ce cas de figure existe-t-il déjà? La situation à Bruxelles semble le confirmer partiellement. N'oublions

pas non plus la situation moins connue, mais souvent tout aussi dramatique, des personnes âgées pauvres des communes rurales. Souvent laissées pour compte, ces personnes âgées sont parfois littéralement abandonnées à leur sort (Davis & Bartlett, 2008). Les communes rurales sont victimes de distances plus grandes et d'infrastructures moins disponibles. Les défis et les tâches y sont les mêmes que partout ailleurs. Cependant, plus de créativité et d'inventivité sont nécessaires pour en venir à bout.

Le moyen terme: le regroupement local à proximité des seniors

Quelques exemples d'innovations réussies montrent qu'un moyen terme est possible entre, d'une part, la volonté d'une réforme immédiate de toute la société vers un idéal pour les seniors et, d'autre part, une réforme très sélective. Nous pensons ici aux centres de service locaux et aux projets de combinaisons multifonctionnelles. Un centre de service local, s'il est bien développé, est l'exemple parfait de l'intégration réussie de plusieurs fonctions. Supposons que le centre de services soit établi dans un centre culturel: les services pendant le jour, la culture en soirée. On utilise la même infrastructure pour des objectifs complémentaires. On y organise des cours pour les personnes âgées, on y prévoit un repas abordable, avec choix. Il y a une laverie, un salon de coiffure. Les personnes âgées moins indépendantes peuvent y prendre un bain. On y installe différents guichets qui fournissent des informations. Il y a un point de contact pour l'obtention des soins et du soutien. Tout y est coordonné en fonction des besoins. On y organise des activités de loisir, qui impliquent des bénévoles. On trouve ces derniers plus rapidement, car on est dans un centre culturel, où les différentes générations se croisent et se rencontrent par hasard. Un bus s'occupe d'aller chercher dans le voisi-

nage les personnes âgées qui se déplacent difficilement à pied ou qui vivent trop loin, et ce même bus est également partagé avec d'autres, pour d'autres activités. On mélange les groupes-cibles via la collaboration avec les magasins du monde, la ligue des familles, etc. Ceci amène les personnes âgées et les autres générations à fréquenter plus souvent le centre de service, et à mieux construire ensemble une dynamique socialement et physiquement active. Un regroupement des destinations favorise également les habitudes de promenade (Berke et al, 2007).

Une telle innovation peut par exemple trouver sa place dans et autour d'un centre de soins résidentiel. On peut y organiser un bureau de vote. Il y a de la place dans les locaux pour d'autres organisations. Dans la Frise, on trouve un exemple d'un restaurant social bien intégré et d'aspect agréable qui attire également d'autres groupes d'âge. Des ailes du centre de soins résidentiel ouvrent sur une salle de billard, une communauté paroissiale active, un cabinet de kiné, une garderie, etc. Ainsi on regroupe tous les acteurs du bien-être. Actuellement tout ceci dépend entièrement du bon vouloir des gestionnaires d'un centre de soins résidentiel. Il est peu question de soutien extérieur.

Conditions pour une bonne politique locale des seniors

Pour relever les défis ci-dessus et mener une politique locale intégrée des seniors, certaines conditions sont essentielles: connaissance et expertise, collaboration, participation, communication, financement et coordination avec d'autres autorités.

Connaissance et expertise

La commune a besoin des connaissances et de l'expertise nécessaires, et les recherche à titre complémentaire. À l'inverse, les communes ont un rôle à jouer en matière de diffusion des connaissances vers les autres. L'attitude du « ceci est notre plan et nous le gardons pour nous » est dépassée. Ceci va au détriment de la création d'un meilleur réseau de pratiques exemplaires, dont chacun tire avantage. Également au niveau interne au sein de la commune, le transfert des connaissances, la communication et le réseautage sont en fait le moteur primaire de la transition d'une politique des seniors fragmentaire vers une politique intégrée. Cela concerne le transfert des connaissances vers ceux qui construisent, ceux qui aménagent des trottoirs, etc. Au titre de maillon de la chaîne, chaque personne doit considérer son rôle au sein du vaste ensemble de la politique des seniors. Ceci est parfois peu évident pour des secteurs éloignés des soins classiques. Impliquez-les dès l'analyse environnementale et la phase de planification, afin de les enthousiasmer par un engagement partagé. Souvent, les partenaires externes considèrent en effet dans un premier temps les frais et les efforts supplémentaires qu'exigeront d'eux les améliorations destinées aux personnes âgées. Il s'agit d'un réflexe sain et naturel, qui doit être traité consciemment et avec transparence (par exemple les aménagements qui sont attendus des magasins). Il doit s'agir réellement d'une politique du "tous ensemble". Bien entendu, le financement y joue lui aussi son rôle (voir plus loin). Du reste, cela nécessite un apprentissage mutuel interdisciplinaire (par exemple entre les architectes urbanistes et les professionnels de la santé, la formation de la police, celle des chauffeurs de bus, etc.) et suffisamment de confiance mutuelle entre tous les intervenants, afin qu'un projet puisse aboutir à un succès.

Coopération

Le second fondement est en effet la coopération, interne entre les propres services, les différents responsables sectoriels (pour les soins, le trafic, la police, les sports, la culture, etc.). La coopération au-delà des frontières des communes est également importante. Par exemple, en termes de mobilité, une personne âgée ne reste pas vraiment toujours dans les limites de la même commune. Dans quasi tous les sous-domaines, on peut trouver des opportunités d'interaction mutuelle, avec un accroissement de la capacité financière comme de l'efficacité entre les communes et les CPAS entre eux. Par exemple, pour organiser un service de soins d'aide aux familles ou de soins complémentaires à domicile, il faut employer un minimum de 10 ETP pour être agréé. La plupart du temps, les critères de programmation des communes ne le permettent pas. La solution consiste donc à unir ses forces aux communes avoisinantes. La sous-traitance à un partenaire spécialisé, avec l'accompagnement de quelques communes, constitue vraisemblablement le choix le plus intelligent. Des réseaux horizontaux de partenariats avec des instances supérieures, les différents secteurs, des architectes, le design d'intérieur, des initiatives parallèles non ciblées sur les seniors, etc. constituent de plus en plus le facteur décisif du succès. (Plouffe & Kalache, 2011). Ensemble, au-delà de toutes les frontières, on peut identifier des pratiques exemplaires et en faire usage. La transition vers un modèle de gouvernance participatif et collaboratif n'est pas toujours évidente. La coopération mène parfois à des résultats parfaitement inattendus, quoique très fructueux, comme les partenariats intergénérationnels: groupes de soutien destinés aux jeunes et aux seniors présentant un risque d'isolement, programmes scolaires d'histoire intergénérationnelle, grands-parents de substitution (Danemark), soins donnés par des

seniors bénévoles à des enfants malades, bénévolat dans une crèche près d'une résidence avec jardin partagé, petits-enfants et grands-parents étudiant ensemble à l'université, cohabitation intergénérationnelle, etc. Cela aide à oser penser de manière créative, out of the box, comme l'organisation de sessions de réhabilitation dans des centres de loisirs. En outre, on peut également faire preuve de pensée créative par rapport au temps: comment faire usage de manière flexible d'un même espace pour plusieurs groupes-cibles, sur une durée de 24 heures?

Participation

Troisièmement, la participation même des seniors doit être prévue dès le début dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique. Ce sont eux qui, au titre d'experts du vécu, sont à même d'évaluer correctement la situation et son évolution. Au sein du quartier en tant qu'espace d'apprentissage collectif, les aînés sont les plus qualifiés compte tenu de leur connaissance locale et de leur expérience. Ils sont à l'aise pour chaque phase et dans chaque commission concernée (Plouffe & Kalache, 2011). Ceci est également encouragé en Flandre par le décret de participation de 2006, malgré l'absence de son exécution. La participation politique, à des conseils d'administration, etc. peut s'appuyer sur l'expertise individuelle spécifique. Actuellement, la participation n'est encore que très variablement exploitée par les communes. Un conseil des seniors peut dans une commune être assis à la table pour participer activement à la mise en œuvre politique et, dans une autre, se contenter d'organiser des activités de loisir. Il y manque souvent une bonne représentation par catégorie d'âge. Ici aussi, les seniors doivent être concrètement encouragés, recrutés et motivés. Ce sont surtout les aînés les plus âgés, le groupe le plus fragile et à la croissance la plus rapide, et où la

prévention peut aussi être la plus fructueuse, qui méritent une politique orientée et intégrée (Buffet et al, 2012). Ce sont aussi les moins accessibles.

Communication

Dans les communes, il arrive fréquemment qu'on propose des possibilités et améliorations sans que les seniors n'en soient informés. De nombreuses infrastructures attendent dans les communes des seniors qui ne viennent pas, qui n'en font pas usage... C'est non seulement du gaspillage, mais aussi une regrettable occasion manquée. Il peut paraître politiquement positif d'avoir réalisé ceci ou cela, mais le bénéficiaire final réel n'en a retiré que peu ou pas d'avantages en termes de santé et de bien-être. C'est pourquoi de nombreux beaux projets sont jetés aux oubliettes, en raison d'une trop faible participation des personnes âgées de la commune. Ce qui rend ces occasions manquées d'autant plus graves. La diffusion de l'information, un marketing élaboré et des campagnes de stratégie, non seulement dans le but d'informer, mais aussi de convaincre de l'utilisation effective, constituent donc un aspect essentiel. Comme tout un chacun, les personnes âgées doivent être encouragées et incitées. Les seniors doivent être convaincus dans la pratique qu'ils peuvent gérer par eux-mêmes les activités physiques, sociales et autres (on parle, en sciences, d'auto-efficacité, de la force de croire en ses capacités propres) (Booth et al, 2000). Les activités impliquant l'auto-responsabilité des personnes âgées, telles que les journées de nettoyage, le contrôle des déchets, etc. sont souvent porteuses (Michael et al, 2006). En outre, il convient d'utiliser un maximum de canaux de communication: affichage de l'information, newsletters, annonces par téléphone ou oralement, par le biais de la radio ou de la télé, du PC/internet. Un point d'information central pour les personnes âgées de la commune

est impératif. Il convient également de proposer un répertoire clair, où tous les contacts pertinents destinés aux personnes âgées sont regroupés. La mise en place de systèmes de réseau et de rappel ciblés est plus efficace.

Financement

Nous mentionnons également le financement comme condition préalable fondamentale. Une gestion financière saine des activités prévues, dans le cadre d'un plan pluriannuel de politique des seniors, constitue un minimum absolu. Cela semble logique, mais n'est pas toujours aussi évident dans la pratique. Souvent, des postes de coûts sont oubliés ou sous-évalués.

En outre, une partie du financement peut également être utilisée pour stimuler l'indépendance et la collaboration des personnes âgées et des autres parties concernées. Les seniors souhaitent avoir, et ont le droit aux mêmes possibilités de contrôle et de choix que leurs cadets: à quelle heure se lever, quelles activités exercer, quelle offre choisir, etc. C'est là que les seniors occupent une place centrale (Robinson & Reinhard, 2009). Itinera préconise un système de budgets personnels et indépendants, dont peut bénéficier chaque senior individuellement (voir aussi OCDE, 2011). Cela stimule la formation optionnelle responsable et la concurrence entre les fournisseurs (Lundsgaard, 2005; OCDE). On peut également travailler avec des systèmes de vouchers, qui permettent de bénéficier d'un budget pour un objectif défini. Des exemples issus des pays scandinaves peuvent ici nous inspirer (Anttonen & Haikio, 2011). De tels moyens peuvent soutenir non seulement les personnes âgées, mais aussi et surtout l'intervenant, qui y consacre souvent une partie de son temps professionnel. Des études confirment les effets positifs d'une telle politique (Benjamin et al, 2008). En

Wallonie, par exemple, on peut bénéficier d'un soutien pour un prêt destiné à rendre son logement accessible à une personne âgée en vue d'une cohabitation. Ces stratégies s'inscrivent dans le cadre de l'encouragement du secteur, et de l'intervenant, à prendre les choses en main. La Flandre aussi octroie des primes, qui peuvent encore être renforcées au niveau local.

Coordination avec d'autres autorités

Pour terminer, nous traitons de la coordination avec les autorités régionales et fédérales. Plus que quelques engagements stratégiques dans un même cadre intersectoriel, nous attendons de leur part une politique concrète (désignation de communes modèles, marketing social, soutien de projets locaux, offre d'une méthodologie consistante, aide à l'évaluation de l'implantation, augmentation de la visibilité publique, et alignement de la politique locale des seniors sur la politique globale, et vice-versa) (Plouffe & Kalache, 2011). Dans de nombreux pays, les instances supérieures prévoient un financement supplémentaire à titre d'incitant pour la mise en œuvre d'un plan de politique des seniors. Ceci se fait aussi dès à présent en Wallonie. La Flandre promet depuis quelques années des moyens supplémentaires, et même déterminés par décret, destinés à la politique locale des seniors, mais, dans la pratique, ceux-ci restent en souffrance. Néanmoins, il est possible par le biais d'un incitant financier venu d'en haut d'également intégrer un ensemble de jalons destinés à soutenir la qualité de la politique des seniors: engagement formel, participation des personnes âgées, préparation et publication de plans d'action sur la base d'une analyse de situation/évaluation élémentaire, et rapportage public du degré d'avancement basé sur des indicateurs pertinents.

En outre, les autorités régionales et nationales peuvent également supprimer de nombreuses barrières. Quelques exemples:

- Lorsqu'un senior vulnérable habite avec, par exemple, une personne plus jeune (logement de type kangourou), on court le risque d'allocations moindres et/ou d'objections urbanistiques.
- Diviser une maison devrait être plus facile. Cela ne peut souvent se faire à cause de la réglementation, d'accords avec la banque, etc. Actuellement ce n'est financièrement pas du tout intéressant, alors que cela devrait justement être encouragé. De même si vous achetez un grand terrain il est souvent impossible d'y prévoir une combinaison de logements.
- Il n'existe dans la réglementation aucun espace réservé aux terrasses de toit, en dépit de leur impact positif sur les personnes âgées.
- Les subsides alloués à la culture sont supprimés si on organise au même endroit un centre local de services.
- Les subsides alloués à l'enseignement sont supprimés si on prévoit dans le même bâtiment un projet intergénérationnel innovant avec hébergement des personnes âgées.
- De plus, imaginez que vous prévoyiez une combinaison avec une garderie à Bruxelles, vous butez rapidement sur les normes d'agrément qui prescrivent un nombre standard de mètres carrés par enfant.

Lorsque les communes ou les CPAS collaborent, les instances supérieures ne savent souvent pas à quoi s'en tenir. A qui doivent-elles attribuer les heures? Comment doivent-elles calculer les normes d'agrément? Ceci montre le côté kafkaïen de la programmation, de la reconnaissance et du financement actuels, et oblige les preneurs d'initiative à monter des sociétés et autres construc-

tions, avec toute la complexité et les frais qui en découlent. Au niveau régional, nous constatons une ouverture progressive vers des projets plus innovants et flexibles, comme par exemple de nouveaux concepts d'espace. Malheureusement, ceci reste pour l'instant cantonné à des projets de démonstration, et ne forme pas la base de la politique générale.

Initiatives existantes: ne pas réinventer la roue

Les communes ne doivent pas complètement réinventer la roue. Il existe des initiatives internationales et locales qui constituent déjà une bonne base de départ pour la politique locale des seniors. L'OMS joue depuis 2007 un rôle de soutien à l'échelon international. L'accent est mis sur les domaines suivants: espaces et bâtiments publics, transport, logement, participation sociale, inclusion et respect sociaux, participation et emploi citoyens, communication et information, soins et services locaux (Neal & Delatorre, 2009). Le "healthy city network" comprend plus de 1.200 villes, réparties dans 30 pays de l'Union européenne. Nous trouvons au Québec, une province du Canada, un parfait exemple de l'approche "age friendly city", initié avec 33 villes et soutenu par l'OMS. Cette région connaît le taux de vieillissement le plus rapide du monde, après le Japon. Le Québec mène une politique intégrée des seniors, où les incitants régionaux se greffent aux initiatives locales, et inversement (Bigonnesse et al, 2011).

En Belgique et à ce jour, seule la ville de Bruxelles porte le label "age friendly city". D'une part, ceci est positif, car cela démontre que des efforts ciblés sont réalisés dans une ville comme Bruxelles, qui compte de nombreuses personnes seules, de

grandes différences de salaires, des problèmes de circulation, des dégradations, etc. 80% des personnes âgées de Bruxelles sont satisfaites de leur quartier. D'autre part, les chiffres montrent pour Bruxelles qu'un label n'est jamais qu'un label, et qu'il y a encore beaucoup de place pour l'amélioration. Par exemple, 51% des seniors de Bruxelles craignent le harcèlement, et 42% d'entre eux ne sortent jamais le soir. Il convient donc de ne pas se reposer sur ses lauriers.

Une initiative locale bien implantée en Flandre est la conduite d'une évaluation des besoins en collaboration mutuelle avec la VUB. Sur la base d'un large questionnaire, une série de thèmes sont abordés auprès d'un échantillon représentatif de personnes âgées de la commune. Voici quelques problèmes souvent enregistrés: problèmes de santé, peur du cambriolage, problèmes liés au remplissage des formulaires, circulation dangereuse et crainte d'être harcelé. En outre, il est fréquemment établi qu'il existe encore un large potentiel de personnes intéressées par le bénévolat, mais qui ne le pratiquent pas encore.

L'OMS a entre-temps reconnu la nécessité de ne plus se limiter à l'avenir aux seules méthodes d'évaluation qualitative, qui interrogent la perception des personnes âgées, mais d'utiliser aussi une série d'indicateurs quantitatifs validés, qui englobent non seulement des perceptions, mais aussi des structures, procédures et mesures de résultat objectivement observables (Hall et al, 2009); voir plus haut. Si notre souhait est que nos personnes âgées restent en bonne santé, fonctionnelles et heureuses (avec des soins abordables) via la politique intégrée, c'est alors très exactement ce que l'on doit mesurer: les facteurs que l'on tente d'influencer (procédure) et les conséquences qui en découlent (résultats). Bien évidemment, les objectifs doivent régulièrement être adaptés.

Plan par étapes pour la concrétisation d'une politique locale des seniors

Chaque politique locale des seniors doit se baser sur deux aspects: le rassemblement de tous les partenaires concernés, et la définition de la santé et du bien-être des personnes âgées comme domaines de performance issus de la vision et de la mission découlant de la stratégie menée par la commune.

Etape 1: Groupe de travail. Mobiliser un large groupe de travail des partenaires communaux externes transsectoriels issus de tous les sous-domaines (soins, aménagement du territoire, construction, circulation, espaces verts, maintien de l'ordre, loisirs, etc.). Impliquer aussi d'emblée les personnes âgées et des experts indépendants. Le leadership est important, mais sert essentiellement à la coordination et à la motivation au sein d'un modèle horizontal égalitaire. Une approche trop hiérarchisée dans un domaine aussi diversifié peut paralyser de nombreux apports constructifs. Il faut confier le socle de la propriété à la base. Ceci ne signifie pas qu'on s'abstiendra de désigner des responsabilités au sein de la politique, ni que ces responsabilités ne seront pas suivies. Au sein de l'équipe, chacun a un rôle propre à jouer, lequel peut être endossé concrètement lors des phases suivantes.

Etape 2: domaines de procédure et de résultat. En fin de compte, c'est à nous de nous assurer du bien-être et de la santé des personnes âgées. "Mesurer, c'est savoir", telle est la devise. Le défi est en effet de sélectionner les interventions qui fonctionneront le mieux dans le cadre propre d'une commune (Buffet et al, 2012). De plus, insister sur le lien avec la santé et d'autres résultats est aussi important pour littéra-

lement mettre en mouvement les aînés en matière de style de vie (Baert et al, 2011). On ne peut connaître les priorités que si l'image qu'on a de la situation actuelle (la "baseline") du bien-être et de la santé des seniors de la commune est aussi précise que possible. Il ne peut être question d'une approche à la GOBSAT: "good old boys sitting around the table", où ceux dont l'autorité la plus personnelle (ou ceux qui crient le plus fort) vont déterminer quels sont les éléments nécessaires à la politique des seniors. Il convient d'objectiver autant que possible l'espace réservé à l'amélioration, complété par des données de perception subjective là où cela s'avère nécessaire. Pour réaliser cela, il est extrêmement important de ne négliger aucun sous-aspect du bien-être et de la santé. Nous renvoyons le lecteur au tableau 1 de la section précédente: Mettre l'accent sur la qualité et le bien-être. Les 30 sous-aspects repris peuvent nourrir l'inspiration afin de visualiser la palette entière du bien-être des seniors, et nécessitent d'autres élargissements sur la base des contributions du groupe de travail. On détermine ainsi finalement les domaines de résultat sur lesquels sera menée la politique locale des seniors. On cherche à obtenir des améliorations là où c'est possible dans chacun de ces domaines, et à prévenir une détérioration d'autres domaines, initialement considérés comme non prioritaires. Le degré d'accessibilité, d'équité et d'égalité pour les minorités comme pour les groupes-cibles plus vulnérables constitue ici un domaine de résultat à part (on cherche en effet à gommer les différences entre les résultats de bien-être et de santé). Comme pour les domaines de résultat, il est opportun de réaliser d'emblée l'inventaire des domaines de procédure. Cela correspond aux éléments du mode de vie et de l'environnement des personnes âgées, dont il a été démontré qu'ils ont un impact sur les domaines de résultat (voir plus haut).

Etape 3: Mesure des indicateurs. Il s'agit maintenant de chiffrer la situation actuelle des domaines de procédure et de résultat spécifiques à la commune. La qualité de vie des seniors de notre commune se trouve au niveau X (résultat), tel pourcentage des seniors souffre (résultat), tel pourcentage est en attente d'une forme spécifique de logement et de soins (procédure), tel pourcentage dispose d'un environnement attractif et verdoyant (parc), à proximité du lieu de résidence (procédure). Pensez ici à toutes les formes de logement et de soins, etc. Ce n'est pas une tâche facile, et elle nécessite beaucoup de temps. Il faut en effet rassembler des données provenant de toutes les sources possibles: bases de données (par exemple, offre et demande actuelles des établissements de soins de santé, données de circulation, etc.) et enquêtes (interviews des personnes âgées, groupes de discussion, questionnaires). Essayez d'objectiver autant que possible. Il est facile de demander à une personne âgée si elle court beaucoup de risques dans les conditions actuelles de trafic au sein de la commune. Il est cependant souvent très instructif de constater si cela est confirmé ou non par les statistiques actuelles en matière d'accidents. Pour chaque domaine de procédure et de résultat, il convient de consulter plusieurs sources objectives, s'il vous est possible de les identifier comme telles. Les apports d'un groupe de travail élargi sont encore ici d'une importance capitale.

Etape 4: objectifs. Vous êtes à présent en possession de toutes les informations permettant de définir l'espace des améliorations au sein de la matrice des domaines de procédure et de résultat, sur la base des indicateurs de résultat et de procédure. Il importe que la définition correcte de la façon dont sont mesurés chacun de ces indicateurs (ce que représentent exactement le numérateur et le dénominateur) soit largement acceptée au sein du groupe de travail. Il faut

qu'un consensus soit établi, afin de prévenir toute discussion à propos de la "véracité" lors des phases ultérieures. Cela concerne parfois un simple pourcentage (par exemple, le nombre de décès), parfois une échelle plus complexe (par exemple, la mesure de la satisfaction, de la qualité de vie, etc.). Le concept d'"espace des améliorations" implique que vous grefferez un objectif concret sur des indicateurs qui ne peuvent présenter de résultats presque parfaits. Supposons qu'à l'heure actuelle, 20% des personnes âgées aient peur de sortir le soir dans la commune. L'objectif est de parvenir à ce qu'au cycle suivant (par exemple, 4 ans plus tard), ce pourcentage ait baissé de moitié pour ne plus concerner que 10% des seniors. Ces objectifs sont SMART: spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes et inscrits dans le temps. L'aspect "réaliste" est sans doute difficile à estimer lors d'un premier cycle, mais au fil des cycles successifs de votre politique locale des seniors, l'expérience acquise fait le tri entre ce qui est faisable et ce qui ne l'est pas. Vous pouvez également tirer profit de la comparaison avec d'autres communes et/ou les moyennes régionales et nationales (benchmarking). En tant que commune, méfiez-vous toutefois de ne pas viser pour vos seniors une commune "moyenne". Il faut ambitionner une bonne, une excellente commune pour les seniors, avec une performance de (presque) 100%.

Etape 5: priorités. A titre de commune, vous savez dès le début quel est le budget total que vous êtes en mesure d'allouer à la politique locale des seniors. En période de difficultés financières, ce budget sera insuffisant pour soutenir pleinement tous les objectifs. En effet, chaque objectif en soi nécessite un ensemble d'actions pour lesquelles un financement suffisant doit être prévu. Sinon, c'est l'ensemble qui s'affaiblit, et vous faites beaucoup, de manière fragmentaire, mais avec peu de résultat. Dans le cadre d'une

politique locale des seniors, il convient donc d'oser se concentrer sur quelques objectifs-clés, considérés comme prioritaires. Cette sélection est en partie un choix politique, qui devrait toutefois être réalisé autant que possible en consultation avec l'ensemble du groupe de travail. C'est là que résident la sagesse et l'expérience partagées. Et c'est de leur soutien positif et de leur participation que dépend le déroulement ultérieur.

Etape 6: plan d'action. Une fois les priorités établies, il faut concevoir un projet de plan d'action distinct pour chacune d'entre elles. Basez les actions possibles sur les meilleures pratiques existantes qui ont réussi par ailleurs (identifiées via le réseautage entre les communes, la littérature, les membres du groupe de travail). Il convient cependant de prévoir ici aussi de l'espace pour la créativité et l'innovation. En matière de politique locale des seniors, oser penser "out of the box" est souvent synonyme de succès. Pensez aussi au fait que certaines actions peuvent avoir des effets bénéfiques sur plusieurs indicateurs de procédure et de résultat, pour plusieurs des priorités envisagées. Plus on peut réaliser de ces interactions mutuelles, meilleur est le résultat. Choisissez les actions sur la base de leur efficacité attendue dans la contribution à la réalisation de l'objectif, ainsi qu'en tenant compte du total des coûts qu'une action entraîne. Veillez à ce qu'à la fin, l'addition soit correcte: les actions sont totalement chiffrées financièrement, et vous restez dans les limites du budget total consacré à la politique locale des seniors. Une fois les actions sélectionnées par objectif prioritaire parmi les différents projets, les rôles des membres du groupe de travail apparaissent clairement. Souvent, il est nécessaire d'adjoindre encore des partenaires et/ou des experts externes en complément à chaque projet.

Etape 7: mise en œuvre. Lors de cette phase, la politique locale des seniors transite du groupe

de travail général aux groupes de projet particuliers. Ces groupes de projet se réunissent régulièrement sous la direction d'un président permanent ou d'un coordinateur. En concertation mutuelle, on y définit les lots de travaux concrets pour les différents partenaires exécutifs, les réserves financières sont réparties dans le temps et les délais de livraison y sont associés. Nous sommes à présent dans la phase de mise en œuvre, avec un suivi et des rapports réguliers concernant l'évolution, tant au sein des groupes de projet qu'envers le groupe général de travail. Dans le même temps, le projet acquiert une réalité concrète dans la pratique.

Etape 8: évaluation et renouvellement de cycle. C'est ainsi que se boucle la boucle de l'amélioration continue. En effet, à l'issue des projets, on en revient au groupe de travail général (étape 1) à propos des effets obtenus selon les indicateurs de procédure et de résultat (étapes 2 et 3). On évalue la nouvelle "baseline" en tant que situation actuelle, et on fixe de nouveaux objectifs et de nouvelles priorités (étapes 4 et 5). Certains projets sont poursuivis ou élargis. D'autres sont rayés de la liste, s'ils n'ont pas apporté l'effet escompté (étape 6). Evitez toutefois d'être trop prompt à l'éviction, comme déjà expliqué précédemment. Ce n'est pas, par exemple, parce que peu ou pas de personnes âgées utilisent des moyens de transport spécialisés que ces derniers ne sont pas un bon outil pour la santé et le bien-être. Le nouveau défi sera donc plutôt de savoir comment amener plus activement les personnes âgées à utiliser ces moyens de transport spécialisés. Nouveaux défis, nouvelles ambitions. Pour terminer, nous recommandons également de diffuser largement auprès de la population la politique locale des seniors, les objectifs, les projets et les résultats obtenus. Ceci stimule la participation dans le sens le plus large du terme.

Conclusion

Aujourd'hui, le pilotage et le réseautage constituent la priorité absolue pour les communes. Le temps n'est plus où l'on souhaitait et pouvait organiser seul l'offre, en tant que commune et CPAS. Les maigres ressources financières doivent être déployées là où elles sont nécessaires: un inventaire des soins, de la coordination et de la surveillance de la qualité d'une part; un encouragement et une organisation ciblés pour un mode de vie sain dans un environnement favorable d'autre part. Les deux éléments ont un effet préventif, et méritent en conséquence plus d'expansion. Ce n'est qu'ainsi que nous pourrions quelque peu ralentir la vague de l'augmentation des soins: en mettant l'accent sur les possibilités pour les personnes âgées de continuer à vivre chez elles, en bonne santé et heureuses dans leur maison et leur environnement. Les communes doivent investir abondamment en ce sens.

Pilotage horizontal et vertical

Le défi consiste à donner forme à l'ensemble intégré et coordonné, tout en dépassant les idées reçues sectorielles. La tâche n'est pas simple, car les échevins et les fonctionnaires sont responsables de compétences sectorielles séparées, avec une concurrence mutuelle en ce qui concerne l'allocation de ressources. La solution réside dans la transition vers des lignes politiques horizontales à travers les secteurs verticaux où sont assignés, au sein de ces matrices, des responsabilités elles aussi horizontales et un leadership effectif. Quelques communes sont les pionnières de la désignation d'un échevin pour un objectif stratégique à travers les secteurs. Ce que nous ne pouvons qu'encourager.

Pour se rattacher à la politique des instances supérieures, il convient aussi de créer à ces

niveaux une structure mère, avec des objectifs associés. Ainsi, tout le monde joue de concert. Dans une telle approche, la politique des seniors est une force intégrante puissante, avec des avantages potentiels pour presque toutes les responsabilités communales, de la politique des parkings à l'amélioration de la qualité de l'air.

La force du vieillissement: une opportunité pour toutes les générations

La politique des seniors pourrait bien devenir un incitant efficace pour que le reste de la société oriente le monde dans une direction plus saine et plus durable: l'adaptation de l'environnement dans lequel nous vivons tous vers des formes innovantes d'aménagement de l'espace, habitation, transport, besoins en énergie, empreinte verte, économies d'eau, etc. (Nelson, 2010; Scarfo, 2011). Le vieillissement peut être une force motrice qui, à son tour, améliorera notre environnement et nos zones de vie. Cela permet à certains quartiers de ressusciter (Wiesel, 2012). La génération du baby-boom bénéficie de moyens financiers à réinvestir. Elle souhaite s'établir de façon plus permanente, pour s'offrir une vie de qualité pendant ses dernières décennies, et est en conséquence plus disposée à une expansion sur le long terme. Les seniors sont plus exigeants, instruits, actifs, bien nantis et technologiquement qualifiés (Kennedy, 2010). Ils se consacrent deux fois plus au bénévolat, contribuent au développement culturel, à la participation sociale, etc. Ils ont autant droit à une commune, une ville, un village... que les autres groupes-cible. Ils veulent décider eux-mêmes de faire une activité physique seul ou en groupe, à l'intérieur ou à l'extérieur, de la même manière que tout ce qui concerne les nombreuses possibilités de choix que s'offrent à chacun de nous pour donner corps à notre vie (Baert et al, 2011). Via ses besoins spécifiques —et de plus en plus,

elle entend bien qu'ils soient pris en compte—, la génération baby-boom nous pousse à prendre le taureau par les cornes. Cette stratégie s'accorde parfaitement avec le passage d'un modèle de "déficit" à un modèle d'"atout" du rôle des aînés dans notre société (Buffet et al, 2012).

Tout ceci est bon aussi pour l'économie: adaptation des habitations, nouveaux marchés de niche dans l'habitat, assistance technologique (solutions TIC pour la maison telles que capteurs, téléassistance, robots d'assistance), poursuite du développement des chaînes de soins et des réseaux, offre de case management, etc. Ces besoins mènent à la productivité, stimulent la croissance et la prospérité (Kennedy, 2010). Selon Scharlach (2009), les mots-clés de la politique des seniors sont: compensation (pour les besoins complémentaires), continuité, connexion, contribution (sagesse) et challenge. La vie reste un défi positif, même à un âge avancé.

Donner libre cours à la créativité

Nous concluons cette analyse par dix exemples de créativité et d'innovation. Le tissu local est en effet un puits d'une incroyable richesse: concierges "best friend" dans les immeubles à appartements; programmes d'échange pour les personnes âgées qui font du bénévolat; entreprises qui cherchent des correspondances dans les besoins d'habitation entre jeunes et moins jeunes; escortes de shopping; natation petit-déjeuner; les jeunes en tant que formateurs en TI pour les personnes âgées; 1 toit 2 âges; bien vivre chez soi; et "chemins et sentiers" font bouger. La créativité déjà existante est une source d'inspiration pour toutes les communes. On est sur le point de passer des projets de démonstration à la réforme de la politique générale.

Liste de références

Anttonen A, Haikio L. Care going market. Finnish elderly care policies in transition. *Nordic Journal of Social Research* 2011; special issue: 1-22.

Baert V, Gorus E, Mets T, Geerts C, Bautmans I. Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: a systematic review. *Ageing Research Reviews* 2011; 10: 464-74.

Benjamin A, Matthias R, Kietzman K, Furman W. Retention of paid related caregivers: who stays and who leaves home care careers? *The Gerontologist* 2008; 48(1): 104-13.

Berke E, Koepsell T, Moudon A, Hoskins R, Larson E. Association of the built environment with physical activity and obesity in older persons. *American Journal of Public Health* 2007; 97(3): 486-92.

Bigonnesse C, Garon S, Beaulieu M, Veil A. L'émergence de nouvelles formules d'habitation: mise en perspective des enjeux associé aux besoins des aînés. *Economie et Solidarités* 2011; 41(1): 88-103.

Booth M, Owen N, Bauman A, Clavisi O, Leslie E. Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Preventive Medicine* 2000; 31: 15-22.

Buffel T, Verté D. Experiences of place and neighbourhood in later life: developing age-friendly communities. PhD manuscript Pedagogische wetenschappen richting Agogische wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, 2012

Casteels Y, Nuyttens N. Verkeersveiligheid in het Vlaams Gewest 2000-2007. BIVV- Observatorium voor de Verkeersveiligheid, 2009.

Clarke P, George L. The role of the built environment in the disablement process. *American Journal of Public Health* 2005; 95: 1933-39.

Clarke P, Nieuwenhuijsen E. Environments for healthy ageing: A critical review. *Maturitas* 2009; 64: 14-19.

Christelijke Mutualiteiten. Gebruik van antidepressiva en antipsychotica in de rusthuizen. 2011; 1-7.

Cohen-Mansfield J, Dakheel-Ali M, Frank J. The impact of a naturally occurring retirement communities service program in Maryland, USA. *Health Promotion International* 2010; 25(2): 210-20.

Collia D, Sharp J, Giesbrecht L. The 2001 national household travel survey: a look into the travel patterns of older Americans. *Journal of Safety Research* 2003; 34: 461-70.

Cooper R, Boyko C, Cooper C. Design for health: the relationship between design and non communicable diseases. *Journal of Health Communication: International perspectives* 2011; 16: 134-57.

Davis S, Bartlett H. Healthy ageing in rural Australia: issues and challenges. *Australasian Journal on Ageing* 2008; 27(2): 56-60.

Dumbaugh E. Designing communities to enhance the safety and mobility of older adults: a universal approach. *Journal of Planning Literature* 2008; 23: 17-36.

European Union. How to promote active ageing in Europe. EU support to local and regional actors. September 2011.

Feldman P, Oberlink M. The AdvantAge initiative. Developing community indicators to promote the health and well-being of older people. *Family and Community Health* 2003; 26(4): 268-74.

Fratiglioni L, Wang H, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet* 2000; 355: 1315-19.

Gardner P. Natural neighborhood networks – important social networks in the lives of older adults aging in place. *Journal of Aging Studies* 2011; 25: 263-71.

Gezondheidsenquête België. Rapport II – Leefstijl en preventie. Operationele directie volksgezondheid en surveillance, Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2008.

Hall C, Davies J, Sherriff N. Health in the urban environment: a qualitative review of the Brighton and Hove WHO healthy city program. *Journal of Urban Health* 2009; 87(1): 8-28.

Hunter R, Sykes K, Lowman S, Duncan R, Satariano W, Belza B. Environmental and policy change to support healthy aging. *Journal of Aging and Social Policy* 2011; 23(4): 354-71.

Institute of Medicine. Nutrition and healthy aging in the community: workshop summary. Washington DC: The National Academies Press, 2012.

Ivery J, Akstein-Kahan D, Murphy K. NORC supportive services model implementation and community capacity. *Journal of Gerontological Social Work* 2009; 53(1): 21-42.

KCE. Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van De Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeur S. Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: Projecties 2011-2025. Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2011.

Kennedy C. The city of 2050. An age-friendly, vibrant, intergenerational community. *Journal of the American Society on Aging* 2010; 34(3): 70-75.

Koning Boudewijnstichting. Het woonzorgcentrum in de 21ste eeuw: een gezellige woonomgeving, zorg incl. 2009.

Krause N. Neighborhood conditions and helping behavior in late life. *Journal of Environmental Psychology* 2011; 31: 62-69.

Kweon B, Sullivan W, Wiley A. Green common spaces and the social integration of inner-city older adults. *Environment and Behavior* 1998; 30: 832.

Kyriacou C, Vladeck F. A new model of care collaboration for community-dwelling elders: findings and lessons learned from the NORC-healthcare linkage evaluation. *International Journal of Integrated Care* 2011; 11: 1-20.

Locher J, Ritchie C, Roth D, Baker P, Bodner E, Allman R. Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Social Science and Medicine* 2005; 60: 747-61.

Lundsgaard J. Consumer direction and choice in long term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability? OECD Health working papers 20, 2005.

- Maas J, Verheij R, Groenewegen P, de Vries S, Spreeuwenberg P. Green space, urbanity, and health: how strong is the relation? *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 587-92.
- Maclaren C, Landsberg G, Schwartz H. History, accomplishments, issues and prospects of supportive service programs in naturally occurring retirement communities in New York State. *Journal of Gerontological Social Work* 2008; 49: 127-44.
- Masotti P, Fick R, Masotti A, MacLeod S. Healthy naturally occurring retirement communities: a low cost approach to facilitating healthy aging. *American Journal of Public Health* 2006; 96: 1164-70.
- Michael Y, Green M, Farquhar S. Neighborhood design and active aging. *Health and Place* 2006; 12: 734-40.
- Milisen K. Klinische aspecten van vrijheidsbeperkende maatregelen. Centrum voor Ziekenhuizen- en Verplegingswetenschap, KU Leuven, 2011.
- Milisen K, Vlaeyen E, Coussement J, Leysens G, Van der Elst E, Boonen S, et al. Valpreventie in woonzorgcentra. Praktijkrichtlijn voor Vlaanderen. Leuven: ACCO, 2012.
- Neal M, Delatorre A. The WHO age-friendly cities project. *Generations – Journal of the American Society on Aging* 2009; 33(2): 74-75.
- Nelson A. Catching the next wave: older adults and the 'new urbanism'. *Generations – Journal of the American Society on Aging* 2010; 33(4): 37-42.
- OECD. Help wanted? Providing and paying for long term care. *OECD Health policy studies*, 2011.
- Oswald F, Wahl H, Schilling O, Nygren C, Fange A, Sixsmith A, et al. Relationships between housing and healthy aging in very old age. *The Gerontologist* 2007; 47(1): 96-107.
- Oxley H. Policies for healthy aging: an overview. *OECD Health working papers*, 2009.
- Plouffe L, Kalache A. Making communities age friendly: state and municipal initiatives in Canada and other countries. *Gac Sanit* 2011; 25(S): 131-37.
- Robinson K, Reinhard S. Looking ahead in long-term care: the next 50 years. *Nursing Clinics of North America* 2009; 44: 253-62.
- Scarfo B. Building a more sustainable future for senior living. *Educational Gerontology* 2011; 37(6): 466-87.
- Scharlach A. Creating aging-friendly communities. *Generations – Journal of the American Society on Aging* 2009; 33(2): 5-11.
- Test-Aankoop. 65+ en voeding. Eetpatroon niet steeds op smaak. *Test-aankoop* 537, december 2009.
- VAB. Senioren in het verkeer. *VAB dossiers*, 2012.
- Van Buggenhout M, Van Rompaey B, Dierckxsens S. De weg naar meer transparantie, wachtlijsten in Vlaamse woonzorgcentra. *Ablecare bvba*, 2012.
- Van Der Stichele R, Van de Voorde C, Elseviers M, Verrue C, et al. Geneesmiddelengebruik in de Belgische rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. *KCE reports vol 47A.*, 2006.

Verté D, De Witte N, De Donder L. Schaakmat of aan zet? Monitor voor lokaal ouderenbeleid in Vlaanderen. Brugge: Vanden Broele, 2007.

Verté D. Hoe goed voelen senioren zich in hun vel? De Standaard, 7 november 2007.

Wenjun L, Keegan T, Sternfeld B, Sidney S, Quesenberry C, Kelsey J. Outdoor falls among middle-aged and older adults: a neglected public health problem. American Journal of Public Health 2006; 96: 1192-200.

Wennberg H, Hyden C, Stahl A. Barrier free outdoor environments: older peoples' perceptions before and after implementation of legislative directives. Transport Policy 2010; 17: 464-474.

Whelan M, Langford J, Oxley J, Koppel S, Charlton J. The elderly and mobility: a review of the literature. Monash University Accident Research Centre, 2006.

WHO. Active Ageing. Towards age-friendly primary health care. 2004.

WHO. Global health and aging. 2011.

Wiesel I. Can ageing improve neighbourhoods? Revisiting neighbourhood life-cycle theory. Housing, theory and society 2012; 29(2): 145-56.

Winters S. Wonen en zorg voor een nieuwe generatie ouderen. In: Welzijnsgid – welzijnzorg, bejaardenzorg 2009; 73: 61-80.

Yen I, Anderson L. Built environment and mobility of older adults: important policy and practice efforts. Journal of the American Geriatrics Society 2012; 60: 951-56.

Yen I, Michael Y, Perdue L. Neighborhood environment in studies of health of older adults. A systematic review. American Journal of Preventive Medicine 2009; 37(5): 455-63.

Pour une croissance économique
et une protection sociale durables