Corinne Malchair

XL en action : Que veulent nos aînés ?

Cahier 2 | Éléments contextuels et sociodémographiques

XL'âge

- Cahier 1
- **Cahier 2**
- Cahier 3
- Cahier 4
- Cahier 5

Colophon

Cette partie contextuelle fait partie de « *XL en action : Que veulent nos aînés ?* ».

Ce rapport comporte 5 cahiers :
Que veulent nos aînés ? Présentation du rapport et genèse du projet
Que veulent nos aînés ? Eléments contextuels et sociodémographiques
Que veulent nos aînés ? Enquête qualitative : méthodologie
Que veulent nos aînés ? Enquête qualitative : présentation des résultats
Que veulent nos aînés ? Document de travail : tableau synthétique des premières pistes d'action émergentes

Ce travail diagnostique est effectué dans le cadre d'un Master en Ingénierie et Action Sociale, à la demande du Groupe de travail Personnes âgées de la Coordination sociale d'Ixelles.

Auteur :
Corinne Malchair

Mise en page :
CDCS-CMDC asbl

Pour plus d'informations et éditeur responsable :
Corinne Malchair
Assistante sociale au CDCS-CMDC, référente pour les secteurs Seniors, Santé physique et Famille
Avenue Louise 183 – 1050 Bruxelles
Tél : 02/511.08.00
cmalchair@cdcs-cmdc.be

Janvier 2012

Veuillez citer cette publication de la façon suivante :
Malchair Corinne, 2012, *XL en action : Que veulent nos aînés ?* , Bruxelles

Table des matières

1 INTRODUCTION 10

2 ÉVOLUTION DE LA PLACE DES AÎNÉS DANS LA SOCIETE 11

2.1 DES RÈGLES D'AFFILIATION DE LA COMMUNAUTÉ A L'INSTITUTIONNALISATION DU PARCOURS DE VIE INDIVIDUALISÉ 11
2.2 LA PERCEPTION DE LA VIEILLESSE EN MOUVEMENT 12
2.3 UNE PRISE EN CHARGE EN TRANSFORMATION 13

3 LES BESOINS DES SENIORS ET L'OFFRE DE SERVICE 15

3.1 DONNÉES SOCIODEMOGRAPHIQUES 15
3.1.1 CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE EN RÉGION BRUXELLOISE 15
3.1.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES SENIORS EN RÉGION BRUXELLOISE 21
3.1.3 SENIORS ET SANTÉ EN RÉGION BRUXELLOISE 22
3.1.4 LES SENIORS IXELLOIS : DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES 24
3.1.4.1 Structure de la population ixelloise par âge et sexe 25
3.1.4.2 Structure des ménages à Ixelles 27
3.1.4.3 Seniors ixellois et multiculturalité 28
3.1.4.4 Caractéristiques socio-économiques des seniors ixellois 29
3.1.4.5 Etat de santé général des Ixellois 30
3.1.4.6 Le logement à Ixelles 30
3.1.5 EN CONCLUSION : LES SENIORS IXELLOIS EN QUELQUES TRAITS 31
3.2 LES BESOINS DES SENIORS 33
3.3 L'OFFRE DE SERVICE ET LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE POUVOIR 33
3.3.1 LES POLITIQUES COMMUNALES MENÉES À IXELLES 35
3.3.2 UNE OFFRE PARFOIS DIFFICILE À APPRÉHENDER POUR LES USAGERS ET LES PROFESSIONNELS 36
3.3.3 L'OFFRE DE SERVICES À IXELLES 37

4 CONCLUSION 40

5 ANNEXES 42

5.1 CARTOGRAPHIES ET DONNÉES SOCIODEMOGRAPHIQUES 42
5.2 LISTE DES BESOINS POTENTIELS 49
5.3 LISTE DES STRUCTURES/AGRÉMENTS PAR TYPE D'AIDE AUX SENIORS EN RÉGION BRUXELLOISE 50
5.4 LISTE ET CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE SITUÉE SUR IXELLES 52

6 BIBLIOGRAPHIE 57

1 Introduction

Ce document est la deuxième partie de « *XL en action : Que veulent nos aînés ?* », travail diagnostique sur les besoins des seniors ixellois mené à l'initiative du Groupe de travail Personnes âgées de la Coordination sociale d'Ixelles.

La présente partie théorique ne se veut pas exhaustive : la thématique des besoins des seniors est extrêmement vaste. Il nous a semblé intéressant de donner une présentation historique de la place octroyée aux seniors et de données relatives aux besoins potentiels des seniors et à l'offre de services.

Nous aborderons, en recourant aux travaux de différents auteurs, les modifications de la place réservée aux seniors dans notre société et des représentations sociales qui leurs sont attachées. Cette première partie mettra en lumière le lien qu'il peut y avoir entre les modèles d'organisation sociale, les représentations sociales et les politiques sociales à l'égard des personnes âgées.

Les besoins des seniors seront évoqués par le biais de données sociodémographiques et d'une liste des besoins potentiels[1].

Enfin, l'offre d'aides et de soins organisés par les pouvoirs publics sera présentée sous l'angle de la répartition des compétences, de la structuration de l'offre et de celle ouverte aux Ixellois plus spécifiquement.

[1] « Besoins potentiels » renvoie aux besoins relevés dans la littérature par d'autres auteurs, ou exprimés par des professionnels de terrain, et non par les seniors ixellois eux-mêmes.

2 Évolution de la place des aînés dans la société

2.1 Des règles d'affiliation de la communauté à l'institutionnalisation du parcours de vie individualisé

Toute société façonne un ou des modèles qui structurent le déroulement des vies individuelles. Dans une société de type communautaire, comme le précise Stefano Cavalli, l'organisation sociale et politique est liée à des paramètres biologiques (âge, sexe, lignage). Dans les sociétés étatiques (agricoles ou industrielles), l'âge cesse d'être un principe constitutif de l'organisation sociale, centrée davantage sur l'appartenance de l'individu à un groupe social (noblesse, clergé et tiers état ou classes sociales). Dans les sociétés industrielles avancées, suite à l'augmentation de l'espérance de vie, l'âge réacquiert de l'importance et la position dans le parcours de vie devient une dimension structurante centrale de la vie sociale. L'Etat commence à agencer les individus de manière plus officielle à travers, par exemple, le développement d'un système scolaire ou encore la généralisation des pensions de retraite. (Cavalli 2007, p. 55–67)

Ce modèle de parcours de vie, dit encore Cavalli, évolue au rythme des transformations de la société.

Durant le 20ème siècle, on assiste à un double processus. D'une part une progressive segmentation du parcours de vie. Suite aux nouvelles législations du travail et à la scolarité obligatoire, la première partie de la vie se scinde en plusieurs étapes (enfance puis, par après, adolescence et jeunesse). De la même manière, le développement du système des pensions, après la 2ème guerre mondiale, fait émerger les personnes âgées en tant que catégorie sociale spécifique. Celle-ci va se scinder en « young-old » et « old-old » dès la fin du 20ème siècle.

Parallèlement à cette segmentation, apparaît une progressive standardisation des parcours de vie. Au 19ème siècle, le passage vers la vie adulte s'effectuait surtout selon les besoins propres à chaque famille et les autres événements de la vie n'avaient pas lieu à des âges précis. Le 20ème siècle voit se construire une organisation des événements familiaux selon un ordre chronologique plus standardisé.

Depuis l'avènement du 21ème siècle, la place que la société donne à ses aînés continue d'évoluer. La segmentation apparue au 20ème n'a fait que s'approfondir. Pour Myriam Leleu, aujourd'hui, après avoir distingué un troisième, quatrième, cinquième âge, on parle de « jeunes vieux » (55-65 ans), « vieux vieux » (65-80 ans), très vieux (80-100 ans) pour distinguer les différents états de la vieillesse. Cet éclatement s'est produit de façon analogue pour le groupe des adolescents qui se différencient en préadolescents, adolescents, postadolescents. (Leleu 2005, p. 23–28)

D'autre part, les mutations familiales, l'augmentation de la durée de vie, l'évolution du marché du travail ont engendré une déstabilisation du parcours de vie. La période actuelle semble se caractériser par une singularisation des trajectoires de vie, un assouplissement des normes liées au cycle de vie. Pour Cavalli, « l'institutionnalisation du parcours de vie a facilité un nouveau type

de régulation sociale, davantage individualisée[2], et par là, mieux adaptée à une société qui érige l'individu en unité de base de la vie sociale ». (Cavalli 2007, p. 58)

2.2 La perception de la vieillesse en mouvement

Les représentations sociales concernant les aînés changent conjointement à cette évolution.
Pour M. Leleu, globalement, on est passé à une double image : celle de la « verte vieillesse », des seniors « actifs » et celle de la « vieille vieillesse », celle de la dépendance, celle qui fait peur et que l'on continue à cacher. L'image des « nouveaux vieux » qui se dégage des médias spécialisés et des discours recouvre le développement de nouveaux stéréotypes : celle du « papy créateur d'entreprise et/ou revendicateur politique » *(sic)* et celle de la mamy dynamique. Bref « on est supposé rester jeune et actif durant toute sa vie ! » *(sic).* Les seniors rejettent eux-mêmes le terme de « vieux ». Beaucoup aiment à se définir en tant « qu'aînés actifs », « être aîné, c'est être libre », « vieux, c'est le contraire, ça signifie (…) qu'on n'est plus bon à rien finalement », « vieillir n'est rien, c'est être vieux le pire ». (Royen & Gaudot 2006)

Parallèlement, comme l'indique Hélène Thomas, dans les années 2000, la « vieillesse est devenue non plus une simple classe d'âge démographique (…) mais une nouvelle catégorie d'action sanitaire et sociale désignée par le terme de dépendance-autonomie. (…) Le vieillissement est désormais considéré comme une pathologie médicale et comme un problème social pour les classes moyennes et populaires. (…) Aujourd'hui, les seniors dépendants sont sous la double surveillance des familles et des professionnels. La grande vieillesse fait l'objet d'une institutionnalisation massive, et dès l'entrée dans le processus de dépendance, les seniors se trouvent de ce fait assignés à une position protégée de citoyens aux droits individuels limités, existant surtout par procuration à travers celles et ceux qui les assistent.». (Thomas 2007, p. 100)

H. Thomas met en évidence un paradoxe de nos sociétés européennes. D'une part, le nombre des plus de 60 ans est en augmentation, le marché des loisirs pour seniors explose et la participation associative des seniors est en plein essor. Des appels à garantir les droits fondamentaux des citoyens et personnes vulnérables et à lutter contre la maltraitance des seniors sont réitérés dans les Etats européens. D'autre part, ces même sociétés « se voient comme actives, jeunes et industrieuses et ne s'habituent pas à la présence des aînés dans l'espace public, ni à leur participation sociale et politique visible (pas plus que les handicapés) » *(sic*). Si les seniors connaissent aujourd'hui un bien-être qu'ils n'avaient pas dans le passé, ils perçoivent souvent l'image qu'on donne d'eux comme négative, « si on daigne seulement parler d'eux : *on pourrait parfois se demander si on existe toujours* ». (Royen & Gaudot 2006, p. 9)

Ce premier paradoxe s'accompagne d'un second : alors que tous les Etats cherchent à lutter contre l'augmentation des coûts de la sécurité sociale liée au vieillissement des populations européennes, les « vieillards dépendants » voient leur dignité, leur citoyenneté sociale[3] et leurs

[2] Cavalli fait ainsi écho au concept d'individualisation. « L'individualisation signifie en premier lieu la décomposition, en second lieu l'abandon des modes de vie de la société industrielle (classe, strate, rôle sexué, famille) pour ceux sur la base desquels les individus construisent, articulent et mettent en scène leur propre trajectoire personnelle. » Beck cité par (Molénat & al 2004, p.32)

[3] La citoyenneté sociale, selon Jean-François Bickel, est constituée de l'ensemble de droits (droit à un bien-être, à une sécurité économiques, au partage de l'héritage social) qui rendent possible la vie d'un être civilisé conformément aux standards de la société. Pour lui, la citoyenneté moderne se compose de la citoyenneté sociale, de la citoyenneté civile qui reprend les droits nécessaires à la liberté individuelle (liberté de parole, pensée, religion,…) et le droit au travail (dans le sens de choix de son lieu de travail) et de la citoyenneté politique (droit de participer à l'exercice du

« libertés de personnes humaines proclamées et célébrées » *(sic*) tant au niveau national qu'au niveau européen. Ceci entre autres par le biais de la charte sociale européenne[4].

Comme le souligne M. Leleu, cette vision double et paradoxale ne crée pas un espace symbolique positif pour nos aînés : il est tout autant difficile de vieillir dans un monde qui cache ses vieux que dans celui où il s'agit de rester jeune le plus longtemps possible. Elle trouble également nos repères, les rend fluides. La fluidité du parcours de vie abordée plus haut semble apparaître ainsi en miroir dans celle des perceptions.

2.3 Une prise en charge en transformation

L'image de la vieillesse accompagne la manière dont la collectivité prend en charge les déficiences momentanées ou chroniques des aînés.

Comme le précise M. Leleu, au lendemain de la seconde guerre mondiale se créent des initiatives d'aide sociale issues du monde associatif, dans un contexte de nucléarisation de la famille et d'affaiblissement des solidarités proches. Petit à petit, l'émergence de l'Etat social (dit providence) va faire passer l'aide familiale, paramédicale et sociale de la sphère privée à la sphère publique. Cette aide va être structurée sur base professionnelle et salariée. Un partenariat s'établit alors entre les services associatifs et les pouvoirs publics, via une reconnaissance et un cadre réglementaire et financier. En Belgique, c'est en 1949 qu'une intervention financière publique est décidée en faveur des hôpitaux, des maisons de retraite et que les services d'aides familiales sont reconnus. Ces derniers, au départ destinés aux familles nombreuses, seront ouverts aux seniors en difficulté en 1954, le statut d'aide senior sera quant à lui créé en 1965. En 1973 les services aux familles et les services aux personnes âgées seront réunis au sein des services d'aide aux familles et aux personnes âgées. C'est en 1966 que les maisons de repos (MR) seront organisées dans le cadre d'un agrément et en 1978 que les maisons de repos et de soins voient le jour, via la possibilité de convertir des lits d'hôpital en lits MRS.

« Les années 80, marquées par la crise de l'emploi et la remise en cause de l'Etat-providence, se caractérisèrent par l'adoption d'une politique visant la réduction des dépenses publiques dans le domaine de la santé. On cherchera notamment à réduire le temps de séjour des seniors à l'hôpital au profit d'alternatives moins coûteuses à domicile ou en maison de repos ; les initiatives de coordination furent reconnues dès 1986 en Flandre, en 1987 en Wallonie. La Flandre se différencie toutefois de la Wallonie et de Bruxelles dans la gestion de la dépendance : dès les années 80, la Flandre privilégie l'aide à domicile par rapport aux maisons de repos considérées comme trop onéreuses et ne correspondant pas au désir des personnes de rester dans leur environnement familier. En Wallonie par contre, le secteur des MR connaît une forte croissance. Les années 90 verront s'établir une priorité pour le maintien à domicile tant du côté flamand que du côté wallon et bruxellois ». (Leleu 2005, p. 26)

Durant les années 90 et 2000 se développe une attention portée à la sécurité économique des seniors, à leur insertion sociale et à la prévention de la perte d'autonomie. Il s'agit moins d'une politique touchant au niveau de vie des seniors que d'actions visant leur mode de vie. L'offre de services et d'équipements collectifs se développe afin d'éviter l'institutionnalisation. Les services

---

pouvoir politique comme corps investi d'une autorité politique ou comme électeur des membres du corps). (Bickel 2007, p. 20)

[4] Article 23 de la charte sociale européenne révisée de 1996 portant sur le « droit des personnes âgées à une protection sociale autonome ».

résidentiels (MR, MRS, résidences-services,…) fortement organisés selon le modèle hospitalier, voient arriver, via l'obligation du projet de vie, les comités de résidents (ceux-ci sont supposés fonctionner à la demande des seniors ou de leur entourage). La Garantie de Revenus Aux Personnes Agées (GRAPA) est votée en 2001 et la même année est lancée l'assurance-dépendance (zorgverzekering) par la Communauté flamande. Depuis lors, d'autres mesures de gestion des risques de pauvreté liés au vieillissement ont été adjointes au niveau national (pensions minimales, etc.). Ajoutons encore la multiplication de formations en gérontologie et gériatrie, à l'écoute, aux soins palliatifs, la plus grande flexibilité dans l'aide à domicile, l'apparition d'offres de services dans les heures « dites inconfortables[5] », un relèvement du niveau de compétences techniques et relationnelles des professionnels, une volonté de soutien des aidants proches (famille, amis), l'émergence des activités intergénérationnelles... Et enfin, de manière générale, l'explosion de l'offre de services à domicile proposée par le monde associatif, public ou commercial (titres-services et autres). Ceci pour répondre aux besoins tant de santé, d'aide aux activités de la vie quotidienne, que relationnels et sociaux.

M. Leleu souligne à juste titre « que les préoccupations pour le bien-être des personnes âgées, dépendantes ou non, la dénonciation ouverte et publique d'éventuelles formes de maltraitance soit dans le contexte familial, soit dans le contexte institutionnel, ont contribué au façonnage d'une nouvelle représentation sociale de la vieillesse et proposent une autre manière de se gérer vieillissant, de gérer la vieillesse ou de se gérer en tant qu'intervenant auprès de seniors. »

Elle insiste toutefois « sur le fait que les politiques sociales touchant aux seniors, qu'elles soient d'action sociale ou d'emploi, ont contribué à construire la catégorie âgée en catégorie dépendante socialement et économiquement. (…) Les politiques de services et soins à domicile, l'organisation de loisirs pour seniors ont contribué à rendre d'autant plus dépendantes des personnes devenues objets de services. (…) Les vieux retraités, et surtout les *trop vieux*, représentent toujours le non vivre, les exilés de la société parce que la vie qu'ils mènent se déroule en dehors de la vie valorisée (…), celle du travail rémunéré et à défaut bénévole (…) ». (Leleu 2005, p. 27)

Certains éléments abordés dans cette première partie contextuelle se retrouvent dans les propos des seniors ixellois rencontrés. Nous y reviendrons dans la présentation des résultats de l'enquête qualitative (cahier 4 du rapport).

[5] Entre 17h et 7h du matin.

3 Les besoins des seniors et l'offre de service

Aborder les besoins potentiels[6] des seniors implique de recourir aux statistiques. Celles-ci permettent de mettre en exergue certaines « données objectives » et faire émerger des besoins qui devront être confirmés par le diagnostic auprès des seniors. Elles sont également nécessaires pour établir une « photographie » de la population âgée ixelloise et, par conséquence, avoir quelques balises pour l'échantillon de l'enquête qualitative. Les données concernant les seniors ixellois seront ainsi reprises en grandes lignes en fin de la partie socio-démographique.
Les besoins potentiels découverts à ce jour, au travers de la bibliographie et des entretiens auprès de personnes ressources pour Atlas ne seront ici que listés. L'objet de notre PE étant de récolter les données auprès des seniors eux-mêmes.
Pour ce qui concerne l'offre de service, sera dressé un tableau des principales politiques publiques mises en œuvre en réponse aux besoins des seniors.
Ixelles faisant partie d'une région, d'un pays, quelques éléments valables pour toute la Belgique seront brossés, avec quelques précisions sur la Région bruxelloise, tout en détaillant les données pour cette Commune.

3.1 Données sociodémographiques

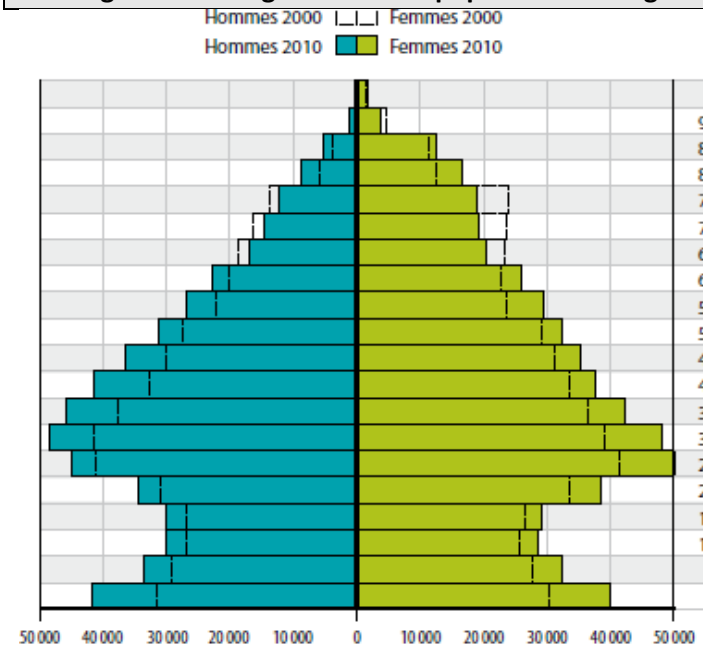
L'espérance de vie en Belgique n'a cessé d'augmenter au cours des dernières décennies. Les personnes âgées de 65 ans et plus formaient 17% de la population en 2000. En 2050, cette proportion passera à 24% en Communauté française et 28% en Communauté flamande. L'augmentation des personnes très âgées sera encore plus forte pour la même période : triplement de la part des octogénaires et plus ; parmi eux il y aura 4.5 fois plus de nonagénaires et 9 fois plus de centenaires. (Pacolet & Deliège 2006, p. 131)
Cette réalité démographique est à nuancer selon les régions : la Région flamande fait face à un « vieillissement » important de sa population (+ 31% entre 1991 et 2007), la Région wallonne de façon moindre (+ 14% entre 1991 et 2007), alors que la Région bruxelloise vit un « rajeunissement » (- 9% entre 1991 et 2007) et ne connaîtra une augmentation sensible des seniors qu'après 2021. (OSSB & CDCS-CMDC 2007, p. 19–20 et 219) (OSSB 2008, p.18 – Cahier 2)

3.1.1 Contexte démographique en Région bruxelloise

L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (OSSB) confirme dans son Baromètre social 2009 cette tendance : entre 1998 et 2008, la proportion de jeunes s'est accrue (nombre de jeunes enfants et taux de natalité en augmentation significative) et la proportion de personnes de plus de 65 ans a diminué en Région bruxelloise. Il y a ainsi diminution de l'indice de vieillissement (le nombre de 65 ans et plus par rapport au nombre de moins de 20 ans), de l'indice de dépendance et de l'âge moyen.

[6] Pour rappel, par besoins potentiels je veux dire besoins relevés dans la littérature par d'autres auteurs, ou exprimés par des professionnels de terrain, mais pas par les seniors ixellois eux-mêmes.

Figure 1 : Histogramme de la population en Région bruxelloise au 01/01/2000 et au 01/01/2010



	Belges	Non-Belges	Total
95 ans +	1 815	151	1 966
90-94 ans	4 606	380	4 986
85-89 ans	16 272	1 390	17 662
80-84 ans	22 467	2 815	25 282
75-79 ans	26 293	4 797	31 090
70-74 ans	27 291	6 580	33 871
65-69 ans	29 328	7 894	37 222
60-64 ans	37 839	11 006	48 845
55-59 ans	42 188	14 132	56 320
50-54 ans	45 416	18 109	63 525
45-49 ans	47 872	23 691	71 563
40-44 ans	48 607	30 352	78 959
35-39 ans	50 819	37 252	88 071
30-34 ans	53 472	43 153	96 625
25-29 ans	55 093	39 987	95 080
20-24 ans	48 203	24 734	72 937
15-19 ans	46 264	13 013	59 277
10-14 ans	46 000	12 656	58 656
5-9 ans	51 353	14 685	66 038
0-4 ans	61 270	20 293	81 563
Total	**762 468**	**327 070**	**1 089 538**

Source : Direction générale Statistique et Information économique, Registre national, 2010

(OSSB 2011, p.14)

Selon l'OSSB : « (…) l'intensité du vieillissement (nombre de 80 ans et plus par rapport au nombre de 65 ans et plus) continue à augmenter de manière significative : entre 2006 et 2008, le nombre de Bruxellois de 80 ans et plus a augmenté de 1 407 personnes, soit une augmentation de 2,9 % ». (OSSB 2008, p.11). Ces données indiquent une charge potentielle plus importante pour les pouvoirs publics en terme d'offre de services, les personnes de cette tranche d'âge ayant davantage besoin d'aides et de soins.

Tableau 1 : Evolution des caractéristiques de la population bruxelloise de 1998 à 2008

	Nombre			%		
	1998	**2003**	**2008**	**1998**	**2003**	**2008**
% < 3 ans	36 936	41 239	47 440	3,9 %	4,2 %	4,5 %
% < 18 ans	199 454	212 090	229 420	20,9 %	21,4 %	21,9 %
% < 20 ans	221 450	234 000	253 288	23,2 %	23,6 %	24,2 %
% 18-64 ans	589 949	622 685	667 026	61,9 %	62,8 %	63,6 %
% 20-64 ans	567 953	600 775	643 158	59,6 %	60,6 %	61,3 %
% 65 ans et plus	163 772	157 266	152 045	17,2 %	15,9 %	14,5 %
% 80 ans et plus	43 064	45 294	49 254	4,5 %	4,6 %	4,7 %
				Indices		
Indice de vieillissement : (≥ 65 ans / 0-19 ans)				74,0 %	67,2 %	60,0 %
Indice de dépendance : (0-19 + ≥ 65 ans) / (20-64 ans)				67,8 %	65,1 %	63,0 %
Indice d'intensité du vieillissement : (≥ 80 ans/ ≥ 65 ans)				26,3 %	28,8 %	32,4 %

Sources : Direction générale Statistique et Information économique, Registre national

(OSSB 2009, p.11)

Nous avons déjà montré que la répartition du nombre de seniors en Belgique n'est pas homogène. Il en va de même entre les différentes Communes de la Région de Bruxelles-Capitale :

Tableau 2 : Distribution des habitants par groupes d'âge et Commune au 01/01/2007

Commune	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90-94 ans	95 ans et plus	65 ans et plus	Population totale
Anderlecht	4 272	3 839	3 819	3 515	2 591	1 393	494	132	15 783	97 601
Auderghem	1 368	1 128	1 205	1 232	1 148	553	201	54	5 521	29 681
Berchem-Sainte-Agathe	1 002	853	855	756	646	335	110	32	3 587	20 431
Bruxelles-Ville	6 033	4 827	4 384	3 916	3 052	1 622	651	221	18 673	145 917
Etterbeek	1 657	1 191	1 197	1 149	1 000	561	238	74	5 410	42 342
Evere	1 626	1 413	1 356	1 338	1 075	564	183	53	5 982	34 128
Forest	2 193	1 761	1 697	1 499	1 262	657	227	64	7 167	48 284
Ganshoren	1 196	951	1 089	1 060	878	444	138	40	4 600	21 395
Ixelles	3 077	2 263	1 866	1 812	1 566	962	438	152	9 059	78 088
Jette	2 085	1 695	1 727	1 690	1 464	747	320	82	7 725	43 564
Koekelberg	759	617	645	535	498	278	108	31	2 712	18 541
Molenbeek-Saint-Jean	3 245	2 846	2 669	2 284	1 825	944	387	129	11 084	81 632
Saint-Gilles	1 650	1 313	1 155	879	669	364	156	55	4 591	44 767
Saint-Josse-Ten-Noode	794	657	455	370	246	130	62	13	1 933	23 785
Schaerbeek	4 182	3 542	3 046	2 579	2 042	1 154	459	127	12 949	113 493
Uccle	4 026	3 200	3 165	3 123	2 781	1 528	640	207	14 644	76 576
Watermael-Boitsfort	1 418	1 024	1 037	1 059	816	433	178	56	4 603	24 121
Woluwé-Saint-Lambert	2 346	1 860	1 926	2 085	1 812	940	358	104	9 085	48 315
Woluwé-Saint-Pierre	1 911	1 603	1 622	1 784	1 517	725	312	107	7 670	38 554
Région de Bruxelles-Capitale	*44 840*	*36 583*	*34 915*	*32 665*	*26 888*	*14 334*	*5 660*	*1 733*	*152 778*	*1 031 215*

Source : Direction générale Statistique et Information économique, Registre national 1/1/2007

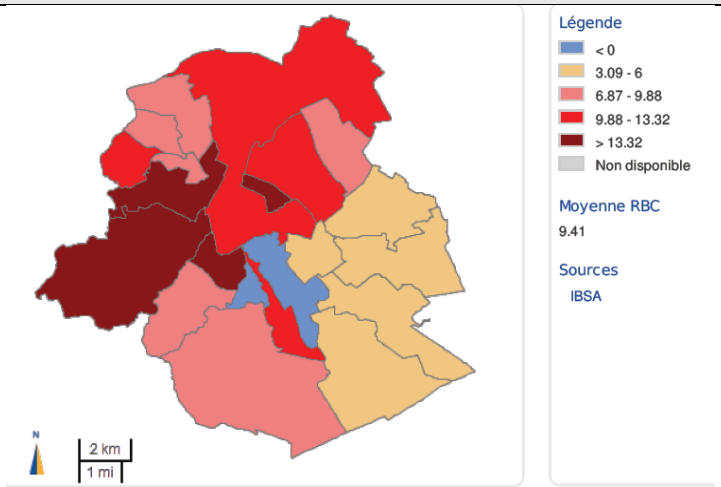
(OSSB 2008, p.19 - Cahier 2)

Si Ixelles se situe dans la moyenne bruxelloise, les groupes d'âges de 90 ans et plus y sont surreprésentés par rapport à l'ensemble du pays. Nous y reviendrons plus loin.

3.1.1.1.1 Projection de la croissance démographique des 65 ans et plus

Si l'augmentation sensible des seniors en Région bruxelloise n'est prévue qu'après 2021, d'ici-là elle ne sera pas également répartie entre les Communes de la Région. Selon les projections statistiques, Ixelles n'enregistrera pas de variation du taux de seniors dans les 10 ans à venir.

Carte 1 : Croissance démographique des 65 ans et plus entre 2010 et 2020 en 2010 (%)



(IBSA 2011)

Même si ce laps de temps disponible pour planifier les moyens nécessaires est plus long que pour d'autres Communes, il est dans les faits assez court.

3.1.1.1.2 Structure des ménages des seniors en Région bruxelloise

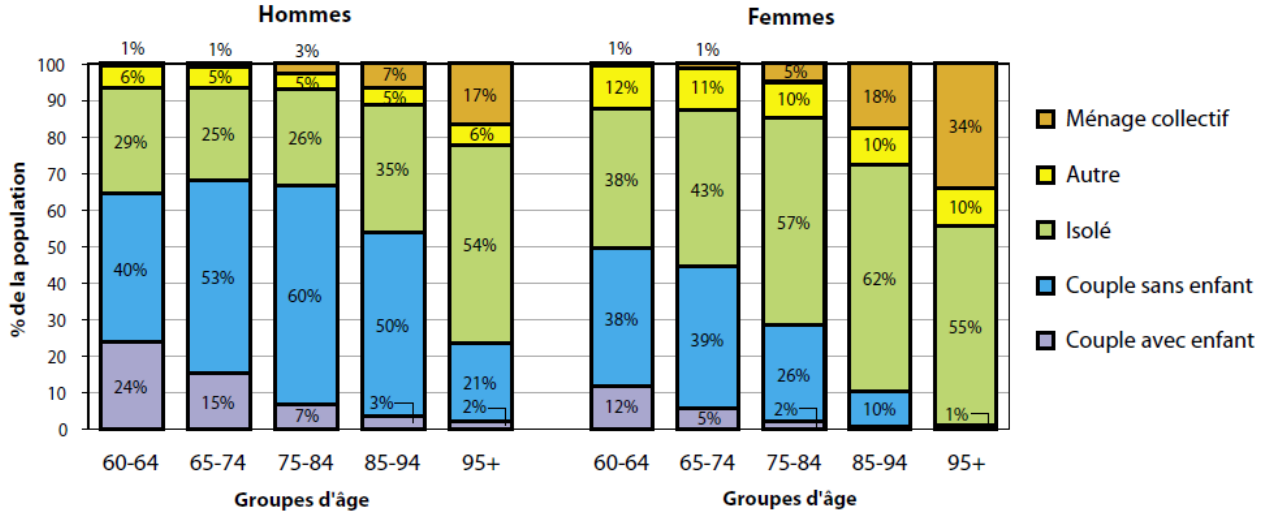
« Parmi les Bruxellois de plus de 65 ans, 45 % vivent en couple (mariés ou non, avec ou sans enfants). Pour les hommes, la vie en couple est la situation la plus fréquente, elle concerne deux tiers des hommes. Parmi les femmes par contre, la majorité vit seule (52 %), tandis que 27 % des hommes seulement sont isolés.

5 % habitent dans une structure collective, et il s'agit, dans la plupart des cas, d'une maison de repos ou d'une maison de repos et de soins.

Enfin, 8 % habitent dans un autre type de ménage (chez un enfant ou un parent, ménage composé de 3 générations, cohabitant avec un frère ou une sœur, etc.).

Plus l'âge augmente, (…), plus la part d'isolés et de personnes vivant en structure collective augmente. Pour tous les groupes d'âges, il y a proportionnellement plus de femmes que d'hommes isolés et habitant dans une structure collective. ». (OSSB 2008, p.20 – Cahier 2)

Figure 2 : Répartition de la population bruxelloise de 60 ans et plus selon le type de ménage par groupe d'âge et par sexe au 01/01/2007



Source : Studiedienst van de Vlaamse Regering, Registre national 1/1/2007

(OSSB 2008, p.20 – Cahier 2)

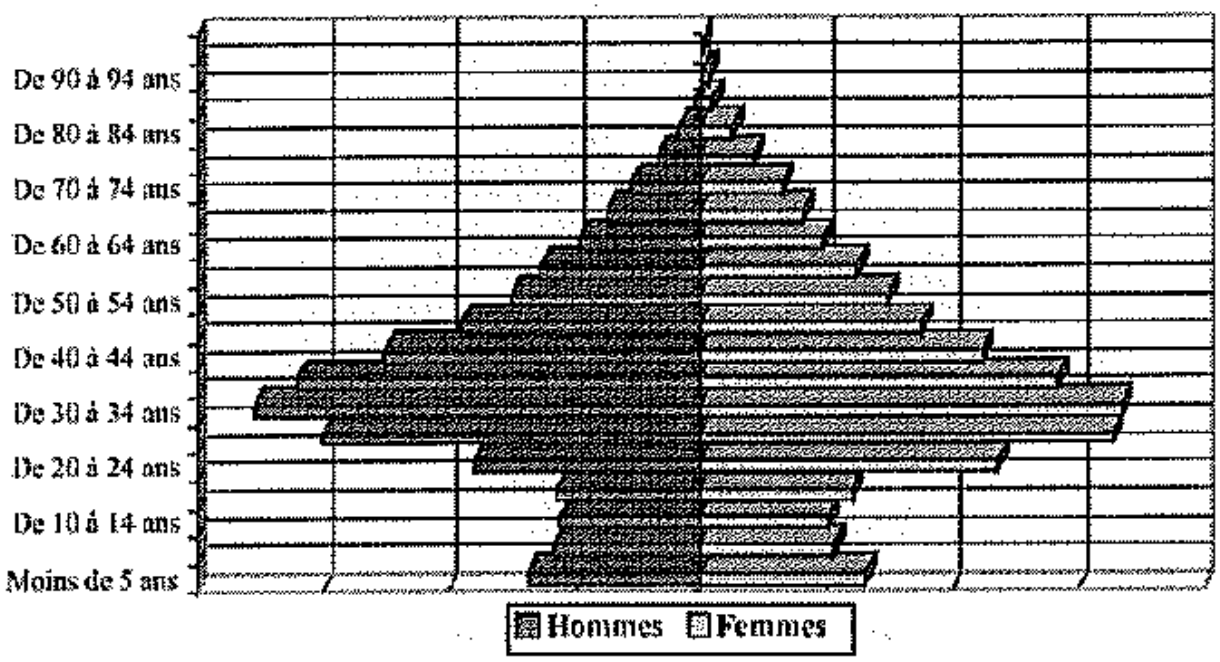
La part des personnes âgées de 85 ans et plus en structure collective est plus faible en Région bruxelloise.
En revanche, la proportion d'isolés y est plus importante que dans le reste du pays. La part des personnes âgées de plus de 65 ans considérées comme socialement isolées l'est également : 29 % de à Bruxelles, contre 21% en Flandre et 24% en Wallonie. (Vandenbroucke et al. 2012, p.148)

3.1.1.1.3 Seniors et multiculturalité en Région bruxelloise

Comme le souligne Nathalie Perrin, les statistiques des seniors d'origine étrangère ne sont pas aisées à trouver. En effet, les statistiques de l'Institut National de Statistique (INS) « ne reprennent pas les ressortissants d'origine étrangère ayant acquis la nationalité belge ». (Perrin 2009, p.40) Or, la procédure d'acquisition de la nationalité a rendu possible l'obtention de la nationalité belge par de nombreux immigrés. Les statistiques disponibles ne reflètent donc pas le vieillissement réel des communautés immigrées. Elles ne mettent pas en lumière les besoins en termes d'accueils, d'aides et de soins pour des seniors de cultures différentes.

Nathalie Perrin observe que si la Région bruxelloise compte le plus haut taux de personnes étrangères (26,3 %), elle « comprend proportionnellement le moins d'immigrés âgés » (8,1% du total de la population étrangère). (Perrin 2009, p.43) Comme le montre la pyramide des âges, la population de nationalité étrangère bruxelloise est jeune (le pic des 24-40 ans est probablement lié au nombre d'étudiants et de cadres étrangers). Les seniors immigrés représentent toutefois 13,8% de l'ensemble des seniors bruxellois (données de 2005).

Figure 3 : Pyramide des âges de la population étrangère résidant dans la Région Bruxelles-Capitale, 2005



Source : Ecodata, Service public fédéral Économie, PME, Classes moyennes et énergie, http://ecodata.mineco.fgov.be

(Perrin 2009, p.43)

Afin de mieux refléter la réalité de l' « ethnicité » de la population âgée bruxelloise, l'OSSB se base, lui, sur la nationalité à la naissance des seniors. Il montre ainsi que pour les plus de 80 ans, le pourcentage de personnes d'origine étrangère est proche des 10%, mais pour les seniors de 70 ans il est de 20% et à 60 ans il monte à 30% en Région bruxelloise (données de 2001[7]).

[7] Ces informations statistiques n'ont été obtenues que grâce au recensement de 2001. Comme il a été décidé de ne plus effectuer de recensement, l'actualisation de ces données n'est pas possible.

Tableau 3 : Pourcentage de migrants dans la population par groupes d'âge dans les trois régions (défini sur base de la nationalité à la naissance), 2001

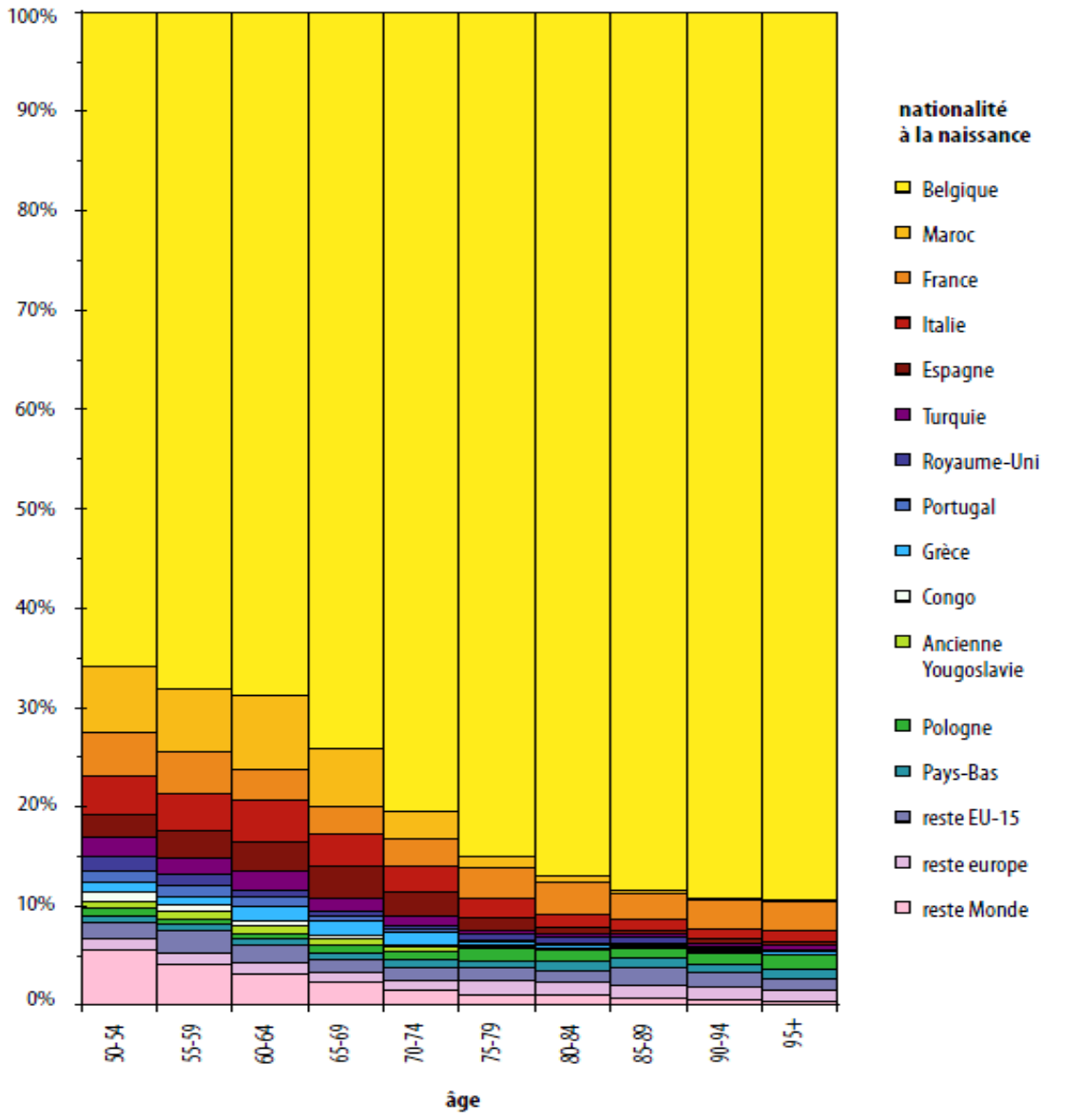
	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	% dans la population totale
Région bruxelloise	34,2	31,8	31,3	25,9	19,5	14,9	13,1	11,6	10,8	10,6	39,3
Flandres	6,8	6,4	5,8	4,6	4,1	4,4	4,5	3,5	2,6	3,0	7,2
Wallonie	17,2	16,6	16,7	14,9	13,9	13,6	11,2	9,8	9,1	9,7	15,6

Source : INS – Enquête socio-économique générale 2001

(OSSB & CDCS-CMDC 2007, p.26)

Les nationalités d'origine sont très variées, les seniors marocains étant majoritaires :

Figure 4 : Distribution en fonction de la nationalité à la naissance, population bruxelloise 50-99 ans, 2001



Source : INS – Enquête socio-économique générale 2001

(OSSB & CDCS-CMDC 2007, p.27)

Selon l'OSSB, nombreux sont encore les seniors qui vivent chez leurs enfants ou d'autres membres de la famille. Toutefois l'évolution démographique amènera les services d'hébergement, d'aides et de soins à prendre en charge une population dont les besoins en termes linguistiques, culturels et religieux seront spécifiques et diversifiés. La demande augmentera probablement d'autant plus qu'une grande partie de la population immigrée occupe souvent le bas de l'échelle sociale. « Le risque de problèmes de santé y est considérablement plus élevé que parmi la population d'origine belge ». (OSSB & CDCS-CMDC 2007, p.26)

3.1.2 Caractéristiques socio-économiques des seniors en Région bruxelloise

Le Rapport pauvreté 2008 de l'OSSB souligne que la situation moyenne des seniors bruxellois ne « suscite pas trop d'inquiétude » (*sic*). Par rapport à la moyenne belge, les Bruxellois âgés ont « une meilleure pension, un niveau d'instruction plus élevé, une position socio-économique plus favorable, une perception meilleure de leur santé ». Mais il souligne que « ces chiffres moyens ne disent pas grand-chose sur la pauvreté ». (OSSB 2008, p.16 – Cahier 2) [8]

Selon l'enquête EU-SILC de 2006, la proportion de seniors sous le seuil de risque de pauvreté en Belgique est plus importante que la moyenne de l'Union Européenne (UE) des 15 : 23% pour les plus de 65 ans, 27% pour les plus de 75 ans, 12,5% pour les moins de 65 ans en Belgique. 20% pour l'UE des 15, 13% pour l'Allemagne, 16% pour la France et 6% pour les Pays-Bas. (OSSB 2008, p.23 – Cahier 2)

Pour la Région bruxelloise, les données faisant défaut, l'OSSB se base entre autres sur les chiffres de la GRAPA[9]. Si la pension moyenne des Bruxellois est plus élevée que celle du pays et des autres régions, Bruxelles compte la plus grande part de pensionnés touchant la GRAPA, avec une surreprésentation des femmes bénéficiant de celle-ci.

[8] En ce qui concerne les seniors bruxellois vivant la précarité, son influence sur leur vie, les « systèmes de débrouille » pour y faire face..., se reporter au Rapport pauvreté lui-même (OSSB 2008, p.35–65 – Cahier 2).

[9] La Garantie de revenus aux personnes âgées (anciennement RGPA – Revenu garanti aux personnes âgées) s'élève en 2012 à 972,39€/ mois pour une personne isolée et à 648,26€/ mois pour un demandeur qui partage sa résidence avec une ou plusieurs personnes. En Belgique, 12% des travailleurs pensionnés et près de 70% des indépendants pensionnés en 2005 ont fait appel à la pension minimum. Ces données ne sont pas disponibles pour la Région de Bruxelles-Capitale. (OSSB 2008, p.24 – Cahier 2)

Tableau 4 : Nombre de bénéficiaires de la GRAPA par Commune et pourcentage de la population de plus de 65 ans, Région de Bruxelles-Capitale, 01/01/2007

	GRAPA + RGPA	Population de 65 ans et plus	% bénéficiaires parmi la population de 65 ans et plus
Anderlecht	1 175	15 783	7,4 %
Auderghem	182	5 521	3,3 %
Berchem-Sainte-Agathe	184	3 587	5,1 %
Bruxelles-Ville	2 109	18 673	11,3 %
Etterbeek	509	5 410	9,4 %
Evere	322	5 982	5,4 %
Forest	513	7 167	7,2 %
Ganshoren	262	4 600	5,7 %
Ixelles	796	9 059	8,8 %
Jette	443	7 725	5,7 %
Koekelberg	219	2 712	8,1 %
Molenbeek-Saint-Jean	1 101	11 084	9,9 %
Saint-Gilles	684	4 591	14,9 %
Saint-Josse-Ten-Noode	358	1 933	18,5 %
Schaerbeek	1 212	12 949	9,4 %
Uccle	683	14 644	4,7 %
Watermael-Boitsfort	161	4 603	3,5 %
Woluwé-Saint-Lambert	348	9 085	3,8 %
Woluwé-Saint-Pierre	253	7 670	3,3 %
Région de Bruxelles-Capitale	*11 514*	*152 778*	*7,5 %*
Belgique	*85 992*	*1 810 062*	*4,8 %*

Source : Office national des pensions 2007, Registre national 2007

(OSSB 2008, p.24 - Cahier 2)

A nouveau, la répartition des bénéficiaires entre les Communes bruxelloises n'est pas homogène. Le taux de seniors ixellois bénéficiant de la GRAPA est proche du double du taux national et présente un taux plus élevé que le taux régional. Auderghem/Woluwe-Saint-Pierre et Saint-Josse-Ten-Noode se situent ainsi aux extrémités statistiques du tableau.

3.1.3 Seniors et santé en Région bruxelloise

Selon l'Enquête nationale de santé de 2004, 48 % d'hommes et 58 % de femmes de plus de 75 ans ne s'estiment pas en bonne santé en Région bruxelloise. « 51,8 % des hommes et 56,1 % des femmes bruxellois âgés de 65 ans et plus déclarent souffrir d'une ou plusieurs maladies de longue durée, d'affections de longue durée ou de handicaps. » (OSSB 2010, p.252)

Les affections chroniques les plus souvent déclarées par les femmes sont l'arthrose, la tension artérielle trop élevée, le rhumatisme inflammatoire, l'arthrite chronique, l'arthrite rhumatoïde, l'ostéoporose, la cataracte, les affections persistantes du dos, la fatigue chronique, les affections cardiaques, les allergies, la bronchite chronique, les problèmes pulmonaires chroniques et les troubles de la thyroïde. Les hommes, quant à eux, déclarent des problèmes de tension artérielle trop élevée, d'arthrose, d'affections persistantes du dos, de troubles prostatiques, de cataracte, de rhumatisme inflammatoire, d'arthrite chronique, d'arthrite rhumatoïde, d'affections cardiaques, de bronchite chronique, de diabète, d'allergies… (OSSB 2010, p.253)

En termes de santé mentale, les troubles dépressifs et la consommation de tranquillisants et de somnifères augmentent en Région bruxelloise avec l'âge. Près de 25 % des seniors de 75 ans et

plus déclarent des troubles dépressifs. Selon l'OSSB, ceux-ci peuvent être expliqués par la solitude, les limitations des activités quotidiennes liées à un déclin physique mal ressenti.

Les démences (dont l'Alzheimer) augmentent, elles aussi, avec l'âge. Il n'existe pas de statistiques précises les concernant. Cependant l'OSSB estime qu'environ 12000 seniors bruxellois en étaient atteints en 2006. Parmi ceux-ci, près de 70 % avaient plus de 80 ans. Ces troubles cognitifs demandent un soutien important de la personne, que ce soit à domicile ou en lieux résidentiels. (OSSB 2010, p.255)

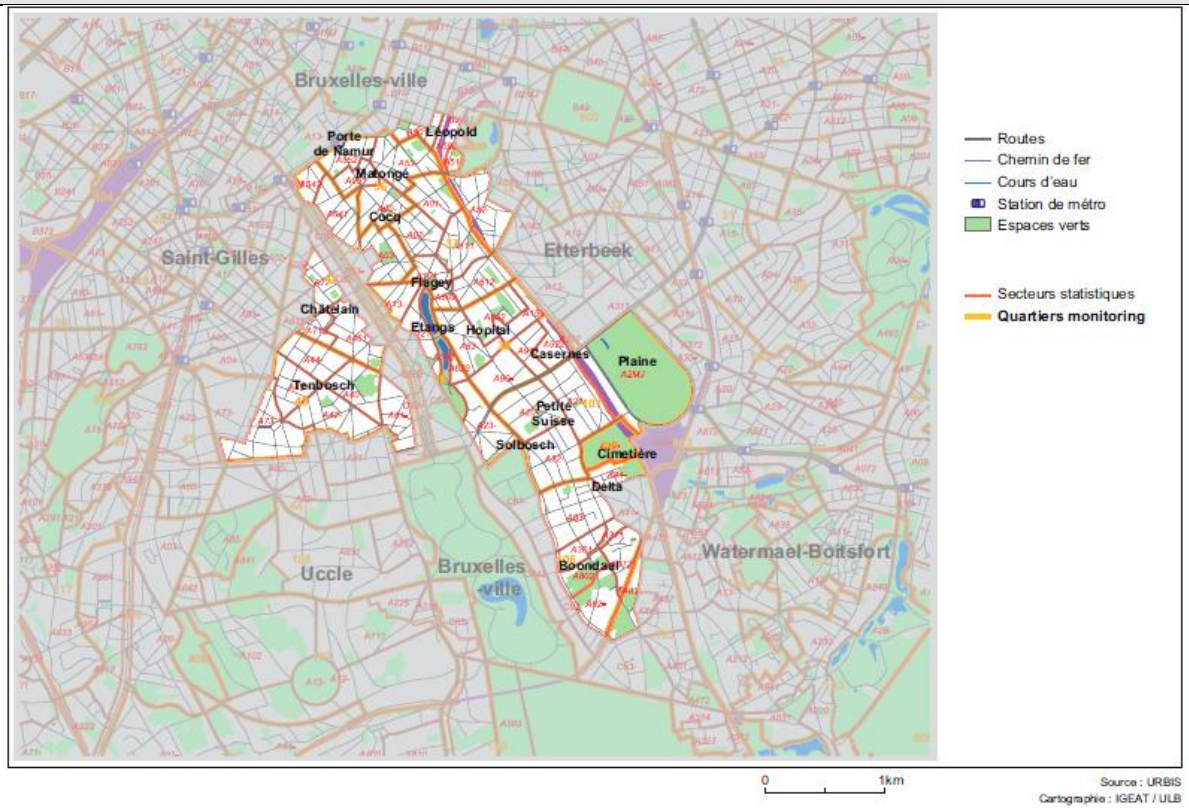
3.1.4 Les seniors ixellois : données sociodémographiques

Concernant les données ixelloises, nous nous appuierons principalement sur des données provenant de l'IGEAT, de l'OSSB et du Monitoring des quartiers[10].

Pour leurs statistiques de quartier, l'OSSB et l'IGEAT se basent généralement sur les « secteurs statistiques ». Ceux-ci découpent une Commune en de nombreux secteurs, tout en respectant les frontières communales.

Le Monitoring des quartiers découpe la Région bruxelloise de manière différente : les « quartiers monitoring » sont des agrégats de secteurs statistiques qui ne concordent pas avec les limites communales mais qui correspondent à une « réalité de vie ». Ce qui est le cas de plusieurs quartiers d'Ixelles (par exemple le quartier Châtelain qui se situe au croisement d'Ixelles, Bruxelles et Saint-Gilles). La Commune d'Ixelles présentant en outre la particularité d'être coupée en deux par l'avenue Louise (qui relève de la Commune de Bruxelles), une première carte de repérage s'impose :

Carte 2 : Carte de repérage d'Ixelles

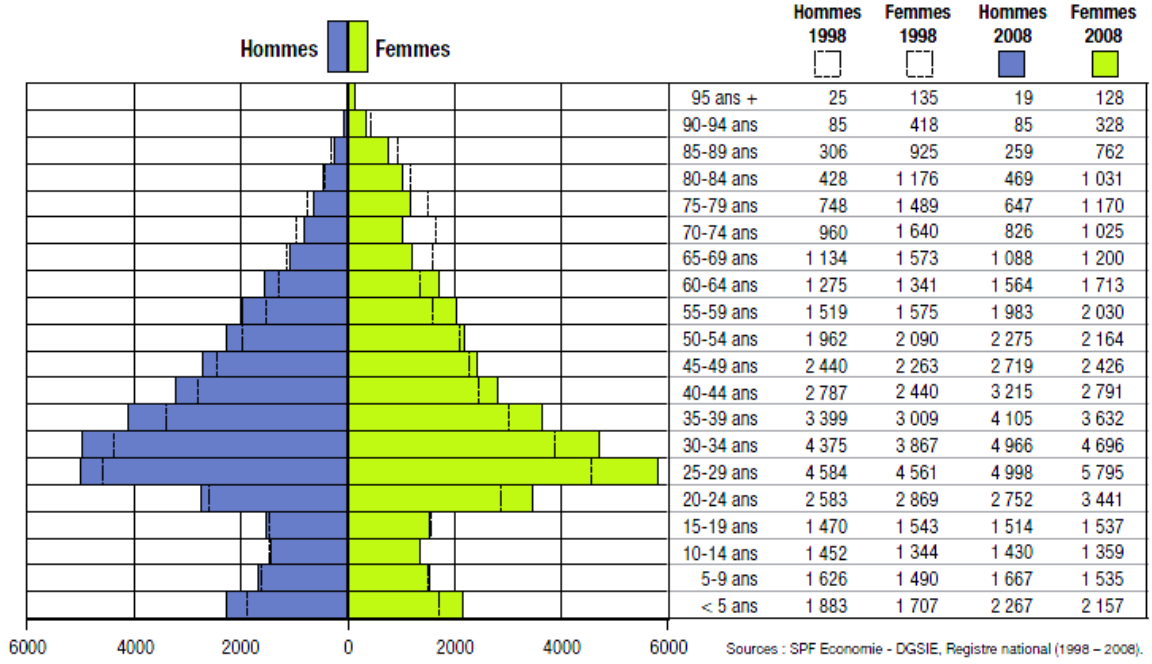


(Wayens et al. 2010, p.3)

[10] IGEAT = Institut de Gestion de l'Environnement et d'Aménagement du Territoire – ULB ; Monitoring des quartiers = www.monitoringdesquartiers.irisnet.be.

3.1.4.1 Structure de la population ixelloise par âge et sexe

Figure 5 : Histogramme de la population totale à Ixelles au 01/01/2008 et au 01/01/1998



	Hommes 1998	Femmes 1998	Hommes 2008	Femmes 2008
95 ans +	25	135	19	128
90-94 ans	85	418	85	328
85-89 ans	306	925	259	762
80-84 ans	428	1 176	469	1 031
75-79 ans	748	1 489	647	1 170
70-74 ans	960	1 640	826	1 025
65-69 ans	1 134	1 573	1 088	1 200
60-64 ans	1 275	1 341	1 564	1 713
55-59 ans	1 519	1 575	1 983	2 030
50-54 ans	1 962	2 090	2 275	2 164
45-49 ans	2 440	2 263	2 719	2 426
40-44 ans	2 787	2 440	3 215	2 791
35-39 ans	3 399	3 009	4 105	3 632
30-34 ans	4 375	3 867	4 966	4 696
25-29 ans	4 584	4 561	4 998	5 795
20-24 ans	2 583	2 869	2 752	3 441
15-19 ans	1 470	1 543	1 514	1 537
10-14 ans	1 452	1 344	1 430	1 359
5-9 ans	1 626	1 490	1 667	1 535
< 5 ans	1 883	1 707	2 267	2 157

(Wayens et al. 2010, p.10)

Benjamin Wayens et Truus Roesems soulignent la particularité de la structure d'âge de la population ixelloise. Contrairement aux autres Communes bruxelloises, la proportion de personnes en âge actif (de 20 à 64 ans) est élevée et continue à augmenter. La proportion des jeunes et celle des plus de 65 ans, diminuent toutes les deux. Ixelles est, en effet, la porte d'entrée de jeunes adultes en région urbaine (issus tant de Belgique que de l'étranger). Une grande partie des ménages est donc constituée d'adultes (jeunes) isolés. (Wayens et al. 2010, p.5,6)

Comme la présence des enfants est plus faible qu'en Région bruxelloise, la population d'Ixelles est globalement plus âgée et a un indice de vieillissement élevé, même s'il diminue. L'intensité du vieillissement est, comme vu plus haut, plus élevé qu'en Région bruxelloise et en Belgique et tend à augmenter[11]. Ce qui peut évidemment avoir des conséquences en terme de besoins d'aides et de soins plus importants.

[11] **L'indice de vieillissement** est le rapport entre les personnes âgées de 65 ans et plus et les jeunes de moins de 20 ans. **L'indice de dépendance** est le rapport entre les personnes en âges soit d'études (moins de 20 ans), soit de pension (65 ans et plus) et les personnes âgées de 20 à 64 ans. **L'intensité du vieillissement** est la part des personnes âgées de plus de 80 ans parmi les personnes de 65 ans et plus.

Tableau 5 : Evolution des caractéristiques de la population à Ixelles et en Région bruxelloise de 1998 à 2008

	Ixelles			Région bruxelloise		
	1998	2003	2008	1998	2003	2008
% < 3 ans	3,1 %	3,1 %	3,6 %	3,9 %	4,2 %	4,5 %
% < 18 ans	15,4 %	15,3 %	15,2 %	20,9 %	21,4 %	21,9 %
% < 20 ans	17,3 %	17,1 %	16,9 %	23,2 %	23,6 %	24,2 %
% 18-64 ans	69,4 %	71,9 %	73,5 %	61,9 %	62,8 %	63,6 %
% 20-64 ans	67,5 %	70,1 %	71,8 %	59,6 %	60,6 %	61,3 %
% 65 ans et plus	15,2 %	12,8 %	11,3 %	17,2 %	15,9 %	14,5 %
% 80 ans et +	4,8 %	4,3 %	3,9 %	4,5 %	4,6 %	4,7 %
Indice de vieillissement (≥ 65 ans / 0-19 ans)	88,2	75,1	67,1	74,0	67,2	60,0
Indice de dépendance (0-19 + ≥ 65 ans) / (20-64 ans)	48,1	42,6	39,3	67,8	65,1	63,0
Indice d'intensité du vieillissement (> 80 ans / ≥ 65 ans)	31,7	33,2	34,1	26,3	28,8	32,4

Sources : SPF Economie - DGSIE, Registre national.

(Wayens et al. 2010, p.11)

Les informations concernant la part des 65 ans et plus et l'intensité du vieillissement (ou coefficient de séniorité) peuvent être précisées par « quartiers monitoring ». Pour rappel, ceux-ci ne respectent pas les frontières communales[12].

Tableau 6 : Part des 65 ans et + en 2008, par quartier

Quartier	Valeur
Matonge (Ixelles)	6,36 %
Quartier européen (Ixelles, Bruxelles)	9,37 %
Jourdan (Ixelles, Etterbeek)	8,81 %
Flagey-Malibran (Ixelles)	8,74 %
Louise-Longue Haie (Ixelles, Bruxelles)	9,08 %
Châtelain (Ixelles, Bruxelles, St-Gilles)	9,79 %
Etangs d'Ixelles (Ixelles, Bruxelles)	14,92 %
Brugmann - Lepoutre (Ixelles, Bruxelles, Forest)	12,02 %
Hôpital Etterbeek-Ixelles (Ixelles)	11,37 %
Université (Ixelles)	11,49 %
Boondael (Ixelles, Bruxelles, Watermael-Boitsfort)	21,29 %
Dries (Ixelles, Bruxelles, Watermael-Boitsfort)	18,37 %

(IBSA 2011)

Les quartiers d'Ixelles entre la Porte de Namur et Flagey sont les plus « jeunes », les quartiers proches de la Forêt de Soignes sont les plus « âgés ».

Tableau 7 : Coefficient de séniorité (80 + / 60 +) en 2008, par quartier

Quartier	Valeur
Matonge (Ixelles)	14,71 %
Quartier européen (Ixelles, Bruxelles)	20,16 %
Jourdan (Ixelles, Etterbeek)	17,25 %
Flagey-Malibran (Ixelles)	23,05 %
Louise-Longue Haie (Ixelles, Bruxelles)	24,19 %
Châtelain (Ixelles, Bruxelles, St-Gilles)	21,81 %
Etangs d'Ixelles (Ixelles, Bruxelles)	23,53 %
Brugmann - Lepoutre (Ixelles, Bruxelles, Forest)	23,84 %
Hôpital Etterbeek-Ixelles (Ixelles)	30,66 %
Université (Ixelles)	25,43 %
Boondael (Ixelles, Bruxelles, Watermael-Boitsfort)	29,34 %
Dries (Ixelles, Bruxelles, Watermael-Boitsfort)	25,00 %

(IBSA 2011)

[12] Voir explications des données en p. 24.

Le coefficient de séniorité est important pour tous les quartiers d'Ixelles, le quartier Matonge d'une part et les quartiers Boondael et Hôpital Etterbeek-Ixelles se trouvant aux extrémités statistiques de ce tableau.
Les informations par quartier reprises dans ces deux tableaux peuvent être visualisées sur les cartes mises en annexe[13].

3.1.4.2 Structure des ménages à Ixelles

Des données précises et fiables sur la structure des ménages des seniors ixellois n'ont hélas pu être obtenues à ce jour.

Le nombre de seniors vivant seuls peut avoir un impact sur la demande d'aides ou de soins à domicile et sur le risque d'isolement de ceux-ci. De façon générale, la proportion d'isolés (tous âges confondus) est bien plus importante à Ixelles (64,7 %) qu'en Région bruxelloise (49,7 %). (Wayens et al. 2010, p.13) En 2006, la part des Ixellois de plus de 65 ans isolés est plus importante dans les quartiers Boondael et Dries (le double de celle des autres quartiers).

Tableau 8 : Part des isolés de 65 ans et plus en 2006, par quartier

Quartier	Valeur
Matonge (Ixelles)	5,61 %
Quartier européen (Ixelles, Bruxelles)	8,58 %
Jourdan (Ixelles, Etterbeek)	8,39 %
Flagey-Malibran (Ixelles)	7,58 %
Louise-Longue Haie (Ixelles, Bruxelles)	8,11 %
Châtelain (Ixelles, Bruxelles, St-Gilles)	8,63 %
Etangs d'Ixelles (Ixelles, Bruxelles)	11,76 %
Brugmann - Lepoutre (Ixelles, Bruxelles, Forest)	10,84 %
Hôpital Etterbeek-Ixelles (Ixelles)	7,87 %
Université (Ixelles)	10,26 %
Boondael (Ixelles, Bruxelles, Watermael-Boitsfort)	18,59 %
Dries (Ixelles, Bruxelles, Watermael-Boitsfort)	16,87 %

(IBSA 2011)

Ajoutons qu'en se basant sur le nombre d'Ixellois âgés de plus de 65 ans en 2008 (9165 personnes)[14] et sur les chiffres de capacité d'accueil des MR, MRS et résidences-services à Ixelles (726 lits + 123 flats = 849)[15], on pourrait en déduire que 9,26 % des seniors ixellois vivent en collectivité[16].

[13] Voir p. 42,43.

[14] Voir histogramme en p. 25.

[15] Les capacités d'accueil de ces organisations sont reprises sur le site www.bruxellessocial.be.

[16] Ce calcul demanderait confirmation comme me l'a spécifié le service du Monitoring des quartiers : « Les 65 ans et plus sont repris selon leur domiciliation au registre national. Dans le cadre des personnes âgées, il est difficile de faire des estimations. En effet, dans certain cas, ceux-ci sont domiciliés à l'adresse de la maison de repos (en isolé ou en ménage collectif), d'autres sont encore domiciliés dans leur logement (malgré leur installation dans une chambre, ...) » mail reçu le 07/04/2010.

3.1.4.3 Seniors ixellois et multiculturalité

A Ixelles, selon Benjamin Wayens et Truus Roesems, une grande partie de la population ixelloise est de nationalité belge, les non-belges représentant quant à eux près de 42 % de la population. Parmi ceux-ci, 72 % sont issus de l'Union européenne. Le taux assez faible des ressortissants maghrébins est probablement lié, pour partie, à une naturalisation importante de cette communauté mais également au départ de celle-ci des quartiers qu'elle occupait auparavant (Est de la Commune). Le même phénomène est à observer pour la population subsaharienne qui s'est déplacée du quartier Matonge vers d'autres Communes. (Wayens et al. 2010, p.5)

Tableau 8 : Principales nationalités à Ixelles au 01/01/2008

Nationalité	Nombre	%
Total (+ réfugiés)	**79 768**	**100,0**
Belgique	46 424	58,2
France	8 073	10,1
Italie	2 789	3,5
Portugal	1 984	2,5
Espagne	1 729	2,2
Grande-Bretagne	1 677	2,1
Allemagne	1 550	1,9
Maroc	1 418	1,8
Pologne	1 278	1,6
Pays-Bas	836	1,0

Sources : SPF Economie – DGSIE, Registre National, 2008.

(Wayens et al. 2010, p.15)

Tableau 9 : Part de la population de nationalité étrangère chez les seniors ixellois au 01/01/2008

		Total		Hommes		Femmes	
Nationalités		% Belges	% étrangers	% Belges	% étrangers	% Belges	% étrangers
	55-59 ans	68,1 %	31,9 %	65,5 %	34,5 %	70,6 %	29,4 %
	60-64 ans	69,8 %	30,2 %	66,9 %	33,1 %	72,5 %	27,5 %
	65-69 ans	73,8 %	26,2 %	72,3 %	27,7 %	75,2 %	24,8 %
	70-74 ans	77,6 %	22,4 %	74,0 %	26,0 %	80,6 %	19,4 %
Ages	**75-79 ans**	82,9 %	17,1 %	79,6 %	20,4 %	84,7 %	15,3 %
	80-84 ans	86,7 %	13,3 %	82,9 %	17,1 %	88,5 %	11,5 %
	85-89 ans	87,7 %	12,3 %	85,7 %	14,3 %	88,3 %	11,7 %
	90-94 ans	89,6 %	10,4 %	88,2 %	11,8 %	89,9 %	10,1 %
	95 ans et +	86,4 %	13,6 %	84,2 %	15,8 %	86,7 %	13,3 %
	0-17 ans	69,4 %	30,6 %	69,3 %	30,7 %	69,5 %	30,5 %
Ages	**18-64 ans**	52,4 %	47,6 %	53, 1 %	46,9 %	51,6 %	48,4 %
	65 ans et +	81,1 %	18,9 %	77,1 %	22,9 %	83,5 %	16,5 %
Total		58,2 %	41,8 %	57,8 %	42,2 %	58,6 %	41,4 %

Sources : SPF Economie – DGSIE, 2008 ; via OSSB

Un tableau reprenant le nombre de seniors ixellois par nationalité est présenté en annexe.[17] Selon ce tableau, plus de 70 nationalités figurent en 2008 parmi les seniors ixellois dont les principales

[17] Voir en p. 44.

sont : la nationalité belge (7325 seniors), française (377 seniors), italienne (267 seniors), marocaine (136 seniors), portugaise (131 seniors) et espagnole (131 seniors).

Au vu de ces tableaux, il semble qu'une partie des personnes étrangères quittent la Commune d'Ixelles (ou la Belgique) à l'âge de la retraite ou avant celle-ci. Ceci est probablement lié au nombre d'étudiants et de cadres étrangers vivant à Ixelles ainsi qu'au retour, dans leur pays d'origine, de seniors européens (pays de l'Est inclus[18]).

D'autre part, si la proportion de seniors étrangers âgés de 80 ans et plus avoisine les 10-13 %, elle grimpe aux alentours de 22-26 % pour les 65-74 ans.

Notons que ces chiffres tiennent uniquement compte de la nationalité des personnes et non de la nationalité à la naissance. Il y a donc, probablement, un plus grand nombre de seniors ixellois d'origine non-belge.

Comme dit plus haut, ces derniers pourraient avoir des besoins spécifiques (en termes linguistiques et/ou liés à une culture ou une religion), qui nécessitent une adaptation de l'offre d'aide, de soins et de l'accueil en hébergement collectif (MR, MRS, etc.).

3.1.4.4 Caractéristiques socio-économiques des seniors ixellois

Les seniors ixellois touchent pour la plupart une pension (7,6 % des 50-64 ans, 74,1 % des 65-79 ans et 87,4 % des plus de 80 ans). (Wayens et al. 2010, p.17)

Comme nous avons pu le voir plus haut (p. 22), 8,8 % des seniors ixellois sont bénéficiaires de la GRAPA / RGPA. Ajoutons que 0,7 % perçoivent une allocation du CPAS, 5,0 % ont une allocation pour handicap. 14, 5 % des seniors ixellois sont donc bénéficiaires d'une allocation sociale (contre 17,6% pour la Région bruxelloise). (Wayens et al. 2010, p.25)

De manière plus générale, 28 % des seniors ixellois ont de faibles revenus[19] (BIM ou OMNIO) – 25,5% comme titulaire et 2,5 % comme personne à charge.

Tableau 11 : Pourcentage de bénéficiaires de l'intervention majorée pour l'assurance soins de santé (BIM ou OMNIO) et personnes à charge à Ixelles au 01/01/2008 par tranche d'âge.

Ixelles	% de titulaires dans la population				% de personnes à charges dans la population			
	<20	20-64	≥65	total	<20	20-64	≥65	total
VIPO	0,1	1,3	14,3	2,6	2,2	0,4	1,1	0,8
CPAS	0,3	3,6	0,7	2,7	7,5	0,8	0,2	1,9
GRAPA	0,0	0,0	6,5	0,8	0,2	0,1	0,5	0,2
Allocation pour handicapé	0,0	1,1	3,9	1,2	0,9	0,2	0,6	0,4
Allocation familiale majorée	0,3	0,0		0,1	0,0	0,0		0,0
Titulaire de 50 ans au moins et chômeur ≥ 1 an		1,1	0,1	0,8	1,5	0,3	0,1	0,5
OMNIO	1,6	0,6	0,0	0,7				
Total des bénéficiaires	2,4	7,8	25,5	8,9	12,4	1,9	2,5	3,7
Population totale BCSS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : BCSS 2008.

(Wayens et al. 2010, p.29)

[18] Le tableau en annexe montre entre autres que si les Polonais âgés de 18 à 64 ans sont nombreux, ceux de plus de 65 ans sont peu nombreux. On retrouve cette même tendance pour les Portugais, Espagnols… Ceci ne préjuge pas d'une possible modification de comportement dans l'avenir.

[19] Afin de pouvoir situer les allocations au seuil de pauvreté, un tableau comparatif se trouve en annexe p. 48.

Ixelles se situe, en ce qui concerne les revenus de ses habitants, dans la moyenne régionale. Il existe néanmoins des différences, parfois marquées, entre les quartiers de la Commune. Une carte les visualisant se trouve en annexe[20].

3.1.4.5 Etat de santé général des Ixellois

« La population ixelloise s'estime globalement en meilleur état de santé que celle de la Région entière[21] ». (Wayens et al. 2010, p.29) Et ceci, quel que soit son âge.
Les données touchant à la durée de vie des Ixellois se situent dans la moyenne régionale. (OSSB 2008, p.43 – Cahier 1). Celles relatives plus précisément à certaines affections n'étant pas disponibles pour Ixelles, nous vous renvoyons aux données bruxelloises en p. 22.

3.1.4.6 Le logement à Ixelles

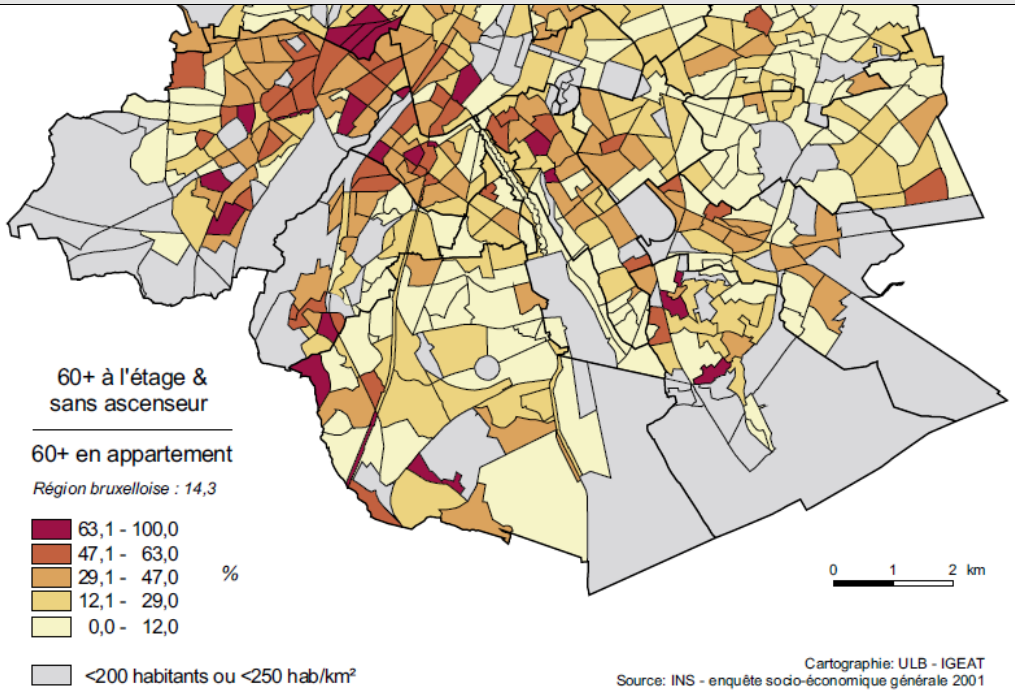
Pour Benjamin Wayens, Ixelles est une Commune à prépondérance forte de logements locatifs privés. (OSSB 2006, p.64–65) Le loyer mensuel moyen s'élève à 620 €, le médian est de 550 €. (De Keersmaecker 2010, p.55) La densité du bâti et des logements est élevée à l'exception des quartiers au-delà de Boondael. L'âge de l'habitat et la taille des logements (subdivision fréquente de maisons en appartements ou kots) créent des problèmes de confort et de qualité très sérieux à Ixelles. (Wayens et al. 2010, p.5 et 7)

Concernant plus spécifiquement les seniors, un logement avec escaliers peut poser problème et devenir un obstacle au maintien à domicile. Une cartographie des seniors ayant un logement à l'étage sans ascenseur permet de donner un aperçu de la situation des seniors ixellois (bien que les données datent du recensement de 2001).

[20] Voir en annexe p. 48.

[21] Notons que la perception est considérée par les statisticiens comme un bon indicateur de la santé réelle de la population. Elle est donc utilisée comme mesure, aussi bien pour les études exploratoires que pour la planification politique. (OSSB & CDCS-CMDC 2007, p.50)

Carte 8 : Seniors à l'étage sans ascenseur au 01/10/2001



(OSSB & CDCS-CMDC 2007, p.40)

Dans certains quartiers d'Ixelles, dont certains quartiers statistiques des quartiers Boondael, Dries, Flagey-Malibran, etc., les seniors vivant à l'étage sans ascenseur sont relativement nombreux.

3.1.5 En conclusion : les seniors ixellois en quelques traits

De toutes ces données statistiques[22], il ressort que :

- En 2008, il y avait 9165 ixellois de plus de 65 ans
- Par rapport à la population ixelloise dans son ensemble, la proportion de seniors est en diminution et restera stable pour les 10 ans à venir, bien que la part des 80 ans et plus (33,6 %) et surtout des 90 ans et plus (6,1 %) soit en augmentation. Les seniors sont plus nombreux surtout dans les « quartiers monitoring » Boondael et Dries. Les quartiers avec un coefficient de séniorité (80+/60+) le plus important sont Boondael et Hôpital Etterbeek-Ixelles
- Les seniors ixellois sont pour 62,97 % des femmes et pour 37,02 % des hommes ;
- 18,9 % d'entre eux sont de nationalité étrangère. Ce taux et en augmentation : si la proportion de seniors étrangers âgés de 80 ans et plus avoisine les 10-13 %, elle grimpe aux alentours de 22-26 % pour les 65-74 ans. Ils sont de 70 nationalités différentes dont les principales sont belge, française, italienne, marocaine, portugaise et espagnole ;
- L'énorme majorité vit à domicile (9,26 % vivraient en collectivité). La proportion des isolés ixellois, tous âges confondus, est bien plus importante qu'en Région bruxelloise. La part des Ixellois de plus de 65 ans isolés est plus importante dans les quartiers Boondael et Dries (le double des autres quartiers) ;

[22] La plupart des données datent de janvier 2008.

- La moyenne de leurs revenus correspond à la moyenne régionale. Ce qui ne dit pas grand-chose sur l'état de précarité des seniors. La situation financière des seniors ixellois est contrastée. 28 % d'entre eux ont de faibles revenus (BIM ou OMNIO). 8,8 % vivent de la GRAPA[23] (taux plus important que la moyenne régionale et plus du double de celui de la Belgique) ;

- Leur état de santé est relativement meilleur que la moyenne régionale ;

- Les ixellois sont majoritairement locataires. Le loyer mensuel moyen s'élève à 620 €. Le logement n'est pas toujours confortable et de qualité (âge et taille logement) et peu adapté aux besoins des personnes à mobilité plus réduite (escaliers, etc.).

[23] Pour rappel, celle-ci s'élève début 2012 à 972,39€/ mois pour une personne isolée et à 648,26€/ mois pour un demandeur qui partage sa résidence avec une ou plusieurs personnes.

3.2 Les besoins des seniors

L'objet du travail exploratoire est d'aller à la découverte des besoins exprimés par les seniors eux-mêmes, au travers d'entretiens compréhensifs. Les besoins potentiels ont été listés dans un premier temps pour servir de base à la constitution de notre grille d'entretien et repris en annexe de celle-ci[24]. Ce relevé se base sur des informations relevées dans la littérature[25] et lors des entretiens de personnes ressources effectués pour Atlas[26].

3.3 L'offre de service et les différents niveaux de pouvoir

Les données statistiques, vues plus haut, résonnent aux oreilles de nombreux décideurs politiques en termes d'impact du vieillissement sur les soins de santé et plus précisément sur l'aide à la dépendance (soins de longue durée), donc de coût pour la sécurité sociale. S'ensuivent une série de mesures prises dans le domaine de la santé, de l'aide aux personnes, dont la prise en charge résidentielle des seniors et le soutien à domicile.

La répartition des compétences touchant l'aide et les soins aux seniors est très complexe. On peut opérer une première grande distinction entre aide et soins professionnels et aide et soins informels donnés par les proches de la personne âgée (famille, amis, voisins). Cette aide informelle est à ce jour majoritaire et donc très importante.

L'aide et les soins professionnels peuvent être soit médicaux ou paramédicaux, soit non-médicaux. Ils sont organisés de manière ambulatoire (ex. : aide à domicile), semi-résidentielle (ex. : centre de soins de jour) ou résidentielle (ex. : maison de repos et de soins - MRS). Ce 'marché' des services à la personne est partagé entre le secteur associatif (subventionné ou non), le secteur public et le secteur privé.

La répartition des compétences entre niveaux de pouvoir est organisée non seulement selon la nature des structures (ambulatoire, résidentiel…) mais aussi en fonction de différents autres aspects (ex. pour une même structure : programmation et normalisation par INAMI, agrément par COCOF, COCOM ou VG - qui appliquent les mesures de l'INAMI et ajoutent ou précisent des règles d'agréments - et parfois aides supplémentaires ou organisation par la Commune ou le CPAS).

Enfin, comme le souligne Annette Perdaens, « il existe peu de domaines de compétences où les décisions ou les mesures prises n'ont aucune influence sur la vie des seniors». (OSSB 2008, p.14 – Cahier 2) L'aperçu qui suit se limitera aux compétences principales qui concernent la politique relative aux seniors. (OSSB 2008, p.15 – Cahier 2) (OSSB & CDCS-CMDC 2007, p.couverture interne arrière)

[24] La liste est reprise en annexe en p 49.

[25] Dont une enquête auprès des personnes âgées de plus de 50 ans vivant dans la Région bruxelloise (à domicile et en accueil collectif). (Leleu 2000)

[26] Les informations sur l'Atlas « Vivre chez soi après 65 ans. Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles » et notre participation dans sa partie Inventaire de l'offre se trouvent dans la genèse du projet (Cahier 1 du rapport).

- L'Union européenne a comme rôle principal de coordonner les initiatives et d'aider au partage d'expérience entre États membres[27]. D'autre part, certaines de ses directives touchent à l'aide au senior (comme les normes ISO pour la restauration des collectivités – dont les maisons de repos et les repas livrés à domicile).

- Les autorités fédérales sont compétentes pour :
  - Les pensions de retraite et survie (dont règlementation relative à la pension minimum) ;
  - La Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) et autres allocations (Allocation pour l'aide aux personnes âgées – APA, montant minimal d'argent de poche en MR/MRS…) ;
  - Principales compétences en matière de santé (remboursement soins de santé mais aussi intervention financière pour l'accueil résidentiel – MR et MRS…)
  - Des appels à projets particuliers lancés par ses instances comme l'INAMI (ex projets de maintien à domicile comme le Protocole 3).

  Ce sont donc des compétences-clés.

- Les Communautés (en Région bruxelloise COCOF, COCOM, VG) sont compétentes pour « la politique du troisième âge » qui est une matière personnalisable :
  - Soins médicaux et paramédicaux (soins à domicile, hors domicile, centres d'accueil ou de soins de jour…) ;
  - Aides à domicile ;
  - Agrément des MR, MRS et résidences-services ;
  - Aide sociale ;
  - Aide à l'accès à la culture…

- Les Régions et Communes sont compétentes pour :
  - Les politiques de logement ;
  - Les politiques de mobilité ;
  - La gestion de l'espace public…

- Les Communes et CPAS organisent également une série de services d'aide sociale et d'aide à domicile.

Ajoutons encore que des services de proximité sont organisés via l'aide à l'emploi, la formation et l'insertion socioprofessionnelle tant par le Fédéral et le Régional que les Communautés.

Pour avoir une vue d'ensemble synthétique de l'offre de service en Région bruxelloise, une liste des structures par type d'aide est présentée en annexe[28].

Notons que certains transferts de compétences prévus dans la future réforme de l'État touchent à l'aide au seniors (dont les maisons de repos et maisons de repos et de soins transférées du Fédéral vers les Communautés). Les précisions quant à leur mise en applications en 2014 ne sont pas encore définies et ne peuvent donc être abordées ici.

Le financement pour une même structure est souvent parcellaires : mise à disposition de locaux, frais de fonctionnement, forfaits soins, soutien aux aides ou activités (celui-ci peut être un subside

[27] Pour plus de précisions sur les stratégies européennes face au vieillissement dans ses États membres, voir (PLS 2011, p.27) et (PLS 2010) ainsi que plus largement le site du Think Tank européen Pour la Solidarité www.pourlasolidarite.eu

[28] Voir en annexe p. 50.

par 'projet' provenant des pouvoirs publics ou de fondations), aide à l'emploi (ACS, art 60…), participation des usagers, fonds propres (comme le soutien via les assurances complémentaires des mutuelles), soutien par la structure 'mère' d'une asbl (par exemple soutien du CPAS ou de la commune)…

3.3.1 Les politiques communales menées à Ixelles

Nous avons montré plus haut[29] que les politiques fédérales et régionales sont actuellement axées sur le maintien à domicile. Il en est en partie de même à Ixelles[30] :

La Commune développe divers services via son service de l'action sociale : aide à l'introduction de demande de pension et allocations sociales, livraison de repas à domicile et organisation de 5 restaurants sociaux, prêt de livres à domicile, télévigilance et diverses animations récréatives et culturelles (allant des conférences et visites d'expositions aux animations-club dans les restaurants communaux)…
Son « fil rouge » depuis 2007 est l'aide au maintien à domicile (développement des services existant, création en 2007 d'un service de courses lourdes, primes diverses, création du service prêt de livres à domicile et d'un service transport pour les personnes à mobilité réduite désirant participer aux activités de la commune -ces deux derniers services ont été abandonnés il y a peu) (Heekhout 2007)

Le CPAS propose aussi un service d'aide à domicile (Service d'Aide aux Familles et aux Personnes âgées - SAFPA), dispose d'une maison de repos[31] (Résidence les heures douces - capacité de 88 lits) et d'une maison de repos et de repos et de soins (Résidence Van AA - capacité de 180 lits).

En 2008, 165 personnes ont bénéficié des services d'une aide familiale ou ménagère du SAFPA (rmq : ce service répond également aux demandes de toilette médicale). Parmi celles-ci, 74 % avaient plus de 65 ans (66-75 ans 22 %, 76-85 ans 28 %, 85 et plus 24 %). Des projets spécifiques répondant aux besoins des usagers y sont menés[32]. Les Résidences Van AA et Heures douces ont conçu, pour leur part, un projet de vie institutionnel diversifié, qui répond aux besoins variés de leurs populations.

Plusieurs conseillers du CPAS sont par ailleurs à l'initiative d'asbl dont Jobelix, service d'insertion socio-professionnelle qui offre des services de proximité (actuellement : transport médical à destination des personnes malades ou à mobilité réduite usagers d'un service du CPAS ou conditions analogues).

[29] Voir Une prise en charge en transformation, p. 13.

[30] Remarque : les déclarations de gouvernement régionales et communautaires sont assez accessibles (entre autres via les sites des Présidents des chambres ou ministres). L'accès aux documents relatifs aux politiques communales semble plus délicat. Nous avons eu un contact téléphonique avec le Président du CPAS, obtenu la Note politique du CPAS (en fait un rapport d'activité), un courrier reprenant les propositions de « fil rouge » pour la législature émanant de la Direction des Affaires sociales et le budget communal 2009 (pour lequel il faut manifestement être un expert comptable pour en extraire les informations nécessaires à une vision des optiques politiques de majorité).

[31] La Résidence les Heures Douces est passée de la Commune au CPAS officiellement en janvier 2012.

[32] Pour exemple, une formation à l'utilisation d'un outil de communication destiné à un public ayant la maladie d'Alzheimer est expérimentée avec les équipes du SAFPA et de la Résidence Van AA. Ce projet « Carnet relais » devrait être promu par le SAFPA auprès des autres acteurs ixellois dans un deuxième temps.

Un projet de Centre d'accueil de jour est actuellement en réflexion et en analyse de faisabilité par le CPAS et la Commune.

3.3.2 Une offre parfois difficile à appréhender pour les usagers et les professionnels

En 2011, 799 acteurs répondent de manière directe ou indirecte à un des besoins des seniors vivant en Région bruxelloise (CDCS-CMDC 2011).

Si la répartition des compétences en matière d'aides aux seniors est complexe, il en est de même de la structuration et l'organisation de l'offre.

Prenons pour exemple des aides centrales du soutien à domicile. Les deux piliers historiques de ces aides sont les mutuelles (pour les soins) d'une part, les CPAS/Communes (pour l'aide) de l'autre.

Actuellement, si un senior a besoin d'une aide ménagère mais ne désire pas recourir au service du CPAS de sa Commune (ou pense ne pas être dans les conditions requises), il peut se mettre en rapport avec sa mutuelle. Ce faisant (et souvent sans le savoir), il est directement redirigé vers le Centre de coordination de soins et services à domicile créé par celle-ci. Celui-ci sous-traite pour les aides à domicile avec d'autres services, dont principalement les services des CPAS/Communes. Ce senior pourrait donc se retrouver, en contactant sa mutuelle, avec une aide ménagère du service de son CPAS.

Cette sous-traitance n'a pas toujours lieu. En effet, 2 Centres de coordination de soins et services à domicile font partie de centres « intégrés » (ASD et CSD), structures qui offrent l'ensemble des soins et aides à domicile via différentes asbl (créées pour des obligations liées aux agréments) qui travaillent en lien et disposent de la même adresse. Ainsi, lorsqu'on téléphone à la « Croix jaune et blanche » pour une infirmière, à « Aide familiale région bruxelloise » pour une aide familiale ou à « Bruxelles assistance – 3ème millénaire », c'est l'ASD qui décroche. De même, le « Centre de services et d'aide à domicile –CsàD » fait partie de la CSD.

En prenant directement contact avec le Centre de coordination situé sur le territoire de sa Commune, un senior pourrait, s'il n'est pas réorienté, payer les services de celui-ci plus chers qu'il ne devrait. En effet, les services de soins et de coordination sont en partie financés par l'assurance complémentaire payée à sa mutuelle. Si le senior n'est pas aidé par les services liés à sa mutuelle, il ne bénéficie pas de son assurance complémentaire[33].

Les entreprises de Titres-services développent des aides au ménage et à la vie quotidienne (proche de l'aide familiale). Elles répondent ainsi à une partie des besoins non pris en charge par les Services d'aide à domicile débordés. Des ALE (qui proposaient ces services avant l'apparition des Titres-services) et certaines coordinations ont créé des entreprises de titres-services. Le coût des services d'une aide ménagère et d'une aide familiale d'un Service d'aide à domicile dépend des

[33] Aide et Soins à Domicile - ASD (et donc la Croix Jaune et blanche) sont liés à la Mutualité Saint-Michel (chrétienne), Soins à domicile – SAD à la FMSB (socialiste), COSEDI à la Mutualité libérale du brabant, Soins chez soi aux mutuelles Euromut, Securex, Mutualités neutres et Partena. La Centrale de services à domicile – CSD n'est pas liée à une mutuelle.

revenus de l'usager. Pour des personnes ayant de petits revenus, les Services d'aide à domicile sont plus intéressants que les Titres-services. Cela peut être l'inverse pour des revenus moyens ou aisés.

Les métiers d'aide ménagère (AM) et familiale (AF) sont strictement règlementés. Une AM ne peut pas traverser la rue pour aller acheter un journal chez le libraire, une AF oui. Dans certains services, les AM et AF, pour des raisons d'assurance et de risque d'accident, ne peuvent pas monter sur un haut escabeau (par exemple pour prendre quelque chose au dessus d'une armoire haute) ou nettoyer certaines vitres extérieures. Les travailleurs des entreprises de Titres-services ne sont rarement tenus par la séparation de ces deux métiers et par ces règles strictes. Les travailleurs des sociétés de Titres-services liés à une ALE ou une coordination le sont parfois.

Les AM et AF bénéficient d'une formation de base, de formations continuées et d'un accompagnement professionnel obligatoire. Ce qui n'est pas le cas de travailleurs des entreprises de Titres-services. Cette différence est rarement annoncée par ces sociétés.

Ce qui vient d'être énoncé ne montre qu'une partie de la complexité de l'offre de services aux seniors. En conséquence, les professionnels, aidants proches et seniors ont rarement en main les informations nécessaires pour une bonne orientation.

3.3.3 L'offre de services à Ixelles

Nous présenterons ici une vision très synthétique, par grandes catégories de besoins potentiels, du nombre d'organisations (du secteur social-santé non-marchand) qui proposent une aide ou un service aux seniors ixellois. Ce relevé ne tient donc pas compte des conditions d'accès (exemple : accès lié à l'affiliation à une mutuelle, réservé à des personnes ayant de faibles revenus, reconnaissance d'un handicap…), de l'offre linguistique (fr, nl ou autres), de la fréquence des activités, du coût et de la disponibilité des organisations (délais d'attente pour avoir accès au service), des organisations qui sous-traitent, etc.[34]. Il ne reprend pas les sociétés marchandes (dont celles d'économie sociale) prestant des services à la personne.

Certaines organisations proposent de nombreux services. Elles sont donc comptabilisées plusieurs fois dans la liste qui suit. Ne sont reprises ici que les organisations qui présentent un intérêt aux yeux des Ixellois. Ainsi, un restaurant non-commercial ou un gemeenschapcentrum ouverts à tous mais situés à l'autre bout de la Région bruxelloise ne se trouvent-ils pas dans le relevé.

[34] Pour une information plus détaillée sur l'offre, se reporter à l'Inventaire « Vivre chez soi après 65 ans. Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles », au répertoire « XL'âge, les adresses utiles pour nos aînés » téléchargeable sur www.cdcs-cmdc.be/fr/Associations/xl-age.html et au site www.bruxellessocial.be.

Types de besoins	Nombre d'acteurs (adresses d'activité) situé sur la Commune d'Ixelles	Nombre d'acteurs ouverts aux Ixellois (situés hors Ixelles)
Pour les besoins financiers		
Introduction et suivi de la pension, GRAPA, etc.	**1** (FR-NL)	**2**
Allocations sociales diverses	**2** (FR-NL)	**21** (mutuelles ou zorgkas)
Pour les besoins relationnels et sociaux		
Activités sociales, culturelles et de loisirs ciblant les seniors	**6** (2 FR, 2FR-NL, 2 NL)	**35**
Accueil de jour	**0**	**1**
Lieux de délassement - club	**7** (2 FR, 5 FR-NL)	**4**
Animations en accueil résidentiel	**0**	**9**
Visiteurs de personnes à domicile (dont dame de compagnie)	**2** (FR)	**11**
Visiteur de malades ou de personnes en accueil résidentiel	**0**	**6**
Offre de vacances adaptées	**0**	**15** (dont les mutuelles)
Habitat alternatif	**0**	**8**
Volontariat des seniors	**0**	**5**
Pour les besoins de soins médicaux		
Santé physique (soins médicaux et paramédicaux)	**7** (6 FR, 1 FR-NL)	**29**
Aide aux soins d'hygiène	**3** (2 FR, 1 FR-NL)	**6**
Santé mentale	**15** (13 FR, 2 NL)	**35**
Pour le soutien aux activités de la vie quotidienne		
Information et aide administrative	**9** (3FR, 5 FR-NL)	**44**
Aide aux tâches ménagères et quotidiennes	**5** (4 FR, 1 FR-NL)	**20**
Restaurants non-commerciaux	**7** (5 FR-NL, 2 FR ouverts uniquement en hivers)	**8**
Livraison de repas	**2** (1 FR, 1 FR-NL)	**8**
Livraisons à domicile (matériel médical, d'hygiène, etc.)	**3** (FR)	**20**
Prêt de matériel	**3** (FR)	**20**
Surveillance (télévigilance, garde-malade, seniorsitting)	**2** (1 FR, 1 FR-NL)	**13**
Besoin de se sentir en sécurité (aide aux victimes, activités de prévention, aménagements)	**1** (FR-NL)	**7**
Pour les besoins de mobilité		
Transport pour un rendez-vous médical	**3** (2FR, 1FR-NL)	**16**
Transport pour des raisons sociales ou le loisir	**1** (FR-NL)	**7**
Pour les besoins de logement		
Logement social	**6** (3 SISP FR-NL, 2 AIS FR, 1 Régie foncière FR-NL)	(pas d'information sur les AIS situées hors Ixelles mais ayant des conventions pour des logements sur Ixelles)
Aménagement du logement (aménagement et petits travaux)	**3** (2 FR, 1 FR-NL)	**27**

Pour les besoins d'accueil hors domicile		
Accueil et soins de jour	**1**	**9**
Informations sur l'accueil de court séjour	**0**	**13**
Informations sur l'accueil en collectivité (MR, MRS, résidence service, etc.) et hébergements alternatifs	**1** (FR-NL)	**4**
MR, MRS et résidences-services	**10** (2 FR, 7 FR-NL, 1 NL)	**128**
Pour le soutien aux aidants-proches	**1** (NL)	**12**

(CDCS-CMDC 2011)

51 organisations (dont 2 ont des antennes) situées sur Ixelles ont une offre répondant de manière directe ou indirecte à un des besoins des seniors. Une liste et cartographie des organisations situées à Ixelles, pour certains besoins, se trouvent en annexe[35].

Cette liste peut donner l'impression que l'offre est importante, même si les organisations ne sont pas toujours situées à Ixelles. C'est probablement le cas pour plusieurs types d'offre. Cependant, les précisions sur l'accessibilité (à tous niveaux) des services nuancent nettement cette vision. Comme dit plus haut, la plupart des organisations offrant un soutien aux activités de la vie quotidienne sont liées soit à une mutuelle soit à un CPAS ou une Commune. D'autres organisations ne sont accessibles qu'à de petits revenus ou au contraire demandent des participations trop élevées. Certains services étant débordés, des listes d'attentes existent. Des limites linguistiques sont aussi présentes. Le senior a donc, dans les faits, un choix limité.

Une analyse approfondie de l'offre ne sera pas effectuée ici[36]. Par contre, des précisions seront apportées dans la présentation des résultats de l'enquête (Partie 4 du rapport), lorsqu'une confrontation entre les besoins exprimés, par les seniors ou les professionnels rencontrés, et l'offre sera possible et utile.

[35] Voir en p. 52.

[36] Celle-ci n'était pas envisageable par manque de temps pour ce travail. De plus, une analyse pour la Région bruxelloise figure dans l'inventaire de l'offre et les échos du terrain d'Atlas. (OSSB & CDCS-CMDC 2007, p.83–176)

4 Conclusion

Nous avons montré que l'organisation sociale actuelle, sur base de différentes classes d'âge, est récente et que notre modèle de parcours de vie demeure en évolution vers davantage de segmentation et d'individualisation.

Le regard que notre société occidentale pose sur ses aînés est également en mutation, et nous avons relevé des éléments paradoxaux, oscillant entre image positive et négative - celle d'un senior actif et celle d'un vieillard à cacher -, entre volonté de leur ré-ouvrir une place dans la société et celle de maîtriser un coût social en augmentation.

Cette image, en même temps, accompagne et est façonnée par la manière dont la société organise la prise en charge des seniors, dont les grandes lignes ont été dressées des années 1949 à nos jours. Basée jusqu'il y a peu sur un modèle hospitalo-centré, l'aide et les soins apportés se déplacent dans les lieux de vie « normaux », vers un essai d'adaptation aux demandes personnalisées.

Nous avons dressé un profil sociodémographique des seniors ixellois et constaté que les pouvoirs publics d'Ixelles disposent de 10 ans pour programmer l'offre nécessaire à un vieillissement de leur population annoncé pour 2021.

Nous avons listé les besoins potentiels des seniors.

Nous avons souligné la complexité de la répartition des compétences en matière d'aide aux seniors ainsi que de sa structuration et nous en avons dressé un tableau. La Région bruxelloise et la Commune d'Ixelles s'inscrivent dans la logique du développement du maintien à domicile abordé plus haut.

Enfin, nous avons relevé le nombre d'organisations répondant, de manière directe ou non, à un des besoins des seniors.

Ces éléments contextuels permettent d'esquisser une première toile de fond de la thématique et présentent des informations utiles pour notre travail de terrain. C'est sur base de ces données que nous avons procédé à la constitution de la grille d'entretien et que nous avons conçu certaines balises pour l'échantillon présentés dans la partie méthodologique du rapport (Cahier 3).

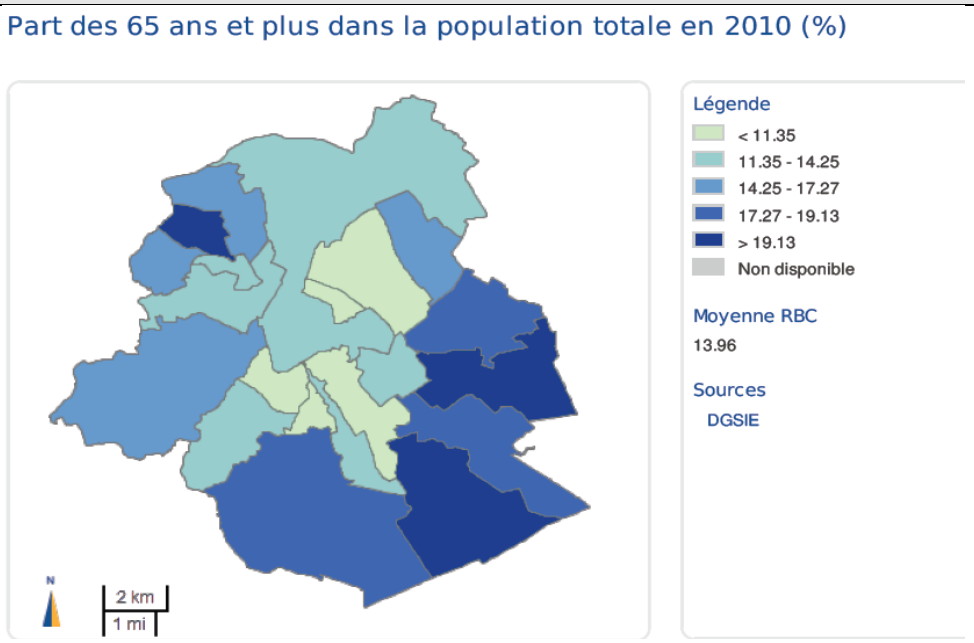
Annexes

5 Annexes

5.1 Cartographies et données sociodémographiques

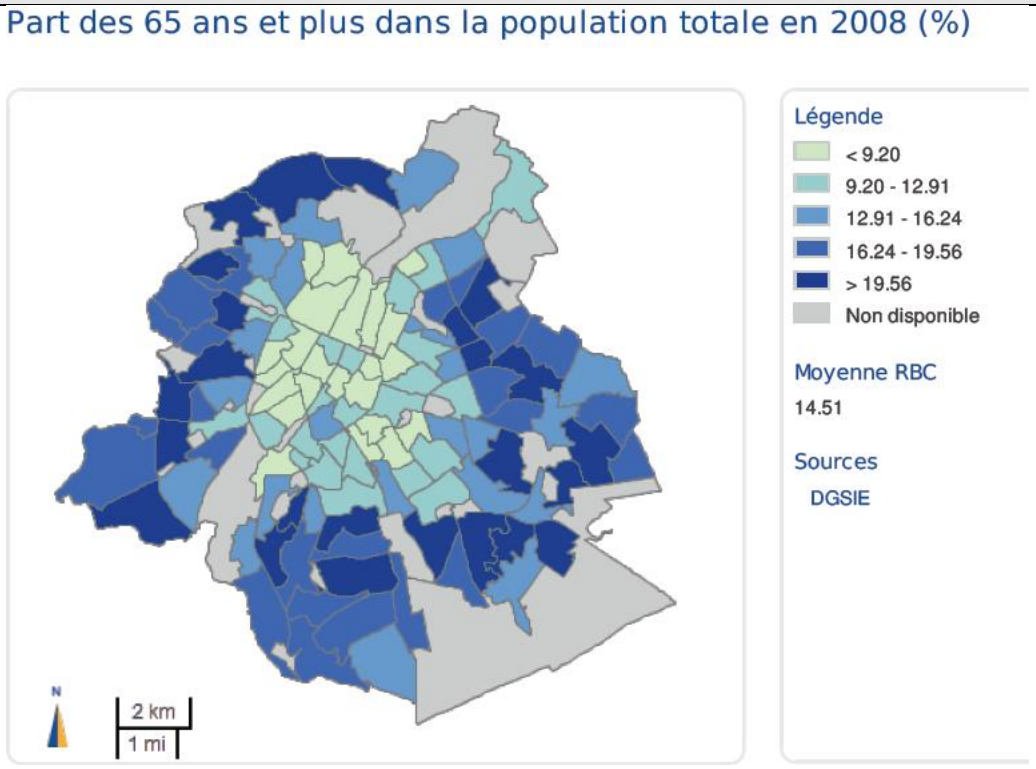
Source : site www.monitoringdesquartiers.irisnet.be [Consultation 2011-10-09]

Carte 3 : Part des 65 ans et + par commune



(IBSA 2011)

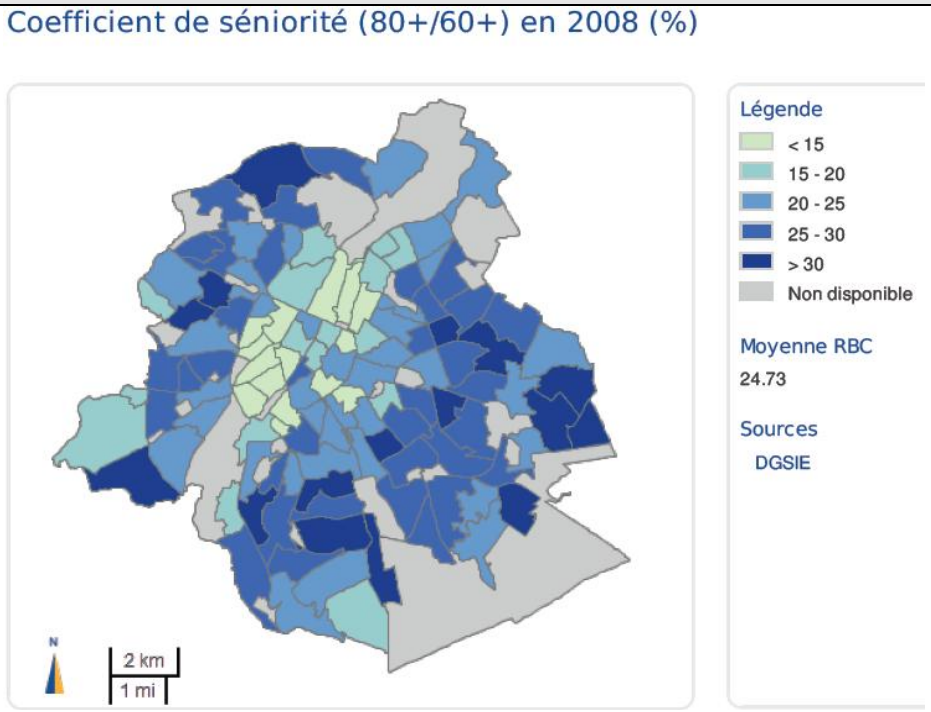
Carte 4 : Part des 65 ans et + par quartiers monitoring



(IBSA 2011)

Les quartiers d'Ixelles entre la Porte de Namur et Flagey sont les plus jeunes, les quartiers proches de la Forêt de Soignes sont les plus âgés.

Carte 5 : Coefficient de séniorité par quartiers monitoring



(IBSA 2011)

Le coefficient de séniorité est important pour tous les quartiers d'Ixelles, le quartier Matonge d'une part et les quartiers Boondael et Hôpital Etterbeek-Ixelles se trouvant aux extrémités statistiques des quartiers ixellois.

Tableau 10 : Nombre de seniors ixellois par nationalité au 01/01/2008

NATIONALITES	TOTAL GENERAL	CLASSES D'AGES			GROUPES D'AGES DES 65 ANS ET PLUS							
		0-17 ANS	18-64 ANS	65 ANS ET PLUS	60-64 ANS	65-69 ANS	70-74 ANS	75-79 ANS	80-84 ANS	85-89 ANS	90-94 ANS	95 ANS ET PLUS
BELGIQUE	46424	8407	30692	7325	2288	1689	1437	1506	1301	895	370	127
FRANCE	8073	870	6826	377	243	142	70	61	52	37	13	2
ITALIE	2789	290	2232	267	130	86	81	44	33	15	6	2
PORTUGAL	1984	351	1502	131	79	53	38	23	12	2	3	0
ESPAGNE	1729	155	1443	131	52	32	37	35	13	8	3	3
ALLEMAGNE	1550	165	1326	59	41	35	12	7	2	1	1	1
ROYAUME UNI	1677	222	1371	84	58	32	13	15	10	9	4	1
POLOGNE	1278	260	1010	8	8	3	1	2	1	1	0	0
HOLLANDE	836	111	670	55	22	21	11	7	6	9	1	0
GRECE	632	47	537	48	34	9	17	12	5	3	1	1
ROUMANIE	580	67	503	10	5	6	2	1	0	1	0	0
SUEDE	560	59	478	23	21	9	4	5	2	3	0	0
IRLANDE	325	49	272	4	4	2	2	0	0	0	0	0
DANEMARCK	306	33	264	9	15	6	0	0	3	0	0	0
FINLANDE	279	29	248	2	9	2	0	0	0	0	0	0
LUXEMBOURG	225	10	196	19	6	7	3	4	3	1	1	0
AUTRICHE	217	23	181	13	8	7	3	0	1	1	0	1
BULGARIE	159	13	142	4	0	0	1	3	0	0	0	0
HONGRIE	209	25	183	1	4	1	0	0	0	0	0	0
REPUBLIQUE TCHEQUE	178	10	164	4	2	3	0	0	1	0	0	0
SLOVAQUIE	73	5	68	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SLOVENIE	69	6	63	0	1	0	0	0	0	0	0	0
LITUANIE	59	2	57	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LETTONIE	43	3	39	1	0	1	0	0	0	0	0	0
ESTONIE	39	0	39	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MALTE	31	6	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHYPRE	23	1	20	2	0	0	1	1	0	0	0	0

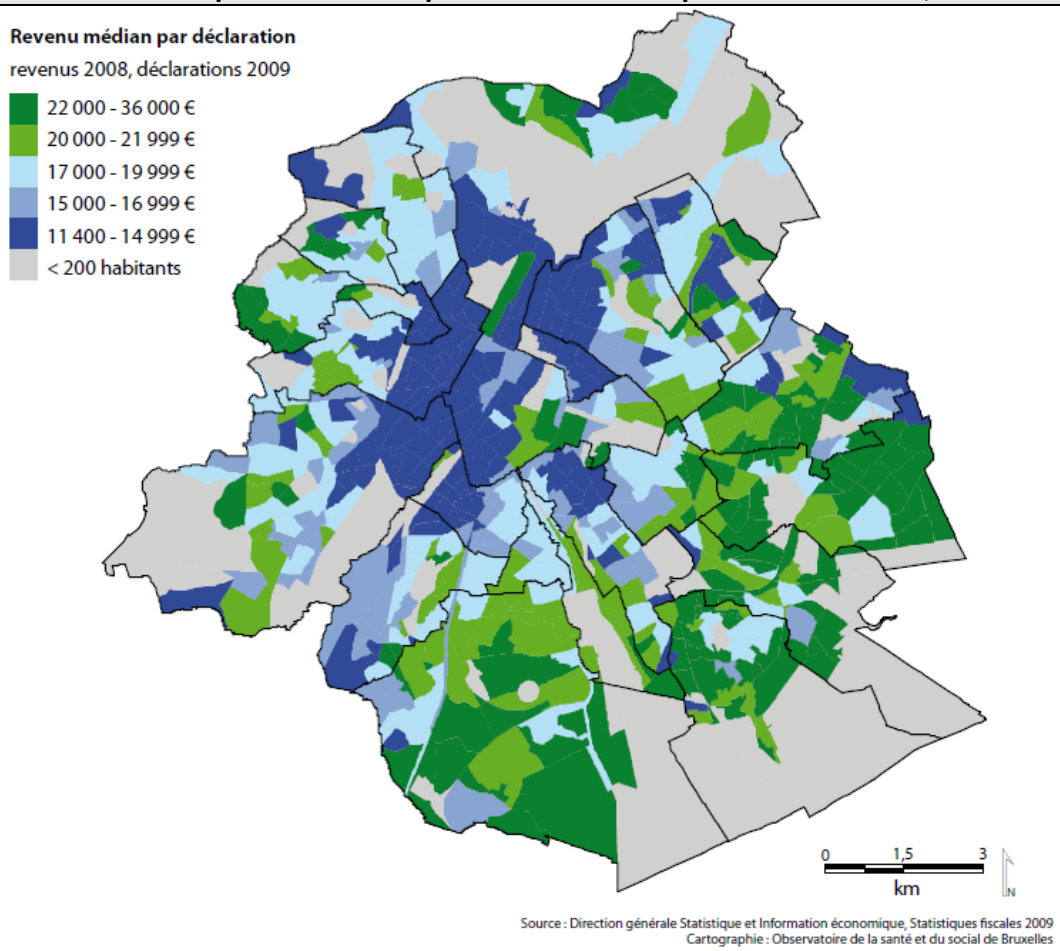
NATIONALITES	TOTAL GENERAL	CLASSES D'AGES			GROUPES D'AGES DES 65 ANS ET PLUS							
		0-17 ANS	18-64 ANS	65 ANS ET PLUS	60-64 ANS	65-69 ANS	70-74 ANS	75-79 ANS	80-84 ANS	85-89 ANS	90-94 ANS	95 ANS ET PLUS
TURQUIE	224	5	208	11	6	3	2	2	2	1	0	1
RUSSIE	161	18	135	8	2	5	2	0	0	1	0	0
SUISSE	158	9	131	18	6	0	3	8	3	2	2	0
YOUGOSLAVIE (EX)	133	17	101	15	7	9	2	2	1	1	0	0
NORVEGE	126	10	113	3	6	2	0	1	0	0	0	0
MACEDONIE	79	12	67	0	2	0	0	0	0	0	0	0
UKRAINE	64	11	49	4	2	0	1	2	1	0	0	0
ALBANIE	49	7	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TCHECOSLOVAQUIE (EX)	38	0	32	6	1	3	2	1	0	0	0	0
CROATIE	28	2	24	2	1	1	0	1	0	0	0	0
BELARUSSIE	21	3	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BOSNIE-HERZEGOVINE	7	0	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0
AUTRES PAYS EUROPEENS	46	7	37	2	0	0	0	0	0	2	0	0
CHINE	367	17	336	14	3	3	4	4	2	1	0	0
INDE	322	35	279	8	5	2	3	2	1	0	0	0
PHILIPPINE	322	51	261	10	15	6	4	0	0	0	0	0
JAPON	253	20	229	4	8	1	3	0	0	0	0	0
BANGLADESH	173	32	140	1	0	0	1	0	0	0	0	0
VIETNAM	170	11	155	4	0	2	2	0	0	0	0	0
LIBAN	100	7	80	13	0	1	5	1	5	1	0	0
IRAN	98	12	81	5	3	0	1	1	1	1	1	0
PAKISTAN	97	15	78	4	1	1	1	0	0	2	0	0
ISRAEL	69	6	56	7	9	2	1	2	1	0	0	1
SYRIE	62	8	50	4	1	1	0	2	0	1	0	0
COREE DU SUD	56	6	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
THAILANDE	43	4	36	3	3	2	0	0	1	0	0	0
INDONESIE	28	0	27	1	0	0	0	0	1	0	0	0

NATIONALITES	TOTAL GENERAL	CLASSES D'AGES			GROUPES D'AGES DES 65 ANS ET PLUS							
		0-17 ANS	18-64 ANS	65 ANS ET PLUS	60-64 ANS	65-69 ANS	70-74 ANS	75-79 ANS	80-84 ANS	85-89 ANS	90-94 ANS	95 ANS ET PLUS
OUZBÉKISTAN (REP.)	23	6	16	1	0	0	0	1	0	0	0	0
KAZAKHSTAN	23	4	17	2	2	1	1	0	0	0	0	0
GEORGIE (REP.)	20	9	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARMENIE	16	0	14	2	1	2	0	0	0	0	0	0
NEPAL	15	1	13	1	0	0	0	1	0	0	0	0
KIRGHIZISTAN (REP.)	13	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AZERBAÏDJAN (REP.)	12	3	7	2	0	0	1	1	0	0	0	0
AFGHANISTAN	10	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AUTRES PAYS D'ASIE	154	21	132	1	1	0	0	0	1	0	0	0
MAROC	1418	109	1173	136	41	33	41	34	15	6	4	3
CONGO/DEM.REP./(KINSHASA)	568	68	478	22	13	10	10	0	1	1	0	0
ALGERIE	184	12	146	26	6	8	7	7	2	2	0	0
CAMEROUN	183	23	157	3	2	1	1	1	0	0	0	0
TUNESIE	136	6	121	9	7	6	1	1	0	0	0	1
MAURETANIE (ISLAM. REP.)	82	2	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GHANA	71	6	65	0	1	0	0	0	0	0	0	0
SENEGAL	69	2	67	0	2	0	0	0	0	0	0	0
IVOIR	63	6	57	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GUINEE	54	5	47	2	0	1	1	0	0	0	0	0
TOGO	53	3	48	2	0	0	2	0	0	0	0	0
EGYPTE	46	5	38	3	1	1	0	2	0	0	0	0
RWANDA	41	14	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ANGOLA	39	10	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONGO (REP POP.)	36	4	32	0	2	0	0	0	0	0	0	0
AFRIQUE DU SUD	31	2	28	1	0	0	0	0	1	0	0	0
ETHIOPIE	29	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BURUNDI	29	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0

NATIONALITES	TOTAL GENERAL	CLASSES D'AGES			GROUPES D'AGES DES 65 ANS ET PLUS							
		0-17 ANS	18-64 ANS	65 ANS ET PLUS	60-64 ANS	65-69 ANS	70-74 ANS	75-79 ANS	80-84 ANS	85-89 ANS	90-94 ANS	95 ANS ET PLUS
NIGERIA	27	5	22	0	1	0	0	0	0	0	0	0
NIGER	23	1	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAURITANIE	19	0	18	1	2	0	0	0	1	0	0	0
BENIN	18	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SOMALIE	10	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIERRA LEONE	9	1	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0
AUTRES PAYS D'AFRIQUE	231	25	201	5	7	3	2	0	0	0	0	0
USA	815	89	683	43	41	16	4	11	7	4	0	1
CANADA	281	16	259	6	3	2	1	1	1	1	0	0
BRESIL	241	26	212	3	6	3	0	0	0	0	0	0
EQUATOR	151	24	125	2	3	1	1	0	0	0	0	0
COLOMBIE	108	13	93	2	5	2	0	0	0	0	0	0
Mexique	78	6	69	3	1	1	0	1	0	1	0	0
PEROU	72	2	66	4	2	1	1	0	1	1	0	0
CHILI	48	0	47	1	0	1	0	0	0	0	0	0
CUBA	28	2	25	1	1	1	0	0	0	0	0	0
REP DOMINICAINE	12	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AUTRES PAYS D'AMERIQUE	196	9	180	7	3	2	3	1	0	1	0	0
AUSTRALIE	64	7	56	1	3	1	0	0	0	0	0	0
REFUGIES POLITIQUES	235	12	203	20	6	1	4	0	5	5	3	2

Sources : SPF Economie – DGSIE, 2008 ; via OSSB

Carte 6 : Revenu médian par déclaration par secteur statistique - revenus 2008, déclaration 2009



Source : OSSB, 2011. Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2011, Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale - COCOM., p.17

Tableau 11 : Seuil de risque de pauvreté et montant des allocations minimales (en € par mois) à la date du 01/09/2011

	Isolés	Co-habitants	Couple avec 2 enfants ou chef de ménage	Famille monoparentale avec deux enfants
Seuil de risque de pauvreté (EU-SILC 2010, revenus 2009)	973 €		2 044 €	1 557 €
Revenu d'intégration sociale (CPAS)	770,18 €	513,46 €	1 026,91 €	1 026,91 €
Prestations familiales garanties (pour 2 enfants de moins de 2 ans)			+ 318,87 €	+ 318,87 €
Allocation d'attente ONEM (plus de 21 ans)	770,64 €	400,92 € 427,44 € (2)	1 042,02 €	1 042,08 €
Allocation de chômage minimum	898,3 €	673,4 €	1 069,38 €	
Allocation maximum(3) de remplacement de revenu pour handicapés	770,57 €	513,71 €	1 027,43 €	1 027,43 €
Pension minimum des employés pour carrière complète	**1 066,33 €**		1 332,5 €	
Pension minimum des indépendants pour carrière complète	**1 007,1 €**		1 310,3 €	
Pension de survie (employés)	**1 066,33 €**			
Pension de survie (indépendants)	**1 007,1 €**			
Garantie de revenu aux personnes âgées	953,3 €	635,35 €		

(1) valable à la date du 01/05/2011.
(2) Cohabitant privilégié : le chômeur et le conjoint bénéficient uniquement de revenus de remplacement.
(3) On ne reçoit pas nécessairement le montant maximum correspondant à votre situation familiale. Un montant est fixé après avoir examiné les revenus du ménage

Source : EU-SILC 2010, Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés, Office National de l'Emploi, Office national des Pensions, SPP Intégration Sociale

OSSB, 2011. Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2011, Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale - COCOM., p.21

5.2 Liste des besoins potentiels

- Etre reconnu et avoir une place dans la société (dont de citoyen)
- Avoir une vie qui a du sens
- Etre respecté (en tant que personne à part entière et dans ses droits)
- Etre informé
- Garder son autonomie (dont liberté de choix et de participation), même si on devient plus dépendant
- Avoir des revenus suffisants et une couverture sociale suffisante (dont frais santé et aides)
- Résider dans un lieu de vie (à domicile – dont hébergement alternatif - ou en collectivité) qui correspond à ses besoins
- Besoins relationnels et sociaux dont :
    - *Activités sociales et culturelles (dont de loisirs)*
    - *Lien social (dont contact avec famille, amis, personnes d'âges différents…)*
    - *Lieux de vacances adaptés à ses besoins*
- Besoin de soins médicaux et paramédicaux dont :
    - *Médecine générale et spécialisée*
    - *Soins infirmiers*
    - *Autres soins paramédicaux (kinésithérapie, ergothérapie, logopédie…)*
    - *Aide aux soins d'hygiène*
    - *Soutien ou soins en santé mentale*
- Soutien aux activités de la vie quotidienne
    - *Information et aide administrative*
    - *Aide ou prise en charge des tâches quotidiennes (dont lessive, ménage, couture…)*
    - *Aide aux courses ou livraison*
    - *Repas (aide à la préparation ou livraison ou restaurants non commerciaux)*
    - *Aide au transport (pour la vie quotidienne, les loisirs, des raisons médicales…)*
    - *Aide à l'aménagement du lieu de vie (dont aménagement ergonomique, petits travaux…)*
    - *Aide au sentiment de sécurité chez soi (bientraitance, télévigilance, seniorsitting, garde-malade…) ou dans la ville*
    - *Accessibilité de matériel paramédical et autres (dont prêt de matériel, livraison de matériel…)*
    - *Aide aux soins et à la garde des animaux domestiques*
- Besoins d'accueil partiel ou temporaire
    - *Accueil de jour*
    - *Accueil de court séjour (dont accueil de répit ou d'urgence)*
    - *Accueil de nuit*
- Besoin de soutien aux aidants proches
- Besoin d'accessibilité des services (au niveau information, financier, horaire, disponibilité) et de coordination entre services/professionnels
- Etc.

5.3 Liste des structures/agréments par type d'aide aux seniors en Région bruxelloise

Accueil de jour :		
	Centre d'accueil de jour	COCOF
	Centre de soins de jour	COCOF
	Centre de soins de jour / Centrum voor dagverzorging *(5 liés à une Commune ou un CPAS, 3 autres)*	COCOM
	Palliatief dagcentrum	VG
Accueil résidentiel : *(certaines acteurs agréés par la COCOM sont publics, les autres privés)*		
	Flatservice	VG[37]
	Maison de repos / Rusthuis	COCOF / COCOM / VG
	Maison de repos et de soins / Rust- en verzorgingstehuis	COCOF / COCOM / VG
	Résidences services / Service residentie	COCOM
Aide à domicile :		
Coordination :		
	Coordination de soins et services à domicile *(liées aux mutuelles sauf 1)*	COCOF
	Regionaal dienstencentrum *(liées aux mutuelles)*	VG
	Service intégré de soins à domicile - SISD / Geïntegreerde dienst voor thuiszorg – GDT *(liés à la COCOF, COCOM ou VG)*	Législation fédérale
Aide ménagère, familiale… :		
	Service d'aide à domicile *(2 liés à une coordination de soins et services à domicile, 3 liés à une Commune ou CPAS, 2 autres)*	COCOF
	Service d'aide à domicile (ex-SAFPA) / Dienst voor thuisverzorging *(liés soit à une Commune soit à un CPAS)*	COCOM
	Dienst voor gezinszorg *(1 lié à une mutuelle, 2 autres)*	VG
	Titres-services / Dienstencheques *(aide par des travailleurs non diplômés AM ou AF et non encadrés comme tel)*	Législation fédérale
Soins et surveillance :		
	Service de soins à domicile / Dienst voor thuiszorg *(2 liés à une mutuelle, 1 à un CPAS)*	COCOM
	Télévigilance[38] / Personenalarmsystemen (*mutuelles ou Communes qui sous-traitent et 1 acteur spécifique*)	

[37] Les dénominations des agréments VG sont en cours de modification (arrêtés d'applications en attente). Les serviceflats deviendront assistentiewoningen (avec un contenu qui aura aussi changé). Les rusthuis deviennent des woonzorgcentrum. Ces modifications sont liées à la notion de Woonzorgzone liant aides de proximité, à domicile et en accueil collectif.

[38] Il existe un agrément COCOF « Organisme assurant la télévigilance » mais qui n'est pas obligatoire et ce service est intégré dans d'autres agréments (Coordination de soins et services à domicile, Regionale dienstencentra…). La télévigilance est parfois organisée de manière « sous-traitée » par les Communes : celles-ci proposent un service qui est dans les faits organisé par un service ayant une action régionale ou nationale.

Aide sociale :		
Services sociaux :		
	Centre d'action sociale globale - CASG	COCOF
	Centre de service social	COCOF
	Centre de premier accueil – CPA / Centrum voor Eerste Opvang - CEO	COCOM
	Centra voor algemeen welzijnswerk - CAW	VG
Action sociale de proximité :		
	Maison de quartier du CPAS de Bruxelles-Ville / Buurthuis van de Stad Brussel (agréées comme CPA – voir ci-dessus)	
	Lokaal dienstcentrum	VG
	Woonzorgzones	VG
Services communaux :		
	Services communaux d'action sociale / Gemeentelijke diensten voor sociale actie	
	Services sociaux des CPAS / Sociale diensten van de OCMW's	
Aide aux victimes :		
	Service d'aide aux victimes	COCOF
	Dienst slachtofferhulp	VG
	Bureau d'assistance policière aux victimes / Bureau voor politionele slachtofferbejegening	Législation fédérale
Santé :		
	Maison médicale (Association de santé intégrée)	COCOF
	Service de soins palliatifs et continués	COCOF
	Wijkgezondheidscentrum	
Santé mentale :		
	Service de santé mentale	COCOF
	Service de santé mentale / Dienst voor geestelijke gezondheidszorg	COCOM
	Centrum voor geestelijke gezondheidszorg	VG
Services de proximité (petits travaux, transport, aide ponctuelle, etc.) via l'aide à l'emploi, la formation et l'insertion socioprofessionnelle :		
	Agence Locale pour l'Emploi – ALE / Plaatselijk Werkgelegenheidsagentschap - PWA	Législation fédérale
	Initiative locale de développement de l'emploi – ILDE / Plaatselijk initiatief voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid - PIOW	Région bruxelloise
	Titres-services / Dienstencheques	Législation fédérale
	Organisme d'insertion socioprofessionnelle - OISP	COCOF
	Mission locale pour l'emploi - MLOC	COCOF

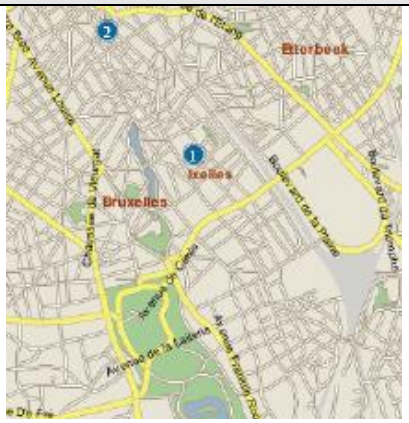
Source : (OSSB & CDCS-CMDC 2007, p.Couverture arrière)

Remarque : Les initiatives d'hébergements alternatifs pour seniors (ex. Abbeyfield) sont, elles, parfois soutenues par des Communes ou CPAS. Ceci, entre autres, par la mise à disposition de bâtiments.

5.4 Liste et cartographie de l'offre située sur Ixelles

Source : www.bruxellessocial.be [Consultation 2011-10-14]

Carte 9 : Pour les besoins financiers



1	CENTRE PUBLIC D'ACTION SOCIALE D'IXELLES	Rue Jean Paquot, 63B 1050 BRUXELLES
2	COMMUNE IXELLES - SERVICE DE L'ACTION SOCIALE	Rue de la Crèche, 6 1050 BRUXELLES

Carte 10 : Pour les besoins relationnels et sociaux

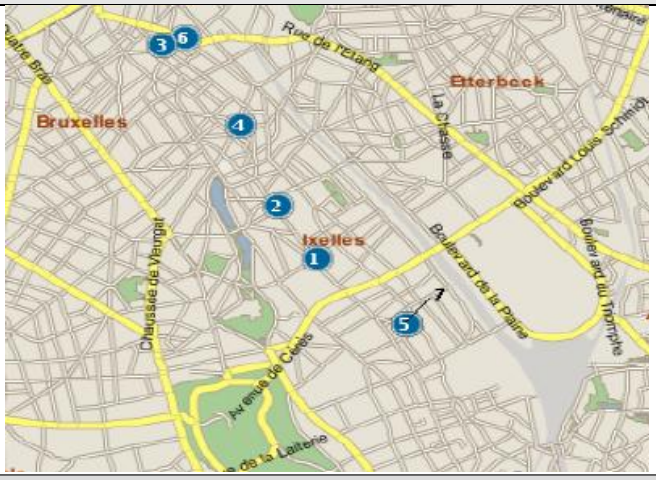
1	COMMUNE IXELLES - SERVICE DE L'ACTION SOCIALE	Rue de la Crèche, 6 1050 BRUXELLES
2	AGENCE LOCALE POUR L'EMPLOI D'IXELLES	Place du Champ de Mars, 4 1050 BRUXELLES
3	COMMUNE IXELLES - RESTO-CLUB MALIBRAN	Rue du Viaduc, 8 1050 BRUXELLES
4	GEMEENSCHAPSCENTRUM ELZENHOF	Avenue de la Couronne, 12 1050 BRUXELLES
5	COMMUNE IXELLES - RESTO-CLUB DENISE YVON	Rue du Sceptre, 39 1050 BRUXELLES
6	LIBERALE BEWEGING VOOR VOLKSONTWIKKELING	null 1050 BRUXELLES
7	CENTRE DE SERVICE SOCIAL BRUXELLES SUD-EST - CENTRE D'ACTION SOCIALE GLOBALE AGRÉÉ PAR LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANCAISE	Chaussée de Boondael, 26B 1050 BRUXELLES
8	COMMUNE IXELLES - MAISON DE QUARTIER MALIBRAN	Rue de la Digue, 6 1050 BRUXELLES
9	COMMUNE IXELLES - RESTO-CLUB VILLA MATHINE	Rue du Bourgmestre, 13 1050 BRUXELLES
10	COMMUNE IXELLES - RESTO-CLUB TENBOSCH	Rue de l'Aqueduc, 163 1050 BRUXELLES
12	CENTRE DE SERVICE SOCIAL BRUXELLES SUD-EST - BRUGMANN	Rue Joseph Stallaert, 6 1050 BRUXELLES
13	CONSEIL DE L'ÉDUCATION PERMANENTE DE L'UNIVERSITÉ LIBRE DE BRUXELLES	Campus du Solbosch 1050 BRUXELLES
14	CENTRE DE SERVICE SOCIAL BRUXELLES SUD-EST - QUARTIER BOONDAEL	Avenue des Grenadiers, 48 1050 BRUXELLES
15	ÉQUIPE D'ENTRAIDE SAINT-ADRIEN	Avenue Guillaume Gilbert, 47 1050 BRUXELLES
16	COMMUNE IXELLES - RESTO-CLUB BOONDAEL	Chaussée de Boondael, 482 1050 BRUXELLES

Au n° 11 et 17, 2 lieux potentiels prévus pour développer dans le futur des activités ouvertes entre autres aux seniors :

11 : les Ateliers de l'Aulne

17 : la Maison de quartier du Dries situé sur Watermael mais ouverte aux Ixellois

Carte 11 : Pour les besoins en santé physique



1	MAISON MÉDICALE COULEURS SANTÉ	Chaussée de Boondael, 190 1050 BRUXELLES
2	CPAS IXELLES - SERVICE D'AIDE AUX FAMILLES ET AUX PERSONNES ÂGÉES	Chaussée de Boondael, 104 1050 BRUXELLES
3	CENTRE AFRICAIN PROMOTION-SANTÉ	Rue Longue Vie, 56 1050 BRUXELLES
4	AIDE & SOINS À DOMICILE DE BRUXELLES	Rue Malibran, 53 1050 BRUXELLES
5	HOSPIDOM	Chaussée de Boondael, 390 1050 BRUXELLES
6	FREE CLINIC	Chaussée de Wavre, 154A 1050 BRUXELLES
7	AREMIS	Chaussée de Boondael, 390 1050 BRUXELLES

Carte 12 : Pour les besoins en santé mentale

1	FREE CLINIC	Chaussée de Wavre, 154A 1050 BRUXELLES
2	CENTRE DE GUIDANCE D'IXELLES - DÉPARTEMENT ADULTES COUPLES FAMILLES	Rue de Naples, 35 1050 BRUXELLES
3	CENTRE DE PLANNING FAMILIAL ET DE SEXOLOGIE D'IXELLES	Rue du Vivier, 89-93 1050 BRUXELLES
4	PSYCHO-SOCIAAL CENTRUM SINT-ALEXIUS ELSENE	Rue de l'Arbre Bénit, 102 1050 BRUXELLES
5	TRACTOR	Rue de l'Arbre Bénit, 104 1050 BRUXELLES
6	ULYSSE	Rue de l'Ermitage, 52 1050 BRUXELLES
7	CENTRE AFRICAIN PROMOTION-SANTÉ	Rue Longue Vie, 56 1050 BRUXELLES
8	CLINIQUE SANATIA - MAISON DE SOINS PSYCHIATRIQUES	Rue du Collège, 45 1050 BRUXELLES
9	CLINIQUE SANATIA - LE CANEVAS	Rue du Collège, 55 1050 BRUXELLES
10	ASSOCIATION HOSPITALIÈRE D'ANDERLECHT SAINT-GILLES ETTERBEEK ET IXELLES - HÔPITAUX IRIS SUD - SITE ETTERBEEK-IXELLES	Rue Jean Paquot, 63 1050 BRUXELLES
11	EXIL CENTRE MÉDICO-PSYCHO-SOCIAL BELGE POUR RÉFUGIÉS POLITIQUES ET VICTIMES DE TORTURE	Avenue de la Couronne, 282 1050 BRUXELLES
12	ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES TRAITEMENTS DE LA PRÉVENTION DE LA FORMATION ET DE LA RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE À L'ULB - PSYCHO-BELLIARD-PLAINE	Boulevard du Triomphe 1050 BRUXELLES
13	CAW MOZAIEK - BEGELEIDING - ETTERBEEK	Boulevard du Triomphe, 1 1050 BRUXELLES
14	ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES TRAITEMENTS DE LA PRÉVENTION DE LA FORMATION ET DE LA RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE À L'ULB - PSYCAMPUS	Avenue Adolphe Buyl, 127 1050 BRUXELLES
15	AIMER À L'ULB	Avenue Jeanne, 38 1050 BRUXELLES

Carte 13 : Pour les besoins en aide sociale et administrative

1	CENTRE DE SERVICE SOCIAL BRUXELLES SUD-EST - QUARTIER PORTE DE NAMUR	Rue de l'Athénée, 26 1050 BRUXELLES
2	SERVICE D'ACTION SOCIALE BRUXELLOIS	Rue du Champ de Mars, 5 1050 BRUXELLES
3	CENTRE SOCIAL PROTESTANT - CENTRE D'AIDE AUX PERSONNES	Rue Cans, 12 1050 BRUXELLES
4	CENTRE DE SERVICE SOCIAL BRUXELLES SUD-EST - CENTRE D'ACTION SOCIALE GLOBALE AGRÉÉ PAR LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANCAISE	Chaussée de Boondael, 26B 1050 BRUXELLES
5	CENTRE D'ACTION SOCIALE GLOBALE DE LA RÉGIONALE DE BRUXELLES DE LA LIGUE DES FAMILLES	Avenue Emile de Beco, 109 1050 BRUXELLES
6	CENTRE PUBLIC D'ACTION SOCIALE D'IXELLES	Rue Jean Paquot, 63B 1050 BRUXELLES
7	CENTRE DE SERVICE SOCIAL BRUXELLES SUD-EST - BRUGMANN	Rue Joseph Stallaert, 6 1050 BRUXELLES
8	CENTRE D'ACCUEIL SOCIAL ABBÉ FROIDURE	Rue Américaine, 101 1050 BRUXELLES
9	CENTRE DE SERVICE SOCIAL BRUXELLES SUD-EST - QUARTIER BOONDAEL	Avenue des Grenadiers, 48 1050 BRUXELLES

Carte 14 : Pour les besoins d'aide ménagère et d'aide à la vie quotidienne (aide familiale etc.)

1	XL-SERVICES	Chaussée de Wavre, 164 1050 BRUXELLES
2	AGENCE LOCALE POUR L'EMPLOI D'IXELLES	Place du Champ de Mars, 4 1050 BRUXELLES
3	CPAS IXELLES - SERVICE D'AIDE AUX FAMILLES ET AUX PERSONNES ÂGÉES	Chaussée de Boondael, 104 1050 BRUXELLES
4	AIDE & SOINS À DOMICILE DE BRUXELLES	Rue Malibran, 53 1050 BRUXELLES
5	CENTRE SOCIAL PROTESTANT - CENTRE D'AIDE AUX PERSONNES	Rue Cans, 12 1050 BRUXELLES

Carte 15 : Pour les besoins de repas dans des restaurants non-commerciaux

1	COMMUNE IXELLES - RESTO-CLUB VILLA MATHINE	Rue du Bourgmestre, 13 1050 BRUXELLES
2	COMMUNE IXELLES - RESTO-CLUB TENBOSCH	Rue de l'Aqueduc, 163 1050 BRUXELLES
3	COMMUNE IXELLES - RESTO-CLUB BOONDAEL	Chaussée de Boondael, 482 1050 BRUXELLES
4	COMMUNE IXELLES - RESTO-CLUB MALIBRAN	Rue du Viaduc, 8 1050 BRUXELLES
5	CENTRE DE SERVICE SOCIAL BRUXELLES SUD-EST - CENTRE D'ACTION SOCIALE GLOBALE AGRÉÉ PAR LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANCAISE	Chaussée de Boondael, 26B 1050 BRUXELLES
6	CENTRE SOCIAL PROTESTANT - CENTRE D'AIDE AUX PERSONNES	Rue Cans, 12 1050 BRUXELLES
7	COMMUNE IXELLES - RESTO-CLUB DENISE YVON	Rue du Sceptre, 39 1050 BRUXELLES

Carte 16 : Pour les besoins de mobilité

1	PROXIMITÉ SANTÉ	Rue Malibran, 39 1050 BRUXELLES
2	AIDE & SOINS À DOMICILE DE BRUXELLES	Rue Malibran, 53 1050 BRUXELLES
3	JOBELIX	Rue Malibran, 84 1050 BRUXELLES

Carte 17 : Pour les besoins d'accueil résidentiel (MR-MRS-résidence service)

1	FONDATION BECKER	Chaussée de Vleurgat, 85 1050 BRUXELLES
2	MALIBRAN SENIOR	Rue Malibran, 39 1050 BRUXELLES
3	CPAS IXELLES - RÉSIDENCE JEAN VAN AA	Chaussée de Boondael, 104 1050 BRUXELLES
4	RÉSIDENCE GRAY-COURONNE	Avenue de la Couronne, 42-46 1050 BRUXELLES
5	RÉSIDENCE L'ACANTHE	Boulevard Général Jacques, 191 1050 BRUXELLES
6	RÉSIDENCE 200	Boulevard Général Jacques, 200 1050 BRUXELLES
7	RÉSIDENCE LES ÉTANGS D'IXELLES	Avenue de l'Hippodrome, 90 1050 BRUXELLES
8	CPAS IXELLES - RÉSIDENCE LES HEURES DOUCES	Rue Victor Greyson, 53 1050 BRUXELLES
9	RÉSIDENCE BALMORAL	Rue Saint-Georges, 10-20 1050 BRUXELLES
10	SENIORIE PARC D'ITALIE	Chaussée de Boitsfort, 15 1050 BRUXELLES

6 Bibliographie

Bickel, J.-F., 2007. Significations, histoire et renouvellement de la citoyenneté. *Gérontologie et société*, 1(120), p.11-28.

CDCS-CMDC, 2011. Banque de données du CDCS-CMDC.

Cavalli, S., 2007. Modèle de parcours de vie et individualisation. Un état du débat. *Gérontologie et société*, (123), p.55-67.

Heekhout, D., 2007. Propositions de la Direction des Affaires sociales en vue de développer les actions sociales.

IBSA, 2011. Monitoring des quartiers. *Monitoring des quartiers*.

www.monitoringdesquartiers.irisnet.be [Consulté 9/10/2011].

De Keersmaecker, M.-L., 2010. *Observatoire des loyers. Enquête 2010*, Bruxelles: Observatoire de l'habitat de la Région de Bruxelles-Capitale.

Leleu, M., 2000. *Les nouveaux vieux. Portrait des personnes âgées de plus de 50 ans vivant dans la Région bruxelloise*, Bruxelles: Commission Communautaire française.

Leleu, M., 2005. Regard d'une gérontologue. *Mental'idées*, (7), p.23-28.

Molénat, X. & al, 2004. Dossier. L'individu hypermoderne: vers une mutation anthropologique? *Sciences humaines*, (154), p.30–44.

OSSB, 2011. *Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2011*, Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale - COCOM.

OSSB, 2010. *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010*, Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale - COCOM.

OSSB, 2008. *Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008*, Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale - COCOM.

OSSB & CDCS-CMDC, 2007. *Vivre chez soi après 65 ans: Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles*, Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

www.cdcs-cmdc.be/fr/Autorit%C3%A9s-publiques/atlas-vivre-chez-soi-apres-65.html [Consulté 9/1/2010].

OSSB, 2006. *Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale 2006*, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale - COCOM.

Pacolet, J. & Deliège, D., 2006. Vieillissement, aide et soins de santé en Belgique. *Revue belge de sécurité sociale*, (2), p.129-183.

Perrin, N., 2009. *Les doyens de l'immigration. Le troisième âge immigré en Belgique*, Louvain-La - Neuve: Bruylant-Academia.

PLS (Ed), 2010. « Le vieillissement en Europe. Constats et enjeux », *Working paper – Pour La Solidarité*.

PLS (Ed), 2011. *Vieillissement actif et solidarité intergénérationnelle: constats, enjeux et perspectives*, Bruxelles: Pour la Solidarité asbl.

Royen, C. & Gaudot, A., 2006. Vieillir est un verbe actif. *Balises*, (17).

Thomas, H., 2007. Promotion de la citoyenneté sociale et politique. *Gérontologie et société*, (120), p.99-114.

Vandenbroucke, S., Declercq, A. & Maggi, P., 2012. *Vieillir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*, Fondation Roi Baudouin.

Wayens, B. et al., 2010. *Fiches communales d'analyse des statistiques locales en Région bruxelloise. Fiche n°9 Commune d'Ixelles*, Bruxelles: Commission Communautaire française. http://www.cocof.irisnet.be/site/fr/affsoc/cohesion/etude_igeat/index_html [Consulté 13/5/2010].