

VIEILLIR SANS CÉDER

*Quelle demande d'accompagnement psychosocial
auprès des personnes âgées en région de
Bruxelles-Capitale ?*

Recherche qualitative

RAPPORT COMPLET

JULIETTE HANSART

COORDINATION THÉMATIQUE PERSONNES ÂGÉES & SANTÉ MENTALE

PAR LA LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTÉ MENTALE

Rue Mercelis 39

1050 Bruxelles

☎ 02 511 55 43

www.lbsm.be 



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE





LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE



*“Ils aspirent à un changement
qualitatif du quotidien
qui touche à l’être.”*

Céline Mahieu, lors du colloque L'épreuve du Covid en maison de repos (et de soins) en Région bruxelloise : témoignages des professionnels, des résidents et de leurs proches (Observatoire de la Santé et du Social 2023).

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	9
GLOSSAIRE.....	10
1. CONTEXTE	11
2. QUESTION DE RECHERCHE	13
3. METHODOLOGIE	14
3.1. RENCONTRES AVEC LES PROFESSIONNEL·LE·S DE TERRAIN	14
3.2. RENCONTRE AVEC LES PERSONNES ÂGÉES.....	17
3.3. MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE QUALITATIVE DES DONNÉES EMPIRIQUES	18
4. PRÉREQUIS & DÉFINITIONS	19
4.1. « PERSONNES AGÉES » : DE QUI PARLE-T-ON ?.....	19
4.2. « ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL » : DE QUOI PARLE-T-ON ?	21
4.3. « DEMANDE » : DE QUOI PARLE-T-ON ?	23
5. QUELLE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ?.....	24
6. FAUT-IL RECONNAÎTRE UNE CLINIQUE SPÉCIFIQUE AUX PERSONNES ÂGÉES ?.....	25
6.1. LA REFORME 107.....	25
6.2. LA PLACE DE LA PAROLE DANS LA CLINIQUE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES	26
6.3. UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE.....	30
6.4. SOIGNER AU-DELÀ DU SYMPTOME PHYSIQUE.....	33
6.5. APPARTENIR ET SE RÉALISER.....	37
6.6. ACCUEILLIR LA RÉALITÉ DE L'AUTRE	40
6.7. MOBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES : FREINS & ADAPTATIONS	42
6.8. HABITER SON LIEU DE VIE : TERRITOIRE(S) GÉRONTOLOGIQUE(S)	46
6.9. LE TRAVAIL EN RÉSEAU.....	51
6.10. L'ACCÈS À L'INFORMATION À L'ÉPREUVE DE LA DÉMATÉRIALISATION DES SERVICES.....	57
6.11. FORMATION DES PROFESSIONNEL·LE·S.....	59
6.12. POUR CONCLURE, OUI À LA SPÉCIFICITÉ ?.....	61
7. RÉPONDRE À LA DEMANDE : ENTRE DÉSIR(S) ET PROJECTION(S) - LE DANGER DE L'IDENTITÉ EN SITUATION DE DÉPENDANCE	62
7.1. ENTENDRE LA DEMANDE.....	62
8. RECOMMANDATIONS & CONCLUSION	71
8.1. CONSIDÉRER LES PERSONNES ÂGÉES.....	72
8.2. DÉVELOPPER DES LIEUX DE CONCERTATION ET DE DÉCISION	72
8.3. SOUTENIR LES INITIATIVES SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES AGÉES EN SANTÉ MENTALE	73
8.4. PÉRENNISER LES STRUCTURES EXISTANTES QUI FONT SENS	73



8.5. FORMER ET SOUTENIR LES PROFESSIONNEL·LE·S TRAVAILLANT AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES	73
8.6. DÉPLOYER DES RÉFÉRENT·E·S « PERSONNES ÂGÉES » À L'ÉCHELLE DE QUARTIER	73
8.7. RECONNAÎTRE, EN TERMES ORGANISATIONNEL ET FINANCIER, LE TRAVAIL EN RÉSEAU INTERDISCIPLINAIRE	74
8.8. ORGANISER AU NIVEAU DES POLITIQUES DE SANTÉ ET DE L'EMPLOI LE STATUT ET LES DROITS DES MEMBRES « RESSOURCES »	74
8.9. GARANTIR STRUCTURELLEMENT DES GUICHETS PHYSIQUES ET DES SERVICES TÉLÉPHONIQUE ACCESSIBLES ET DE QUALITÉS AU SEIN DES SERVICES PUBLICS	75
BIBLIOGRAPHIE.....	77
ANNEXE	81

REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier chaleureusement l'ensemble des personnes qui ont rendu cette recherche possible. Cette recherche est publiée sous un nom, à travers une institution, mais cela n'est que la partie émergée de l'iceberg. Cette recherche est le fruit d'une co-construction avec plus d'une centaine de personnes.

Je remercie les personnes ayant accepté de m'offrir des témoignages de vie, des cris de colère et des moments de tendresse, des révoltes individuelles et collectives, des douleurs et des bonheurs. Ces personnes constituent l'essence de cette recherche. Leur honnêteté et leur partage ont permis de comprendre les réels enjeux du sujet de recherche, des enjeux au départ invisibles, ou du moins difficilement perceptibles, des enjeux de fond.

Je remercie les personnes m'ayant permis de rencontrer et de recevoir des témoignages. Ces personnes ont répondu à ma demande, m'ont ouvert la porte d'une institution, d'un hôpital, d'une maison de repos, d'une maison, d'un appartement.

Je remercie les membres du comité d'accompagnement, ce comité est composé de quatre professionnelles issues du secteur social - santé provenant de différentes institutions, incarnant plusieurs positions, munies d'une expérience professionnelle forte et dense. Ces personnes ont été présentes de la réalisation à la matérialisation de cette recherche.

Je remercie mes collègues de la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale pour leur engagement, leur disponibilité, leur humanité. Ils m'ont permis, à travers l'incarnation de différentes fonctions formelles et informelles, de produire cette recherche.



GLOSSAIRE

CDCS: Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire

CM: Case Manager

COCOF: Commission Communautaire Française

CTPA: Coordination Thématique Personnes Agées et Santé Mentale

IHP: Initiatives d'Habitations Protégées

LBSM: Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale

MSP: Maisons de Soins Psychiatriques

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PSMBW: Plateforme de concertation en Santé Mentale du Brabant Wallon

PSSI: Plan Social Santé Intégré

RAQ: Référents de quartier

SMES: Santé Mentale et Exclusion Sociale

SPAD: Soins Psychiatriques à Domicile

SSM: Service de Santé Mentale

1. CONTEXTE

En Région bruxelloise, on constate actuellement une augmentation de la précarité, une pénurie de logements accessibles, des revenus insuffisants pour faire face à l'inflation et au réel coût de la vie... (Observatoire de la Santé et du Social 2020). Parallèlement à ces constats précités, on observe une augmentation des maladies chroniques, des problèmes de santé mentale, des profils polyopathologiques depuis quelques années (Sciensano 2022).

À ces premiers constats socio-économiques viennent se greffer une crise sanitaire et les crises lui succédant (énergétique, géopolitique, économique...), mettant en grande difficulté la population, en particulier quatre groupes : les personnes les plus âgées, les personnes vivant en institution, les personnes en situation de grande précarité, et celles présentant des risques cumulatifs et multiplicatifs (Bourguignon et al. 2020). Ce contexte exacerbe des inégalités socio-économiques déjà bien présentes et renforce l'exclusion de certains publics.

Le secteur social-santé souffre des effets de ces crises successives. Les professionnel·le·s du secteur témoignent d'une complexification des situations impliquant un travail plus soutenu, tandis que s'opère paradoxalement un mouvement de fermeture physique de nombreuses institutions étatiques : le passage partiel ou intégral en régime de télétravail génère un sentiment accru d'insécurité pour les publics qui parviennent difficilement à avoir accès à leurs droits, à avoir accès à une personne physique proposant un accompagnement dans leur demande.

Ces enjeux touchent le secteur des soins en santé mentale structurellement ¹. Les professionnel·le·s soulèvent en particulier plusieurs réalités, définissant par-là les principaux freins à une clinique qualitative de la personne âgée : numérisation généralisée des services publics face à un public peu outillé, offre fragmentée, déficit de visibilité, complexités institutionnelles, manque de professionnel·le·s spécialisé·e·s à cette clinique, pénurie de certaines professions, difficulté à faire réseau, difficulté à la mobilité tant pour les professionnel·le·s que pour les personnes âgées, ainsi que des problèmes récurrents d'accessibilité, d'échelonnement et de continuité de l'aide et des soins...

« Etrange paradoxe. Alors que nous pourrions nous réjouir d'avoir obtenu un allongement sans précédent de l'espérance de vie, avec une amélioration constante de l'état de santé des personnes âgées, la vieillesse n'en finit pas de nous inquiéter » (Van Rompaey 2003). **Les professionnel·le·s du secteur font consensus. L'offre d'accompagnement psychosocial auprès des personnes âgées est à repenser : soutenir l'existant et développer l'inexistant.**

D'autant plus qu'on observe un vieillissement de la population en région de Bruxelles-Capitale. Selon les dernières statistiques accessibles en Région bruxelloise, 13,3% de la population est âgée de 65 ans et plus. Est prévu, pour 2050, une augmentation de 54% de sa population des 80 ans et plus (Statbel, 2019). Ce vieillissement en expansion aura des retentissements

¹ En 1999, la PFSMBW organise un groupe de travail pour le public des personnes âgées avec pour mission d'identifier les besoins du terrain. Quatre constats ressortent de cette recherche : les services ambulatoires sont peu fréquentés par le public des aînés, les intervenants de première ligne se retrouvent trop souvent démunis face aux situations de terrain, les pratiques de réseau sont compliquées et les relais mal organisés, et on constate un manque d'alternatives résidentielles aux maisons de repos. Ces constats sont toujours d'actualité, malgré les années d'écart.



économiques et sociaux sans équivoque, nécessitant le développement de politiques adéquates. Il conduit à nous questionner à propos de la qualité de vie des personnes âgées, car « on ne vit pas pour être soigné, mais on est soigné pour pouvoir continuer à vivre dans les meilleures conditions possibles » (La santé de l'homme, cité dans (Van Rompaey 2003, 40).

2. QUESTION DE RECHERCHE

La question de recherche est la suivante : *Quelle demande d'accompagnement psychosocial auprès des personnes âgées en région de Bruxelles-Capitale ?* La terminologie de la question de recherche élaborée au départ a connu des modifications, se construisant au fur et à mesure des entretiens et des rencontres, confrontée à une réalité beaucoup plus nuancée. Cette construction témoigne du caractère subtil et complexe du sujet étudié.

La question balisant le début de la recherche a été : *Quels besoins en soins en santé mentale pour les personnes âgées en région de Bruxelles-Capitale ?* Cette question a constitué le fil rouge de la première partie de la recherche, c'est-à-dire la récolte des données auprès des professionnel·le·s du terrain. La deuxième partie de la recherche a été élaborée autour de la récolte des données auprès d'une trentaine de personnes âgées. Ce deuxième travail a confronté la chercheuse à de nombreux questionnements. Le travail a été mené selon une méthodologie d'entretiens semi-directifs, un canva construit de cinq questions avait été préalablement conçu, mais au fur et à mesure des rencontres, il s'est avéré que certains termes employés ne faisaient pas sens, en particulier santé mentale et besoin. Ces termes semblent être des termes employés au sein du secteur professionnel.

Chaque personne âgée rencontrée détient ses propres termes pour refléter ce qui fait sens, ce qui fait soin pour elle-même. Ces termes renvoient à la subtilité et à la singularité des vécus. Suite à la récolte des données empiriques de la deuxième partie de la recherche, la chercheuse a adapté la terminologie de la question de recherche, en parlant non de besoin mais de *demande*, non de *santé mentale* mais d'*accompagnement psychosocial*. Bien que les termes *demande* et *accompagnement psychosocial* ne fassent pas partie du jargon quotidien des personnes âgées rencontrées, ils permettent de mieux refléter les réalités pratiques et concrètes observées sur le terrain. Cette adaptation a été motivée par le souci d'englober non seulement les aspects purement cliniques de la santé mentale, mais aussi les contextes sociaux, les interactions sociales et les facteurs environnementaux qui influencent le bien-être des individus.

La richesse de cette recherche réside dans l'analyse d'un même sujet à partir de deux places distinctes, à savoir le point de vue des professionnel·le·s du secteur, celles et ceux qui accompagnent, et le point de vue des personnes âgées, celles et ceux qui le vivent. Le travail d'élaboration de la question de recherche a permis de mettre en lumière l'importance des représentations, des attentes, de la demande dans la construction d'un accompagnement.

3. METHODOLOGIE

Cette recherche cherche à ouvrir une réflexion sur l'accompagnement des personnes âgées et à orienter une vision politique social-santé pour ce public. Elle est nourrie de l'expertise d'une centaine de professionnel·le·s du secteur et d'une trentaine de personnes âgées, ces personnes ont été rencontré·e·s à travers le réseau de la Coordination Thématique Personnes Âgées et Santé Mentale établie au sein de la LBSM².

La récolte des données empiriques s'est déroulée en deux temps. Cette recherche s'est élaborée au départ à partir du point de vue des professionnel·le·s du secteur, entre septembre 2021 et juin 2022, et s'est ensuite développée à partir du point de vue des personnes âgées, entre septembre 2022 et mars 2023. Au fur et à mesure de l'avancement de la recherche, il a semblé inadapté de questionner la demande d'accompagnement des personnes âgées sans aller questionner les personnes âgées elles-mêmes. Différentes méthodes de récolte des données empiriques ont été menées, elles seront détaillées ci-dessous. Les propos de la recherche seront illustrés par des témoignages anonymisés.

3.1. RENCONTRES AVEC LES PROFESSIONNEL·LE·S DE TERRAIN

A travers le terme « professionnel·le·s de terrain », on entend des professions exerçant un accompagnement auprès des personnes âgées. Ce sont des aides-soignant·e·s, des ergothérapeutes, des infirmier·ère·s, des chargé·e·s de projet, des assistant·e·s sociaux·les, des psychologues, des psychiatres, des directeur·rice·s, des coordinateur·rice·s ... travaillant au sein de diverses institutions bruxelloises, telles que des SSM, des maisons de repos publiques et privées, des hôpitaux gériatriques, des centres de jours, des maisons médicales, des mutuelles, des services de soins à domicile, des SPAD, des équipes mobiles... Cette pluralité des voix, témoignée au sein de divers espaces et selon plusieurs méthodologies, constitue une première partie des données empiriques.

ENTRETIENS NON-DIRECTIFS EN SERVICE DE SANTÉ MENTALE

Nous avons rencontré des professionnel·le·s travaillant en SSM avec des personnes âgées. A partir de données relatives à l'activité de ces services en 2021, nous avons identifié dix services qui apparaissent les plus concernés par le travail avec les seniors (65 ans et plus). Un temps de rencontre et d'échange a permis de questionner leurs pratiques, d'identifier leurs éventuels freins et difficultés, ainsi que leurs représentations et leurs réalités du travail clinique auprès d'un public âgé.

La prise de contact s'est effectuée par mail, elle a été parfois poursuivie par téléphone ; les rencontres se sont déroulées en présentiel au sein des SSM, en présence des membres de

² La Coordination Thématique Personnes Âgées et Santé Mentale a pour objectif de rassembler une pluralité de professionnel·le·s du réseau bruxellois ayant, de près ou de loin, une clinique de la personne âgée en santé mentale afin de permettre une réflexion et une articulation interinstitutionnelle. Elle se veut un lieu d'échange, de collaboration, de réflexion, de synergie, de soutien et d'entraide.

l'équipe intéressés par cette rencontre. Dans la plupart des cas, nous étions reçues par l'équipe dans son entièreté. Nous³ avons rencontré 10 équipes entre septembre 2021 et mars 2022. Chaque rencontre a été organisée sous forme d'entretien collectif unique. Dans une volonté de travailler plus en profondeur certains sujets, nous avons proposé de réaliser des « entretiens non-directifs⁴ » auprès des professionnel·le·s qui en avaient le souhait.

FOCUS GROUP

La coordination thématique Personnes Âgées et Santé Mentale, hébergée par la LBSM, est un lieu de synergies, d'échanges, de collaborations qui favorise les liens entre les acteur·rice·s de terrain. La coordination est aussi un lieu de réflexions, qui émergent des échanges en lien avec les pratiques et/ou de l'actualité. Ces réflexions visent à co-construire et/ou réinventer un accompagnement respectueux, cohérent, de qualité pour les personnes âgées d'aujourd'hui et de demain. C'est dans ce cadre de réflexions qu'ont émergé une série de constats récurrents, portés par différents intervenant·e·s.

Il a semblé intéressant de mettre ces points d'accroche au travail sous forme de Focus Groupe⁵ centrés sur les différents sujets soulevés et d'en référer les constats auprès des pouvoirs organisateurs afin qu'ils aient un prisme sur les réalités de travail. Les constats ont été structurés autour des 4 thématiques, où chaque thématique a fait l'objet d'un focus groupe spécifique, à savoir :

- Temporalité des projets face aux besoins du terrain ;
- Mutualisation des ressources, quelles perspectives ;
- Particularité de la prise en charge de l'adulte âgé·e ;

Mobilité et accessibilité.

Les focus groupes étaient ouverts aux professionnels du secteur travaillant dans le secteur de l'accompagnement de la personne âgée, et aux personnes âgées elles-mêmes ; une inscription était requise au préalable, avec une description et une motivation, afin d'assurer une hétérogénéité au sein de chaque Focus Groupe.

Chaque Focus Groupe a été mené selon la même configuration. Chaque groupe était limité à 15 participant·e·s afin de permettre à chacun·e de prendre la parole. En comptant les quatre Focus Groupes, nous avons accueilli une cinquantaine de professionnel·le·s du secteur social-santé et plusieurs personnes âgées. Les rencontres ont eu lieu en présentiel à la LBSM et se sont déroulées en trois parties: 15 minutes de présentation des participant·e·s présent·e·s, 50 minutes d'échange, de partage d'expériences de travail et/ou de vie autour de la thématique du

³ Par « nous », nous entendons Juliette Hansart, la chercheuse en charge de cette recherche, Sylvie Veyt, la coordinatrice personnes âgées et santé mentale, et Natacha Rome, chargée de mission et d'élaboration au sein de la LBSM.

⁴ La méthode des entretiens non-directifs ne comporte pas de structure précise. L'entretien est défini selon un thème et laisse libre cours à la personne de témoigner à propos de ce qu'elle souhaite. Cette méthodologie permet d'être au plus proche du point de vue de chacun·e.

⁵ Le Focus Groupe est une méthode d'entretien de recherche menée pour une recherche qualitative, consistant à récolter des données à travers la discussion, la réflexion, la mise en débat d'un groupe. Ce groupe peut être homogène ou hétérogène, d'un nombre restreint (Claude 2021a).



Focus Groupe, 50 minutes d'élaboration de recommandations, en veillant à souligner ce qui existe déjà et fonctionne. Avec l'accord des participant.e.s, chaque Focus Groupe a été enregistré pour en faciliter la retranscription. Les Focus Groupes se sont déroulés entre janvier 2022 et mars 2022. Une présentation publique des réflexions et recommandations issues de ce travail collectif a eu lieu en mai 2022, sous forme d'un webinaire, proposant un temps de présentation et un temps d'échange et de débat.

OBSERVATIONS PARTICIPANTES

La chercheuse s'est impliquée au sein de nombreuses réunions, groupes de travail et comités d'experts⁶. L'observation participante a été réalisée entre septembre 2021 et juin 2023, au sein d'une trentaine d'institutions, avec plusieurs centaines d'intervenant.e.s.

VEILLE SCIENTIFIQUE

Pour asseoir la méthodologie et orienter la recherche, une récolte de données a été nourrie par la participation de la chercheuse à différents colloques et évènements⁷ ainsi que par la lecture d'un nombre important de rapports en lien avec la santé mentale des personnes âgées (Cf. références bibliographiques). Cette veille scientifique a été menée tout au long de la recherche, soit de septembre 2021 à juin 2023.

⁶ Réunions de coordination organisées par la CTPA de la LBSM, SMES, Brusano, Antennes locales de santé mentale...

⁷ Conseils Consultatifs des Aînés, Aidants Proches, CDCS, Antennes locales de santé mentale, Infor-Homes, Be Hive, Croix Rouge, Iriscare, Amnesty International...

3.2. RENCONTRE AVEC LES PERSONNES ÂGÉES

La chercheuse a mené des entretiens semi-directifs auprès d'une trentaine de personnes âgées. Quatre critères ont été définis pour constituer un échantillonnage susceptible de témoigner à propos de la demande d'accompagnement psychosocial. Ainsi, le public cible pour cette recherche fut composé de personnes :

- Se considérant comme âgées ;
- Souhaitant partager au sujet de la souffrance psychologique ;
- Résidentes en région de Bruxelles-Capitale, que cela soit à domicile, en institutions résidentielle ou fréquentant un dispositif d'accompagnement ambulatoire ;
- Disposées à partager leurs expériences et vécus.

Cette méthode de récolte de données a permis de rendre compte d'une diversité de vécus et interprétations d'une même situation, à savoir l'expérience d'être âgé-e en région de Bruxelles-Capitale en 2023.

Lors des entretiens semi-directifs menés, les questions posées n'étaient pas toujours similaires, mais les thématiques abordées étaient directement en lien avec la première partie de la recherche. Les questions posées ont été les suivantes :

- ❖ Dans la vie quotidienne, qu'est-ce qui vous fait du bien ? Au contraire, dans la vie quotidienne, qu'est-ce qui vous rend triste, en colère, mal intérieurement ?
- ❖ Que faites-vous quand vous vous sentez mal ?
- ❖ Avec qui parlez-vous lorsque vous en sentez le besoin ?
- ❖ Vivez-vous et/ou avez-vous vécu un parcours d'accompagnement dans le réseau de soins en santé mentale ? Si oui, quelle a été votre expérience ?
- ❖ Imaginez que vous avez, en face de vous, le ministre de la Santé qui a un paquet d'argent à mettre pour le secteur des personnes âgées. Que conseillerez-vous de faire avec cet argent ?

Les rencontres étaient individuelles et/ou en groupe, sans durée prédéfinie mais les entretiens duraient en moyenne une heure quart. Chaque personne a été rencontrée une fois, dans le lieu de son choix : cela pouvait être à domicile, dans une institution, dans un café ... Les rencontres ont été enregistrées et retranscrites afin de garantir un respect des propos récoltés⁸. Elles se sont déroulées entre novembre 2022 et mars 2023.

⁸ L' enregistrement a pour unique finalité le cadre de cette recherche, et a été détruit à l'issue de celle-ci. L'anonymat est garanti, un formulaire de droit à l'enregistrement a été signé par chacune.

3.3. MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE QUALITATIVE DES DONNÉES EMPIRIQUES

L'analyse des données empiriques a été réalisée selon la méthode d'analyse typologique à visée descriptive. Cette méthode, par l'organisation descriptive de phénomènes observés, permet de rendre intelligible la complexité du réel. La typologie n'est pas un résultat, elle est considérée comme une production intermédiaire permettant de comprendre, analyser, comparer, décrire le corpus empirique. L'objectif de l'analyse typologique consiste à rendre compte des expériences vécues d'une population en partant d'un corpus empirique donné (Demazière 2013). En ce qui concerne cette recherche, nous sommes partis des données empiriques issues des différentes méthodes de récolte décrites ci-dessus.

Cette recherche met en évidence l'importance des représentations des personnes interrogées et des mots utilisés pour illustrer ses représentations. **La singularité de chaque vécu s'exprime par ce langage sémantique propre à chacune et chacun. Cette recherche est traversée par une multiplicité de regards situés.** Aussi, les outils méthodologiques permettent d'analyser, à partir des données empiriques, comment les individus partagent ou non des pratiques, représentations, croyances, les convergences et divergences autour d'une même réalité : la culture des personnes âgées, aujourd'hui, en Région de Bruxelles-Capitale.

Cette recherche détient un caractère non-exhaustif, à savoir qu'il n'est pas possible de tenir compte de l'ensemble des spécificités inhérentes à la pratique clinique en lien avec les personnes âgées, et aux conceptions de soin de chaque lieu et/ou chaque personne. Cependant, **des situations similaires, des réalités institutionnelles, des problématiques se retrouvent au sein de nombreuses pratiques, indépendamment du lieu de travail, de la profession, des missions.** Il n'est pas rare que les mêmes constats émergent de différents lieux, toutes structures et professions confondues.

Cette recherche se déploie en trois parties. Une première partie est consacrée à la définition sémantique de trois concepts : qu'entend-t-on par « personnes âgées », par « accompagnement psychosocial », par « demande » ? La deuxième partie est subdivisée en deux chapitres : les enjeux structurels (volet I) et les enjeux culturels (volet II). La troisième et dernière partie du rapport est consacrée à l'identification des priorités du secteur à travers la formulation de plusieurs recommandations, en réponse aux enjeux développés au cours de la recherche.

4. PRÉREQUIS & DÉFINITIONS

Il paraît important de baliser sémantiquement la question de recherche : *Quelle demande d'accompagnement psychosocial auprès des personnes âgées en région de Bruxelles-Capitale ?* Il s'agit de définir ce qu'on entend par « personne âgée », par « accompagnement psychosocial », et par « demande ». Ces définitions ne sont pas arrêtées, elles ont pour vocation de baliser le sujet tout en laissant ces concepts ouverts au débat.

4.1. « PERSONNES AGÉES » : DE QUI PARLE-T-ON ?

Qui identifie-t-on derrière le terme « personne âgée » ? Quelle institution balise cette identité, selon quels critères ?

Selon la norme sociale en vigueur, on devient une personne « âgée » à partir de 65 ans, soit l'âge légal de la retraite économique⁹. Aujourd'hui, en région de Bruxelles-Capitale, ce groupe représente 13,13% de la population (Statbel, 2022). On retrouve une nécessité fonctionnelle à la définition d'un critère d'âge : cette balise permet d'établir des droits, des facilités, en réponse aux besoins réels, supposés, à venir... mais regroupe sous une catégorie une population très hétérogène, vivant des réalités diversifiées et exprimant des besoins variables d'une situation à l'autre.

On est face à un critère d'âge non uniformisé¹⁰. L'exemple de l'accueil en maison de repos est criant. Celles-ci accueillent toute personne de 60 ans et plus nécessitant de l'aide mais ne peuvent consacrer que 10% de leurs capacités d'hébergement à des personnes de moins de 60 ans et ce sur base de critères de dépendance justifié par un médecin et signé par un Fonctionnaire dirigeant d'Iriscare¹¹ (Justel 2009). Or on sait que quelqu'un présentant différents facteurs de comorbidités sera en général plus vite dépendant que quelqu'un en bonne santé. En ce qui concerne la convention bruxelloise des hôpitaux de jour psychiatriques, ces institutions s'ouvrent aux patient·e·s âgé·e·s entre 18 ans et 67 ans (Iriscare 2019).¹² Ces exemples illustrent comment un critère d'âge inclut et exclut simultanément les individus. La

⁹ Cette définition économique de l'âge est cependant en cours de discussion et de modification, où des pans de la population ne pourront y accéder à l'avenir qu'à partir de 67 ans.

¹⁰ L'OMS distingue la vieillesse en trois groupes, on retrouve premièrement le groupe dit « jeune senior » (60-75 ans), deuxièmement le groupe « senior » (75-90ans) et troisièmement les « grands seniors » (90ans et plus) (OMS 2020). Malcolm Johnson distingue également des groupes d'âge au sein des personnes dites âgées, regroupant sous le terme « quatrième âge » les personnes basculant dans un état de dépendance (Johnson 2001). L'anthropologue Frédéric Balard distingue des personnes âgées celles vivant une grande fragilité, qui peut être physiologique ; culturelle, identitaire, sociale (Balard 2010).

¹¹ Cette réglementation est issue de l'article 255 de l'Arrêté fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées, entré en vigueur le 3 décembre 2019.

¹² La question de l'âge est constamment discutée, et si aucune position tranchée ne s'en dégage, des points de réflexion sont identifiés. Un questionnement porte sur une redéfinition (voire une abolition) de l'âge minimum pour entrer en maison de repos. Ce questionnement intervient en réponse à un constat de terrain qui atteste d'un nombre important de personnes vieillissant prématurément et/ou présentant des besoins d'accompagnement proches à ceux que peuvent éprouver des personnes beaucoup plus âgées (SMES 2022).



définition d'une catégorie d'âge, malgré sa nécessité fonctionnelle, détient un caractère arbitraire.

Les professionnel·le·s du secteur social – santé se rejoignent sur le constat suivant : l'âge ne peut pas être un critère de soin et/ou d'accompagnement. Courant d'âge, un réseau intergénérationnel belge analysant le sujet du vieillissement actif, appelle à « reconnaître la pluralité des vieillissements [...] : chaque personne est différente et qu'il y a autant de personnes âgées qu'il y a de parcours personnels » (d'ges 2013, 11).

« Est-ce qu'on se voit âgé quand on est âgé ? Mmmh. Seulement quand on a un corps qui nous le rappelle. Sinon, pas spécialement » Fabienne, entretien individuel, 2023.

« Les personnes âgées, la seule chose qu'elles ont vraiment en commun, c'est leur âge » Psychologue travaillant en maison de repos, entretien individuel, 2022.

« L'âge que l'on a, que l'on est, que l'on paraît, que l'on aimerait avoir, que l'on cache... » Psychiatre travaillant dans un hôpital au service des urgences, présentation publique des résultats des Focus Groupe, 2022.

Le processus de définir ce que signifie être âgé·e appartient à chaque personne, ce choix tend à respecter la diversité et la singularité des expériences individuelles. Ainsi, au sein de cette recherche, nous entendons par personne âgée toute personne se considérant elle-même comme âgée.

4.2. « ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL » : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Le terrain de cette recherche a commencé au sein du secteur en santé mentale. **Par santé mentale¹³, on entend un état de bien-être mental permettant à chacun·e de faire face aux difficultés de la vie, d'investir son environnement, de créer, de participer et de contribuer à la vie en société, y compris de façon atypique. Elle est influencée par un ensemble de facteurs internes et externes à soi (OMS 2006)¹⁴.**

Le terme *santé mentale* apparaît dans les années 1970, ces années signent une désinstitutionnalisation du champ de la psychiatrie (Bokobsa, 2009) et l'organisation de structures extra-muros, dont les services en santé mentale (Postel, 1998). En 1990, on voit naître des services alternatifs à l'hôpital dont l'objectif est l'amélioration de la qualité des soins, en particulier pour les patients chroniques stabilisés. C'est la naissance des MSP et des IHP. Parallèlement à ces réformes s'organisent des plateformes de concertation en santé mentale, ayant pour mission de favoriser le réseau entre institutions et le dialogue entre les professionnel·le·s de terrain et les pouvoirs politiques. Les termes « partenariat, réseau et conventions sont devenus les maîtres mots de la modernité psychiatrique » (Rhenter & Michel, 2005, p.127).

En 2001 se développent les SPAD, qui travaillent autour de 3 axes : former les prestataires de premières lignes – coordonner les professionnel·le·s du secteur autour du/de la patient·e – soutenir le/la patient·e. Leur spécificité réside dans leur mobilité. En parallèle, de nouvelles fonctions sont créées, telles que les Case Managers et les Référénts de Quartier.

En 2009, la réforme 107 réorganise le champ de la santé mentale. **La réforme 107 promeut l'organisation de soins de santé mentale en circuits et réseaux de soins, dont la finalité est « le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social par la mise**

en place de parcours thérapeutiques individualisés ».¹⁵ En décloisonnant la santé mentale du champ psychiatrique pour en faire une question communautaire, cette réforme questionne les références théoriques, les enjeux thérapeutiques, la place du patient, des professionnel·le·s, des proches. Elle familiarise le champ de la santé mentale avec les notions de réinsertion, réhabilitation, rétablissement, projet de vie (Thunus, Cerfontaine, et Schoenaers 2012).

La réforme distingue trois publics : les jeunes de moins de 18 ans, les adultes jusqu'à 65 ans, et les adultes âgés de 65 ans et plus. En ce qui concerne ce dernier groupe, leur intégration au sein de l'organisation de soins en circuits et réseaux est toujours en cours (cf. Réforme 107

¹³ L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être mental dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir des activités et contribuer à la vie de sa communauté » (Agence entreprise & Handicap, p.26).

¹⁴ C'est dans cette même logique que s'inscrivent les recommandations établies par le Conseil Supérieur de la Santé : des soins de santé mentale inclusifs, qui proposent une approche de proximité. Il insiste sur la nécessité de travailler la santé mentale sous une focale collective (Conseil Supérieur de la Santé 2021).

¹⁵ Toute institution de soin est invitée à assurer cinq missions : une fonction de prévention ; de traitement intensif assurée à domicile par des équipes mobiles ; de réhabilitation ; de traitement résidentiel lorsque la prise en charge à domicile n'est pas possible ; de soins au sein de formules résidentielles (Thunus, Cerfontaine, et Schoenaers 2012).



Personnes Âgées en cours au niveau fédéral¹⁶). **Les avis convergent autour de la question de l'utilisation de l'âge comme critère d'accès aux soins** : on retrouve d'une part des professionnel·le·s souhaitant une fusion entre les adultes sans distinction d'âge, et d'autre part des professionnel·le·s s'opposant cette fusion. Ces derniers craignent que les équipes adultes ne soient premièrement pas outillées aux besoins spécifiques du public âgé, deuxièmement que les équipes adultes déjà saturées de demandes actuellement, ne soient en mesure de faire place à ces usagers aux besoins spécifiques. Enfin, les notions de rétablissement, de réhabilitation ne concordent pas avec un public dit âgé, la plupart des personnes considérées comme âgées font face à un avenir déclinant, n'entrant pas dans les missions clés de cette réforme.

Dans la prolongation de la réflexion autour de soins intégrés dans la cité, le Gouvernement bruxellois développe en 2022 le PSSI, le Plan Social Santé Intégré, dont l'objectif est l'amélioration du bien-être et de la santé de chaque citoyen·ne bruxellois·e. **Le PSSI ambitionne l'atteinte de 3 objectifs : répondre aux besoins par des moyens adaptés à chaque situation ; contribuer à une couverture plus efficace du territoire en termes d'offre de services ; faciliter l'accès aux services.** Réseau de la personne, réseau de quartier, bassin de soins, réseau régional deviennent des territoires à réaménager (BXL Takes Care 2022).

Ce bref brassage historique illustre les multiples réorganisations qui animent le secteur depuis plus de 10 ans, dans une volonté croissante d'être au plus proche des patient·e·s. **Le soin des personnes souffrant de problèmes de santé mentale n'est plus envisagé de manière isolée, réservé à quelques spécialistes de la question : il s'envisage collectivement.** Cependant, le décroisement du champ de la santé mentale expose le secteur à une superposition des couches institutionnelles et décisionnelles, alimentant des enjeux touchant à la fois le secteur médical, politique, économique, et social.

Comme expliqué dans le point concernant la question de recherche, la chercheuse a adapté sa terminologie de recherche en passant du terme *santé mentale* au terme *accompagnement psychosocial* pour mieux refléter les réalités observées sur le terrain. **L'accompagnement psychosocial désigne l'aide et le soutien proposés aux personnes dans le contexte de leurs demandes psychologiques et sociales en prenant en compte leur bien-être émotionnel ainsi que les facteurs sociaux qui influencent leur situation. Cela implique de fournir un soutien holistique qui tient compte à la fois des aspects mentaux et des interactions sociales d'une personne.**

¹⁶ Le développement d'une politique spécifique au public des personnes âgées, dans le cadre de la réforme 107, est en cours au niveau fédéral. Quatre groupes de travail développent le contenu de cette politique. Ces groupes de travail sont investis par des professionnel·le·s du secteur, travaillant auprès du public des personnes âgées. Le site fédéral des Services de Santé des Soins Psychosociaux reprend le travail en cours (Lambert, s. d.).

4.3. « DEMANDE » : DE QUOI PARLE-T-ON ?

On confond souvent demande et besoin, deux notions pourtant différentes. Selon Christian Michelot, psychologue analysant le vocabulaire utilisé en psychosociologie, le besoin renvoie à un manque, à une carence, qui appelle à rétablir une homéostasie interne. Le besoin serait porté par l'envie de faire disparaître cette carence (Michelot 2022). Virginia Henderson, infirmière américaine qui s'est également penchée sur la définition du terme besoin, précise que le besoin renvoie à une nécessité vitale, où l'absence provoque directement une difficulté, un déséquilibre au niveau de l'organisme et de l'intégration sociale de la personne concernée (Dreyer Pascal 2016).

Pascal Dreyer, coordinateur d'un réseau de recherche sur les savoirs de l'habitat, définit la demande comme la manifestation directe du besoin, la volonté de résoudre une carence identifiée (Dreyer Pascal 2016). Michelot introduit la notion d'autrui dans cette démarche, définissant la demande comme un acte « par lequel on fait connaître à quelqu'un ce qu'on désire obtenir de lui ; elle appelle cet autre à répondre » (Michelot 2022, 324).

Astoul Luc, assistant social de formation, ajoute à cette confusion la notion d'attente, qui renvoie à une représentation qu'on se fait par rapport à la nature des services offerts, la qualité, la manière dont ils sont effectués, sans forcément exprimer ces représentations (Astoul, s. d.). **Le débat sémantique autour des termes demande - besoin - attente permet de situer le caractère complexe et hétérogène des demandes, liées à des besoins propres à chaque individu.**

L'enjeu de répondre adéquatement à une demande se situe au cœur de cette confusion sémantique. Le risque de définir des besoins à priori et de répondre que sommairement à une demande n'est pas négligeable. Entre réponse, inadéquation et/ou non-existence, cette recherche explore la manière dont les demandes d'accompagnement psychosocial des personnes âgées sont traitées.

5. QUELLE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL ?

Le vieillissement confronte à la perte : déclin physique (diminution de la force musculaire, perte de mobilité, fatigue...), déclin cognitif (diminution de la mémoire, de la concentration, des fonctions intellectuelles...), isolement social (perte d'amis·e-s, de partenaires, de membres de la famille...). Ces réalités biologiques et sociales, liées au processus de vieillissement, influencent l'autonomie de la personne et conduisent à un changement de rôles au sein de l'entourage et de la société (changement de rôles sociaux liés au travail, qu'il soit rémunéré ou non, à la parentalité...). Ces multiples pertes peuvent influencer l'estime de soi et déclencher des processus de deuil complexes et prolongés. « Comment perdre sans se perdre ? » (Damien Hombrouck 2019, 47).

L'expérience de vieillir varie considérablement d'une personne à l'autre, en fonction de facteurs internes et externes. Le balisage sémantique autour des termes *personnes âgées*, *accompagnement psychosocial*, *demande* démontre le caractère complexe et hétérogène du sujet analysé au sein de cette recherche. Cependant, cette recherche ne tend pas à analyser l'hétérogénéité des demandes des personnes âgées, mais les possibilités à y répondre. **Ces possibilités se heurtent à des enjeux structurels et culturels, intrinsèquement liés aux crises socioéconomiques et institutionnelles, touchant directement et structurellement le secteur de l'offre d'aide et de soins en région de Bruxelles-Capitale (cf. Contexte).**

Cette recherche déploie les multiples enjeux liés aux (im)possibilités à répondre aux demandes, ces enjeux sont tant structurels que culturels, ils proviennent directement des entretiens menés auprès des professionnel·le·s et des personnes âgées (cf. *Méthodologie*). Les enjeux structurels font référence à la réalité institutionnelle du secteur, à savoir la saturation des services, la pénurie de certaines professions, le manque de moyens en termes financier, institutionnel, humain... Les enjeux culturels renvoient au système normatif propre à la société actuelle, influençant le rapport à soi-même, à autrui, et à la collectivité. Ces enjeux sont présents dans les couches micro, méta et macro de la société, dans l'intimité comme dans l'extimité de chacun·e. Ces enjeux démontrent comment les représentations et les croyances collectives se vivent et se disent différemment pour chaque personne.

6. FAUT-IL RECONNAÎTRE UNE CLINIQUE SPÉCIFIQUE AUX PERSONNES ÂGÉES ?

Les réalités institutionnelles du secteur social – santé en région de Bruxelles-Capitale est connue par tous·tes. **Ce secteur fait face à une augmentation et à une complexification des profils tout en étant confronté à un manque de ressources, qu'elles soient financières, matérielles ou humaines. Comment garantir un accompagnement qualitatif dans un contexte socioéconomique et politique fragilisé (cf. Contexte) ?**

Cette réalité institutionnelle impacte structurellement et durablement l'accompagnement psychosocial auprès des personnes âgées. Cette partie soulève les enjeux liés aux demandes sans réponse et/ou partiellement répondues. Elle part d'un débat vif et actuel au sein du secteur de soins en santé mentale, qui questionne la nécessité de reconnaître une offre d'aide et de soins spécifiques aux personnes âgées. Ce débat ouvre la réflexion aux demandes liées au public avançant en âge et aux possibilités structurelles d'y répondre à l'heure actuelle.

6.1. LA REFORME 107

En 2019, la réforme fédérale en santé mentale, appelée la « réforme 107 », intègre le public des personnes âgées dans son organisation. L'impulsion est bonne, mais la temporalité dérange : la plupart des budgets ont déjà été affectés, voire consommés par les mesures précédentes. Au sein de l'organisation de cette réforme 107 « personnes âgées », les avis entre professionnel·le·s divergent sur de nombreux plans. Vingt-sept équivalents temps-plein seront, en théorie, alloués en région de Bruxelles-Capitale pour ce public-cible. Dans la pratique, de nombreux·ses·x professionnel·le·s craignent que ces postes soient alloués à une clinique adulte, crainte qui se fonde sur un contexte de saturation des services, une file d'attente importante, des besoins des personnes âgées difficile à se faire entendre. Le débat questionne la nécessité de reconnaître une clinique spécifique pour les personnes âgées. Faut-il reconnaître et organiser une clinique spécifique aux personnes âgées ?

« Faut-il faire du spécifique ou du général pour le public des personnes âgées ? Cette question se pose au niveau de la réforme 107. La personne âgée est adulte, tout le monde est d'accord sur ce point, mais n'a-t-elle pas besoin d'une approche plus spécifique ? N'a-t-elle pas besoin de personnes ressources disponibles pour l'aider à accéder aux mêmes droits que les autres individus, sans que sa différence, son handicap, ou autre présente une barrière à accéder à cela ? » Coordinatrice de réseau personnes âgées, réunion de coordination CtPA, mai 2023.

6.2. LA PLACE DE LA PAROLE DANS LA CLINIQUE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Lors des entretiens menés auprès des personnes âgées, la chercheuse a posé la question suivante : « avec qui parlez-vous lorsque vous en sentez le besoin ? ». Cette question a témoigné d'un isolement important au niveau de la parole.

« Je parle pas vraiment, je garde tout pour moi. Avec qui en parler ? Je ne veux pas déranger avec mes petits problèmes » Myriam, entretien individuel, février 2023.

« J'ai perdu en « parler », on parle beaucoup moins quand on est seul. Si, on peut téléphoner, mais c'est pas la même chose » Fabienne, entretien individuel, décembre 2022.

« J'ai pas envie de déranger les gens avec mes histoires, puis ça intéressera qui tout ça ? Bon, je peux en parler, mais je me répète tout le temps » Nadine, entretien individuel, février 2023.

« J'ai des choses à dire, j'aimerais en parler, mais j'ai personne à qui les dire. J'ai pas envie de déranger les gens. Puis parfois, je n'ai rien à raconter » Camille, entretien individuel, novembre 2022.

« J'avais une amie, pendant tout un temps je l'appelais l'amie des mauvais jours. Elle a vraiment été une amie que je n'ai plus jamais retrouvée. Avec elle, je parlais. Mais maintenant je ne parle plus, non. Parler comme je parle maintenant, non, même ici [par ici, elle fait référence à l'institution dans laquelle nous nous rencontrons, un centre de jour] » Sophie, entretien individuel, décembre 2022.

« Mon amie qui a des petits-enfants elle est moins confinée que moi quoi. Je me sens un peu isolée, fin parfois on aimerait dire des choses, parler de choses mais on n'a personne à qui les confier tu comprends... Je confie ces choses à personne. Parfois on aimerait dire certaines choses mais c'est comme ça hein » Françoise, entretien individuel, décembre 2022.

« Je sais pas à qui parler. J'ai beaucoup de soucis car chez nous là-bas [elle fait référence à son pays d'origine], j'ai beaucoup de petites-filles, des arrières petites-filles et petits-fils et bon, je peux parler avec eux à tout moment [...]. Ici, je parle avec la copine de mon fils, avec elle je parle comme je parle avec mes filles, je peux lui dire que je ne me sens pas bien, j'ai ça et ça et ça, mais chez mon fils je n'aime pas, je n'aime pas le stresser [...]. C'est important d'avoir quelqu'un avec qui on peut dire les choses, si on n'a pas ça, ça devient très difficile » Claudine, entretien individuel, janvier 2023.

« Je ne parle avec personne. Avec toi, aujourd'hui... Mon mari a déjà trop de soucis tu vois, avec son cancer qui traîne, je vais pas venir l'enquiquiner. Puis mon fils il veut plus trop me parler, on se voit mais on se parle pas vraiment. Donc je ne parle pas » Albane, entretien individuel, janvier 2023.

« Souvent j'ai besoin de parler, j'ai envie de parler mais je trouve personne avec qui parler quoi. La solitude pèse [...]. J'aurais aimé avoir des amis, mais je n'ai plus d'amis. [...] J'ai pas envie de déranger les gens avec mes histoires, puis ça intéressera qui tout ça ? » Catherine, entretien individuel, janvier 2023.

On observe un isolement alarmant dans le partage des sentiments et des préoccupations chez les personnes âgées, allant jusqu'à l'auto-censure chez certaines. Plusieurs entretiens ont nourri cette réflexion par rapport à la légitimité de la parole. La chercheuse observe que les personnes demandent l'autorisation de continuer une histoire, à travers des questions telles que « Je peux encore en parler ? » ; « Je peux continuer là-dessus ? » ; « Je vous embête avec ce genre d'histoire ? » ; « C'est ridicule ce que je vous raconte, non ? ».

Différentes hypothèses permettent de comprendre cette réalité. On retrouve premièrement une peur du rejet ou de la dérision, où la personne peut craindre que ses émotions ou ses inquiétudes ne soient pas prises au sérieux ou qu'elles soient ridiculisées par les autres. Deuxièmement, on observe un manque de confiance dans les confident·e·s potentiel·le·s, où la personne peut hésiter à se confier à quelqu'un. De plus, la personne a parfois perdu un/des confident·e·s (ami·e, épouse·x...). On observe troisièmement un isolement social, où la personne manque d'opportunités pour interagir avec d'autres personnes. Ces entretiens, en outre, attestent le rôle crucial des proches, les familles et les ami·e·s, dans le bien-être de la personne.

Il est nécessaire de distinguer isolement et solitude. La solitude serait une ressource, tandis que l'isolement serait quelque chose qu'on ne recherche pas mais qu'on subit. Les causes menant à

l'isolement sont multifactorielles. Une enquête menée par le CREDOC a démontré que l'isolement concerne une personne sur trois parmi les personnes âgées de 60 ans et plus. Les personnes interrogées étaient invitées à nommer deux causes générant cette isolement, et les principales causes seraient l'isolement par rapport à la famille (49,5%), la perte d'une personne importante (45,6%), la maladie (30,7%), le manque d'activité (25,7%), le manque d'amie (20,7%) et des problèmes liés à l'argent (17,2%) (Van Rompaey 2003).

La qualité du réseau formel et informel et l'environnement de la personne âgée agissent directement sur le risque d'isolement. Faire soin, c'est activer les liens qui soignent. Ce lien est conditionnel et conditionné : de nombreux facteurs influencent une qualité de partage. Il faut disposer du temps pour pouvoir le créer, le nourrir et le soigner. Il n'y a pas que les systèmes formels qui permettent de remplir cette fonction, de nombreuses personnes, physique comme morale, permettent de nourrir cela sans être définies comme institutions de soins en santé mentale (Sophie Thunus 2020). Les enfants constituent de véritables voûtes du lien social, ainsi que les professionnel·le·s du secteur social – santé, en particulier les professionnel·le·s de première ligne qui se rendent à domicile, ils s'ancrent dans le quotidien de la personne (cf. *Le travail en réseau*).

« Chez nous, dans le soin à domicile, beaucoup de patients psychiatriques ne demandent pas un accompagnement technique mais un accompagnement relationnel. Ils veulent être en lien, c'est ça le soin demandé »
Assistant·e social·e en SPAD,
réunion de coordination CtPa,
mai 2023.

« Chez certaines personnes âgées, le passage de l'aide familiale ou de l'infirmière représente beaucoup plus que la réponse au besoin de faire des courses ou de poser un soin médical. Le temps qu'elles prennent avec la personne, la relation qu'elles créent est essentielle, beaucoup plus que la raison première de venir au domicile de la personne »
Directeur·rice d'un réseau de soins à domicile, réunion de coordination CtPa, mai 2023.

L'université de Harvard, menant une recherche depuis 85 ans, a interrogé plusieurs centaines de personnes afin de questionner la clé d'une vie « heureuse ». Deux résultats ressortent de ce travail : les personnes dites les plus heureuses sont celles ayant des relations qualifiées de plus chaleureuses, et on a observé chez ces mêmes personnes une meilleure santé physique en vieillissant. Les chercheur·euse·s ont postulé qu'il existait une corrélation entre la qualité des relations sociales et la santé physique. Ils dégagent trois facteurs contribuant à une mauvaise qualité des relations sociales : le fait d'avoir peu de personne avec qui parler, le fait de ne pas se sentir appartenir à un groupe, le fait de ne pas savoir réguler les émotions difficiles. Ces

éléments constitueront des facteurs de stress importants qui épuisent progressivement les différents systèmes du corps (Martins 2023)¹⁷.

« Le regard c'est important, dire bonjour dans la rue. Un bonjour avec quelqu'un d'inconnu c'est une forme de reconnaissance, c'est quelque chose de très humain, je vois que tu es là, je te dis bonjour et te souhaite une bonne journée. [...] Chez nous [elle fait référence à son pays d'origine] tout le monde se connaît. Si on ne voit pas quelqu'un, on se renseigne. Quand quelqu'un n'est pas là, il faut aller la voir chez elle à la maison, savoir ce qu'il se passe » Claudine, entretien individuel, janvier 2023.

¹⁷ Cette étude précise que nous n'avons pas les mêmes besoins relationnels, certaines personnes seront comblées avec l'une ou l'autre relation proche, en avoir plus pourrait être stressant ou épuisant, tandis que d'autres ressentent le besoin d'en avoir beaucoup. Il convient à chacun-e de déterminer cela, mais il semble que nous avons tous-tes besoin de relations sociales de qualité. Cette étude a, par ailleurs, posé une question spécifique aux personnes âgées de 80 ans et plus : quel est votre plus grand regret ? Deux regrets revenaient parmi les personnes. Le premier regret concerne le fait de ne pas avoir passé de temps avec ses proches, le deuxième d'avoir passé autant de temps à se préoccuper de l'avis des autres (Martins 2023).

6.3. UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

« La psychiatre de l'hôpital, je l'ai gardée. C'est pas terrible, mais c'est déjà ça. Elle ne connaît rien de ma vie. C'est que sur le plan de la médication. Je continue à aller chez elle parce qu'il y a un manque considérable de psychiatre sur Bruxelles. Je voulais quand même garder un lien avec une psychiatre. Ça se passe pas spécialement bien avec elle, m'enfin, ça se passe. On se voit 30 minutes. Elle demande "Vous êtes toujours angoissée ?" Mais elle ne connaît rien de ma vie, elle ne me parle pas vraiment, ça c'est plutôt avec une psychologue, chose que je devrais recommencer, enfin plutôt commencer. [...] J'ai pas été voir de psychologue parce que je ne le sentais pas vraiment mais bon, je devrais mettre ça en route. Mais à 72 ans, c'est difficile vous savez, on n'a plus envie de parler de son passé » Delphine, entretien individuel, février 2023.

L'Enquête de Santé réalisée en 2018 (HIS, 2018) démontre que **les personnes âgées qui se disent dépressives (par un diagnostic auto-déclaré) ont davantage recours à des médicaments qu'à la psychothérapie**, au contraire de la population jeune. À mesure qu'on avance en âge, la consultation d'un·e psychothérapeute se raréfie, tandis que le fait de recourir à des médicaments augmente : « elle [la psychothérapie] passe de 62,6% des cas chez les plus jeunes (15-24 ans) à 33,6% chez les 55-64 ans, et ne concerne plus que 10,6% des séniors de 75 ans et plus (3,0% des hommes et 13,3% des femmes) » (HIS 2018, p.44). Par ailleurs, l'analyse de statistiques provenant des SSM subsidiés par la COCOF met en lumière une faible fréquentation de ces services par les patient·e·s âgé·e·s (65ans et plus), les patient·e·s âgé·e·s représentent 5 % de la patientèle totale (LBSM, 2021)¹⁸. Que traduisent ces chiffres ? Comment comprendre le non-recours à la psychothérapie par les personnes âgées ? Cela signifierait qu'il n'y a pas de demande ?

« Lorsque tu travailles auprès d'un public âgé, mais vraiment âgé, on ne parle pas des personnes de 65 ans, disons à partir de 80 ans, et encore le chiffre est trop objectif et réducteur par rapport à la réalité, que l'on soit assistant social, psychologue, ergothérapeute, infirmier, aide-ménagère, aide familiale... on devient tous un peu thérapeute, face au fait que la personne nous confronte à des questions identitaires, de vie, de mort, des questions philosophiques. Elle rumine, et nous devenons les témoins de cette rumination » Assistant·e social·e en service de santé mentale, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

¹⁸ Au niveau de la fréquence du suivi, on retrouve une moyenne de 5,7% pour les personnes de 65 ans et plus. En conséquence, le delta, témoignant d'une intensité relative du suivi des personnes de 65 ans et plus par rapport au reste de la file active, est de 0,7% pour cette part de la population (LBSM, 2021).

« La personne âgée se rapproche du terme de sa vie, et cela l'occupe mentalement. Même si elle est en bonne santé » Psychologue en ambulatoire, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

« Est-ce que l'on a eu une belle vie ? Est-ce qu'on a réalisé ce que l'on voulait réaliser ? Est-ce que j'ai fait tout ce qu'il fallait faire pour mes enfants ? Est-ce que j'ai fait tout ce qu'il fallait à l'époque pour mes parents ? » Cela mène à des prises de conscience qui peuvent parfois miner le mental et le moral » Psychologue en ambulatoire, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

« On va définir un espace-temps qui n'est pas forcément celui de l'ici et maintenant au sens strict, mais un espace-temps plus dilaté qui contient d'autres ailleurs et d'autres temporalités, à travers lesquels vont surgir des désirs. [...] Garant d'un cadre, d'un espace sécurisé, nous accueillons le désarroi et l'angoisse de cet individu qui ne se reconnaît plus, qui ne sait plus dire, qui n'est parfois plus maître de son corps et qui ne sait plus où il en est. Tout au long de son existence, l'homme est confronté à la perte mais au moment de la vieillesse la perte peut advenir dans divers domaines et à des moments plus ou moins proches. Les temps pour désinvestir un objet et pour en investir un autre sont trop courts. Pourtant, face aux pertes si souvent soulignées et associées au processus du vieillissement, notre accompagnement va prendre appui sur les ressources encore disponibles, ressources qui parfois ne sont pas sollicitées, voir même parfois méconnues de la personne âgée, elle-même » Psychologue en service de santé mentale, entretien individuel, octobre 2021.

La personne âgée peut se situer dans une période de remaniement mental important, où la réflexion autour de son histoire de vie, de son parcours, de ses accomplissements, de ses regrets... peut être très présente. **Accompagner une personne âgée, c'est être potentiellement confronté·e à des questions qui touchent à la vie, à la mort, aux pertes et deuils multiples. L'accompagnement psychosocial ne se situe pas dans une reconstruction d'un plan de vie, d'une réinsertion potentielle, mais dans une recherche de qualité de vie là où la personne se situe, avec du sens, de la bienveillance, de la considération, du respect.**

« Je suis psychologue indépendante, je travaille seule, à mi-temps, au sein d'une MRS qui comporte 159 lits. Les personnes étaient rarement en demande au début, et maintenant qu'elles me connaissent, qu'elles comprennent ma fonction disons, que je passe chez elles, que je représente une présence pour parler ensemble, j'ai plus de place. J'y arrive plus. [...] Énormément de personnes âgées sont dans la demande d'un contact régulier avec une personne avec qui parler » Psychologue indépendante travaillant en maison de repos, réunion de coordination CtPA, juin 2023.

« Ce serait important, je trouve, d'avoir une psychologue ici [par ici, elle fait référence à la MRS dans laquelle elle vit depuis 3 ans] avec qui parler de temps en temps » Sabine, entretien individuel, janvier 2023.

Ces témoignages attestent **d'une demande effective d'accompagnement psychologique, mais la mise en place de ce type d'accompagnement reste rare. Différentes raisons pourraient expliquer cela** : manque de psychologues, difficulté à avoir accès aux psychologues pour des questions de mobilité, des questions financières, des listes d'attente trop longue, ou encore les conséquences d'une génération où **la psychothérapie ne semble pas être identifiée comme ressource de soin ou est exclusivement réservée aux personnes dites « folles »**. Les personnes âgées ont été élevées dans une mentalité singulière en ce qui concerne l'expression des émotions et la recherche d'aide professionnelle, où le silence et le fait de prendre sur soi sont des attitudes sociales valorisées culturellement. De plus, pour cette génération où les campagnes de sensibilisation et d'éducation autour de la santé mentale étaient moins courantes à l'époque, le stigmate entourant la santé mentale est toujours prégnant (OMS 2006; OSS 2023; Thunus, Cerfontaine, et Schoenaers 2012). Brupartners, dans son avis d'initiative relatif à la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale rappelle que « la maladie mentale a un effet fortement stigmatisant qui inhibe de nombreuses personnes à recourir aux soins appropriés et contribue à biaiser les données » (Brupartners 2022, p.4).¹⁹ Enfin, les personnes âgées pourraient ne pas être suffisamment informées sur les questions de santé mentale et les ressources disponibles pour y faire face (cf. Travail en réseau).

¹⁹ Le KCE préconise un travail nécessaire de déstigmatisation de la santé mentale auprès de la population, afin de favoriser la prévention des problèmes de santé mentale et une prise en charge précoce. Dans cette visée, le KCE propose différents outils, tels que les campagnes médiatiques et le sujet de la santé mentale abordé au sein de l'enseignement général et au sein des programmes de formation des prestataires de soins (Mistiaen et al. 2019). Le CSS soutient également l'importance du travail préventif au sein du secteur de la santé mentale, tant auprès des professionnel-le-s du social – santé que de l'ensemble de la population (CSS 2021).

6.4. SOIGNER AU-DELÀ DU SYMPTÔME PHYSIQUE

« La vieillesse suggère encore trop souvent, quand on atteint le grand âge, que « vieillir et mourir » vont de pair. C'est là une manière de nier la vieillesse. Un regard éthique sur la vieillesse serait de regarder la personne pour ce qu'elle est maintenant et non pour ce qu'elle a été ou ce qu'elle sera » (Van Rompaey 2003, 39).

« Les normes d'accompagnement pour les conditions en maisons de repos et de soins ne sont pas du tout adéquates au public accueilli, elles nous restreignent plus qu'autre chose » Directeur·rice de maison de repos, réunion de coordination CtPA, mai 2023.

« La personne âgée n'est plus un objet réduit aux symptômes qu'elle présente ou à l'âge qu'elle a. Elle est un sujet à part entière, animé d'une vie propre. » Logopède pratiquant auprès de personnes âgées au sein d'un service de santé mentale, travail de groupe, octobre 2021.

« J'ai besoin de personne parce que je ne sais pas parler d'autre chose que de ma maladie, et les gens je vais les saouler quoi. Ma maladie m'accompagne quoi, je suis accro à ma maladie quoi, elle ne veut pas me lâcher. C'est mon identité » Nadine, entretien individuel, février 2023.

Au sein de la clinique gériatrique, le corps vieillissant amène des complications somatiques qui peuvent prendre une place prépondérante par rapport aux autres besoins. La prééminence du discours médical autour du vieillissement peut mener d'une part à la négation des autres aspects de la santé, d'autre part à réduire la personne à ses symptômes, au risque d'enfermer l'identité de la personne dans sa maladie et de ne focaliser le traitement que sur le travail du corps physiologique. Or, « ce n'est pas parce que l'on a une maladie que l'on est une maladie » (Besançon, 2017), **on détient une identité propre qui existe au-delà de la pathologie.** « Il faut sortir d'une pensée « autour de la maladie », en s'intéressant à la personne, et pas uniquement à ses problèmes » (Bontemps, 2004, p.10).

« On sait qu'au jour d'aujourd'hui, on se focalise surtout sur les soins, mais très peu sur le désir du résident. Ça doit être un élément qui doit être bien davantage pris en considération. On parle souvent de la capacité d'une personne à faire une activité, et non de sa volonté. Donc là je pense qu'il y a vraiment un changement de paradigme qui est important. Et si je ne m'abuse, Katz pour ne pas le citer se focalise énormément sur l'aspect soin et très peu sur la fonction d'aide. » Directeur·rice de maison de repos, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

Ce témoignage renvoie aux limites qu'une échelle d'évaluation impose, dans ce cas-ci l'échelle de Katz. Cette échelle, élaborée en 1970 mais retravaillée à maintes reprises depuis, évalue le degré de dépendance sous la forme d'un questionnaire. Elle analyse les capacités des personnes au sein de six activités de la vie quotidienne, à savoir se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer, manger, la continence (Inami, s. d.).

« L'évaluation des structures médico-sociales pose essentiellement la question des conditions de l'expression des usagers face à des structures qui peuvent avoir tendance à catégoriser les besoins selon des approches liées à des pratiques professionnelles. Ces catégorisations tendent à limiter l'expression des singularités dans toute leur complexité. La position du professionnel semble pouvoir être mise en lien avec sa capacité à proposer des solutions. Il est en effet périlleux pour ce dernier de pousser plus avant sa recherche s'il sait qu'il n'aura pas la capacité d'y répondre » Pascal Dreyer,

« Les personnes en termes d'accompagnement psychologique sont énormes, mais il y a très peu de possibilités d'engager des psychologues. L'échelle de Katz n'est pas adaptée à la demande des personnes, il n'y a pas de critère lié aux besoins d'accompagnement psychologique, donc peu de possibilité de récolter des fonds pour engager des psychologues » Directeur·rice de maison de repos, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

« L'échelle de Katz ne tient pas compte des autres aspects du soin, il y a l'aspect psychique, l'aspect social, l'aspect affectif, tout ça n'est pas pris en compte. Les patients se retrouvent isolés au niveau psychique, social, affectif. » Psychologue travaillant en service de santé mentale, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

« Les normes d'accompagnement pour les conditions en maisons de repos et de soins ne sont pas du tout adéquates au public accueilli, elles nous restreignent plus qu'autre chose » Directeur·rice de maison de repos, réunion de coordination CtPA, mai 2023.

L'échelle de Katz ne prend toujours pas en considération les besoins psychologiques des personnes. Comment répondre aux besoins lorsque ceux-ci ne sont pas reconnus ? On retrouve de nombreuses tentatives de classification des besoins²⁰, matérialisées par des

²⁰ Jusque dans les années 40, seuls étaient reconnus les besoins physiologiques. C'est seulement à partir des années 50 que la dimension psychologique fut prise en considération. C'est à cette période que naissent les théories de Murray, de Maslow, de Henderson, de Herzberg, de McClland, P. Alderfer... qui hiérarchisent (ou empêchent, au contraire, toute hiérarchisation) les besoins (Dreyer Pascal 2016).

grilles²¹, des questionnaires, accompagnés d'entretiens plus ou moins directs. La construction de ces outils d'évaluation se développe dans une recherche de justice sociale et d'équité de traitement, nécessaire à la distribution des ressources des politiques publiques, guidés par les impératifs de gestion des politiques sanitaires et sociales. Cependant, la philosophie sous-jacente aux politiques publiques conditionne les besoins reconnus ou non.

Ainsi, « la question de l'éligibilité d'un besoin est donc fortement liée aux limites de la solidarité et des ressources qui y seront affectées, en fonction des représentations et de la tolérance de la société » (Dreyer Pascal 2016, 23). Ces limites sont propres au contexte sociétal dans lequel elles prennent racines. Par exemple, les pays scandinaves entendent le handicap comme une conséquence sociale tandis que la France situe le handicap comme responsabilité individuelle.

« Ça devient hyper compliqué, tant pour les patients que pour les professionnels, d'avoir accès aux soins. Il faudrait une certaine latitude, car la réalité des situations ne correspond pas aux critères pour avoir accès aux droits. Aucun profil ne correspond à toutes les cases »
Coordinatrice de réseau personnes âgées, réunion de coordination CtPA, mai 2023.

« Il y a pleins de profils qui n'entrent dans aucune case. L'entrée en dépendance amène une précarité qui s'étale sur divers plans : financier, physique, psychique... »
Directeur·rice d'une fédération pour MRS, réunion de coordination CtPA, mai 2023.

Comment répondre aux besoins individuels non identifiés comme éligibles ? Comment assurer une équité de traitement, qui sous-tend une prise en compte de la singularité de chaque individu, dans un système où les besoins sont prédéfinis ? Les outils d'évaluation, par leur caractère limité, catégorisant et/ou obsolète, peuvent présenter de réels obstacles à l'accès aux soins.

« On a l'impression que la qualité de l'accompagnement est en baisse. Surtout, dans les études des personnes que nous devons engager comme les aides soignant·e·s et les infirmier·ère·s, on met l'accent sur tout ce qui est soin, les activités Katz, beaucoup moins sur le vrai accompagnement psychologique, social, affectif. Et ces personnes, quand elles viennent sur le marché de l'emploi, elles font ce qu'elles ont appris »
Coordinateur·rice de service d'aide et de soins à domicile, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

²¹ Une transition épidémiologique marque les années 70 par une diminution des maladies aiguës et une augmentation des maladies chroniques. L'augmentation des maladies chroniques introduit dans le champ médico-social la notion de dépendance, et la nécessité de réaliser une évaluation multidimensionnelle de chaque situation afin de répondre aux besoins. Sont alors établis les outils d'évaluation des besoins (Dreyer Pascal 2016).



Ils ne reflètent pas la réalité, et ne permettent donc pas de proposer un accompagnement adapté à la situation de la personne concernée. Les besoins d'avant ne sont plus les besoins d'aujourd'hui, les pathologies ont suivi les mutations de nos sociétés : on connaît des pathologies nouvelles, d'autres qui s'aggravent (Lafaille et al., 2013).

Un changement de paradigme s'installe depuis plusieurs décennies, où on intègre à la définition d'être en bonne santé une multiplicité de facteurs, tant internes qu'externes à la personne, tels que l'environnement, le relationnel, la place dans la société... **Les besoins en soins ne concernent plus uniquement le soin biomédical, mais également le soin psychique, le soin relationnel...**²²

²² Maslow (1954, cité dans Six-Razafinjato, 2013, p.10) distingue cinq types de besoins, situés selon un ordre d'urgence. On retrouve, en premier lieu, les besoins physiologiques, ensuite les besoins de sécurité, en troisième les besoins sociaux et d'affectivité, d'appartenance, quatrième, le besoin d'estime (sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur), et finalement le besoin d'accomplissement, de réalisation de soi. Nous sommes souvent face à des personnes ayant un besoin de réalisation, exprimant une demande d'exister avec des attentes de devenir. Elles sont souvent peu reconnues ou du moins peu entendues.

6.5. APPARTENIR ET SE RÉALISER

Le temps du vieillissement questionne l'usage du temps libre, qui se voit parfois valorisé, parfois relégué (Wittman 2003, 114). Le temps libéré de l'activité n'existe plus, le loisir « n'a plus un rôle de rupture par rapport au temps du travail et ne peut plus se définir dans cette opposition structurante. La liberté absolue a pour corollaire une astructuration du quotidien. [...] N'être que pour soi » (Wittman 2003, 114). Les personnes âgées rencontrées racontent leur quotidien à travers des activités, à l'intérieur du domicile comme à l'extérieur.

« Quand je sens que je suis seule, quand je ne me sens pas bien, je dois ouvrir la télévision ou bien les réseaux sociaux et regarder quelque chose pour me distraire un peu, c'est ça que je fais. Je regarde des choses » Claudine, entretien individuel, janvier 2023.

« Parfois, j'ai le cafard, je pleure un peu. Puis je me dis « allez c'est bon là, descend et va voir les autres. » Alors je descends, et hop, ça passe. Voir les autres, ça me réconforte. Je descends, on fait des activités, le matin, l'après-midi, puis à 17h on remonte et on est chez soi, tranquille. La télévision, je ne la voulais pas, parce que sinon je serais toujours dans ma chambre, à regarder des émissions. Je l'ai pas prise, elle est à la maison » Simone, entretien individuel, janvier 2023.

Une activité largement pratiquée parmi les personnes âgées est le fait de regarder la télévision. La télévision rythme le quotidien, elle offre des rituels et fait lien avec ce qu'il se passe dans le monde. Cependant, les modalités d'usage de la télévision diffère : certain·e·s utilisateur·rice·s sont qualifié·e·s de véritables « télévores », d'autres regardent uniquement quelques émissions qu'ils ont choisi·e·s, d'autres encore ne s'autorisent à regarder la télévision uniquement le soir. Anne-Marie Wittman observe des stratégies chez certaines personnes pour éviter un relâchement, comme s'habiller tous les matins correctement, se réveiller tôt... (Wittman 2003).

« Tous les dimanches, les filles viennent me chercher pour aller à la messe. Et les fois où il n'y a pas l'église les filles m'appellent, elles me demandent « maman tu es où ? » - « Je suis à la maison » - « attends on vient te chercher ». Heureusement pour moi, le dimanche je suis avec les filles. [...] Je vois qu'avec les sorties, ça aide un peu au lieu de rester clouer à la maison toute seule. Quand je viens ici, on se fait des amies, on parle, de rien de quoi, on dessine, on rigole, on fait ce qu'on peut, c'est bien au lieu de rester à la maison. C'est très important pour nous » Claudine, entretien individuel, janvier 2023.

Le lien avec les autres est une activité essentielle au bien-être. Les premières activités racontées par les personnes rencontrées concernent les sorties hebdomadaires avec les proches, ainsi que les activités organisées par les centres de jours, les communes, les institutions religieuses. De nombreuses personnes âgées ont recommandé de financer davantage des structures qui organisent des activités accessibles aux personnes âgées. Cependant, certaines personnes âgées émettent également une réticence à participer à des activités spécifiquement destinées aux personnes âgées, expliquant préférer des interactions intergénérationnelles et/ou trouvant ces activités « infantilisantes », « abrutissantes »... (termes directement repris des entretiens réalisés).

De nombreuses personnes âgées rencontrées racontent une vie d'avant où elles étaient impliquées dans énormément d'activités, rémunérées ou non, elles décrivent leur rôle social, leur place dans un groupe. Pour certain·e·s, le passage à la retraite amène un réel deuil de l'identité professionnelle, souvent très investie (Van Rompaey 2003), et conduit à un sentiment d'inutilité, dans un isolement relationnel, dans une attitude fataliste par rapport à l'évolution de la société... (Wittman 2003).

« Je suis scout depuis 70ans, et aujourd'hui je continue à participer aux camps pionniers, mais plus de la même manière. On logeait dans des tentes au bord d'un lac de montagne en Bosnie-Herzégovine, mais maintenant ils me mettent dans un petit chalet. Je ne fais plus la route pour y aller, je prends l'avion. J'ai souvent fait cet aller-retour Belgique - Bosnie-Herzégovine en camion pour amener et ramener le matériel [...]. C'est un peu frustrant, avant je faisais beaucoup de choses pour le camp, maintenant je ne me sens plus trop utile. Oui, je continue à accompagner le groupe dans les lieux cultes, je raconte un peu l'histoire du pays, les massacres qui ont eu lieu... Je suis plus dans le partage de mon expérience, parce que depuis le temps, on se connaît bien avec ce pays! Mais bon, je suis moins utile quoi ! C'est comme ça hein... Apparemment. J'ai toujours travaillé jour et nuit, c'est dur » Jean-Claude, entretien individuel, janvier 2023.

« L'abondance du temps libre peut engendrer sa perte de signification [...] Dès lors que rien n'ordonne le temps libre, celui-ci se vide de son sens : il s'agit d'une forme particulièrement aiguë d'exclusion, dans la mesure où elle est le symptôme, plus encore que la cause, d'un profond isolement » (Wittman 2003, 114). L'ennui ne s'exprime pas facilement, « il se lit dans la solitude, les soucis de santé qui limitent les sorties et dans le souvenir d'une vie antérieure trépidante » (Wittman 2003, 114).

« Les actions des pouvoirs publics en leur faveur ne comblent pas la demande de dignité et de reconnaissance des personnes âgées [...]. Si certaines sont conscientes de porter une mémoire à transmettre aux générations nouvelles, la plupart d'entre elles sont sceptiques sur le poids qu'elles peuvent avoir dans la vie de cité. D'une certaine manière quand on est vieux (Villechaise, 1997 ; 2000) et où l'on sent que tout vous échappe, on ne vit que 'pour soi', on ne se sent pas remplir un rôle social » (Wittman 2003, 125).

« L'animation et la vie sociale des personnes âgées ne peuvent plus être conçues et pratiquées comme une succession d'activités visant à occuper, à lutter contre l'ennui ou à participer à la rééducation » (Van Rompaey 2003, 40).

Nous sommes face à des personnes ayant encore et toujours des besoins en termes de réalisation, exprimant une demande d'existence avec des attentes de devenir, mais qui demeurent peu reconnues ou du moins entendues dans leur demande. Il s'agirait d'investir d'autres registres du soin. En 1998, un rapport sur le vieillissement basé sur le contexte français identifie trois facteurs d'accélération du vieillissement, à savoir l'isolement, l'impression d'inutilité et la désinsertion sociale (Van Rompaey 2003). **Penser au bien-être de la personne âgée ne peut être réalisé qu' à travers des activités occupationnelles, mais davantage en termes de maintien de l'autonomie, afin que la personne ait les outils pour pouvoir se réaliser comme elle le souhaite.**

6.6. ACCUEILLIR LA RÉALITÉ DE L'AUTRE

« On ne peut pas cloisonner un rendez-vous sur une heure. A domicile, quand tu arrives, tu ne sais jamais quand tu pars. [...] C'est toujours au moment où tu pars qu'il y a quelque chose d'important qui arrive, tu ne peux pas partir en laissant la personne toute seule, en disant que tu ne reviens qu'une semaine après » Psychologue en service de santé mentale, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

« Travailler auprès de la personne âgée amène un regard différent. Il y a cette volonté, au sein de la réforme 107, de fusionner le public des personnes adultes et le public des personnes âgées. Ils ne prennent pas en compte la spécificité, de la temporalité, qui fonde la clinique de la personne âgée. Cette particularité n'est pas considérée » Psychologue en ambulatoire, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

« On ne peut pas isoler l'interaction verbale du contexte, car l'environnement est fondamental pour permettre cette interaction. La personne dépose dans les objets, dans l'environnement, certaines choses parlent, qui ne sont pas toujours contenues dans les mots. Il y a tout un petit décorum avant d'entrer dans le contenu de l'interaction. L'accueil prend du temps » Assitant·e social·e en service de santé mentale, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

Ces témoignages attestent d'une temporalité spécifique dans le travail à domicile. Travailler à domicile, c'est rencontrer l'intime de la personne. De nombreuses personnes rencontrées, que ce soit des professionnel·le·s que des personnes âgées, décrivent le temps de l'entretien.

« Je ne peux pas me déplacer, un déplacement équivaut à une séance normale. Ça veut dire que je privilégierais une personne face à deux autres. En me déplaçant chez cette personne et en faisant le rendez-vous chez elle, je dis non à deux personnes qui auront pu venir à mon bureau » Assistant·e social·e en service de santé mentale, entretien individuel, février 2022.

« La temporalité fait partie des freins essentiels à la prise en charge de la personne âgée » Psychologue en ambulatoire, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

Les professionnel·le·s du secteur social – santé font face à une charge de travail, leur obligeant à établir de priorités. Travailler dans un contexte de saturation, c'est faire des choix, par nécessité de prioriser la rentabilité du temps et des moyens disponibles. Quel profil priorise-t-on, à partir de quels critères ? Quel profil réoriente-t-on, de quelle manière ? En 2022, une étude menée auprès des SSM subsidiés par la COCOF²³ démontre que 33% de la part des nouvelles demandes sont réorientées en raison d'un manque de place. Un glissement de la culture de l'accueil s'opère, les SSM ne sont plus en mesure d'accueillir toute personne frappant à leur porte²⁴ (Susswein 2022; Boulanger & Jenet 2023).

La mise à mal de l'accessibilité aux soins en santé mentale par le contexte de saturation impacte le public des personnes âgées, et cela pour plusieurs facteurs. Premièrement, une prestation avec une personne âgée requiert souvent un temps d'entretien plus long qu'une prestation avec un adulte. C'est d'autant plus important lorsque la personne âgée ne peut se déplacer, et que la prestation doit s'effectuer à domicile. Deuxièmement, l'accompagnement auprès d'une personne âgée s'inscrit dans un temps long et indéterminé, il ne se définit pas selon l'objectif de réinsertion ou rétablissement. Une troisième hypothèse est l'existence d'une discrimination liée à l'âge, dans laquelle les personnes âgées sont considérées comme moins prioritaires par rapport à d'autres groupes. Cette forme de discrimination, connue sous le nom d'âgisme, peut avoir des conséquences néfastes sur la qualité et la quantité des soins prodigués aux personnes âgées.

²³ Robin Susswein, chercheur à la Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale, a recensé durant quatre mois les nouvelles demandes auprès de dix-sept services de santé mentale en région de Bruxelles-Capitale et a analysé ces données pour analyser quantitativement la saturation des services en santé mentale (Susswein 2022).

²⁴ Pour analyser plus profondément ce sujet, la Ligue Bruxelloise de la Santé Mentale a documenté la saturation sous le prisme d'une recherche quantitative et d'une recherche qualitative (Mathieu Boulanger et Marie Jenet 2023).

6.7. MOBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES : FREINS & ADAPTATIONS

La plupart des personnes âgées rencontrées parlent de mobilité, de leur mobilité, décrivent l'ensemble des activités dépendant de cette mobilité. Elles parlent du plaisir de se déplacer dans les parcs, d'aller faire des courses, prendre un café avec un·e ami·e, au musée... La mobilité est vectrice de liens, le déplacement physique des individus d'un endroit à un autre favorise et renforce les liens sociaux, culturels et humains. **L'avancée en âge confronte de nombreuses personnes âgées à une réduction de la mobilité. Or, la capacité à se déplacer influence en partie l'insertion sociale.**

« Pourquoi vais-je à domicile ? Parce qu'il y a des problèmes de mobilité. Les personnes âgées ne savent plus se déplacer, elles ont du mal à se déplacer en rue, elles n'ont pas ou plus de « rollator », elles ne savent pas marcher à cause de problèmes aux jambes, ou bien à cause de problèmes de démence, etc. La mobilité est un gros problème en fait et donc pourquoi est-ce qu'elles ne sortent pas ? Parce que : précarisées, pas d'argent pour prendre un taxi, sachant que c'est le seul moyen qui leur permettrait d'assister à des activités... Les transports en commun, on oublie ! Les trottoirs à Bruxelles, on oublie ! Il y a donc des craintes pour sortir parce qu'il y a les craintes de chutes et puis, il y a des craintes de sortir parce qu'il y a des problèmes de mobilité tout court » Psychologue travaillant en service de santé mentale, Schieveniews, février 2022.

Cet entretien témoigne de nombreux obstacles que les personnes âgées éprouvent dans leur mobilité quotidienne. **Les freins à la mobilité, dans le processus de vieillissement, peuvent devenir plus prévalents en raison des changements physiologiques associés à l'âge, tels que la diminution de la force musculaire, la perte d'équilibre et la raideur articulaire. Ils peuvent aussi être liés à des facteurs environnementaux, tels que des obstacles physiques ou des infrastructures inadaptées.**

« Quand les trottoirs sont trop dangereux, je veux marcher sur la rue, car la rue c'est plus facile, plus lisse, mais alors il y a les voitures. C'est l'un ou l'autre quoi » Joséphine, entretien individuel, novembre 2022.

« Les trottoirs sont tellement mauvais que moi je n'ai pas envie d'aller me casser la figure. Donc je ne sors plus. Enfin je sors... toujours accompagnée quoi. Seule je ne saurais plus » Camille, entretien individuel, décembre 2022.

« Ici on ne peut pas se déplacer seul, il y a des pavés mal placés, on ne sait pas sortir. Je dois attendre ma fille pour pouvoir sortir un peu. Je peux sortir tous les 15 jours, trois semaines, ça dépend » Sandra, entretien individuel, décembre 2022.

La majeure partie des personnes âgées rencontrées expriment un obstacle majeur à la mobilité dû à l'architecture urbaine de la ville, dû aux pavés, au manque de bancs, aux marches trop hautes... La peur de tomber représente l'un des obstacles majeurs à la mobilité des personnes âgées, expliquant pourquoi elles ne sortent plus seules. Ces infrastructures ne permettent pas de garantir une forme de mobilité sûre et sécurisante.

En ce qui concerne la mobilisation des transports en commun par les personnes âgées, de nombreux freins existent. Des professionnel·le·s témoignent de patient·e·s faisant des détours afin de prendre des transports publics qui leur sont accessibles. Iels témoignent aussi de patient·e·s refusant des rendez-vous à certaines heures car ce sont les heures de pointes et iels craignent d'être bousculé·e·s, de tomber, de ne pas avoir de place assise... Entre les lieux peu ou mal desservis en transports en commun et l'infrastructure des transports en communs pas toujours adaptée, les enjeux autour de la mobilité sont toujours d'actualité.

« Là où on peut, peut-être, vraiment avoir des problèmes c'est dans les bus car on est tellement serré, les jeunes qui ne donnent pas la place aux gens âgés, moi parfois je dis écoute mon vieux lève-toi et laisse moi m'asseoir parce que je suis fatiguée. Et tu sais ce qu'il me répond ? Oui mais moi aussi je suis fatigué, je vais à l'école, c'est ça qu'il te répond ! » Camille, entretien individuel, décembre 2022.

« Je tombe souvent hein, encore hier dans le bus... c'était pas de ma faute, il y avait du monde, je voulais sortir, et les portes s'ouvraient et se refermaient tout le temps, et j'ai été coincée trois fois dans les portes, j'étais assise par terre et les gens essaient de me redresser mais les portes coinçaient, oh j'ai eu peur... J'en ai mal dormi d'ailleurs, j'ai très mal dormi. Et ça, c'est mes petits ennuis, parce qu'on veut prendre le bus » Sophie, entretien individuel, décembre 2022.

De moins en moins de personnes âgées possèdent leur propre véhicule et/ou se déplacent avec pour diverses raisons, isolées ou corrélées. Les deux principales raisons qui restreignent l'usage de son propre véhicule sont d'une part l'insécurité routière (augmentation du trafic, essor de la micromobilité, complications somatiques et/ou cognitives personnelles...) et d'autre



part la question financière (coûts de l'essence, de l'assurance...). Parmi la trentaine de personnes âgées rencontrées, seules deux personnes possèdent un véhicule, et le conduisent.

Le développement de transports organisés par l'associatif, accessibles aux personnes à mobilité réduite, prend de l'ampleur en région de Bruxelles-Capitale. Cependant, là aussi, les conditions d'accès à ces services peuvent être contraignantes : condition de revenu, d'âge, horaires restrictifs, zone géographique de déplacement limitante... Les professionnel-le-s témoignent également d'une pénurie de chauffeurs, due à de mauvaises conditions de travail. Enfin, ces services sont limités à certaines communes, mutuelles, institutions, ne pouvant soumettre une même offre pour tous·tes.

« Si je veux me déplacer je dois téléphoner la veille à la STIB pour avoir un transport quoi. Être âgé, c'est être super méga organisé » Martine, entretien individuel, novembre 2022.

« Il n'y a pas de relai entre les communes, pas de communication, pas de projet commun » Educateur-riche en ambulatoire, Focus Groupe IV - Mobilité et accessibilité, mars 2022.

« Notre possibilité d'accéder à un soin dépend de la commune dans laquelle on est inscrite. Pour y avoir droit, il faut être dans les bons critères. Si le rendez-vous médical est sur une autre commune, ou sur une mauvaise plage horaire, c'est foutu ! [...] Il n'y a pas de relai entre les communes, pas de projets communs » Coordinateur-riche de services d'aide et de soins à domicile, Focus Groupe IV - Mobilité et accessibilité, mars 2022.

« Aujourd'hui, c'est de plus en plus difficile de trouver des chauffeurs. Je pense que, s'il y en a moins qu'avant, c'est dû notamment à l'augmentation du prix de l'essence, au fait que la mobilité en ville est de plus en plus complexe et dangereuse, et que peu de personnes ont une voiture et ont envie de faire une activité peu reconnue financièrement » Directeur-riche de maison de repos, FG IV - Mobilité et accessibilité, mars 2022.

« Il y a les transports de la mutuelle, des sortes de taxi, mais bon c'est quand même 30 EUR l'aller-retour. Sinon il y a Viva Jette, là ils sont à 6 EUR l'aller-retour, mais bon c'est que sur Jette, faut pas faire 500 mètres de plus » Gérard, entretien individuel, janvier 2023.

Les entraves à la mobilité conduisent les personnes âgées à solliciter l'aide de leurs proches pour leurs déplacements. Cependant, ce mode de déplacement impacte les relations avec les proches : la crainte d'en demander trop, de surcharger, d'être « un poids » est généralement présente. Certaines personnes âgées racontent également leurs stratégies pour adapter le réseau de transports en communs à leur mobilité : elles établissent leur trajet en fonction des infrastructures adaptées aux PMR.

Le volet stratégique établi par Plan Good Move du SPF Mobilité définit les priorités jusqu'en 2030 : permettre à tous·tes de se déplacer efficacement et agréablement. Le PRDD prône « l'adaptation des services de transport aux moins valides, la prise en compte de critères sociaux dans la répartition et tarification des services, la promotion et le soutien à une meilleure mobilité des publics cibles » (PRDD, p.143. cité p.42). **Malgré la conscience des pouvoirs publics de cette réalité, les multiples entretiens témoignent d'une inadaptation toujours actuelle des alternatives techniques et/ou organisationnelles, ce qui contribue à certaines formes d'exclusion d'une partie de la population. Les difficultés liées à la mobilité mettent à mal l'autonomie et contribuent à un isolement social affectant considérablement la santé mentale des personnes âgées.**

6.8. HABITER SON LIEU DE VIE : TERRITOIRE(S) GÉRONTOLOGIQUE(S)

« Moi, je bouge pas d'ici. J'ai la pharmacienne juste en bas, j'ai le petit carrefour au coin, j'ai le médecin à deux arrêts de tram. Puis la psychiatre est pas loin, je peux y aller en tram aussi. Je bouge pas, non » Rollande, entretien individuel, février 2023.

Les personnes âgées rencontrées racontent le territoire qu'elles occupent. Lorsqu'elles parlent de leur lieu de vie, elles mettent en évidence les facteurs influençant directement la qualité du lieu, les éléments du lieu favorisant une autonomie. Parmi ceux-ci, on retrouve souvent la proximité géographique avec des personnes proches, la proximité géographique avec des services publics (pharmacie, supermarché, institutions d'aide et de soin), la proximité géographique avec des lieux de sociabilité (café, librairie, parc, institutions religieuses...), la sécurité du quartier, l'aménagement du lieu (pas d'escaliers, présence d'ascenseur...) etc.

L'environnement identitaire s'étend du domicile à l'échelle du quartier, englobant les services habités. Au-delà du service presté, ces services déteignent une pratique organisatrice de sociabilité. Ce sont des lieux où la personne est connue.

« Bruxelles, ça a changé. Je me balade encore beaucoup, j'habite ici depuis toute petite, je vois les changements. Je marche, je regarde, les bâtiments qui sont détruits, les nouveaux. C'est comme ça hein ! La vie continue. Mais... je m'y retrouve plus trop, dans ces quartiers, c'est plus comme avant, ça change. C'est la vie quoi » Sofia, entretien individuel, février 2023.

« C'est difficile d'être une personne âgée aujourd'hui. Parce que tu te sens toute petite, tu as peur d'être bousculée dans la rue, tu connais plus trop tes voisins, ton quartier. Moi, j'ose plus vraiment me balader seule, je connais plus trop le coin, ça a trop changé. Et ça change vite hein ! » Fabienne, entretien individuel, janvier 2023.

Anne-Marie Wittman, menant une recherche à propos des manières de vieillir en cité, définit quatre profils. Elle définit, premièrement, un profil qui rejette l'environnement sociétal, alimenté par un décalage ressenti entre le monde d'avant, celui dans lequel les personnes âgées ont évolué, intégré des mœurs et des valeurs et le monde actuel. Ce décalage nourrit des impressions d'impuissance, renvoyant les personnes « à leur condition de personnes âgées. Elles ont le sentiment d'être laissées-pour-compte, inutile » (Wittman 2003, 125). Cela alimente un comportement d'auto-exclusion et de désaffiliation de l'espace public, menant à une

survalorisation et surutilisation de certains lieux, à commencer par le domicile, tandis que l'extérieur devient de moins en moins familier (Wittman 2003). L'anthropologue Frédéric Balard perçoit ce comportement comme une stratégie de préservation de soi, qui confirme l'autorité de la personne « en permanence mise en péril par l'avancée en âge » (Balard 2010, 180).

Anne-Marie Wittman définit, deuxièmement, un profil qui se replie sur soi et sur ce qu'il connaît par sécurité, dans une recherche de protection contre un discrédit collectif. Elle définit troisièmement un profil qui participe à la vie en société, alimentant le réseau social fondé sur l'interconnaissance et l'entraide. Enfin, elle définit un profil qui mobilise et occupe les lieux publics, qui s'ancre activement dans le quartier, qui connaît et est connue des acteur·rice·s locales·aux (Wittman 2003).

Plusieurs facteurs, selon Anne-Marie Wittman, influencent le vécu du vieillissement, à savoir l'appartenance générationnelle, l'investissement et la qualité des réseaux de sociabilité familiaux et amicaux, et l'état de santé physique et/ou cognitif. Ces dimensions influencent la manière d'appréhender et de mobiliser l'espace public, ayant un impact sur le degré d'investissement et de participation au sein des réseaux de proximité (Wittman 2003).

« Ainsi, l'âge – et ses implications en termes d'état de santé, de dépendance et d'invalidité – et les ressources sociales [...] déterminent l'espace qu'il est possible de s'approprier, constituant deux éléments forts de différenciation » (Wittman 2003, 116).

Habiter un lieu de vie au sein d'une maison de repos est une thématique souvent soulevée au sein des entretiens menés dans le cadre de cette recherche. De nombreuses personnes âgées rencontrées expriment une appréhension à l'idée d'y vivre. Les entretiens traduisent, derrière les mots, une peur de ne plus être maître/maîtresse de son environnement, d'être dépossédé·e d'un rôle, d'être limité·e dans leur autonomie décisionnelle. La maison de repos alimente un stigmate de la personne âgée dépendante. Habiter un espace stigmatisé contribue à être discrédité socialement, amplifie un décalage ressenti entre l'intérieur et l'extérieur, et peut accentuer le poids social du vieillissement (Wittman 2003). Nadine, qui vit seule dans un appartement depuis plus de dix, souffre d'une dépression depuis plus de 40 ans. Elle approche les 75 ans et est assez autonome.

« J'ai peur d'un placement, qu'on me place quelque part. Je veux pas ça, non, tout sauf ça, je suis juste malade moi, j'ai besoin d'être soignée, pas placée. Mais c'est ça qu'on fait aux personnes âgées » Nadine, entretien individuel, janvier 2023.

Il est fréquent, face à une diminution des capacités physiques et/ou cognitives, que la personne concernée doit faire appel à une/des aides extérieures pour répondre à de nouveaux besoins, et doit repenser le lieu de vie.

« J'ai fait plusieurs chutes, dans mon jardin. C'est pour ça que c'est ici [maison de repos], parce que bon, à l'hôpital on a dit qu'il faudrait mieux que je vienne ici. Je ne veux pas inquiéter mes enfants, et ils voulaient plus trop que je reste seule chez moi » Françoise, entretien individuel, décembre 2022.

« Je ne suis pas retournée chez moi depuis février, je ne vis plus parce que j'ai peur de tomber. Je suis tombée trois fois, et chez nous il n'y a pas d'ascenseur, les escaliers c'était... pfiou. C'était plus possible » Clothilde, entretien individuel, décembre 2022.

« Cela fait huit, neuf mois que je suis ici. Je tombais souvent à la maison, j'avais des pertes d'équilibres, j'étais plus capable de faire ma toilette, de me raser, de me laver et tout ça, alors l'assistante sociale m'a dit « écoute si tu veux on peut aller voir deux-trois maisons de repos et tu choisis celle dans laquelle tu veux vivre. ». Alors, on est venu ici. C'était un monde que je ne connaissais pas, je ne connaissais pas, j'entendais parler de ça mais je ne savais pas comment les gens vivaient ici. Puis voilà, j'ai dû m'y faire quoi, j'ai dû m'adapter. [...] C'est ma belle-sœur et mon frère qui voulaient pas que je reste à la maison » Bertrand, entretien individuel, décembre 2022.

« Mes enfants aussi ont trouvé ça. Alors si c'est pour leur procurer du désarroi, ça n'en vaut pas la peine. Mes enfants travaillent tous les 3. Ils ont autre chose à faire que de se préoccuper de moi, hein ? » Fabienne, entretien individuel, janvier 2023.

La décision d'une entrée en MRS semble souvent appuyée par l'entourage et/ou des professionnel·le·s. Les personnes âgées acceptent cette décision car elles ne veulent pas inquiéter leurs proches.

« Entrer en maison de repos est une violence énorme, et rien n'est pensé en amont, rien n'est préparé. Du jour au lendemain, ces personnes se retrouvent à faire le deuil de leur chez-soi, de leur indépendance, de leur routine. Elles se retrouvent à vivre avec parfois cent, parfois cent-cinquante personnes, à avoir plein de monde autour. Et puis il y a tous les conflits familiaux qui entourent ce placement. C'est rarement la personne elle-même qui a choisi d'être là »
Psychologue indépendante travaillant en maison de repos, juin 2023.

Christian Van Rompaey souligne la souffrance qu'une entrée en institution contre le gré de la personne peut engendrer. Cette souffrance qu'il qualifie de silencieuse peut mener à certains comportements inquiétants : s'isoler dans sa chambre, ne pas manger, refuser certains soins... un tableau de rejet, d'indifférence. Plusieurs études, menées au sein du secteur français et belge, démontrent les conséquences négatives d'une entrée en institution non consentie, notamment à travers la difficulté d'adaptation et l'augmentation significative de la mortalité dans les six mois suivant l'entrée. Cette situation alimente « le sentiment d'être rejetée, de ne plus compter pour personne, de n'être plus entendue dans ses choix » (Van Rompaey 2003, 35). Il semble indispensable de distinguer placer et entrer en maison de repos.

« Ce qu'on a observé à travers nos dernières études est une réelle réticence de rentrer en maison de repos, donc ça c'est très clairement un stigmate, et donc les gens attendent le plus longtemps possible de rentrer en maisons de repos, expliquant la présence de profils beaucoup plus lourds »
Coordinateur·rice de maison de repos et de soin, entretien individuel, mars 2022.

« La maison de repos ne peut plus être uniquement identifiée comme un lieu médical, ça doit être un lieu de vie avant tout. [...] Revenir à des institutions à taille humaine, de telle manière où il y ait vraiment des liens qui peuvent se créer du lien entre professionnel·le·s ou intervenants et résidents, entre résidents eux-mêmes »
Coordinateur·rice d'un réseau de soins, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

Selon Christian Van Rompaey, malgré une volonté d'ouverture, « la plupart des institutions font écran au monde extérieur » (Van Rompaey 2003, 34), mais cette ouverture requiert un changement des normes financières, organisationnelles et fonctionnelles. A l'heure actuelle, la majorité des personnes âgées vit à domicile, selon trois configurations : seul·e, en couple, avec



une ou plusieurs personnes sans être en couple (Statbel 2016)²⁵. **La vie en institution arrive tardivement et concerne une minorité des personnes âgées : en 2016, 8% des personnes âgées de 65 ans et plus vivent au sein d'une maison de repos en région de Bruxelles-Capitale** (Les notes de l'Observatoire 2016).

La majeure partie des personnes âgées souhaite vivre à domicile²⁶, et reste effectivement à domicile. Comment garantir l'autonomie lorsque la personne nécessite de l'aide ? En théorie, il existe de nombreuses modalités pour garantir aux personnes âgées de rester à domicile de manière qualitative : repenser et réaménager l'espace de vie ; mettre en place des services d'aide et de soins à domicile tels que des assistant·e·s sociaux·ales, infirmier·ère·s, aides ménagères, aides familiales, kinésithérapeutes, médecins généralistes, services de transports pour personnes à mobilité réduite, repas à domicile, etc. Balard ajoute à cela l'importance de considérer la façon dont une personne âgée se représente et occupe un territoire. La mise en place « d'un dispositif structurant de l'offre gérontologique aussi rationalisé soit-il comporte le risque de ne pas faire sens pour les usagers âgés et ainsi d'être ignoré voire rejeté s'il est vécu comme un obstacle à la satisfaction de leurs besoins » (Balard 2010, 177). Il doit se construire en prenant compte des habitudes de vie et des modalités de vivre sur un territoire afin de garantir une utilisation efficace du système par les personnes âgées (Balard 2010)²⁷.

²⁵ On observe d'importantes variations au niveau de la distribution du mode de vie en fonction de l'âge et du sexe de la personne : parmi les plus jeunes, environ 70% vivent en couple, mais on constate des différences à mesure que l'âge avance. A partir de 80 ans, se retrouver seul·e à domicile devient une norme pour les femmes, tandis que cela reste exceptionnel chez les hommes (Statbel 2016).

²⁶ Fin 2020, la Fondation Roi Baudoin publie une étude concernant les choix de vie des plus de 60 ans, selon laquelle la majorité des personnes privilégie le fait de vivre à domicile, même en situation de perte d'autonomie importante (Busschaert, Minnebo, et Samyn 2020) : 36% des personnes interrogées attestent avoir besoin d'une aide professionnelle durant la journée, 15% d'une aide d'un·e proche durant la journée, 13% d'une aide professionnelle durant la nuit (Aït Baala 2021).

²⁷ Ces derniers mois, le terme « outreaching » est entré dans le jargon du social-santé, ce terme témoigne le fait d'aller là où se trouve la personne. On retrouve, dans ce dispositif, une conscientisation des pouvoirs publics de l'importance du quartier pour les personnes âgées.

6.9. LE TRAVAIL EN RÉSEAU

Faire réseau est un pilier essentiel à la clinique de la personne âgée, qui influence la qualité de l'accompagnement²⁸. Faire réseau autour de la personne, c'est articuler les membres qualifiés « ressources », c'est-à-dire les acteur·rice·s clés au bien-être de la personne. Ces personnes peuvent être des membres de la famille, des ami·e·s, des voisin·e·s, des commerçant·e·s du quartier, des acteur·rice·s locales·aux, des professionnel·le·s du secteur social – santé...²⁹

LES AIDANT·E·S PROCHES : MODALITÉS DU LIEN

« Quand on parle d'accompagnement pour une personne de manière globale, pour moi ça veut dire aussi prendre en compte son environnement, et son environnement pas que physique mais aussi social, les aidant·e·s-proches, ses ami·e·s, sa famille » Coordinateur·rice d'un service d'aide et de soins à domicile, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

Nathalie Rigaux souligne, au sein d'un colloque traitant du domicile et de la bienveillance, que « 80% de l'aide requise par les personnes âgées dépendantes est assurée par les proches et que les trois quarts de cette aide est prise en charge par les femmes » (Nathalie Rigaux, citée dans Van Rompaey 2003, 36). **De nombreux entretiens soulignent l'importance du réseau familial, ce réseau fait partie de l'identité de la personne âgée, c'est d'ailleurs l'une des premières choses qu'elle raconte lorsqu'elle se raconte.**

²⁸ Selon l'expertise de nombreux·ses·x professionnel·le·s travaillant dans le secteur de l'aide et du soin en région de Bruxelles-Capitale, les éléments qui font soin en matière de santé mentale sont : faire réseau autour de l'usager·ère, faire réseau et se soutenir entre professionnel·le·s, assurer une continuité, ajuster les dispositifs aux besoins, partir des dispositifs existants, activer les liens qui soignent, assurer un partenariat entre les usager·ère·s et les professionnel·le·s (Englebert 2021).

²⁹ Le CBCS soutient le renforcement d'une « logique d'intersectorialité », une approche globale et concertée entre tous les services, en incluant les professions d'aide et du soin, ainsi que les professions jouant un rôle actif sur les déterminants de la santé (promotion de la santé, logement, emploi...) (Wetz, Moriau, et Williaert 2020).

Chaque réseau familial est rythmé et organisé différemment autour de la personne âgée.

« J'ai des petits enfants, j'essaie d'être présente pour eux, les écouter, les conseiller. Je n'y arrive pas toujours, mais je veux pouvoir être là pour eux »
Sophie, entretien individuel, décembre 2022.

« Je suis une grand-mère fort présente pour ma famille. Ils le savent. Mon petit-fils, c'est près de moi qu'il a besoin de se confier. [...] Mes petits-enfants viennent quand ils veulent ici, ils ont les clés. C'est pour ça aussi que je ne veux pas aller en maison de repos. J'ai ce rôle de grand-mère et arrière-grand-mère qui conseille, qui aide, qui est présente »
Martine, entretien individuel, février 2023.

Ces deux témoignages démontrent des personnes âgées qui détiennent un rôle important au sein de la famille. Elles assurent une présence, une disponibilité, une écoute, elles sont sollicitées pour conseiller.

Un Monsieur, résidant en maison de repos à l'initiative de son frère, me partage à quel point il est difficile pour lui de s'adapter à ce monde institutionnel. Il est nostalgique de son appartement, et de tout ce que représentait cette vie seule, en appartement. Il me partage sa réflexion au sujet de la place de la personne âgée.

« La place de la personne âgée doit être dans une maison, près du feu, avec des petits enfants à qui elle raconte des histoires... Il faut pas l'isoler plus quoi, la mettre dans une maison de repos... Bon, à la maison tu vois, une infirmière peut passer, il y a des repas à domicile... La personne âgée est la personne de la société qui a vécu la vie la plus longue, et de cet âge-là, elle a une expérience »
Gaston, entretien de groupe, février 2023.

« Je dérange pas mes enfants. Comme il y en a qui travaillent en milieu hospitalier, en week-end, je trouve qu'ils doivent être près de leur mari, de leur famille. Je ne veux pas être une contrainte. [...] J'essaie d'être une grand-mère assez présente, toutes les semaines je téléphone à mes enfants, mais je ne leur demande jamais « quand vous venez ? ». Jamais. Parce que je veux pas qu'ils sentent une obligation de ma part. Je veux leur liberté. Et qu'ils viennent s'ils ont envie »
Catherine, entretien individuel, janvier 2023.

Mon fils, il fait sa vie. Puis il n'a pas trop envie de me voir, à cause de ma dépression je pense. Il en a eu marre... fin surtout ma belle-fille, et elle l'influence, c'est sûr. [...] Je me suis battue, je me suis battue... parce que je voulais continuer à les voir, je n'ai qu'eux »
Martine, entretien individuel, janvier 2023.

Ces observations mettent en évidence des dynamiques émotionnelles et sociales complexes qui sont fréquemment rencontrées dans les relations entre les personnes âgées et leurs enfants. Les personnes âgées expriment le souhait de voir leurs enfants plus souvent, mais sont vigilantes à ne pas les sur-solliciter. Ainsi, elles peuvent hésiter à demander la présence de leurs enfants plus fréquemment, par peur de devenir un fardeau. Ce sentiment peut découler d'un désir de préserver leur dignité et leur autonomie. Elles veulent peut-être contribuer positivement à la vie de leurs enfants plutôt que d'être une source de stress ou de responsabilités supplémentaires.

Du côté des proches, accompagner son parent peut être vécu tant sur le plan de l'obligation que sur le plan du plaisir et du partage. Anne Marie Wittman postule que les liens familiaux se fondent sur l'échange de services (cf. la théorie du don et contre-don établie par Marcel Mauss)³⁰. Certaines personnes âgées sont reconnues comme personnes ressources au sein du tissu familial, elles tiennent des échanges affectifs et matériels, transmettent des valeurs, assurent le relai dans l'éducation des petits-enfants. Au contraire, lorsque la personne âgée ne peut donner, Anne-Marie Wittman a noté une vulnérabilité dans l'insertion de la personne âgée au sein même de son tissu familial. « L'intensité des liens affectifs intergénérationnels est donc liée en partie à la capacité des personnes âgées à initier des aides » (Wittman 2003, 122).

LE TRAVAIL EN RÉSEAU ENTRE PROFESSIONNEL·LE·S DU SOCIAL-SANTÉ

« On nous dit à tous de collaborer, mais on n'a pas le temps » Assistant·e social·e travaillant en SPAD, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

« La qualité du réseau que détient une institution dépend des liens que les collègues ont avec l'extérieur » Coordinateur·rice de soins à domicile, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

« On ne travaille qu'avec qui on connaît. C'est un gain de temps » Chargé·e de projet, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022., quelles perspectives ?

« On n'est absolument pas financé pour cette partie du travail. Et pourtant, ça fait partie de notre travail » Assistant·e social·e en SSM, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

³⁰ La gérontologie sociale s'est penchée sur l'impact des évolutions de la société sur le statut de la personne âgée et le soutien qui lui est accordé. Elle postule que le statut de la personne âgée et son soutien régressent sous l'effet de l'industrialisation et l'urbanisation. Ce postulat est réfuté : il a été démontré qu'au Nord comme au Sud, le soutien familial reste très présent (Johnson 2001).

La mise en place d'un réseau dépend vraiment de l'équipe en tant que telle. Cela dépend du temps dont elle dispose, de ses connaissances, des réflexions entre professionnels. Il n'y a pas de contact centralisé pour avoir accès à une information massive » Assistant·e social·e travaillant en SPAD, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

« Il est très difficile d'être à la fois dans le projet, dans l'accompagnement, tout en étant parallèlement dans ce recul qui est plus administratif. Il faut tenir à jour une mailing list, la maintenir à jour, la réactualiser, dans un contexte où il y a énormément de turn-over. Il faut consacrer un temps colossal à cela. Comment on centralise les informations pour que cela soit utile ? » Coordinateur·rice de lieu de lien, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

La qualité du réseau semble dépendre de la priorisation que chaque institution en fait, ainsi que des relations que les institutions entretiennent entre elles. Ces témoignages démontrent le travail qui découle derrière le fait d'entretenir un bon réseau. Créer un réseau, c'est une chose, le maintenir en est une autre. Cela demande de la rigueur, de l'organisation, des prises de contact fréquentes, cela demande d'investir du temps qui n'est pas toujours compté dans les missions des travailleur·euse·s. Les professionnel·le·s témoignent d'une difficulté à utiliser à bon escient la richesse du réseau, vécu comme trop dense, peu lisible. Il existe des réseaux qui regroupent les informations³¹, mais ces outils sont jugés obsolètes, peu interactif et/ou pas mis à jour³². **La complexité du système n'émane pas des dispositifs existants, mais dans la coordination entre ceux-ci.**

« Cet éclatement du réseau, à travers les nombreuses structures, a des conséquences sur la clinique. Ce flou qu'on ressent déjà sur nos pratiques professionnelles se marque sur nos aînés » Psychologue travaillant en SSM, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

« Les personnes âgées ne s'intéressent pas à ce genre d'informations sauf si elles en ont besoin. Et même quand elles ont besoin, elles ne savent pas vers qui se tourner » Assistant·e social·e travaillant en SPAD, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

³¹ Brussel Social, CDCS, réseau SAM

³² Le KCE dénonce le même constat : la diversité de l'offre d'aide et de soins alimente un réseau peu visible et peu lisible, tant pour les patient·e·s que pour les acteur·rice·s de terrain et les responsables politiques. Le KCE reconnaît l'existence de divers réseaux qui travaillent la lisibilité de ces points d'accès, mais selon le KCE, ces systèmes ne fonctionnent pas (Mistiaen et al. 2019).

Ce manque de lisibilité de l'offre impacte le-la patient-e âgé-e, d'autant plus qu'une majeure partie des informations sont accessibles sur internet (cf. *Numérisation des services*). Cela représente également un obstacle majeur à l'accessibilité aux soins psychosociaux.

« Les pouvoirs politiques viennent subsidier des fonctions pour créer et tisser un réseau. C'est intéressant, mais c'est encore des fonctions qui doivent se créer une place, légitimer leur place, ajoutant une couche à la lasagne déjà assez chargée. On nous met des plateformes, une hiérarchisation, on nous dit avec qui on doit travailler, selon dans quel quartier on est, et finalement on ne peut plus faire réseau comme on l'entend » Chargé-e de projet, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

« Faire réseau, on le fait depuis la nuit des temps. La différence, c'est qu'aujourd'hui le politique s'en est chargé et vient nous dicter comment faire réseau » Psychologue en SSM, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

Les professionnel-le-s ne demandent pas aux pouvoirs politiques d'expliquer comment faire réseau, mais de soutenir ce qu'ils font déjà³³. Faire réseau demande du temps, des ressources, des espaces dédiés et des outils spécifiques, ces missions doivent être organisées dans le temps de travail.

« Quand on démarre un projet, on peut parfois compter presque six mois avant de se lancer réellement dans les missions du projet. Il faut rencontrer les partenaires, installer un lien de confiance, rassurer, préciser qu'on ne prend pas la place des autres qui y travaillent déjà » Chargé-e de projet, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

« Il faut quatre mois pour établir les partenaires, cela représente un temps colossal quand on est dans un appel à projet conduit pour une période d'un an seulement » Psychologue indépendant-e, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

³³ Le Conseil Supérieur de la Santé préconise la nécessité de réorganiser l'offre de manière échelonnée (1ère, 2ème, 3ème ligne), avec un système de tri et de référencement (Conseil Supérieur de la Santé 2021). Ces recommandations à répétition du Conseil Supérieur de la Santé, conjuguées à d'autres du Centre fédéral d'expertise des soins de santé et aux études de l'Institut de recherche santé et société encouragent la réalisation d'un monitoring de l'offre et des besoins en population générale). Cela risque d'encourager les gouvernements dans des réformes organisationnelles qui impliquent une certaine standardisation des trajectoires de soin et un monitoring des actes de soin.



Ces derniers témoignages partagent le processus de reconnaissance et de légitimité par lesquels les nouveaux projets passent. S'ancrer dans un réseau, connaître et se faire connaître, travailler en partenariat demandent du temps. Le premier Focus Groupe a été construit autour de la logique des appels à projet. Trois enjeux en sont ressortis : l'inadéquation entre l'exigence des pouvoirs publics et la réalité de terrain, le sentiment d'impasse et de dépendance face aux difficultés à obtenir des financements pérennes et les effets pervers sur la clinique, sur les équipes, sur le réseau. Ce dernier enjeu est déployé en annexe de cette recherche.

6.10. L'ACCÈS À L'INFORMATION À L'ÉPREUVE DE LA DÉMATÉRIALISATION DES SERVICES

Depuis plusieurs années, en particulier depuis la crise sanitaire due à la covid-19, internet s'est imposé comme un outil indispensable pour accéder à l'information et réaliser de nombreuses procédures administratives. L'usage à cet outil est cependant conditionné par un accès matériel (avoir accès à un ordinateur/smartphone/tablette et à une connexion Wi-Fi) et un accès en termes de connaissance (maîtrise d'internet, maîtrise de la langue...). **Une double fracture s'opère, d'une part dans la maîtrise des conditions d'accès des services devenus numérisés, d'autre part dans le clivage entre les maîtres du double numérique et ceux possédés par celui-ci** (Gonçalves 2021).

« Le social redevient féroce et les exigences sont plus absurdes encore qu'à l'ordinaire. Pour bénéficier d'une aide, il faut une preuve, mais le premier rendez-vous dans le service qui peut délivrer la preuve est dans deux mois et en attendant ? Les colis alimentaires ... qui en certains lieux sont eux aussi conditionnés à la présentation d'une fiche de revenus qu'il faudra se procurer sur une plateforme à laquelle on n'a pas accès et qui a l'air d'avoir été faite pour des gens qui n'auront jamais besoin de colis alimentaire » (Gonçalves 2021, p.7).

Selon les données du Baromètre de l'Inclusion numérique 2022, près de deux Bruxellois·e sur cinq rencontrent des difficultés avec les technologies numériques, en particulier pour les personnes défavorisées sur le plan socioéconomique, celles qui ont des barrières culturelles, les personnes âgées et celles vivant avec un handicap. Parmi les personnes âgées, bon nombre d'entre elles ont une connaissance limitée des outils numériques. Beaucoup n'ont jamais utilisé d'ordinateur, de tablette ou de smartphone. De plus, les technologies numériques continuent d'évoluer rapidement, motivées par une quête incessante de performance, demandant une adaptation constante.

« Cette numérisation crée un sentiment de dépendance à l'autre, ça crée un sentiment d'inutilité, de dépassement, d'exclusion sociale renforcée, où nos patients disent « c'est plus pour moi ça, c'est pas pensé pour moi... » » Assistant·e social·e en SSM, entretien individuel, décembre 2021.

Cette réalité ajoute une couche de précarité supplémentaire à un travail social déjà fragile. D'une part, cela affecte les travailleur·euse·s sociaux·les déjà très sollicité·e·s, confronté·e·s à un manque de ressources pour garantir une réponse qualitative aux demandes de plus en plus variées et nombreuses. D'autre part, cela aggrave la situation pour les publics déjà en situation d'exclusion sociale.

« Nombre de personnes se retrouvent dans des situations de non-recours aux droits et que l'injonction numérique [...] est un obstacle insurmontable ou un amplificateur. Garantir l'accès aux droits et aux services essentiels est une obligation des autorités publiques. Ce n'est pas une responsabilité du secteur associatif ou de la population » (Lire et Ecrire 2023, 3).

« Il n'est pas acceptable que l'exercice de droits fondamentaux soit conditionné à l'utilisation d'un ordinateur et que l'exclusion numérique exacerbe l'exclusion sociale. La dématérialisation ne peut se poursuivre en invisibilisant une grande partie de la population et des réalités sociales » (Travail social en Lutte 2021).

Le collectif « Travail social en lutte » publie, le 25 octobre 2021, une carte blanche portant sur la fracture sociale liée à la numérisation des services. Une multitude de travailleur·euse·s sociaux·les expriment collectivement leur indignation, craignant que cette dématérialisation des services aille de pair avec un désinvestissement au sein de ces mêmes services. **Le secteur associatif condamne la dématérialisation des services publics, la qualifiant d'irréfléchie, car elle compromet l'accès à l'information, intensifie l'exclusion des droits et aggrave les inégalités sociales (Travail social en Lutte, 2021).**³⁴ Il appelle le gouvernement à répondre aux exigences d'égalité et de non-discrimination : « garantir l'accès aux droits est une obligation qui incombe aux autorités publiques et n'est pas de la responsabilité du secteur associatif » (La Libre 2022).

³⁴ En mars 2023, le gouvernement régional approuve l'avant-projet d'ordonnance soumise par le gouvernement Vervoot intitulé « Bruxelles Numérique », une ordonnance qui impose un guichet numérique aux administrations régionales et communales de la région de Bruxelles-Capitale, c'est-à-dire un accès aux services intégralement disponible en ligne. Cette ordonnance est motivée par deux objectifs : gagner du temps et réduire les dépenses. Le guichet digital s'impose comme règle, tandis que le guichet physique devient l'exception (Lire et Ecrire 2023). Le ministre Clerfayt, sensible aux inégalités, déclare qu'il n'est « pas question d'abandonner le citoyen face au numérique » et propose des campagnes de sensibilisation, des formations et/ou une orientation vers les EPN. S'il n'était question que de cela, le secteur associatif n'aurait pas à s'inquiéter. Ce secteur nuance la différence entre « accompagnement » et « autonomie », l'autonomie requiert une pratique répétée et l'accès aux outils numériques, il sensibilise au débat autour de l'automatisation des droits, ainsi que la question de la simplification administrative..

6.11. FORMATION DES PROFESSIONNEL·LE·S

« Accompagner les aînés à domicile nécessite des formations spécifiques et pointues. Et c'est ça qui manque à l'heure actuelle, des professionnel·le·s en mesure de répondre aux défis de ce public » Coordinateur·rice de service d'aide et de soins à domicile, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

Les métiers de l'accompagnement à domicile sont un maillon incontournable de l'offre d'aide et de soins. Ils sont aujourd'hui presque les seuls à se rendre au domicile des usager·ère·s. Ce travail se situe au cœur de l'intime, se heurtant à des questions liées à la santé mentale, à la précarité, à l'isolement... Ces situations génèrent un sentiment d'impuissance et une charge émotionnelle lourde pour ces professionnel·le·s³⁵.

« On constate un grand taux d'absentéisme chez les professionnel·le·s de première ligne » Directeur·rice de MRS, réunion de coordination CtPA, mai 2023.

« Un grand sentiment d'impuissance persiste chez ces métiers du domicile, ils viennent seuls et font face à des profils qui présentent de plus en plus de problématiques, les amenant à déborder de leur mission, à répondre à des problèmes de santé mentale, aux questions de solitude, aux problèmes financiers et d'accès aux droits, toutes ces réalités leur tombe dessus parce que ce sont les seuls venant à domicile » Directeur·rice de services de soin à domicile, réunion de coordination CtPA, mai 2023.

Ces professions sont exposées à des conditions de travail de plus en plus précaires, dû d'une part à une complexification des profils des usager·ère·s, exigeant des compétences spécialisées et un accompagnement soutenu, d'autre part à un déficit durable de reconnaissance. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce manque de reconnaissance : moindre valorisation du care par rapport au cure, discours vocationnel genré sur ces métiers, absence des femmes au niveau décisionnel et invisibilisation de celles issues des catégories marginalisées dans les luttes.

³⁵ De plus, ce secteur est en pénurie. Alain Maron, ministre du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale chargé de l'Action sociale et de la Santé, fait part d'une augmentation de l'offre en aide familiale et ménagère en 2020 par rapport à 2019, mais estime que cette offre reste toujours insuffisante par rapport à la demande. En 2020, l'offre s'élève à 297.000 heures d'aide familiale et 16.000 heures d'aide-ménagère, tandis que la demande chiffre 313.000 heures d'aide familiale et 42.000 heures d'aide-ménagère (IRISCARE 2020 ; Maron 2021).



Qui réceptionne cette souffrance ? Un manque de soutien et de supervision adéquat est consternant, aggravant le sentiment d'isolement et d'impuissance chez ces professionnel·le·s. La crise a mis en exergue la méconnaissance encore trop importante de la réalité des professionnel·le·s travaillant à domicile, auprès de publics fragiles, ainsi que le manque de ressources et de moyens auquel iels doivent répondre.

« Par rapport à la formation initiale, il faut valoriser le soin relationnel, et non uniquement le soin technique. Aussi, il faut sensibiliser à l'importance du temps d'arrêt, du temps de réflexion. S'arrêter pour réfléchir, c'est aussi faire soin, pour les autres et pour soi. Elles sont en formation parce qu'elles sont obligées mais elles n'ont pas envie d'être là, ou alors elles ne viennent pas » Directeur·rice d'une fédération pour MRS, réunion de coordination CtPa, mai 2023.

Il est important de mettre en évidence les ressources essentielles que représentent ces fonctions de première ligne, présentes dans l'intime, dans le quotidien de la personne âgée. Ces fonctions sont thérapeutiques, elles font soin, il est essentiel de les reconnaître à leur juste valeur.

6.12. POUR CONCLURE, OUI À LA SPÉCIFICITÉ ?

« Il faut tenir compte de ses spécificités chez les personnes âgées, et d'autoriser des souplesses en fonction de ses spécificités » Sociologue, recherche autour de la souffrance des personnes âgées, colloque, juin 2023.

Le vieillissement se vit singulièrement (cf. « *Les personnes âgées* » : *de qui parle-t-on?*). Il n'est pas question d'âge, mais de fragilité, de désir, d'attentes. Cette partie a mis en avant la spécificité du travail clinique avec les personnes âgées. De nombreuses caractéristiques ont été développées, telles que l'importance de respecter le rythme de chaque personne âgée, la collaboration avec les personnes ressources, l'attention portée à la demande, les enjeux liés à l'accès aux services, à l'information, aux possibilités de mobilité, à l'occupation de l'espace urbain, la prise de conscience de l'âgisme structurel influençant nos interactions quotidiennes avec les personnes âgées...

Il est question de penser des réponses ajustées aux besoins multiples, il est question de réfléchir aux soins de manière holistique, en intégrant à la réflexion les réalités sociales, économiques, environnementales... (Jaeger 2004). L'offre d'aide et de soins proposée aux personnes âgées nécessite une compréhension approfondie des enjeux et des caractéristiques propres à ce public. Cela peut inclure la prise en compte des problèmes de santé liés au vieillissement, des facteurs psychosociaux spécifiques et des besoins émotionnels distincts de cette population. L'accompagnement des personnes âgées nécessite une adaptation continue en fonction de leurs besoins qui évoluent avec le temps.

7. RÉPONDRE À LA DEMANDE : ENTRE DÉSIR(S) ET PROJECTION(S) - LE DANGER DE L'IDENTITÉ EN SITUATION DE DÉPENDANCE

7.1. ENTENDRE LA DEMANDE

Face à une diminution de certaines capacités physiques et/ou cognitives, de nouveaux besoins se développent, nécessitant certaines adaptations du quotidien. L'évaluation d'une situation requiert deux temps : l'identification de la demande dans un premier temps, la réponse à cette demande en fonction du degré d'importance des besoins et de leur possibilité à être réalisés. Ce processus de réflexion et de décision est rarement individuel. De nombreuses personnes rencontrées partagent que, souvent, une demande d'accompagnement est portée par un·e professionnel·le du secteur et/ou par un membre de la famille, en particulier par les enfants de la personne concernée. Il est rare que la personne elle-même porte la demande. Cette réalité soulève deux interrogations : Que peut-on entreprendre lorsque la personne concernée ne porte pas de demande ? Que comprendre derrière le fait qu'une personne, malgré des besoins qui semblent évidents, ne porte pas de demande ?

LA REPRÉSENTATIVITÉ AUX PRISMES DE L'ÉTHIQUE DE LA DEMANDE

« Parfois, au retour du domicile, après une hospitalisation par exemple, on impose tout un tas de services à domicile et ça ne tient pas, parce que la personne ne veut pas. On ne peut pas vouloir à sa place, on ne peut qu'avancer qu'à son rythme. Il n'est pas normal que la personne doit elle-même changer de référentiel pour adopter celui des professionnels »
Coordinateur·rice de réseau de soin,
Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

« Jusqu'à quel point est-on légitime de représenter quelqu'un d'autre ? Est-ce qu'il n'y a que la personne concernée qui est légitime pour elle-même ou est-ce qu'on peut être représentant pour elle ? Doit-on nécessairement vivre la même situation qu'autrui pour pouvoir parler en son nom ? »
Psychologue travaillant en service de santé mentale, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

Ces interrogations soulèvent la question de la représentativité aux prismes de l'éthique de la demande. Qui peut s'estimer légitime pour représenter la personne concernée ? Il y a-t-il des limites ? Intervenir, ne pas intervenir, décider pour autrui, au nom de quoi, pour qui (Boyer, 2010) ? Qu'en est-il de l'accompagnement psychosocial lorsque la relation ne naît pas de l'initiative de la personne concernée ? Le premier contact naît d'un paradoxe : entamer un accompagnement avec une personne qui n'en a pas fait la demande (Michelot 2022).

« En tant que professionnel, on peut avoir des à priori à propos de notre représentation de la personne âgée. La personne en face de nous ne se vit peut-être pas de cette façon-là. Il y a une sorte de décalage dès les images mentales qu'on se fait » Directeur·rice de maison de repos, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

Les personnes ressources³⁶ de la personne âgée sont rarement mal intentionnées, mais de nombreux facteurs influencent la qualité de la réponse émise à une demande, d'autant plus lorsque celle-ci n'est pas formulée ou clairement explicitée par la personne concernée, ouvrant l'opportunité au champ interprétatif de se développer. Parfois, la personne évoque une demande et on lui apporte une réponse complètement autre. Parfois, elle n'évoque rien alors qu'on est persuadé qu'elle a besoin d'un certain type d'aide et/ou de soins.

« Il est essentiel d'ajuster nos référentiels - notre référentiel professionnel, nos à priori, nos croyances. Sans cela, on ne peut entendre la demande de l'autre, on reste bloqué sur nos propres croyances. Cela demande du temps, ce temps d'acclimatation réciproque » Assistant·e social·e en ambulatoire, FG III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

« L'analyse de la demande requiert la disponibilité subjective de l'intervenant mais aussi des référentiels conceptuels et idéologiques suffisamment solides » Bonhomme, 2017.

Le travail autour de l'élaboration d'une demande est essentiel, afin de « ne pas confondre la parole de l'utilisateur et celle des autres protagonistes impliqués dans la situation » (Bonhomme 2017). De plus, « les personnes âgées ont leurs propres priorités et leur propre logique d'action. [...] La réponse jugée comme la plus adéquate par les professionnels n'est pas obligatoirement conforme aux attentes et aux habitudes intériorisées par l'individu âgé » (Balard 2010, 185). Afin de ne pas contribuer à une normalisation des besoins, afin d'amener la personne vers son propre désir, il est essentiel de prendre conscience de l'influence des représentations de chaque acteur·rice intervenant dans le travail de priorisation des besoins.

³⁶ Par personne ressource, la chercheuse entend la personne que la personne âgée définit comme telle, avec qui un lien de confiance (et parfois d'amour) est établie. Cette personne peut être un·e membre de la famille, un·e ami·e, un·e professionnel·le du secteur social-santé...

« Est-ce que c'est si terrible de vieillir ? Peut-être que l'image qu'on en a est plus terrible que la réalité » Psychiatre, réunion de coordination CtPA, mars 2022.

« Le vieillissement n'est pas tant une question d'âge que de perception sociale de l'âge » (Wittman 2003, 108).

La chercheuse, en posant la même question auprès des professionnel·le·s du secteur et des personnes âgées, a observé un décalage important entre les représentations et le vécu personnel: les représentations que les professionnel·le·s rencontré·e·s se faisaient du vieillissement étaient beaucoup plus négatives que le vécu même des personnes âgées. La chercheuse s'est vue elle-même étonnée de découvrir le nombre de personnes âgées témoignant bien vivre en dépit de leur âge, et des conséquences que cela entraînait (sur le plan physique, cognitif, relationnel...).

Cette recherche, alimentée par les entretiens et les ébauches théoriques, souligne l'essence du travail clinique : accueillir la personne telle qu'elle est, là où elle se situe, respecter sa place. « Les personnes âgées développent généralement leurs propres « arrangements » vis-à-vis de leurs problèmes et de la manière d'y faire face » (Balard 2010, 132). Pour permettre cela, il est nécessaire d'être attentif·ve aux éventuels transferts d'idées préconçues et aux schémas de rétablissement enracinés dans notre éducation sociale et académique. Il est crucial de se détacher de la notion de « prise en charge » et d'axer son approche professionnelle sur celle de « l'accompagnement.

Outre l'influence des croyances, la personne ressource peut être prise par un conflit moral, souhaitant répondre à la demande tout en tenant compte de l'acceptabilité sociale de cette demande, de sa correspondance avec les grilles d'évaluation, et/ou de la protection de la personne. Ce travail de priorisation nourrit des conflits issus d'une confrontation des valeurs essentielles, par exemple décider de laisser une autonomie de déplacement peut augmenter le risque de chute. Comment prendre en compte les visions différentes entre la personne âgée et les personnes ressources quand ses visions convergent, voire entrent en contradiction ?

NUANCER LE NON-RECOURS AUX SERVICES

« Les personnes âgées ne disent pas spécialement ce dont elles ont besoin, je pense par manque d'information, par pudeur, par légitimité. La confiance met du temps à s'installer, il faut prendre le temps de se connaître, que la personne ouvre la porte de son domicile, parle de ses fragilités. Ouvrir sa porte à quelqu'un, c'est d'une grande intimité » Psychologue travaillant en service de santé mentale, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

« La mise en place d'un dispositif nouveau d'aide aux personnes âgées peut se heurter à ces habitudes de vie dans la mesure où il représente un bouleversement perçu comme potentiellement dangereux » (Balard 2010, 184).

« Il y a beaucoup de passage chez la personne âgée, cinq personnes par jour qui passent parfois, qui demandent comment ça va, qui pénètrent l'intime. C'est pas négligeable. On peut se sentir envahi. Ou dépossédé de son foyer » Assistant·e social·e en service de santé mentale, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

Ces témoignages soulèvent différents facteurs pouvant expliquer les raisons pour lesquelles la personne âgée ne formule pas de demande : manque d'information, pudeur, lien de confiance, légitimité, adaptation à l'autre. Le premier facteur renvoie à la connaissance de l'offre d'aide et de soins, les conditions et l'accessibilité de cette offre, la légitimité à faire appel à cette offre. Plusieurs témoignages expriment une difficulté à avoir accès à l'information, dû au fait que l'information est principalement accessible par voie numérique, dû à la densité de l'offre de services, dû à la discontinuité des soins et à la précarité du travail de réseau... (cf. *Travail en réseau*).

« Ai-je droit à ce service ? Certains sont plus dans le besoin que moi, je n'oserais pas prendre leur place » Claude, entretien individuel, décembre 2022.

« Je voyais des gens qui étaient plus mal que moi alors je me disais « dans le fond, tu n'as pas le droit de te plaindre, il y a des gens qui sont plus malheureux que toi » » Sabine, entretien individuel, janvier 2023.

Cette question de légitimité est présente tant dans les entretiens réalisés parmi les professionnel·le·s que chez les personnes âgées. Plusieurs professionnel·le·s témoignent rencontrer des personnes âgées qui refusent leurs services en disant : « moi ça va encore, allez plutôt voir mon voisin ou ma voisine, moi je me débrouille. » L'âgisme présent dans notre rapport à l'autre semble conduire la personne âgée à questionner sa propre légitimité à demander de l'aide. Il y a également le fait qu'il s'agit d'une génération où le fait de demander de l'aide, de partager ses difficultés n'est pas la norme (Bonhomme 2017).

Il y a beaucoup de passage chez la personne âgée, cinq personnes par jour qui passent parfois, qui demandent comment ça va, qui pénètrent l'intime. C'est pas négligeable. On peut se sentir envahi. Ou dépossédé de son foyer." Assistant.e social.e en service de santé mentale, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

L'intervention à domicile peut être une expérience complexe et délicate, car elle implique d'entrer dans l'intimité des personnes et de composer avec leur environnement personnel. Cette approche requiert une sensibilité accrue envers les besoins, les préférences et les habitudes des individus. Pour un travail à domicile qualitatif requiert un respect de l'intimité, une capacité d'adaptation et une flexibilité, un accueil de la différence, ainsi qu'une stabilité des soignant·e·s. En effet, la stabilité et la continuité des professionnel·le·s intervenant à domicile sont importantes pour établir des relations de confiance. Le turn-over fréquent peut perturber cette relation.

« Il y a une méfiance, une peur qu'on découvre ses vulnérabilités. Même s'il y a des besoins » Coordinateur·rice de réseau de soin, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

« Il y a une question de dignité. Accepter de savoir qu'on se dégrade est une première chose, accepter de le partager à autrui » Bénédicte, entretien individuel, janvier 2023.

Ces témoignages présentent une appréhension à montrer sa vulnérabilité, à montrer qu'elle a des besoins. C'est une démarche particulièrement difficile pour des personnes habituées à être autonomes. Cette appréhension renvoie à une crainte de ne pas être considéré·e, à ne pas être

respecté·e dans ses choix, dans ses priorités. Frédéric Balard souligne un facteur essentiel au bien-être chez la personne âgée : faire ses propres choix, décider ce qui est bon pour soi. « La perte de sens et la perte de pouvoir sur soi et sur son environnement sont les principales menaces de la qualité de vie des personnes âgées » (Balard 2010, 183).

« Elle a ses à priori. Qu'on la dépossède de ce qu'elle décide. Qu'on la traite de personne âgée. Elle ne veut pas changer sa façon de vivre, elle ne veut pas qu'on lui dise quoi faire » Assistant·e social·e, Focus Groupe III - Particularités de la prise en charge de l'adulte âgé·e, février 2022.

« Une fois qu'on est fragile et vulnérable, notre liberté est bradée. C'est comme si on ne pouvait plus choisir tout seul, et ça c'est un gros problème » Psychologue indépendant·e, entretien individuel, février 2022.

Christian Van Rompaey soulève la question de la dignité chez les personnes âgées sous l'angle des attitudes maltraitantes, qualifiées souvent d'insidieuses et multifformes. « La maltraitance, atteinte à l'intégrité physique et psychologique de la personne, n'est pas toujours délibérée et voulue, mais elle nie dans tous les cas la dignité de ces personnes au prétexte de leur âge en abusant de leur faiblesse physique et mentale » (Van Rompaey 2003, 33).

« L'évaluation des besoins constitue donc une tentative de mieux comprendre la conception du monde qui sous-tend les représentations d'un individu » Pascal Dreyer, 2016, p.18.

Cette analyse nuance la raison du non-recours aux services d'aide et de soins, et offre ainsi une précaution clinique en matière d'intervention sociale : la demande ne se réduit pas à son énoncé, elle masque des demandes implicites conscientes et/ou inconscientes qui demandent à être décodées, nommées et travaillées. Solliciter un accompagnement ou, au contraire, le refuser, relève rarement que d'un seul registre (Bonhomme 2017). Derrière se cache une panoplie de facteurs, isolés ou corrélés entre eux : menace d'être dépossédé·e de ses choix, représentations et imaginaires individuels et/ou collectifs et/ou générationnels, complexité institutionnelle, dématérialisation de l'espace physique, dissociation entre une fonction et un lieu, accessibilité financière, géographique, contractuelle... En dépit de la complexité inhérente aux institutions, les personnes âgées soulignent les difficultés liées à la rotation fréquente des professionnel·le-s, à la lourdeur des procédures administratives, à la numérisation des services, des dossiers, de l'information. La continuité relationnelle revêt une importance primordiale pour les personnes âgées, elles expriment « un besoin accru de connaître physiquement la personne

à laquelle elles s'adressent et le lieu où elle se trouve » (Balard 2010, 185). « L'évaluation des besoins constitue donc une tentative de mieux comprendre la conception du monde qui sous-tend les représentations d'un individu » Pascal Dreyer, 2016, p.18.

L'ÂGISME AU CŒUR DE L'INTIME : COMMENT EN SORTIR ?

« Ma fille, quand elle a décidé quelque chose, c'est fini. Je ne peux pas m'arrêter pour acheter un bouquet de fleurs, je ne peux pas m'arrêter à la boulangerie. Non. On part, on part, on part. Maintenant je ne dis plus rien. Avant je tempêtais, maintenant je ne dis plus rien, tant pis hein. Il faut aller comme elle en a envie. C'est fatiguant. Elle est dure avec moi. Et pourtant je ne suis pas quelqu'un qui se plaint hein, et heureusement parce que... enfin bon, voilà » Sophie, entretien individuel, décembre 2022.

« C'est ma fille qui dirige mon portefeuille » Fabienne, entretien individuel, janvier 2023.

« J'ai pas envie de me plaindre. Mais j'ai quelquefois envie d'être écoutée » Mireille, entretien individuel, janvier 2023.

« Ma fille s'occupe de mes paiements. Elle voulait gérer ce côté-là, elle me faisait plus trop confiance je pense, parce que moi, avec les communications et tout ça, il faut du temps et puis je vérifiais dix fois. Les médicaments aussi, elle veut avoir un regard là-dessus. Elle ne veut pas que la psychiatre me prescrit les médicaments, elle veut aller chercher à la pharmacie, parce qu'elle a peur que je prenne d'autres médicaments. [...] Quand elle vient chez moi, la première chose qu'elle fait c'est d'aller voir mon pilulier dans l'armoire, voir ce qu'il se passe là, ça m'emmerde. C'est un peu humiliant. [...] Mais tu vois, quand elle part en vacances, il faut tout prévoir et moi ça me stress, si elle oublie quelque chose, je suis coincée quoi. J'ai discuté avec elle pour reprendre le contrôle sur mes médicaments, mais elle m'a dit que j'étais pas prête. Quand je veux en parler avec la psychiatre, elle me dit non, que ça a été discuté en réunion. Elle me dit « discutez en avec votre fille, que votre fille me rappelle. » Tout le monde a peur pour ma vie, on dirait. Mais cette décision, elle est pas okay pour moi, c'est intrusif non ? Je trouve ça intrusif » Francine, entretien individuel, janvier 2023.

« Je vois une assistante sociale de temps en temps, dans un service de santé mentale que je connais depuis longtemps. Je dépends d'elle pour faire mes paiements, elle me parle comme une petite vieille femme à problèmes, elle me parle comme on le lui a appris, et moi je fais semblant, je lui réponds comme elle s'attend à ce qu'on lui réponde » Hyacinthe, entretien individuel, février 2023.

Ces entretiens témoignent les conséquences d'un âgisme impactant la vie intime : le fait d'être considéré-e comme âgé-e présente un risque d'être disqualifié-e, d'être dépossédé-e de ses choix, notamment sur le plan médical, financier, sur le choix du lieu de vie... **L'âgisme fait référence aux préjugés associés aux personnes âgées, à la notion de vieillesse, ainsi qu'au processus de vieillissement. Ces préjugés peuvent se traduire par des attitudes défavorables, des traitements inéquitables ou des formes de mise à l'écart.** UNIA définit l'âgisme comme une forme d'intolérance envers un groupe, au même titre que le racisme et le sexisme. Cependant, il se différencie de ces derniers car il est moins reconnu, largement toléré dans la société et rarement sujet à des répercussions sociales. **Cet âgisme, présent à travers des pratiques institutionnelles et des lignes politiques, conduit à un non-respect des droits fondamentaux et de la dignité des personnes concernées** (UNIA 2021). Une Madame, qui vit en résidence-service, me partage que la personne qui coordonne l'institution lui fait du chantage avec l'agent qu'elle peut recevoir :

« Si tu continues je ne te donne pas ton argent de poche. Non mais t'imagines, je peux pas avoir mon argent au bon vouloir d'un Monsieur ? » Sabine, entretien individuel, février 2023.

Un Monsieur, vivant au sein d'une maison de repos, m'explique que, lors d'une réunion de concertation autour de sa situation, il apprend qu'il y a eu un long échange de mail entre la maison de repos et l'asbl qui accompagne les personnes vulnérables au sujet de son compte bancaire. Il découvre cinq feuilles imprimées contenant les échanges entre les deux parties. Il explique sa stupéfaction et sa colère. Il les a interpellé en demandant : « Mais pourquoi vous ne me l'avez pas envoyé ? J'estime qu'il y a un problème de coordination entre les services et les personnes. J'ai l'impression qu'ici, je suis deux dossiers, je suis un dossier médical et je suis un dossier social. Mais je suis une personne ! Pas qu'une série de dossiers ! » Georges, entretien individuel, février 2023.

Vieillir stigmatise. Vieillir disqualifie. La personne âgée doit composer avec cette réalité, cela peut donner lieu à des stratégies de protection de son identité telles que des comportements d'auto-exclusion, de protection, de repli sur soi (Wittman 2003; Goffman 1996). Ces attitudes impactent la personne dans son identité propre, et tendant à alimenter un clivage entre les individus d'une même société, créant des zones de territoire.

« Il ne s'agit pas d'une souffrance individuelle, mais d'une souffrance sociale provenant d'un système institutionnel qui impacte chaque individu » Sociologue, Colloque autour de la souffrance des personnes âgées, 06.06.2023.

« Nul ne s'estime vieux : les valides seront vieux quand ils seront « impotents », et ceux qui ne peuvent plus marcher mettent en avant le fait qu'ils ont encore « toute leur tête ». Se démarquer de l'image sociale du vieillissement apparaît comme une nécessité identitaire » (Wittman 2003, 124).



Comment comprendre l'origine de cet âgisme ? En partant d'une analyse socio-historique, on retrouve une ambiguïté assez constante autour de la vieillesse, où la place laissée aux aîné·e·s fluctue en fonction des époques et des sociétés. La personne âgée a longtemps été considérée comme un membre respectable de la communauté, doté d'une expérience de vie reconnue et valorisée, inspirant le respect (Wittman 2003). Cependant, avec l'industrialisation et l'urbanisation, la société valorise la jeunesse, au prix d'un manque de considération de la personne âgée (Stannah 2022). La société actuelle tend à distinguer les individus dits *actifs* des individus dits *passifs* selon leur statut socio-économique. L'idéologie libérale a pour conception un·e citoyen·ne autonome, « qui gère tout par lui-même et pour lui-même » (Louzoun, 2005, p.150). L'individu devient un objet de capacité – capable de travailler, de décider, de produire – et ce degré de capacité détermine son identité sociale et sa place au sein d'une communauté³⁷ (Ehrenberg 1996). Qu'en est-il des personnes âgées, qui ne travaillent plus, qui ne sont plus actifs·ves au sens économique du terme, dont le vieillissement réduit voire entrave certaines capacités, sont-ils alors privé·e·s d'identité sociale ?³⁸

Cette injonction normative à l'autonomie et à la responsabilité détermine l'exercice ou non de la citoyenneté, limitée voire niée pour certains, étendue pour d'autres. Le poids du stigmatisme pèse politiquement (Goffman 1996). Michel Huisman est fondateur du Gang des Vieux en Colère, collectif de personnes âgées luttant contre l'âgisme, les discriminations passives et actives liées au fait d'être âgé. Il dénonce un système qui omet l'existence des personnes âgées.

« Nous devons nous occuper de nos enfants et petits-enfants, [...] pour que, quand ils deviendront vieux, ils aient droit à la décence et la dignité. Pour nous, c'est un peu cuit. [...] L'âgisme : c'est des vieux chieurs, qui sentent mauvais, etc. On n'est pas tous des chieurs (quoique !) et on a une certaine expérience à mettre à profit » Michel Huisman, Schievenews 6.

³⁷ L'individu est imprégné par l'institution qui amène des attentes, des normes, des formes sociales dans lesquelles on se pense collectivement. L'individu et la société forment un tout, en constante interaction et mutation (Alain Ehrenberg, dans (Université de Saint-Louis 2023)). Ces images collectives associant simultanément le vieillissement à la notion de déclin influencent l'estime de soi, l'inclusion au sein de la société, le statut (Johnson 2001).

³⁸ Paradoxalement, on attend des personnes âgées de faire preuve d'une certaine autonomie et responsabilité individuelle (Irène Théry, Idéologie individualiste et polémique contre les mineurs transgenres, dans (Université de Saint-Louis 2023)). Ce paradoxe reflète une tension complexe dans la manière dont les personnes âgées sont traitées et perçues dans la société. Cette contradiction entre l'injonction à la responsabilité et la déresponsabilisation questionne les pistes d'émancipation possibles.

8. RECOMMANDATIONS & CONCLUSION

La plupart des personnes âgées désirent vivre chez elles, malgré une situation de dépendance, mais le secteur n'est actuellement pas en mesure d'assurer un maintien à domicile qualitatif (Aït Baala 2021). **La réponse aux enjeux actuels ne peut trouver substance au sein de politiques conjoncturelles et centrées sur le secteur social-santé, car ces enjeux sont liés à des mutations démographiques, sociales, institutionnelles. Les déterminants qui influent sur la santé mentale vont au-delà des compétences et de la maîtrise des outils d'intervention des professionnel-le-s du secteur social-santé.** Leur capacité à accompagner est intrinsèquement corrélée aux conditions de logements, de revenus, d'inscription dans un réseau social, d'accès à une activité épanouissante, aux soins, à la culture... La santé mentale est influencée par un ensemble de facteurs internes et externes à soi (OMS 2006), déterminée par les questions de justice, les conditions d'accès aux droits et aux services, les normes sociétales et les injonctions à devenir soi...

La région de Bruxelles-Capitale est un territoire dont les compétences en matière d'aide et de soins se répartissent entre sept acteurs institutionnels³⁹. Construire une vision commune et cohérente entre ces niveaux de pouvoirs est un défi nécessaire. Les organismes de coordination et de représentations des secteurs réunis au sein du décret ambulatoire établissent une vision commune qui reconnaît « l'égalité de dignité de chacun-e et l'obligation de la société à respecter cette dignité et à réaliser l'exercice de ses droits, à commencer par les plus fondamentaux » (Wetz, 2020, p. 2).

« Notre système social tend de plus en plus à répondre aux besoins de la vieillesse en termes d'argent, d'aide et de soins. Bien-sûr, ceux-ci sont plus que jamais nécessaires. Mais il ne faudrait pas qu'ils masquent les besoins sociaux de relations sociales des personnes âgées et le sentiment de solitude si présent aussi bien à domicile que dans les institutions » (Van Rompaey 2003, 38).

Cette recherche vise à offrir des pistes d'action aux autorités publiques. Cette dernière partie est consacrée à l'élaboration d'une série de recommandations visant à repenser l'accompagnement psychosocial des personnes âgées. Ces recommandations ont été élaborées auprès des professionnel-le-s et des personnes âgées rencontré-e-s, elles ont été construites à partir de leur propre expertise et expérience.

³⁹ Les sept acteurs institutionnels sont le Gouvernement fédéral, la Communauté flamande avec la VGC comme administration subordonnée, la Communauté française avec la COCOF, la Commission communautaire commune, les autorités locales et les acteur-ric-e-s de terrain.

8.1. CONSIDÉRER LES PERSONNES ÂGÉES

Cette recommandation constitue le pilier central de cette recherche. Elle vise à combattre l'âgisme sous toutes ses formes, que ce soit à un niveau personnel ou professionnel, qu'il soit inscrit dans la sphère intime que politique. L'objectif est de considérer les personnes âgées, c'est-à-dire respecter leurs choix, prendre en compte leur demande, reconnaître leur expérience et leur expertise de vie. Cette recommandation se décline en plusieurs volets :

- **Sensibiliser au processus de vieillissement chaque citoyen·ne, dès le jeune âge :** Il s'agit, premièrement, d'amener chacune et chacun à prendre conscience des préjugés associés aux personnes âgées, à la notion de vieillesse, ainsi qu'au processus de vieillissement et des attitudes défavorables, des traitements inéquitables ou des formes de mise à l'écart qui se manifestent à partir de ces préjugés. Deuxièmement, suite à cette prise de conscience, il s'agit d'en sortir, d'entamer un changement de paradigme au travers une formation et une sensibilisation continue dès le jeune âge. Cette recommandation requiert un travail de fond, qui touche à la transmission des valeurs et la déconstruction des normes.
- **Développer des lieux de concertation et de décision adaptés aux personnes âgées :** L'objectif est de donner voix aux personnes âgées, de prendre en compte leurs expériences, d'intégrer leur expertise au sein du débat public et politique. Cela implique d'améliorer la visibilité et la participation des personnes âgées dans la sphère politique⁴⁰.
- **Réformer le cadre juridique existant pour garantir la protection des droits des personnes âgées et leur inclusion.**

8.2. DÉVELOPPER DES LIEUX DE CONCERTATION ET DE DÉCISION

Cette recommandation s'inscrit dans la philosophie de la première recommandation, mais en ouvrant à l'ensemble des citoyen·ne·s. Il s'agit d'intégrer les citoyen·ne·s au sein d'espaces de concertation et de participation comme acteur·rice·s politiques à part entière permet de renforcer la cohérence des politiques en répondant au mieux aux demandes de la population⁴¹, de construire une action concernée, constructive et commune (wetz, moriau, et williaert 2020). Cette recommandation s'inscrit dans la volonté de construire une société plus démocratique, basée la « justice sociale, d'engagement citoyen, de convivialité, de solidarités interpersonnelles et intergénérationnelles » (eneo, s.d.).

⁴⁰ A l'heure actuelle, certaines organisations se définissent comme lieux de concertation et de décision pour les personnes âgées, telles que les Conseils Consultatifs des Aînés, présents dans certaines communes bruxelloises. Ces organisations sont essentielles à soutenir, et au-delà d'un soutien, à prendre en considération.

⁴¹ Si l'on prend pour exemple les mesures sanitaires prises lors de la pandémie en vue de protéger les personnes, en particulier les plus fragiles et/ou âgées, on se rend compte que ces mesures n'ont pas été pensées pour ce public. Ces mesures auraient dû être réalisées en concertation avec les professionnels du secteur, pour prendre en compte autant la santé mentale que la santé physique des personnes concernées, les soins psychosociaux n'auraient pas dû être délaissés mais être inclus dans le système de soins prioritaires (système de services minimums).

8.3. SOUTENIR LES INITIATIVES SPÉCIFIQUES AUX PERSONNES AGÉES EN SANTÉ MENTALE

Cette recherche a soulevé le fait que la majeure partie de personnes âgées de 65 ans et plus vivent à domicile et souhaitent rester à domicile. Il a été également démontré que la mobilité, tant de la part des personnes âgées que de la part des professionnel·le·s du secteur, constituait un enjeu majeur dans l'accessibilité des soins. Il est essentiel de développer des services qui vont à la rencontre de la personne, là où elle se situe, sur sa trajectoire quotidienne, afin de toucher les publics les plus vulnérables et les plus éloignés du système de soin. Ainsi, ces initiatives répondent à plusieurs enjeux identifiés par les professionnel·le·s du secteur, à savoir la personnalisation du soin, l'accessibilité financière et géographique du service, la mobilité des professionnel·le·s, la prise en considération de l'importance du relationnel dans l'accompagnement psychosocial.

8.4. PÉRENNISER LES STRUCTURES EXISTANTES QUI FONT SENS

Pérenniser les structures qui fonctionnent, connues et reconnues par le réseau, par les patient·e·s, par les proches. Cela permet une cohérence clinique, une continuité des soins, un travail en réseau dynamique tout en évitant la mise en concurrence entre institutions, la marchandisation des projets, l'insécurité du travail clinique et le côté énergivore et chronophage des démarches de recherche de subsides.

8.5. FORMER ET SOUTENIR LES PROFESSIONNEL·LE·S TRAVAILLANT AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES

Il s'agit d'organiser d'une part une formation continue permettant d'aborder le soin de manière holistique, de travailler les spécificités de l'accompagnement de la personne âgée... et d'autre part de soutenir les professionnel·le·s en organisant des supervisions individuelles et/ou collectives, des espaces où iels peuvent se déposer, réfléchir, prendre du recul par rapport à leur clinique... Il est nécessaire d'organiser ces formations continues et ce soutien en fonction des professionnel·le·s à qui cela s'adresse afin que cela soit pertinent.

8.6. DÉPLOYER DES RÉFÉRENT·E·S « PERSONNES ÂGÉES » À L'ÉCHELLE DE QUARTIER

Déployer des professionnel·le·s ayant la connaissance de l'offre de services à l'échelle du quartier pour le public ciblé. Par services, il s'agit de l'offre médicale, sociale, culturelle, etc. Ces professionnel·le·s doivent être accessibles, à savoir présent·e·s localement, physiquement, mobile. Cette recommandation répond à la logique de territorialité, de l'accessibilité et de la



lisibilité des soins, ainsi qu'au souci de penser le soin de manière holistique, en lien avec la communauté, en réflexion à la territorialité gérontologique.⁴²

8.7. RECONNAÎTRE, EN TERMES ORGANISATIONNEL ET FINANCIER, LE TRAVAIL EN RÉSEAU INTERDISCIPLINAIRE

Le travail en réseau impacte la qualité de l'accompagnement, à différents niveaux : il permet de tendre vers une réponse holistique au soin, il assure une meilleure continuité des soins, il permet de réduire le risque de se sentir démunie face à une situation... Il est important de reconnaître l'ensemble des acteur·rice·s entourant la personne âgée.

Il s'agirait de reconnaître ce travail comme mission à part entière, d'une part par la reconnaissance du temps, individuel et collectif, consacré au réseau d'un point de vue organisationnel et financier, d'autre part par le soutien des rencontres de réseau (un constat étant que le fait de connaître préalablement un·e autre professionnel·le permet plus facilement de prendre contact avec le service duquel ce/cette professionnel·le émane).

Il serait pertinent d'ouvrir de surcroît les rencontres à l'ensemble du territoire, au travers des rencontres interdisciplinaires entre intervenant·e·s de première ligne (médecins généralistes, psychologues, assistant·e·s sociaux·les, infirmier·ère·s, kinésithérapeutes, aides familiaux·les, aides ménager·ère·s, aides soignant·e·s...). Il s'agirait de prévoir une indemnisation financière dans le cadre de travail en réseau.

8.8. ORGANISER AU NIVEAU DES POLITIQUES DE SANTÉ ET DE L'EMPLOI LE STATUT ET LES DROITS DES MEMBRES « RESSOURCES »

Les membres « ressources » impactent largement la qualité de la vie de la personne âgée. Cette recherche a largement démontré à quel point les personnes âgées entourées par un tissu familial et/ou amical important étaient protégées de l'isolement, d'une souffrance psychologique. Il est essentiel de reconnaître le travail des membres ressources à travers un statut et des droits.

⁴² Cette recommandation est déjà déployée à travers deux nouvelles fonctions : les relais d'action de quartier (RAQ) et les community health workers (CHW), qui ont pour mission d'apporter un soutien nécessaire à faciliter l'accès aux soins de santé envers les personnes en situation de vulnérabilité sociale, et cela en se rendant au sein de l'environnement même de la personne et en fournissant de multiples informations sur la santé et les soins de santé. Ce sont des facilitateurs d'accès aux soins de santé.

8.9. GARANTIR STRUCTURELLEMENT DES GUICHETS PHYSIQUES ET DES SERVICES TÉLÉPHONIQUE ACCESSIBLES ET DE QUALITÉS AU SEIN DES SERVICES PUBLICS⁴³

Par « accessible et de qualité », on entend la nécessité d'avoir des guichets physiques en nombre suffisant, disponibles, accessibles, adaptés, avec du personnel compétent et accueillant, avec des interprètes. En ce qui concerne les services téléphoniques, ils doivent être également en nombre suffisant, disponibles, accessibles, avec du personnel compétent. Cette recommandation a pour objectif de garantir un traitement équitable à toute personne faisant la demande à un service public.

⁴³ Pour plus de détails, voir l'article : « Pourquoi nous nous opposons à l'avant-projet d'ordonnance 'Bruxelles Numérique' » (Lire et Ecrire 2023).



BIBLIOGRAPHIE

- Alain Ehrenberg. 1996. *Etat social actif : de la théorie à la pratique*. Hachette Littératures. Paris.
- Astoul, Luc. s. d. « Evaluation et qualité en établissement social et médico-social ». <https://www.weka.fr/action-sociale/base-documentaire/demarche-qualite-wk267/details-de-l-offre.html>.
- Balard, Frédéric. 2010. « Quels territoires pour les personnes âgées fragiles ? » 33 (132): 177-86.
- Bonhomme, Jean-Jacques. 2017. « LA QUESTION DE LA DEMANDE, LA DEMANDE EN QUESTION(S) », *Pratiques sociales*, . <https://www.pratiques-sociales.org/question-de-demande-demande-questions/>.
- Bourguignon, Mélanie, Damiens Yoan, Yoann Doignon, Thierry Eggerickx, Scott Fontaine, Patrick Lusyne, Audrey Plavsic, et Jean-Paul Sanderson. 2020. « Surmortalité liée à la Covid-19 en Belgique : variations spatiales et socio-démographiques ». Centre de recherche en démographie, UCL. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02977464>.
- Brupartners. 2022. « Avis d'initiative - La Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale ». Bruxelles. <https://www.brupartners.brussels/sites/default/files/advice/A-2022-026-BRUPARTNERS-FR.pdf>.
- BXL Takes Care. 2022. « Plan Social Santé Intégré 2022 ». Bruxelles. https://www.brusselstakescare.be/wp-content/uploads/2022/11/PSSI_2023_MEP_FR_EDITO.pdf.
- Claude, Gaspard. 2021. « Les types d'entretien : directif, semi-directif ou non-directif », Scribbr, .
- Demazière, Didier. 2013. « Typologie et description. A propos de l'intelligibilité des expériences vécues. », *Sociologie*, 4 (2013/3): 333-47.
- Dreyer Pascal. 2016. « Qu'est-ce qu'un besoin ? Qu'est-ce qu'accompagner ? Recueillir et évaluer des besoins », *Les chantiers Leroy Merlin Source*, , n° 9. https://www.leroymerlinsource.fr/wp-content/uploads/2016/05/Chantier_9_Besoins_accompagner_VERSION_FINALE_VD_290416.pdf.
- Goffman, Erving. 1996. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Editions de Minuit.
- Gonçalves, Manu. 2021. « La pratique clinique en temps de pandémie ne se passe pas toujours comme prévu... et c'est tant mieux. »
- Hombrouck, Damien. 2019. « L'identité subjective face à la vieillesse », *Cahiers de psychologie clinique*, 1 (52): 47-58. <https://doi.org/10.3917/cpc.052.0047>.
- Inami. s. d. « Echelle d'évaluation (Katz) ». <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/echelle-evaluation-katz.aspx>.
- IRISCARE. 2019. « CIRCULAIRE (RÉF. 2019-004) DU 26 NOVEMBRE 2019 À L'ATTENTION DES CENTRES DE RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE FINANÇÉES PAR IRISCARE À



- PARTIR DU 1ER JANVIER 2019. », janvier.
<https://www.irispedia.brussels/fr/regulation/circulaire-ref-2019-004-du-26-novembre-2019-a-lattention-des-centres-de-reeducation-fonctionnelle-financees-par-iriscare-a-partir-du-1er-janvier-2019/>.
- Johnson, Malcolm. 2001. « La conception de la vieillesse dans les théories gérontologiques », *La Documentation française*, 34 (3): 51-67.
- JUSTEL, Législation consolidée. 2009. 3 DECEMBRE 2009. - Arrêté du Collège réuni fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées et précisant les définitions de groupement et de fusion ainsi que les normes particulières qu'ils doivent respecter.
<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2009/12/03/2009031584/justel>.
- La Libre. 2022. « Le projet "Bruxelles numérique" du gouvernement Vervoort mettra en difficulté un Bruxellois sur deux ». *Carte blanche*, novembre.
<https://www.lalibre.be/debats/opinions/2022/11/14/le-projet-bruxelles-numerique-du-gouvernement-vervoort-mettra-en-difficulte-un-bruxellois-sur-deux-OT4IE4WCWZG2NCA3DIMLO55TGA/>.
- Lambert, Marie. s. d. « Réforme et nouvelle politique ». Cresam.
<https://www.cresam.be/projets/reforme-nouvelle-politique/>.
- Les notes de l'Observatoire. 2016. « Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins en région bruxelloise ». Bruxelles.
- Lire et Ecrire. 2023. *Pourquoi nous nous opposons à l'avant-projet d'ordonnance « Bruxelles Numérique »*. https://lire-et-ecrire.be/IMG/pdf/apo_critiques_et_propositions_24-4-23.pdf.
- Martins, Alejandra. 2023. « La clé d'une "vie heureuse" selon l'université de Harvard : ce que dit la plus longue étude sur le bonheur jamais réalisée. », BBC, février.
- Mathieu Boulanger et Marie Jenet. 2023. « Accueillir dans un service de santé mentale : identités et adaptations ». Bruxelles: Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale.
- Michelot, Christian. 2022. « Demande », *Vocabulaire de psychosociologie*, , 324-28.
<https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0324>.
- Observatoire de la Santé et du Social. 2020. « Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté ». Bruxelles.
- . 2023. « L'épreuve du Covid en maison de repos (et de soins) en Région bruxelloise : témoignages des professionnels, des résidents et de leurs proches. » Présenté à Matinée d'étude, Parlement bruxellois - Rue du Lombard 69 à 1000 Bruxelles, juin 6.
- Organisation Mondiale de la Santé. 2006. « Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS ».
- Sciensano. 2022. « L'état de santé en Belgique. Epidémiologie et Santé Publique. Style de vie et maladies chroniques ». Bruxelles.
- Stannah. 2022. « Le rôle des anciens à travers l'histoire ». <https://blog.stannah.be/fr-be/societe/role-anciens-histoire/>.

- Statbel. 2016. « Les statistiques liées au vieillissement : portrait de la population de 55 ans et plus ». SPF Economie.
- Susswein, Robin. 2022. « Saturation ? Analyses du devenir des nouvelles demandes adressées aux services de santé mentales agréés par la COCOF à Bruxelles à partir d'un recensement réalisé entre novembre 2020 et février 2021. » Bruxelles: Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale.
- Thunus, Sophie, Gaetan Cerfontaine, et Frédéric Schoenaers. 2012. « Evolution du champ de la Santé mentale en Belgique : de l'asile vers les réseaux et circuits de soins », Santé mentale : les enjeux de la réforme ?, .
- Travail social en Lutte. 2021. « Quand la fracture sociale se numérise... », Carte Blanche, .
- UNIA. 2021. « L'impact des mesures Covid-19 sur les droits humains dans les maisons de repos (et de soins) : une étude qualitative ». Bruxelles.
- Van Rompaey, Christian. 2003. « Solitude et vieillissement » 2 (6): 31-40.
- Wetz, Evelyne, Jacques Moriau, et Alain Williaert. 2020. « Organisation de l'aide et de soins de première ligne en région bruxelloise - note de vision politique de l'inter-fédération ambulatoire. » Bruxelles: Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique.
https://perspective.brussels/sites/default/files/documents/organisation_de_laide_et_des_soins_de_premiere_ligne_en_region_bruxelloise_-_cbcs_2020.pdf.
- Wittman, Anne-France. 2003. « Vieillir dans une cité : un double stigmat » 3 (51): 107-28.



ANNEXE

LOGIQUE DES APPELS À PROJETS : EFFET PERVERS ET DOMMAGES COLLATÉRAU

« C'est la logique d'une généralisation des appels à projets que nous remettons en cause. Dans les différents retours des acteurs de terrain, particulièrement dans le champ de la santé mentale mais pas uniquement, la multiplication de ces appels accentue les difficultés et tensions, nuit à la lisibilité de l'offre, insécurise le public, complique la gestion des ASBL, précarise l'emploi dans nos secteurs et épuise les travailleurs tant en interne que dans le réseau. [...] Nous sommes donc demandeurs de soutiens publics à plus long terme, avec toujours un dialogue régulier entre le terrain et les autorités publiques pour leur permettre de comprendre et suivre les besoins, les évolutions et les actions entreprises, afin de favoriser la qualité dans le travail fourni auprès de la population et de soutenir le bien-être des travailleurs » Psychologue indépendant·e, FG II – Mutualisation des ressources, quelles perspectives ? Février 2022.

« Comment faire en sorte que toutes ces bonnes initiatives peuvent perdurer ? On réinvente la roue tous les jours, c'est une perte d'énergie et de temps. Quand on voit le temps que ça prend rien que pour faire connaître le projet. Il y a des projets qui sont très bien mais qui ne sont pas reconduits, alors qu'est-ce qu'on attend de nous ? » Coordinateur·rice de soins à domicile, FG I – Temporalité des subsides/réalité du terrain, janvier 2022.

Le temps des pouvoirs subsidiant ne correspond pas au temps des professionnels de terrain. Les institutions sont amenées à s'adapter au temps et aux conditions du pouvoir subsidiant auquel elles s'adressent, cela requiert souplesse, flexibilité, stratégie, créativité, afin de permettre une corrélation entre les besoins du terrain et les exigences du politique, et donc d'assurer une continuité de leurs projets.

« Comment défendre nos projets pour qu'ils soient pérennisés ? Comment défendre les besoins, parce que c'est surtout ça la difficulté » Psychologue indépendant·e, FG I – Temporalité des subsides/réalité du terrain, janvier 2022.

« Il y a cette connaissance qui devient vitale : Vers qui se tourner pour avoir des financements ? [...] C'est savoir qui interpeller, comment parler avec eux, quoi dire, quoi mettre en avant etc. On est loin du social, du soin à la personne » Chargé·e de projet, FG I – Temporalité des subsides/réalité du terrain, janvier 2022.

De nombreux·ses·x professionnel·le·s témoignent du sentiment de dépendance dans lequel iels se situent, alimentant un sentiment d'être instrumentalisé.

« Pour la première fois, ils nous ont recommandé d'introduire ce qu'on faisait déjà et ce qu'on voulait faire mieux, en disant : « n'essayez pas de mettre des trucs nouveaux, on essaiera plutôt d'aller vous aider dans ce que vous faites déjà ». Enfin, on nous permet de soutenir ce qu'on fait déjà, on accepte de mettre des moyens destinés à consolider ce qu'on fait déjà dans le quotidien (qui, par ailleurs, a du sens et fonctionne). C'était réjouissant » Directeur·rice d'une MRS, FG I – Temporalité des subsides/réalité du terrain, janvier 2022.

« Il faut qu'ils arrêtent de croire et de faire financer toujours des nouveaux sous-projets. Ça fait un réseau éparpillé, distordu. Et en fait, si on continue à mettre notre énergie dans un projet par-ci, un projet par-là, on met en danger notre base même, notre essence, la base n'est plus là. Alors, pour essayer de recevoir le financement, on va aller inventer le petit truc aguicheur, et c'est comme ça qu'on fonctionne » Coordinateur·rice d'un centre de jour, FG I – Temporalité des subsides/réalité du terrain, janvier 2022.

Ce dernier témoignage renvoie à la notion de bricolage de Lévi-Strauss : parler le langage de la domination pour permettre, dans l'ombre, de continuer notre projet. On observe l'importance de financer la base des projets, de soutenir ce qui existe déjà et qui fonctionne, avant de financer des projets ponctuels, qui épuisent tant ceux qui portent le projet que le réseau et le patient. Le réseau est opaque, il manque de liants, et l'arrivée de projets ponctuels n'aident pas à assurer un réseau relié et dynamique.

« C'est difficile, on est coincé dans un cadre très restreint, avec l'impression d'avoir constamment cette épée de Damoclès au-dessus de la tête. Est-ce que dans quoi on a mis notre énergie depuis plus d'un an sera reconduit, ou est-ce que ce qu'on a construit risque de prendre fin soudainement ? » Assistant.e social.e travaillant en service ambulatoire, FG I – Temporalité des subsides/réalité du terrain, janvier 2022.

« Ces situations impactent forcément les professionnels travaillant dans ce type d'initiative, ça amène beaucoup de changement de personnel et d'instabilité. L'objectif est de prendre soin des personnes âgées, mais ça ne peut pas se faire sans les professionnels qui savent qu'ils sont là pour un bout de temps » Coordinateur·rice de soins à domicile, FG I – Temporalité des subsides/réalité du terrain, janvier 2022.

« Cela amène des contrats précaires, ce qui n'est vraiment pas confortable pour les professionnels, et qui entraîne aussi de gros questionnements institutionnels, une fragilité institutionnelle » Directeur.rice de centre de jour, FG I – Temporalité des subsides/réalité du terrain, janvier 2022.

Certain·e·s professionnel·le·s ont partagé, lors de ce Focus Groupe, qu'il est fréquent qu'un collègue quitte le poste dû à l'incertitude et à la précarité du contrat, emportant avec elles·eux toute l'expérience acquise, le temps d'écologie, les liens de confiance établis, la connaissance du réseau... Se faire connaître et connaître le réseau demande beaucoup d'investissement en termes de temps et en terme relationnel.

« Par rapport à notre public, ce n'est pas du tout rassurant d'être toujours dans ce fonctionnement d'appel à projet. C'est aussi se demander : Qu'est-ce qu'on renvoie aux personnes qu'on accompagne ? Est-ce qu'on engage déjà une discussion pour leur dire que cela se complique ? Comment faire passer cette information, à quel moment ? » Travailleur·se social·e en SPAD, FG I – Temporalité des subsides/réalité du terrain, janvier 2022.

« On répond aux besoins des patients à travers un projet, durant un an ou plus, dépendant des conditions de l'octroi du subside, on assure un accompagnement qui répond à leurs besoins, pour ensuite leur dire qu'on arrête, qu'on ne va plus pouvoir maintenir les groupes de soutien, les activités, alors que ça répond exactement aux besoins des personnes » Coordinateur.rice d'un lieu de lien, FG I – Temporalité des subsides/réalité du terrain, janvier 2022.

« C'est très dérangeant par rapport au message qu'on doit donner aux usagers, et aussi l'information qu'on donne au réseau. On a travaillé avec beaucoup de partenaires, et tous ces services et professionnels ont pu s'appuyer sur notre accompagnement, qui avait du sens, et on doit revenir vers eux en leur disant : « on ne va plus pouvoir travailler avec vous, on disparaît. On vous a donné une possibilité de travailler avec nous pendant un an, et maintenant c'est fini. Bonne continuation » Chargé·e de projet, FG I – Temporalité des subsides/réalité du terrain, janvier 2022.



La logique d'appel à projet porte conséquence à la qualité du travail. L'insécurité et le caractère éphémère du projet met à mal le travail auprès du·de la patient·e, avec l'équipe, avec le réseau. Ces témoignages soulèvent la mise un mal d'un élément fondamental à la clinique : l'alliance thérapeutique. Qu'est-ce qui est renvoyé aux personnes qu'on accompagne ? Qu'est-ce qui se joue pour cette personne ? Qui porte la responsabilité de cette fin d'accompagnement ? Comment réorienté la personne quand il n'y a pas de réorientation possible ?

« Il y a tellement de difficulté à être subsidié que l'on va tous prendre une part de subside, ça n'amène pas du tout un travail réseau. C'est un processus réducteur, qui amène une concurrence entre asbl qui sont pourtant dédiées au même public, avec les mêmes missions » Assistant·e social·e en SSM, FG I
- Temporalité des subsides/réalité du terrain, janvier 2022.

Les délais, les conditions, l'insécurité amènent un sentiment de dépendance et d'instrumentalisation du secteur auprès des pouvoirs subsidiant, les démarches sont chronophages, décourageantes, et mettent en concurrence les institutions. Cette logique va à l'encontre des principes de durabilité et de promotion du bien-être défendus par le gouvernement.



LIGUE BRUXELLOISE POUR
LA SANTÉ MENTALE

Editeur responsable: Yahyâ H. SAMII
Graphisme : Alexandra TAROI

www.lbsm.be