



Aide

Zorg

Inclusi(e)f(ve)



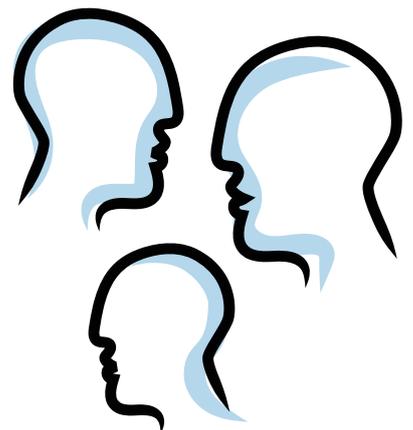
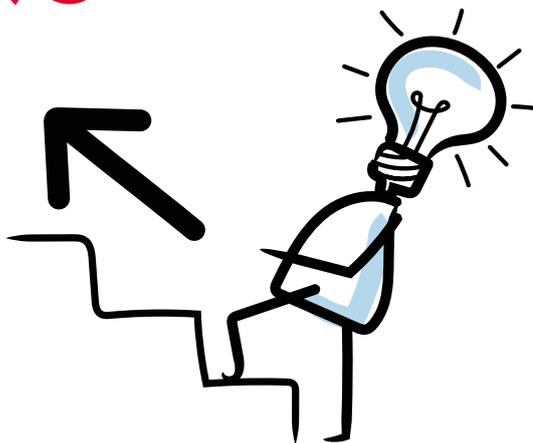
ADZHIS



aan Huis

à Domicile

Schaerbeek



Rédaction - Co-écriture par le Comité de pilotage :

Véronique Degraef (Université Saint-Louis - CASPER),
Sonia de Clerck (Maison Biloba Huis),
Najate El Mathari (Maisons Médicale Santé et Bien-Être),
Malika Msellek (Maison Médicale Santé et Bien-Être),
Amélie Servotte (CPAS 1030),
Linda Struelens (EVA bxl),
Selma Tunakara (Feza),
Cécile Vanker (Le Figuier),
Maria Tsakaris (Le Figuier),
Mahdiya El-Ouali (EVA bxl)

Relectures :

Pierre Echard

Design et illustrations :

In-graphics.be

Vidéos :

Mohamed Darbi

Editeur responsable :

Veerle Vankets, coordinatrice EVA bxl, rue du progrès 323 à 1030 Bruxelles

Avec le soutien de :



Nos partenaires :



Objectif du projet ADZHIS : tester, après une phase commune d'exploration, la mise en place d'une nouvelle approche inclusive des services d'aide et de soins dans les quartiers d'Helmet et Colignon (Schaerbeek) orientée vers les personnes âgées isolées, d'origines diverses, et en situation précaire. Ces services seront multidimensionnels et multifonctionnels et seront élaborés par et avec les personnes âgées et leurs aidants-proches.

Cette phase consistera donc à développer un prototype de réseaux d'aides et de soins destinés aux personnes âgées avec les personnes concernées.

Référence RBC/2019-COC-1

Période du rapport de recherche : du **16/05/2020 au 29/01/2021**

DANS LE QUARTIER HELMET

AVEC NOUS

Culture et Arts du Bien-Être des personnes âgées

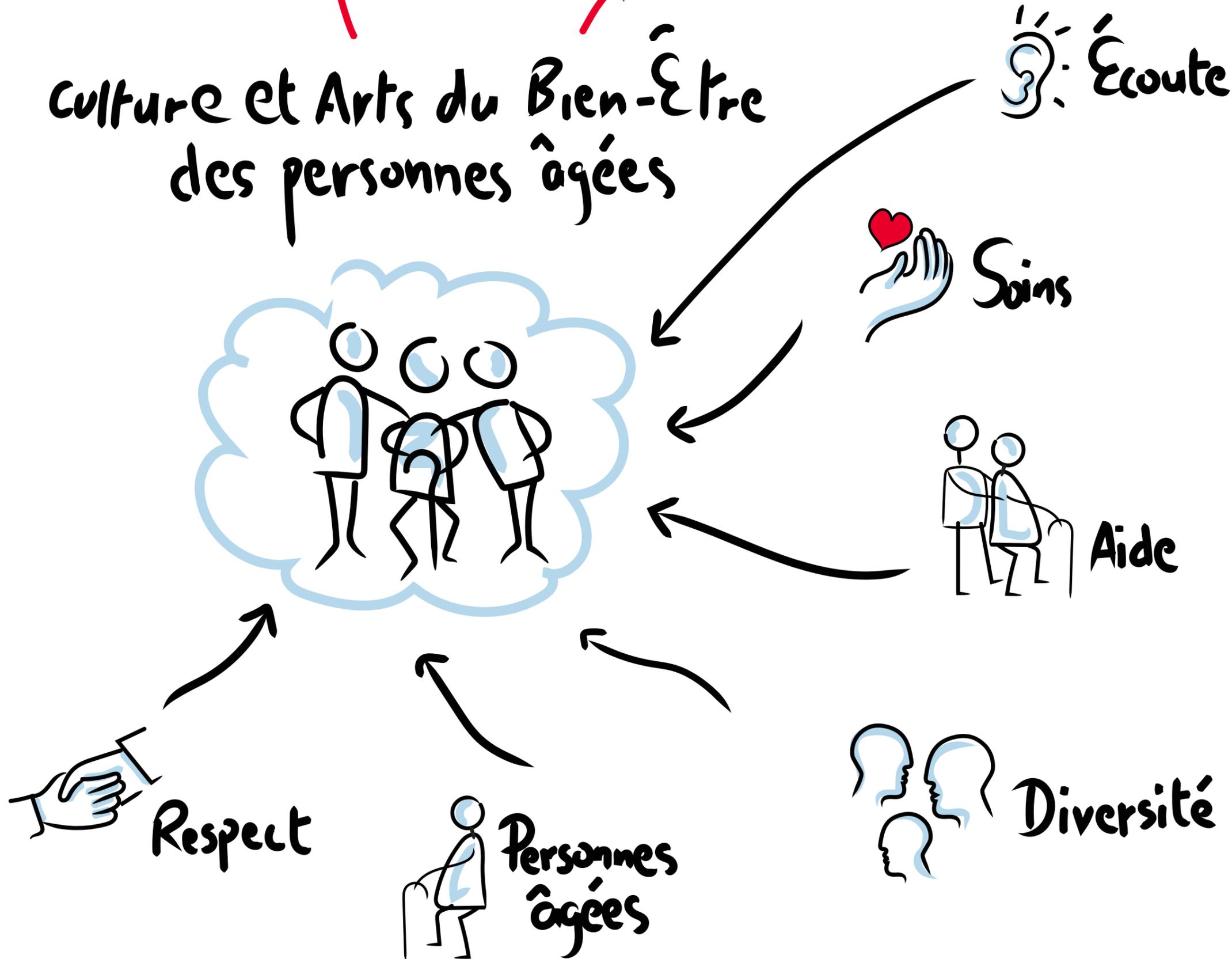


TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	6
II. TABLEAU DES PERSONNES AFFECTÉES AU PROJET	10
III. SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS	16
WORKPACKAGE 1 : GESTION DE PROJET ET SUIVI STRATÉGIQUE OPÉRATIONNEL	16
1. La gestion du projet et le suivi de son avancement	16
2. Travail d'analyse : Organisation de la grille de la lecture	24
3. Synthèse des idées innovantes	27
WORKPACKAGE 2 : DESIGN PROTOTYPE	33
1. Processus de co-création	33
2. Descriptif du dispositif	34
WORKPACKAGE 3 : COMMUNICATION & VISUALISATION	36
WORKPACKAGE 4 : LES CO-CHERCHEURS & LE NOYAU DE LA COMMUNAUTÉ DE SENS	36
WORKPACKAGE 5 : DIAGNOSTIC TERRITORIAL	37
IV. TÉMOIGNAGES	38
V. ETAT DE L'ART DE LA LITTÉRATURE	45
1. Introduction	45
2. Aperçu des évolutions démographiques belges et bruxelloises	45
3. Défi et enjeux du vieillissement en Région Bruxelles-Capitale	46
4. Quelles orientations politiques ?	49
5. Bibliographie	50
VI. GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION	55
VII. CONCLUSION	57
ANNEXES	59

I. INTRODUCTION

Pour rappel, lors de l'introduction du projet, **EVA bxl** et ses partenaires ont décidé de diviser la mise en œuvre du projet en plusieurs parties :

La première année est une phase d'exploration au cours de laquelle nous nous concentrons, d'une part, sur l'approfondissement de la notion de « confiance », ayant émergé lors des entretiens et focus group menés lors de la phase de montage du projet.

D'autre part, nous explorons également les instruments à développer pour permettre « l'articulation de l'informel et du formel » dans le déploiement de l'offre d'aide et de soins à domicile pour les personnes âgées (issues de l'immigration, en situation de précarité, isolées) vivant dans les quartiers d'Helmet et de Colignon à Schaerbeek.

La phase d'exploration doit pouvoir aborder et formuler des pistes de réponse à la question de recherche suivante, déclinée en trois volets :

- Dans quel contexte de vie, à quelles conditions, et avec quelle organisation, une aide à domicile professionnelle serait-elle la bienvenue pour celles et ceux qui, à ce jour, n'y ont pas recours ?
- Les réponses envisagées sont-elles compatibles avec le rôle que les aides à domicile se voient jouer et avec leurs savoirs de terrain ? Peut-on tous et toutes se retrouver suffisamment dans les valeurs qui sous-tendraient un tel service ?
- Peut-on concevoir un modèle économique viable par rapport aux attentes et quels écarts sont envisageables entre les cadres d'agrément et de financement actuels et le modèle que nous aurons co-conçu ?

Autant de questions cruciales, et au cœur des problématiques contemporaines, que ce projet de co-recherche permettra de ne pas éluder.

Sur base de la synthèse des ateliers co-create, nous avons élaboré **des scénarios de prototype de service d'aide et de soin**, que nous mettrons ensuite

à l'essai pendant deux ans. Comme nous avons nous-mêmes divisé la demande introduite auprès d'Innoviris en deux volets, en partie parce que nous voulons également laisser ouverte la question de la structure dans laquelle ce prototype devrait/doit être testé, une nouvelle demande de projet sera soumise pour la période de test.

Dès le début, l'intention est de chercher à **créer du « neuf »** en mettant la créativité et l'imagination au cœur du processus de co-création avec les personnes âgées, de rechercher l'innovation qui consiste à aller plus loin que le simple correctif d'une offre existante. Si d'emblée nous nous laissons trop enfermer dans les cadres réglementaires existants, cela limitera notre créativité et nous risquons de saper la dynamique de co-création dans laquelle nous nous sommes engagés et dans laquelle nous voulons également mobiliser les personnes, les seniors, les aidants et les professionnels. Toutefois, l'intention est d'impliquer les services réguliers de soins à domicile et autres types d'acteurs concernés, plus tard dans le processus de co-création afin qu'ils puissent également fournir un retour d'information ainsi qu'une contribution au processus d'analyse et d'élaboration de propositions.

Dans la grille d'auto-évaluation, il y a donc toute une série de questions auxquelles il n'est pas encore possible de répondre à ce stade-ci, soit parce qu'elles sont en cours d'élaboration tel que par exemple, le degré de dépendance des innovations par rapport aux systèmes sociotechniques, soit parce qu'elles ne peuvent être traitées que dans la phase suivante, telle que par exemple, la capacité d'agir des acteurs concernés pour s'adapter et implémenter les innovations.

Au-delà du constat que la crise sanitaire actuelle exacerbe les problèmes sociaux latents et les inégalités qu'ils induisent, elle est également une opportunité à saisir (identifier, capitaliser, mutualiser) les différentes

formes de résilience auprès des personnes âgées et des aidants-proches mais également à se saisir, en tant qu'acteur, des contraintes créatives. En d'autres mots, c'est un mal pour un bien qui nous invite à la nécessité d'opérer des changements profonds (et donc structurels) quant à la place des personnes âgées dans notre société et aux différentes dimensions impactant sur leur bien-être.

Nous supposons en outre, que malgré la démultiplication de réseaux officiels et citoyens résilients qui ont été mis en place durant la crise du Coronavirus pour venir en aide aux plus précarisés, certaines personnes âgées et fragilisées se sont retrouvées isolées et en totale détresse sociale faute d'avoir pu être détectées. Il nous est par ailleurs revenu du terrain que les services (titres-services entre autres) qui n'assuraient plus les aides à domicile pour cause de Coronavirus ont conduit un certain nombre de clients vers les circuits de l'économie

informelle. Nous y reviendrons plus loin.

Nous sommes donc bien au centre de la question relative à la **résilience urbaine et l'articulation de l'aide formelle et informelle**.

Durée : 14 mois (début le 01/12/2019)

Budget : 200.238 €

Remarque générale :

Au vu du contexte sanitaire, une demande de prolongation de 2 mois pour la période du projet a été introduite à Innoviris afin de garantir le temps nécessaire à l'analyse des matériaux produits en atelier de co-création et le travail de co-création du design prototype.

Diversité culturelle



Diversité Sociale



Professionnels

Personnes ressources dans le quartier



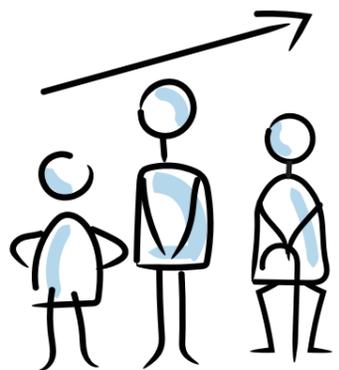
Aidants proches



Bénévoles

DIVERSITÉ DE PERSONNES

Diversité générationnelle



Diversité de genre



Diversité de santé



Valide & active



Moins valide & active



Pas active (valide ou non valide)

II. TABLEAU DES PERSONNES AFFECTÉES AU PROJET (INCLUS LES CO-CHERCHEURS NON DIRECTEMENT RÉMUNÉRÉS VIA LE FINANCEMENT)

Dans le tableau des personnes affectées au projet nous avons distingué celles qui sont financées et celles qui mettent leurs compétences à disposition en tant que co-chercheurs.

Nom	organisation	Fonction	% TP	Financement par Innovirus oui/non	Start	Fin
Cécile Vankerck	Le Figuier asbl	Animatrice/remplacement de la coordinatrice au sein du Comité de la pilotage	10%	non	12/1/2019	10/31/2020
Leila Bouysran	Le Figuier asbl	Coordinatrice	18%	oui	3/30/2020	1/31/2021
Maria Tsakiris	Le Figuier asbl	coördinatrice	18%	oui	1/01/2021-28/02/2020 et de 10/2020	1/31/2021
Rajae Serrokh	Maison médicale Santé et bien-être	Chargée de projet santé communautaire	5,26%	oui	12/1/2019	10/31/2021
Houria Benhadi	Maison médicale Santé et bien-être	Assistante sociale	8,00%	oui	12/1/2019	1/31/2021
Emile Noël	Maison médicale Santé et bien-être	Animateur atelier	implication	non	12/1/2019	1/31/2021
Najate Elmathari	Maison médicale Santé et bien-être	Coordinatrice	5%	oui	12/1/2019	1/31/2021
Malika Msellek	Métiss'âges	Présidente de Métiss'âges et médecin généraliste à la MMSB	implication	non	12/1/2019	1/31/2021
Habiba Msellek	Métiss'âges	Animatrice	100%	oui/ a partir du 5/08/2020	12/1/2019	1/31/2021
Véronique Degraef	CASPER Université Saint-Louis	Chercheuse Senior	30%	oui	12/1/2019	1/31/2021
Nicolas Marquis	CASPER Université Saint-Louis	Chercheur Saint-Louis/ promoteur de la co recherche	Implication	non	12/1/2019	1/31/2021
Christine Verstegen	Maison Biloba Huis	Responsable de l'asbl	9%	oui	12/1/2019	10/31/2020
Sonia Declerck	Maison Biloba Huis	Développeuse du projet CITISen	implication	non	4/1/2020	1/31/2021
Linda Struelens	EVA bxl	Coordinatrice	10%	oui	12/1/2019	1/31/2021
Katrien Dosogne	EVA bxl	Chargée de projet	100%	oui	12/1/2019	7/31/2020
Véronique Germain	EVA bxl	Collaboratrice du projet	10%	non	12/1/2019	2/28/2020
Mahdiya El Ouiali	EVA bxl	Chargée de projet	100%		8/1/2020	1/31/2021
Amelie Servotte	CPAS Schaerbeek	Directrice du service seniors		non	12/1/2019	10/31/2020
Naima El Jebary	Infirmière à domicile indépendante	Indépendante	sous traitance	oui	12/1/2019	1/31/2021
Selma Tunakara	Asbl Feza	Coordinatrice et formatrice alpha et français langue étrangère	sous traitance	oui	12/1/2019	1/31/2021
Jan Iyssens	Switchrs- designthinking	Ceo et formateur/ animateur designthinking	sous traitance	oui	12/1/2019	1/31/2021
Mohamed Darbi		Grafiste/motion designer	sous traitance	oui	9/1/2020	1/31/2021
Pierre Echarde	Innovaterra	Animation atelier de co-creation Professionnel et accompagnement du prototypage	sous traitance	oui	7/1/2020	1/31/2021
Hélène Taquet		Graphiste	sous traitance	oui	9/1/2020	1/31/2021

Changements de personnel affecté au projet : chez les différents partenaires

Suite au départ de la précédente chargée de projet ADZHIS, Mahdiya El-Ouali, a été engagée le 1er août 2020.

La précédente coordinatrice de l'asbl Le Figuier, Leila Bouysran a été remplacée à partir d'octobre 2020, par Maria Tsakiris et a rejoint à ce moment-là le comité de pilotage. Pour garantir une continuité dans le suivi du projet, Cécile Vanker, formatrice en alphabétisation, est impliquée au niveau du groupe de pilotage et à la préparation des ateliers de co-création.

L'asbl **Métiss'Agés** ayant introduit sa 1ère déclaration de créance tardivement, elle n'a pas pu engager de personnel faute de pouvoir le préfinancer. Elle était sur le point d'engager Habiba Msellek qui avait déjà eu l'occasion de travailler pour Métiss'Agés en tant que bénévole. La crise du Coronavirus étant passée par là, son engagement a été postposé. C'est dans le local de Métiss'Agés, situé à la Chaussée d'Helmet à Schaerbeek que Habiba Msellek accueillait de 9h à 17h00 tous les jours de la semaine des seniors du quartier. Elle a été choisie pour ses capacités à tisser du lien avec les personnes âgées et ses connaissances quant aux problématiques rencontrées par les seniors en termes d'aide et de soins à domicile, ayant elle-même exercé cette fonction d'aide à domicile par le passé.

Sa présence remplit plusieurs fonctions :

- L'accueil des seniors du quartier et l'établissement de liens de confiance
- La détection de problématiques spécifiques aux seniors et le relais de ces problématiques auprès du partenariat d'ADZHIS
- La détection de possibles futurs co-chercheurs et/ou connecteurs dans le quartier
- Une visibilité du projet ADZHIS et de ses partenaires

Métiss'Agés est l'un des deux espaces où ont eu lieu les ateliers de co-création (septembre 2020). C'est d'ailleurs dans ce local qu'ont été organisées les deux séances d'information pour lancer les ateliers de co-création.

L'asbl **FEZA**, le deuxième espace où ont eu lieu les ateliers de co-création (durant les deux premières semaines d'octobre 2020), ne fait pas partie du partenariat proprement dit mais l'asbl est financée dans le cadre du projet dans le poste sous-traitance. La coordinatrice turcophone, qui a animé ces ateliers, nous a permis de toucher les seniors et aidants proches issus, entre autres, de cette communauté qui passent trop souvent en-dehors des radars.

Sans l'apport de ces trois partenaires ainsi que de la **Maison Médicale Santé et Bien-Être** qui ont en commun d'être des services de première ligne actifs dans les quartiers d'Helmet et de Colignon, il aurait été difficile de rentrer en contact avec les seniors et donc de futurs potentiels co-chercheurs. Ces associations ont démontré leur capacité de mobilisation et les liens de confiance qu'elles ont avec leur public permettant ainsi l'organisation de nos ateliers de co-création. Véritables courroies de transmission, ce sont elles qui font le lien et la traduction de la dynamique de co-recherche que nous voulons mettre en place.

La **Maison Biloba Huis**, malgré un financement réduit, participe activement aux réunions du Comité de pilotage, dans les groupes de travail thématiques et à l'animation de 4 ateliers de co-création apportant ainsi son expertise et ses connaissances des seniors fragilisés et/ou isolés. En outre, la Maison Biloba Huis est l'incarnation concrète des idées et rêves des seniors du quartier Brabant qui s'étaient exprimés par le biais de processus de co-création avant la lettre.

Le **CPAS de Schaerbeek**, partenaire d'importance au sein de ce projet, bien que n'étant pas financé dans le cadre d'Innoviris, apporte par l'entremise de sa responsable du Département « personnes âgées » toute l'expertise nécessaire tant au niveau des problématiques rencontrées par les seniors schaarbeekoïses qu'au niveau ingénierie institutionnelle. Toutefois, depuis le 1er novembre 2020, un.e nouvelle responsable doit être affecté.e au Département. Nous restons attentives à rentrer en contact dès qu'elle/il rentrera en fonction.

Enfin, le **CASPER** (Centre d'Anthropologie, Sociologie, Psychologie – Études et Recherches) de l'Université Saint-Louis Bruxelles, avec sa pratique éprouvée de

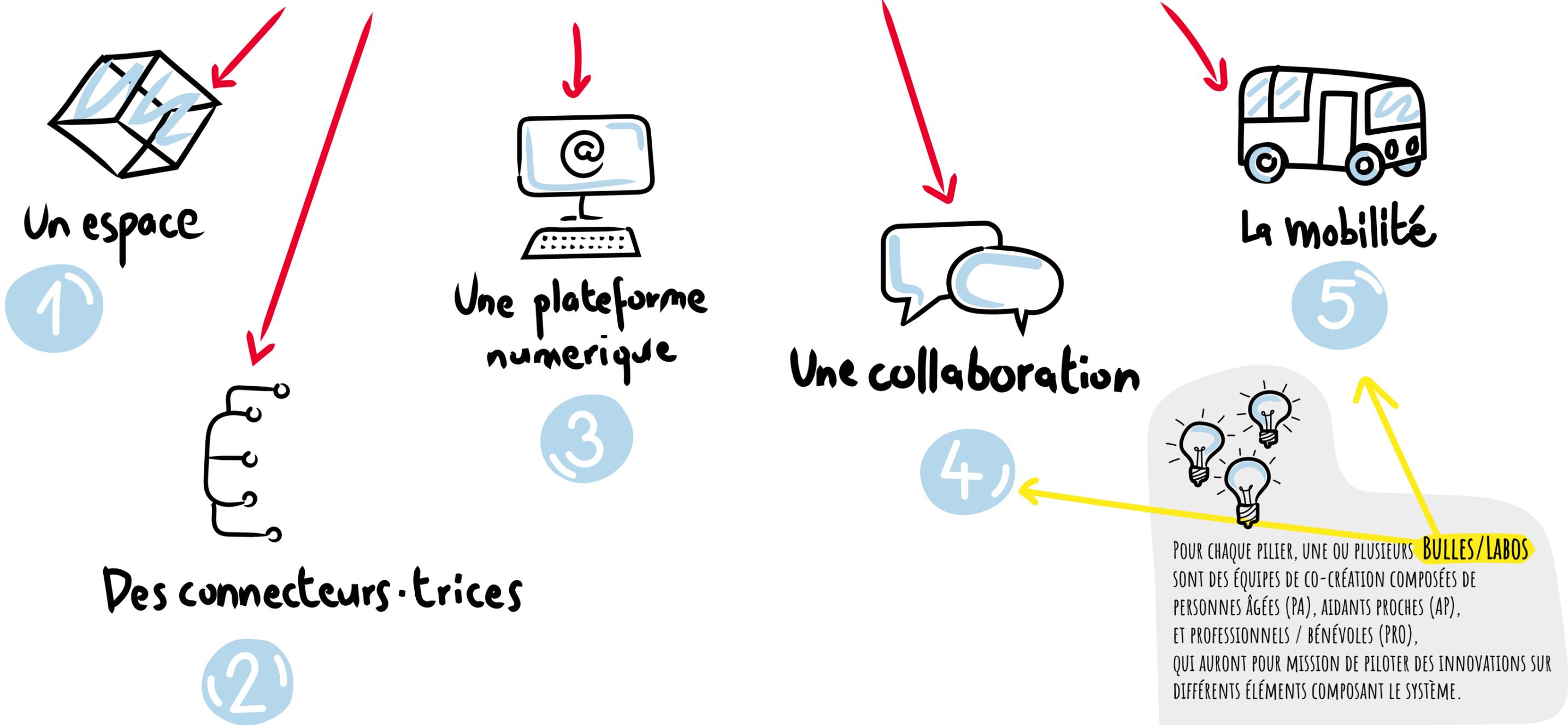
recherches tant fondamentales que commanditées ou appliquées et sa dimension de tissage de liens entre le monde académique et les mondes professionnels, a apporté tout au long de ces premiers mois d'exploration son expertise méthodologique et son expérience d'enquête de terrain dans le but de produire des savoirs opérants et de nous permettre de garder le cap du présent projet de co-recherche. Nicolas Marquis, Professeur à Saint Louis et promoteur de la co-recherche suit l'avancement du projet, Véronique Degraef est quant à elle active comme chercheuse senior et apporte toute son expertise en termes de méthodologie et de cadres de références scientifiques sur lesquelles appuyer la présente co-recherche.

CINQ PILLIERS

DES SERVICES INNOVANTS POUR LE

POUR **PROTOTYPER ET CO-CONSTRUIRE**

BIEN-ÊTRE DES PERSONNES ÂGÉES



III. SYNTHÈSE DES ACTIVITÉS

WORKPACKAGE 1 : GESTION DE PROJET ET SUIVI STRATÉGIQUE OPÉRATIONNEL

1. La gestion du projet et le suivi de son avancement

1.1. Comité de pilotage

Les comités de pilotage ont été programmés mensuellement à des moments prédéterminés à savoir tous les deuxièmes jeudis du mois, avec l'une ou l'autre date supplémentaire lorsqu'il était nécessaire à l'avancement du projet, et ce pour toute l'année d'exploration à savoir : 14/05/20, 11/06, 09/07, 10/09, 08/10, 12/11, 19/11, 10/12, 14/01/21.

Les différents comités de pilotage se sont consacrés à :

- **14/05** : Feed-back sur les entretiens téléphoniques
- **11/06** : Réajustement de la ligne du temps pour la suite du projet
- **09/07** : Planification et organisation des tâches pour la mise en place des ateliers de co-création, feed-back des entretiens téléphoniques
- **10/09** : Feed-back¹ des ateliers professionnels par Pierre Echard (voir annexe)
- **08/10** : Cadre d'analyse pour les ateliers, d'état des lieux de la récolte des données entretiens téléphoniques, visualisation et communication (réalisation de 2 vidéos), différentes pistes pour la cartographie d'aides informelles
- **27/10** : Synthèse des ateliers, organisation de la journée mixte, planification des rapports et grille d'auto-évaluation
- **12/11** : Grille d'auto-évaluation
- **19/11** : Elaboration du design du prototype

1. Annexe 11 : Suivi ateliers professionnels

- **10/12** : Partenariats et rôles pour la phase d'expérimentation
- **14/01** : Business plan social : définition des ressources pour les actions d'expérimentation

1.2. Les défis de co-création face aux mesures sanitaires

L'arrivée de la crise du coronavirus au mois de mars et l'annulation, dans un premier temps, des ateliers de co-création ont remis en question la manière dont nous avons l'intention de travailler. La question qui s'est immédiatement posée était de savoir comment nous allions co-créer, malgré cette impossibilité de se réunir et faire avancer le processus de co-recherche.

Notre démarche nous a conduit à l'élaboration d'un guide d'entretien téléphonique² dont l'axe central était de savoir comment les personnes vivaient le confinement et comment elles se débrouillaient (identification des formes de résilience) « avant, pendant et après le confinement ». La démarche méthodologique et les résultats sont détaillés plus loin dans le rapport.

Le guide d'entretien co-créé par les 2 chargées de projet Sonia de Clerck et Katrien Dessogne a été discuté lors du groupe de travail méthodologie et validé pour être testé. Cet outil a été construit pour qu'il serve comme support aux échanges et non comme un canevas strict à suivre.

→ Synthèse des entretiens téléphoniques³

Les entretiens téléphoniques ont été menés par Sonia de Clerck (chargée de projet « Citisen » à Biloba Huis), Cécile Vanker (animatrice alpha au Figuier), Houria Benhadi (assistante sociale à la Maison Médicale Santé et Bien-Être) et Selma Tunakara (coordinatrice de FEZA) entre

2. Annexe 1.1 : Guide d'entretien téléphonique & Annexe 1.2 : Questionnaire exploratoire. Avant. Pendant. Après

3. Annexe 1 : Synthèse des entretiens téléphoniques

mai et août c'est-à-dire durant la première période de confinement et après celle-ci. La conduite des entretiens s'est faite sous une forme d'échange et d'écoute.

Il est important de souligner que le nombre de personnes contactées ne constitue pas un échantillonnage représentatif mais il nous a semblé intéressant malgré tout d'en faire la synthèse afin d'en faire ressortir les récurrences et les particularités dans les discours.

La synthèse s'est faite selon 3 axes temporels autour de la question de **comment la personne se débrouillait « avant, pendant, et après » le confinement**. Les données récoltées sont détaillées ci-dessous mais nous pouvons d'emblée mettre en évidence que nous avons obtenu une grande majorité de réponses pour la période « pendant », ce qui est tout à fait logique car elle correspond à la période pendant laquelle les personnes ont été contactées.

L'objectif de ces entretiens téléphoniques était d'identifier les éventuelles formes de résilience des personnes, les aides formelles et informelles qu'elles sollicitaient et les difficultés qu'elles rencontraient.

Le GT méthodologie s'est réuni le 03/09/2020 pour une mise en commun des restitutions des entretiens :

🌸 Profil des personnes contactées

- **Lieux** : Des personnes âgées qui fréquentaient (ou fréquentent) le centre de jour de Biloba (échanges téléphoniques en français) ; des apprenantes en alphabétisation au Figuier (échanges en français très difficiles) ; des personnes qui habitent à Helmet et l'entourage dans le quartier Brabant, par exemple ; des patients de la Maison Médicale Santé et Bien-Être (échanges en arabe très difficiles) ; des femmes fréquentant FEZA (échanges en français ou en turc).
- **Tranches d'âge** : 40-50 ans (4 personnes), 50-60 (5 personnes) et 60-70 (17 personnes).
- **Origines** : principalement des personnes d'origine marocaine, turque ou congolaise.

🌸 Difficultés rencontrées par les chercheuses

- **Difficulté linguistique** : Certaines d'entre elles ont éprouvé des difficultés à se faire comprendre et à comprendre les personnes avec qui elles entraient en contact. La communication par objet interposé (téléphone) ne facilite pas la compréhension mutuelle lorsque nous ne partageons pas la maîtrise d'une langue commune. Pour ces personnes, soit elles arrivaient à communiquer sommairement "l'essentiel", soit elles relayaient la conversation à un proche : « J'ai eu aussi très difficile d'abord parce que par téléphone ce n'est pas génial, je préfère être en face, et j'ai pris les personnes qui parlaient le mieux français et même dans ces cas-là, il y en a deux qui m'ont reflé leur mari, c'est lui qui a répondu aux questions »⁴. Ces difficultés relèvent la question du biais et donc, jusqu'à quel point nous pouvons induire les réponses pour tenter de se faire comprendre ? : « J'avais le sentiment d'orienter mes réponses parce qu'il fallait que j'explique ce que signifiait ma question, et je donnais des exemples, donc j'influçais leurs réponses »⁵. Difficulté de la projection à la vieillesse : « Je ne me sentais pas très à l'aise en posant des questions, (...) j'ai eu l'impression de me retrouver avec des personnes à qui je devais rappeler qu'elles étaient âgées que peut-être bientôt elles allaient être dans une situation de ne plus pouvoir faire certaines choses, d'avoir besoin d'aide, donc rappeler qu'elle est âgée »⁶. Toutefois, des stratégies communicationnelles ont été développées afin de faciliter la projection en réactivant le souvenir de moments de vie dans lesquels des aides ont été sollicitées : « Je le prends dans l'autre sens, je leur dis « tiens est-ce que vous avez déjà eu un moment donné où vous vous sentiez dépendante, est-ce qu'une fois dans votre vie vous avez eu un accident, ou vous avez été opérée, bref quelque chose qui vous a immobilisée, de quoi auriez-vous eu besoin à ce moment-là ? »⁷

4. Annexe 1, Cécile Vanker, p.13

5. Annexe 1, Houria Benhadi, p.14

6. Annexe 1, Houria Benhadi, p.14

7. Annexe 1, Sonia de Clerck, p.13

Données récoltées

- **AVANT** : Quatre points principaux ont émergé à travers les entretiens qui soulignent les difficultés et les différentes formes d'aide préexistant à la crise sanitaire :

> Le sentiment de solitude versus liens sociaux :

« Ma maman est très âgée aussi, elle a ce sentiment de solitude qui est là depuis bien avant le confinement »⁸. Pour certaines personnes âgées qui ne disposaient pas d'un réseau de soutien, le sentiment d'abandon, d'oubli ou d'isolement était fort. Toutefois, certaines d'entre elles ont exprimé une habitude de la solitude ou d'autres ont développé des stratégies pour maintenir les relations interpersonnelles en rencontrant les autres au parc ; ou en faisant leurs courses ; ou encore par des visites.

> **L'accessibilité des services** : Elle consiste en une accessibilité physique pour les personnes âgées mais également en l'accessibilité à des procédures administratives qui sont de plus en plus complexes et digitalisées : « chose à améliorer : l'accès aux handicapés pour bouger et avoir un bureau spécial pour les personnes âgées »⁹. La famille, les assistantes sociales ou les agents de prévention (St-Josse) accompagnent les PA jusqu'aux services publics pour les besoins administratifs ou accompagnent les PA dans l'utilisation des nouvelles technologies ou parfois pas pour certaines personnes isolées qui n'ont pas encore de structure d'appui.

> **Les aides** : Soit par des membres de la famille, soit par des aidants-proches, soit ponctuelle par des professionnels, soit aucune d'aide, voire du rejet.

> **Alimentation** : Les PA isolées recevaient des repas préparés de la famille, d'aidants-proches ou allaient manger dans des restos ou tables d'hôtes sociaux.

- **PENDANT** : Durant le confinement, nous avons pu

mettre en évidence un éventail de difficultés [1] que les personnes rencontraient ; les conditions [2] émises pour qu'elles puissent faire appel à une aide ; les points d'appuis [3] sur lesquels elles ont pu mobiliser ; les changements [4] qu'elles ont pu observer ou vivre.

[1] Les difficultés :

- L'une des préoccupations centrales est la question financière dont l'une des problématiques relevées est la hausse des prix des produits alimentaires.
- La diminution des contacts physiques a renforcé le sentiment de solitude des personnes âgées, avec la nuance que certaines ont exprimé que, par habitude, elles s'en accommodaient.
- Toutefois, elles ont exprimé à différents degrés des angoisses ou peurs face au virus du Covid, ce qui induisait également un sentiment d'insécurité vis-à-vis de l'extérieur (différents degrés de repli chez soi).
- Il a été relayé également que la digitalisation numérique brutale et sans transition des services (banques, administrations,...) pour les personnes âgées a augmenté leur dépendance aux autres (avec les conséquences de disponibilité, de perte d'autonomie et d'estime de soi). Cet accès à ces services conditionné par un accès numérique contribue à la vulnérabilité de ces personnes et donc à renforcer leur sentiment d'insécurité, en d'autres termes, les institutions publiques n'offrent pas suffisamment un cadre sécurisé pour les personnes âgées.
- Elles ont également exprimé leur insatisfaction quant à leurs attentes vis-à-vis de leurs proches. Ce « décalage » entre l'aide apportée par les aidants-proches et l'insatisfaction des personnes âgées se situe peut-être dans le fait que ces dernières ont le souvenir d'un autre modèle du « prendre soin des aînés » et dans un cadre sociétal différent (par ex : cohabitation intergénérationnelle avec les enfants, petits-enfants).

[2] Les conditions pour un recours effectif de l'aide et du soin :

- Confiance : Il a été relayé l'importance pour les personnes âgées de connaître celui qui apporte l'aide et de comprendre dans quel but il apporte

cette aide. Ces éléments accentuent le sentiment de sécurité.

- Adéquate : Ce critère nous renvoie non seulement à la notion de respect de l'univers de la personne (c'est-à-dire au respect de son organisation propre, de ses références culturelles) mais également la nécessité que l'aide soit conforme à leurs attentes.
- L'aide doit venir d'abord des proches : Cet aspect souligne l'importance de ne pas négliger l'inclusion de l'entourage proche des personnes âgées (famille, amis et voisins) dans la construction (ou le renforcement) du réseau d'aides et de soins propre à chacune d'elles.
- Claire et accessible : Les échanges ont mis en évidence qu'un important travail d'information et de visualisation doit être fait pour que l'utilisateur sache où sont les offres de services, de quoi elles sont constituées et comment y accéder.

[3] Les appuis :

Nous avons relevé 3 appuis mis en avant par les personnes les ayant aidées à traverser la première période de confinement.

- Le réseau intime : le maintien de lien avec la famille, amis, voisins.
- La religion : pour certains, elle est un élément central dans leur quotidien.
- La proactivité des services (de proximité) : L'importance de garder le lien avec les personnes (au minima par téléphone) lorsque ces services ne sont plus ou peu accessibles.

[4] Les changements :

- **Colis alimentaires** : La nouveauté pour certaines personnes était ces livraisons à domicile des repas. En effet, du fait de l'arrêt brutal des visites « alimentaires » par leur réseau, certaines PA ont eu recours à des livraisons de certains services ou ont bénéficié de repas délivrés par des restaurants sociaux. Toutefois, ce recours à la livraison de repas par d'autres services reste inhabituel, avec le bémol que les repas livrés ne contiennent pas la même saveur ou ne respectent pas les codes culturels.

- **Comportements/Environnement** : Présence d'une solidarité dans le quartier ; vécu d'une pollution moindre par certains ; témoignage de certaines personnes qui nous confient que le confinement serait moins anxiogène si elles étaient dans un cadre agréable. De plus, certaines personnes ont exprimé le sentiment de se sentir considérées, d'exister parce qu'elles ont été appelées par les chercheuses : « Je pense que ça s'est renforcé avec le confinement mais que ça se dirait hors confinement » ; l'impression forte « ah on s'intéresse à nous, on est là, on a une place dans la société »¹⁰. Les PA sont très touchées, elles se sentent reconnues par la société et soutenues psychiquement. Il y a eu aussi une prise de conscience de l'importance de l'aide et du soutien familial. Certaines PA se sont mises à cuisiner elles-mêmes
- **Gestion du quotidien dans le ménage** : Pour certains, les hommes vont davantage se charger des courses et des démarches administratives et les femmes vont s'occuper du foyer (et du maintien de lien avec les proches plus âgés).

- **APRÈS** : Nous ne pouvons pas affirmer que nous avons pu aborder « l'après confinement » mais elle correspond à la période de la sortie de la première vague de confinement.

Les personnes ont exprimé principalement :

- > Le désir de reprendre une vie sociale par les activités et des espaces de partage ; besoin de continuité dans le suivi et de contact social ;
- > De pouvoir revoir et passer des moments avec les membres de leur famille et aussi de garder le plus longtemps possible l'aide intra familiale plutôt que faire appel à des inconnus ;
- > Pour certains, le sentiment de peur de sortir de leur domicile a diminué mais pour d'autres, ils ont exprimé un certain repli sur soi et chez soi : difficulté de garder les liens ; peur de ressortir et d'être infecté par les autres ; impression d'être « pestiféré ».
- > Certains continuent à bénéficier d'aides alimentaires : importante mobilisation du réseau

8. Annexe 1, Houria Benhadi, p. 4

9. Annexe 1, Cécile Vankerck, p.4

10. Annexe 1, Sonia de Clerck, p.9

informel et solidaire pour continuer à apporter des repas « home made » chez les PA isolées.

- > Quelques formes de résilience : Certaines PA ont été résilientes au vu du manque d'accompagnement ce qui a stimulé leur autonomie (réalisation des repas elles-mêmes, bricolage, réparations diverses,...) ; d'autres ont voulu se rendre utiles en aidant les autres dans des petites tâches.
- > La question de la redevabilité des PA se pose vis-à-vis de la solidarité... Comment rendre ?

1.3. Les ateliers de co-création

Pour rappel, sur base d'un travail méthodologique préalablement élaboré et un cadre d'animation construit (voir les détails dans le rapport d'activité précédent du 01/12/2019-15/05/20), les ateliers ont été organisés en fonction des préférences linguistiques et se sont déroulés en journée et en soirée de fin août jusqu'à la mi-octobre 2020 :

- **Deux ateliers destinés aux professionnels** ont eu lieu le 25/08, l'un dans l'après-midi (de 12h00 à 15h00) et l'autre dans la soirée (18h00 à 21h00) à EVA bxl.
- **Douze ateliers destinés au public** (personnes âgées ; aidants-proches ; bénévoles,...) ont eu lieu sur deux sites. Durant les mois de septembre et octobre, à Métiss'âges asbl, deux séances par semaine étaient proposées, l'une en matinée (lundi de 09h30 à 12h00) et l'autre en soirée (mercredi de 18h30 à 21h) afin de garantir une facilité d'accès la plus large possible.

De plus, il a été établi que chaque atelier destiné au public, sera doté d'un animateur, d'un co-animateur et d'un rédacteur afin d'assurer les conditions idéales au processus de co-création et à sa retranscription compte tenu des contraintes linguistiques. Ainsi les rôles avaient été définis comme suit :

- L'animateur : chargé de diriger, animer et faciliter l'atelier ;
- Le co-animateur : chargé du soutien logistique afin de faciliter l'animation de groupe, d'interpréter si nécessaire dans les ateliers bilingues (arabe/berbère – français/néerlandais) et pouvant également intervenir comme facilitateur en cas de blocages identifiés

dans la dynamique de groupe et de co-création ;

- Le rédacteur : chargé de la prise de notes de tout le déroulé de l'atelier, de l'observation des dynamiques et de donner des feed-back. Par ailleurs, les ateliers ont été enregistrés de afin garantir une retranscription fidèle du travail de co-création.

Il est important de notifier que les qualités d'animation et, particulièrement, la qualité d'écoute, la bienveillance et l'attention accordée aux participants valorisant leur parole, ont non seulement instauré une dynamique de groupe créative et un cadre sécurisé, mais ont révélé également l'excellence pédagogique dont certaines animatrices ont fait preuve. Cette combinaison de savoir-faire et de savoir-être est plus qu'une conduite nécessaire pour mener à bien des ateliers, elle est l'expression parfaite de partage et de valorisation des individus, contribuant ainsi au renforcement de l'estime de soi et à l'implication dans le processus de co-recherche.

De plus, au-delà de l'apport de la formation en design thinking en termes d'outils pour impulser la créativité des participants et l'expression de celle-ci, nous avons pu également observer que le processus du rêve ouvre un champ de possible dans l'imaginaire de certain·es participant·es et un dynamisme positif au-delà même du cadre des ateliers. Nous ne pouvons pas encore mesurer les impacts positifs sur celles et ceux qui l'ont déjà exprimé mais nous veillerons à garder une attention particulière sur ces formes subtiles de changements positifs. Pour illustrer ce propos, lors de l'atelier 3 du 21/09/20, une participante, Madame S. a déposé :

« A 65 ans, même que si tu avais des activités, moi j'étais brodeuse, mais quand j'ai commencé à tomber malade et que je me fatiguais... La femme chez nous à 65 ans, elle est condamnée, de mon expérience.

Une autre participante lui dit : Nous, ici, on veut te redonner ta dignité...

Madame S. lui répond : Ce n'est pas question de dignité mais c'est l'existence ; le fait que tu existes encore. On me disait « ça suffit maman, ça va te fatiguer » même tes enfants....même si je res-

pirais, je n'existe plus. Si une personne trouve la force et les choses lui sont facilitées ; elle se sent revivre. »¹¹

1.3.1 Cadre méthodologique

Le contenu du matériel « grille de lecture des ateliers »¹² s'est élaboré sur base des retranscriptions de l'ensemble des ateliers et de 3 focus groupes de professionnels de l'aide et du soin.

Les ateliers ont rassemblé, d'un côté, des professionnels de l'aide et du soin ; et de l'autre, du public c'est-à-dire des personnes âgées (PA), aidants-proches (AP) et autres participants. Les focus groupes sont constitués de professionnels et ont eu lieu en 2018.

Au total, 2 ateliers et 3 focus groupes avec des professionnels de l'aide et du soin et 12 ateliers dits mixtes avec des PA, des AP et autres participants.

1.3.2 Les ateliers avec le public

CADRE D'ANIMATION

Pour chaque atelier, un cadre d'animation a été construit afin que les animateurs puissent avoir un fil conducteur commun et des objectifs clairs pour chaque séance de co-création.

Pour les ateliers I :

L'objectif est d'amener les personnes à exprimer les besoins d'aide et de soins des personnes âgées.

Le déroulé de l'animation s'est poursuivi comme suit :

A. PRÉSENTATION ET RÈGLES GÉNÉRALES

- > Présentation des personnes (tour de table)
- > Rappeler les objectifs du travail que l'on va entamer ensemble c'est-à-dire rappeler que l'idée n'est pas de s'attarder sur les constats mais sur le futur et ce que l'on va mettre en place.
- > Présentation de l'importance du rôle de chacun et

11. Atelier du 21/09/20 – Enregistrement 1 :50 :49 – paroles de Madame S. (arabe et français)

12. Annexe 2 : Synthèse des ateliers

de leur implication

- > Règles générales du groupe : temps de parole, respect, ...etc

B. QUE SIGNIFIE POUR VOUS VIVRE BIEN EN ÉTANT UNE PERSONNE ÂGÉE ?

Se baser sur les déterminants de la santé

- > **Préparation** : Choisir des images très générales, proches des réalités du quartier, non orientées
 - Le niveau de revenu et le statut social
 - Les réseaux de soutien social (famille, voisins, etc)
 - L'éducation et l'alphabétisme (les aspects administratifs des soins)
 - Les environnements sociaux
 - Les environnements physiques (mobilité, logement, adaptation du logement...)
 - Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles
 - Le patrimoine biologique et génétique
 - Les services de santé
 - Le sexe
 - La culture, loisirs

- > **Consigne** : choisir une image qui répond à la question : qu'est-ce qui est important pour vivre bien en étant une PA ? (5 minutes pour choisir)

- > **Tour de table** : chaque personne présente son choix et explique pourquoi

- > **Animatrice note** les mots clés sur des post-it et les affiches¹³

- > **Synthétiser les idées**, les regrouper en familles d'idées similaires (thématiques), attribuer en groupe un nom à chaque famille d'idées.

C. ANALYSER CHAQUE FAMILLE (OU THÉMATIQUES MISE EN ÉVIDENCE) EN GROUPE :

- > Demander aux participants d'évoquer déjà des idées par thématique : comment mettre ça en pratique concrètement ? (ce point sera développé en profondeur à l'atelier II mais amorcé dans l'atelier I)

13. Annexe 3 : Supports de co-création des ateliers

Pour les ateliers II :

L'objectif est d'amener les participants à exprimer leur vie rêvée de personne âgée: « Et si je pouvais vivre la vieillesse de mes rêves ».

Le déroulé :

A. SYNTHÈSE DE L'ATELIER 1 ET TOUR DE TABLE

SUR LE VÉCU LORS DE CETTE SÉANCE

- > Présentations si nouveaux participants
- > Rappel du processus du travail

B. LE RÊVE :

- > **Exercice** : fermer les yeux et s'imaginer vieux (80 ans) : image positive (3minutes)/ rêver
- > Mettre une musique douce de fond si possible
- > **Tour de table** : qu'avez-vous visualisé ? Noter les idées et les classer
- > **Faire des liens** avec les thématiques de l'atelier 1

C. POURSUIVRE L'ANALYSE DES THÉMATIQUES 1 TOUJOURS EN LIEN AVEC LE RÊVE

- > lister et regrouper en « clusters » les mots-clés, et/ou notions + identifier ce qui se cache derrière

Pour les ateliers III et IV :

L'objectif est que le service rêvé prenne forme avec ses freins et leviers.

Le déroulé :

A. SYNTHÈSE DE L'ATELIER I ET II : PRÉSENTATION ET MISE EN LIEN

B. NOTRE SERVICE RÊVÉ ?

- > Mindmapping à élaborer en groupe

C. RÉSULTATS : FREINS ET LEVIERS

D. QUID DES SOINS ?

- > Approfondir sur l'aspect des soins et le fait d'anticiper les situations de dépendances

COMPOSITION, DATES, LIEUX

Atelier public du lundi matin (9h30 à 12h00) :

> **4 séances** : 7/9/2020 (1) ; 14/9/2020 (2) ; 21/9/2020 (3) ; 5/10/20 (4)

> **Lieu** : à Métiss'âges asbl

> Animation :

- Atelier (1) et (2) : Rajae Serrokh ;
- Atelier (3) : Mahdiya El-Ouiali ;
- Atelier (4) : Malika Msellek et Najat El Mathari

> Participants :

- Atelier (1) : **7 participants** (5 femmes, 2 hommes) : PA et AP – **Origines** : marocaine, algérienne, turc et africaine¹⁴
- Atelier (2) : **8 participants** (7 femmes et 1 homme) : PA et AP – **Origines** : marocaine, algérienne, turc et africaine
- Atelier (3) : **11 participants** (10 femmes et 1 homme) : définis par activité professionnelle (coiffeuse, femme au foyer, animatrice PA et AP, comédienne) – **Origines** : marocaine, algérienne, turc, africaine et belge
- Atelier (4) : 6 participants (5 femmes et 1 homme) : **Origines** : marocaine et algérienne.

Atelier public du mercredi soir (18h30 à 21h) :

> **4 séances** : 9/9/2020 (1) ; 16/09/2020 (2) ; 23/9/2020 (3) ; 5/10/2020 (4)

> **Lieu** : à Métiss'âges asbl

> **Animation** : Sonia de Clerck

> Participants :

- Atelier (1) : **5 participants** (4 femmes, 1 homme) PA et AP – **Origines** : marocaine et belge
- Atelier (2) : **5 participants** (5 femmes, 1 homme) PA et AP – **Origines** : marocaine et belge
- Atelier (3) : **5 participants** (5 femmes) PA, AP, médecin généraliste – **Origines** : marocaine et belge
- Atelier (4) : **5 participants** (3 femmes, 2

hommes), PA, AP, agents de convivialité au Foyer Schaerbeekois – **Origines** : marocaine, belge, africaine

Atelier public Feza :

> **4 séances** : 6/10/2020 (1) ; 8/10/2020 (2) ; 13/10/2020 (3) ; 15/10/2020 (4)

> **Lieu** : à Feza asbl

> **Animation** : Selma Tunkara

> Participants :

- Atelier (1) : **11 participantes** : AP – **Origines** : turc et bulgare
- Atelier (2) : idem
- Atelier (3) : idem
- Atelier (4) : idem

1.3.3 Les ateliers et focus groupes avec les professionnels de l'aide et du soin

Atelier après-midi

> **Séance** : 25/8/2020

> **Lieu** : à EVA bxl

> Animation : Pierre Echard

> Participants :

- 8 Participants (7 femmes, 1 homme) : 2 assistantes sociales du Centre familial de Bruxelles, 1 assistante-comptabilité EVA bxl, 1 adjointe direction d'une Maison de Repos « Résidence Bel air », 1 médecin généraliste de maison médicale Santé et Bien-Être, 1 chargé promotion santé de la maison médicale Globale, coordinatrice projet EVA bxl, responsable projet EVA bxl.

Atelier soir

> **Séance** : 25/8/2020

> **Lieu** : à EVA bxl

> **Animation** : Pierre Echard

> Participants :

- 8 participantes : 3 animatrices associations d'aide dont asbl Métiss'âges, 1 infirmière indépendante, 1 pharmacienne, 1 coordinatrice projet co-create entraide

de quartier, coordinatrice projet EVA bxl, responsable projet EVA bxl, chercheuse CASPER

Focus groupes 1 à la Maison Médicale Santé et Bien-Être avec le personnel interne le 13/11/2018

> **Animation** : Rajae Serrokh

> Participants :

- 7 membres de l'équipe : 2 médecins généralistes et une assistante en médecine générale; 1 infirmier, 1 accueillante, 1 AS, 1 responsable accueil, 1 AS stagiaire

Focus groupes 2 au CPAS de Schaerbeek avec le personnel du réseau CASS le 16/11/2018

> **Animation** : Sarah

> Participants :

- 14 personnes représentant 10 services : 1 travailleuse de Bricoteam, 1 AS à la Clinique St Jean, 1 infirmière indépendante, 2 AS et 1 étudiante AS stagiaire au foyer schaarbeekois, 1 responsable et 1 agent du service des PA du CPAS de Schaerbeek, 1 animatrice au centre de jour Maison Biloba Huis, 1 coordinatrice et 1 étudiante AS stagiaire asbl Le Figuier, 1 animatrice asbl Renovas, 1 AS et 1 infirmière au service gériatrie du site Brugman de l'hôpital Paul Brien

Focus groupes 3 à la Maison Médicale Santé et Bien-Être avec des professionnels de la santé externes le 21/11/2018

> **Animation** : Véronique Germain

> Participants :

- 1 médecin généraliste maison médicale, 1 pharmacien quartier Helmet, 1 AS maison médicale, 1 directeur MRS Bel Air, 1 médecin chef au service gériatrie du site Brugman de l'hôpital Paul Brien

14. Pays d'origine inconnu

2. Travail d'analyse : Organisation de la grille de la lecture¹⁵

La synthèse des ateliers et des focus groupes s'est organisée en une grille de lecture destinée à structurer l'analyse collective du matériau récolté lors de ces différents espaces de travail.

Tous les partenaires ayant reçu progressivement les retranscriptions des ateliers afin d'en prendre connaissance et d'en avoir une vue d'ensemble. L'objectif étant d'organiser ce matériau, parfois très touffu et d'une lisibilité assez inégale.

Une première version de cette note a été discutée lors de la réunion des partenaires du projet le mardi 26 octobre 2020. Sur base des remarques critiques et suggestions de modifications et compléments formulés lors de la réunion, une deuxième version complétée et réorganisée a été rédigée. Pour prendre en compte la demande qui a été formulée en réunion de distinguer les points de vue et les propositions des professionnels de l'aide et du soin de ceux des participants aux ateliers mixtes, la grille d'analyse est scindée en deux parties : une première partie porte sur le matériau récolté dans les 12 ateliers mixtes ; la deuxième partie porte sur le matériau récolté dans les 2 ateliers et les 3 focus groupes de professionnels de l'aide et du soin. Dans chacune des 2 parties, la grille de lecture est organisée selon deux axes qui ont été définis par les responsables du GT ateliers pour l'animation des ateliers et la prise de parole des participant.e.s :

AXE 1 : Les conditions pour le bien être des seniors : Qu'est-ce que cela signifie pour vous qu'une PA se sente bien chez elle au fur et à mesure de son vieillissement ? Que signifie pour vous vivre bien chez soi comme PA ? Qu'est-ce qui est important pour le bien-être d'un.e senior ?

AXE 2 : Que faire ? Que créer ? : Que peut-on faire pour que ces points importants puissent exister ? Quel service créer qui puisse offrir tout cela, qui réponde idéalement à tous ces besoins qui assurent le bien-être des PA ?

Dans chaque partie, la grille de lecture proposée du matériau est donc structurée en deux colonnes, selon ces deux axes, en présentant une synthèse des conditions du bien-être et des propositions d'actions formulées par les deux types d'acteurs.

La colonne 1 consacrée à l'axe 1 Conditions du bien-être est structurée en 10 thèmes :

3 thèmes considérés comme transversaux c'est-à-dire considérés comme des conditions sine qua non du bien-être et qui impactent sur tous les aspects de la vie : l'argent, l'autonomie et la nourriture. Ensuite, les 7 thèmes plus spécifiques : les aides, les soins de santé, les liens sociaux, les activités et loisirs, le logement, la mobilité et l'administratif.

[1] L'argent : Ce thème a été abordé sous divers angles dans les 3 ateliers mixtes. D'une part, sous l'angle du revenu d'existence dont disposent les PA, d'autre part sous l'angle de la rémunération/non rémunération des prestataires d'aide et de soins aux PA et donc aussi de la gratuité/non gratuité des aides prestées. Les professionnels des ateliers et des focus group ont souligné une capacité réduite à recourir à des services d'aide et de soin payants, les conditions de vie précaires freinent, voire empêchent, le recours à l'aide nécessaire et/ou à sa mise en œuvre, même à des tarifs sociaux.

[2] L'autonomie : La considération de la PA, le respect de ses valeurs culturelles, le respect de sa liberté de choix, de son pouvoir de décision sur sa vie ainsi que la reconnaissance de sa capacité d'agir et de son désir de transmettre (son expérience de vie, son histoire), ont été souligné à diverses reprises dans les 3 ateliers mixtes (PA, AP) ainsi que dans les ateliers professionnels comme un besoin fondamental pour le bien-être des PA et un garant de leur qualité de vie dans tous les domaines (soins de santé, aides à domicile, alimentation, loisirs). Pour les professionnels, une atteinte importante au pouvoir d'agir et de décider de la PA concerne l'argent. Une autre atteinte porte sur le manque de considération et de respect de leur rythme, de leurs habitudes, de leurs rituels, de leur façon d'habiter leur chez soi, de l'entretenir, de leur conception du propre et du rangé. Dans les 2 ateliers de professionnels, on a insisté sur le fait que le manque

de temps pour les prestations d'aides et de soins à domicile découle de l'organisation du travail qui vise plus la rentabilité financière du service que le bien être des bénéficiaires. Ce qui conduit les professionnels à limiter leur intervention à une série d'actes techniques au détriment de la dimension humaine et relationnelle. Il a été souligné que des nouveaux modes d'organisation du travail de l'aide et du soin à domicile ont été expérimentés ailleurs, en particulier aux Pays-Bas, afin d'améliorer la qualité du service et la satisfaction tant des personnes aidées que des travailleurs.euses. Dans ces ateliers on a de ce fait insisté sur l'importance du travail en réseau de professionnels, à l'échelle de proximité du quartier, pour l'amélioration de la qualité de l'aide et du soin donné aux PA dans le respect de leur autonomie et donc de leur bien-être.

[3] La nourriture : est le leitmotiv récurrent dans les 3 ateliers mixtes (PA, AP) qui font du plaisir de manger « de bons petits plats traditionnels, goûteux, sains, comme ceux cuisinés et mangés à la maison dans l'enfance », de « bons repas partagés avec des proches/amis », un élément essentiel du bien-être et du bien vivre pour les PA. Un facteur aussi de reconnaissance et de transmission.

[4] Les aides : Dans les ateliers mixtes 1 et 3, l'évocation de la « vieillesse idéale » a mis en évidence l'importance des attentes d'aide et de soutien des PA à l'égard de leurs proches, enfants et petits-enfants. Dans les ateliers 1 et 2 on a insisté sur l'importance de fidéliser l'aide (pas de fréquents changements des aidants qu'ils soient professionnels ou bénévoles), que les aidants (aidants-proches, professionnels, bénévoles) fassent preuve de disponibilité et prennent le temps de veiller à ce que l'aide soit organisée 7j/7. Les dimensions d'entraide et de réciprocité ont aussi été soulignées avec force, notamment par la valorisation de l'aide intergénérationnelle. : « Pouvoir trouver des gens pour nous aider mais aussi en tant que PA que l'on puisse aider. Donner et recevoir. » L'enjeu très concret c'est de mettre en relation l'offre et la demande d'aide, de veiller à ce qu'offres et demandeurs d'aide et de soutien puissent se rencontrer. La non-demande d'aide à domicile des PA et/ou de leurs familles est une importante source de préoccupation pour les professionnels. Les raisons de

cette non-demande sont multiples. Une première raison cruciale est la non-reconnaissance du besoin d'aide par défaut d'évaluation correcte de la capacité d'autonomie de la PA. Une deuxième raison, tout aussi cruciale, est le manque de confiance dans l'offre existante, jugée inadéquate. Une troisième raison est liée au tabou familial du recours à l'aide à domicile ou du placement en maison de repos. Une quatrième raison tient au manque d'information sur l'offre d'aide existante ainsi qu'à la peur de demander de l'aide. Dans les focus group 2 et 3 on a souligné qu'en dépit d'une offre de services d'aide abondante à Bruxelles, celle-ci est saturée par rapport à la croissance de la demande, de sorte qu'il est quasi impossible de trouver une solution d'aide en cas de besoin en urgence. La demande importante pour « la personne de compagnie », figure de réciprocité et d'entraide particulièrement appréciée par les PA d'origine étrangère, a beaucoup été discutée dans les deux ateliers de professionnels. Comment et où trouver ces personnes et comment s'assurer de la qualité de la personne aidante afin d'éviter tout risque d'abus ou de maltraitance ?

[5] Les soins de santé : Comme souligné dans les 3 ateliers mixtes et davantage encore dans les ateliers de professionnels, un grand défi à relever en matière de soins de santé des PA, c'est leur défiance à l'égard du monde médical qui les conduit à différer les consultations et les demandes de soins et à n'y faire appel qu'en urgence, quand la situation médicale est grave, ce qui met à mal tant le personnel soignant que les aidants-proches. Pour les professionnels du soin (en maison médicale ou à l'hôpital) l'isolement de la PA et le défaut d'attention et de vigilance des proches ou des aides à domicile, est une raison majeure du non-recours des PA aux soins nécessaires. La sortie de l'hôpital est un facteur de stress important pour les PA, les familles mais aussi pour les professionnels : comment gérer cette sortie ? qui s'assure que le suivi à domicile nécessaire est presté ? La surabondance d'offre et le défaut de coordination entre professionnels du soin compliquent la situation. Le mot clé c'est « la continuité » dit un intervenant. Or, pas de continuité des soins et de l'aide sans coordination des professionnels.

[6] Les liens sociaux : Fort consensus parmi les

15. Annexe 2 : Synthèse des ateliers

professionnels réunis dans les focus group pour constater le grand isolement de nombreuses personnes âgées, qui ne reçoivent pas de visites de proches ou de relations extérieures, à l'exception de celles des professionnels de l'aide. La demande de relation, d'attention est forte, mais « sans sortir du domicile », car certaines PA ne veulent plus aller à l'extérieur pour participer à des activités extérieures ou se rendre dans un centre de jour. Comme relevé dans l'atelier mixte 2, il y a un paradoxe concernant la vie sociale des PA dès lors que celles-ci ont à la fois besoin d'être seules chez elles, dans la tranquillité, le respect de leurs habitudes et de leur intimité, mais aussi perçues comme se plaignant de solitude et du manque de compagnie, surtout de leurs proches. Comment tenir ensemble les deux sans culpabiliser ? La dimension intergénérationnelle a été soulignée comme facteur de sécurité, de réconfort, de réciprocité et de transmission entre jeunes et moins jeunes.

[7] Les activités/loisirs : Dans les trois ateliers mixtes, « la vieillesse rêvée » a mis en lumière l'importance pour une PA de « s'occuper », « avoir des projets », « se sentir utile ». A été souligné le goût des PA pour les voyages, les sorties dans la nature, les excursions, soit en famille avec les proches soit en groupes, groupes de PA mais aussi groupes intergénérationnels pour permettre les échanges, mais aussi pour créer de l'entraide, de la solidarité. Dans les 3 ateliers, on a insisté sur l'importance d'entretenir la forme (physique, intellectuelle, spirituelle, psychique) des PA : « marcher, bouger, c'est la vie », « avoir des projets », « entrer en contact avec la nature, méditer ». La liste des activités proposées est longue : marches, balades thématiques, ateliers bien-être (gym douce, yoga, aquagym, spa, hammam), jardinage dans des jardins collectifs, pétanque, chanter dans une chorale, théâtre, club de lectures, broderie, couture, etc.

[8] Le logement : Il y a une forte convergence dans les 3 ateliers mixtes sur l'importance de permettre aux PA de vivre dans un logement de qualité adapté à leurs besoins et leurs capacités. Accent aussi sur l'importance de renforcer le contrôle sur la qualité du logement et son adaptation aux besoins des PA ainsi que d'équiper avec « des technologies pour sauver les vies ». Au-delà de la qualité du logement, il y a aussi la qualité

de l'environnement proche. Dans les 3 ateliers mixtes a été déploré le manque d'entretien de l'espace public (saleté, détritus dans les rues, nuisances sonores) et le manque de verdurisation.

[9] La mobilité : Dans les 3 ateliers mixtes on a beaucoup insisté sur l'obstacle que représente la mobilité pour les PA dans leur vie quotidienne, ce qui les amène à ne plus oser sortir de chez elles pour participer à des activités, et même pour rendre visite à des proches, faire leurs courses, se rendre au marché, etc. Dans l'atelier 2, on signale que le problème de la mobilité des PA, en ville du moins, est une question de rythme. Il faudrait que les services publics de transport respectent la lenteur. Il y a aussi l'importance de la régularité des horaires et l'existence de sonnettes pour attirer l'attention des chauffeurs sur les besoins des PA. On signale également que les PA répugnent à se déplacer en chaise roulante, par crainte du stigmatisme, mais aussi parce que l'espace public n'est pas aménagé adéquatement, et les transports publics non plus

[10] L'administratif : Concernant les difficultés administratives, a été questionnée dans les ateliers 1 et 2 la contrainte de plus en plus généralisée qui est faite de l'usage des nouvelles technologies, ce qui constitue un empêchement important pour les PA de continuer à faire leurs démarches elles-mêmes, notamment auprès de la banque, de la mutuelle, etc

Dans la colonne 2, pour chacun de ces thèmes sont listées les pistes/propositions d'action formulées dans les 2 types d'atelier.

3. Synthèse des idées innovantes

Ci-dessous, la synthèse de l'ensemble des idées émises dans les ateliers et focus groupes. Elles sont classées par thématiques et pour chacune d'elles, nous avons distingué les idées émises par le public (personnes âgées, aidants-proches, bénévoles) et celles émises par les professionnels de l'aide et du soin afin d'avoir une meilleure visibilité de leur provenance et d'identifier potentiellement celles qui sont convergentes aux deux groupes.

Public Professionnels	Thématiques	Idées
	L'argent	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds d'aide, cagnotte, « tontine » • Service d'accompagnement à la gestion du budget • Petits boulots rémunérés pour PA valides • Statut de bénévole : reconnaissance et rémunération, en complément de la retraite ou de l'indemnité maladie pour des ex-professionnels de l'aide et du soin • Statut de pair-aidant, d'accompagnateur sur le même modèle que le statut d'aidant-proche • Travail bénévole pour des chômeurs avec en contre-partie garantie non exclusion du droit au chômage • Bénévolat : logique de don/contre-don sous forme de troc • Reconnaissance de l'aide bénévole comme job étudiant • • Instaurer un système équivalent au tiers-payant pour l'aidant • Tarifier les soins au prorata des revenus • Suppression du statut de cohabitant pour PA qui vit avec aidants proches • Valorisation de la fonction de « sentinelle du quartier » exercée par PA

Public Professionnels	Thématiques	Idées
	Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Donner du temps et de l'attention • Bureau des plaintes des PA • Lieux d'écoute, espace de paroles • Mettre en place des plages horaires spécifiques réservées aux PA pour les rdv médicaux (hôpital, maison médicale, etc.) <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Travail d'accompagnement individualisé d'une famille et de la PA, s'apparentant à un processus de sensibilisation, d'acceptation de la situation et de soutien psychosocial du bénéficiaire. • Sensibiliser, voire former dans le cadre de formation à l'interculturalité, les personnes (bénévoles, professionnels) qui rendent visite au domicile de l'importance du respect et de la considération des valeurs et traditions culturelles. • Mixité de l'offre de soins à domicile (kinés, infirmier.ères) pour prendre en compte les problèmes de pudeur des PA • Intégrer dans la formation des aidants, que le métier ne se limite pas à poser des gestes techniques mais axer la formation sur le bien être d'une personne. Ramener de l'humain dans la formation. • Création d'une antenne de quartier avec une équipe de professionnels de l'aide à domicile qui a le droit et les moyens d'organiser son travail en équipe, de décider comment faire le travail ensemble pour davantage de motivation et d'engagement dans le travail. • Création d'une plate-forme associative, qui rassemble toutes les personnes qui passent chez une PA : médecin, infirmière, femme de ménage, etc, afin d'assurer un suivi collectif • S'inspirer d'expériences innovantes dans l'organisation de l'aide à domicile aux Pays-Bas, en Finlande • Travail en réseau des professionnels de l'aide et du soin à l'échelle du quartier
	Nourriture	<ul style="list-style-type: none"> • Plate-forme Bon appétit ! • Sensibilisation / formation des aides-familiales à une cuisine saine, de qualité, et respectueuse des goûts des PA • Co-cuisiner dans des espaces communs de rencontre • Repas collectifs pas chers sur les marchés • • Développer les services d'Aide Familiale et diminuer les prix pour favoriser l'accès aux PA précaires. • Visites gratuites chez le dentiste parce que grande importance des soins dentaires pour PA si on veut qu'elles continuent à manger correctement. • Garantir le choix du type de repas dans les services de livraison de repas ou dans services de repas collectifs (centres de jour)

Public Professionnels	Thématiques	Idées
	Les aides	<ul style="list-style-type: none"> • Fidéliser l'aide de prestataires d'aide et de soins • Facteur qui collecte les demandes d'aide des PA à domicile • Parrainage intergénérationnel • Création d'une plate-forme internet qui organise et gère l'offre et la demande d'entraide pour repas à domicile, courses, promenades, soin à animal de compagnie, bricolage/réparations, transport, esthétique, coiffure, manucure/pédicure • Création et organisation d'un réseau d'entraide et de solidarité de bénévoles à l'échelle du quartier en s'appuyant sur toutes les ressources disponibles (lieux de culte, maisons médicales, commerces de proximité, pharmacien) • Cartes avantages dans salons coiffure/esthétiques du quartier pour l'accès à des soins à prix démocratique • Soins esthétiques à domicile par des bénévoles (ex-) professionnels <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Créer un réseau de recrutement réglementé des personnes de compagnie qui garantit la qualité de l'aide prestée en mettant en place un système d'évaluation et de contrôle des personnes aidantes. • Reconnaître et valoriser le rôle de personne / dame de compagnie comme un métier global, polyvalent, reconnu par la Mutuelle et financé par l'INAMI. • Créer une antenne locale (quartier) qui réunit une équipe de professionnels sans distinction de titres/fonctions/statuts qui travaillent ensemble dans un esprit d'équipe pour le bien-être des patients. • Travail en réseau fondé sur la communication entre prestataires de soins et approche globale de la personne et de tous ses besoins. • Créer la fonction d'ambassadeurs qui ont la confiance et qui la divulguent autour d'eux, par l'organisation de rencontres qui peuvent catalyser une prise de confiance. • Création d'une centrale d'appels téléphonique : centrale de veille • Création d'une plateforme de messagerie audio pour professionnels de l'aide et du soin • Mieux informer sur l'aide à domicile et favoriser la reconnaissance de ce travail • Développer plus de services d'aides familiales. • Création d'un système de service de type constellation familiale au sein de laquelle se grefferait les interventions des professionnels de l'aide et des soins aux PA et à leur aidants proches. Conciergerie de quartier • Créer une structure pluridisciplinaire de type « Titres services » polyglotte, multilingue, pour une prise en charge globale, de proximité. • Agents de proximité et coordinateur des intervenants tous services ancrés dans le quartier • Plateforme de messagerie, pour la communication centrée sur l'usager : chaque personne a une boîte aux lettres où chaque intervenant peut déposer un message – chaque message sera catégorisé par domaine (santé, social, ...) – accompagné d'un logiciel qui peut retranscrire automatiquement l'audio.

Public Professionnels	Thématiques	Idées
	Soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer la confiance dans le temps, stabilité des soignants et des personnes de confiance • Veiller à toujours garder les personnes de l'aide et du soin en qui la PA a déjà confiance, par exemple le médecin, l'infirmière, le pharmacien qu'elle connaît depuis longtemps. • Créer des espaces de rencontre pour mettre en relation PA et professionnels de l'aide et du soin, informer sur les services existants. • Création d'un réseau d'attention, de veille en matière de prévention, autour de la PA. • Créer des espaces de paroles non mixtes pour respecter la pudeur • Groupe de parole et de soutien pour patients atteints de maladies graves • Avant une sortie de l'hôpital, organiser d'office un passage d'une infirmière pour lister tous les besoins de la PA une fois qu'elle est à domicile • Informé sur le nouveau statut d'aidant-proche et l'octroi d'aides sociales sous forme de titres-services • Développer des services d'experts du vécu pour PA qui transmettent aux soignants de l'hôpital le point de vue des patients <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Instaurer un suivi médical global, avec un bilan gériatrique d'office à partir de 65 ans, et un suivi obligatoire tous les 2 ans, pour permettre une prise en charge plus rapide. • Idée d'un camion MDM – Maison Médicale Mobile • Faciliter une communication plus fluide et directe entre les intervenants autour du patient et avec celui-ci et mettre en place un système de suivi global • Mise en place d'un système de transport et d'accompagnement pour les déplacements des PA vers les services de 1ère ligne • Faciliter une communication plus fluide et directe entre les intervenants autour du patient et avec celui-ci et mettre en place un système de suivi global • Instaurer un carnet (similaire au carnet enfant ONE) où tous les intervenants de l'aide et du soin à domicile consignent leurs observations, carnet détenu par la PA • Utiliser la plate-forme électronique CARENET qui est un lien entre médecins de l'hôpital et le médecin traitant, pour encoder les prescriptions en médicaments et en services, coordonnée par une personne ressource qui a accès à cette plate-forme, de façon sécurisée, et veille à mettre tous les signaux au vert, en fonction des actions requises. • Créer un nouveau métier de référent/coordonateur de l'aide et du soin

Public Professionnels	Thématiques	Idées
	Liens sociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Ligne téléphonique fixe gratuite au domicile des PA afin qu'elles soient joignables par les proches, les soignants, etc. • Boîte aux lettres à propositions/ demandes de compagnie, de rencontre des PA et des AP dans les rues du quartier • Espaces collectifs dans le Foyer Schaarbeekois pour instaurer la solidarité entre habitants • Établir une liste des PA du quartier et travailler avec les comités, les endroits de culte, et aussi les maisons médicales • Création d'une ligne téléphonique gérée par une centrale, le but étant de confectionner une liste de PA résidant dans le quartier et de prendre régulièrement de leurs nouvelles. • Facteur des PA qui prend note des demandes, attentes, besoins des PA et les met en lien avec offre de services/ bénévoles. • Ateliers créatifs/ éducatifs intergénérationnels • Veiller à l'accompagnement spirituel et au soutien moral et psychologique des PA <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Créer un bureau des câlins et un bureau des amitiés
	Activités/ Loisirs	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'une ligne de bus spécifique (de la STIB ou de la commune) avec itinéraire spécifique et arrêts à endroits spécifiques appréciés des PA : marché, musée, parcs, centre-ville, avec un accueillant et service café. Aux arrêts chaises roulantes à louer pour PA peu mobiles+ sorties/excursions en dehors de Bruxelles • Création de jardins partagés, de bacs à fleurs/légumes dans rues : commune ? • Créer un service de lecteurs à domicile et des groupes de lecture dans une logique intergénérationnelle (des PA et des jeunes) • Organisation d'excursions et voyages en autobus dans une logique intergénérationnelle • Création d'un « café de repos », lieu de rencontre et de loisirs pour PA du quartier <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Création d'un centre de jour où les personnes peuvent être amenées en bus, et sont ramenées chez elles, un centre de jour où ils font des activités, y compris des activités extérieures avec un service de transport pour les stimuler et les soutenir dans leurs recherches de repères culturels.

Public Professionnels	Thématiques	Idées
	Logement	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le contrôle sur la qualité du logement et son adaptation aux besoins des PA • Équiper les logements des PA de technologies de détection pour prévenir en cas d'accidents • Élaborer projet de quartier avec commune de Schaerbeek pour location de bacs pour plantations (tomates, fraises, fleurs, herbes) • Aménagement des petits parcs de quartier avec toilettes et fontaines d'eau <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Centre de logements intergénérationnel, avec un grand jardin central et tous les services aux PA appropriés dont ils ont besoin
	Mobilité	<ul style="list-style-type: none"> • Système de bus (un bus pour PA qui ont animal de compagnie et un bus pour PA sans animal) qui a un itinéraire spécifique avec arrêts dans des lieux appréciés par PA (parcs, marchés, musées, etc.) où on peut louer des chaises roulantes • Navette par quartier pour déplacements des PA vers services de 1^{ère} ligne et services administratifs • Système de bus STIB pour PA similaire à celui qui existe en semaine pour PH à coût réduit (1,70 euros pour PH et pour accompagnant) et taxi vert le week-end payé par Stib • Système de jeunes accueillants pour les PA dans les transports en commun, régularité des horaires des transports publics et l'existence de sonnettes pour attirer l'attention des chauffeurs sur les besoins des PA • Transport des PA assuré par la Croix-Rouge pour les déplacements des PA vers des activités extérieures ou pour des visites • Customiser les chaises roulantes, les déambulateurs
	Administration	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser l'aide administrative à domicile : un service administratif communal vient à domicile pour les PA • Réalisation d'un guide administratif pour les aidants proches ainsi que pour les bénévoles qui font une aide administrative • Mise en place d'une centrale administrative qui fonctionne avec un trio : la PA, la personne de confiance, l'agent administratif • Contraindre les administrations, les banques, les assurances, les mutuelles à maintenir des guichets spéciaux réservés aux PA pour réalisation des opérations « à l'ancienne ».

Sur base de la grille de lecture, chaque membre du comité de pilotage (ainsi que Habiba Msellek qui s'est rajoutée au processus de travail) a proposé un scénario de prototype pour le comité de pilotage du 19/11/2020. Certains l'ont fait sous forme de schéma, de dessin ou de rapport écrit¹⁶.

16. Annexe 4 : Scénarios prototypes

WORKPACKAGE 2 : DESIGN PROTOTYPE

1. Processus de co-création

Dans ce processus de design du prototype, nous avons étroitement collaboré avec Jan Leyssen et Pierre Echard afin de bénéficier de leur expertise dans le design mais également d'amorcer les réflexions quant au cadre d'évaluation qu'il faudra co-construire dans la phase d'expérimentation.

C'est pourquoi le comité de pilotage du 19/11/20, a été animé par Pierre Echard afin de nous appuyer dans le processus co-création du design du prototype.

La méthodologie déployée avait pour but, dans un premier temps, de co-construire, en CP, 3 propositions de scénarios de prototype et ensuite, de les soumettre aux professionnels du soin et de l'aide (via une réunion zoom) et au public (via un groupe WhatsApp).

Afin de nous faciliter le travail de co-création en ligne, nous avons utilisé l'outil en ligne « le mural »¹⁷. Le cadre d'animation proposé préalablement au CP, va quelque peu se dérouler différemment pour la 3^{ème} étape :

1^{ère} étape : Chaque membre avait 5 min pour présenter son prototype, puis nous passons aux questions. Pendant chaque présentation, il a été proposé à l'ensemble des autres membres de remplir la fiche du prototype présentée : points positifs, points d'amélioration¹⁸.

2^{ème} : Ensuite, un tour de table pour que chacun puisse voter son "top 3" des prototypes en proposant des suggestions pour l'amélioration de ces "3 prototypes choisis".

3^{ème} : Vote de l'ensemble du CP pour les 3 meilleurs scénarios selon un graphique (impact potentiel et facilité de mise en œuvre). Ce mural sera projeté (graphique : impacts potentiels/facilité de mise en œuvre) pour nous aider à faire le choix des prototypes "les plus stratégiques et pertinents".

17. <https://app.mural.co/t/esastlucmasterdesigninnovati4006/m/esastlucmasterdesigninnovati4006/1605277643734/16fad71e0990440d1f4b6c5bd80583f8c616e39c>

18. Annexe 5 : Formulaire de travail Scénario CP

Pour cette 3^{ème} étape, les membres du comité ont estimé plus pertinent de ne pas voter les 3 meilleurs scénarios mais de traduire l'ensemble dans une formule de résilience innovante. Pour ce faire et avec l'aide du graphique, nous nous sommes employés à mettre en évidence les éléments essentiels contribuant ou impulsant des impacts positifs dans le bien-être des PA et faciles à mettre en œuvre et ce, dans la perspective de co-construire un scénario le plus stratégique et pertinent possible.

Afin d'avoir une vue d'ensemble claire et mettre en relief les interactions entre les différents éléments qui constituent notre scénario à expérimenter, nous avons d'abord choisi de le traduire sous forme de schéma¹⁹. Celui-ci s'est construit sur base de la phase exploratoire de la problématique de résilience qu'est le non-recours à des services d'aide et de soin par certaines personnes âgées d'origines diverses dans le quartier d'Helmet à Schaerbeek, les entretiens téléphoniques entrepris durant le confinement et les échanges lors des ateliers de co-création avec le public ont mis en évidence qu'il y a non seulement une hiérarchie des différentes sources d'aide de la part des PA mais également des conditions²⁰ pour que le recours à ces services soit effectif :

Confiance : Il a été relayé l'importance pour les personnes âgées de connaître celui qui apporte l'aide et de comprendre dans quel but il apporte cette aide. Ces éléments accentuent le sentiment de sécurité.

Adéquate : Ce critère nous renvoie non seulement à la notion de respect de l'univers de la personne (c'est-à-dire au respect de son organisation propre, de ses références culturelles) mais également la nécessité que l'aide soit conforme à leurs attentes.

L'aide doit venir d'abord des proches : Cet aspect souligne l'importance de ne pas négliger l'inclusion de l'entourage proche des personnes âgées (famille, amis et voisins) dans la construction (ou le renforcement) du réseau d'aides et de soins propre à chacune d'elles.

Clair et accessible : Les échanges ont mis en évidence qu'un important travail d'information et de visualisation doit être fait pour que l'utilisateur sache **où** sont les offres de services, de **quoi** elles sont constituées et **comment** y accéder.

19. Annexe 6 : Schéma du prototype (étape 1)

20. Rapport d'activité 15/06/2020-29/01/21, p.11

Dès lors, ce que nous souhaiterions comprendre et évaluer ce sont ces composantes essentielles que constitueraient un réseau adéquat et de confiance autour de la PA. Pour ce faire, nous avons imaginé un dispositif d'expérimentations que nous avons présenté d'abord sous forme de schéma²¹.

2. Descriptif du dispositif²²

Puisque nous voulons explorer les articulations entre le réseau formel et informel d'aide et de soin, le dispositif d'expérimentation alliera une diversité culturelle, générationnelle, de genre, de santé et sociale (**slide 2**).

Ce dispositif sera constitué de 6 éléments à explorer : un espace, des connecteurs, une plateforme digitale, une communication, une formation, la mobilité (**slide 3**). L'exploration de ces éléments procédera sous forme de bulles de co-création donc chacune d'elle sera constituée de personnes âgées et/ou aidants proches et de bénévoles et/ou professionnels. Ces bulles seront des laboratoires d'innovations sociales qui auront pour mission de tester les différents éléments du dispositif d'expérimentation.

Dans la perspective de comprendre et d'évaluer les dynamiques sociales, nous avons opté pour un espace d'exploration ancré d'emblée dans les préoccupations de résilience pour les personnes âgées. En effet, Métiss'âges est non seulement un lieu d'accueil et d'activités pour les seniors mais également un point de relais d'informations de divers services²³ (**slide 4**). L'accueil des personnes est géré par Habiba Msellek qui a su tisser, au fur et à mesure, un lien de confiance avec les personnes âgées fréquentant le local et maintenir ce lien durant le confinement. En d'autres mots, c'est un lieu où l'on donne du temps et de l'attention, deux éléments fondamentaux qui sont revenus régulièrement à travers les différentes thématiques des ateliers. De plus, par son expérience professionnelle par le passé dans la fonction d'aide à domicile, elle possède une acuité quant aux enjeux de la problématique de la recherche. De plus, cet espace est lui-même situé dans le quartier d'expérimentation dans lequel des dynamiques (connecteurs,

21. Annexe 7 : Schéma du prototype (étape 2)

22. Dispositif format vidéo (vidéo 2 & vidéo 3) – format schéma (Annexe 7)

23. Rapport d'activité 15/06/20-29/01/21, p.5

facteurs) et des espaces collectifs publics vont être explorés. Ainsi, Métiss'âges sera le laboratoire de rencontres (du réseau formel et informel) et de co-création (confiance et co-gouvernance) qui nous permettra, à travers les actions d'expérimentation d'évaluer si les personnes se sentent **exister et valorisées, prennent leurs décisions en toute autonomie et que celles-ci soient respectées, de s'impliquer en toute liberté dans le processus de co-création et qu'elles puissent être actrices et bénéficiaires de ces dynamiques (en termes de liens, de savoirs et de services)**. Chacune de ces bulles de co-création va produire ses actions d'expérimentation. La bulle « activités et loisirs » et « nourriture » a été identifiée comme importante et facile à mettre en place. C'est pourquoi, elle sera certainement la première bulle d'exploration qui va être expérimentée et contribuera à créer, diversifier et renforcer les liens sociaux ; à s'impliquer concrètement à l'exploration de l'approche inclusive du dispositif. En dehors de ces expérimentations, Métiss'âges sera également un espace de rencontre ouvert à l'inattendu qui sera intéressant d'observer, de comprendre et de partager.

Dans l'expérimentation de « donner du temps et de l'attention »²⁴ aux personnes âgées, nous souhaiterions comprendre et explorer si la création « de connecteurs » favorise le relais en confiance à des services d'aides et de soins. Ces connecteurs seront des facteurs des PA²⁵ ; les agents de convivialité ; des bénévoles, des PA, des aidants-proches et toutes personnes ressources (voisin, agent d'entretien des immeubles du Foyer Schaerbeekois, commerçant, pharmacien, imam/prêtre, personnel de soin et de l'aide, ...) (**slide 5**). Ces connecteurs seraient implémentés dans chaque rue ou sous-quartier qui, à travers des visites à domicile, des contacts réguliers ou des rencontres dans le quartier, contribueront à la familiarité entre les personnes. Par ce biais, nous évaluerons la confiance entre les personnes et entre les services formels et informels, en d'autres mots, si la création d'un réseau d'entraide autour de la PA à l'échelle du quartier impacte positivement la vie sociale et le bien-être des personnes âgées.

L'une des idées fortes qui a émergé à travers les ateliers est la co-création d'une plateforme digitale afin d'optimiser l'offre et la demande et le réseau d'entraide (**slide 6**). Ce laboratoire prendra la forme de projet de co-construction

24. Annexe 2 : Synthèse des ateliers, p. 5

25. Annexe 2, p.13

d'une plateforme dans lequel des opportunités de transmission de savoirs digitaux intergénérationnels seront expérimentées ainsi que l'appréhension d'un microcosme numérique qui inclurait la PA. Pour ce faire, des partenariats vont être explorés pour leur savoir-faire en développement numérique (jeunes de Maison de quartier à 1030 et/ou Molengeek), pour leur développement du label de qualité "humanité"²⁶ (CPSI, centre de formation centré sur les besoins et demandes du champ de la santé), pour leur savoir-faire avec les PA (Bras dessus Bras dessous asbl), pour leur réseau de soutien dans le quartier pour les PA (Buurtpensioen asbl),...Toutefois comme ce projet de co-création se fera sur un temps long, nous expérimentons parallèlement un projet embryonnaire qui prendra forme probablement d'une ligne téléphonique accessible en début de la phase test.

Dans ce laboratoire, nous essayerons de comprendre ce qui régit l'articulation entre les services formels et informels que nous traduisons dans cette bulle d'exploration par la communication entre les professionnels et les non-professionnels (**slide 7**). Toujours sur base des synthèses des ateliers, trois dimensions vont être expérimentées : la communication entre les différents intervenants d'aides et de soins (à domicile) et avec la PA, la communication autour de l'entrée et sortie d'hôpital d'une PA et la co-création d'une communication visuelle des services.

Ce laboratoire consistera à co-créer des formations axées sur des attitudes à avoir à l'égard des PA (**slide 8**). Dans une première phase, on y expérimentera les outils à co-créer avec les connecteurs afin d'évaluer la plus-value auprès des personnes formées et de mesurer les impacts réels sur le réseau autour de la PA. Toutefois, les dernières réflexions ont remis en question le fait d'avoir un pilier « formation » en tant que tel à ce stade de la recherche. En effet, il est apparu plus pertinent de capitaliser les savoir-faire (attitudes et compétences) développés par l'ensemble des co-chercheurs à travers les bulles et de les traduire en fin de processus dans le design du dispositif.

26. Pour apporter des soins de qualité et être en relation avec le patient, il faut un « **prendre-soin** » fondé sur toutes les caractéristiques qui permettent aux hommes de se reconnaître les uns les autres : l'humanité. La philosophie de l'**humanité** est basée sur le concept de bientraitance et regroupe un ensemble de théories et pratiques originales pour : rapprocher le soignant et le soigné dans leur Humanitude ; améliorer les soins et le prendre soin des personnes en établissement et à domicile ; accompagner ainsi les personnes dans la tendresse et le respect de l'autonomie, debout, jusqu'à la fin. <https://www.cpsi.be/symposium-lhumanitude-dans-les-soins-des-soins-plus-humains>

Il s'agira certainement de la bulle exploratoire la plus complexe car les idées à expérimenter sont fortement dépendantes du système sociotechnique des personnes à mobilité réduite (**slide 9**). Toutefois, nous y voyons l'opportunité d'inviter les partenaires de la STIB et les Mutuelles à l'exploration des idées proposées lors des ateliers tels que l'aménagement d'un bus spécialement pour les PA (ex : voir lien youtube²⁷) qui auraient plusieurs dimensions à expérimenter et à évaluer.

Nous avons par la suite contacté l'ensemble des participants des ateliers pour leur expliquer le scénario afin d'avoir leur retour et leur accord pour le soumettre comme projet de recherche et d'expérimentation pour la prochaine étape. Faute d'avoir l'opportunité de rassembler tous les participants des ateliers et afin de garantir les conditions les plus idéales pour cette dernière phase de co-création, nous avons choisi de continuer à travailler séparément avec le groupe des professionnels et celui du public selon des cadres spécifiques pour chacun d'eux.

En effet, nous avons fait le choix de proposer une réunion zoom au groupe des professionnels durant laquelle ces derniers ont pu valider ou réfuter les composantes du scénario ainsi que nous transmettre des éléments d'attention ou des suggestions d'amélioration. Pour le groupe des personnes âgées et aidants-proches, dans un premier temps, nous avons animé les échanges dans un groupe WhatsApp²⁸ pour expliciter la proposition de scénario. Il leur a été également demandé de valider ou de réfuter les composantes du scénario ainsi que nous transmettre des éléments d'attention ou des suggestions d'amélioration.

Par la suite, lors du lancement de la seconde phase, nous inviterons nos co-chercheurs pour diffuser les vidéos réalisées reprenant l'historique du processus du projet²⁹ et celle qui illustre le dispositif d'expérimentation. Ces vidéos ont été produites dans le but de faciliter l'appropriation de l'ensemble du projet et les différentes phases qui le composent.

27. Prototype d'un bus pour seniors co-créé par Habiba Msellek et un jeune, Bensaid Abdelkarim : https://m.youtube.com/watch?feature=youtu.be&v=yqk-F0_xpfg

28. Vidéo 4 : « Ateliers de co-création »

29. Vidéo 1 : « Historique d'ADZHIS »

WORKPACKAGE 3 : COMMUNICATION & VISUALISATION

Durant cette période, nous avons tenu à concrétiser des supports visuels pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il nous a semblé central d'avoir des outils de communication (et pour plus tard, de sensibilisation) à l'égard des personnes âgées et d'aidants-proches afin de faciliter l'appropriation de la phase d'expérimentation du prototype. En effet, le prototypage d'un service d'aide et de soin nous paraissait trop abstrait pour le soumettre sous une forme de schéma ou de rapport. Nous avons dès lors construit un support visuel sous forme d'une vidéo animée³⁰ pour illustrer le design du prototype à tester durant les deux prochaines années.

De plus, il nous paraissait intéressant de développer également une vidéo animée³¹ pour illustrer l'historique du processus depuis le début du projet. Ce rapport d'activité visuel s'est élaboré sur base de récits de chaque membre du comité, selon leur point de vue et à partir de leur engagement dans le processus. Il constituera ainsi une mémoire du projet que nous utiliserons certainement en introduction à des présentations, ou plus particulièrement à la relance, que nous espérons, de la prochaine phase du projet. Et peut-être plus globalement, constituer la filmographie du projet ADZHIS.

Ces supports serviront également d'outils de communication destinés à Innoviris.

Ces vidéos ont été envoyées selon le canal adapté au public (les professionnels par voie électronique et pour les seniors/aidants-proches par WhatsApp³²) comme explicité en détail ci-dessus. Il est prévu également, dès que le contexte nous le permettra, d'organiser une après-midi à laquelle seront invités tous les participants des ateliers et toutes les personnes qui ont contribué à la richesse du travail de recherche entamé afin de les remercier. Ce sera également une opportunité de maintenir le lien, de répondre éventuellement à des questions quant à la suite du projet et de partager les supports visuels.

30. Vidéo 2 : Dispositif d'expérimentation

31. Vidéo 1 : Historique d'ADZHIS

32. Vidéo 4 : Ateliers de co-création

Pour finir, plus largement, la communication et la visualisation des savoirs et des informations concernant les services d'aides et de soins pour les personnes âgées vont faire partie du dispositif d'expérimentation dans lequel des seniors/aidants-proches et professionnels/bénévoles vont travailler ensemble les questions sous-jacentes à cette dimension et co-créer des outils visuels facilitant l'appropriation des savoirs et l'accessibilité aux informations.

WORKPACKAGE 4 : LES CO-CHERCHEURS & LE NOYAU DE LA COMMUNAUTÉ DE SENS

Comme représenté dans le schéma³³ ci-joint, un noyau de co-chercheurs, qui s'est constitué au fur et à mesure et qui continuera certainement à évoluer, compose également le noyau de la communauté de sens. Ce sont des personnes engagées tout au long du processus s'impliquant dans les réflexions que sous-tendent la question de recherche et à l'élaboration du dispositif d'expérimentation. Comme détaillé plus haut dans les compositions des ateliers, il s'agit pour l'ensemble de professionnels de l'aide et du soin pour personnes âgées, de bénévoles impliqués dans les réseaux d'entraide touchant aussi ce public ainsi que les personnes âgées elles-mêmes et leur entourage. De plus, ce qui fait la nouveauté dans ce dispositif est la constitution des bulles d'expérimentation qui va réunir, pour chacune d'elles, des membres du comité de pilotage et les seniors/aidants-proches. Par ces espaces communs de co-création (les bulles), il sera amené aux différents co-chercheurs, issus de différentes réalités, d'expérimenter les idées innovantes et de les analyser afin d'en extraire un dispositif commun.

L'investissement en co-création s'est organisé afin que chacun puisse non seulement y apporter sa contribution mais surtout d'asseoir une place essentielle en tant que personne ressource dotée d'une expertise et reconnue pour celle-ci. C'est pourquoi, dans un premier temps, nous avons opté d'organiser les ateliers de co-création en deux groupes distincts : d'un côté, les professionnels de l'aide et du soin et de l'autre, les seniors et les aidants-proches et ce, afin de garantir les conditions idéales d'un cadre bienveillant et sécurisant. Dans un second temps, sur base de ces deux groupes et en fonction de ceux qui souhaitent s'investir sur le long du processus, nous avons prévu d'organiser un atelier de travail rassemblant les

33. Annexe 8 : Co-chercheurs

personnes issues de ces différents ateliers pour une mise en commun du processus de co-création. En effet, comme notre attention centrale est le travail sur la confiance, il nous a semblé important de renforcer ou de tisser ces liens de confiance séparément avant de rassembler les différents profils dans un même groupe. Toutefois, cette dernière étape n'a pas pu être concrétisée suite aux dernières mesures sanitaires. Nous espérons que le contexte pour la phase d'expérimentations sera plus propice à la mise en lien, en présentiel, des différents acteurs du projet et si ce n'est pas le cas, nous ferons preuve de créativité comme réalisé jusqu'ici.

Pour cette prochaine étape, nous avons réfléchi aux dispositions nécessaires afin de garantir au mieux la parole des PA et des aidants-proches, ainsi que celle des bénévoles. En effet, afin d'éviter que, par sa posture, la parole du professionnel ne mette à mal la parole des non-professionnels (PA, aidant-proches, bénévoles) ou de créer un déséquilibre dans les rapports de force, nous avons imaginé que les groupes de travail (bulles d'expérimentation) soient constitués par un plus grand nombre des PA/aidants-proches par rapport aux professionnels. Il est également envisagé d'essayer du mieux que possible, que le référent de chaque groupe puisse être attentif au cadre des échanges afin que les membres de celui-ci se sentent à l'aise et libres de partager leurs ressentis et réflexions.

Il n'en reste pas moins difficile d'atténuer les rapports de force dans la perspective d'une parole libre mais le travail que nous avons accompli jusque-là, nous offre une bonne base pour la suite. En effet, en octroyant la parole aux personnes concernées pour co-créer ce dispositif d'expérimentation et innovant, nous avons noté l'impact positif de leur implication dans ce projet et leur souhait exprimé de poursuivre l'initiative.

A ce stade, nous avons 22 personnes (18 femmes et 4 hommes) faisant partie du groupe « personnes âgées/aidants-proches » et 6 professionnels qui constituent actuellement la communauté de sens.

Nous envisageons, au lancement de la prochaine phase, de réunir ce noyau afin de rappeler le cadre de la recherche, de rappeler les axes de travail envisagés, de faire le point sur les connaissances communes et de répondre aux questions.

De plus, nous veillons à maintenir le lien avec les co-chercheurs afin de ne pas perdre la dynamique qui a été insufflée par ADZHIS et ce, entre autre, grâce au travail fait par Habiba Msellek à travers ses groupes WhatsApp de Métiss'âges.

WORKPACKAGE 5 : DIAGNOSTIC TERRITORIAL

Le diagnostic territorial³⁴ a été complété par un certain nombre d'aspects importants et significatifs dans le quartier tout au long du processus. Puisque la plupart des seniors rencontrés habitent dans un appartement social, nous avons rencontré le responsable des agents de convivialité du Foyer Schaerbeekois qui nous a fait part d'éléments importants dans le recensement de personnes ressources pour les personnes âgées. En effet, ce dernier nous a appris que ce sont principalement les personnes qui entretiennent les espaces communs des immeubles qui ont le plus de contacts avec les seniors. Assurément, ce sont elles qui passent le plus de temps dans le bâtiment et qui ont l'occasion de discuter avec les seniors qui entrent et sortent.

Par ailleurs, les agents de convivialité jouent aussi un rôle important et créent une plus-value sur le terrain. L'ASBL Aide et Convivialité « a pour objet la mission de guidance des locataires sociaux du Foyer Schaerbeekois avec comme objectif de constituer un outil social venant en aide à toute difficulté collective ou particulière rencontrée par les locataires sociaux »³⁵. Créée dans le but d'améliorer la convivialité par une présence préventive, l'ASBL a pour objectif de favoriser le dialogue et d'informer les locataires du Foyer Schaerbeekois en dehors des heures de bureau. Cette fonction offre déjà une valeur ajoutée démontrable et a donc été incluse dans le diagnostic. Deux agents de convivialités ont participé à un atelier de co-création et souhaiteraient poursuivre la recherche dans la prochaine phase.

De plus, le diagnostic a été complété par une série d'interventions entreprises par l'administration communale de Schaerbeek pour accorder une attention particulière aux personnes âgées et aux autres groupes vulnérables pendant la pandémie du COVID. Des efforts particuliers ont été également faits au niveau du CPAS et sont aussi inclus dans le diagnostic.

34. Annexe 9 : Diagnostic territorial

35. <https://www.reseau-sam.be/prestataires/fr/781/>

IV. TÉMOIGNAGES

PARTICIPANTES DES ATELIERS DE CO-CRÉATION À FEZA

Hanan T/

①

L'aidée pour moi que je suis âgée je voudrais
avec ma famille je ne pas va a la maison
parce que
de repos et dans mon régime des enfants
aide les parents.

Je veux mes enfants faire quelque reste chez moi que
parti du travail que je pesione que parti au
triolet pour préparé de manger.

→ KIZIL
②

Je pense que quand je suis âgée je ne veux pas
vivre dans la maison de repos. Je veux vivre
avec ma marie et mes enfants au toutseuil.
Un foïd par semaine qui vien ma maison.
Oui vien chez moi pour shopping ; nettoyage aider, parle
avec vous " sava tu vois bien mamen etu "

Y. Yunggul 15/10/2020

③

Je pense que quand je serai vieux, je pourrai
vivre dans une maison de repos.
Je ne veux pas déranger les enfants qui
seront ta famille de la fille.
Je serai avec mon propre âge.
A mon avis, vous ne devez pas déranger
votre enfant lorsque vous pouvez l'aider.

Meuna 15/09/2020 ④

Je veux aider les personnes âgées
accompagne chez les médecin
et la maison médicale
quand je serai âgée je aime mes enfant qui sont chez
més
qui mon soins je nous vous faire la marche

15/10/20

1 Bahig

Osons explorer Nos rêves

Quand je suis âgé je rêve de trouver des bonnes
amis avec qui je peux Réunion dans un lieu
d'activités, change la aider, prend de café,
jeux avec de cartes aller à la ciné. de
temps ~~occupant~~ en temps organiser un voyage.
~~de~~ je ~~occupes~~ ^{de moi} même jusqu'à
le dernier souffle. à l'aide de mes enfants
et mes petits enfants je fais les chausser.
difficiles et enfin j'espère aller autre faire
à paradis avant de mourir. inshallah.

Bahig

" Ilham E "

C'est pour moi je voudrais bien de rester entre mes
enfants et ma famille nous sommes des parents
en fait beaucoup des chères pour nos enfants
en accablés en donner l'amour et la tendresse
en fait des risque pour enfin me mettre dans un
maison de repait j'espère mes enfants vas être
gentille avec moi ^{dont} et me donne juste un peu
~~par~~ par rapport ^{donc} "l'ai donné".
j'aime bien mes enfants qui vas faire toute les
service et les besoin par ce que j'attends très
content si j'ai vu accoté de moi pour vas être
fier de dire "voilà mes enfants quelle j'ai me donne
la motivation".



15/10/2020

Fam'ida

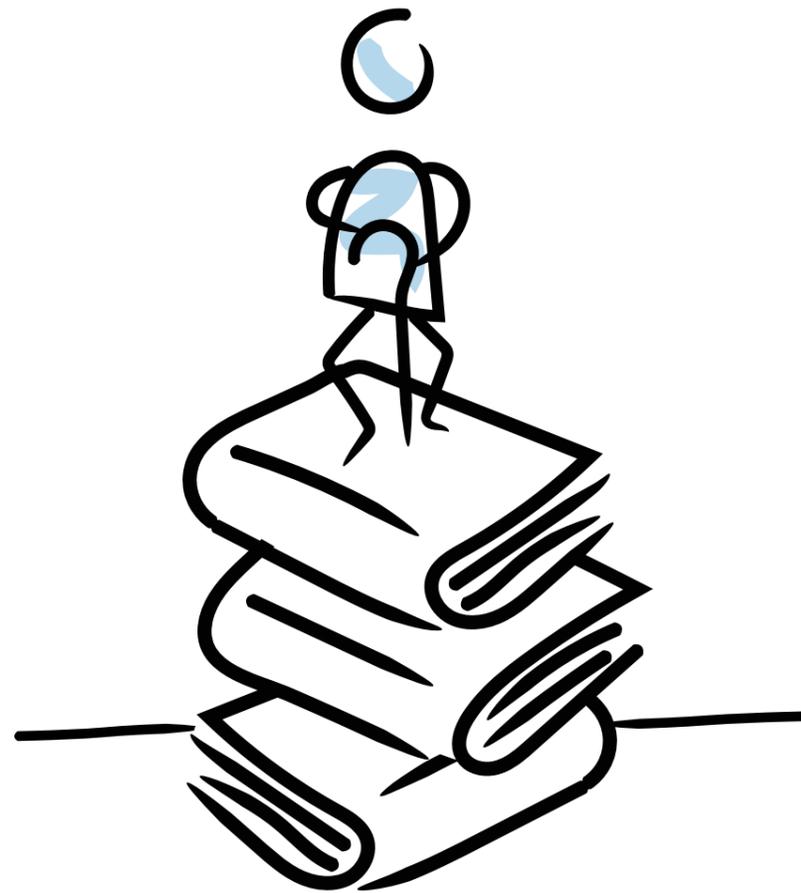
- Quand je deviens vieille j'aime retourner au maroc avec mon mari et rester la bas dans ma grandmaison
- je voudrais faire un projet pour ma vie financière.
- faire la marche chaque jour avec mon mari.
- organiser bien ma vie si je serais malade moi ou mon mari prendre les médicaments - t'haie faire des bilan médical chaque fois. faire de sport doux.
- aller à Hammam faire du massage.
- par quoi pas visiter mes enfant en belgique et rester chez eux quelque mois. pas beaucoup pour les deranger pas. raconter l'histoire à mes petits enfants et les soutenir.
- tout dans la main des dieu mais j'espère que si je perds ma santé moi ou mon mari. j'ai été perd su que l'un in. pour moi je choisi une personne que nous s'occupons et nous le paper. bien sûr j'ai besoin de mes enfants et de son soutien



< ... >

J'ai
condé j'ai a gés je pens à chetes un grande
mission pour mes enfants abeli avec moi parce que
après j'ai besoin mes enfants près de moi, pour moi
payer les paimon des facture et du. et pour faire la course
et par fois esurti avec moi faire un tour par jardin
et si malade oei ? va avec moi à l'hôpital ?

v. ETAT DE L'ART DE LA LITTÉRATURE



Réaliser un état de l'art participatif est une étape importante du montage d'un projet de co-recherche ancrée dans la ville. Il s'agit de bien comprendre le contexte institutionnel et politique dans lequel le projet s'inscrit. Quels sont par exemple les plans régionaux en cours, les actions locales, etc ? Comment le projet se positionne-t-il vis-à-vis de ces stratégies et programmes ? Cette étape est importante pour clarifier les attentes par rapport à un projet de recherche. Il est en effet essentiel d'isoler les réelles questions de recherche qui demandent la production d'un nouveau savoir des questions, problèmes, obstacles qui reposent plus sur une aide et une connaissance existante. Il est en effet très difficile de gérer par la suite des attentes des citoyens et acteurs de terrain qui n'impliquent pas une démarche de recherche mais plus une démarche de consultation, d'appui, de résolution de problème ou d'accès à un savoir existant (formation, etc.). La recherche se trouve alors prise entre satisfaire ces attentes pour motiver les acteurs et devoir en même temps réaliser un projet de recherche exploratoire.

1. Introduction

Deux faits démographiques majeurs transforment l'Europe du 21^{ème} siècle, le vieillissement des populations et l'immigration. Deux évolutions fortement liées entre elles, mais longtemps considérées séparément et indépendamment l'une de l'autre : d'un côté les politiques des âges et de l'autre les politiques d'entrée, d'accueil et d'intégration des populations d'origine étrangère. Cette situation a changé en Belgique comme dans les autres pays de l'UE durant les années 2000, ainsi qu'en attestent de nombreuses études menées depuis deux décennies consacrées au « défi du vieillissement » et à ses multiples conséquences dans tous les domaines de la vie en société (Fremontier, M. & Jeandel, C.(dir), 2004 ; Moulin, Casman, Carbonnelle, Joly ; 2006 ; Era-Age Net, 2008). Le phénomène est étudié, non seulement par le biais

d'analyses et de projections démographiques mais également par la mobilisation d'une réflexion politique et sociétale quant aux « adaptations » subséquentes à mettre en œuvre (politiques sociales, des retraites, de santé, de prévention, des villes, de la mobilité...), ainsi qu'aux anticipations et aux innovations à imaginer. A une connotation négative (poids économique des aînés en raison du coût des retraites et des soins, charge de la dépendance pour les professionnels et les aidants proches, et en corollaire, croissance de l'isolement social des personnes âgées sur fond de délitement des liens familiaux) s'est ainsi progressivement substituée, une vision moins alarmiste et surtout plus complexe du vieillissement, permettant de prendre la pleine mesure de ce que l'avancée en âge, comme le signifie mieux le terme anglais « ageing », est un phénomène très diversifié, selon les contextes, les groupes sociaux, les trajectoires individuelles, les trajectoires migratoires, le genre. (Wray, 2003 ; Attias-Donfut, Delcroix, 2004 ; Warnes, Kellaher, Torres, 2004 ; Moulin, Casman, Carbonnelle, Joly, 2006), Era-Age Net, 2008 ; Torres, 2008 ; Serrokh, 2009 ; Fondation Roi Baudouin, 2012, 2015) ; Moolaert, Carbonnelle, Nisen, 2014 ; Carbonnelle, 2010, 2018 ; Torres, Glicksman, 2019)

2. Aperçu des évolutions démographiques belges et bruxelloises

Les évolutions démographiques belges et bruxelloises illustrent l'interdépendance des deux phénomènes. Les perspectives démographiques belges 2018-2070 du Bureau fédéral du Plan sont claires: « Associé à une espérance de vie qui augmente, le vieillissement de la population est une certitude. Dans le scénario retenu, la part des 67 ans et plus grimpe de 16% en 2018 à 23% en 2070. (...) En outre, la part des ménages d'une personne augmente sensiblement (de 34% en 2017 à 42% en 2070), cette évolution étant entre autres liée

au vieillissement de la population.» (Bureau Fédéral du Plan, 2019) Au regard de cette évolution nationale, la Région de Bruxelles-Capitale fait figure d'exception : du fait de sa population relativement jeune, la population bruxelloise vieillit mais à un rythme moins soutenu que dans les deux autres régions. « La part des 67 ans et plus passe de 12% en 2019 à 17% en 2070. (...) La part des 0-17 ans reste supérieure à celle des 67 ans et plus sur l'ensemble de la période de projection, ce qui n'est pas le cas dans les deux autres régions.» (Bureau Fédéral du Plan, 2020) Si la RBC est et demeure « le poumon jeune de la Belgique » qui « résiste au papy-boom », selon l'expression du Bureau du Plan, c'est grâce au fait qu'elle « attire une proportion importante d'immigrants étrangers (autour de 30% de l'immigration internationale des étrangers), et cette population compte de nombreuses personnes en âge d'avoir des enfants. » (Bureau fédéral du Plan, 2018) Autre différence avec les deux autres régions qui résulte notamment aussi de l'immigration internationale : « Contrairement aux deux autres régions, la taille moyenne des ménages bruxellois augmente à l'horizon 2070 et la part des ménages d'une personne diminue en projection (46% en 2019 et 40% en 2070) » (Bureau fédéral du Plan, 2018). Ces perspectives à long terme ne doivent toutefois pas occulter la réalité actuelle de la population âgée bruxelloise qui, selon les données 2015-2025 de l'Institut Bruxellois de Statistiques et d'Analyse (IBSA), se caractérise par une double évolution divergente : une diminution entre 2015 et 2020 de près de 5% de la population très âgée (80 ans et plus) et une très nette augmentation (16%), surtout entre 2020 et 2025, des seniors plus jeunes (65-79 ans) (IBSA, 2016 : 14), en particulier dans les communes de Saint-Josse et de Schaerbeek, soit deux communes caractérisées par une forte proportion de population issue de l'immigration (IBSA, 2016 : 21). Toujours selon l'IBSA, c'est « l'impact croissant des migrations internationales » qui explique qu'entre 2015 et 2025, le nombre d'hommes augmente plus rapidement que le nombre de femmes, le rapport de masculinité pouvant atteindre, voire dépasser, l'unité dans six communes bruxelloises dont Saint-Josse et Schaerbeek « du fait d'une immigration internationale très importante, notamment en provenance des pays tiers, qui se caractérise par une proportion importante d'hommes d'âges actifs. » (IBSA, 2016 : 22) Cela

étant, le diagnostic socio-démographique réalisé dans le cadre du projet ADZHIS dans les deux quartiers schaarbeekoïses sélectionnés révèle qu'en 2019, 9% de la population a plus de 65 ans, soit 2 797 personnes, parmi lesquelles près de 27% ont plus de 80 ans, soit 752 personnes. Alors que le nombre d'hommes et de femmes dans les deux quartiers fluctue autour de 50 % du nombre total d'habitants, on constate que les femmes représentent 57 % du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans (ADZHIS, 2020).

3. Défi et enjeux du vieillissement en Région Bruxelles-Capitale

A la suite de la 6ème Réforme de l'État (2006), diverses compétences fédérales en matière de Santé et d'Aide aux personnes ont été régionalisées. En Région de Bruxelles-Capitale, ces compétences ont été réparties entre la Commission communautaire commune (COCOM), la Commission communautaire française (COCOF) et la Communauté flamande (VGC). Suite à ce transfert de compétences, l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales (en abrégé Iriscare) s'est vu confier la gestion de l'entièreté de la politique d'aide et de soins aux personnes âgées. Dans ce contexte, une série d'études (macro, micro, conceptuelles ou ancrées dans le terrain) ont été commanditées pour déterminer si les services d'aide sociale, de soin et de santé répondent aux besoins réels et à la demande de la population âgée bruxelloise. Citons l'étude *Vivre chez soi après 65 ans. Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles* (Observatoire de la Santé et du Social, 2007), l'étude *Recherche portant sur la mise en place d'une programmation relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées* (Kenniscentrum Woonzorg Brussel/VUB, 2012) et le *Masterplan Woonzorg Brussel 2014-2020. Quelle politique flamande de soins et de logements pour personnes âgées à Bruxelles ? Contours, priorités et points d'action proposés* (Kenniscentrum Woonzorg Brussel/VUB, 2014) Comme le constatent ces études, du fait qu'elle relève de trois pouvoirs subsidiaires l'offre est complexe à déchiffrer du fait

de champs de compétences variables, de définitions variables des secteurs du soin et de l'aide à domicile, de réglementations variables, notamment en matière de qualification et de formation des travailleurs, de modalités variables de financement des services (contingent d'heures, forfaits horaires, personnel encadrant, frais de fonctionnement), de critères d'âge d'accès aux services ainsi que de tarifs (quote-part) variables pour les bénéficiaires. En conséquence, il y a accord pour constater, que le morcellement, l'invisibilité dans l'espace public, le caractère peu familial du système d'aide et de soins (au sens de « care ») pour certains bénéficiaires, en particulier les personnes âgées d'origine immigrée, se soldent par une situation où nombre de personnes nécessitant une assistance sont privées d'aide et de soins requis. Sans que le non-accès ou non-recours (Warin, 2010 ; Warin, 2017 ; Observatoire Santé et Social, 2017) aux services existants puisse être clairement objectivé, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, dès lors que, d'une part, les prestations des services sont calculées en termes d'heures et que, d'autre part, les données chiffrées sur le nombre de bénéficiaires sont incomplètes et très approximatives concernant le profil de ceux-ci, le critère de nationalité et/ou d'origine ethnique n'étant par exemple pas renseigné. D'autant que l'offre actuelle de services est concentrée dans certaines communes où vit une population âgée belge relativement aisée et est nettement plus limitée dans les communes où vit la population âgée précarisée d'origine immigrée.

Au constat sur le manque de visibilité et surtout de lisibilité de l'offre, les acteurs de terrain de l'aide et des soins à domicile notent aussi dans le récent *Rapport intersectoriel. Evolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018. Analyse et recommandations* (CBCS, 2018) que « Les situations sociales des bénéficiaires sont de plus en plus lourdes en raison de la paupérisation de la population, de l'isolement social, de l'éclatement des familles... Le cumul de ces facteurs avec la complexification des profils de bénéficiaires (bénéficiaires très âgés, polyhandicapés, atteints de troubles psychiques ou psychogériatriques) nécessite une adaptation de la prise en charge à domicile. » (CBCS, 2018 : 7) Un renforcement assorti d'une reconfiguration territoriale de l'offre actuelle

n'est toutefois pas la solution, pour une double raison signalée par les acteurs eux-mêmes: d'une part, la limitation des moyens financiers qui ne permet plus de faire face à l'afflux de demande des services existants ; d'autre part, la concurrence, qualifiée de déloyale, du secteur privé qui se développe à vive allure. « Les demandes sont fortes et les services agréés ne pouvant répondre à l'afflux de demandes, toutes sortes de concurrence envahissent le marché bruxellois. Agences titres-services, sociétés privées en tout genre, agences d'intérim belges ou étrangères, dames de compagnie, infirmières et d'autres proposent des services à domicile avec des conditions de travail, de salaire et de qualification qui ne correspondent pas aux obligations des services agréés par la COCOF, la COCOM ou la VGC. » (FSB & FCCSDD, 2018 : 12) En outre, les divers types de professionnels de l'aide et du soin à domicile mettent en lumière les difficultés organisationnelles liées à la mobilité et à l'insécurité, ainsi que le manque d'attrait des métiers de l'aide et du soin à domicile, ce qui peut hypothéquer lourdement l'évolution ultérieure à Bruxelles en l'absence de toute intervention liée aux modèles d'organisation.

Estimant que « l'organisation actuelle des soins n'est ni durable ni efficace, et peu défendable à l'avenir », le Masterplan Woonzorg Brussel 2014-2020 en appelle à des réponses innovantes permettant d'atteindre l'objectif d'autonomie et de maintien à domicile dans un environnement familial des personnes âgées vieillissantes à Bruxelles. Il plaide ainsi pour une approche de proximité fondée sur le concept de « quartier prévenant (zorgzame wijk) qui se caractérise par « une combinaison de logements pour tout âge et de formes d'habitats adaptées aux besoins, par la disponibilité de services et d'infrastructures pour la vie quotidienne à distance de marche, par la présence d'une plate-forme de soins où l'information et la coordination de soins sont assurées et par un centre d'activités facilement accessible, le tout dans un environnement sûr, agréable et dépourvu d'obstacles. Un quartier prévenant donne l'occasion et la possibilité aux personnes âgées de jouer un rôle actif dans la société, de sortir de chez elles, de se rencontrer, mais aussi d'entrer en contact et de nouer des liens avec l'ensemble de la communauté, aussi bien jeune qu'âgée. » (KWB-Masterplan, 2014 :

10) L'étude *Caring for Care. The development of the Inclusive Care framework*, financée dans le cadre du programme Anticipate d'Innoviris préconise également une telle approche inclusive, à l'échelle du quartier, pour Bruxelles (Verté, 2017)

Dans la foulée, d'autres études ont été commanditées par les autorités publiques bruxelloises en vue de favoriser le maintien à domicile en toute autonomie des seniors bruxellois. Citons l'étude qualitative de la Commission Communautaire Commune sur les *profils des résidents O et A (Echelle de Katz) en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives* (Carbonnelle/CDCS-ULB, juin 2017) qui vise à apporter un éclairage complémentaire à une précédente étude quantitative menée par l'Observatoire de la Santé et du Social sur les personnes âgées résidant en maisons de repos en RBC, étude quantitative qui révélait qu'en comparaison des deux autres régions, les personnes âgées bruxelloises sont en moyenne davantage institutionnalisées, et que cette population des maisons de repos se caractérise par une plus forte proportion de personnes ayant peu besoin d'aide, c'est-à-dire de personnes qui présentent une dépendance légère selon l'échelle de Katz³⁶, cette « institutionnalisation précoce » étant due à la fois à la précarité (coût élevé du logement à Bruxelles), à l'isolement ou encore à la présence dans ces structures de public n'ayant pas trouvé de place d'hébergement dans des structures accueillant les personnes porteuses d'un handicap ou affectées d'un problème de santé mentale (Carbonnelle, 2017 : 6) L'étude qualitative révèle toutefois que ces facteurs explicatifs « occultent les subjectivités individuelles (désir ou non d'anticiper, de rester aux commandes ou de se démettre, de rester actif ou de se laisser porter, etc.) (Carbonnelle, 2017 : 43) de même que « les facteurs (structurels, légaux, sociaux, etc...) qui rendent difficile la transition des personnes âgées entre différents lieux de soins, et plus particulièrement entre le domicile et la maison de repos (et de soins), l'hôpital et la maison de repos (et de soins), et l'hôpital et le domicile (et vice-versa) en région de

Bruxelles-Capitale. » (Carbonnelle, 2017 : 47) Les pistes à même de retarder ou éviter l'institutionnalisation en maison de repos des âgés peu dépendants et favorisant le maintien à domicile en toute autonomie envisagent de pouvoir bénéficier d'un encadrement social de même que d'aides (courses, ménages, administration). Il peut ainsi s'agir de formule d'hébergement collectif type résidence-service sociale ou encore de maintien de la vie à domicile – seul ou en collectivité- mais en proposant des structures de soutien, d'aide et de services, voire d'animation, dans les quartiers (avec la présence d'un référent de type « interlocuteur social). L'accessibilité financière constitue le critère de faisabilité principale pour les publics considérés (Carbonnelle, 2017 : 76).

On peut citer aussi la recherche-action *Entour-âge Nord. Vieillir dans la grande ville* menée par l'asbl EVA en partenariat avec Aksent, le Community Land Trust Bruxelles, Genderatwork, la Maison Biloba et la banque Tiriodos, recherche menée dans le cadre de l'appel à projet *Innovative Brussels Care* d'Innoviris (2016), le but de la recherche visant à identifier des alternatives en matière d'habitat et de soin pour les personnes âgées (Massart, M. et al., 2017). Citons aussi l'appel à projets « Aide et soins de proximité dans les quartiers » en RBC lancé par la Commission Communautaire Commune en 2017, qui a permis la sélection du projet *La Ruche de nos quartiers*. Mise en place d'un modèle de soins et de services de proximité pour les personnes âgées à domicile, mené en partenariat par le CPAS de Schaerbeek et les associations Dyonisos, EVA bxl, Maison Biloba Huis, Maison médicale du Nord et SSQ 1030 WMW. Ou encore le financement de l'INAMI, dans le cadre du projet protocole 3, du *Soutien à domicile pour les personnes âgées qui vivent à domicile en RBC et souffrent de conditions chroniques nécessitant des soins complexes*, l'objectif étant d'augmenter la qualité de vie des personnes âgées qui se trouvent dans des situations vulnérables et d'éviter leur transfert dans une maison de repos et de soin. Un projet-pilote bruxellois a été sélectionné dans ce cadre. S'appuyant sur la mise en place d'un modèle organisationnel innovant *BOOST – Better Offer and Organisation thanks to the Support of Tripod model-*, il repose sur l'articulation de 3 fonctions clés: de support,

assurée par des référents de proximité; de liaison, assurée par des référents hospitaliers; de concertation, assurée par Diapason, c'est-à-dire l'organisation d'espaces de concertation multidisciplinaires et interlignes autour d'une problématique identifiée sur le territoire du projet afin de dégager des accords facilitant l'intégration des soins. Partant du constat que cela mène vers des solutions plus durables, la posture centrée sur les objectifs du patient ou "goal-oriented care" considère les priorités de la personne accompagnée comme point de départ. Les actions consistent à développer des outils facilitant l'adoption de cette posture pour des professionnels de la 1^{ère} ligne (social-santé) et ce, en partenariat avec des patients et leurs représentants des fédérations des associations de patients.

Cette approche « goal-oriented care » est aussi promue par la Fondation Roi Baudouin (Fondation Roi Baudouin, 2020) en tant que partenaire belge du réseau européen *TransForm-Transnational Forum on Integrated Community Care (ICC)* qui organisera au printemps 2021 en Belgique sa 4^{ème} conférence transnationale intitulée *ICC 4 all. New principles for care*. Cette même Fondation finance depuis 2018, via le programme « Quartiers solidaires » en matière d'aides et de soins du Fonds Dr. Daniël De Coninck, des projets (dont une dizaine de projets bruxellois) qui incitent des voisins, des associations de quartier, des professionnels de la première ligne et des acteurs locaux à prodiguer des soins de proximité et des aides à des personnes vulnérables à domicile. Des initiatives similaires ont été développées ces dernières années à Bruxelles par des collectifs citoyens : par exemple le projet « Quartier aide et soins », projet qui rassemble 58 partenaires pour « repenser la prévention et l'accompagnement des personnes âgées dans les quartiers de Bruxelles et de Saint-Gilles » (<https://coopity.be/projets/projet-quartier-aide-soins/>) ainsi que le projet « Bras dessus Bras dessous », créé en 2015, et fondé sur le voisinage dans plusieurs quartiers de Forest, donc la mise en relation d'une demande (de compagnie, de sortie, d'aide pratique) d'une personne âgée, la « voisinée » et d'une offre informelle de service par un.e « voisin.eur.e » (<https://www.brasdessusbrasdessous.be/>) ou encore le projet SAM, le réseau des aidants qui effectue des permanences ouvertes à toute personne senior ou aidant

proche ou voisin d'une personne âgée habitant dans le quartier à Saint-Gilles qui voudrait des informations par rapport à une aide formelle ou informelle spécifique ou qui cherche un accompagnement individuel pour accomplir une démarche ou pour s'orienter au niveau de l'offre de services (<https://www.reseau-sam.be/>). Sans oublier des initiatives du secteur privé, comme la plate-forme d'économie collaborative *Helpper*, soutenue par la Mutualité Partenamut, qui propose une application pour smartphone et un site web permettant aux aidants-proches de trouver un « helpper » au sein de leur quartier qui, moyennant rétribution, peut fournir une aide à domicile à la personne en perte d'autonomie.

4. Quelles orientations politiques ?

Concernant les mesures en faveur des aînés décidées par l'actuel gouvernement bruxellois, celui-ci développera le concept de « ville amie des aînés », lancé par l'OMS en 2005, fondé sur le principe que l'adaptation d'une ville aux populations âgées plus fragiles améliore la qualité de vie de l'ensemble de la population. Il a par ailleurs confié à Iriscare le soin de lancer, en décembre 2020, une étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées de la Région bruxelloise, étude scindée en trois volets, afin d'identifier les points forts et les points faibles, compte tenu du contexte bruxellois, des différents secteurs de la Santé et de l'Aide aux personnes en Belgique et d'examiner les conditions nécessaires au développement de structures d'accueil ou d'hébergement de type communautaire (habitats groupés, habitats kangourou, résidences-services sociales, centres de jour, centres de soins de jours, centres de court séjour, etc...) adossés à une maison de repos, qui soient accessibles financièrement et permettant une transition « douce » entre différents lieux de soins. (Iriscare, 2020)

Signalons enfin la publication en septembre 2020 par les organismes de coordination ou de représentation des secteurs réunis dans le décret ambulatoire d'une *Note de vision de l'organisation de l'aide et des soins*

36. L'échelle de Katz est l'échelle d'évaluation de la « dépendance des personnes âgées en maison de repos et de soins sur base de laquelle est calculée l'intervention de l'INAMI (forfaits).

de première ligne (CBCS, 2020), destinée à identifier les enjeux en termes d'organisation de l'offre au niveau de l'ensemble de la RBC, note qui s'articule aux deux outils opérationnels portés par les autorités bruxelloises : Brussels Takes Care (Le plan Social Santé Intégré) prévu par la déclaration de politique générale commune pour la législature 2019-2020 et le plan de relance et redéploiement mis en œuvre par suite de la pandémie de COVID-109 par le gouvernement bruxellois.

Cette vision promeut notamment une offre d'aide et de soins de base « pensée dans une logique de quartier et sur une base régionale »(CBCS, 2020 : 8) fondée sur des principes de « l'accueil inconditionnel » et de l'accessibilité financière afin « d'apporter une part de la solution à la problématique du non-recours » (CBCS, 2020 : 10). Pour ce faire, elle soutient le « renforcement d'une fonction 0,5 au sein des services de base de l'ambulatoire bruxellois », telle que le prévoit l'accord de gouvernement de juillet 2019 : « Le Gouvernement identifiera chaque spécificité, chaque mécanisme d'exclusion et chaque barrière d'accès aux soins. Sur cette base, il organisera la fonction 0,5 à Bruxelles par des moyens et des capacités d'intervention des acteurs du système de santé et d'aide aux personnes. Une concertation 0,5 sera mise sur pied et travaillera avec l'ensemble des acteurs et avec la Conférence Inter-Ministérielle social-santé bruxelloise afin de développer cette fonction sur le territoire de Bruxelles. » (CBCS, 2020 : 12) Elle privilégie l'intersectorialité comme principe structurant commun soit une approche globale et concertée entre tous les services : « D'une part il est nécessaire de donner aux services les moyens de participer à ce travail en réseau mais également de créer des fonctions d'organisation, de concertation et d'information au niveau local : coordinateurs et animateurs de réseau, référents de quartier.. ; d'autre part nous avons besoin de professionnels capables de faire le lien entre les populations fragilisées et l'offre de services : organisateurs communautaires, médiateurs interculturels, experts du vécu, organisateurs d'espaces interstitiel. » (CBCS, 2020 :13) La note préconise également l'amélioration de la participation des « citoyens-usagers », dans la double dimension

individuelle (information, communication) et collective : une « approche locale, centrée sur les besoins des habitants et basée sur les ressources du quartier doit faire place aux demandes et compétences et aux réflexions des citoyens usagers. » (CBCS, 2020 :19), en ce compris « le développement de recherches participatives aussi bien en collaboration avec les professionnels de terrain qu'avec les usagers. » (CBCS, 2020 :10)

5. Bibliographie

AGE Platform Europe, *Recovery from the COVID 19 crisis: Do not repeat the errors of the 2008 Great Depression*, Working paper, Brussels, Juin 2020

Agence Alter, *Focus-group dans le cadre de l'enquête « Quelle offre d'activité pour les seniors à Scharbeek ? Une étude commanditée par la Commune de Schaerbeek »*, Bruxelles, 14 février 2020, 12 p.

Alter-Echos, *COVID-19. Le naufrage*, Bruxelles, n° 483, Bruxelles, mai 2020, 37 p.

Attias-Donfut C, Delcroix C, « *Femmes immigrées face à la retraite* », *Retraite et société*, n° 43, Paris : CNAV, 2004, 138-163

Attias-Donfut, C., « *Avant-propos* », *Retraite et société*, 2008/3, n° 55, pp 4-14

Bathoum, R., *Mutation sociale et diversité chez les personnes âgées à Bruxelles. Communication au Colloque du 14 juin 2016 de Infor-Homes & Home-Info*, Bruxelles, 2016

Boulet, J-F., Bruxelles, *Les services de soins et d'aide à domicile face au défi démographique*, CPCP : Bruxelles, décembre 2012

Bruey, C., Chervet, M., Duraffourg, J., et Klingemeyer, L., « *Participation et prise de décisions des personnes âgées. L'expertise internationale* », *Gérontologie et société*, 2012/4, vol. 35, n° 143, pp 137-141

Brusano, *Le projet de soutien à domicile pour les*

personnes de +60 ans, Focus-Information pour les professionnels de santé, Bruxelles, 20/05/2020, 12 p.

Bureau fédéral du Plan, *Bevolking op 1 January en per leeftijd 2011-2061*, Bruxelles, 2010

Bureau fédéral du Plan, *Perspectives démographiques 2016-2060. Population et ménages*, Bruxelles, Mars 2017

Bureau fédéral du Plan, *Perspectives démographiques 2019-2070. Population et ménages*, Bruxelles, Mars 2020

Carbonnelle, S., (coord.), *Penser les vieillesse. Regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris : Seli Arslan, 2010, 254 p.

Carbonnelle S., Eggerickx T., Flohimont V., Perelman, S., Vandenhooft A. (eds), *Quelles méthodes pour mesurer et décrire les enjeux du vieillissement en matière d'entraide?*, Namur : Presses universitaires de Namur, 2017.

Carbonnelle S., *Analyse des profils O et A (Cat. de Katz) en MRPA-MRS en Région de Bruxelles-Capitale. Etude qualitative commanditée par la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale*, CDCS/ULB, déc. 2016-juin 2017.

Carbonnelle, S., Joly, D., (eds), *Vieillir aujourd'hui. Des mo(n)des recomposés ?* Louvain-la-Neuve : Academia, 2018.

Carbonnelle S., « *L'accueil des publics dits « autonomes » (O et A) en maison de repos. Une question en débat* », *L'Observatoire*, n° 104, 2020, pp.35-39

CDCS/ULB, *Enquête sur les Conseils Consultatifs Communaux des Aînés (CCCA) en Région de Bruxelles-Capitale réalisée par la Coordination des Associations de Seniors (CAS). Présentation des résultats et analyse*, Bruxelles, 2013, 24 pages.

Centre Bruxellois de Coordination Sociale (CBCS), *Vieillir, un projet de vie*, Bis, n° 162, Bruxelles, octobre 2010

Centre Bruxellois de Coordination Sociale (CBCS), *Politiques sociales fragmentées*, Bis, n° 171, Bruxelles, juillet 2014

Centre Bruxellois de Coordination Sociale (CBCS), *Réorganiser le social-santé à Bruxelles*, Bis, n° 176, décembre 2018, 42 p.

Centre de recherches politiques et systèmes de santé, Ecole de santé publique/ULB, *Etude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise. Rapport final*, Bruxelles, 2012

Coordination des Soins et des Services à Domicile (FCCSDD asbl), *Les secteurs de l'Aide & des Soins à Domicile. Rapport sectoriel 2017 portant sur les années 2012-2016*, Bruxelles, 2018

Coordination de l'Action Sociale de Schaerbeek, *Diagnostic participatif et prospectif portant sur le travail réseau et la prise en charge des besoins des seniors précarisés à Schaerbeek*, CASS : Bruxelles, mai 2014, 30 p.

De Backer, B., *Services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé. Démarche d'Evaluation Qualitative Transversale 2010-2013. Tensions entre l'accessibilité des services. Rapport conclusif*, CBCS, Bruxelles, Juin 2013

De Backer, B., *Services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé. Démarche d'Evaluation Qualitative Transversale 2013-2016. Gouvernance associative et service aux usagers, quelles conflictualités pour quels effets ?*, CBCS, Bruxelles, Juillet 2016

De Henau, J., Meulders, D., Zasunayski, E., « *Home sweet home ! Au chevet des politiques de maintien à domicile dans la Région de Bruxelles-Capitale* », Ed. du DULBEA asbl, 2003

European Research Area in Aging Network (Era-Age Net), *Report of the Fifth meeting of the European Forum, 26-27th November 2007*, Brussels, 2008

Fédération des Services Bruxellois d'Aide à Domicile (FSB asbl) & Fédération des Centres de Coordination des Soins et des Services à Domicile (FCCSDD asbl), *Les secteurs de l'Aide & des Soins à Domicile. Rapport sectoriel 2017 portant sur les années 2012-2016*, Bruxelles, 2018

Fondation Roi Baudouin, *Vieillir mais pas tout seul. Enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*, Bruxelles, 2012

Fondation Roi Baudouin, *Hospitalité pour les aînés. Prendre soin des personnes âgées fragilisées*, Bruxelles, 2015

Fondation Roi Baudouin, *Les aidants-proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe*, Bruxelles, octobre 2016

Fondation Roi Baudouin, « *Aidants proches et personnes âgées à domicile. Qui sont-ils ? Que font-ils ? Une analyse* », Zoom, Bruxelles, octobre 2016, 4 p.

Fondation Roi Baudouin, *Goal-Oriented Care. A shared language and co-creative practice for health and social care*, Bruxelles, Mai 2020, 38 p.

Foureur, N., « *Plus de place au principe d'autonomie pour plus de respect des personnes âgées* », CNAV, *Gérontologie et société*, 2016/2 vol.38, n°150, 141-154

Fremontier, M. & Jeandel, C.(dir), *Vieillir au XXI^{ème} siècle. Une nouvelle donne*, Paris : Universalis, 2004, 194 p.

Gucher, C., Alvarez, S., Laforgue, D., Vial, B., Warin, P., « *De la disjonction entre qualité de vie et qualité de l'aide à domicile. Vers une compréhension des phénomènes de non-recours et de non-adhésion* », *Vie sociale*, 2017/1, n° 17, pp. 55-70

IBSA, *Focus n°39*, Bruxelles, Octobre 2020, 9 p.

IRISCARE, *Marché public de services concernant la réalisation d'une étude de programmation relative aux structures de maintien à domicile et d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées de la Région bruxelloise pour le compte de Iriscare*, Bruxelles, 2020

IRSS/UCL, *Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe. Etude de données. Résumé exécutif*, Fondation Roi Baudouin, Bruxelles, 2016, 35 pages

Kenniscentrum Woonzorg Brussel/VUB, *Etude de programmation pour Bruxelles. Recherche portant sur la mise en place d'une programmation relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées*, Bruxelles, 2012

Kenniscentrum Woonzorg Brussel/VUB, *Masterplan Woonzorg Brussel 2014-2020. Quelle politique*

flamande de soins et de logements pour personnes âgées à Bruxelles ? Contours, priorités et points d'action proposés. Synthèse traduite en français, Brussel, 2014

Léridon, H., « *Vieillesse démographique et migrations : quand les Nations-Unies veulent remplir le tonneau des Danaïdes* », *Population et Sociétés*, n° 358, 2000

Litt, V., *Cadre social d'un projet de lieu de vie pour les personnes âgées d'origine turque et marocaine. Etude réalisée pour la Maison Médicale du Nord. Rapport final*, Bruxelles, 2007

Maasart, M., Ghyselen, S., Verstraeten S., Van Mechelen O., De Donder, L., Smetcoren A-S., Struelens, L., *Vieillir dans la grande ville. Des alternatives en matière d'habitat et de soin pour les personnes âgées à Bruxelles*, EVA vzw, Bruxelles, 2017

Masotti, B., « *Demander (ou pas) l'aide à domicile au grand âge. L'agency des personnes âgées* », *Gérontologie et société*, 2018/3 vol.40, n° 157, pp 79- 95

Moulin M., Casman M.-Th., Carbonnelle S., Joly D., *Migrations et vieillissements. Rapport d'expertise commandité par la Fondation Roi Baudouin dans le cadre de la mise en oeuvre de son programme Justice Sociale*, GRAVITES-ULB, PSBH-ULg, CDCS asbl, Novembre 2006, 126 pages

Moulaert Th., Carbonnelle, S., Nisen L. (eds), *Le vieillissement actif dans tous ses éclats*, Louvain : Presses Universitaires de Louvain, 2014

Moulaert, T., « *Les habits neufs du « vieillissement en bonne santé » : activité et environnement* », *Gérontologie et société*, 2018/2 vol.40, n° 156, pp 19-34

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, *Vivre chez soi après 65 ans : Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles*, Commission Communautaire commune : Bruxelles, 2007

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, *Les personnes âgées et les maisons de repos et de soins en Région bruxelloise, Aperçu en 2016 et focus sur les résidents aux profils O ou A*, Commission Communautaire commune : Bruxelles, 2016

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, *Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise. Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016*, Commission Communautaire commune : Bruxelles, 2017

Plate-forme des associations d'aînés de Genève, *Tisser la toile. L'enjeu essentiel de la coordination des acteurs face à la problématique de l'isolement social chez les personnes âgées*, Genève, Septembre 2017, 37 p.

Serokh, R. , *Les immigrées au crépuscule de leur vie. Parcours et vécus de femmes âgées immigrées marocaines*, Bruxelles, 2009, 21 p.

Torres S., « *L'ère des migrations. Définition et importance pour la gérontologie sociale en Europe* », *Retraite et société, Paris : La documentation française*, 2008/3, n°55, pp 15-37

Torres S., Glicksman, A., "Introduction.: Expanding the gerontological imagination through the study of older migrants", *Journal of Aging Studies*, vol.50, September 2019, 1-4

Trabut, L., Weber, F., « *Comment rendre visible le travail des aidants ? Le cas des politiques de la dépendance en France* », *Idées économiques et sociales*, 2009/4, n° 158, pp. 13-22

Transnational Forum on Integrated Community Care-TransForm, *Integrated Community Care 4all. New principles for Care. Strategy paper to move ICC forward*, Network of European Foundations, Brussels, March 2020, 13 p.

Verté, E., *Inclusive Care in Brussels, the way to go*, *Innoviris Anticipate Policy Brief*, Bruxelles, 7 p.

Verté, E., *Caring for Care. The development of the INclusive CAre framework*, Brussels, 2017

Warin, P., *Le non recours : définition et typologie. Document de travail n° 1*, Odenore, Working paper n° 1, juin 2010

Warin, P., « *Qu'est-ce que le non recours aux droits sociaux ?* », *La Vie des Idées*, 1^{er} juin 2010, en ligne

Warin, P., « *Ce que demande la non-demande. Autour du non-recours aux aides sociales* », *La Vie des Idées*, 23 octobre 2017, en ligne

Warnes A.M, Friedrich K., Kellaher L., Torres S., "The diversity and welfare of older immigrants in Europe", *Ageing and Society*, 24/3, 2004, 647-663

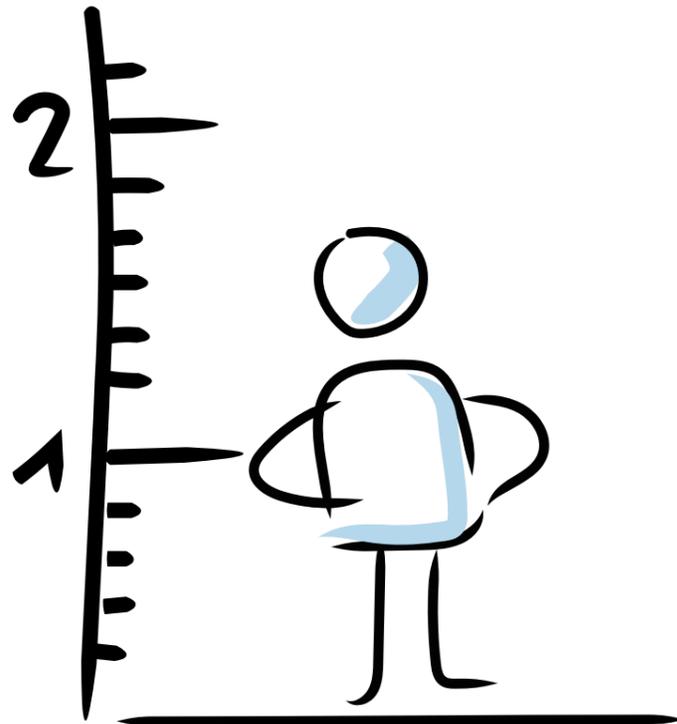
Wray S., "Women growing older: agency, ethnicity and culture", *Sociology*, 37(3), 2003, 17-34

Weber, F., Trabut, L., Billaud, S. (dir.), *Le salaire de la confiance. L'aide à domicile aujourd'hui*, Ed. Rue d'Ulm, Paris, 2014

Wetz, E., Moriau, J., Willaert A., *Organisation de l'aide et de soins de première ligne en région bruxelloise. Note de vision politique de l'inter-fédération ambulatoire*, CBCS, 2020, 24 p.

Willaert, A., Moriau, J. , *Evolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018 : analyse et recommandations*, CBCS, Bruxelles, 2018

VI. GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION



Le comité de pilotage du 12/11 s'est penché sur la grille d'auto-évaluation³⁷ et nous a permis de souligner plusieurs axes à travailler pour la prochaine étape de la co-recherche. Notamment, les questions suivantes :

- Est-ce que les acteurs directement concernés sont en capacité d'agir pour s'adapter et implémenter les innovations ?
- Est-ce que les dimensions spatiales, temporelles et institutionnelles ont été prises en compte afin d'optimiser les chances d'impact effectif ?
- Les contraintes créatives sont-elles mises en place et testées (on sollicite clairement les perspectives de résilience) ?

Globalement, ces questions pourront être traitées lors de la phase d'expérimentation, durant laquelle nous espérons que le fruit de notre travail puisse répondre à ces questions.

Pour les questions suivantes, un travail méthodologique a été entamé mais doit se poursuivre durant la prochaine phase.

- Il y a un processus (design) de recherche clair soutenant un processus rigoureux de production de connaissances.
- État d'avancement par rapport à la réponse à la question de recherche.
- Est-ce que le projet se donne les moyens de capitaliser les connaissances dans des formats permettant leur appropriation et leur usage par les personnes concernées ?
- Est-ce que le projet se donne les moyens d'évaluer la capacité de résilience des innovations qu'il propose ?

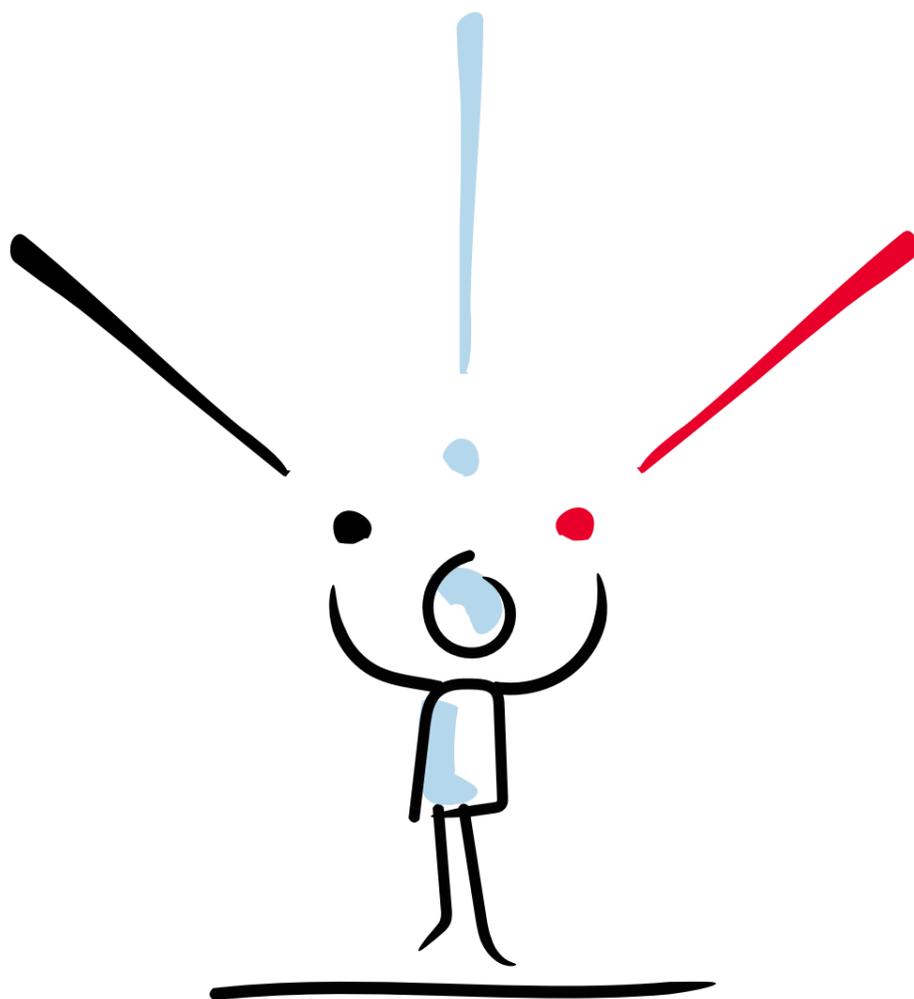
Pour la suite du projet, il faudra également réfléchir à la dimension de concertation et de négociation avec les acteurs d'aides et de soins afin de les impliquer davantage dans le processus. Il nous a semblé

également opportun de profiter de cette période pour faire le point sur notre manière de travailler ensemble et envisager les réajustements éventuels ou nécessaires, les partenaires que nous souhaiterions voir impliquer et ceux qui souhaitent se retirer ou s'impliquer autrement pour la suite.

Concernant le réseau informel, un travail rigoureux doit se poursuivre dans la prochaine phase en élaborant une méthodologie d'approche et de suivi ; ainsi qu'une évaluation du temps nécessaire à la réalisation de ce travail. À ce stade du projet, nous avons pu recenser les personnes bénévoles prêtes à s'investir dans l'élaboration de ce réseau d'entraide dans le quartier. Toutefois, de nombreuses questions, notamment éthiques, ont émergé. Par exemple, *dans quel but et dans quel intérêt nous visibilisons l'invisible ? ; comment garantir la confidentialité des données et organiser l'entraide d'un réseau informel ?* Afin d'engager une méthodologie la plus rigoureuse possible sur ces questions délicates, nous avons sollicité le soutien de Monsieur Nalpas Dominique que nous avons rencontré lors d'une formation co-create organisée par Confluences asbl. En effet, Monsieur Nalpas a une expertise en cartographie et une riche réflexion sur les réseaux informels. Il nous a fait un retour positif sur le projet et nous a proposé de nous accompagner ponctuellement tout au long du processus sur ces questions de mise en lien du réseau informel. L'un des outils qui a été mis en avant lors de nos échanges est celui de la marche exploratoire comme outil de renforcement du réseau de proximité dans le quartier qui serait intéressant d'expérimenter et pour lequel il faudra élaborer une méthodologie d'approche et un cadre d'évaluation.

37. Annexe 10 : Grille d'auto-évaluation

vii. CONCLUSION



« Vous êtes nés avec un potentiel.
Vous êtes nés pour la bonté et la confiance.
Vous êtes nés avec des idéaux et des rêves.
Vous êtes nés pour accomplir de grandes choses.
Vous êtes nés avec des ailes.
Vous n'êtes pas faits pour ramper, alors ne le faites pas.
Vous avez des ailes. Apprenez à les utiliser et envolez-vous. »

Rumi

Il serait difficile de cacher notre joie d'avoir été témoins de tant de richesse et de potentialité auprès de ceux qu'on considère, bien trop souvent, dans notre société, comme des personnes inutiles et n'attendant plus grand-chose de la vie. Les ateliers de co-création ont impulsé un tel dynamisme que la parole des seniors et des aidants-proches a pris place en nous et avec force. Nous souhaitons plus que jamais honorer ces êtres en apposant avec eux et à leur rythme, les pierres de l'édifice d'un monde qui les respecte et les valorise.

Les deux prochaines années seront capitales pour mener le plus loin et le mieux possible la recherche amorcée jusqu'à aujourd'hui. Pour cela, nous nous sommes entourés de personnes riches par leur savoir, savoir-faire et surtout de personnes faisant acte de foi en un monde meilleur pour lequel chacun d'entre nous en est responsable et acteur.

À ce stade de la recherche, il est important de souligner les réajustements qu'a induit le processus, notamment, l'évolution du cadre territorial dans lequel est traitée la question de recherche. En effet, nous avons opté de ne plus travailler sur deux quartiers mais de se limiter à celui d'Helmet et ce, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, pour la faisabilité. Effectivement, vu le temps imparti et les ressources disponibles, nous avons fait le choix d'un

travail en profondeur dans un secteur plus restreint mais qui nous permettra certainement une analyse plus fine des différents aspects du dispositif d'expérimentation. Ensuite pour des raisons de pertinence, nous avons pu observer et analyser que les explorations se faisaient principalement sur le territoire de Helmet. Celles-ci sont renforcées par le travail préalablement fourni par l'asbl Métiss'âges (située à Helmet) avec les personnes âgées. Nous avons dès lors choisi ce lieu comme point de départ à l'expérimentation disposant de cette plus-value auprès de notre public cible pour lequel Métiss'âges est considéré comme un point de référence important dans leur environnement de sociabilité. De plus, le nouveau local de Métiss'âges se situe dans un immeuble du Foyer Schaerbeeckois occupé principalement par des locataires seniors. Il sera donc une opportunité de rencontrer davantage ces résidents et par ailleurs, comme il est décrit dans le diagnostic territorial³⁸, Helmet est un quartier où vit un grand nombre de personnes âgées, souvent seules ou avec peu de relations sociales.

Un autre point important de réajustement qu'a induit le processus de recherche est le cheminement quelque fois différent de ce qui a été pensé au départ. En effet, la problématique de départ qu'est le non-recours à l'aide et de soin à domicile par les personnes âgées a questionné fortement la notion de confiance, socle fondamental pour faire appel à une aide. C'est pourquoi, à partir de l'ensemble des ateliers de co-création, nous avons réalisé que les soins au sens large à domicile, c'est-à-dire tout ce qui est attrait au bien-être, représentent bien plus que les offres et services d'aides et de soins à domicile disponibles sur le marché. Il s'agit avant tout d'un ensemble d'activités et d'espaces où les seniors puissent se sentir exister et faire parties d'un tout, à travers lesquels des liens de confiance peuvent se tisser et se renforcer, et à partir desquels l'appel à une aide à domicile éventuelle pourrait être facilité.

38. Annexe. 9 : Diagnostic territorial, p.13

Nous souhaiterions également faire part de l'évolution du comité de pilotage. En effet, le Figuier, l'Université de Saint-Louis-CASPER et la Maison Biloba Huis ne feront plus partie du comité par manque de temps nécessaire à déployer pour la phase d'expérimentation mais ils constitueront un groupe de réflexion élargi qui sera sollicité ponctuellement le long du processus. D'autres partenaires tout aussi riches vont se joindre plus étroitement au projet en faisant partie du comité de pilotage et pour lesquels les descriptifs sont repris dans le rapport de la nouvelle demande.

Dans un souci de maintien d'équilibre dans l'investissement des différents membres du prochain comité, nous avons profité de la fin de cette phase pour que chaque partenaire du consortium puisse réfléchir au rôle qu'il va remplir pour la prochaine étape de la recherche. C'est sur base de ces retours que nous avons élaboré les grands axes des workpackages des différentes bulles d'expérimentation et de l'ensemble du dispositif ainsi que les ressources nécessaires pour mener à bien les différentes missions. Ainsi, les rôles de chacun sont un peu plus clairs et mieux répartis tout au long du processus. Toutefois, si nous devons souligner la plus grande difficulté dans ce processus est le réel travail de co-création dans l'état de l'art qui, jusque-là, a été entrepris par la chercheuse de CASPER et bien entendu, ensuite, partagé dans le consortium. Dès lors, nous souhaiterions réfléchir, pour la suite, à comment inscrire plus conjointement la littérature et les savoirs dans notre démarche.

Pour finir, nous souhaiterions également mettre en avant les bienfaits du processus même de co-création, à l'échelle des liens qui se sont tissés et forgés au fil du projet. En effet, nous témoignons de l'impact positif sur nous, en tant que professionnels, d'abord dans nos relations collégiales et aussi dans les relations entre services. Nous sortons indéniablement grandis en connaissance mutuelle de cette première phase, avec ce sentiment que nous formions un petit noyau, certainement les prémices d'une communauté partageant des valeurs communes. Et ensuite, dans nos relations aux seniors et aidants-proches pour lesquels nous avons découvert de nouvelles réalités, entendu certaines choses parfois pour la première fois, mais peut-être que nous avons tout simplement mieux écouté, enfin nous l'espérons. Nous nous sommes en tout

cas réellement rencontrés. Ces deux années à venir seront donc cruciales pour approfondir ces liens, poursuivre le travail entamé et surtout le concrétiser en testant avec tous les acteurs concernés des prototypes conçus sur base des ateliers, recherches, observations, rencontres etc. faites depuis le début du projet.

ANNEXES

Annexe 1 : Synthèse des entretiens téléphoniques

- **Annexe 1.1 : Guide d'entretien téléphonique**
- **Annexe 1.2 : Questionnaire exploratoire**

Annexe 2 : Synthèse des ateliers

Annexe 3 : Supports de co-création des ateliers

- **Annexe 3.1 : Supports de co-création des ateliers avec les professionnels**
- **Annexe 3.2 : Supports de co-création des ateliers à FEZA**
- **Annexe 3.3 : Supports de co-création des ateliers à Métiss'âges**

Annexe 4 : Scénarios de prototype

- **Annexe 4.1 : Mural scénarios**

Mural : Visualisation des différents scénarios pour le prototypage au CP 19/11/20 :

<https://app.mural.co/t/esastlucmasterdesigninnovati4006/m/>

[esastlucmasterdesigninnovati4006/1605277643734/16fad71e0990440d1f4b6c5bd80583f8c616e39c](https://app.mural.co/t/esastlucmasterdesigninnovati4006/1605277643734/16fad71e0990440d1f4b6c5bd80583f8c616e39c)

- **Annexe 4.2 : Prototype CASPER**
- **Annexe 4.3 : Prototype EVA bxl**
- **Annexe 4.4 : Prototype Figuier**
- **Annexe 4.5 : Prototype MMSB**

Annexe 5 : Formulaire de travail scénario CP

Annexe 6 : Schéma Prototype (étape 1)

Annexe 7 : Schéma Prototype (étape 2)

Annexe 8 : Co-chercheurs

Annexe 9 : Diagnostic territorial

Annexe 10 : Suivi ateliers avec les professionnels

• Vidéos :

- **Prototypage d'un bus pour seniors en co-création - Habiba Msellek et un jeune, Bensaid Abdelkarim:**
https://m.youtube.com/watch?feature=youtu.be&v=yqk-F0_xpfg
- **Vidéo 1 : « Historique d'Adzhis »**
<https://www.youtube.com/watch?v=5YySc2SRCZ4>
- **Vidéo 2 : Dispositif d'expérimentation en animation**
- **Vidéo 3 : Schéma du dispositif en animation**
https://www.youtube.com/watch?v=2O_1sHI_iHE
- **Vidéo 4 : Ateliers de co-création**
<https://www.youtube.com/watch?v=ulJliumBjPw&t=2s>

• Affiches ateliers co-création

Synthèse de la réunion du 03.09 « Restitution des questionnaires »

AVANT	PENDANT	APRES
<p>Solitude versus Liens sociaux : Parfois sentiment d'abandon, d'oubli, d'isolement ou alors réseau de soutien déjà existant ; soit habitude de la solitude, soit stratégies pour maintenir les relations interpersonnelles en rencontrant les autres au parc ou en faisant ses courses ou encore par des visites, soit difficile de garder le moral</p> <p>Accessibilité aux services (accompagnement administratif-fracture numérique): La famille, les AS ou les agents de préventions (St Josse) accompagnent les PA jusqu'aux services publics pour les besoins administratifs ou accompagnent les PA dans l'utilisation des nouvelles technologies ou parfois pas pour certaines personnes isolées qui n'ont pas encore de structures d'appuis</p> <p>Aide par la famille : Soit aide par des membres de la famille, soit aide par des aidants-proches, soit aide ponctuelle par des professionnelles, soit pas d'aide voire du rejet</p> <p>Alimentation : Les PA isolées recevaient des repas préparés de la famille, d'aidants -proches ou allaient manger dans des restos ou tables d'hôtes sociaux</p>	<p>1. Les difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Finance</u> : La hausse des prix des produits (surtout alimentaires) - <u>L'isolement</u> : diminution des contacts physiques augmente le sentiment d'être seul ; besoin de briser la monotonie à la maison. - <u>Virtualisation brutale et sans transition des administrations</u> : augmente leur dépendance aux autres (avec les conséquences de : disponibilité, perte d'autonomie/d'estime de soi) – cette vulnérabilité est insécurisante (-> les institutions publiques n'offrent pas de cadre sécurisé pour les PA) ; - <u>Angoisses liées au virus</u> : accroît le sentiment d'insécurité vis-à-vis de l'extérieur (différents degrés de repli chez soi) - <u>Décalage entre les attentes des PA et les réponses des proches-aidants</u> : Cette génération de PA a le souvenir d'un autre modèle du « prendre soin de ses aînés et dans un cadre sociétal différent – par exemple : cohabitation intergénérationnelle avec les enfants, petits-enfants) 	<p>Aides alimentaires : Importante mobilisation du réseau informelle et solidaire pour continuer à apporter des repas « home made » chez les PA isolées</p> <p>Retour contacts familiaux et aide par la famille : Garder le plus longtemps possible l'aide intra familiale plutôt que faire appel à des inconnus</p> <p>Peur de sortir a diminué mais pour certains Repli sur soi. Difficulté de garder les liens. Peur de ressortir et d'être infectées par les autres. Impression d'être « pestiféré ».</p> <p>Désir de reprendre des activités/de partage Besoin de continuité dans le suivi et de contact social ; Si la PA a pu retrouver un accompagnement, c'est ok sinon les problèmes s'accumulent</p> <p>Quelques formes de résilience : Certaines PA ont été résilientes au vu du manque d'accompagnement ce qui a stimulé leur autonomie (réalisation des repas elles-mêmes, bricolage, réparations diverses,...) ; d'autres ont voulu se rendre utiles en aidant les autres dans des petites tâches.</p> <p>La question de la redevabilité des PA se pose vis-à-vis de la solidarité... Comment rendre ?</p>

	<p>2. Conditions pour faire appel à une aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Confiance</u> : connaître celui qui apporte l'aide et comprendre dans quel but-> accentue le sentiment de sécurité - <u>Adéquate</u> : Respect de l'univers de la personne cad respect de son organisation, respect de ses références et conforme à ses attentes,... - <u>L'aide doit venir d'abord des proches</u> (famille, aidants-proches, amis, voisins, commerçant) - <u>Claire et accessible</u> : que l'utilisateur sache où sont les offres de services/d'aides, de quoi elles sont constituées et comment y accéder. <p>3. Appuis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Le réseau intime</u> : famille, amis, voisins, - <u>La religion</u> - <u>Réseaux de proximité proactif</u> <p>4. Les changements :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Colis alimentaires</u> : Arrêt brutal des visites « alimentaires » par leur réseau, des livraisons de certains services ou des repas pris dans des restos sociaux → remplacement par des repas livrés par d'autres services non habituels mais qui n'ont pas la même saveur ou ne respectent pas les codes culturels. - <u>Comportements/Environnement</u> : La solidarité ; moins de pollution ; confinement moins anxiogène dans un cadre agréable ; Reconnaissance existentielle grâce aux appels tél : Les PA 	
--	---	--

	<p>sont très touchées ; elles se sentent reconnues, existées pour la société et soutenues psychiquement ; Prise de conscience de l'importance de l'aide et du soutien familiale ; Certaines PA se sont mises à cuisiner elles-mêmes</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Gestion du quotidien dans le ménage :</u> Pour certains, les hommes vont plus se charger des courses/démarches administratives et les femmes vont s'occuper du foyer (et du maintien de lien avec les proches plus âgées).	
--	---	--

1. Comment la personne se débrouillait avant le Corona ?	Réflexions des chercheurs
<ul style="list-style-type: none"> • Ma maman est très âgée aussi, elle a ce sentiment de solitude qui est là depuis bien avant le confinement, • « chose à améliorer: l'accès aux handicapés pour bouger et avoir un bureau spécial pour les personnes âgées » • Je pense que ça s'est renforcé avec le confinement mais que ça se dirait hors confinement : l'impression forte « ah on s'intéresse nous, on est là, on a une place dans la société », 	<ul style="list-style-type: none"> • A Saint-Josse, ils ont des agents spéciaux de prévention qui accompagnent les personnes dans tous les services formels, services publics et qui font ce lien, qui pallient la peur des PA, qui pallient la barrière linguistique, qui font ce service de proximité et qui vont avec la personne jusqu'au guichet de la commune mais ils disent ces gens que ce qui est compliqué pour eux c'est qu'une fois que la confiance est installée la personne ne fait plus que téléphoner et ils sont noyés, pcq c'est la référence

2. Comment la personne s'est débrouillée pendant le Corona ?	Réflexions des chercheurs
<p>1. Les difficultés</p> <p><u>Finance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La hausse des prix des produits <p><u>L'isolement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • je sais me débrouiller toute seule mais il y avait le sentiment de peur un peu et surtout le sentiment de solitude, il fallait pas sortir, rester à la maison. Ne pouvant pas voir le peu de personnes qu'elles connaissaient • certaines avaient de l'aide, le strict minimum en tout cas càd déposer un sac de course et puis vite repartir mais ce qui revenait le plus c'est la solitude • très dur de garder les liens, quand on est tout le temps à la maison : « OK il y a les coups de téléphone mais c'est pas la même chose que de rencontrer les gens dehors quand on fait les courses, ou qu'on va au parc. » • Un monsieur qui se promenait souvent avant m'a dit qu'il s'était fort replié sur lui-même , que les journées paraissaient très longues parce qu'elles n'étaient pas entrecoupées de relations interpersonnelles. On bouge et on voit les autres, ou ceux-ci rendent visite. Donc ce monsieur disait que c'était très dur de garder les liens. • Il y en a qui m'ont dit que le confinement n'était pas un problème parce qu'ils ont l'habitude d'être seuls et supportent bien leur solitude, alors que d'autres m'ont dit que c'était très difficile de garder le moral. • C'est comme dans les homes, ce n'est pas le WhatsApp qui faisait le contact, l'organisation des visites à l'extérieur même séparés par une vitre ça leur a fait du bien, les hommes 50% c'est la solitude et la coupure avec la famille <p><u>Virtualisation brutale et sans transition des administrations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a le thème des nouvelles technologies, bcp de personnes m'ont dit que du fait de la rupture des liens sociaux, il y avait des tas de choses qui 	<ul style="list-style-type: none"> • besoin de contact social • La fracture numérique est gigantesque

posaient problème, le téléphone puis la TV qui ne fonctionnaient pas, on doit rentrer un papier administratif pour obtenir telle ou telle aide et ça n'allait pas, on doit prendre rdv via internet

- une dame m'a dit qu'elle avait besoin d'une composition de ménage et d'un certificat de résidence, elle a été à la commune, « vous devez le faire par internet » mais elle n'a pas, donc elle est venue chez nous on lui a ouvert un compte google.

Angoisses liées au Covid

- « ne rend pas encore visite à sa famille, elle a peur du métro (transports) »
- « Elle ne veut plus aller au magasin à cause des gens, de la contagion par contre la solitude ne la dérange pas. »
- Pour les 62-70 ans, c'est là qu'il y a eu le plus de peur, de crainte, celles qui ont le plus difficile, surtout celles qui habitent dans un appartement.
- L'insécurité, c'était au début du confinement, les gens ne portaient pas encore le masque, des jeunes étaient dans la rue, sa femme ne sortait plus et lui disait qu'il avait très peur.

Décalage entre les attentes des PA et les réponses des proches-aidants

- Les gens de la tranche d'âge 40-50 ans, estimaient qu'ils avaient aidé leurs parents alors que ceux de la tranche d'âge 60-70 ans estimaient ne pas avoir reçu assez d'aide.
- les jeunes disaient « mais oui on a aidé, j'ai téléphoné à ma mère, à ma belle-mère » et ceux de 60-70 ans disaient « ben non on n'a pas eu, on ne nous a pas appelé, ou un peu mais ce n'était pas assez ».
- dans cette tranche d'âge 60-70 quand je demandais qui avait pris de leurs nouvelles ils répondaient « je sais que les enfants ont dur de prendre de nos nouvelles, qu'ils le font avec ... des pieds de plomb », et aussi « on sait que va peut-être venir le moment où on va demander à un inconnu de nous aider, mais on espère que cela arrivera plus tard ».
- Elle a eu 9 enfants et ils sont tous mariés, son mari est décédé, elle n'a plus ses activités quotidiennes comme quand toute la famille était là,

- Je me demande ce qui est le mieux : rester chez soi tout seul enfermé pour ne pas attraper le virus ou se protéger et sortir quand même

- la projection est vraiment difficile.
- pas facile d'expliquer et de se faire comprendre, insister sur le fait que peut-être pas pour elles maintenant mais pour plus tard ou pour des voisins, des proches. Mais c'est vrai qu'alors la réponse c'était « mes enfants m'aideront », donc cette conviction, et j'espère que ce sera le cas pour elles, que les enfants aideront effectivement, qu'elles ne se retrouveront pas dans la situation de devoir faire appel à qq d'autre.
- et je pense que c'est une question de culture, de penser que de toute façon ça va toujours aller et aussi si ça va pas, on a la famille, on a les enfants. Donc ça les rassure de penser comme ça, parce que si on se projette, ça angoisse, surtout les personnes qui n'ont pas famille, c'est une angoisse d'être confrontées à leur isolement.

donc il y a tous les jours des visites, je le vois parce que j'habite avec elles, pendant les vacances je l'appelais, mes frères et sœurs me disaient qu'elle recevait sans cesse des visites, donc je lui disais remets mon bonjour à tes visiteurs, et elle me répondait « oui si qq vient je le saluerai de ta part ! », donc ce n'est jamais assez l'attention qu'on lui prête !

2. Les conditions pour faire appel à une aide

La confiance

- « J'aime m'adresser à quelqu'un que je connais parce qu'il a déjà une idée sur moi. »
- « Difficile de demander de l'aide à des personnes qu'elles ne connaissent pas. »
- ce n'est pas propre aux PA d'origine étrangère, j'ai été travailleuse pour une ALE comme aide-ménagère, et je me souviens que j'ai dû aller passer un entretien chez un couple de PA belges pour qu'elles voient ma tête, parlent avec moi pour décider si je pouvais aller faire le ménage chez elles. Les PA qui se sentent plus faibles ont besoin de se sentir en sécurité.
- des personnes qui avaient vraiment difficile à accepter de recevoir des colis alimentaires, il a fallu bcp expliquer ; de même une personne du quartier s'est proposée pour cuisiner des repas pour des PA du quartier et là aussi il a fallu bcp expliquer le pourquoi de cette démarche. On ne comprend pas la nécessité, il y avait une méfiance, ne pas oser demander mais aussi recevoir de l'aide, « je vais me sentir redevable »
- Les personnes à qui on proposait de donner avaient besoin de savoir qui donne, et surtout par qq de confiance qui les rassure sur la démarche
- Les personnes auprès de qui j'ai enquêté, je leur ai demandé si elles demanderaient de l'aide à des personnes extérieures, elles m'ont répondu non, et je leur disais mais moi vous ne me connaissiez pas non plus avant, « ah si toi on te connaît », donc une fois que le contact est établi il y a de la confiance et ça va.

- La commune de Schaerbeek a distribué des masques très tard par rapport à d'autres communes qui ont été bcp plus créatives pour trouver des masques et les distribuer à la population. Schaerbeek a attendu la livraison fédérale de masques.
- Cela dépend des quartiers, parce que dans le quartier Brabant la maison Médicale du Nord a pris l'initiative de faire fabriquer des masques par des femmes.
- Elles ont besoin, elles se disent parfois fatiguées, mais pourquoi elles vont aller dépenser dans qq chose qu'elles peuvent encore faire elles-mêmes, et se débrouiller. Je les rejoins, en faisant les tâches elles-mêmes elles vont s'entretenir au niveau physique et s'occuper, donc il y a du bon, mais après il y a la limite et savoir. Quand on a vraiment besoin d'aide, dire là je ne sais plus faire seule.

Adéquate

- C'est aussi une question de langage, et aussi compréhension de certaines habitudes...
- Oui j'ai entendu plusieurs personnes dire « oui si quelqu'un vient m'aider chez moi elle doit suivre mes critères »

L'aide doit venir d'abord des proches

- C'est une prise de conscience de la qualité des relations familiales c'est un point important qui se retrouve dans pas mal de témoignages et aussi le fait qu'on essaie de retarder le plus longtemps possible la demande d'aide à un inconnu

Claire et accessible

- « il faudrait davantage de traducteur pour régler le problème de la langue. »
- Les dames à qui j'ai téléphoné m'ont dit qu'elles n'avaient pas besoin mais que si elles avaient eu besoin d'aide elles ne savaient pas où chercher l'information, elles ne connaissent pas, ne savent pas où chercher. Même si je dis il y a des infos à la commune, elles ne savent pas quoi et comment demander.C'est pour cela que cela doit se faire en MM ou à l'hôpital dans un service spécial qui ne fait que ça

3. Les appuis :

Le réseau intime

- « j'habite en face d'une maison médicale et personne ne vient prendre de mes nouvelles ». Donc plutôt l'informel
- Effectivement bcp de personnes répondent en disant que c'est la famille qui aidera mais j'ai aussi interrogé des personnes seules, qui n'ont pas de famille, donc qui alors parlent de leurs voisins, ou des relations avec des amis, ou bien ils vont dans des restaurants sociaux,

- décalage dans la perception qu'a la PA de son réseau et la représentation qu'a le professionnel du réseau des PA.
- la difficulté c'est de définir à quel moment la PA est satisfaite du temps qu'on lui a consacré, c'est de comprendre les besoins de la PA. En tant que professionnel, et même en tant qu'enfant, je me dis elle a eu des visites, il y a eu du passage, donc c'est suffisant pour moi, mais peut-être pas pour elle, donc c'est pouvoir se mettre dans la position de l'autre. C'est pour cela qu'il faut aider les PA à se socialiser, à rester socialisées, à sortir, rencontrer des gens, il faut l'entretenir
- Il y a des décalages aussi dans les attentes, parce que chez moi, quand tous les frères et sœurs sont rassemblés avec leurs enfants, ma mère devient folle
- tout le monde autour de la table était d'accord pour dire qu'il ne fallait pas défendre la gratuité mais bien le principe de tarifs sociaux et aussi que tout n'est pas question d'offre et de demande mais qu'il y a aussi une logique de réciprocité, d'échanges de services, mais pas dire que tout doit être gratuit.
- le souci du bien être des PA ce n'est pas une affaire des femmes c'est celle de tout le monde. Aussi le soin est très culturel donc il faut être attentif à la dimension culturelle de façon fine
- De manière générale chez les PA qui ont besoin d'aide certaines ont les moyens financiers mais refusent en fonction du prix, càd refusent de donner ce montant là pour cette aide parce que ce n'est pas une dépense prioritaire pour eux. Donc ce n'est pas juste le prix c'est « est-ce que c'est nécessaire ? »
- L'enjeu c'est l'évaluation du besoin : elle sait aller au magasin faire ses courses, et même elle aime bien, le problème c'est de remonter els deux étages avec les sacs

La religion

- « Ce qui les a aidé à passer cette période sont leurs prières. Cependant ont eu bcp d'appel de la famille, des amis »

Réseaux de proximité proactif

- les personnes étaient très, très contentes d'avoir un appel téléphonique. « Oh vous pensez à moi, je suis très touchée, merci, merci, merci »
- l'impression forte « ah on s'intéresse nous, on est là, on a une place dans la société »,
- Je pense que ça s'est renforcé avec le confinement mais que ça se dirait hors confinement
- les gens d'une maison de quartier rue verte, ils ont 25 personnes à qui ils téléphonent tous les jeudi après-midi, elles disent que c'est vraiment très important ces appels téléphoniques et que de plus en plus de gens s'inscrivent sur leur liste.
- très contentes quand je les appelais pendant le confinement parce que ça brisait la monotonie.

4. Les changements

Colis alimentaires

- « la nouveauté ce sont les livraisons à domicile. »
- L'alimentation, le repas, les PA aiment le partager, donc le fait de se sentir isolée fait que l'appétit s'en va, on a plus envie de manger et puis on a perdu les contacts sociaux, donc il y a plein d'éléments autour de la nourriture.
- la question de l'alimentation. Parce que c'est un service mais c'est un point vital. Il était intéressant d'apprendre que pour des personnes seules qui recevaient des repas de la part de membres de la famille ou d'autres personnes, en une fois les personnes de la famille ne pouvaient plus venir. Donc il y a eu le cas de repas livrés par un service mais les PA

- Je me suis demandé si les la génération des enfants actuels donc des gens de 40 ans est-ce qu'ils seront des PA différentes quand ils auront 70 ans l'âge de leurs parents aujourd'hui ? Est-ce que les attentes vont évoluer ?
- C'est vrai que ceux de 60-70 ans aujourd'hui ils ont pris entièrement en charge leurs vieux parents, donc ils ont cet idéal pour eux-mêmes, et cela ne fonctionne plus et c'est pour cela qu'ils sont dans la frustration.
- tout le monde était en télétravail et les services étaient fermés et donc moins accessibles
- Moi je préfère travailler en réseau avec des gens que je connais, je ne veux pas orienter vers un service que ne connais pas
- dans les maisons médicales ou à l'hôpital parce que c'est là que la demande commence en général, il faut mettre les personnes en contact pour qu'ils voient qui vient d'où et qui fait quoi
- il faut faire ses preuves, j'ai montré que j'étais présente quand elles avaient besoin

me disaient qu'elles n'aimaient pas ces repas, ou que cela ne respectait pas leur code culturel, alors elles essayaient de faire elles-mêmes les repas soit elles allaient manger dans un restaurant social le plus proche possible, quand c'était encore ouvert ce qui n'était pas fréquent.

- Autre élément important c'est la question du prix.
- Il n'y avait plus de marché aussi
- Bricoteam a eu ça aussi pendant le confinement Ils ont livré des repas à domicile, ça prenait vraiment du temps pcq les PA voulaient parler, échanger, il y a des gens qui recevaient leur repas à 3 heures de l'après-midi tellement il y avait du retard !
- une personne m'a dit « le repas c'est la dernière chose que je peux attendre d'une personne extérieure ». Je pourrais lui demander de faire des courses, des réparations, mais le repas ça c'est la dernière chose.

Comportements/Environnement

- « Le confinement a apporté des changements chez les gens, il y a eu des améliorations (nourriture, pollution, solidarité) »
- Plusieurs femmes m'ont dit « ah moi ça m'a permis de me reposer ». Elles avaient peur évidemment de l'attraper de leur transmettre à leurs enfants mais pour eux c'était une période de repos
- que les plus à l'aise dans ce confinement c'était les personnes de 40-50 ans.
- « avant je stressais tout le temps pour les enfants, à l'école comment ça se passe, le matin le départ à l'école, et puis là j'avais tout mon petit monde autour de moi. On était vraiment en famille donc c'était chouette. »
- Pour les 50-60 ans, j'ai eu 4 femmes et un monsieur, ici aussi il y avait la différence entre les femmes au foyer pour qui cela s'est très bien passé et le monsieur qui travaille qui lui s'est ennuyé.
- Il y a aussi des personnes qui ont été résilientes, ont voulu se rendre utile, mais pour des petites choses. Pour trouver du sens dans cette solitude, se mettre au service des autres.
- Plusieurs personnes qui ne faisaient pas grand-chose avant, se sont

- Kenza qui travaille à la commune au service seniors et qui je crois est formidable, Sonia la connaît bien, elle lui a dit pendant le COVID j'ai l'impression que les PA sont comme des petites souris, celles qu'on ne voyait jamais avant, mais maintenant comme elles sont seules elles doivent sortir un minimum, donc elles sortent de leur cachette et on finit par les voir

montrées résilientes et se sont mises à faire des choses qu'elles ne faisaient pas avant, par exemple les repas, elles trouvaient les repas livrés pas bons, elles se sont mises à cuisiner, donc cela a stimulé l'autonomie

- Une personne m'a dit que ses voisins lui apportaient une assiette de repas le vendredi. Le plus souvent l'aide était informelle. Le formel c'était moi donc des personnes qui venaient à la consultation sociale, mais elles ne s'orientaient pas forcément vers des services
- La fermeture des frontières a aussi été dure pour des personnes seules qui voulaient rester confinées mais en famille donc aller rejoindre des proches pour se confiner et elles ne pouvaient pas.
- Moi aussi j'ai bcp eu ça, des personnes qui m'ont dit qu'elles regrettaient de ne pas avoir pu aller chez des proches se mettre à l'abri ou repartir au pays dans leur maison à la campagne alors qu'elles étaient enfermées ici à Bxl dans un tout petit appartement

Gestion du quotidien dans le ménage

- grande différence hommes/femmes : Bcp d'entre elles sont restées à la maison, elles avaient très peur du Corona, ce sont les maris qui ont été en charge d'aller à la pharmacie, chez le médecin, ce sont les maris qui ont été mis à contribution
- Les parents de ces femmes sont au pays, mais une femme m'a dit qu'elle allait voir sa belle-mère régulièrement pour vérifier que tout allait bien et aussi pour les courses.
- dans le cas des personnes mariées en effet les courses, les démarches, etc, étaient plus à la charge du mari
- Dans le cas de ces gens c'était les maris qui sortaient faire les courses et autres démarches à l'extérieur.

3. Comment la personne se débrouille après la première vague de Corona ?	Réflexions des chercheurs
<ul style="list-style-type: none"> • Oui je continue à avoir des colis alimentaires, • oui j'ai la famille qui revient • mais maintenant après les vacances je constate que ça va mieux, elles ont moins peur, elles viennent régulièrement pour faire les papiers et elles ont hâte de revenir en classe, de se retrouver ensemble. • coup de fil récemment d'un monsieur qui cherchait des activités pour sa maman pour qu'elle sorte, qu'elle voie des gens. • Les plus âgées ont eu très dur de venir en juin chercher les papiers pour l'inscription aux cours, elles sont très craintives, il y en a une qui ne voulait pas venir alors qu'elle habite trois maison plus haut et sa fille a eu bcp de mal à la convaincre d'oser sortir, • On n'a pas fait le repas de fin d'année, on va le faire en septembre, parce que les personnes aiment partager, elles le demandent ce repas de groupe 	

Impressions des chercheuses :

Sonia :

- j'ai touché des PA pendant le confinement qui étaient des personnes qui fréquentaient le centre de jour de Biloba,
- pas été trop difficile de mener cette enquête sauf peut-être pour l'après parce que ça se faisait de manière bcp plus informelle
- pas mal de données, avant et pendant mais en fait pour l'après il y a des personnes qui sont toujours dans le pendant
- C'est effectivement parfois très difficile pour le gens, et ils ne le prennent pas toujours bien, quand on leur demande de se projeter, c'est difficile de se projeter pour les PA ? donc je le prends dans l'autre sens, je leur dis « tiens est-ce que vous avez déjà eu un moment donné où vous vous sentiez dépendante, est-ce qu'une fois dans votre vie vous avez un accident, ou vous avez été opéré, bref qq chose qui vous a immobilisé, de quoi auriez-vous eu besoin à ce moment-là ?
- la remettre dans son contexte, parce que quand on vit une situation de dépendance on peut plus facilement se dire « ben oui si jamais j'en viens à être moins mobile, à moins savoir me déplacer, qu'est-ce que vous souhaiteriez que l'on fasse pour vous ? ». : ça réactive le souvenir

Cécile:

- très différent. Je l'ai avec mes apprenantes mais celles qui parlent le mieux FR qui ne sont pas des PA et dont, pour la plupart, la famille n'est pas ici.
- J'ai surtout accentué sur comment tu vivais le COVID, comment tu organisais tes journées, comment ça se passait concrètement, mais pas par rapport aux familles puisque comme elles l'ont dit elles gardaient le contact avec les familles par WhatsApp.
- Bcp d'entre elles sont restées à la maison, elles avaient très peu du Corona, ce sont les maris qui ont été en charge d'aller à la pharmacie, chez le médecin, ce sont les maris qui ont été mis à contribution.
- J'ai eu aussi très difficile d'abord parce que par téléphone ce n'est pas génial, je préfère être en face, et j'ai pris les personnes qui parlaient le mieux français et même dans ces cas-là, il y en a deux qui m'ont refilé leur mari, c'est lui qui a répondu aux questions

Selma :

- Ce sont des personnes qui habitent Helmet et l'entourage, Brabant par ex.
- plusieurs tranches d'âge :la tranche d'âge 40-50 ans (4 personnes), 50-60 (5 personnes) et 60-70 (6 personnes).
- Mes entretiens ont démarré en juin, donc c'était la fin du confinement et donc plus axé sur comment ça s'est passé. Qui a aidé, quelle aide reçue ?

Houria :

- j'ai eu un peu plus difficile que vous. D'emblée on m'a demandé de cibler les personnes de plus de 60 ans et seules, et idéalement un public d'origine étrangère, donc je me suis retrouvée avec des personnes principalement marocaines et qui parlent arabe, donc pendant les entretiens, j'avais le sentiment d'orienter mes réponses parce que il fallait que je l'explique ce que signifiait ma question, et je donnais des exemples, donc j'influçais leurs réponses.
- Dans cette tranche d'âge de 60 ans et plus, il y avait qq patients à moi donc j'ai eu plus facile à les interroger alors que les autres je les interpelais à la sortie de leur consultation mais comme c'étaient des gens que je n'avais jamais vu c'était difficile de leur demander d'entrée de jeu alors comment ça va avec le confinement ?
- Je me sentais pas très à l'aise en posant des questions, avant de poser des questions, je disais quel était le but , de créer un service plus adapté, mais j'ai eu l'impression de me retrouver avec des personnes à qui je devais rappeler qu'elles étaient âgées que peut-être bientôt elles allaient être dans une situation de ne plus pouvoir faire certaines choses, d'avoir besoin d'aide, donc rappeler à qq qu'elle est âgée alors qu'elle se sent peut-être jeune donc qui répond non, je sais me débrouiller toute seule, je fais ci, je fais ça, mais dès que j'arrêtais l'enregistrement alors elle sortait un document de sa poche et me disait et qu'est-ce que je fais avec ça, etc
- donc l'enjeu c'est admettre qu'on a besoin d'aide et qu'on a des difficultés, il y a des choses dont elles n'ont pas conscience, elles ont besoin d'aide mais elles n'y pensent pas spécialement

Guide d'entretien revisité sur base d'expérience de premiers entretiens

- 1) Comment avez-vous vécu cette période de confinement ?

- 2) Comment est-ce que ça se passe ?
Comment vous vous organisez de manière générale et plus spécialement pour les courses ?
repas ? poste ? pharmacie ? médecin ?

- 3) A quelles ressources vous faites appel ?
 - Avez-vous déjà un réseau ? famille, amis, voisins et aide. Est-ce que vous êtes satisfait de vos relations, de vos contacts, aide ou bien vous manque-t-il quelque chose ?

 - Comment vous vous y prenez quand vous avez besoin d'un renseignement ? Est-ce que dans votre réseau en termes de ressources vous faites plutôt appel à votre famille ou au réseau que vous connaissez et qui peut vous aider au niveau de votre santé ? (voisins, amis, associations, pharmaciens, téléphone, Whatsapp, affiches, radio, télévision, via bouche à oreille, coups de mains ponctuels,...).

 - Est-ce que c'est plus facile pour vous de vous adresser à quelqu'un que vous connaissez ou à quelqu'un que vous ne connaissez pas et pourquoi ?

- 4) Faites-vous appel à des services d'aide et de soins ? et si oui lesquels ?
Jusqu'à présent êtes-vous satisfait de l'aide qu'on vous donne ? (si oui ou non, creuser par des demandes d'exemples concrets)

Est-ce que vous avez déjà eu une mauvaise expérience ? Si oui, qu'est-ce qui pourrait vous freiner ?

De quoi avez-vous besoin aujourd'hui ? qu'est-ce qui pourrait être amélioré ? Avez-vous des idées ?

- 5) Est-ce que vous vous êtes déjà retrouvé.e dans une situation extrême où vous étiez coincé.e et que vous ne saviez pas comment faire ? Et comment avez-vous fait pour vous en sortir ? De quoi auriez-vous eu besoin à ce moment-là ?
- 6) Est-ce que vous vous sentez suffisamment à l'aise dans la langue pour exprimer vraiment ce dont vous avez besoin ?
- 7) Est-ce que vous avez des activités que vous aimez bien faire et si oui lesquelles ?

Guide d'entretien : appels téléphoniques sur l'organisation de l'aide informelle et formelle

Les questions s'adressent à des personnes âgées et/ou isolées

Contexte actuel de la personne

1. Comment vous vivez cette période de confinement ?
2. Comment est-ce que ça se passe ?
Comment vous vous organisez de manière générale et également pour les courses ? repas ? poste ? pharmacie ? médecin ?
3. Quelles sont les choses/activités qui continuent à bien fonctionner pour vous ?

A quelles ressources vous faites appel ?

Utilisez vous toujours les mêmes ressources qu'avant ou bien pour vous adapter à la situation faites-vous appel à de nouvelles ressources ?
4. Comment ça se passe avec vos relations est-ce que vous arrivez à garder des contacts sociaux ?
5. Dans ce contexte particulier de confinement quelle est l'aide que vous recevez ?
6. Faites-vous appel à des services d'aide et de soins ? Et si oui lesquels ?
7. Avez-vous un réseau ? famille, amis, voisins et d'autres personnes qui vous aident point de vue santé, bien-être, coups de mains ponctuels, visites ?

Contexte de la personne avant la période de confinement

8. Est-ce que vous aviez déjà ce réseau avant le confinement ?
9. Est-ce que dans votre réseau en termes de ressources vous faisiez plutôt appel à votre famille ? vos voisins ? via du bouche-à-oreille, via des associations, autres... ?
10. Est-ce que vous aviez déjà des activités que vous aimiez bien faire et si oui lesquelles ?
11. Est-ce que vous étiez satisfait avant cette période de vos relations, contacts, aide ou bien vous manquait-il déjà quelque chose ou pas ?

12. De quoi auriez-vous eu besoin à ce moment-là plus spécifiquement ?

Contexte où la personne doit faire face au changement suite au confinement

13. Et aujourd'hui puisqu'il faut s'adapter à cette nouvelle période, qu'est-ce qui est difficile pour vous ?

14. Est-ce que vous avez pu mettre des choses en place dans cette situation changement ? Et quoi ?

Est-ce que ça été difficile facile ou difficile ?

15. Et de quoi auriez-vous besoin maintenant ?

Et qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?

Est-ce que vous avez des idées ?

16. Pour réaliser ce à quoi vous avez pensé, savez-vous auprès de qui vous tourner ?

17. Jusqu'à présent êtes-vous satisfait de l'aide qu'on vous donne ?

18. Si oui on creuse : (l'idée c'est d'avoir des exemples concrets : anecdotes, souvenirs)

19. Si non on creuse : (l'idée c'est d'avoir des exemples concrets : anecdotes, souvenirs)

20. Qu'est-ce qui vous freine actuellement ?

Qu'est-ce qui vous inquiète ?

21. Est-ce que c'est plus facile pour vous de vous adresser à quelqu'un que vous connaissez ou à quelqu'un que vous ne connaissez pas et pourquoi ?

22. Est-ce que vous avez déjà vécu une mauvaise expérience ?

23. Dans cette période-ci qu'est-ce qui vous inquiète le plus ? La peur de la contagion du virus ? est-ce le fait de rester longtemps isolée ? Avez-vous peur qu'on vous oublie ?

24. Est-ce qu'il y a des contacts qui ont été rompus à cause du confinement et qui sont aujourd'hui vraiment difficiles à vivre ?

25. Est-ce que vous vous sentez suffisamment à l'aise dans la langue pour exprimer vraiment ce dont vous avez besoin ?

26. Comment vous vous y prenez quand vous avez besoin d'un renseignement ? Est-ce que vous faites appel à votre réseau que vous connaissez ? (voisins, amis, associations, pharmaciens, internet, téléphone, Whatsapp, affiches, radio, télévision).

27. Dans votre situation aujourd'hui on vous donne une baguette magique qu'est-ce que vous pouvez mettre en place pour supporter la situation ? (dans votre boîte-à-outils personnelle avec tout ce que vous avez comme ressources et expériences à l'intérieur de vous qu'est-ce que vous pouvez utiliser comme ressources).

28. Est-ce que vous vous êtes déjà retrouvée dans une situation extrême ou vous étiez coincée et que vous saviez pas comment faire ? Et comment vous avez fait pour vous en sortir ?

29. Qu'est-ce qui est intolérable pour vous, qu'est-ce que vous ne supporteriez pas ?

30. Est-ce que vous avez découvert une activité que vous à fait du bien durant cette période et que vous aimeriez poursuivre ?

31. Imaginez que nous sommes en train de boire un bon café ensemble qu'est-ce que vous avez envie de me dire, de me raconter ?

Est-ce que vous avez découvert des choses très chouettes durant cette période : aide, solidarité, initiatives citoyen. Quelque chose dont vous dites Waw ça c'est chouette ?

GRILLE DE LECTURE DU MATERIAU DES ATELIERS DE CO-CREATION

PARTIE 1 : SYNTHÈSE DU MATERIAU DES 12 ATELIERS MIXTES

Axe 1 : Les conditions pour le bien être des seniors	Axe 2 : Que faire ? Que créer ?
<p>1.L'ARGENT : ce thème a été abordé sous divers angles dans les 3 ateliers mixtes. D'une part, sous l'angle du revenu d'existence dont disposent les PA, d'autre part sous l'angle de la rémunération/non rémunération des prestataires d'aide et de soins aux PA et donc aussi de la gratuité/non gratuité des aides prestées.</p> <p><u>Revenu d'existence, liberté économique :</u> Disposer d'un revenu suffisant permettant « une vie digne » a été jugé <i>condition sine qua non</i> pour le bien être d'un senior dans les ateliers 1 et 2, surtout aux yeux des hommes, qui considèrent que le manque de revenus impacte fortement la qualité de vie (logement, nourriture, loisirs) des PA. Dans l'atelier 3, quelques participantes, certaines jeunes » d'autres plus âgées, ont insisté sur l'importance de « la liberté économique » « pour ne pas dépendre des enfants mais pouvoir les aider », leur idéal de vieillesse étant « d'avoir beaucoup d'argent pour rentrer vivre au pays dans une grande maison avec toute la famille et pour faire des voyages ».</p> <p>Atelier 1.1 : « Moi ce que j'espère c'est que je vais gagner un million d'Euros ! Le niveau financier c'est très important, il est trop bas pour beaucoup de PA. Le loyer leur prend tout l'argent, il ne reste presque plus rien pour vivre. Je connais des gens qui vivent seuls dans une pièce et qui paient 600 euros. Ils sont toujours stressés parce qu'ils doivent vivre avec rien. »</p> <p>Atelier 3.2 : « J'ai travaillé, j'aurai ma pension, je vais avoir de l'argent en banque, mes économies. »</p> <p>Atelier 3.2 : « Je veux toujours avoir mon argent, mon compte, toujours il y a de l'argent, pour acheter comme je veux. »</p> <p>Dans l'atelier mixte 3, les participantes ont souligné le prix élevé du séjour en Maison de Repos qui limite le nombre de PA qui peuvent y avoir recours.</p> <p>Atelier 3.4: « Les maisons de repos, c'est pas valable pour tout, c'est pas n'importe quelle vieille qui peut aller à la maison de repos, il y a des conditions »</p> <p>Atelier 3.4 : « Oui, ça dépend des revenus, seulement les personnes qui ont une maison, propriétaire, je ne sais pas, maison, magasin, quelque chose. Si vous n'avez pas d'argent, tu restes chez toi. »</p> <p>Atelier 3.4 : « Juste les personnes qui ont des revenus fixes par exemple, des personnes riches. »</p>	

Atelier 3.4 : : « J'ai entendu que ça arrive à 1000 euros par mois, j'ai vu 40, 50 euros par jour. »

Pour améliorer la situation des PA précaires, on a envisagé dans l'atelier mixte 1 divers types d'aides fondées sur une logique de solidarité, comme la création d'un fonds d'aide ou la mise en place d'un système de cagnotte.

Atelier 1.1 : « Un endroit où l'on puisse récolter de l'argent où les personnes qui ont les moyens mettent de l'argent qui sera distribué aux personnes qui auraient besoin d'aide, les PA qui n'auraient pas assez de moyens. »

Atelier 1.1 : « Un ensemble d'amis qui, tous les mois, mettent un peu d'argent. Et on tire au hasard qui va recevoir le tout. Le principe : c'est que sur un an, tout le groupe va donner par exemple 20eur/mois alors soit tous les mois, on donne la somme récoltée ou on attend plusieurs mois et donne à la personne tirée au hasard la somme rassemblée. Et tout le monde dans le groupe bénéficie de cette cagnotte. »

On a aussi mentionné, dans l'atelier 1.1., la création d'un service d'accompagnement à la gestion du budget et surtout la nécessité d'encourager les PA valides à exercer des petits boulots rémunérés.

Atelier 1.1 : « Ils peuvent gagner de l'argent. Moi je connais des personnes retraitées qui donnent des cours pour les enfants par exemple, qui avaient un métier et qui continuent à le faire, ils ont de l'argent de poche comme ça, en fonction de ce qu'ils savent faire. Quelqu'un qui sait jouer à la guitare, il donne cours aux enfants. Quelqu'un qui sait bricoler il peut donner des cours de bricolage. Ils peuvent gagner aussi leur vie en travaillant. »

Rémunération/non rémunération des prestataires d'aide et de soins aux PA

La question de l'argent, sous l'angle « travail rémunéré/travail non rémunéré », a été beaucoup discutée dans les 3 ateliers mixtes quand il s'est agi d'identifier les besoins d'aides des PA et les prestataires de ces aides : s'agit-il d'aidants-proches (AP), de bénévoles, de professionnels, d'un mélange des trois ? La référence fréquente dans les échanges aux bénévoles a suscité l'étonnement dans les ateliers 1 et 2, alors que le « volontariat » a été mis en avant comme une bonne solution d'aide aux PA d'un quartier dans l'atelier 3.

Atelier 1.1 : « Il faut changer la société parce que j'entends beaucoup de bénévoles, bénévoles mais il y a des gens qui ont besoin de gagner leur vie comme bénévoles. »

Atelier 2.2 : « Mais pourquoi vous parlez tout le temps de bénévoles ? Je ne crois pas que c'est la solution. Je fais du bénévolat pour une voisine mais je ne peux pas le faire tout le temps. On ne peut pas compter seulement sur des bénévoles qui font tout. Il faut que ce soit des gens payés. »

S'il y a accord dans les ateliers mixtes pour considérer que l'un n'empêche pas l'autre et qu'il convient de combiner aide bénévole et aide professionnelle, les échanges ont conduit à poser la question de savoir si « bénévolat signifie gratuité » et à y répondre en soulignant la nécessité de valoriser l'aide bénévole et de lui

**Fonds d'aide, cagnotte,
« tontine »**

**Service
d'accompagnement à la
gestion du budget**

**Petits boulots rémunérés
pour PA valides**

accorder de la reconnaissance. Les aidants-proches viennent d'obtenir un statut, ne faudrait-il pas que les bénévoles, les pairs-aidants, les accompagnateurs aient aussi un statut reconnu ?

Atelier 2.3 : « Il faut changer le sens du mot bénévole, on attend qu'un bénévole donne gratuitement, or il faut de la réciprocité. »

Atelier 2.3 : « Je suis bénévole, j'aide, mais en retour j'aimerais qu'on reconnaisse ce que je fais, on me dit merci mais c'est tout. Je ne demande pas d'argent, mais plus de reconnaissance. »

Atelier 2.3 : « Je suis bénévole depuis très longtemps et ça m'a coûté non seulement beaucoup de temps mais aussi beaucoup d'argent (frais de déplacements, etc.) »

Atelier 2.3 : « Même pour le bénévolat, il doit y avoir une reconnaissance. C'est important. »

Atelier 2.3 : « C'est nécessaire pcq on ne peut pas seulement requérir du bénévolat, il faut valoriser ce travail et le faire reconnaître. »

A ainsi été suggéré qu'il serait judicieux de prendre des bénévoles ex professionnels de l'aide et du soin à la retraite ou en incapacité maladie et de leur permettre d'exercer leur aide dans le cadre d'un statut rémunéré, ce qui leur donne de la reconnaissance et les aide financièrement.

Atelier 1.4 : « Prendre des bénévoles qui sont déjà retraités ou des personnes qui sont en maladie, parce qu'il y a beaucoup de personnes en maladie mais ils veulent travailler. J'ai une amie hier elle m'a dit « je suis invalide, mais j'ai envie de travailler, mais est-ce qu'ils vont accepter ? »

Atelier 1.4 : « Cela peut les aider un peu financièrement, c'est du donnant donnant. »

Atelier 2.1 : « J'ai travaillé comme aide-soignante dans les maisons de repos. Ce que je fais avec les PA maintenant, ce n'est pas du bénévolat, c'est du travail rémunéré. Je suis pensionnée, et c'est un complément de revenus. J'ai besoin de faire quelque chose, je n'aime pas rester chez moi sans rien faire. »

Dans l'atelier 2 on a aussi suggéré qu'une personne chômeuse puisse exercer une activité bénévole et bénéficie en contre partie de la garantie de non exclusion du chômage, et que les pairs-aidants, les accompagnateurs aient aussi un statut reconnu à l'instar de celui que viennent enfin d'obtenir les aidants-proches.

Dans le même sens, les échanges au sein des ateliers mixtes 1 et 2 préconisent de « changer le sens du mot bénévole », de « ne pas attendre qu'un bénévole donne gratuitement », d'insister au contraire sur « l'importance du besoin de réciprocité pour les bénévoles, de la valorisation de leurs actions et de la reconnaissance d'un statut en tant que personnes qui aident ». Inscrire l'activité bénévole dans « une logique de don/contre-don, voire de

Statut de bénévole : reconnaissance et rémunération en complément de la retraite ou de l'indemnité maladie pour des ex-professionnels de l'aide et du soin

Statut de pair-aidant, d'accompagnateur sur le même modèle que le statut d'aidant-proche

Travail bénévole pour des chômeurs avec en contre-partie garantie non exclusion du droit au chômage

Bénévolat : logique de don/contre-don sous forme de troc

<p>troc », est en outre considérée comme un incitant au recours à l'aide car cela permet à la PA de ne pas se sentir « redevable » et de « pouvoir rendre ».</p> <p>Atelier 1.4 : « Et au-delà d'aider la personne qui nous aide, c'est aussi être à l'aise de demander de l'aide. Parce que si on sait que l'autre le fait gratuitement, on peut être gêné. On peut ne pas oser demander des choses parce qu'on est gêné. Si on sait que l'autre a une rétribution, alors on peut demander, on peut demander plus facilement. Ça met l'autre à l'aise. La gratuité ça met mal à l'aise qu'on le veuille ou pas. »</p> <p>Atelier 1.4 : « Il faut un échange. Cet aspect est important, ça ne doit pas passer par de la monnaie, de l'argent. Ça peut être aussi un service que l'autre va rendre. Un genre de troc, par exemple un échange de matériel, ou du temps, ça peut être le temps. Par exemple la personne âgée peut donner cours à votre enfant un cours de français, un cours de math, parce que voilà il s'y connaît là-dedans. Un cours de couture, ou encore de cuisine. Tout ce qu'elle sait faire, mais en échange, il faut l'aider dans quelque chose. Une heure contre une heure de travail contre une heure d'aide. Et c'est une façon de payer l'autre mais avec autre chose que de l'argent ».</p> <p>Et dans une logique intergénérationnelle, il a aussi été envisagé dans l'atelier mixte 2 que l'aide bénévole puisse être reconnue comme job étudiant.</p> <p>Atelier 2.4 : « Cela pourrait devenir un job étudiant. Au début l'étudiant est bénévole pendant deux mois et s'il donne satisfaction il reçoit un contrat job étudiant et ainsi il gagne un peu d'argent. »</p>	<p>Reconnaissance de l'aide bénévole comme job étudiant</p>
<p>2.AUTONOMIE : La considération de la PA, le respect de ses valeurs culturelles, le respect de sa liberté de choix, de son pouvoir de décision sur sa vie ainsi que la reconnaissance de sa capacité d'agir et de son désir de transmettre (son expérience de vie, son histoire), a été souligné à diverses reprises dans les 3 ateliers mixtes comme un besoin fondamental pour le bien-être des PA et un garant de leur qualité de vie dans tous les domaines (soins de santé, aides à domicile, alimentation, loisirs).</p> <p>La vision de la « vieillesse idéale » des participantes de l'atelier mixte 3 illustre ce besoin d'autonomie, de considération et de relation.</p> <p>Atelier 3.4 : « Quand je suis âgée, je rêve de trouver de bons amis avec lesquels je peux me réunir dans un lieu pour faire des activités, changer les idées, prendre du café, jouer avec des cartes, de temps en temps organiser un voyage. J'occupe de moi-même jusqu'à mon dernier souffle. Je fais des choses avec mes enfants et mes petits-enfants, je fais des choses très difficiles, et très lourdes. Et enfin je rêve d'aller au pèlerinage. »</p> <p>Atelier 3.4 : « Quand je deviens vieille, j'aime retourner au Maroc avec mon mari, et rester là-bas dans ma grande maison, je voudrais faire un projet pour ma vie financière. Faire la marche chaque jour avec mon mari, organiser bien ma vie. Si je serais malade moi ou mon mari, il faut prendre les médicaments à l'heure, faire du bilan médical chaque fois, faire du sport doux, aller au hammam, faire du massage. Pourquoi pas visiter les</p>	

enfants en Belgique et rester quelques mois, pas beaucoup pour pas les déranger, raconter l'histoire et les souvenirs à nos petits-enfants. Tout est dans les mains de Dieu, mais si on a perdu la santé, je suis pas un poids sur quelqu'un. »

Atelier 1.2 : « Les enfants qui viennent me rendre visite, les petits enfants, les nièces. Raconter des histoires parler avec mes petits. Toujours je suis accompagnée des enfants, dans les sorties, et pas que les enfants, les gens, la famille, les amis. Voyage avec un groupe de gens âgés. Je veux m'amuser, être entourée par la famille, faire des voyages. »

Respect et considération, temps et attention

Atelier 3.1 : « Avant tout le bien être de la vie. Ils ont besoin de beaucoup, beaucoup d'amour et beaucoup de patience et beaucoup de compréhension. »

Atelier 3.1 : « Ils ont besoin de respect. Dans la rue, faire attention aux personnes âgées qui passent dans la rue, donner la priorité. »

Comme le signalait une participante de l'atelier 2, « le temps c'est le mot clé pour la PA ».

Atelier 2.1 : « Elle a besoin qu'on prenne le temps de raconter tout ce qu'on a fait dans la journée (démarches, rencontres etc.). Il faut tout lui raconter en détail pour qu'elle ait le sentiment que c'est elle qui l'a fait, le sentiment de l'avoir elle-même vécu, de l'avoir elle-même décidé et réalisé ! Les PA n'aiment pas que les visiteurs ne prennent pas leur temps, passent en coup de vent. Elles ne supportent pas quand des amis, des proches, ne font « qu'entrer/sortir » comme elles disent ! Il faut être disponible, il faut que j'aie choisi de donner mon temps quand je leur rends visite. Elles me disent : « l'infirmière est restée une demi-heure, on a bien discuté ! ».

Atelier 3.1 : « Ma maman je pense qu'elle a besoin d'un peu de temps en plus. Peut-être de l'amitié, le temps d'être avec les amis, d'être avec les enfants. »

Atelier 2.1 : « J'observe qu'elles se souviennent de beaucoup de choses. C'est important de les laisser parler car elles ont beaucoup de choses à raconter. Elles ont besoin qu'on s'intéresse à elles, à leur vécu. »

Atelier 1.2 : « Quand on va parler avec les PA, ils n'ont pas envie qu'on parle que d'eux. Ils ont envie de parler des autres, qu'est-ce qui se passe ou que de leur passé, et surtout pas de leur situation. Cela dépend de la personnalité mais il y en a beaucoup qui ont envie de parler d'autres choses. Sortir un peu de leur personnage de l'assisté. »

La question du temps se décline aussi sous l'angle du respect du temps des PA elles-mêmes, càd de leur liberté d'organiser leur journée à leur rythme et de faire les activités qui leur plaît. Or, il apparaît que les PA doivent trop

Prendre le temps de donner du temps et de l'attention

souvent attendre les visites des aides à domicile et n'ont aucun pouvoir de décision sur l'organisation de leur temps.

Atelier 2.1 : « J'appelle les PA pour proposer des activités, et elles me disent qu'elles ne peuvent pas, qu'elles n'ont pas le temps. Elles sont toujours débordées par des rendez-vous médicaux, administratifs, elles n'ont pas le temps pour participer à des activités, elles passent leur temps à enchaîner les rendez-vous. Je me demande pourquoi tous ces services (hôpitaux, communes, maisons médicales) ne réservent pas une plage horaire pour les PA.

Atelier 2.2 « Les PA doivent attendre les visites des aides et n'ont aucun pouvoir de décision sur l'organisation de leur temps. »

Atelier 2.2 : « Il faudrait réserver des plages horaires et des guichets pour les PA, pour libérer leur temps et leur permettre de faire des activités avec d'autres PA. »

Atelier 2.2 : « J'ai eu l'expérience d'une infirmière qui devait venir à domicile chez moi pour faire des soins après une opération. Je l'attendais toute la journée mais elle ne venait pas sans prévenir, puis elle venait le lendemain quand cela l'arrangeait et toujours sans prévenir. Les PA se plaignent de cette façon de faire, disent qu'elles ne sont pas d'accord, mais on ne les écoute pas, ne tient pas compte de ce qu'elles disent.»

Ce qui implique un *changement de posture* de toutes les personnes qui composent l'entourage des PA et sont en relation avec elles : la famille, les proches, les voisins, les professionnels de l'aide et du soin, les administrations/responsables de services, qui ont tendance par facilité, pour gagner du temps à décider et à faire à la place de la PA; à ne pas tenir compte de son avis quand elle l'exprime, de ses habitudes (rituels) et de ses préférences (en matière de choix des soignants, des aides, de repas), à ne pas respecter son intimité et son rythme de vie, à ne pas prendre au sérieux ses plaintes ou ses critiques.

Respecter la parole des PA, être dans l'écoute, faire preuve de tact

Atelier 1.1 : « Des fois on parle avec des gens qui ont plus d'expériences, plus âgés, qui ont des problèmes plus graves et qui tiennent le coup. Il faut les écouter avant de leur répondre avec une phrase ou deux. »

Atelier 1.1 : « Il a parlé des personnes qui n'osent pas demander et qui sont dans le besoin. On peut faire un petit quelque chose, quelqu'un qui a remarqué dans le quartier que quelqu'un a besoin de quelque chose, on peut juste mettre un petit mot et dire qu'on croit que la personne a besoin, et l'aborder discrètement avec une certaine sensibilité, avec un certain tact, au lieu de lui dire 'il faut faire ça, tu as besoin, tu as droit'. »

Mettre en place des plages horaires spécifiques réservées aux PA pour les rendez-vous médicaux et administratifs

<p><u>Liberté de choix, pouvoir d'agir et de décision</u></p> <p>Une atteinte importante au pouvoir d'agir et de décider de la PA concerne l'argent. Une autre atteinte porte sur leurs habitudes, leurs rituels, leur façon d'habiter leur chez soi, de l'entretenir, leur conception du propre et du rangé.</p> <p>Atelier 2.1 : « Les PA ne sont évidemment pas toutes les mêmes, elles ont leur propre caractère. Contrairement à ce que l'on entend souvent dire, j'observe qu'elles ne veulent pas rester avec leurs enfants et petits-enfants, qu'elles préfèrent rester seules chez elles, qu'elles ont besoin de leur espace personnel. Elles me disent qu'elles ne sont pas à l'aise quand elles sont chez les enfants. »</p> <p>Atelier 2.1 : « La PA a besoin de se sentir chez elle, dans un endroit à elle, où elle se sent libre, indépendante. Il lui faut du soutien mais il faut que ce soit elle qui le demande. C'est la PA qui doit choisir. »</p>	<p>Bureau des plaintes des PA Lieux d'écoute, espace de paroles</p>
<p>3.LA NOURRITURE : leitmotiv récurrent dans les 3 ateliers mixtes qui font du plaisir de manger « de bons petits plats traditionnels, goûteux, sains, comme ceux cuisinés et mangés à la maison dans l'enfance », de « bons repas partagés avec des proches/amis », un élément essentiel du bien-être et du bien vivre pour les PA. Un facteur aussi de reconnaissance et de transmission.</p> <p>Atelier 2.1 : « Quand j'étais aide-familiale, je me souviens d'une dame qui adorait m'apprendre à cuisiner les repas qu'elle aimait bien dont elle avait l'habitude, « sa cuisine », « sa nourriture ». Elles aiment partager leur expérience et aussi la transmettre. »</p> <p>Atelier 2.2 : « Le repas est un enjeu crucial et une question difficile pcq il faut le personnaliser pour lutter contre la perte d'appétit et le dégoût. »</p> <p>D'où l'importance d'une alimentation saine. La solution étant de leur préparer des plats qu'elles aiment bien, qu'elles ont choisi elles-mêmes, l'idéal étant de cuisiner ensemble pour soutenir l'autonomie de la PA (co-cuisiner).</p> <p>Atelier 2.2 : « Demander aux PA seules/isolées ce qu'elles aiment bien manger et puis leur apporter les repas choisis, repas préparés par des bénévoles, ou bien ces bénévoles vont faire les courses du repas et vont le préparer chez eux. Je l'ai fait aujourd'hui pour une dame. »</p> <p>Atelier 2.2 : « Pourquoi pas faire une plate-forme qui fait se rencontrer offre des bénévoles et demandes des PA ? Je fais bien la cuisine marocaine, sur la plate-forme je vais chercher les demandes de PA Marocaines, je coche, et je promets de préparer le repas. C'est la plate-forme Bon appétit ! »</p>	<p>Plate-forme Bon appétit !</p> <p>Sensibilisation / formation des aides-familiales à une cuisine saine, de qualité, et respectueuse des goûts des PA</p> <p>Garantir le choix du type de repas dans les services</p>

Des services de repas à domicile ou de repas collectifs dans des centres de jour existent, à prix modique, mais les PA d'origine étrangère ne les utilisent pas parce qu'elles ne s'y sentent pas bienvenues ni respectées dans leur habitudes alimentaires. »

Atelier 1.1 : « Ce qui importe, c'est d'avoir le choix : un menu avec 3 plats différents (par exemple : végétarien, halal,...) »

A plusieurs reprises on a déploré le fait que les aides-familiales, dont c'est pourtant la tâche, n'accordent pas suffisamment d'attention et de soin à la qualité de l'alimentation des PA.

Atelier 2.2 : « Les AF font des petites courses mais elles achètent toujours la même chose, ne font pas attention. Il faudrait les former à faire une cuisine saine, adaptée aux PA. »

C'est pourquoi il est préconisé de créer des espaces communs et conviviaux de rencontre où les PA se rassemblent pour « co-cuisiner », par exemple, dans les logements sociaux ou sur les marchés

Atelier 1.3 : « Faire des repas en groupes mixtes (H/F) et multiculturels pour que les gens apprennent à se connaître, se faire confiance et qu'ils puissent être à l'aise pour faire des choses ensemble » (...) lier le repas avec le souvenir ou l'histoire qui est derrière. On prendrait le lieu de Métiss'Age et une grande table, faire des groupes de 3 ou de 4 personnes, qui vont faire un plat et l'amener, et raconter l'histoire qu'ils ont imaginée dans ce plat. Faire des petits groupes comme ça il y a plusieurs plats différents. »

Atelier 1.3 : « Si on veut vraiment rêver que tout est possible, on demande au logement social de vider un appartement, un grand appartement et on fait une salle pour manger ; que toutes les PA qui habitent là-bas, ils descendent manger ensemble. »

Atelier 2.2 : « Je trouve que l'espace réservé aux marchés devrait être élargi pour permettre l'installation de grandes tentes qui seraient des espaces collectifs où seraient préparés de la nourriture traditionnelle, ce serait un resto pas cher, convivial, où les PA pourraient partager des repas qu'ils aiment, pour pas cher. Et ceux qui ne peuvent plus sortir, les voisins leur apporteraient les repas préparés. »

de livraison de repas ou dans services de repas collectifs (centres de jour)

Co-cuisiner dans des espaces communs de rencontre

Repas collectifs pas chers sur les marchés

4.LES AIDES : Dans les ateliers mixtes 1 et 3, l'évocation de la « vieillesse idéale » a mis en évidence l'importance des attentes d'aide et de soutien des PA à l'égard de leurs proches, enfants et petits-enfants. Dans les ateliers 1 et 2 on a insisté sur l'importance de fidéliser l'aide (pas de fréquents changements des aidants qu'ils soient professionnels ou bénévoles), que les aidants (aidants-proches, professionnels, bénévoles) fassent preuve de disponibilité et prennent le temps de veiller à ce que l'aide soit organisée 7j/7. Les dimensions d'entraide et de réciprocité ont aussi été soulignées avec force, notamment par la valorisation de l'aide intergénérationnelle. : « Pouvoir trouver des gens pour nous aider mais aussi en tant que PA que l'on puisse aider. Donner et recevoir. » L'enjeu très concret c'est de mettre en relation l'offre et la demande d'aide, de veiller à ce qu'offreurs et demandeurs d'aide et de soutien puissent se rencontrer.

Besoin d'aide de la famille et aidants-proches

Recevoir de l'aide de la famille quand on est une PA, relève presque de l'évidence pour de nombreuses participantes aux ateliers 1 et 3, qui n'évoquent pas le recours à l'aide à domicile formelle (aide-ménagère, aide-familiale, etc.).

Atelier 3.4 : « Pour moi, je voudrais bien que je reste entre mes enfants et ma famille, nous sommes des parents qui faisons beaucoup de choses pour nos enfants, on donne l'amour et la tendresse, on fait des risques, c'est pas pour enfin me mettre dans une maison de repos. J'espère mes enfants vont être gentils avec moi, qu'ils me donnent juste un peu par rapport de ce que j'ai donné. J'aime bien que mes enfants ils vont faire tous les services, les besoins, parce que je deviens très contente. Si je les veux à côté de moi, pour être fière de dire 'voilà les enfants qui me donnent l'amour et la patience. »

Atelier 3.4 : « Quand j'ai âgée, je pense acheter une grande maison pour mes enfants, ils habitent avec moi, parce qu'après j'ai besoin des enfants près de moi, pour les paiements des factures d'eau, et faire les courses, et parfois ils sortent avec moi, faire un tour au jardin et sortir avec moi. »

Atelier 3.4 : « Je veux quand je serai âgée, une personne âgée, que j'ai mes enfants qui vont me soigner, accompagner chez le médecin et à la maison médicale. »

Atelier 3.4: « Je pense que je vais vivre avec mon mari, ou toute seule et mes enfants, une fois par semaine, deux fois par semaine, ils viennent à ma maison. Viennent pour faire du shopping, pour voyager et parler avec vous, ça va tout va bien, voilà. »

Atelier 3.4: Pour moi quand je suis âgée, je veux rester avec ma famille, je veux pas la maison de repos, parce que dans ma religion, les enfants ils aident les parents. Je veux mes enfants, et quand partir au travail ils vont faire quelqu'un qui reste chez moi, pour besoin comme partir aux toilettes, pour préparer le repas. »

Atelier 3.2 : « Je veux acheter une grande maison pour qu'il habite toujours tout le monde, mes belles-filles chacun avec son appartement, pour que les enfants s'occupent d'elle. Je veux les voir toujours, pour préparer les repas. Pourquoi j'ai fait les enfants, pour grandir et les trouver près de moi. »

Atelier 3.2 : « J'ai 70, 80 ans, je vis dans ma maison, comme maintenant, belle-mère et beau-père, ses enfants et moi, on s'occupe d'eux, c'est comme ça que je veux quand je suis âgée, je veux la même chose. »

Mais l'aide de la famille, concrètement, cela veut dire l'aide de qui ? Dans l'atelier 1.2 l'affirmation d'une participante selon laquelle « Nous les Marocains, quand on a des filles, on a tout » est discutée.

Atelier 1.2 : « Quand il y a des filles c'est différent. On a des filles, on peut être rassurée. Les filles sont bien. Elles soutiennent la mère. »

Atelier 1.2 : « Le fait qu'on a des filles, on a tout, ceci était vrai dans le passé. Mais aujourd'hui tu peux trouver un fils qui a plus de tendresse cela dépend. »

Atelier 1.2 : « Il y a une manière que les garçons s'occupent des parents : pour l'argent, pour faire quelque chose »

Atelier 1.2 : « Oui c'est les filles qui promènent avec les parents. Mais les parents il va toujours rester avec le garçon. Quand les filles vont se marier, c'est lui qui va rester à la maison, c'est le garçon. »

Atelier 1.2 : « Moi je ne voudrais pas. Si j'ai un fils qui est marié, je préfère qu'il soit bien avec sa femme que « ah, maman a besoin de moi ».

En l'absence de filles, c'est l'aide des belles-filles qui est attendue, ce qui suscite aussi des discussions.

Atelier 3.2 : « Quand je serai âgée, je veux aller en Bulgarie avec ma famille, avec mes enfants, vivre ensemble dans ma maison au village. Quand j'ai bonne santé, je prépare à manger, quand je suis malade c'est la belle-fille. »

Atelier 3.2 : « Je veux que mes enfants vivent proches de moi avec sa maison et sa maison, c'est mieux pour ne pas avoir de problèmes. Mais je veux les voir tous les jours, faire le petit déjeuner ensemble, sinon faire les repas, faire aussi les courses ensemble. Si j'ai la retraite, je paie, si je n'ai pas l'argent, j'attends de ma belle-fille. »

Atelier 3.2 : « La belle-fille c'est la catastrophe. Elle veut pas que son mari paie à sa maman. »

Dans les mêmes ateliers mixtes 1 et 3, lorsque le recours à de l'aide extérieure à la famille est envisagé, donc à de l'aide formelle, celle-ci ne revêt que deux formes : la maison de repos et la personne de compagnie.

Atelier 3.4 : « Je pense quand je serais vieille, je vais dans une maison de repos, je ne veux pas déranger mes enfants, qui auront leur famille, je serais avec personnes de mon âge, pour pas déranger votre enfant. »
Atelier 3.4 : « Pour moi je choisis une personne qui nous s'occupe et nous le payons. Bien sûr on a aussi besoin des enfants et son soutien, c'est tout. »
Atelier 3.2 : « Les personnes âgées ils ont besoin de quelqu'un qui est toujours avec eux, quelqu'un pour soigner, donner des médicaments, pour sortir avec eux, pour marcher, faire un peu de marche. »

C'est la même alternative « maison de repos/personne de compagnie » qui est évoquée dans l'atelier 3.3 pour trouver une solution d'aide pour un monsieur de 73 ans, veuf, en chaise roulante, qui vit dans son appartement avec un fils malade, et une belle-fille veuve qui habite à l'étage, qui dit ne pas oser demander d'aide.

Atelier 3.3 : « Il a besoin d'aller en maison de repos, c'est mieux, parce qu'il a déjà son fils qui est malade, et la belle-fille, elle a déjà beaucoup de responsabilité, des courses et tout. »

Atelier 3.3 : « Le monsieur habite avec la famille, il est beaucoup content, il veut être avec son fils, même si son fils est malade, donc il a aussi besoin de son père, il est bien à la maison, il ne doit pas aller à la maison de repos. »

Atelier 3.3 : « Ou bien envoyer quelqu'un qui s'occupe d'elle, chaque jour, quelqu'un qui travaille avec elle. »

Atelier 3.3 : « Une assistante à la maison, une assistante interne, une personne qui vient l'aider chaque jour, soit la personne va venir chaque jour, ou bien va habiter avec lui. »

Personne de compagnie : un métier ?

C'est particulièrement le cas pour cette figure de réciprocité et d'entraide qu'est « la personne de compagnie », qui a été présentée, dans les 3 ateliers mixtes comme particulièrement appréciée par les PA d'origine étrangère.

Dans l'atelier 1.1., une participante évoque les dames de compagnie qui se sont succédées auprès de sa grand-mère au Maroc. Il s'agissait de femmes âgées mais plus jeunes que la grand-mère, laquelle a veillé à ce que chacune de ces dames se (re)marie. C'est donc un « métier traditionnel », qui connaît encore beaucoup de succès au sein de l'immigration marocaine bruxelloise.

Atelier 1.2 : « Moi mon rêve c'est avoir toujours quelqu'un avec moi, que je peux avoir dès que j'ai cet âge là, qui peut rester vivre avec moi et on fait ça ensemble. Une dame de compagnie. Je vais avoir cette femme qui va être avec moi. Une personne qui n'a rien, donc elle peut rester avec moi, donc j'aide et on est en contact. Donc ça c'est mon rêve. »

Que fait cette personne de compagnie ?

Atelier 1.1 : « J'aide par exemple la personne à se promener, à faire les courses, je les aide chez eux, dans leur appartement, c'est tout, j'aime bien aussi être avec eux, on apprend aussi avec eux, l'histoire dans le temps, comment ils ont vécu et tout ça. Moi aussi je suis âgée, j'ai bientôt 68 ans, je vais faire ce que je peux faire : je ne peux pas les laver, donner à manger ça va, les soulever de leur lit, ça je ne peux pas faire. Il faut le dire, il faut vraiment bien traiter, c'est vraiment la qualité de la personne qui aide, qui est respectueuse de la personne âgée. »

Dans l'atelier mixte 3, deux participantes ont évoqué leur expérience de travail comme dame de compagnie de PA en Espagne, travail qu'elles n'ont pas voulu poursuivre en Belgique précisément parce qu'il ne s'agit pas de « compagnie » mais de « ménage ».

Atelier 3.4 : « J'ai travaillé avant avec les gens âgés, en Espagne, par une agence spéciale pour PA. Je vais à sa maison. Prendre avec elle le café, on sort, faire les courses, c'était un travail, c'est pas volontaire, j'ai été payée pour ça. Je fais pas le ménage, quelqu'un qui m'aide pour le ménage, moi j'accompagnais, je viens dans la maison on parle, pour les vêtements, on sort dans un café parler, on retourne à la maison. Là-bas 4 heures dans la même maison. Je fais rien, je vais rester, peut-être que la femme est couché, moi je reste devant la télé jusqu'à ce que termine l'heure. Ici aussi il y a, mais c'est difficile ici, c'est autre, par ici il faut faire 1 heure dans cette maison, autre 2 heures dans autre maison, bouger beaucoup. Il faut que tu cours par-là et j'ai pas de transport, je prends le transport public, pour aller à une maison à Uccle, et autre à Schaerbeek, le transport il faut que tu attends. Tu perds plus de temps. En plus les femmes ici, c'est pas la même qu'en Espagne. Les besoins des gens là-bas, c'est pas la même chose, quand je viens ici, j'ai essayé de travailler, mais je veux pas. Normalement nous le travail c'est on accompagne, c'est pas travailler avec autre chose, pour le ménage. Ici c'est autre chose. Ici ils confondent tout, ils mélangent tout. Quand je pars pour accompagnement, on dit « fais moi ça, donne ça ». C'est pas mon domaine, ici pas sortir, pas faire courses, promenades.»

Atelier 3.4 : « Quand j'étais en Espagne, je travaille avec les personnes âgées, je donnais les médicaments, je fais les cheveux, les coiffures et parfois je fais manger, petit déjeuner. J'habite avec ma famille, je pars chez la PA, je travaille 3 heures par jour, parfois je pars le matin, parfois le soir, après je rentre chez moi. »

La confiance

Les 3 ateliers mixtes ont beaucoup échangé sur la question de la confiance, en cherchant d'abord à identifier les raisons du manque de confiance et ensuite à proposer des pistes de solution pour créer la confiance des PA dans l'offre d'aide (formelle ou informelle) proposée dont elles ont besoin mais à laquelle elles ne recourent pas ou peu.

Fidéliser l'aide de prestataires d'aide et de soins

Atelier 2.1 : « Les personnes dont je m'occupe, au début elles se méfient. Elles ont besoin de créer la confiance, je leur fais mon petit sourire et petit à petit ça vient. »

Atelier 2.1 : « C'est vrai c'est très important la question de la confiance. Les PA n'aiment pas par exemple quand les infirmières changent. »

Atelier 2.2 : « Il faut faire attention au fait que les PA n'aiment pas les changements, il faut que ce soit la même personne qui s'occupe d'elle. »

Atelier 2.1 : « Elles sont attachées au respect des rituels, elles ont leurs habitudes. Se coucher à telle heure, le verre d'eau, les médicaments, etc. En Maison de Repos, les aides-soignantes changent tout le temps, les PA n'aiment pas ça du tout. Quand je travaille à Aksent et que je dois changer de personnes, je me pose la question : comment je vais faire pour avoir la confiance ? Avec mon petit sourire... la PA me demande : pourquoi vous souriez comme ça ? Et petit à petit on parle, on échange, ça vient... »

Facteur de PA

Pour instaurer la confiance l'accent a été mis sur la nécessité d'une intermédiation qui inciterait les PA à solliciter l'aide dont elles ont besoin. A ainsi été évoqué dans l'atelier 2 le personnage du *facteur des PA* qui sillonne le quartier et collecte les demandes d'aides pour ensuite les transmettre à une plate-forme qui gère et organise l'offre et la demande d'aide.

Atelier 2.2 : « J'imagine comme un facteur qui passe, un facteur pour les PA, les PA notent ce qu'elles veulent, ce dont elles ont besoin, les PA l'attendent et quand il vient les PA lui donnent les notes et il les apporte à la centrale qui gère les demandes. Les PA ont confiance en lui, car elles savent que ce facteur est pour eux. Ce facteur pour PA alimenterait en demandes la plate-forme, qui les traiterait et il préviendrait la PA que « un tel va venir pour faire ce que vous avez demandé ». Le facteur est aussi une PA, il ferait le lien, pour garantir la confiance et pourrait aussi aider à lire les papiers administratifs »

Réseau d'entraide et de solidarité

Dans les ateliers mixtes, on a également proposé d'impulser un réseau local d'entraide et de solidarité, « qui lie le besoin de ne pas être seul et le besoin de se sentir utile », partant du principe que « tout personne peut être une ressource pour un aîné et peut débloquer une situation ou lui apporter une aide ». Ainsi, en termes d'aide bénévole à offrir aux PA du quartier, les participantes de l'atelier mixte 3 ont proposé de les aider à faire les courses, de les sortir pour aller faire de la marche, de leur préparer des repas, de nettoyer leur maison, de les accompagner à la maison médicale pour leurs rendez-vous médicaux.

Facteur qui collecte les demandes d'aide des PA à domicile

Parrainage intergénérationnel

Atelier 3.4 : « Je aide quand il veut quelque chose je aide les gens de mon quartier, par exemple si tu connais quelqu'un d'âgé, tu as la volonté de partir faire des courses par exemple, les besoins pour préparer les repas chaud, nettoyer, le nettoyage, préparer le repas, on sort avec lui pour faire un peu de marche, par exemple. »
Atelier 3.4 : « Je peux préparer repas chaud dans ma maison et apporter chez eux, et je peux sortir avec eux, une fois par semaine pour faire un peu de la marche. »
Atelier 3.4 : « Il y a des maisons médicales, alors les vieilles ils ont besoin de faire des contrôles, donc chaque fois de organiser pour faire des prises de sang et tout. »

Dans le même esprit, a été proposé un parrainage intergénérationnel.

Atelier 2.4 : « J'ai pensé à un système disons d'adoption d'une PA par un jeune : « considère-moi comme ton fils », donc un parrainage intergénérationnel. Beaucoup de jeunes veulent aider les PA mais ne savent pas comment s'y prendre, ce qui montre encore une fois l'importance d'une plate-forme qui organise la rencontre. »

Le réseau d'entraide et de solidarité contribuerait à identifier les PA du quartier, à savoir où elles habitent (mais de manière sécurisée pour les protéger de personnes malveillantes), information qui serait à la base du fonctionnement d'une centrale de veille qui téléphone à la liste de PA du quartier pour vérifier que tout va bien ou que l'aide reçue est correcte.

Enfin dans l'atelier 1, on a mentionné l'importance des soins esthétiques : coiffure, manucure/pédicure, massages, en proposant de mobiliser l'aide bénévole ou à prix très modique de professionnels et ex-professionnels, soit dans le cadre d'une aide à domicile soit dans le cadre des salons/commerces.

Création d'une plate-forme internet qui organise et gère l'offre et la demande d'entraide pour repas à domicile, courses, promenades, soin à animal de compagnie, bricolage/réparations, transport, esthétique, coiffure, manucure/pédicure

**Création et organisation d'un réseau d'entraide et de solidarité de bénévoles à l'échelle du quartier en s'appuyant sur toutes les ressources disponibles (lieux de culte, maisons médicales, commerces de proximité, pharmacien)
Cartes avantages dans salons coiffure/esthétiques du quartier pour l'accès à des soins à prix démocratique
Soins esthétiques à domicile par des bénévoles (ex-)professionnels**

5. SOINS DE SANTE : comme souligné dans les ateliers 1 et 2, un grand défi à relever en matière de soins de santé des PA, c'est leur défiance à l'égard du monde médical qui les conduit à différer les consultations et les demandes de soins et à n'y faire appel qu'en urgence, quand la situation médicale est grave, ce qui met à mal tant le personnel soignant que les aidants-proches.

Atelier 2.1 : « Elles attendent, elles attendent, elles ne veulent pas appeler médecin, infirmière, etc. Pourquoi ? parce que la santé/la maladie, elles ne veulent pas y penser. Ma belle-mère a un fils médecin mais elle ne veut pas consulter chez lui parce qu'elle est « la maman » donc elle sait tout mieux que lui, ce n'est pas son fils qui va lui dire quoi faire ! Donc le recours au médecin, c'est toujours à la dernière minute, quand ça va très mal, on va alors aux urgences parce que c'est trop tard pour consulter ailleurs ! »

« Les PA refusent catégoriquement de l'aide pour les médicaments, pour la kiné, pour la santé, etc. C'est du vécu, je le constate moi-même et des amis qui ont des parents du même âge me disent la même chose. »

L'instauration de la confiance est donc un élément crucial, qui requiert beaucoup de patience chez les soignants et les aidants-proches. Encore une fois c'est une question de temps et de régularité. Quelles sont les conditions de la confiance ?

Atelier 2.3 : « Pour ce qui concerne la confiance, c'est crucial. Si une PA n'a pas confiance dans le thérapeute, c'est vraiment très compliqué, et il peut y avoir des problèmes de santé graves du fait d'un manque de confiance dans le traitement ou le conseil donné. Le temps est une condition de la confiance. Le traitement ou le conseil doit toujours être validé par une personne de confiance, par exemple le pharmacien. Plus on vieillit plus la confiance est importante, c'est la raison pour laquelle il faut veiller à ce qu'il n'y ait pas de changements fréquents dans le personnel d'aide et de soin, il faut seulement quelques personnes autour de la PA, toujours les mêmes. »

L'âge des soignants est aussi une condition importante car, comme souligné dans l'atelier 2, les PA n'ont confiance que dans des médecins de la même génération, ce qui limite le choix et oriente vers des cabinets médicaux privés plutôt que des maisons médicales.

Atelier 2.2 : « Mais c'est très difficile de trouver un médecin qui convient parce qu'il faut que cela soit un médecin âgé : mon oncle n'a pas confiance en un jeune médecin. Or les médecins avancent en âge avec leurs patients, donc ils sont débordés. J'en ai trouvé un pour mon oncle, mais le rendez-vous a été fixé dans 3 mois ! »

Pour les soins de santé, il a beaucoup été insisté dans les ateliers sur le « respect et la pudeur ».

Atelier 2.3 : « En tant que soignant il faut une habileté relationnelle et adopter des formes de communication adéquates pour aborder des questions sensibles en lien avec la pudeur ou concernant des sujets tabous comme

Instaurer la confiance dans le temps, stabilité des soignants et des personnes de confiance

Veiller à toujours garder les personnes de l'aide et du soin en qui la PA a déjà confiance, par exemple le médecin, l'infirmière, le pharmacien qu'elle connaît depuis longtemps.

Création d'un réseau d'attention, de veille en matière de prévention, autour de la PA.

Créer des espaces de paroles non mixtes pour respecter la pudeur.

celui de la santé sexuelle des seniors, et aussi le respect du genre pour des soins spécialisés afin de mettre en confiance. »

Atelier 2.3 : « Une solution serait aussi de créer des espaces de rencontre pour mettre en relation, comme l'asbl Métissâges, qui permet le bouche-à-oreille, les échanges informels pour tisser la confiance. Il serait vraiment très utile de faire venir les professionnels de l'aide et du soin dans ces lieux pour parler des choses importantes. »

Les échanges dans l'atelier mixte 1 ont aussi mis en évidence le manque d'information sur les services existants en matière de soins (infirmière ou kiné à domicile) et de prise en charge à la sortie de l'hôpital, ou sur la possibilité de louer ou d'acheter les outils qui facilitent la mobilité (déambulateur par ex) ou l'équipement du logement pour améliorer la qualité de vie, prévenir les accidents et renforcer la sécurité.

Atelier 1.4 : « Maintenant si je vous dis que c'est remboursé 100% par la mutuelle, que ça existe, qu'un simple coup de fil aurait suffi pour qu'on vous envoie quelqu'un tous les jours, qu'est-ce que vous pensez de ça ? c'est dommage. »

Atelier 1.4 : « Il existe plein de systèmes qu'on met sur la baignoire et pour monter aussi, un petit escabeau, pour qu'elle ne glisse pas, pour s'accrocher dans la baignoire, donc toutes ces aides-là, ça fait partie des services de bandagistes, à la mutuelle, dans les magasins qui vendent ce genre de produit. Malheureusement il faut les acheter, il n'y a pas de service remboursé pour ça. »

Groupe de parole et de soutien pour patients atteints de maladies graves

Avant une sortie de l'hôpital, organiser d'office un passage d'une infirmière pour lister tous les besoins de la PA une fois qu'elle est à domicile

Informez sur le nouveau statut d'aidant-proche et l'octroi d'aides sociales sous forme de titres-services

Développez des services d'experts du vécu pour PA qui transmettent aux soignants de l'hôpital le point de vue des patients.

Créer des espaces de rencontre pour mettre en relation PA et professionnels de l'aide et du soin, informer sur les services existants.

6. LIENS SOCIAUX : Comme relevé dans l'atelier 2, il y a un paradoxe concernant la vie sociale des PA dès lors que celles-ci ont à la fois besoin d'être seules chez elles, dans la tranquillité, le respect de leurs habitudes et de leur intimité, mais aussi perçues comme se plaignant de solitude et du manque de compagnie. Comment tenir les deux ensemble sans culpabiliser ?

Atelier 2.4 : « La lutte contre la solitude des PA du Foyer Schaerbeekois est cruciale car « la solitude les tue à petit feu ». Les PA ont besoin de se sentir utiles et de sentir en sécurité. On s'est rendu compte que pour garantir le sentiment de sécurité c'est très important de faire des liens entre les PA et le Foyer Schaerbeekois. Petit à petit on a créé la confiance, on fait du porte-à-porte, on prend des nouvelles des PA et on leur parle, elles aiment bien raconter leur vie, parler de leur expérience, on prend le temps de le faire parce qu'on apprécie et qu'on sait que cela leur fait du bien. »

Atelier 2.2 : « L'animal de compagnie c'est très important parce que la PA est très seule, même quand elle a des enfants. Un chien c'est bien pour s'occuper et aussi pour faire une petite sortie. »

Atelier 1.2 : « Pouvoir aller au marché où on a l'habitude, mais peut-être y aller avec un moyen de transport collectif, créer le groupe pour y aller ensemble, avec quelqu'un pour aider à porter les courses. Pour pouvoir continuer à aller au marché malgré qu'on avance dans l'âge, ne pas s'arrêter avec ce plaisir là, mais adapter l'espace du marché aux PA (chaises roulantes, etc.) »

Dans les ateliers mixtes 1 et 2, est revenue à plusieurs reprises l'idée d'une communauté de personnes qui se soucient des PA isolées, veillent à leur bien-être, et que les PA peuvent appeler en cas de besoin.

Atelier 2.4 : « Une vieille voisine prenait tous les jours le journal déposé devant sa porte. Elle a laissé pendant 3 jours son journal dehors, ce qui a alerté le voisinage qui a appelé la police et on a découvert la femme morte devant sa porte. C'est vraiment très important de faire attention et de prendre des nouvelles. »

Atelier 2.3 : « C'est toujours la même idée qui revient, celle de la communauté, donc un groupe en qui on a confiance, comme à Métissâges, où il y a une familiarité entre les personnes, ce qui favorise l'esprit de communauté et est à la base de la création d'un réseau d'attention, permettant de prendre et d'avoir des nouvelles des PA du quartier ».

Atelier 2.4 : « Il faut qu'il y ait des gens que les PA peuvent appeler en cas de besoin. Au Foyer schaarbeekois, on fait l'interface entre le locataire et les responsables du Foyer. Quand une PA déménage et va s'installer dans un autre bâtiment du Foyer, on fait le lien, on lui présente ses nouveaux voisins. A toutes les PA on dit 'appelez-nous même si vous n'avez pas de problème, juste pour parler, échanger quelques mots, prendre des nouvelles.»

La dimension intergénérationnelle a aussi été soulignée comme facteur de sécurité, de réconfort, de réciprocité et de transmission entre jeunes et moins jeunes.

Ligne téléphonique fixe gratuite au domicile des PA afin qu'elles soient joignables par les proches, les soignants, etc.

**Boîte aux lettres à propositions/demandes de compagnie, de rencontre des PA et des AP dans les rues du quartier
Espaces collectifs dans le Foyer Schaerbeekois pour instaurer la solidarité entre habitants**

Etablir une liste des PA du quartier et travailler avec les comités de quartier, les endroits de culte, et aussi les maisons médicales

Création d'une ligne téléphonique gérée par une centrale, le but étant de confectionner une liste de PA résidant dans le quartier et de prendre régulièrement de leurs nouvelles.

<p>Atelier 2.4 : « Tisser des liens entre les différentes générations, de différents âges. Donc, les PA avec les enfants, les adultes avec les jeunes,...de pouvoir créer des liens et de pouvoir transmettre certaines choses. »</p> <p>Atelier 2.4 : « L'idéal c'est que les jeunes s'occupent des PA. Notre rôle c'est de faire le lien pour qu'il y ait de la réciprocité entre les PA et les jeunes ».</p> <p>Atelier 2.4 : « Il faudrait organiser des activités pour les PA et les jeunes en soirée, pour qu'ils se rencontrent, fassent des choses ensemble. Mais quelles activités qui intéressent les jeunes et les PA ? Moi je suis très intéressé par les nouvelles technologies, donc je me dis pourquoi pas confier aux jeunes le soin d'apprendre l'usage des nouvelles technologies aux PA, en utilisant par exemple les jeux éducatifs. Les jeunes sont bien initiés à ces jeux, ils pourraient apprendre aux PA. Les PA ont bcp plus d'expérience de vie que moi, ils ont plein d'histoires à raconter et c'est un bonheur de les écouter, je trouve. J'ai toujours aimé ça, cela pourrait être une source d'inspiration pour la création de jeux ou de films. »</p>	<p>Facteur des PA qui prend note des demandes, attentes, besoins des PA et les met en lien avec offre de services/ bénévoles.</p> <p>Ateliers créatifs/éducatifs intergénérationnels</p> <p>Veiller à l'accompagnement spirituel et au soutien moral et psychologique des PA</p>
<p>7.ACTIVITES/LOISIRS :</p> <p>Dans les trois ateliers mixtes, « la vieillesse rêvée » a mis en lumière l'importance pour une PA de « s'occuper », « avoir des projets », « se sentir utile ».</p> <p>Atelier 2.2 : « Quand je serai vieille j'aimerais bien être libre, qu'on ne décide pas pour moi, à ma place, et je veux aussi toujours avoir des projets de vie, càd avoir quelque chose à faire après dans la journée. J'ai vécu avec ma grand-mère, elle avait toujours quelque chose à faire, elle cousait beaucoup par exemple, c'est important pour les femmes qu'elles aient des hobbies et qu'elles continuent à les faire quand elles vieillissent. C'est important pour continuer à rêver, pour donner du sens à la vie. »</p> <p>Atelier 1.2 : « Parce que tant qu'on est vivant, on doit bouger »</p> <p>Atelier 1.2 : « Qu'on se sent toujours utile »</p> <p>Atelier 1.3 : « Avant mes 65 ans, j'allais aussi à beaucoup d'activités (exemple broderie) et après j'ai commencé à être malade et je me suis rendu compte que je n'existais plus, ma parole n'était plus importante. On me disait « c'est bon maintenant tu es âgée, ne fais plus ça ». Ma vie n'avait plus de sens, de goût donc, si on me redonne ces possibilités d'activités, je vais me sentir à nouveau exister. »</p> <p>Atelier 1.2 : « Mon rêve c'est voyager. Avec tout le monde, jeunes PA, n'importe. Avec ma maman, on voyageait, même si elle avait 80 ans. On partait en Egypte, en Grèce. Elle s'occupait toujours. Elle était toujours occupée. »</p> <p>Atelier 1.2 : « La PA il faut qu'elle soit occupée de quelque chose qu'elle aime. Il ne faut pas qu'on l'oblige. »</p>	

Atelier 1.2 : « La PA peut aussi aider, faire des choses se sentir utile. Il faut aller voir les personnalités, qui est cette personne, c'est comme ça qu'on va savoir ce qu'elle veut apporter. Et un petit peut susciter ça chez elle. Peut-être elle-même elle ne sait pas qu'elle a envie d'aider et qu'elle peut aider. Simplement aller vers elle, connaître sa personnalité, laisser la personne libre, et proposer des choses avec beaucoup de tact. »

Atelier 1.2 : « Maman se sent utile dans notre famille parce qu'on a des frères et soeurs, des enfants, des belles-sœurs. Elle a besoin de sortir tous les jours comme ça elle bouge tout le temps. Elle n'aime pas rester tout le temps à la maison. Et elle paraît pas son âge et fait beaucoup attention à sa santé. »

Atelier 1.2 : « Par rapport à mes parents, ils surveillent mes enfants, les petits enfants ça c'est utile. Mon père par exemple continue de travailler, il a 77 ans passés, ça lui permet de ramener des fruits, des légumes chez eux. Et parfois, il fait entre guillemets du coaching. Quand j'ai des soucis, je lui parle, il me donne des conseils. »

Dans les mêmes ateliers mixtes, on a aussi insisté sur l'importance d'entretenir la forme (physique, intellectuelle, spirituelle, psychique) des PA : « marcher, bouger, c'est la vie », « entrer en contact avec la nature, méditer ». Le goût pour les sorties dans les parcs, les promenades en forêt, les excursions en dehors de la ville a été souligné.

Atelier 1.1 : « Sortir dans la nature, ça c'est très rare, beaucoup de personnes âgées demandent ça, mais au niveau logistique c'est pas évident de tout. Etre dans sa maison mais aussi de temps en temps, au moins une fois par semaine, faire une sortie quand il fait beau, je veux dire être en harmonie avec cette nature parce qu'on a besoin de regarder ça, c'est un facteur très très apaisant. »

Atelier 2.2 : « J'aime la nature, toucher les arbres qui donnent une énergie positive et j'aimerais beaucoup que Métissâges organise des visites dans la nature pour les PA. »

A aussi été mis en lumière le goût des PA pour les voyages, les excursions, soit en famille avec les proches soit en groupes, groupes de PA mais aussi groupes intergénérationnels pour permettre les échanges, mais aussi pour créer de l'entraide, de la solidarité. La liste des activités proposées est longue : marches, ballades thématiques, ateliers bien-être (gym douce, yoga, aquagym, spa, hammam), jardinage dans des jardins collectifs, pétanque, chanter dans une chorale, théâtre, club de lectures, broderie, couture, etc.

Atelier 2.4 : « Au Foyer schaarbeekois on voudrait faire un potager où les PA pourraient venir donner un petit coup de main mais aussi se promener, rencontrer les autres habitants. »

Atelier 2.2 : « Je voudrais insister sur l'importance de la lecture. Beaucoup de PA adorent lire. Quand je m'en occupe je leur achète le journal et je leur propose de faire la lecture ensemble, parce que moi aussi j'aime lire.

Création d'une ligne de bus spécifique (de la STIB ou de la commune) avec itinéraire spécifique et arrêts à endroits spécifiques appréciés des PA : marché, musée, parcs, centre ville, avec un accueillant et service café. Aux arrêts chaises roulantes à louer pour PA peu mobiles+ sorties/excursions en dehors de Bruxelles

Création de jardins partagés

<p>Pourquoi pas un service de lecteurs à domicile ou bien faire des groupes de lecture, et pourquoi pas dans une logique intergénérationnelle. »</p> <p>Atelier 2.2 : « J’imagine un club de lecture ave des PA et des jeunes qui vont lire les mêmes livres et en discuter parce qu’ils auront des visions, des perceptions différentes. »</p> <p>En termes d’activités à organiser pour les PA, les participantes de l’atelier mixte 3 ont plaidé pour la création d’un lieu de rencontre de quartier, mis à disposition par la commune, baptisé le « café de repos », où les PA peuvent venir pour parler, partager leur savoir, boire un café, mais aussi partager des loisirs type broderie, couture, tricot, etc., dont le matériel serait fourni par la commune ou par le CPAS. Ce lieu pourrait aussi servir de discothèque pour PA.</p> <p>Atelier 3.4 : « avoir les cafés pour les personnes âgées, juste un café pour les rencontres, parler »</p> <p>Atelier 3.4 : « un café de repos, où les personnes âgées pourront aller faire des activités »</p> <p>Atelier 3.4: une discothèque pour les adultes, une discothèque pour les gens âgées pour danser</p> <p>L’enjeu est triple : premièrement, libérer le temps des PA des contraintes externes comme les rendez-vous médicaux et administratifs qui les monopolisent et sur lesquelles elles n’ont aucune prise (cf ci-dessus); deuxièmement, trouver des personnes ressources (bénévoles, professionnels à la retraite) qui peuvent animer ces activités ainsi que des lieux d’accueil dans le tissu associatif existant afin de réduire les coûts et, troisièmement, organiser les déplacements des PA (cf ci-dessous mobilité).</p> <p>Atelier 2.2 : « Un autre gros problème pour les activités c’est le transport. Les bus, les trams, c’est dangereux : ils roulent trop vite, il y a des secousses, des chocs, risques de chute pcq elles doivent rester debout, de plus en plus les jeunes ne se lèvent plus pour céder leur place assise, ils font comme s’ils ne voyaient qu’une PA est debout devant haut. Il faut des bus spéciaux pour PA avec des trajets spécifiques qui les mènent à divers endroits : le marché, le parc ; etc. Les déplacements en ville c’est de plus en plus impossible : trop de bruit, de monde, trop de vitesse.... »</p>	<p>Créer un service de lecteurs à domicile et des groupes de lecture dans une logique intergénérationnelle (des PA et des jeunes)</p> <p>Organisation d’excursions et voyages en autobus dans une logique intergénérationnelle</p> <p>Création d’un café de repos», lieu de rencontre et de loisirs pour PA du quartier</p>
---	---

8.LOGEMENT : forte convergence dans les 3 ateliers mixtes sur l'importance de veiller à ce que les PA vivent dans un logement de qualité adapté à leurs besoins et leur capacité.

Atelier 2.2 : « J'ai choisi une carte qui montre un bon environnement de vie pour les PA, pour être bien chez soi avec de l'aide. Donc pas de niveau, d'étage, d'escalier, tout de plein pied avec un petit jardin. »

Atelier 1.2 : « J'ai rêvé que j'étais dans un appartement au rez-de-chaussée avec un grand jardin. J'ai un espace comme une grande bibliothèque, où tout le monde vient pour s'asseoir, pour boire un café. Comme ça je suis toujours entourée de gens. Et j'ai rêvé que j'ai un petit chien, de la compagnie, et qu'il y a un centre de jour mais dans un musée, comme ça les visiteurs viennent de tous les pays, et ils peuvent s'asseoir avec eux et boire un café, papoter, échanger des idées. ».

Accent aussi sur l'importance de renforcer le contrôle sur la qualité du logement et son adaptation aux besoins des PA ainsi que d'équiper avec « des technologies pour sauver les vies ».

Atelier 1.1 : « Le logement c'est très important. C'est vrai à 85 ans on ne doit pas être au 6^{ème} étage, donc c'est vrai un bon logement. »

Atelier 1.1 : « Comme j'ai déjà dit c'est le respect de la personne âgée, c'est l'écoute, moi j'ai déjà eu recours à des aides à domicile, aide-ménagère, aide familiale, c'est en fonction des revenus, mais je trouve que les histoires de salle de bain, tout ça, surtout dans un logement social, c'est le logement social qui doit prendre un charge, c'est pas la personne qui doit essayer de trouver une cagnotte, l'argent, etc. , c'est le logement social qui doit faire les travaux. Il ne faut pas attendre 4 ans, 5 ans, 10 ans, elle a le temps de mourir avant d'avoir, il faut vraiment que ce soit réactif. »

Atelier 1.1 : « Il faut respecter les personnes âgées. Une infirmière qui vient à la maison, une aide-soignante, une kiné, une ergothérapeute, ils viennent à la maison, voient qu'est ce qui ne va pas, et doivent demander de faire les travaux, ça doit être organisé, programmé. »

Atelier 2.4 : « On a le problème des escaliers dans les immeubles du Foyer. Beaucoup de PA s'en plaignent mais on leur dit qu'elles doivent elles-mêmes financer les travaux alors qu'elles sont locataires. »

Atelier 2.4 : « Les établissements pour PA sont équipés de détecteurs sur le sol pour repérer les chutes »

Atelier 2.4 : « On pourrait installer des détecteurs dans les logements des PA : si robinet ou éclairage pas utilisé, on va vérifier si tout va bien. »

Mais au-delà de la qualité du logement, il y a aussi la qualité de l'environnement proche. Dans les 3 ateliers mixtes a été déploré le manque d'entretien de l'espace public (saleté, détritus dans les rues, nuisances sonores) et le manque de verdurisation. Pourquoi pas des petites plantations au pied des arbres ou dans des bacs dans la rue ?

Renforcer le contrôle sur la qualité du logement et son adaptation aux besoins des PA

Equiper les logements des PA de technologies de détection pour prévenir en cas d'accidents

Atelier 2.1 : « Et la saleté dans les rues ? Pourquoi nos quartiers sont si sales ? Il y a des rues encombrées de déchets et pourtant les camions passent très souvent pour nettoyer, mais ça recommence aussi vite. »

Atelier 2.1 : « Je déplore le mauvais état des trottoirs, des rues, la saleté à Schaerbeek. Il y a des trottoirs impraticables pour les piétons... »

Atelier 3.4 : Toutes les nuits y a beaucoup de personnes. Je supporte pas beaucoup de bruit. »

Atelier 3.4 : Il y a des gens qui se rassemblent, qui boivent, qui fument, et qui par après se battent, et la police qui vient, il y a beaucoup de bruit. »

Atelier 3.4 : « A côté des bacs des poubelles c'était pas propre, c'était sale tout autour, il reste là-bas des choses, normalement c'est des bouteilles, mais toujours il y a des bouteilles, donc le sol quand on marche ça colle. »

Atelier 1.3 : « « Cela peut être au pied des arbres. Souvent c'est simplement de la terre, on peut s'amuser à mettre des petites tomates dans les rues. »

« Atelier 1.3 : « A Evere il y en a plein. Il faut quelque chose d'autorisé. Ils font tout là : les fruits, les légumes, la menthe. »

Au cours d'une visite du quartier, les participantes de l'atelier mixte 3 ont relevé ce qui dans l'environnement était selon elles, agréable ou pas, pour les PA, en particulier les petits parcs et squares aménagés, en soulignant toutefois des défauts d'aménagement. Il y a ainsi été suggéré d'interpeller les responsables de la commune pour que les petits parcs de quartier soient aménagés pour les PA, notamment équipés de toilettes et de fontaines d'eau. Elles ont aussi envisagé d'interpeller les responsables des magasins et supermarchés locaux afin que les personnes âgées ne doivent pas faire la file et soient servies prioritairement.

Atelier 3.4 : « Certaines personnes âgées préfèrent le calme, donc ils auront pas envie peut-être d'aller là-bas, mais d'autres oui ils auront envie d'aller observer les enfants, voir les enfants jouer. »

Atelier 3.4 : « Mais s'ils doivent aller aux toilettes, y a pas de toilettes, donc s'ils doivent aller, ils pourront aller où ?

« Atelier 3.4 : « Et puis s'ils ont soif, il y a pas de fontaines, il n'y a pas, ils doivent apporter alors avec eux. »

Atelier 3.4 : « Si je vais avec ma fille, si je sors avec ma fille, si elle doit aller à la toilette, je prends dans un café, mais c'est 2 euros. »

Atelier 3.4 : « Il y a des cafés qui acceptent pas. »

Elaborer projet de quartier avec commune de Schaerbeek pour location de bacs pour plantations (tomates, fraises, fleurs, herbes)

Aménagement des petits parcs de quartier avec toilettes et fontaines d'eau

9.MOBILITE : Dans les ateliers 1 et 2 on a beaucoup insisté sur l'obstacle que représente la mobilité pour les PA dans leur vie quotidienne, ce qui les amène à ne plus oser sortir de chez elles pour participer à des activités, et même pour rendre visite à des proches, faire leurs courses, se rendre au marché, etc.

Atelier 2.3 : « Un autre gros problème pour les activités c'est le transport. Les bus, les trams, c'est dangereux : ils roulent trop vite, il y a des secousses, des chocs, risques de chute pcq elles doivent rester debout. De plus en plus les jeunes ne se lèvent plus pour céder leur place assise, ils font comme s'ils ne voyaient pas qu'une PA est debout devant haut. »

Atelier 2.2 : « Il faut des bus spéciaux pour PA avec des trajets spécifiques qui les mènent à divers endroits : le marché, le parc ; etc. »

Atelier 2.3 : « Certains arrêts de bus, tram sont trop hauts, les PA ont beaucoup de difficultés à monter dans le véhicule. Dans les nouveaux trams, il y a une plate-forme pour les chaises roulantes. »

Dans l'atelier 2, on signale que le problème de la mobilité des PA, en ville du moins, est une question de rythme. Il faudrait que les services publics de transport respectent la lenteur. Il y a aussi l'importance de la régularité des horaires et l'existence de sonnettes pour attirer l'attention des chauffeurs sur les besoins des PA.

On signale également que les PA répugnent à se déplacer en chaises roulantes, par crainte du stigmate, mais aussi parce que l'espace public n'est pas aménagé adéquatement, et les transports publics non plus.

Atelier 2.4 : « Je constate que beaucoup de PA ont des difficultés pour marcher, je leur demande toujours pourquoi elles n'utilisent pas une chaise roulante, elles ne veulent pas ».

Atelier 2.4 : « La chaise roulante pour une PA cela signifie handicap ! »

Atelier 2.4 : « Les PA ressentent le regard des autres, c'est ça qui leur pose problème. Il faudrait que la chaise roulante, le déambulateur soient personnalisés ! Qu'elles fassent comme les jeunes avec leur skate ! Customiser leur chaise roulante ! »

Atelier 2.4 : « Les gens seraient incités à les aider si c'était customisé, pcq c'est plus original, plus fun ! »

Système de bus (un bus pour PA qui ont animal de compagnie et un bus pour PA sans animal) qui a un itinéraire spécifique avec arrêts dans des lieux appréciés par PA (parcs, marchés, musées, etc.) où on peut louer des chaises roulantes

Navette par quartier pour déplacements des PA vers services de 1^{ère} ligne et services administratifs

Système de bus STIB pour PA similaire à celui qui existe en semaine pour PH à coût réduit (1,70 euros pour PH et pour accompagnant) et taxi vert le week-end payé par Stib

Système de jeunes accueillants pour les PA dans les transports en commun, régularité des horaires des transports publics et l'existence de sonnettes pour attirer l'attention des chauffeurs sur les besoins des PA.

	<p>Transport des PA assuré par la Croix-Rouge pour les déplacements des PA vers des activités extérieures ou pour des visites.</p> <p>Customiser les chaises roulantes, les déambulateurs</p>
<p>10.ADMINISTRATION : Concernant les difficultés administratives, a été questionnée dans les ateliers 1 et 2 la contrainte de plus en plus généralisée qui est faite de l'usage des nouvelles technologies, ce qui constitue un empêchement important pour les PA de continuer à faire leurs démarches elles-mêmes, notamment auprès de la banque, de la mutuelle, etc.</p> <p>Atelier 2.1 : « Un très gros problème pour les PA c'est la gestion de leur compte en banque et le paiement des factures du fait de la numérisation. On va à la banque mais celle-ci refuse de faire l'opération au guichet et dit qu'il faut le faire soi-même avec un lecteur de carte via internet ou en utilisant des machines spéciales installées en agence. Mais les PA n'ont pas internet, ne savent pas utiliser ces machines, et moi non plus, alors comment on fait ? »</p> <p>Atelier 1.4 : « Pourtant on a une assistante sociale, un médecin. Mais il faut aussi l'ordinateur, internet, un lecteur de carte d'identité et le code PIN. Tout ça pour faire une démarche administrative. Si on n'a pas tout ça, on est bloqué. Madame elle attend, nous on attend, sa fille elle est débordée déjà avec un temps plein et les 3 enfants, voilà on ne s'en sort pas, comment faciliter les choses ? »</p> <p>Atelier 1.4 : « Un service paie pour le digital, pour accompagner les personnes âgées, si elles ont besoin de faire un mail, cette personne vient avec son matériel, avec son internet parce qu'à Saint Josse, je suis dans une association où on apprend l'informatique mais la personne vient avec les PC, avec internet et tout. Il faut créer ce service, pour les personnes âgées. Mais le mail c'est vrai c'est difficile pour les PA. »</p> <p>Atelier 1.4 : « J'ai une aide familiale qui vient, elle est néerlandophone, donc quand elle vient, elle fait le virement, mais après on m'a dit qu'elle ne peut pas faire ça, qu'elle ne peut pas voir sur mon compte. J'ai toujours donné à elle, c'est elle qui fait le virement. Maintenant ma sœur, mon fils ont dit, il ne faut plus lui donner. C'est privé mais moi je ne savais pas. »</p>	<p>Organiser l'aide administrative à domicile : un service administratif communal vient à domicile pour les PA</p> <p>Réalisation d'un guide administratif pour les aidants proches ainsi que pour les bénévoles qui font une aide administrative</p> <p>Mise en place d'une centrale administrative qui fonctionne avec un</p>

Atelier 1.4 : « La question qui est soulevée c'est comment permettre aux seniors de maintenir leur autonomie, dans la gestion de leurs comptes bancaires, de leur argent, mais aussi l'administratif, sans devoir chaque fois attendre que quelqu'un intervienne et fasse pour eux. »

Ce qui est pointé dans ces échanges, c'est la nécessité de prêter une attention particulière à une transition douce.
Atelier 2.3 : « J'ai choisi le mot « racine » pour évoquer le problème du changement que nous vivons tous actuellement, c'est dur pour tout le monde, y compris pour les jeunes, mais c'est particulièrement perturbant pour les PA. Pour les PA il y a des choses qui ne devraient pas bouger, je pense à la disparition des agents de quartier, ces agents qui étaient très utiles pour faire les démarches administratives. Pourquoi il ne serait pas possible de conserver certains services, certaines règles pour les seniors afin qu'ils gardent leurs racines et ne soient pas perdus face au changement ? »

Atelier 2.2 : « Dans les banques, dans les compagnies d'assurance il faut un service pour les PA qui continue d'utiliser les méthodes anciennes pour les paiements, etc. Sinon il faut créer une banque pour les PA, pour faire la pression sur les autres, pour qu'elles aient peur de perdre des clients »

trio : la PA, la personne de confiance, l'agent administratif

Contraindre les administrations, les banques, les assurances, les mutuelles à maintenir des guichets spéciaux réservés aux PA pour réalisation des opérations « à l'ancienne ».

PARTIE 2 : SYNTHÈSE DU MATÉRIAU DES 2 ATELIERS ET 3 FOCUS-GROUP AVEC DES PROFESSIONNELS DE L'AIDE ET DU SOIN

Axe 1 : Les conditions pour le bien-être des seniors	Que faire ? Que créer ?
<p>1.L'ARGENT : la question du revenu d'existence dont disposent les PA, qu'il s'agisse de la retraite ou de l'aide sociale octroyée par le CPAS, et donc de leur capacité à recourir à des services d'aide et de soin payants a été soulignée par les professionnels dans les 3 focus group. Les conditions de vie précaires freinent, voire empêchent, le recours à l'aide nécessaire et/ou à sa mise en œuvre, même à des tarifs sociaux.</p> <p>FG1 : « Le deuxième point, c'est le financier, parce que la patientèle âgée c'est une petite pension, le CPAS, le chômage, donc même donner 5 euros par jour à la fin du mois cela fait beaucoup ils ne peuvent pas se le permettre. Je suis d'avis que l'on propose des aides avec un prix très social, au prorata des revenus. »</p> <p>FG2: « Il me semble que le financier et le projet pour le futur cela devient de plus en plus difficile parce que je vois que la pension ne peut pas permettre une vie de qualité normale, il y a des gens qui sont obligés de rester chez eux dans des situations très précaires. Notre service est payant évidemment mais est calculé en fonction du revenu de la personne. »</p> <p>FG2 : « Beaucoup de patients restent à la maison et refusent les aides à domicile car c'est trop coûteux même si on prend les tarifs sociaux. Le refus d'aide pour des raisons financières est rarement dit mais on le sait que c'est la cause, parce que même les tarifs sociaux que nous jugeons peu élevés, pour eux c'est trop avec leur petite pension. »</p> <p>FG2 : « C'est une patiente qui vit avec un fils schizophrène de 53 ans. Au début elle refusait toute aide. C'est vraiment par hasard qu'on arrive chez elle, dans mon cas c'est parce qu'elle a eu une phlébite et qu'il fallait des soins infirmiers, et j'étais vraiment choquée de voir dans quelles conditions elle vivait. Ces gens ne demandent pas d'aide pour des raisons financières, parce que tout le monde n'est pas VIPO, donc il y a un complément à payer pour les visites à l'hôpital. S'ils ont mal quelque part ils ne le disent pas aux médecins parce qu'ils ont peur que le médecin prescrive de la kiné, et il faut payer 7 euros à chaque séance. Je constate que de plus en plus les gens vivent dans une précarité psychosociale et financière. Il y a une charte récente de l'INAMI qui nous enjoint de ne pas dire aux patients que les soins sont gratuits, pourquoi ?, parce que ce sont les mutuelles qui paient. Ils disent que c'est pour responsabiliser les patients par rapport aux dépenses de sécurité sociale. Mais les PA elles s'en foutent de ça, tout ce qu'elles savent c'est qu'elles ont un revenu fixe qui n'augmente pas, au contraire, que les frais quotidiens augmentent, par exemple l'électricité. Donc la précarité fait que les gens se referment et ne demandent pas. »</p>	<p>Instaurer un système équivalent au tiers-payant pour l'AD</p> <p>Tarifier les soins au prorata des revenus.</p>

FG2 : « Au foyer schaarbeekois on constate la difficulté d'amener des soins à domicile chez des personnes qui sont particulièrement précarisées c'est quand le minimum n'est pas requis pour que quelqu'un puisse travailler dans des conditions agréables, c'est souvent la difficulté à laquelle on est confronté. »

FG1: « L'interview que j'ai faite montre que le principal frein par rapport à l'AD est pécunier. La PA a fait le compte avec l'AS il ne lui reste que 200 euros par mois pour survivre comme je dis, plus les médicaments et autres frais. Au final, elle a dû emprunter deux ou trois fois, l'a banque n'a voulu lui prêter que 2000 euros parce ce qu'elle est une PA, donc elle est entrée dans un engrenage de remboursement et ne s'en sort pas. Il faudrait pour l'AD dans ces cas faire un système équivalent au tiers-payant, la personne ne paie pas mais je ne sais pas comment la structure pourrait récupérer l'argent. »

FG1: « Il y a les freins financiers pour le placement car les frais de séjour en MRS sont très excessifs, des montants qui ne correspondent même pas à celui de leur pension. Bel Air par exemple c'est 1400 euros pour une chambre commune avec le strict minimum, c'est plus qu'une pension d'une PA. »

FG3 : « Le placement en MR est coûteux, effectivement, c'est cher, mais il y a beaucoup d'aides, la GRAPA, l'APA, le CPAS, beaucoup de gens ne sont pas informés, mais nous on les guide vers l'intervention du CPAS par exemple. »

Les modalités d'octroi de l'aide sociale et financière par le CPAS sont mises en avant dans les focus group, un intervenant parlant de « couple PA/CPAS pas facile. »

FG3 : « C'est clair ce sont des PA mais aussi des personnes avec des problèmes de moyens. Elles sont souvent aidées par le CPAS, et c'est vrai que le couple PA/CPAS ce n'est pas facile. »

FG2 : « La relation d'aide entre le bénéficiaire et le CPAS est clairement prédéfinie par le rapport à l'argent. On commence toujours par l'argent, on fait une analyse du budget et on peut alors constater qu'il devrait en principe y avoir suffisamment d'argent pour couvrir les besoins, dans le but de sortir de ce département d'octroi de l'aide et basta, il faut pouvoir gratter derrière cette demande et voir par la visite à domicile ce qu'il y a derrière. La majorité qui font la demande ont un problème de santé, comme souligné par l'infirmière précédemment. D'où la question beaucoup discutée de savoir pourquoi on ne donne pas la carte santé à toute personne âgée de 75 ans. Le problème c'est la PA qui a 74,5 ans qu'est-ce qu'on en fait ? Par rapport aux aidants proches on a une autre problématique qui est celle de parler de débiteur alimentaire. Ceux qui passent la porte ont perdu peut-être la moralité qui est étayée par le code civil qui dit bien qu'on a des droits mais aussi des devoirs. On essaie à notre niveau de leur rappeler que ce que l'on doit faire pour les enfants (art 205) on doit le faire aussi pour les parents, ce qui les dépasse souvent, et ils disent 'ah non moi je n'ai pas d'argent' ».

<p>FG3 : « Ce qui est très lourd c'est le suivi administratif. Un patient CPAS prend énormément de temps au pharmacien et au médecin. Facturation supplémentaire, réquisitoires, etc., faut connaître les règles, les droits, et puis traiter la réponse du CPAS à cela. »</p> <p>FG1: « D'un point de vue administratif et juridique il y a un problème de statut de cohabitant dès que la PA vit avec qq chez elle, il faudrait donc reconnaître aux PA le statut de personne isolée même si elles vivent sous le même toit que leur aidant proche. Ce statut permettrait d'atténuer les difficultés d'ordre financier et donc être plus dans une démarche préventive et non plus curative pour certains traitements. La solidarité au niveau cohabitation n'est pas du tout reconnue et c'est un vrai problème. »</p> <p>Dans l'atelier 1 des professionnels on a aussi fait remarquer qu'il y a dans les quartiers Helmet et Colignon qui nous intéressent des gens qui font au quotidien des connections, qui participent à la vie de quartier, observent ce qui s'y passe, donc participent au bien-être du quartier.</p> <p>Atelier 1 Profs : « Parmi ces personnes « sentinelles », il y a des PA, dont il faudrait valoriser les observations qui participent à l'amélioration de l'environnement. Pourquoi ne pas les rémunérer pour ce travail d'observation et d'attention ? »</p>	<p>Suppression du statut de cohabitant pour PA qui vit avec aidants proches</p> <p>Valorisation de la fonction de « sentinelle du quartier » exercée par PA</p>
<p>2.AUTONOMIE : La considération de la PA, le respect de ses valeurs culturelles, le respect de sa liberté de choix, de son pouvoir de décision sur sa vie ainsi que la reconnaissance de sa capacité d'agir et de son désir de transmettre (son expérience de vie, son histoire), a été souligné dans les ateliers et dans les focus group de professionnels comme un besoin fondamental pour le bien-être des PA et un garant de leur qualité de vie dans tous les domaines (soins de santé, aides à domicile, alimentation, loisirs).</p> <p>Une atteinte importante au pouvoir d'agir et de décider de la PA concerne l'argent.</p> <p>Atelier 2 Profs : « Quand je pense aux PA, je pense à tout ce qui tourne autour de l'argent : aller à la banque, etc. Ce sont souvent les enfants qui gèrent et prennent des décisions, ce sont les enfants qui décident à leur place, les PA dépendent des autres, même pour acheter des cadeaux à leurs enfants et petits-enfants. »</p> <p>Une autre atteinte porte sur le manque de considération et de respect de leur rythme, de leurs habitudes, de leurs rituels, de leur façon d'habiter leur chez soi, de l'entretenir, de leur conception du propre et du rangé.</p> <p>FG2 : « Ma proposition c'est « rentrer dans un cadre » càd un travail d'accompagnement individualisé d'une famille et de la PA, s'apparentant à un processus de sensibilisation, d'acceptation de la situation et de soutien psychosocial du bénéficiaire. Pour mieux le préparer à une autre étape dans sa vie. »</p>	

Atelier 2 Profs : « Quand une personne est en situation de besoin, il y a un rapport de force qui s'instaure entre celui qui a besoin et celui qui donne. Mais non ! J'attends, j'ai besoin mais je suis chez moi, je mérite de la considération jusqu'au bout, et dans une relation comme ça, chaque personne est respectée, c'est une relation gagnant-gagnant. »

Atelier 2 Profs : « Si j'étais une PA j'aimerais être vue comme une personne et pas comme une patiente. Donc que l'on reconnaisse mes forces, mes atouts, j'aimerais avoir une personne de confiance qui prend de mes nouvelles, je n'ai pas besoin de demander, elle sait ce qu'il me faut et cette personne coordonne le passage des visites chez moi pour que j'aie le temps de faire autre chose et que je ne doive pas attendre que différentes personnes viennent chez moi pour donner des soins, afin que je puisse apprécier d'être seule ou de sortir. »

Atelier 2 Profs : « Quand j'entre dans l'univers des autres je prends en considération leurs besoins déjà au pas de la porte. Donc si je veux répondre à une demande je vais déjà me plier à cette exigence-là, le respect, la considération de la personne, la personne apprécie, la confiance va naître. »

FG1 : « Le patient a besoin de s'exprimer, de dire ses plaintes, ce sont ses besoins, donc s'il ne peut pas s'exprimer et être entendu et compris, le soin échoue. »

FG1 : « Les plaintes relèvent souvent de l'insatisfaction des services. Au début la PA va tester l'aide à domicile, c'est une épreuve de test envers l'aidant et qui prend fin lorsque la PA accepte l'aide. D'un point de vue plus subjectif, je pense que les exigences exprimées par la PA visent surtout à donner sens à son quotidien, quand on creuse on se rend compte que ce sont souvent des petites choses, surtout dans le cas des personnes isolées sachant que l'aide à domicile est sans doute la seule personne qui s'introduit dans son logement (un lieu de vie, avec sa part d'intimité). »

FG3 : « La question du sexe des intervenants à domicile est importante. Pour les aides familles quand on demande que ce soit un homme on nous répond qu'on ne peut pas choisir, qu'il faut prendre ce qu'on trouve. Hier encore une vieille dame turque avait besoin de kiné à domicile, la famille demande que ce soit une femme parce que quand c'est un homme il y a les problèmes de pudeur pour les femmes âgées. Au téléphone on me dit qu'on ne peut rien garantir parce que la priorité c'est d'abord d'arriver à trouver quelqu'un de disponible. »

Atelier 2 Profs : « Pour les personnes d'origine turque ou marocaine, il y a des aspects culturels à respecter, sinon ils se referment. Il y a la question de la pudeur : j'ai fait des entretiens, ils ont tous cette notion, il y a une gêne. Ils n'osent pas dire on a besoin de, parce qu'on a le devoir d'aider nos aînés, c'est un devoir chez nous, donc dans la pratique c'est le bouche-à-oreille qui fonctionne. Je suis perturbée par le devenir de ces gens qui appellent au secours et qui ne veulent pas appeler les services infirmiers parce que cela ne se passe bien. Je suis désolée de constater que la considération pour les besoins de l'autre est quasi inexistante. »

Travail d'accompagnement individualisé d'une famille et de la PA, s'apparentant à un processus de sensibilisation, d'acceptation de la situation et de soutien psychosocial du bénéficiaire.

Sensibiliser, voire former dans le cadre de formation à l'interculturalité, les personnes (bénévoles, professionnels) qui rendent visite au domicile de l'importance du respect et de la considération des valeurs et traditions culturelles.

Mixité de l'offre de soins à domicile (kinés, infirmier.ères) pour prendre en compte les problèmes de pudeur des PA

Atelier 2 Profs : « Prendre en considération la culture c'est important mais on est d'accord que c'est pour tout le monde, toutes les familles ont leur culture familiale, leurs habitudes, les belgo-belges aussi ! Donc les coutumes c'est chez tout le monde, pas seulement les Marocains ou les Turcs. »

Atelier 2 Profs : « Les enfants de la PA sont là mais ils n'ont pas le temps, ces gens travaillent, ils ont besoin de personnes responsables et motivées pour prendre soin de leurs parents, dans une structure où on est tous complémentaires donc pas de hiérarchie, on est tous des acteurs du besoin de l'autre, grâce à cela la PA va rester chez elle, comme elle le veut dans son univers, avec des personnes qui ne s'arrêtent pas à des tâches ménagères ou à d'autres tâches, mais qui s'intéressent d'abord à la PA et à son bien-être, le reste va de soi. »

FG1: « La qualité de l'AD c'est important. J'entends parfois des gens qui se plaignent, « je ne veux plus cette personne », parce que les gens veulent que le travail soit fait comme ils l'ont toujours fait, or le ménage est souvent vite fait, donc ils ne veulent plus l'AD, ils disent « ça coûte et je suis obligé de repasser derrière ». Mais parfois ils disent aussi, « elle ne fait pas bien le ménage mais elle est super sympa ». »

Atelier 2 Profs : « Je me rappelle quand j'ai été à Forest pour rencontrer une aide-ménagère j'avais été frappée parce qu'elle demandait tout le temps l'autorisation à la PA pour faire telle ou telle chose pour mettre en avant que c'est le client qui décide et moi je m'adapte, je ne viens pas avec mon idée, est-ce que cela vous va ce que je fais comme ça ? »

Atelier 2 Profs : « Prendre le temps de faire le porte-à-porte et d'être à l'écoute de la PA, observer l'état du logement, voir si elle a de l'aide, si elle est seule, si je peux aider, si je peux revenir. En gros, prendre le temps et avoir des personnes compétentes avec lesquelles je pourrais travailler pour satisfaire les besoins, identifier quels services avec lesquels entrer en contact. »

Dans les 2 ateliers de professionnels, on a insisté sur le fait que le manque de temps pour les prestations d'aides et de soins à domicile découle de l'organisation du travail qui vise plus la rentabilité financière du service que le bien être des bénéficiaires. Ce qui conduit les professionnels à limiter leur intervention à une série d'actes techniques au détriment de la dimension humaine et relationnelle. Des nouveaux modes d'organisation du travail de l'aide et du soin à domicile ont été expérimentés afin d'améliorer la qualité du service et la satisfaction tant des personnes aidées que des travailleurs.euses.

Atelier 2 Profs : « Il y a des expériences qui ont été faites dans le secteur des aides à domicile. Ou bien le service est organisé très verticalement ou bien on donne la responsabilité de l'organisation du travail aux équipes de travailleurs. Qui se partagent les tâches et l'engagement, donc l'idée que pour des aides-familiales ou des aides-ménagères le fait d'avoir plus de pouvoir sur le partage du travail entre elles leur donne plus de motivation. Cela accroît leur sens des responsabilités pour garantir que les PA sont aidées, ça donne un autre engagement. »

Intégrer dans la formation des aidants, que le métier ne se limite pas à poser des gestes techniques mais axer la formation sur le bien être d'une personne. Ramener de l'humain dans la formation.

S'inspirer d'expériences innovantes dans l'organisation de l'aide à domicile aux Pays-Bas, en Finlande

Atelier 2 Profs : « Aux Pays-Bas ils ont complètement changé la façon d'organiser le travail en constatant que le minutage strict des tâches du personnel soignant provoquait de la démotivation, il y a eu une petite révolution et elles se sont fédérées dans des groupes qui agissent au niveau du quartier, elles s'organisent, sont plus motivées, les patients sont plus satisfaits et pour ce qui est de l'aspect financier dont il faut quand même tenir compte, il apparaît que leur business tourne mieux que celui des infirmières qui continuent de prêter les soins dans le schéma traditionnel. C'est le buurtzorg. »

Dans ces ateliers on a de ce fait insisté sur l'importance du travail en réseau de professionnels, à l'échelle de proximité du quartier, pour l'amélioration de la qualité de l'aide et du soin donné aux PA dans le respect de leur autonomie et donc de leur bien-être.

Atelier 1 Profs : « Plus on travaille avec les autres, en réseau, plus on gagne du temps et on en gagne en qualité. Dynamisme local, de proximité autour de la PA. Réseau de proximité, localement situé proche de la PA, quel serait notre engagement et notre investissement vis-à-vis de la PA ? Prendre en compte toutes les synergies existantes, solliciter toutes les ressources au tour de nous. Comment induire chez chacun de nous, à notre niveau, au sein de nos services, une impulsion de changements ? »

Atelier 2 Profs : « Ce genre de collectif va engendrer de la considération pour chaque travailleur, donc chacun se sent valorisé, considéré et sait qu'il va apporter quelque chose de positif, et le fait de prendre part à cette antenne, parler du travail avec les autres, fait qu'il ne pourra pas partir et bâcler son travail, il y a un engrenage positif. Donc le réseau, la communication, le partage des infos, pas de hiérarchie, mais complémentarité, on est là tous pour le bien-être de la PA. »

Création d'une antenne de quartier avec une équipe de professionnels de l'aide à domicile qui a le droit et les moyens d'organiser son travail en équipe, de décider comment faire le travail ensemble pour davantage de motivation et d'engagement dans le travail.

Création d'une plateforme associative, qui rassemble toutes les personnes qui passent chez une PA : médecin, infirmière, femme de ménage, etc, afin d'assurer un suivi collectif

Travail en réseau des professionnels de l'aide et du soin à l'échelle du quartier

3. NOURRITURE

Sans y accorder autant d'attention que dans les ateliers mixtes, les professionnels ont aussi évoqué l'enjeu d'une alimentation de qualité, adaptée à leurs goûts et leurs habitudes, pour le bien être des PA.

Les repas à domicile sont trop chers ou ne sont pas adaptés aux PA

FG2 : « Chez nous on constate que beaucoup de PA ont des problèmes pour se nourrir, elles n'arrivent pas à cuisiner, les enfants parfois le font pour elles mais c'est de temps à autre. Elles peuvent commander des repas à domicile mais c'est cher, l'Aide-Familiale ne vient qu'une fois par semaine, parce qu'elles n'ont pas les moyens de payer plus de services, donc quand elles arrivent à l'hôpital, elles sont dénutries. »

FG3: « Les freins que l'on constate sur le terrain c'est par exemple les repas à domicile. Clairement c'est le fait que les patients demandent que ce soit respectueux par rapport à leur religion, donc en clair halal, et on a des difficultés à trouver des organismes qui fournissent des repas à halal et au-delà du halal, les patients africains qui ont l'habitude de manger très épicé ne vont pas manger la nourriture à domicile qu'il trouve fade, parce que culturellement cela ne leur convient pas. Ce que je conseille aux PA quand l'Aide à Domicile ne sait pas cuisiner ce qu'ils veulent, je leur dis « toi tu es assise dans la cuisine et tu le fais avec elle, comme si c'était un atelier cuisine, tu lui apprends et vous faites même des grandes quantités pour pouvoir congeler ». Il y a des solutions, mais il faut que l'aide à domicile ait le temps de le faire parce qu'un repas africain ça prend deux heures ! C'est pas du fast food ! »

FG1 : « Le premier facteur c'est l'alimentaire. Si la PA veut manger halal, par exemple, mais aussi l'aspect culinaire, des personnes ont un service halal mais même cela ne convient pas parce que c'est pas adapté à leur mode d'alimentation quotidien. Pour nous c'est super frustrant et pour elle aussi, c'est un échec : est-ce qu'elle va aller vers un autre service après cet échec ?, c'est tout le problème. Et il y a aussi l'aspect financier bien sûr, c'est cher par rapport à leur pension, parce que c'est un service très spécifique, pas de concurrence et pas assez de clients. »

FG1 : « La demande spécifique qui revient tout le temps, c'est avoir une alimentation adaptée à son régime habituel, donc pas obligatoirement halal, mais comme on a toujours connu. »

FG3 : « C'est partout, même en MR, le problème c'est qu'il y a tellement de régimes différents, halal, kascher, vegan, etc., cela devient ingérable, ce n'est pas possible. On a un service restauration sur place et il y a toujours des plats alternatifs par exemple s'il y a du filet de porc et bien il y a aussi du poulet ou une omelette, mais on ne peut pas se permettre de faire des menus spécifiques différents. Il faut souligner que manger c'est un plaisir important pour les résidents d'une MR. Il y a des compensations car souvent la famille apporte des plats typiques. »

Comme dans les ateliers mixtes, les professionnels soulignent que le meilleur moyen d'attirer les PA dans des lieux de rencontre collectifs c'est de proposer à manger !

FG2: « Les repas c'est le plus gros succès dans nos activités. »

Développer les services d'Aide Familiale et diminuer les prix pour favoriser l'accès aux PA précaires.

Visites gratuites chez le dentiste parce que grande importance des soins dentaires pour PA si on veut qu'elles continuent à manger correctement.

Garantir le choix du type de repas dans les services de livraison de repas ou dans services de repas collectifs (centres de jour)

4. AIDES

La non demande d'aide à domicile des PA et/ou de leurs familles est une importante source de préoccupation pour les professionnels. Les raisons de cette non demande sont multiples. Une première raison cruciale est la non reconnaissance du besoin d'aide par défaut d'évaluation correcte de la capacité d'autonomie de la PA. Une deuxième raison, tout aussi cruciale, est le manque de confiance dans l'offre existante, jugée inadéquate. Une troisième raison est liée au tabou familial du recours à l'aide à domicile ou du placement en maison de repos. Une quatrième raison tient au manque d'information sur l'offre d'aide existante ainsi qu'à la peur de demander de l'aide.

FG1 : « Il y a beaucoup de facteurs qui entrent en ligne de compte pour la prise en charge à domicile, le facteur culturel, socio-économique, et la personne elle-même comment elle se sent, encore autonome ou apte ou pas. Il y a des personnes qui ne veulent pas parce qu'elles se sentent indépendantes, mais nous on voit que la personne a besoin d'aide, on est limité dans plusieurs sens. »

FG1 : « Concernant les aides à domicile pour les PA, les barrières c'est linguistique, financier et culturel. 8 fois sur 10 c'est pas accepté parce que culturellement c'est pas bien vu, financièrement ils ne peuvent pas se le permettre même au tarif social, et puis la langue, aller dans un lieu où on ne parle pas leur langue, cela fait peur. »

FG3 : « Je pense à ma voisine de palier qui vit seule, qui a 90 ans, qui est belgo-belge et qui me disait récemment « moi tant que je suis sur mes pieds je ne conçois pas d'aller dans une MR ». Donc il y a la difficulté de se dire « je ne suis plus autonome et je dois faire appel à une tierce personne ». »

FG1 : « Le gros problème c'est la mauvaise compréhension de l'aide à domicile qui n'est pas là pour remplacer la famille ou une autre structure. Souvent les membres de la famille veulent mettre des soins infirmiers en place parce que les parents sont seuls toute la journée. Mais l'infirmier a un temps de passage limité, ne peut pas rester toute la journée, on est pas des gardes-malade, on vient faire le soin et on repart. C'est parce que la famille culpabilise de ne pas pouvoir s'occuper de leurs parents. »

FG3 : « L'aide à domicile c'est très bien mais ce n'est pas la panacée non plus. Si ce n'est pas bien organisé, bien structuré et s'il n'y a pas une famille autour qui est présente, ce n'est pas top. Quand une personne est seule, sans famille autour, il y a tous les moments où la personne est seule entre les visites des différents services, et où il peut se passer quelque chose de grave. C'est l'avantage d'une MR c'est la prise en charge globale. Contrôle des médicaments de l'alimentation, de l'hydratation, etc., tout ça. »

FG3 : « Il n'y a rien de dégradant à recourir à l'AD, ou aux repas chauds du CPAS, or je constate que des personnes qui ont les moyens mais ne peuvent plus cuisiner eux-mêmes refusent de recourir à ce service parce que vécu comme péjoratif, humiliant. Cette dimension de l'image est très importante. Idem pour les maisons médicales : quand je

conseille des personnes d'aller consulter là, ils me répondent mais je n'ai pas de souci d'argent ! Comme si la maison médicale c'était pour les pauvres donc pas pour moi ! »

FG2 : « On est souvent le dernier recours pour les personnes qui arrivent chez nous, même des personnes qui n'ont pas de problèmes médicaux sont hospitalisées chez nous du fait de leur situation de précarité chez elles. Je confirme ce qui a été dit déjà sur les raisons du refus d'aide des PA : absence de moyens financiers ou insalubrité du logement qui font que des personnes n'osent pas faire venir chez elles des AD ; parfois ce sont des personnes qui ont les moyens financiers mais du fait de leurs maladies type addictions, etc., elles n'entretiennent pas le logement qui devient insalubre et du coup elles ne veulent pas qu'on vienne chez elles. »

Manque de confiance dans l'offre existante jugée inadéquate

FG1: « C'est la question de la confiance. La confiance parfois sur des détails, par exemple enlever ses chaussures quand on rentre dans la maison. je connais une personne qui a refusé une AD parce qu'elle refusait de retirer ses chaussures. »

FG2: « Sur le type d'aide, comment on y recourt et comment on la formule, je pense que la confiance c'est primordial. Ces personnes ne vont pas spontanément venir vers vous pour solliciter une aide, cela se fait via via, par exemple ils viennent chez nous parce qu'ils ont entendu le témoignage d'un voisin, c'est le bouche à oreille ou bien c'est la maison médicale qui oriente vers nous parce qu'ils nous connaissent, donc c'est toujours via via, et même comme ça, quand on les reçoit la première fois on sent des réticences, avec l'expérience on arrive à déceler des demandes sous-jacentes et cela demande parfois du temps. »

FG1 : « Je suis régulièrement confrontée à des demandes d'aide à domicile, demande d'info et d'orientation, mais on remarque que les services ne sont pas adaptés aux besoins des gens. Déjà il y a tout ce travail à faire pour convaincre la personne qu'elle a besoin d'aide, c'est super dur de faire le pas pour la PA d'aller demander l'aide parce que cela veut dire qu'elle a perdu son autonomie, que la situation s'est dégradée, donc tout ce côté-là, plus encore quand c'est une personne d'origine étrangère, c'est tout un séisme dans sa vie. Donc il y a tout ce travail à faire et puis quand on y parvient, finalement après plusieurs mois, parfois plusieurs années, elle accepte et alors on se rend compte que les services ne sont pas adaptés à leurs besoins. »

FG2: « La question de la pudeur c'est très important, l'infirmière me déshabille et me voit nue, ce n'est pas évident du tout. On a imposé une infirmière à ma maman parce qu'elle ne prenait pas ses médicaments, elle est en dépression depuis 3 semaines : 'cette infirmière que je ne connais pas que vous m'avez imposée pour me donner mes médicaments je ne la veux pas'. C'est tout un travail d'adaptation et de confiance, le fait qu'il y a eu ce changement dans sa vie fait qu'elle ne veut plus manger, plus parler. Je l'accompagne chaque fois dans les rencontres avec de nouveaux aidants,

je prends le temps de faire le contact avec elle pour créer un climat de confiance, car ce travail de confiance c'est primordial. »

L'obstacle de la langue

Si dans l'idéal, recevoir une aide ou un soin par une personne qui parle sa langue est jugé préférable, certains professionnels n'en font pas une condition sine qua non.

FG1 : « Ce que j'ai constaté en gériatrie c'est que l'aspect linguistique est crucial. On ne peut pas soigner un patient que l'on ne comprend pas et qui ne comprend pas ce que l'on fait. Le traitement médical est caduc dès l'instant où il n'y a pas de possibilité de dialoguer avec le patient. »

FG3: « On essaie qu'il y ait une certaine compréhension, car à l'hôpital c'est difficile de faire un soin infirmier à une personne qui ne comprend pas ce qu'elle a et pourquoi on doit le faire, mais c'est vrai aussi pour la toilette, parce qu'il y a une certaine pudeur. En tout cas chez nous c'est clair qu'on essaie de trouver un interprète ou qq qui parle la langue en tout cas au début pour que les choses soient bien comprises et qu'il n'y ait pas de malentendu. Laver un patient en perte d'autonomie, se mettre à nu, c'est difficile par rapport à quelqu'un qu'on ne connaît pas et qui ne vous comprend pas, donc on essaie que pour le soin à la maison le schéma se reproduise, ça ne marche pas toujours, mais en tout cas on essaie. »

FG1 : « Quand on dit soin adapté il faut que la personne comprenne ce que l'autre lui dit, donc parler sa langue c'est primordial. Donc le kiné, ou l'infirmier qui vient à domicile doit parler la langue parce que c'est un facteur d'acceptation du soin. Les PA comptent beaucoup sur leur famille mais celle-ci est souvent prise par le travail et cela handicape la PA qui doit parfois attendre deux mois pour faire le rdv chez le cardiologue bien que les hôpitaux fassent plus d'efforts et proposent des services de traduction mais cela reste handicapant. »

FG3: « Pour la question de la langue je nuancerais parce que pour moi ce n'est pas si important que la personne qui fournit le soin parle la langue du patient mais plutôt qu'il y ait au moins une personne dans le chaînon de la coordination qui parle cette langue pour mettre au clair le projet, et que si par après il y a un couac le patient puisse à nouveau faire appel à cette personne pour résoudre le problème linguistique. Donc ce n'est pas obligatoire que l'infirmière ou l'AD parle la même langue que la personne parce que j'ai vu des PA qui ont des AD qui ne parlent pas leur langue mais quand je fais mes visites à domicile je vois que cela se passe bien, ils communiquent par signe mais avec bienveillance, donc je dirais que ce n'est pas vraiment une question de langue mais plutôt que s'il y a un couac la personne sait qu'elle va pouvoir faire appel à un référent dans la structure qui peut intervenir pour régler le problème. Donc la langue n'est pas un frein en soi. Pour moi, il faut un réseau et s'assurer qu'une personne dans ce réseau parle la langue, et ça suffit. »

FG3 : « Je veux mettre en avant le fait que l'on se pose toujours la question des PA d'origine immigrée, la langue etc., donc on a le cliché que l'AD est une belge francophone ou néerlandophone, donc qu'il y a le problème de la langue

pour la PA. Mais en fait on a le problème inverse aussi. J'ai de nombreux cas de patients belges francophones qui ont des aides familiales roumaines et cela pose aussi des problèmes. Exemple l'AD roumaine vient chercher des médicaments, j'essaie de lui expliquer et je me rends compte qu'elle ne comprend pas un mot de français. Là je me dis mais il y a un souci : la vieille dame en question très âgée a des problèmes de vue, est malvoyante, donc elle ne peut plus lire les infos reprises sur les boîtes de médicaments, elle prend les médicaments que cette aide roumaine lui apporte, mais qu'elle vient chercher sans prescription, etc.... C'est inquiétant franchement. Cela met en avant un point important de la multiculturalité, de la diversité ethnique, etc.»

Le tabou du recours à l'aide à domicile et du placement en MR

FG3 : « Dans certaines familles, dans certaines cultures, il y a encore quelque chose de l'ordre du tabou : je m'occupe de mon parent comme il s'est occupé de moi quand j'étais enfant et je ne peux pas concevoir le placement. Mais d'un autre côté il y a également des PA qui sont dans le déni ou la non acceptation de leur vieillissement et qui n'envisagent pas de finir leurs jours dans une maison de repos. Donc c'est à deux niveaux : ce n'est pas concevable tant pour les enfants que pour les PA elles-mêmes. »

FG1 : « Les parents attendent, attendent jusqu'à ce qu'il soit trop tard, et je trouve que les familles mettent beaucoup de pression sur un des enfants, du coup il n'y a pas de dialogue dans la famille, cela crée des qui pro quo ou des situations d'urgence parce que tout le monde met son grain de sel, tout le monde appelle en même temps, il n'y a pas d'harmonie, donc il y a du potentiel familial mais ce n'est pas organisé. C'est un peu du dernière minute, au jour le jour, pour tout : documents, rdv médicaux, etc. Et pour l'aide, ils ne se projettent pas, par peur, n'osent pas imaginer que cela peut arriver donc quand ça arrive c'est trop tard. Beaucoup de PA refusent de prévenir les enfants. J'ai assisté à des échanges entre médecin et PA pour faire la traduction et les parents refusaient de donner le téléphone des enfants, « non, non, je ne veux pas les tracasser ».

FG1 : « Les situations intrafamiliales sont paradoxales : il s'agit du dilemme des parents qui sont clairement en attente d'aide en provenance de leurs enfants et en même temps qui refusent de les informer de leur état de santé pour ne pas les déranger. Et quand le parent se trouve dans une situation critique, il refuse que le personnel soignant ou service d'aide préviennent les enfants. Les enfants doivent proposer. »

FG1 : « Les PA ont très peur du placement en MR, ont plein de préjugés sur tout. Dans le cas d'un placement, on peut distinguer ceux qui vivent l'abandon après un placement et ceux qui comprennent que c'est la dernière alternative en raison du manque de disponibilité des enfants ou de la famille plus élargie. Dans le dernier cas de figure des paramètres récurrents entrent en ligne de compte : l'alimentation, la langue et plus accessoirement le contexte de vie tourné vers des loisirs, ils sont largués, à juste titre, devant les activités occidentales proposées. Généralement, le placement est

synonyme de perte de repère mais plus encore pour les personnes d'origine étrangère. D'autre part, les stéréotypes sur les MRS sont tenaces. La PA pensent qu'ils vont se retrouver dans un environnement dégradant et même mortifère. »
FG3 : « L'entrée en MR à l'initiative de la PA elle-même c'est très rare. Le plus souvent une PA qui rentre c'est parce que la famille n'a plus le choix, elle ne peut plus s'en occuper et pour les familles étrangères, c'est souvent des grandes familles, c'est souvent la fille qui s'occupe de la maman ou du papa, au bout d'un moment elle n'en peut plus, elle fait un burn-out, donc elle décide de placer mais la PA n'y est pas préparée, elle est mal informée, et le reste de la famille pareil, conteste la décision, donc ce sont des disputes liées à la culpabilité, donc il arrive souvent que la PA reste une semaine et puis la famille la reprend parce qu'elle culpabilise tellement que c'est juste impossible. Mais après se pose la question de savoir comment la PA est soignée à la maison. J'ai déjà eu des cas de maltraitance, pas intentionnellement, mais parce qu'ils ne savent pas en prendre soin, sont négligents, donc c'est vraiment très compliqué. Pour eux mettre son parent en MR, c'est le jeter, l'abandonner, donc c'est un stress terrible. »

FG3 : « Dans notre maison de repos, le personnel est multiculturel ce qui facilite les choses, et on constate que progressivement les familles d'origine étrangère commencent à placer leurs parents, mais ça reste pas facile. Et souvent on doit plus gérer la famille que le résident qui se retrouve pris entre les deux, même si pour lui dans la résidence ce n'est pas si problématique parce qu'il va toujours trouver quelqu'un qui parle sa langue. »

FG1 : « Il y a des PA parmi mes patients. C'est vrai qu'à partir d'un certain moment on est assez limité parce que culturellement le placement, aller en home, n'est pas bien vu dans leur communauté. Donc le maintien à domicile est primordial parfois au détriment de la personne elle-même parce que la MR n'est pas concevable. »

FG2 : « C'est vrai qu'il y a la barrière culturelle, c'est vrai que pour les PA qui viennent de l'étranger, aller dans un home ou demander de l'aide à quelqu'un en dehors de la famille, c'est inconcevable. Elles disent « mais moi j'ai de la famille pourquoi faire appel à quelqu'un d'autre ? », c'est le plus gros problème. »

FG1 : « Je viens de faire un stage en gériatrie à l'hôpital Brugmann où j'ai cotoyé des PA de multiples cultures. Effectivement il y a une manière différente de voir les choses entre personnes européennes ou européanisées qui vivent ici depuis longtemps et les PA qui viennent de l'étranger ou qui sont venues sur le tard par rapport au fait de vivre en MR. Certaines le vivent comme un rejet, un abandon, de leurs enfants à qui ils ont tout donné, pour qui ils ont tout fait. Certains comprennent le fait que les enfants sont occupés, débordés et qui acceptent quand même d'aller en MR mais avec beaucoup de paramètres à régler autour, l'alimentation, la langue, le contexte, l'atmosphère des MR parce que il y a une ambiance différente quand on vient du sud ou du nord et donc je pense qu'il y a aussi une perte de repères, de se retrouver là où ils sont vraiment à l'étranger. »

FG3 : « La question de l'épuisement de l'aidant proche (AP) est aussi culturelle parce que l'aidant proche d'origine étrangère est obligé de se donner sans limite et n'a pas le droit de s'en plaindre ou de demander un répit parce que

c'est très mal vu autant par soi-même que par l'entourage. En tant que médecin généraliste on essaie de montrer à l'AP qu'il y a des limites, parce que ce travail à un coût sur le long-terme et que pour prévenir ce coût il doit se faire aider, et qu'il y a diverses formes d'aide, ménagère, administrative, etc. J'essaie de dire qu'il y a des solutions pour ne pas tomber dans l'épuisement et quand je fais une visite à domicile je dis souvent que « papa ou maman a plus de plaisir à partager une tasse de café avec vous que de vous voir vous tuer à des tâches ménagères, quand vous venez vous ne passez pas des moments qualité avec votre parent ». Cela leur parle en général et ils reconnaissent qu'en effet ils ne passent pas beaucoup de temps avec la PA parce qu'ils sont là mais sans l'être vraiment. Donc on essaie d'y arriver, de les déculpabiliser, par des exemples concrets afin de les inciter à faire recours à une aide à domicile ou de placement, parce que parfois il n'y a pas d'autre solution que le placement. »

FG2 : « On a aussi le cas de PA qui reçoivent l'aide de leurs enfants, mais quand ceux-ci sont épuisés ils ramènent la PA à l'hôpital pour pouvoir se reposer un peu, mais ceux-là refusent l'aide externe parce qu'ils estiment que c'est à eux de le faire. On leur laisse le temps de répit mais on ne les oblige pas à mettre des aides en place parce que c'est à eux de décider et de le faire. L'acceptation de la perte d'autonomie est un travail de longue haleine pour les travailleuses du service social de l'hôpital. Plus encore lorsque le suivi se réalise avec les membres de la famille. »

Manque d'information sur l'offre existante, peur de demander de l'aide

FG2 : « Sur base de mon expérience il est évident que les PA n'ont pas suffisamment accès à l'information et même quand elles la reçoivent, elle n'est pas suffisamment accessible pour des raisons de langue, etc., »

FG2 : « Il y a différents profils de seniors : ceux qui sont dans le filet des maisons médicales, des AS, donc qui sont pris dans le réseau, certainement que l'info sur l'AD est plus accessible pour eux. Tous les seniors qui se fragilisent et sont à domicile, reçoivent peut être des conseils de la famille ou des voisins, mais ils peuvent se sentir menacés par l'intrusion, le jugement externe. Souvent les pharmaciens sont des intermédiaires. »

FG2: « Le meilleur moyen d'informer les PA, c'est le porte à porte, cela prend du temps, mais je sais par expérience que la PA va t'écouter, on le fait et ça marche. On prend note de ce qu'elles disent, de leurs besoins et on revient vers elles, on leur donne l'info et on leur dit on veut bien vous accompagner afin de faciliter les premiers contacts. »

FG2: « Cet échange sur la communication montre que la clé elle est là, c'est créer un réseau tout simplement, pour que l'info arrive à bon escient. Nous dépendons tous de la bonne volonté de vouloir régler en déléguant tout simplement. Donc être complémentaires et avoir besoin des uns des autres. »

Mieux informer sur l'aide à domicile et favoriser la reconnaissance de ce travail

Dans l'atelier 1 de professionnels, on a jugé indispensable, d'une part, d'améliorer l'information sur l'aide à domicile auprès des professionnels comme auprès des PA et, d'autre part, de favoriser la reconnaissance du travail d'aide à domicile.

Atelier 1 Profs : « Plus les bénéficiaires auront une idée claire de ce que fait une aide à domicile et plus les demandes d'aide pourront se faire plus facilement et clairement. »

Atelier 1 Profs : « Le métier d'aide à domicile est peu reconnu, ce qui était manifeste en période covid. Par exemple, les services de soins 'infirmiers' ont eu des facilités et avantages (comme matériel et facilitation pour les files des courses,...) alors que les aides familiales ne les ont pas eu. Elles n'ont pas eu de primes alors qu'elles ont été sur le terrain, qu'elles ne savaient pas ce qu'elles risquaient, qu'elles n'avaient pas le matériel en suffisance. »

Dans les focus group 2 et 3 on a souligné qu'en dépit d'une offre de services d'aide abondante à Bruxelles, celle-ci est saturée par rapport à la croissance de la demande, de sorte qu'il est quasi impossible de trouver une solution d'aide en cas de besoin en urgence.

FG2 : « Dans des situations d'urgence on est aussi confronté au problème qu'il n'y a pas d'aide mobilisable de suite, qu'il y a des listes d'attente. On a beaucoup de mal à trouver des aides-familiales, des aides ménagères, les listes d'attente sont longues. D'autant qu'on a souvent affaire à des personnes qui ont des problématiques multiples, elles sont des PA isolées, mais aussi alcooliques ou autres assuétudes. Il y a des conditions de base qui rendent difficile l'accès aux soins à domicile : essayez de faire venir une aide à domicile dans un domicile qui n'a plus été nettoyé depuis 5 ans, bonne chance ! C'est assez logique en fait, il y a plein de demandes d'AD, donc forcément elles priorisent en fonction de leur confort, de leur possibilité d'action. »

Personne de compagnie : un métier ?

La demande importante pour « la personne de compagnie », figure de réciprocité et d'entraide particulièrement appréciée par les PA d'origine étrangère, a beaucoup été discutée dans les deux ateliers de professionnels. Comment et où trouver ces personnes et comment s'assurer de la qualité de la personne aidante afin d'éviter tout risque d'abus ou de maltraitance ?

Atelier 2 Profs : « Si on doit renforcer quelque chose c'est plus je vais dire des dames de compagnie. J'ai beaucoup de demandes, mais c'est difficile à trouver, des dames de compagnie qui peuvent un peu cuisiner, un peu parler, sur 8 heures de travail dont le ménage et la cuisine, mais le reste du temps tenir compagnie. Les gens sont à la recherche de ça et ce qui freine c'est les moyens, parce que les gens paient 800, 900 euros en noir pour une personne de compagnie. C'est souvent quelqu'un sans papier ou dans une situation financière difficile, donc ce serait bien de développer un projet de dame de compagnie mais réglementé parce ce qu'aujourd'hui franchement ce n'est pas ça. On cherche et on

Reconnaitre et valoriser le rôle de personne /dame de compagnie comme un métier global, polyvalent, reconnu par la Mutuelle et financé par l'INAMI.

Créer un réseau de recrutement réglementé des personnes de compagnie qui garantit la qualité de l'aide prestée en mettant en place un

trouve des femmes sans papier qui cherchent à travailler, mais on ne les connaît pas, et c'est donc une responsabilité envers la PA. Donc c'est un gros problème parce qu'il y a beaucoup de demande. »

FG1 : « Ce n'est pas l'aide qui est problématique en soi, mais c'est vraiment qui donne l'aide. Ainsi je pense au cas d'une femme qui disait avoir besoin d'aide mais qui en même temps refusait tout ce que je proposais, c'était compliqué. Puis vient une femme qui se trouve dans une situation de sans papier, qui dit qu'elle a besoin de travail, qu'elle aimerait bien faire de l'AD, et petit à petit je me suis rendu compte qu'elle s'étaient arrangées toutes les deux à l'extérieur. J'étais un peu fâchée parce que on avait passé beaucoup de temps à faire le travail mais en même temps j'ai réalisé que c'était quelqu'un qui parlait sa langue, qui était disponible quand elle en avait besoin, parce qu'elle hébergeait cette femme chez elle, donc voilà c'est une anecdote mais significative. »

Atelier 2 Profs : « Il faut une évaluation, donc si on forme les personnes, il faut à un moment donné demander à la personne aidée, d'évaluer la personne qui l'aide, est ce qu'elle est contente, est ce qu'il y a des choses que la personne fait qu'elle n'aime pas et qu'elle n'ose pas dire à l'aidant, mais que l'évaluateur peut dire à la personne d'une manière tout à fait professionnelle en formulant des pistes d'amélioration. »

Atelier 2 Profs : « Dans le parcours quotidien mon rêve serait de créer un réseau, pourquoi ? Je prends l'exemple d'une dame en fin de vie qui a besoin de soins, de compagnie, c'est une dame turque en soins palliatifs et elle veut absolument finir ses jours chez elle. On a réussi ça mais le problème c'est de trouver une dame de compagnie et de faire intervenir la mutuelle.

Il ressort des échanges dans l'atelier 2 des professionnels, que le métier de « personne de compagnie » est très différent de celui d'aide-familiale, d'aide à domicile, d'aide-ménagère, de garde-malade. C'est une fonction multi tâches, une aide polyvalente.

Atelier 2 Profs : « Il y a aussi une question de fonction. Le fait de dire « je suis aide-familiale », « aide-ménagère », fait que la personne ne va pas faire ça ou ça, c'est pourquoi je dis dame de compagnie pour désigner un ensemble de tâches. Sur le même modèle qu'en hôpital l'assistante logistique polyvalente. Donc la dame de compagnie c'est une tâche globale, préparer le petit déjeuner de la PA, faire une petite sortie avec elle pour promener le chien au parc, puis aller à la banque, etc., donc toutes ces tâches ordinaires du quotidien. Moi je le vois chez la dame en fin de vie chez qui je vais faire les soins. La journée se passe comme ça, pendant qu'elle prépare le repas avec la dame, elles parlent, elles échangent, puis elle fait tourner une machine et prépare le thé, et le temps passe. Puis elle s'en va quand arrive la garde de nuit. Donc cette dame de compagnie polyvalente elle remplace les aidants-proches qui sont de moins en moins fréquents parce que la société a changé. Je suis convaincue qu'il ne faut pas entrer dans une logique d'étiquettes et de formations spécifiques. La personne de compagnie, c'est une professionnelle, dans une fonction globale. C'est un métier, c'est nécessaire de le reconnaître comme tel pour la considération et la valorisation. »

système d'évaluation et de contrôle des personnes aidantes.

Créer une antenne locale (quartier) qui réunit une équipe de professionnels sans distinction de titres/fonctions/statuts qui travaillent ensemble dans un

<p>Pour s'assurer de la qualité du service, et permettre le recrutement en urgence quand le besoin se présente pour une PA et/ou sa famille, l'identification de la personne de compagnie devrait s'appuyer sur un réseau local de professionnels.</p> <p>Atelier 2 Profs : « L'idéal c'est le réseau, qu'il existe une antenne d'aide appropriée que je peux appeler en journée et dire 'j'ai besoin d'une dame de compagnie qui peut faire ça et ça, je peux lui montrer ce qu'il y a à faire et comment le faire'. Je suis le garant de l'offre que j'apporte quelque part, en tant qu'infirmière je viens tous les jours, donc forcément je suis le lien, la personne de confiance. »</p> <p>Atelier 2 Profs : « Dans la team à créer c'est très important d'arrêter avec la hiérarchie des métiers : les sur métiers et les sous-métiers, et de considérer qu'ils sont tous complémentaires, on a besoin les uns des autres. »</p> <p>Atelier 2 Profs : « Des antennes relais avec des équipes pluridisciplinaires, une antenne pas comme un truc où on sonne mais comme un magasin avec une vitrine où on voit, comme une maison médicale mais ouvert sur la rue. Et puis avec des gens motivés, des gens qui aiment faire leur travail, des gens compétents et bienveillants, pour qu'on ait la confiance. »</p> <p>Pour mieux organiser l'offre d'aide, il a été suggéré dans l'atelier 1 des professionnels de créer une plateforme de messagerie, pour « la communication centrée sur l'usager où chaque personne a une sorte de boîte aux lettres et où chaque intervenant peut déposer un message – chaque message sera catégorisé par domaine (santé, social, ...) – accompagné d'un logiciel qui peut retranscrire automatiquement l'audio. » Ce même atelier 1 de professionnels a aussi insisté sur l'efficacité des « réseaux d'aide informelle et de solidarité avec le voisinage », estimant qu'il fallait davantage explorer ce potentiel de ressources humaines pour mettre en connexion avec les besoins.</p> <p>Atelier 1 Profs : « L'idéal c'est une aide dans le quartier, connue, proche de la personne. Pouvoir s'adresser à un service d'aide de proximité donc un professionnel bien identifié par les familles dans leurs environnement urbain immédiat (le quartier). »</p> <p>FG3 : « Il faut créer des espaces de proximité càd des sortes de conciergerie de quartier, des lieux pluridisciplinaires, qui ne servirait d'ailleurs pas qu'aux PA parce que il ne faut pas qu'il n'y ait que de l'entre soi, mais une conciergerie où je peux aller déposer des choses et où il y a des personnes qui vont m'entendre, ce ne sont pas forcément des professionnels. »</p> <p>FG1 : « Créer une structure pluridisciplinaire de type « Titres services » polyglotte, multilingue, on appelle et on reçoit le service demandé, AD, activités, loisirs, transport, soins et bien-être. Et des accompagnateurs pour aller au rdv et assurent la traduction, qui transportent les PA qui ne peuvent pas se déplacer. Plus accessible au niveau financier que</p>	<p>esprit d'équipe pour le bien-être des patients.</p> <p>Travail en réseau fondé sur la communication entre prestataires de soins et approche globale de la personne et de tous ses besoins.</p> <p>Développer plus de services d'aides familiales.</p> <p>Création d'un système de service de type constellation familiale au sein de laquelle se grefferait les interventions des professionnels de l'aide et des soins aux PA à et leur aidants proches.</p> <p>Conciergerie de quartier</p> <p>Créer une structure pluridisciplinaire de type « Titres services » polyglotte, multilingue, pour une</p>
--	--

titres-services parce que PA ont besoin de plusieurs types de services différents dans la durée. Prise en charge globale, de proximité. Endroit où on peut aller pour avoir des infos, formuler sa demande, expliquer. »

Les professionnels ont par ailleurs aussi insisté sur le besoin d'aide et de soutien pour les aidants-proches dès lors qu'ils sont les plus experts dans la situation de la PA.

FG1 : « Faut aussi de l'aide pour les aidants-proches, qui veulent le faire elles-mêmes mais ont besoin de soutien, de formation, d'accompagnement. Pour être soulagé à la maison pour gagner ce temps avec les parents. Parce que la famille est la meilleure experte de la situation de la PA. »

FG2 : « Je découvre des enjeux qui se rejoignent et donc je dirais que pour pallier ce manque de coordination il faut avoir des agents de proximité donc l'idée de coordinateur qui est ancré dans le quartier et qui connaît tous les intervenants du quartier et qui fasse le lien avec les familles et qui joue un rôle de coach aussi, parce que il y a vraiment besoin de coaching, et puis quand c'est lancé, se retirer parce qu'il ne faut pas non plus être dans le contrôle mais l'accompagnement, le coaching, pour passer l'étape difficile de la perte d'autonomie avec toutes les émotions que cela génère, tous les dispositifs et l'administration à mettre en place. »

FG3 : « C'est un devoir de prendre soin de ses parents, c'est une règle morale. Très difficilement on va arriver à passer cette barricade des enfants, sauf quand ils en ont besoin, ils s'effondrent parce qu'ils n'en peuvent plus, mais cela prend du temps, ils demandent mais qu'est-ce que ça va coûter à maman parce que c'est eux qui gèrent, ils ne veulent pas avoir de problèmes avec les frères et soeurs, inévitablement on entre dans cette sphère et il faut gérer. J'ai une patiente dans le quartier dont le papa est médecin, je le connais très bien, la fille est épuisée mais c'est encore elle qui s'en occupe. Elle m'a croisée, m'a dit « je te vois tout le temps tu fais le secteur », j'ai dit « oui si tu as besoin de moi n'hésite pas », « non ça va », parce que sa maman était là et regardait. C'est très difficile, il faut y aller doucement dans les suggestions, les conseils, il faut gagner leur confiance pour que cela ne soit pas vu de haut. La question de la pudeur est cruciale. La sphère intime fait partie de la barrière que j'évoquais avant, il faut pouvoir franchir cette barrière délicatement. »

prise en charge globale, de proximité. Agents de proximité et coordinateur des intervenants tous services ancré dans le quartier
Plateforme de messagerie, pour la communication centrée sur l'utilisateur : chaque personne a une boîte aux lettres où chaque intervenant peut déposer un message – chaque message sera catégorisé par domaine (santé, social, ...) – accompagné d'un logiciel qui peut retranscrire automatiquement l'audio.

5. SOINS DE SANTÉ

Les focus group 1 et 2 qui ont principalement rassemblé des professionnels du soin (en maison médical ou à l'hôpital) ont évidemment beaucoup discuté les raisons du non recours des PA aux soins nécessaires et aux difficultés rencontrées dans l'offre de soins pour ces personnes.

Isolement de la PA et défaut d'attention et de vigilance des proches ou des aides à domicile

FG2: « Nos observations de la situation des seniors au quotidien nous permettent de déceler des petits signes qui nous font penser que la personne traverse un mauvais moment et toute la question c'est que se passe-t-il au juste, que lui arrive-t-il ? Cela arrive quand la fragilité commence à s'installer, quand l'équilibre commence à basculer. Que faire ? Qui est dans le réseau de cette personne qui pourrait soutenir ? Dans certains cas, c'est clair, dans d'autres nettement moins. On est interpellé de voir une PA grippée et qui ne va pas consulter un médecin, pourtant elle patiente dans une Maison médicale donc c'est pas une question d'argent. On constate qu'une personne a des problèmes d'hygiène qui s'installent. Comment lui en parler, c'est un sujet très délicat. Je note que les PA adoptent plus un comportement de réaction que de prévention en matière de santé. Cet état de fait amène généralement les professionnels du secteur à devoir traiter une situation dans l'urgence. Le rapport à l'hygiène mériterait une plus grande vigilance de la part des professionnels. »

FG1: « Je constate aussi que des PA n'ont pas le suivi médical requis parce que les rdv chez le médecin ne sont pas écrits donc oubliés, et aussi parce qu'il y a un problème de transport, qui est vraiment crucial. »

FG3 : « Je vois dans quel état ils arrivent en MR, dans quel état ils vivaient chez eux, des PA très isolées qui n'ont personne et qui vivent chez eux dans un état lamentable. Il faut instaurer un bilan gériatrique disons à 65 ans, et un suivi obligatoire, càd 2 ans plus tard refaire un bilan, pour vérifier d'abord s'ils sont venus ou pas, et pourquoi ils ne sont pas venus. On éviterait beaucoup de problèmes si on instaurait un bilan médical systématique pour permettre une prise en charge plus rapide. »

FG2 : « Il y a des personnes pas entourées qui vont très bien gérer la situation, qui ont leur équilibre, et qui ne sont pas demandeurs, mais le moindre grain dans le rouage, c'est fini, et tout s'effondre et on a personne sur qui on peut compter, aucun recours. Cela peut être des troubles cognitifs ou la perte d'un petit chien, quelque chose qui peut nous paraître dérisoire mais qui est énorme pour le patient, ça c'est la fragilité des PA, dès que quelque chose est perturbé dans le quotidien, tout s'effondre, et là on est obligé d'être derrière en urgence, et on ne sait pas parce que il n'y a pas toutes les aides en urgence et il n'y a pas non plus le côté financier. »

FG3: « Dans un contexte urbain comme le nôtre le vieillissement de la population a quelque chose d'inquiétant parce que c'est laissé au hasard de la bonne volonté des enfants et s'il n'y en a pas, ou pas de

Instaurer un suivi médical global, avec un bilan gériatrique d'office à partir de 65 ans, et un suivi obligatoire tous les 2 ans, pour permettre une prise en charge plus rapide.

Idée d'un camion MDM – Maison Médicale mobile

Mise en place d'un système de transport et d'accompagnement pour les déplacements des PA vers les services de 1^{ère} ligne

proches voisins, ou autre, alors c'est un peu au petit bonheur la chance. On constate qu'il y a des gens qui n'évoluent pas positivement et qui ne se rendent pas compte du tout par manque de moyens, par manque de connaissances, ils ne prennent pas d'initiatives parce que simplement ils ne se rendent pas compte.»

FG3: « C'est évident qu'il y a des signaux pas suffisants dans l'aide à domicile. On a eu le cas récent d'une aide familiale qui venait à la pharmacie et qui ne s'est pas rendu compte que la personne était en train de dégénérer, je ne lui jette pas la pierre à cette dame, mais il y avait une nette aggravation de l'état de la PA, on a pris nous-même l'initiative de contacter son médecin traitant. Ce n'est pas normal que le personnel de l'AD ou du personnel de ce genre-là ne tire pas la sonnette d'alarme. »

FG3 : « Il faut voir comment les gens sont arrivés à l'hôpital. Soit c'est vraiment un truc qui fait qu'il n'y a pas le choix, il faut y aller, soit c'est la famille qui pousse parce que le suivi médical n'a pas été fait pendant des années et qu'il y a une série de pathologies et donc il est grand temps de faire un bilan gériatrique général et dans ce cas la PA n'y va pas du tout de gaieté de cœur. Pour la sortie c'est la même chose, c'est une libération pour la PA mais souvent le suivi médical est inexistant parce que la personne n'adhère pas au traitement. »

Dans l'atelier 1 des professionnels, les difficultés mais aussi les avantages des visites médicales à domicile sont présentés en vue de formuler des pistes d'amélioration. A l'inconfort du déplacement pour le médecin (embouteillage, problème de parking) s'ajoute l'inconfort de ne pas avoir tout le matériel disponible pour un diagnostic précis et l'inconfort du lieu car pas d'intimité avec le patient, pas de secret médical, parfois voyeurisme, intervention de la famille dans la consultation. La plupart du temps, le médecin est reçu dans le salon et donc il n'y a pas cette intimité médecin-patient.

Atelier 1 Profs : « La visite à domicile permet cependant au médecin de voir la maison du patient ce qui donne une indication de l'hygiène, qui soulève la question de l'aide à domicile. C'est une grande frustration pour le médecin de ne pas pouvoir parler directement à l'aide familiale ou l'aide-ménagère pour échanger autour de la personne âgée (si elle mange bien, comment elle va, si elle déprime, ...). La communication avec l'aide-ménagère se fait via l'assistante sociale, tous ces intermédiaires compliquent et ralentissent la prise en charge. L'aide-ménagère est habilitée à contacter, au domicile du bénéficiaire, son médecin généraliste sinon il y a aussi, parfois, des cahiers de communication (si médecin a une inquiétude, il peut le communiquer dans le carnet) mais tous les services ne fonctionnent pas de cette manière...donc pas de garantie que ça fonctionne réellement pour tout le monde ! »

Faciliter une communication plus fluide et directe entre les intervenants autour du patient et avec celui-ci et mettre en place un système de suivi global

Instaurer un carnet de communication PA (similaire au carnet enfant ONE) où tous les intervenants de l'aide et du soin à domicile consignent leurs observations, carnet détenu par la PA

La sortie de l'hôpital est un facteur de stress important pour les PA, les familles mais aussi pour les professionnels : comment gérer cette sortie ? qui s'assure que le suivi à domicile nécessaire est presté ?
FG3 : « C'est sans doute la plus grande problématique que nous rencontrons en pharmacie, c'est la sortie de l'hôpital, PA âgée ou pas, d'ailleurs. C'est donc la question y a-t-il un médecin traitant, qui est-ce ? Est-ce qu'on a pris contact avec lui ? C'est pas toujours clair tout ça, et quand je vois le nombre de personnes qui défilent parfois à la pharmacie pour une PA, cela m'inquiète parce qu'il y a la PA qui a eu contact avec le médecin avant sa sortie de l'hôpital et qui lui a peut-être expliqué le traitement ou son évolution, et les enfants n'étaient pas là, donc on voit un enfant qui vient avec une ordonnance chercher les médicaments prescrits, mais parfois il y a eu un changement par rapport au traitement habituel parfois pas, donc par exemple nouveau dosage. Cela me pose des problèmes, surtout du fait des prescriptions électroniques, il n'y a plus de numéro d'appel du médecin, surtout si les gens viennent comme c'est souvent le cas, le soir juste avant la fermeture, donc incapacité d'appeler qui que ce soit pour vérifier. Donc clairement la problématique c'est comment gérer la sortie de l'hôpital ? Donc qui prend en charge à ce moment-là, à l'instant T ? »

FG3 : « Pour le médecin généraliste un gros stress c'est la sortie de l'hôpital, cette sortie on la redoute beaucoup. Dès qu'on reçoit l'avis que le patient a été hospitalisé, on se dit « aille la sortie ça va encore être pour ma pomme », parce qu'on est souvent pas prévenu, c'est très rare qu'on soit prévenu, et pourtant on prend souvent des contacts nous-même en aval, on demande à l'hôpital de nous informer et surtout de ne pas nous faire le coup de la sortie le vendredi soir. Et pourtant c'est ce qui arrive presque systématiquement. Et c'est le stress, on a la famille au téléphone, le patient aussi, et même le pharmacien parce que le spécialiste a prescrit un traitement de sortie, il a fait le nettoyage dans le traitement actuel mais ce n'est pas souvent compris par le patient qui rentre chez lui où il y a encore ces anciennes boîtes et donc souvent il se retrouve à prendre l'ancien traitement et le nouveau traitement. On constate que le traitement de sortie n'est pas souvent compris par la famille ni par la PA et il faut qu'une autre personne intervienne pour expliquer, que ce soit l'infirmière, le pharmacien, ou quiconque qui comprend ce qui se passe car cela peut être dangereux pour le patient. Sinon c'est l'organisation du maintien à domicile et de l'autonomie à la sortie qu'il faut organiser, les repas à domicile, les soins infirmiers, etc., et tout cela ne se fait pas en un jour, et cela prend plusieurs jours, c'est pourquoi je considère que la sortie d'une PA le vendredi soir devrait être interdite purement et simplement. »

FG1 : « Un problème à l'hôpital c'est celui du dialogue, la population du Sud elle est à fleur de peau, sensible, susceptible, et les limites sont dures à déterminer. Je me suis rendu compte que la manière de raconter l'histoire à la famille est vraiment très importante et quand lui raconte la pathologie du patient, son

avenir, son devenir, en donnant un large éventail de possibilités auquel réfléchir. Important aussi de leur demander de venir tous ensemble, parce que si c'est un par un, cela ne marche pas. Il y a un manque clair et net à l'hôpital de pédagogie, de réflexion sur la bonne manière de communiquer avec les familles, savoir annoncer une maladie à la famille, voire préparer à l'éventualité d'une prise en charge. »

FG3 : « Car ce qui se passe c'est que nous sommes plus perturbés par la famille qu'aïdés par elle, parce qu'on a des demandes divergentes et parfois on ne s'en sort plus et on est obligé de décider en équipe de dire à la PA « écoutez on veut un référent » parce qu'on a trois fils, trois filles qui nous appellent et nous disent des choses différentes de sorte qu'on ne sait plus quoi penser, ils nous perturbent plus qu'autre chose. »

FG3 : « C'est vrai que chez nous en MR on veut aussi un référent parce que s'il y a 10 personnes dans la famille on a 10 appels par jour, et c'est trop compliqué à gérer. »

La surabondance d'offre et le défaut de coordination entre professionnels du soin compliquent la situation. Le mot clé c'est « la continuité » dit un intervenant. Or, pas de continuité des soins et de l'aide sans coordination des professionnels.

FG3 : « La clé c'est la continuité. C'est d'utiliser la plate-forme électronique qui existe déjà donc CARENET qui est un lien entre médecins de l'hôpital et le médecin traitant, les médecins encodent dans la plate-forme un ensemble de choses, pour l'instant ce sont des médicaments mais cela pourrait aussi être des services, donc dire par ex « pour cette personne il me faut des soins à domicile, une femme de ménage 2x par semaine, etc. ». Donc il faut effectivement qu'une personne ressource ait accès à cette plate-forme, de façon sécurisée évidemment, et qu'il mette tous les signaux au vert, en fonction des actions requises, ce qui veut dire que tout prestataire, y compris pharmacien, qui a accès à la plate-forme voit que le médecin a prescrit des soins à domicile mais que le voyant est encore au rouge, pourquoi ? C'est vrai il y a déjà le dossier médical global, le dossier pharmaceutique partagé, on a déjà une vision très globale mais ce sont des outils qu'on utilise pas ou mal, donc les choses existent, je suis certain que cette plate-forme pourrait être utilisée en services et pas que en médicaments. »

FG3 : « Je pense que c'est une question de coordination. Il y a énormément de services différents, à BXL s'est encore plus compliqué à ce niveau-là, aussi pour l'offre médicale qui est importante, donc on ne sait plus qui est qui et qui fait quoi, les gens sont sans doute perdus devant la forêt de possibilités qui est devant eux. »

Utiliser la plate-forme électronique CARENET qui est un lien entre médecins de l'hôpital et le médecin traitant, pour encoder les prescriptions en médicaments et en services, coordonnée par une personne ressource qui a accès à cette plate-forme, de façon sécurisée, et veille à mettre tous les signaux au vert, en fonction des actions requises.

FG3 : « Un soin à domicile vraiment efficace doit savoir et pouvoir se coordonner avec le pharmacien traitant, avec le médecin traitant, le spécialiste et l'AS de l'hôpital s'il y a eu hospitalisation. S'il ne fait pas l'effort de contacter ces personnes, alors il n'y a pas de coordination correcte. »

FG3 : « Donc à la sortie de l'hôpital le contact avec le médecin traitant est super important parce que c'est le relais, c'est à lui que les personnes doivent poser des questions, parce que pour les pharmaciens c'est vraiment délicat. Le souci d'une coordination c'est que tout le monde ait la même information et qu'il y ait continuité dans l'information. A tous les étages de l'édifice, le soin à domicile, l'infirmière, les repas chauds, etc., tout le monde doit avoir une même logique donc finalement si on a une baguette magique c'est qu'il y ait un livre de continuité, un cahier, qui se déplace toujours avec la personne, de sorte que quand elle sort de l'hôpital tout soit inscrit dedans et que nous aussi on soit au courant. »

FG2 : « Evidemment l'info sur l'AD est indispensable et cela se fait en étroite collaboration avec l'AS de l'hôpital. »

FG3 : « On définit lors de l'hospitalisation si un retour à domicile est jugé possible ou pas, et si oui alors il faut savoir quelle est la situation. Alors dans ce débat sur le besoin d'aide on l'a déjà dit il y a une dimension culturelle c'est à dire que certaines familles ne veulent pas parce qu'il y a obligation que l'on s'occupe soi-même de la personne, mais pour ceux qui acceptent les aides c'est clair qu'on les définit en interne avec une prescription bien rédigée et c'est généralement l'AS qui se charge de téléphoner aux aides extérieures (soins infirmiers, soins palliatifs) pour mettre en place ces aides. C'est vrai que je ne fais pas de suivi après mais a priori je fais confiance à l'AS pour que les recommandations qui ont été prises en interdisciplinaire soient transmises à la sortie. Mais c'est vrai qu'on a parfois certains retours des patients qui montrent qu'on croit que l'aide octroyée est optimale alors qu'en fait c'est de l'amateurisme total. Cela dépend de la personne sur laquelle on tombe. Mais après de fait je n'ai aucune vision ou regard sur ce qui se passe sauf si le patient revient à la consultation ou en hospitalisation et on apprend que l'aide n'a pas été donnée de façon optimale ou qu'il n'y en a pas eu, ou qu'elle était inadéquate, et c'est à ce moment-là qu'on s'en rend compte. »

FG3 : « En fait ce qui est mis en lumière au niveau global c'est l'absence de systématisation des choses, en médecine comme ailleurs. Tout le monde travaille bien de son côté mais c'est le passage de l'un à l'autre qui est problématique. L'exemple le plus frappant c'est la prescription électronique en provenance des hôpitaux qui est une aberration monumentale. J'ai constaté dans un contact avec la maison médicale proche qu'on ne travaille pas sur les mêmes bases de données de médicaments. Autre exemple : les femmes qui accouchent qui sortent après 24 heures maximum 48 heures. Mais on ne les laisse pas sortir si on n'est pas sûr qu'une AF vient à la maison. Cela devrait être le cas pour la sortie d'une PA de l'hôpital. C'est la

systematisation : il faut un protocole détaillé de tout ce qui doit être fait pour garantir la sortie. Mais le hic c'est qui vérifie que c'est fait ? On ne peut pas donner un ordre de police mais il faut s'assurer que les conditions de la sortie sont remplies, donc faire un suivi. Il y a toute une panoplie de services qui existent mais on n'est pas certain que la personne va y recourir parce que elle ne le veut peut être pas. »

FG3 : « Le remboursement me concerne aussi pour ce suivi médical à domicile. Actuellement il n'y a pas de nomenclature pour faire un pilulier pour un infirmier, c'est à dire que si un infirmier doit passer à domicile pour faire un pilulier il n'y a pas de remboursement pour cela, ce n'est pas normal, donc c'est pour cela que c'est la famille qui le fait avec tous les risques qu'on a dit, donc concrètement on triche, on prescrit des soins pour une toilette qui ne sont pas nécessaire mais qui couvrent la réalisation du pilulier. L'acte de faire ce pilulier relève officiellement du médecin, mais pour les médecins un déplacement à domicile pour faire un pilulier, ce n'est pas réaliste. »

Mais cette mission de coordination des aides et soins à domicile à qui échoit-elle ? Qui en a la responsabilité ?

FG3: « Nous en maison médicale on très soucieux de la prise en charge globale et du suivi. Parfois on se demande où notre rôle s'arrête. Le besoin de coordination qui a été relevé par plusieurs personnes autour de la table, on le ressent très fort , mais on se demande est-ce à nous de le faire, d'interpeller l'hôpital, les familles, parce qu'on est dépassé par la demande ? Est-ce que c'est dans nos missions ? »

FG3 : « En fait ce serait la mission d'un bon service d'AD c'est d'avoir cet esprit de coordination pour alléger le travail des AS à l'hôpital ou en maison médicale, et que l'AD ne se contente pas de prester les missions pour lesquelles ils vont chez le patient mais d'avoir aussi une vision globale. Si quelqu'un ne va pas bien, avoir le réflexe d'appeler le médecin, de vérifier au niveau des médicaments, d'appeler le pharmacien. Donc avoir un protocole de suivi comme dit avant. »

FG3 : « Ce qu'il faut c'est créer la fonction de coordinateur, donc créer un nouveau job. Au moment de la sortie de l'hôpital, on contacte la personne coordinateur et on lui dit voilà la check list de tout ce qui doit être fait comme suivi, vous la mettez en route et vous la supervisez, vous vous arrangez pour que toute la check list passe au vert. Donc mettre tous les intervenants autour de la table, tous, les repas à domicile, les infirmières, une ergothérapeute, etc...et qu'il fasse un feed back à tous ces intervenants pour dire « voilà tout est en ordre le patient est rentré à la maison avec tout ce qui est prévu et qui fonctionne bien et je fais le suivi dans la durée »

Créer un nouveau métier de référent/coordonateur de l'aide et du soin

<p>FG1 : « Il faudrait vraiment créer un organe, soit c'est le service d'AD, soit un service externe qui soit vraiment là pour accompagner les familles, toutes les personnes concernées, professionnels et aidants proches. On met en place l'AD pour la sortie de la PA de l'hôpital et on voit qu'il y a plein de freins liés à la famille parce qu'il n'y a pas eu de coordination. Le temps passe et il n'y a rien qui bouge. La demande vient difficilement des personnes elles-mêmes, parce que c'est pas connu, et il y a aussi des lacunes à l'hôpital, le social c'est pas leur priorité, l'AS certains la voient, d'autres pas. »</p>	
<p>6.LIENS SOCIAUX Fort consensus parmi les professionnels réunis dans les focus group pour constater le grand isolement de nombreuses personnes âgées, qui ne reçoivent pas de visites de proches ou de relations extérieures, à l'exception de celles des professionnels de l'aide. La demande de relation, d'attention est forte, mais « sans sortir du domicile », car certaines PA ne veulent plus aller à l'extérieur pour participer à des activités extérieures ou se rendre dans un centre de jour.</p> <p>FG2 : « Au foyer schaarbeekois, on a plus de 800 PA de plus de 65 ans qui sont locataires dont 1/3 sont isolées, voire très isolées. Pour beaucoup d'entre elles on représente le seul lien avec l'extérieur. L'isolement touche toutes les catégories de la population des locataires même celles qui sont moins précarisées, tous les profils sont concernés par la solitude même ceux pour qui a priori sur papier il y a de la famille. Quand il y a demande, c'est principalement de contact, de relation, il y a des personnes qui recourent à l'aide à domicile juste pour cela, pour parler à quelqu'un, pour avoir de l'attention. »</p> <p>FG2 : « Il y a des demandes de relation mais sans sortir du domicile, comme le cas d'une dame que la Maison Médicale signale en disant qu'elle est très isolée, qu'il faut qu'elle sorte de chez elle, mais elle ne veut pas, elle reconnaît son besoin de relations mais ne veut pas aller à l'extérieur. Cela dépend fort de la personnalité de la PA, de son acceptation de sa fragilité, de son acceptation aussi d'avoir des gens chez elle pour des visites. Il y a des seniors que je connais depuis un an, je vais leur dire bonjour mais je reste toujours sur le pas de la porte, ils ne me laissent pas rentrer. Nous notre rôle c'est de rester attentifs sans devenir les aidants proches des seniors. »</p> <p>FG2 : « Il y a des seniors qu'on va voir à la maison parce que la maison médicale nous l'a conseillé pour peut-être créer quelque chose dans leur quotidien parce qu'ils sont très seuls. Mais ce n'est pas toujours le souhait de la personne non plus parce que c'est sortir de sa zone de confort. »</p> <p>FG2 : « Dans les cours de FLE on a jamais fermé la porte à des personnes de plus de 60 ou 65 ans qui nous disent 'j'ai envie d'apprendre cette langue même si je sais que ce n'est pas pour trouver du travail mais pour me sentir moins seul, avoir le sentiment d'appartenir à un groupe.' »</p>	

FG2 : « Il y a les seniors qui n'ont plus d'aidant proche, plus de famille, avec des problématiques multiples et des besoins qui vont dans toutes les directions. Ils viennent chez nous pour des problèmes techniques et en même temps ils nous demandent si on ne connaît pas quelqu'un qui peut les aider pour autre chose. Des seniors nous téléphonent parce que le robinet coule mais en fait cela dure 15 minutes, 20 minutes, juste pour avoir un contact humain. Je me soucie beaucoup de ceux qui nous appellent parce qu'ils ont trouvé notre flyer quelque part et qu'ils n'ont absolument personne, qui sont tout à fait isolés. Ils ne savent plus marcher donc ils ont besoin d'un ordinateur pour parler avec des amis, nous avons des clients qui utilisent skype toute la journée, mais ceux qui ne l'ont pas, sont dans l'isolement total. Des personnes en mal être au point d'exprimer leur souhaits de mettre un terme à leur vie. Comme je connais des associations qui s'occupent d'aide, alors je leur dis pour une bonne aide-ménagère il y a cela, pour un bon repas chaud pourquoi pas aller là, ou bien dans votre quartier il y a une asbl qui organise des bons repas dans une ambiance conviviale, donc allez-y, sortez, ou dans certains cas je leur conseille de contacter le CPAS pour voir s'il n'y a pas une aide possible. Je donne un lien avec des associations que je connais dont je sais qu'elles peuvent aider, mais parfois cela se passe mal, on me reproche de me mêler de ce qui ne me regarde pas. »

FG2 : « Je vais revenir sur l'importance des contacts extérieurs, parce que la plupart des PA n'en ont pas ou très peu. Les seuls contacts qu'ils ont ce sont les enfants, quand ils viennent, l'infirmière qui vient tous les jours, parfois 2 fois par jour. Je suis frappée de constater que des PA m'interrogent tous les jours sur leur prochain rendez-vous médical, « c'est bientôt hein » ! Pourquoi ? Parce que c'est une sortie, tout simplement. Elles ont besoin de contacts, de rencontrer des personnes extérieures qui se soucient de comment elles vont. »

FG2 : « Quand on va au domicile des PA très isolées on peut découvrir une autre demande, souvent c'est « pourquoi vous ne venez pas me voir plus souvent ? ». La loi oblige à une visite annuelle, mais il y a des personnes si on ne passe pas faire coucou tous les 15 jours, c'est le téléphone à la permanence. Donc là on a besoin d'aller vers toutes les associations qui existent qui pourraient nous suppléer dans ce domaine. »

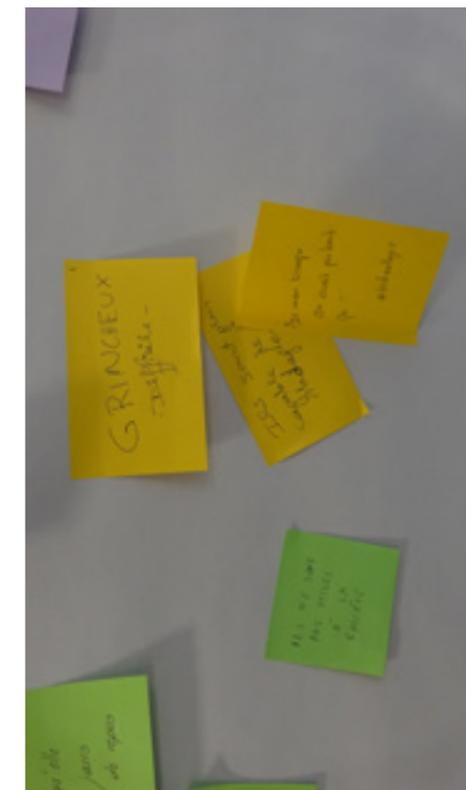
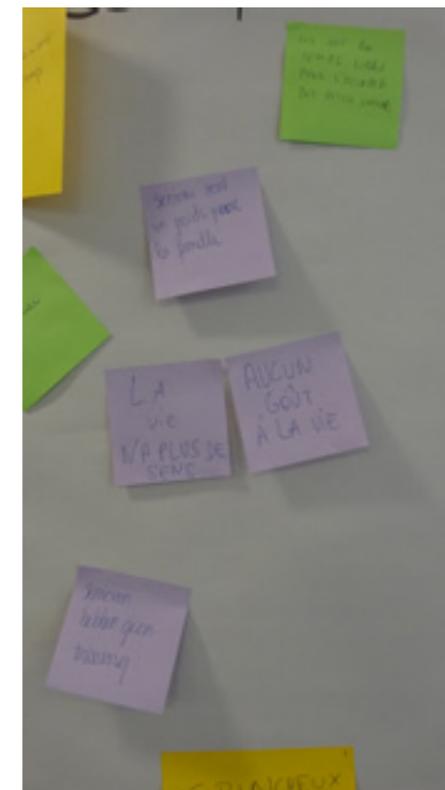
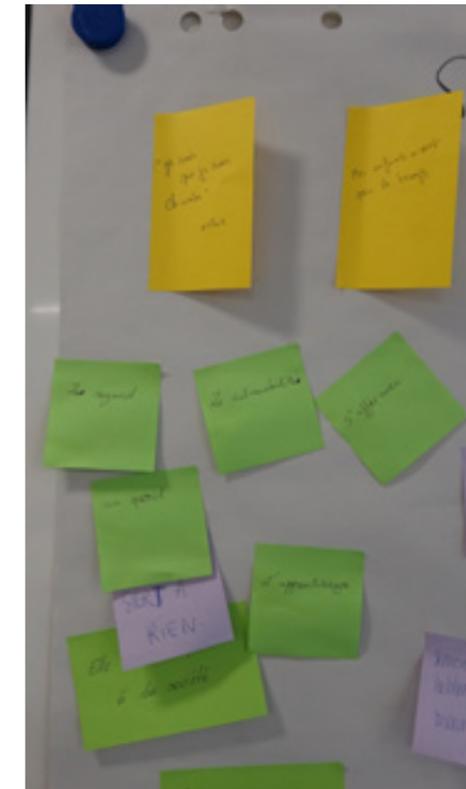
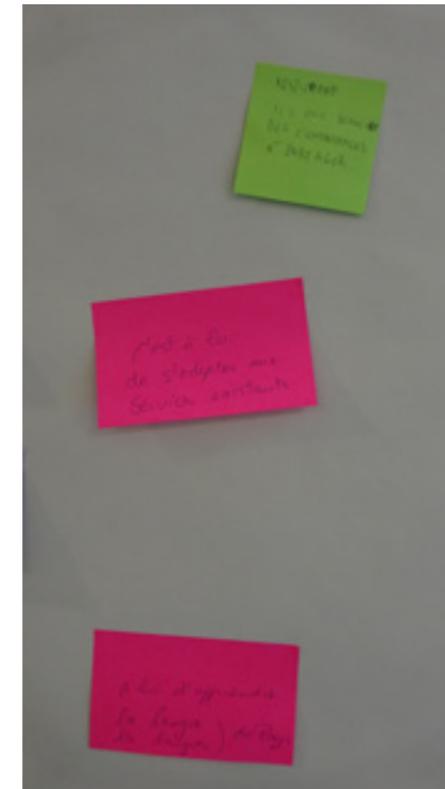
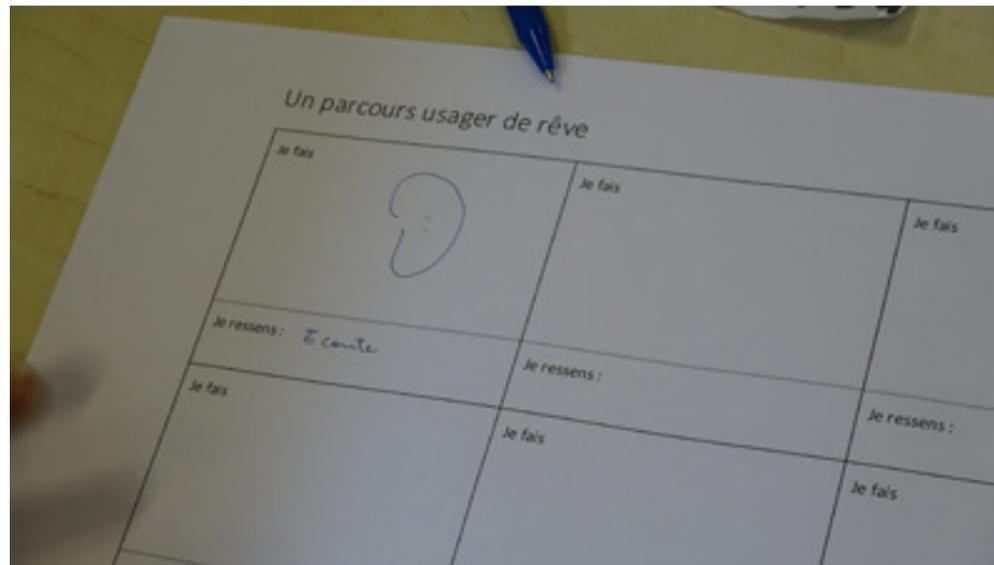
FG2 : « L'idéal c'est gagner beaucoup de millions et créer des bureaux de câlins parce que je vois que les PA en ont besoin, certaines ont encore la chance qu'une infirmière les touche. La stabilité de l'humain est aussi dans le contact physique, il y a des PA qui ne sont plus jamais touchées, or c'est important pour leur bien-être, leur santé mentale. Il y a des gens qui sont dans nos clients et dont je pense 'tiens mais ces deux là seraient de bonnes copines', l'une est à Schaerbeek l'autre à Koekelberg. Donc je me dis que ce serait possible dans nos services de faire ce travail de mise en lien entre nos clients une sorte de bureau des amitiés qu'on pourrait alimenter. »

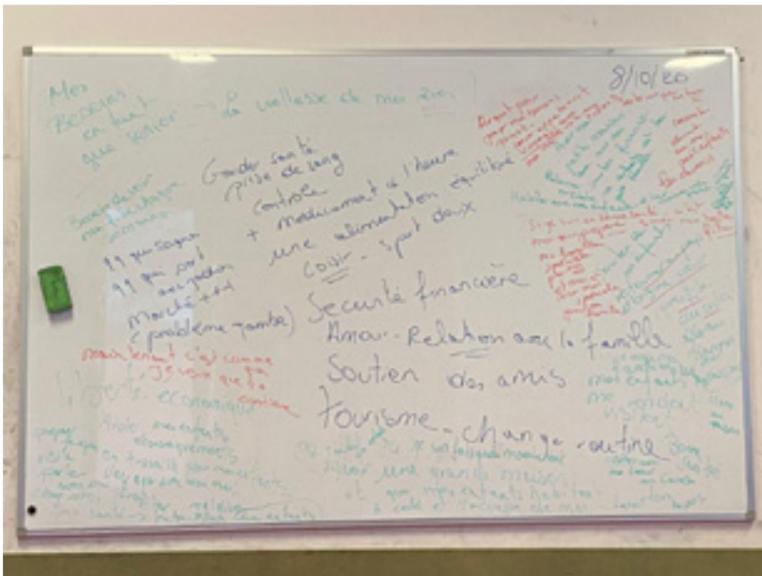
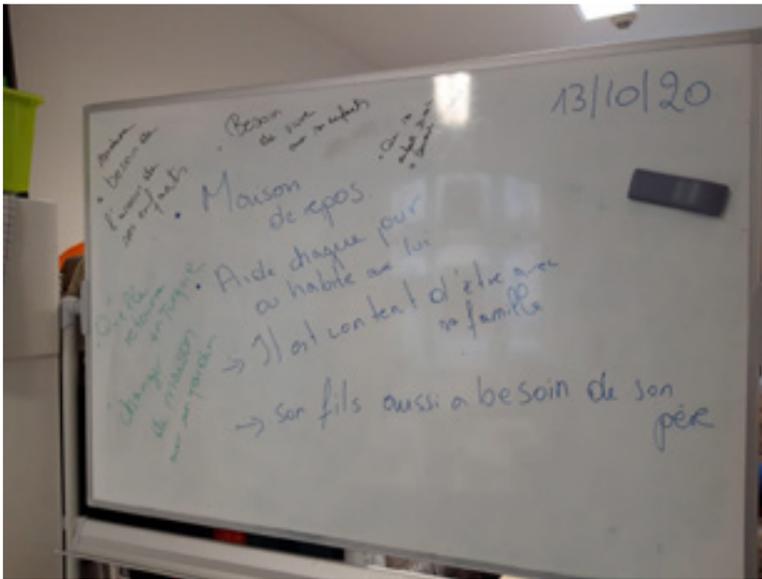
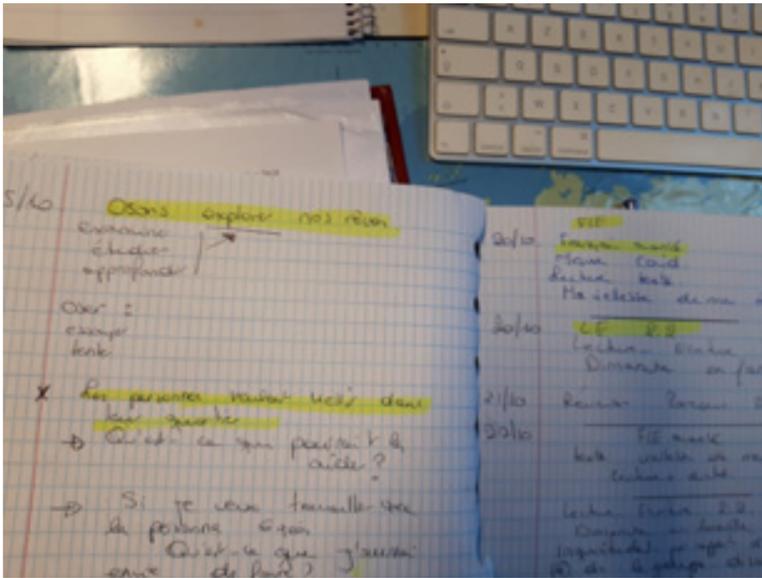
Créer un bureau des câlins et un bureau des amitiés

<p>7. ACTIVITÉS/LOISIRS Valoriser les initiatives solidaires et les lieux de rencontre pour PA</p> <p>FG2 : « Il y a des seniors bien entourés parce qu'une dynamique a pu être créée avec des aidants proches qui passent régulièrement, plus aussi des kinés, etc., plus un réseau de solidarité des seniors. Le projet du Centre de jour c'est de faire en sorte que les PA sortent de chez elles et s'intègrent à un groupe pour la réalisation d'activités collectives. »</p> <p>FG2 : « Des ateliers, des activités type concert, etc, c'est plus difficile. On le voit avec nos groupes d'alpha : les femmes ne viennent pas à ces activités-là, ce n'est pas la meilleure porte d'entrée pour elles. »</p> <p>FG2 : « On sous-estime trop la solidarité qui existe dans les immeubles, les quartiers, parfois on est surpris de voir que c'est dans les immeubles les plus pourris que l'on trouve des personnes qui prennent soin des autres. Alors bien sûr ce ne sont pas des professionnels, ils ne sont pas très bien outillés, mais ce qu'ils font de bric et de broc, ça marche, et parfois bien mieux que ce que nous pouvons faire. »</p> <p>FG2: « Il faut veiller à ce que les PA s'approprient ces lieux-là, donc pas créer des maisons des aînés où les PA sont réunies comme consommateurs d'un produit, donc leur dire vous êtes des acteurs et cette maison vous allez l'investir avec votre savoir, donc des maisons ouvertes aux PA et pourquoi pas décroquer en les ouvrant aussi aux jeunes donc logique intergénérationnelle. »</p>	<p>Création d'un centre de jour où les personnes peuvent être amenées en bus, et sont ramenées chez elles, un centre de jour où ils font des activités, y compris des activités extérieures avec un service de transport pour les stimuler et les soutenir dans leurs recherches de repères culturels.</p>
<p>8.LOGEMENT</p> <p>FG2 : « Je soigne une dame obèse qui n'arrive pas à prendre une douche parce que sa cabine est trop petite et elle n'y entre pas, donc elle n'a plus jamais les bienfaits d'une douche que je suis sensée lui apporter mais que je ne peux matériellement pas faire. »</p> <p>FG2 : « Je vois des grands espaces, je vois les habitations protégées, cela me parle, c'est une construction adaptée aux PA avec un jardin central, un peu comme des centres de vacances mais pour le quotidien des PA, en veillant à ce que ce type de logement ne soit pas réservé aux PA. A Vilvorde, il y a un grand terrain comme ça, on devait y faire un centre commercial mais cela a été annulé parce que cela faisait concurrence à dockx, pourquoi ne pas y faire un centre de logements comme cela, avec un grand jardin central et tous les services qui pourraient s'y dérouler, ce qui arrangerait bien les professionnels aussi qui ont un gros problème de mobilité pour les visites à domicile. Les gens resteraient à leur domicile adapté et ils auraient la garantie de tous les services appropriés dont ont besoin. »</p>	<p>Centre de logements intergénérationnel, avec un grand jardin central et tous les services aux PA appropriés dont ils ont besoin</p>

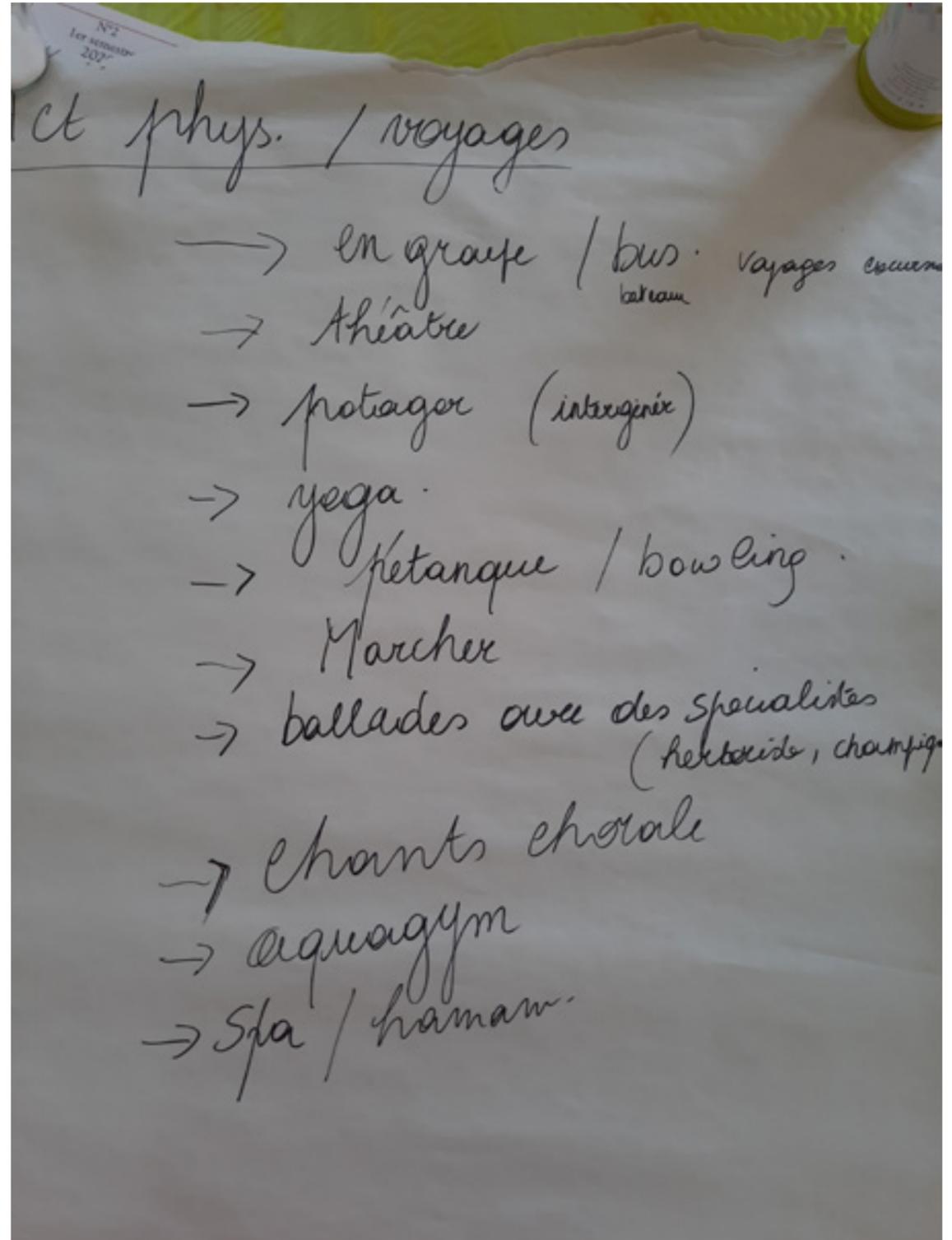
Annexe 3.

- Annexe 3.1 : Supports de co-création des ateliers avec les professionnels





• Annexe 3.3 : Supports de co-création des ateliers à Métiss'âges



gnt à l'étape difficile, cuisiner difficile à cause
des creuxes → Surfaits aliment. mats.
idée, pas d'échg avec les jeunes

Voyager, découvrir des choses (avec des p. de ma
échange.

aider les gens

Voyage

occupe de qq chose on aime.

↳ Santé morale physique

↳ Se sentir utile

Dialogue intergénérationnel : connaître & l'ho
de ses parents
par exemple.

diaison
par vaies

entraide
intergénérationnel

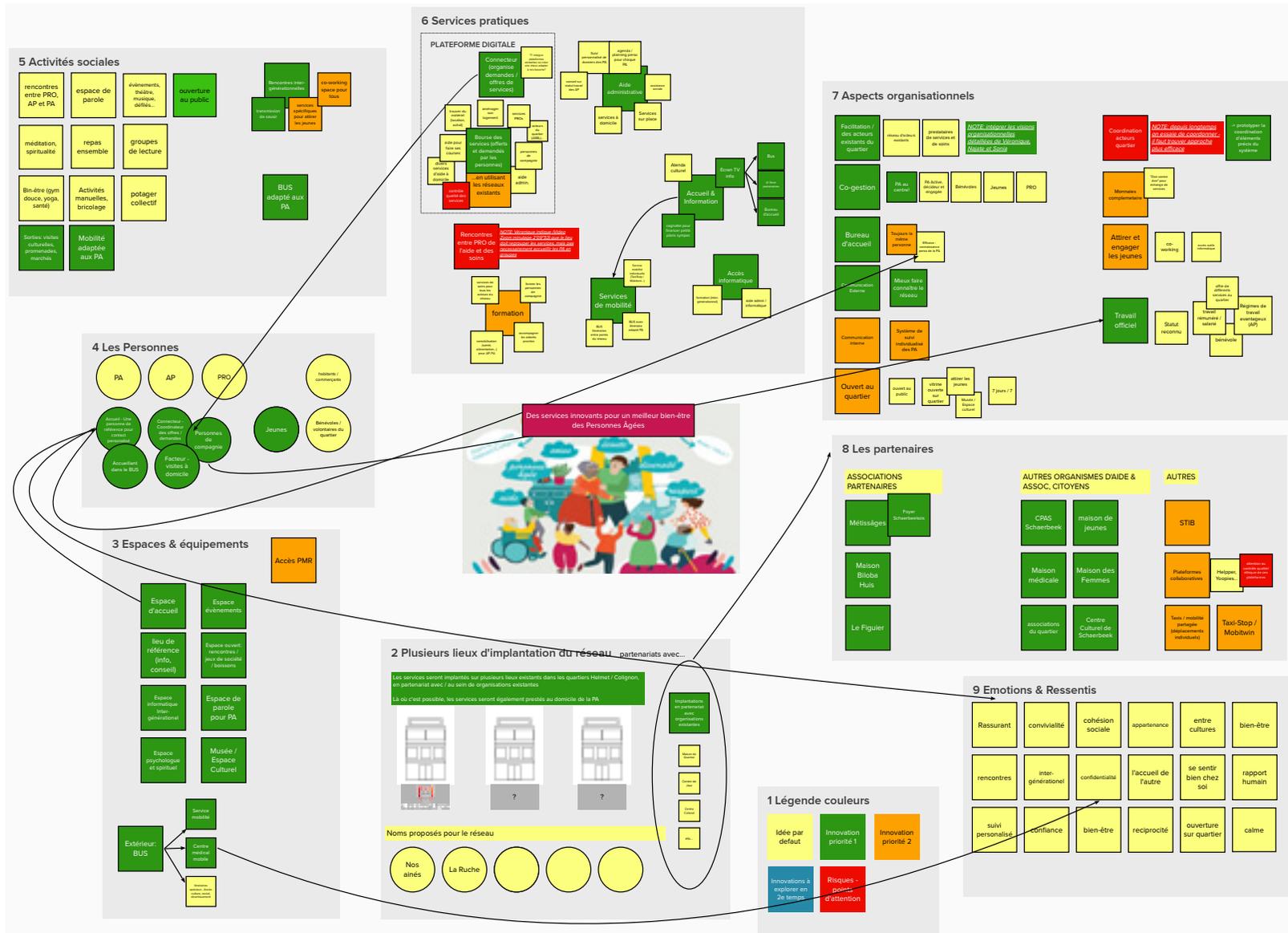


- ↳ m. rythme
- ↳ mentalité
- ↳ alimentaire

Annexe 4. Scénarios de prototype

Annexe 4.1. Visualisation des différents scénarios pour le prototype au CP 19/11/20 :

<https://app.mural.co/t/esastlucmasterdesigninnovati4006/m/esastlucmasterdesigninnovati4006/1605277643734/16fad71e0990440d1f4b6c5bd80583f8c616e39c>



Annexe 4.2.

Proposition de scénario : format libre (page 2 du doc proposé)

1.

Nom : Véronique

Axe 2 : que faire ? que créer ? 2.4 (aides); 2.5 (soins); 2.6 (liens sociaux); 2.7(activités loisirs)

Titre&Brève description du scénario proposé :

RESEAU D'ENTRAIDE, DE SOLIDARITE, D'INFORMATION, DE RENCONTRE ET DE LOISIRS DES QUARTIERS HELMET ET COLIGNON

Création, organisation et animation d'un RESEAU D'ENTRAIDE, DE SOLIDARITE, D'INFORMATION, DE RENCONTRE ET DE LOISIRS des Personnes âgées (PA), Aidants-Proches (AP), bénévoles, professionnels de l'aide et du soin à l'échelle des deux quartiers Helmet et Colignon en s'appuyant sur toutes les ressources disponibles (associations, maisons médicales, commerces de proximité, pharmacien, services aide à domicile, maison de quartier, etc.) existantes.

2.

LOGIQUE D'ACTION : mise en lien dans une logique de constellation et de cercles :

- ✦ dans un premier cercle, les points nodaux sont les associations partenaires du projet ADZHIS : Métissâges, Maison Biloba Huis, Le Figuier ;
- ✦ dans un deuxième cercle les points nodaux sont les organismes d'aide et de soin partenaires du projet ADZHIS : Maison médicale santé et bien-être, Dept PA du CPAS Schaerbeek.
- ✦ dans un troisième cercle, central, au coeur de la constellation, il y a un lieu qui accueille le service chargé de l'animation et du fonctionnement du RESEAU D'ENTRAIDE, DE SOLIDARITE, D'INFORMATION, DE RENCONTRE ET DE LOISIRS par l'hébergement d'une série d'outils (plate-formes) et la mise à disposition de locaux et d'activités pour les PA, AP et professionnels de l'aide et des soins.

Que fait chaque point nodal du premier cercle ?

- ✦ Création d'un réseau de « sentinelles du quartier » avec PA, AP, commerçants, habitants du quartier, etc. càd réseau d'attention et de veille en matière de prévention, autour de la PA, isolée ou pas. But de ce réseau : faire du porte-à-porte pour faire connaissance, créer la confiance et faire fonctionner le bouche-à-oreille pour établir une liste des PA résidant dans le quartier et prendre régulièrement de leurs nouvelles via une ligne téléphonique gérée par une centrale (cf ci-dessous) ;
- ✦ Identification de personnes désireuses de travailler comme « personnes de compagnie » ;
- ✦ Création de la fonction de Facteur des PA qui prend note des demandes, attentes, besoins des PA et les met en lien avec offre de services/ bénévoles rassemblée dans plate-forme (cf ci-dessous) ;
- ✦ Création de boîtes aux lettres à propositions/demandes de compagnie, de rencontre des PA et des AP dans les rues du quartier, relevé régulier par facteur des PA pour alimenter l'offre de services rassemblée dans la plate-forme (cf ci-dessous) ;
- ✦ Création d'un bureau des câlins/bureau des amitiés ;
- ✦ Création de fonds d'aide, cagnotte, « tontine » ;
- ✦ Création d'un « café de repos », lieu de rencontre et de loisirs pour PA du quartier ;

- Lieux d'écoute, espace de paroles ;
- Co-cuisiner dans des espaces communs de rencontre ex. repas collectifs pas chers sur les marchés ;

Comment ?

Animation/coordination par travailleurs rémunérés des associations

Petits boulots rémunérés pour PA valides

Reconnaissance de l'aide bénévole comme job étudiant

Bénévolat : logique de don/contre-don sous forme de troc

Que fait chaque point nodal du deuxième cercle ?

- Travail d'accompagnement individualisé d'une PA et de sa famille, s'apparentant à un processus de sensibilisation, d'acceptation de la situation et de soutien psychosocial du bénéficiaire ;
- Participation à des rencontres d'information et d'échanges avec PA, AP, bénévoles (cf ci-dessous) ;
- Aide administrative pour PA/AP ;
- Aide à la conception et participation à des actions de sensibilisation/formation des professionnels de l'aide et du soin (cf ci-dessous) ;
- Contribution à la création d'une plate-forme associative qui rassemble toutes les personnes qui passent au domicile d'une PA : médecin, infirmière, aide-ménagère, aide-familiale, kiné, etc. (cf ci-dessous) ;
- Soutien et sensibilisation/formation des aidants proches ;

Comment ?

Dans le cadre des activités des travailleurs rémunérés des organisations (travailleurs sociaux, médecins généralistes, autres professionnels)

Que fait le lieu/service central ?

- Information /mise en relation PA, AP, professionnels aide et soin

- Espace de rencontre pour mettre en relation PA, AP, bénévoles et professionnels de l'aide et du soin, informer sur les services existants (qui ?, quoi ?, comment ?, combien ?) ;

- Sensibilisation/formation des professionnels de l'aide et du soin

- Sensibiliser, voire former, dans le cadre de formation à l'interculturalité, les personnes (bénévoles, professionnels) qui rendent visite au domicile de l'importance du respect et de la considération des valeurs et traditions des PA/AP ;
- Sensibiliser les aides-familiales à une cuisine saine, de qualité, et respectueuse des goûts des PA ;
- Sensibiliser les services d'AD et de soins au respect de la mixité de l'offre de soins à domicile (kinés, infirmières, autres) ;

- Faciliter le travail en réseau des professionnels de l'aide et du soin à l'échelle du quartier

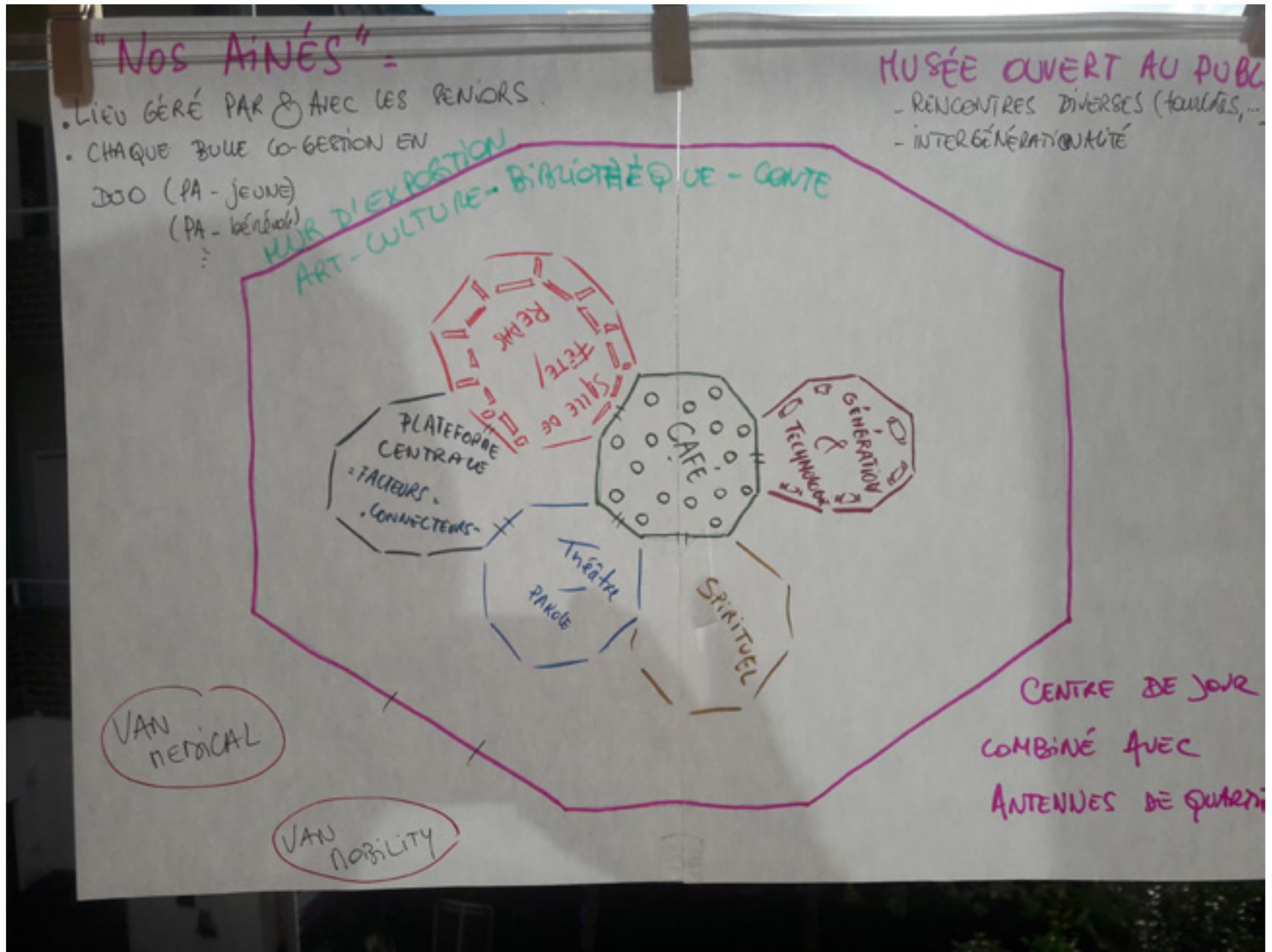
- Création d'une plate-forme associative, qui rassemble toutes les personnes qui passent au domicile d'une PA : médecin, infirmière, aide-ménagère, aide-familiale, kiné, etc. ;
- Création d'une plate-forme internet qui organise et gère l'offre et la demande d'entraide pour repas à domicile (Plate-forme Bon appétit !), courses, promenades, excursions, soin à animal de compagnie, bricolage/réparations, transport, esthétique, coiffure, manucure/pédicure, etc. ;

- Mise en place d'un système de transport et d'accompagnement pour les déplacements des PA vers les services de 1^{ère} ligne (soins, administratifs, mutuelles, etc.) ;
- Mise à disposition d'un espace convivial aisément accessible et adapté à la mobilité des PA pour organisation d'activités de rencontres et loisirs pour PA ;

Comment ?

- Création d'un nouveau métier de référent/coordonateur de tous les intervenants de l'aide et du soin professionnels et bénévoles ;
- Aménagement et équipement ad hoc ;

Annexe 4.3.

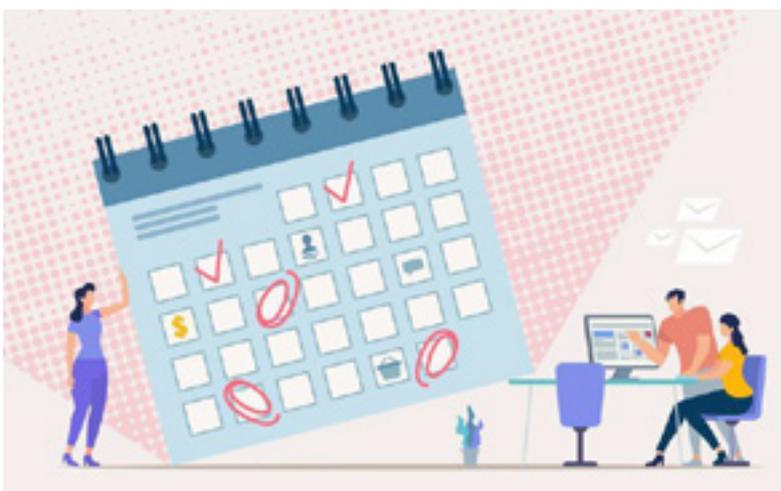
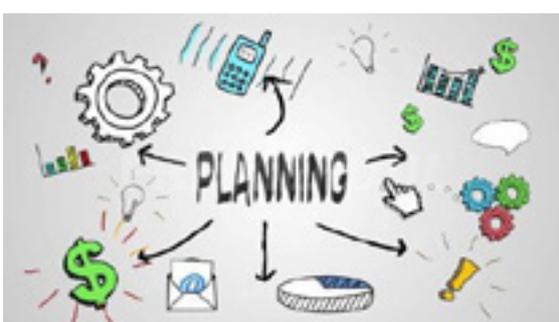


Projet ADHZIS : prototype d'aide

Je vois un endroit, un espace de parole, de rencontre entre professionnels, aidant-proches et personnes âgées.



Pour établir de la **confiance** et ainsi pouvoir **construire ensemble un planning** pour les différents rendez-vous (médecin, infirmière à domicile, femme de ménage, activité, ...)

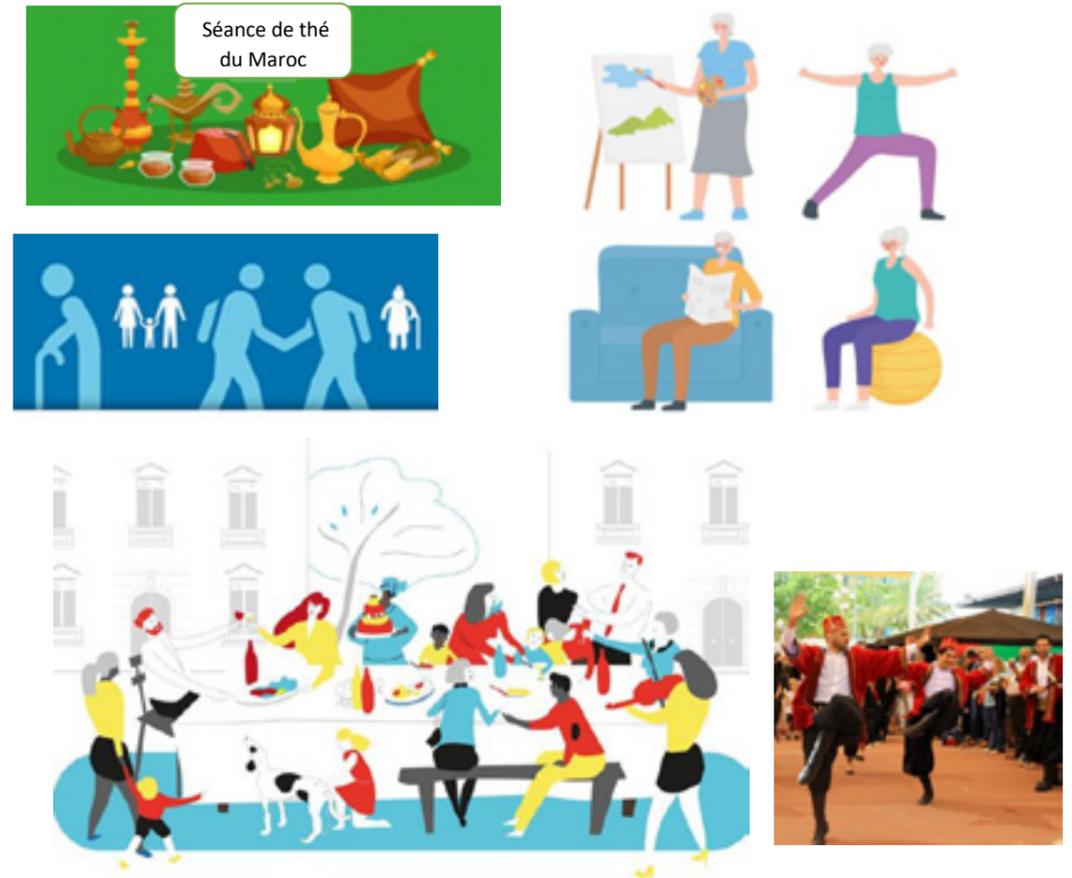


On y financerait également de petits plans sympas.

Pour coordonner ce planning, il y aura une personne d'accueil qui écoutera les demandes, recevra les mails ou les coups de fil. Cette personne contactera les personnes disponibles bénévoles pour certains, sous contrat pour d'autres comme la **dame de compagnie**.



C'est aussi un endroit convivial où chacun peut parler mais aussi se détendre, participer à une activité, faire un repas traditionnel ou non.

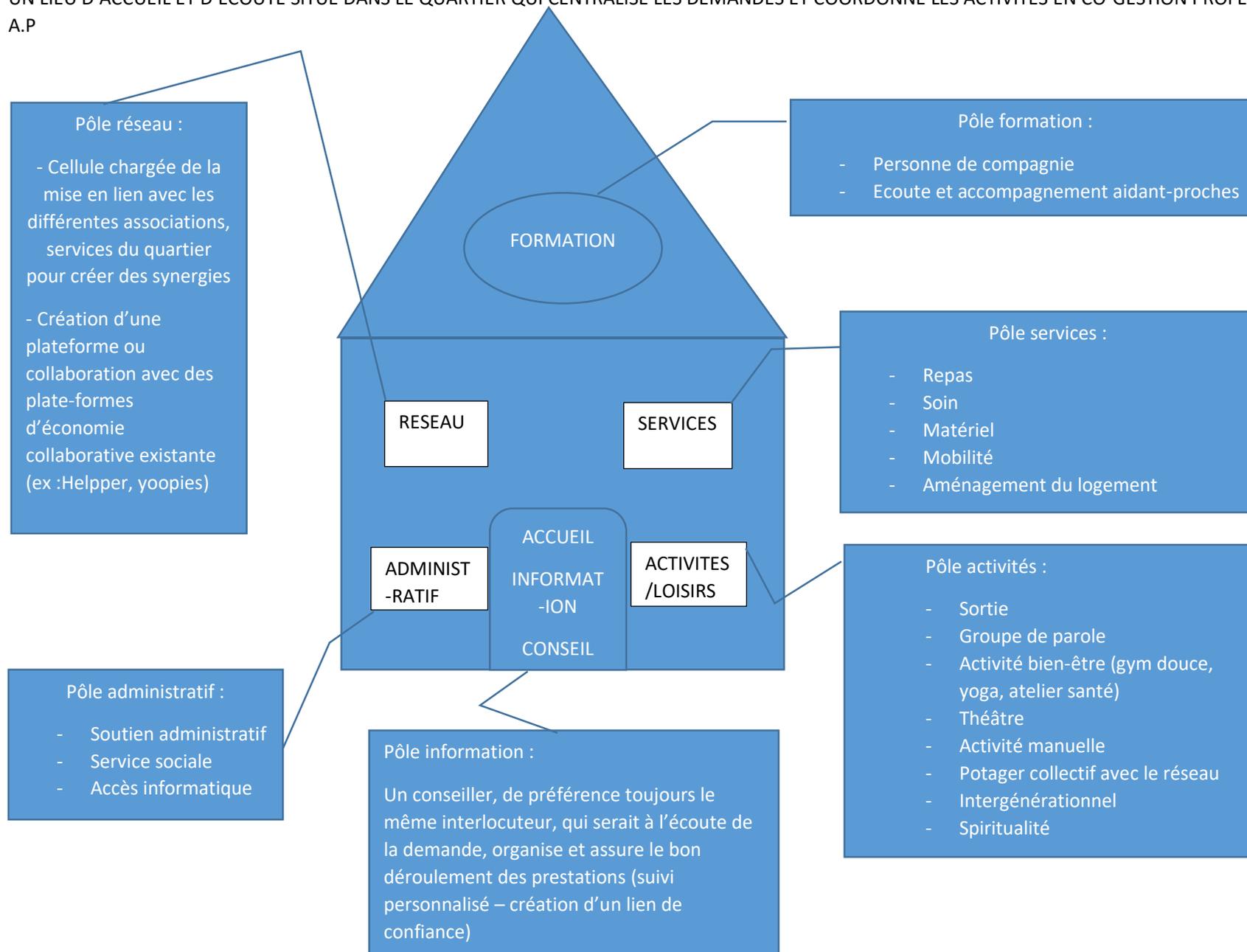


Et pour se déplacer, se rendre à un rendez-vous, il y aura un service de taxi ou de bus spécifique avec un tarif adapté.



Annexe 4.5.

UN LIEU D'ACCUEIL ET D'ECOUTE SITUE DANS LE QUARTIER QUI CENTRALISE LES DEMANDES ET COORDONNE LES ACTIVITES EN CO-GESTION PROFESSIONNELS, SENIORS ET A.P





Sur base des axes identifiés à l'issue des ateliers PRO et PA, les membres du CP ADZHIS pourront proposer un scénario d'usage qui répond aux problématiques identifiées. Ces scénarios seront présentés lors du CP, puis enrichies par ses autres membres du CP, avant d'être présentées aux publics cibles PA et PRO.

(1) Travail préparatoire avant le CP du 19/11

- Décrire votre scénario soit de manière libre, soit en utilisant l'un des 2 modèles proposés: format libre (page 2) ou suivant un parcours usager (page 3).
- Les modèles ci-après peuvent être imprimés ou remplis à l'ordinateur. Les dessins peuvent être envoyés via email séparément.
- Indiquer un ou plusieurs axes auxquels votre proposition de scénario d'usage répond.
- Partie 1 du canevas
 - Identifier les axes abordés
 - Titre & Brève description du scénario proposé
 - Indiquez votre nom
- Partie 2 du canevas
 - Décrire le parcours usager proposé soit en format libre, soit dans un parcours usager en max. 10 étapes
 - Identifiez quelles émotions seraient ressenties par votre scénario proposé: Positives (joie, confort, rassurance...), mais aussi peut-être négatives (inquiétude, inconfort etc.)
 - Identifiez à quels problématiques (points de douleur) de la situation actuelle votre scénario répond.
- Les canevas remplis seront photographiés / scannés et renvoyés à ADZHIS avant le CP.

(2) Travail pendant le Comité de Pilotage du 19 /11

- Chaque participant présentera leur scénario en 5 min + 5 min questions/réponses de clarification.
- Pour chaque scénario, les auditeurs rempliront une fiche de commentaires (imprimer ou remplir à l'ordinateur le modèle p. 4). Attention de bien indiquer le titre, nom de l'intervenant et son nom afin d'un échange éventuel par la suite.
- A la fin de toutes les présentations, il y aura un tour de table lors duquel chacun pourra voter pour ses 3 scénarios préférés, en y proposant des améliorations.
- Puis les différents scénarios seront priorisés en termes en intelligence collective au sein du groupe, pour déterminer les scénarios qui seront améliorés pour devenir des prototypes à tester en phase 2 du projet ADZHIS.

(3) Après le CP

- Après le CP, 3 scénarios choisis seront présentés aux publics cibles d'utilisateurs PRO et PA.

1

Parmi les axes identifiés en synthèse des ateliers, décrivez brièvement celui ou ceux que vous proposez d'aborder:

Axe(s):

Nom:

Titre & Brève description du scénario proposé:

2

Scénario proposé:
Emotions ressenties

Problématiques / points
de douleur actuels
auxquels on répond

1 Parmi les axes identifiés en synthèse des ateliers, décrivez brièvement celui ou ceux que vous proposez d'aborder:
Axe(s): Nom:

Titre & Brève description du scénario proposé:

	1	2	3	4	5
Parcours usager proposé par étape					
Scénario proposé: Emotions ressenties					
Problématiques / points de douleur actuels auxquels on répond					

	6	7	8	9	10
Etapes du parcours usager proposé					
Scénario proposé: Emotions ressenties					
Problématiques / points de douleur actuels auxquels on répond					



Titre du scénario proposé:

Nom de la personne proposée:

Votre Nom:

Points positifs

Étape parcours usager concernée (le cas échéant)

Points d'amélioration

Étape parcours usager concernée (le cas échéant)

Delta – ce que je propose pour améliorer le scénario

Étape parcours usager concernée (le cas échéant)



Projet : ADZHIS

Aide à Domicile Zorg aan Huis Inclusi(ef)ve à Schaerbeek

ADZHIS

Aide à Domicile Zorg aan Huis Inclusi(ef)ve à Schaerbeek

Proposition de Scénario





Projet : ADZHIS

Aide à Domicile Zorg aan Huis Inclusi(ef)ve à Schaerbeek



Au centre, une diversité de personnes:

Diversité culturelle	Diversité Générationnelle	Diversité de Genre	Diversité de santé	Diversité Sociale
<ul style="list-style-type: none">• Marocains• Turcs• ...	<ul style="list-style-type: none">• Jeunes• Moins jeunes• Personnes âgées		<ul style="list-style-type: none">• Valide & active• Moins valide & active• Pas active (valide ou non-valide)	<ul style="list-style-type: none">• Professionnels• Bénévoles• Aidants-proches• Personnes ressources dans le quartier etc.



Projet : ADZHIS

Aide à Domicile Zorg aan Huis Inclusi(ef)ve à Schaerbeek

Six piliers pour prototyper et co-construire des services innovants pour le bien-être des personnes âgées

1. Un Espace

2. Des connecteurs

3. Une plateforme digitale

4. Une communication

5. La formation

6. La mobilité

Bulle / Labo

Pour chaque pilier, une ou plusieurs **Bulles / Labos** sont des équipes de co-création composées de personnes âgées (PA), aidants proches (AP), et professionnels / bénévoles (PRO), qui auront pour mission de piloter des innovations sur différents éléments composant le système.



Projet : ADZHIS

Aide à Domicile **Z**org aan **H**uis Inclusi(ef)ve à **S**chaerbeek

1. Un Espace



Activités & Loisirs

Nourriture

Rencontres

exister

décider

s'impliquer

s'entraider

Bulle / Labo 1

2. Des Connecteurs

Bulle / Labo 2

Une équipe constituée de...

Facteurs

Personnes
Ressources

Agents de
Convivialité

Bénévoles

Personnes
âgées

Aidants
proches

... implantés dans chaque rue ou sous-quartier par le biais d'une personne référente, les connecteurs afin de:

Organiser des visites à
domicile

Prendre des nouvelles
régulières des PA

Organiser des rencontres par
sous-quartier

⇒ Confiance entre les personnes, services formels et informels

⇒ Renforcement et familiarisation du réseau informel

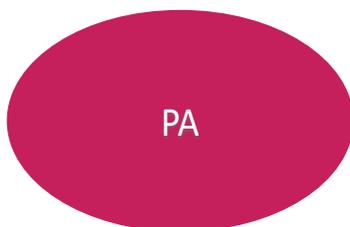


Projet : ADZHIS

Aide à Domicile Zorg aan Huis Inclusi(ef)ve à Schaerbeek

3. Une plateforme digitale

Projet de plateforme digitale à co-construire sur ≥ 1 an, impliquant:



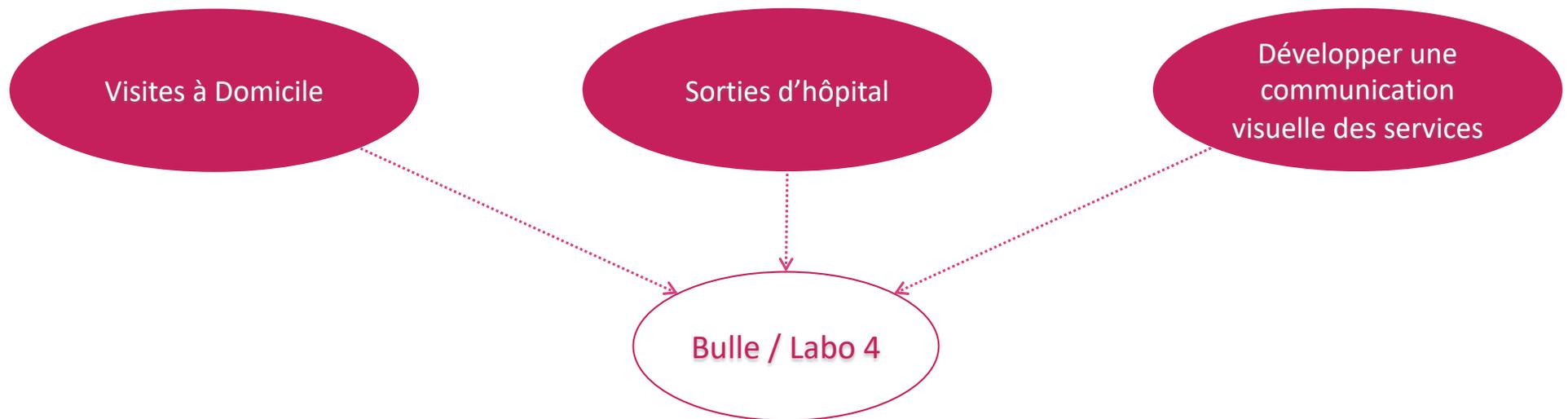
Parmi les partenariats à explorer, entre autres:



Mais le temps que la plateforme se développe, il faudra réfléchir à un service embryonnaire que l'on peut expérimenter avant : central d'appel ?



4. Communication entre professionnels et non-professionnels





Projet : ADZHIS

Aide à Domicile Zorg aan Huis Inclusi(ef)ve à Schaerbeek

5. Formation

Bulle / Labo 5



⇒ 1^e phase: former les connecteurs

*cultuursensitieve Zorgambassadeurs

6. Mobilité

Bulle / Labo 6



Service de Bus adapté aux PA

- Service de mobilité accessible
- Centre médical mobile
- Service d'accès à la culture
- Service d'accompagnement*

Parmi les partenariats à explorer, entre autres:



**Investiguer territoire zéro chômeurs (voir si possibilité que personnes en chômage puissent être des accompagnateurs dans le bus/conducteur du Bus*

DANS LE QUARTIER HELMET

AVEC NOUS

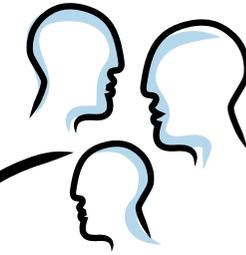
Culture et Arts du Bien-Être
des personnes âgées

Écoute 

Soins 

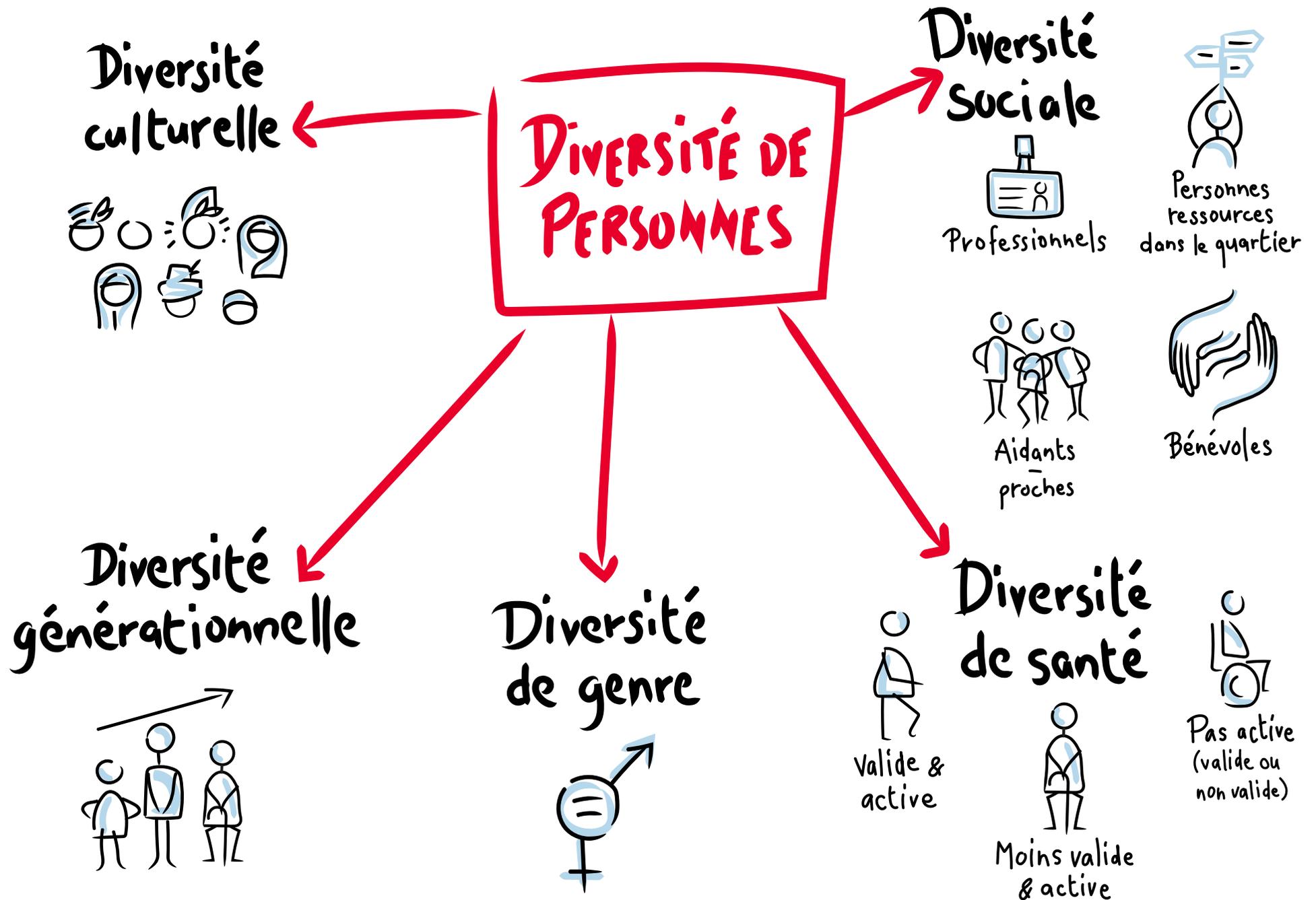
Aide 



Diversité 

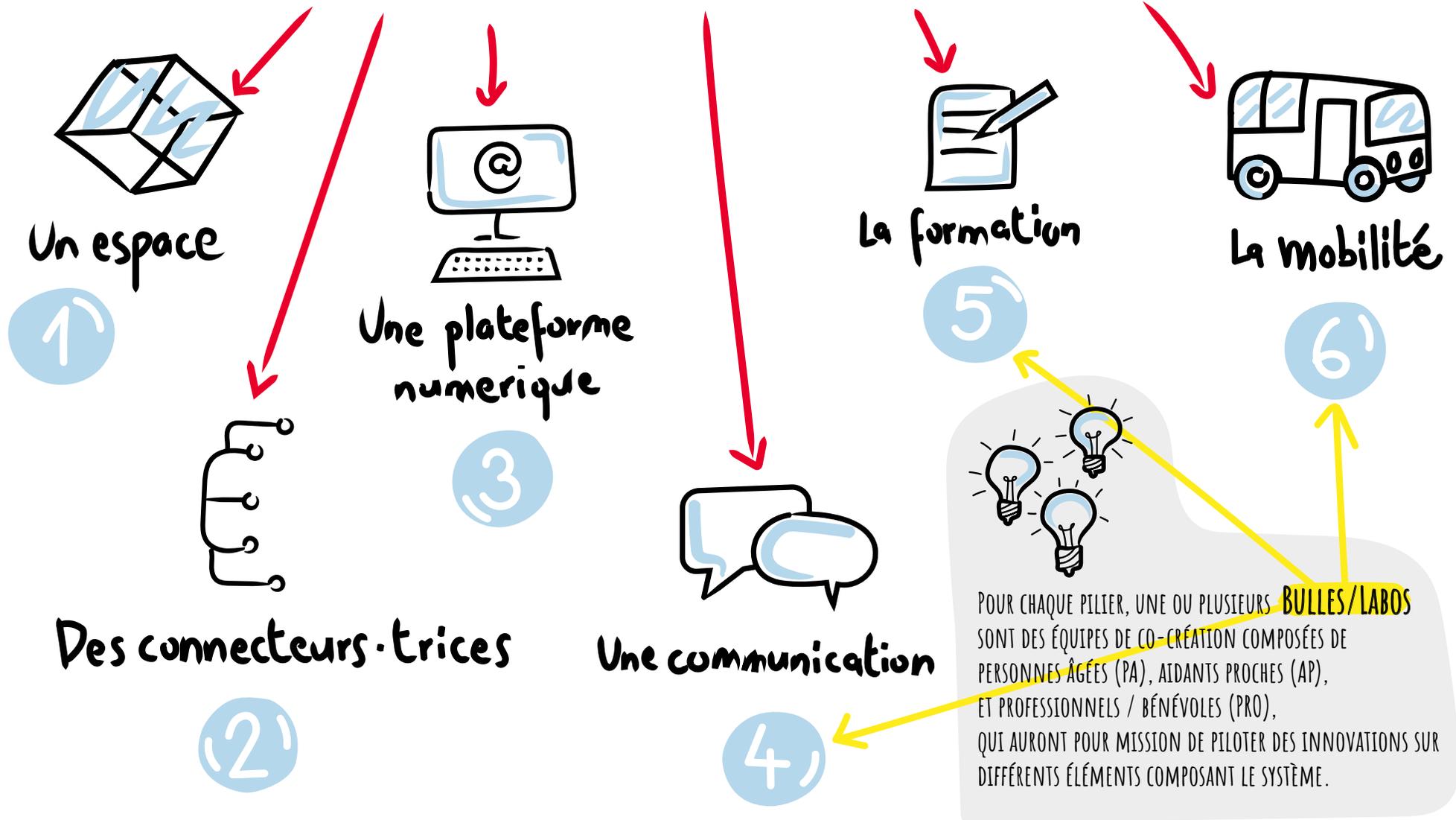
Personnes âgées 

Respect 

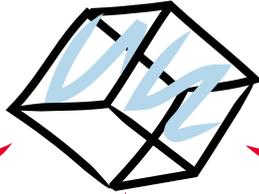


SIX PILLIERS POUR **PROTOTYPER ET CO-CONSTRUIRE**

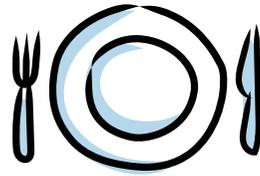
DES SERVICES INNOVANTS POUR LE BIEN-ÊTRE DES PERSONNES ÂGÉES



1. UN ESPACE



Activités &
loisirs



Nourriture



Rencontre

EXISTER

DECIDER

S'IMPLIQUER

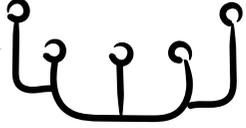
S'ENTRAIDER

BULLE/LABO



2. DES CONNECTEURS-TRICES

BULLE/LABO (2)

Une équipe constituée de: ← 



Facteurs



Personnes
ressources



Agents de
convivialité



Bénévoles



Personnes
âgées



Aidants
proches

... IMPLANTÉS DANS CHAQUE RUE OU SOUS-QUARTIER PAR LE BIAIS D'UNE PERSONNE RÉFÉRENTE,
LES CONNECTEURS AFIN DE:

ORGANISER DES VISITES
À DOMICILE

PRENDRE DES NOUVELLES
RÉGULIÈRES DES PA

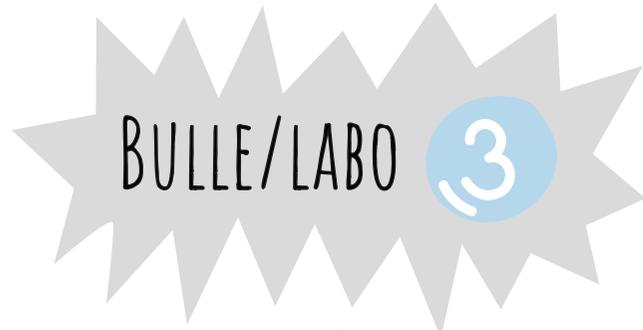
ORGANISER DES RENCONTRES
PAR SOUS-QUARTIER



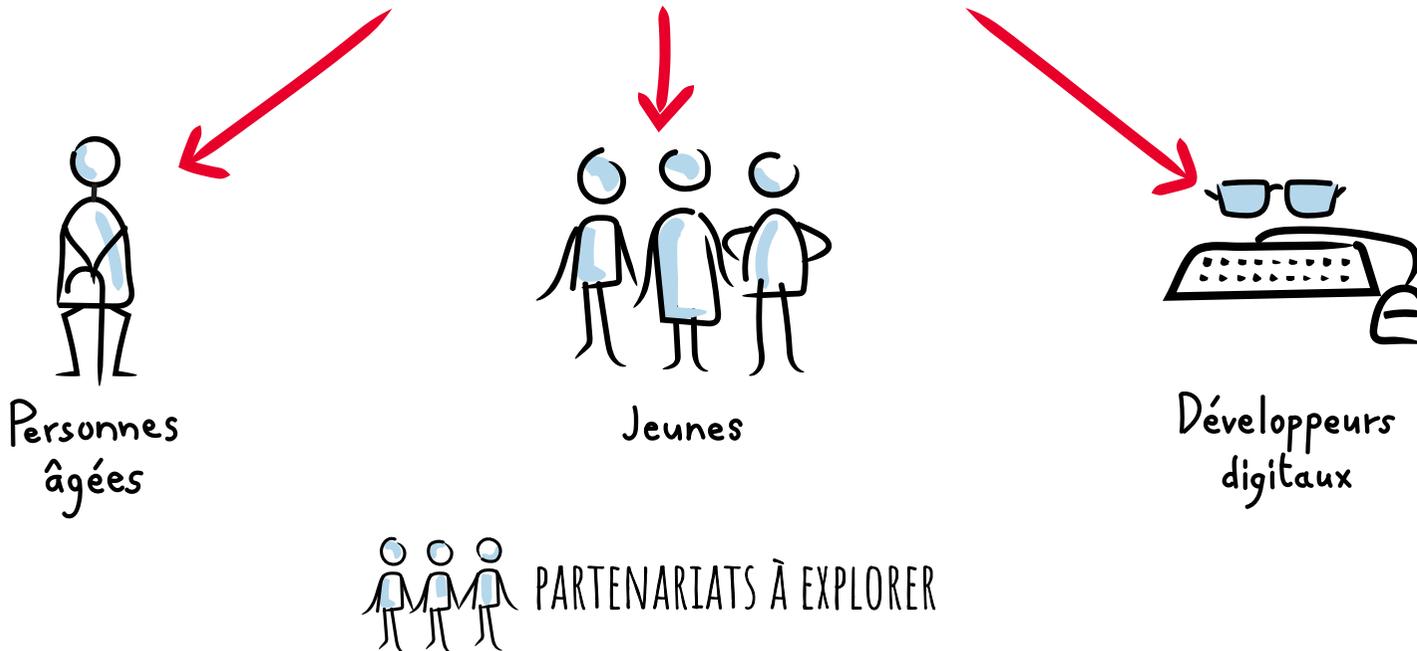
CONFIANCE ENTRE LES PERSONNES, SERVICES FORMELS ET INFORMELS

RENFORCEMENT ET FAMILIARISATION DU RÉSEAU INFORMEL

3. UNE PLATEFORME DIGITALE

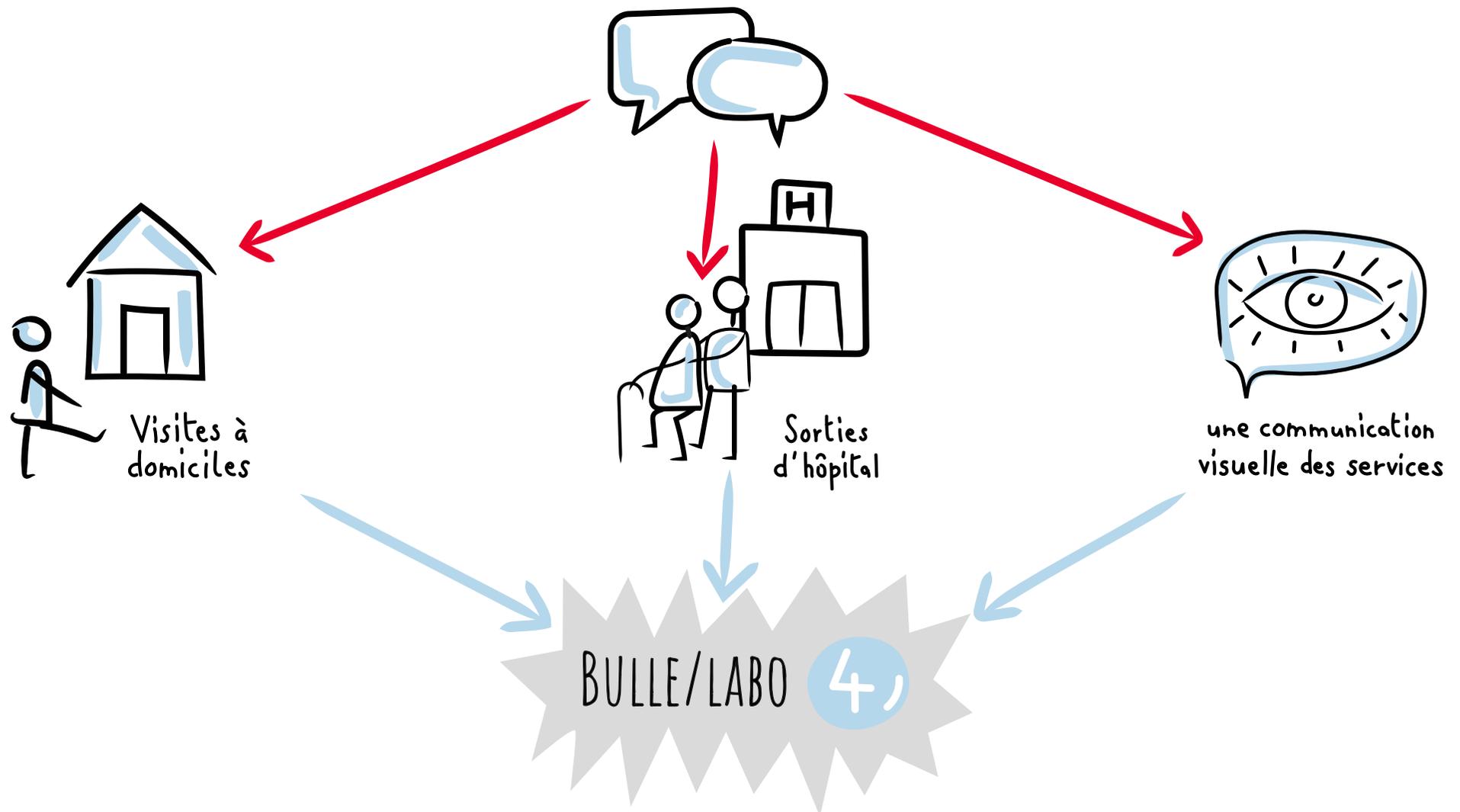


PROJET DE PLATEFORME DIGITALE À CO-CONSTRUIRE SUR ≥ 1 AN, IMPLIQUANT:

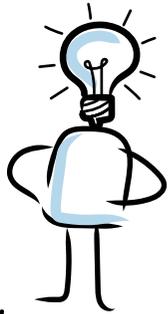


MAIS LE TEMPS QUE LA PLATEFORME SE DÉVELOPPE, IL FAUDRA RÉFLÉCHIR À UN SERVICE EMBRYONNAIRE QUE L'ON PEUT EXPÉRIMENTER AVANT : CENTRAL D'APPEL ?

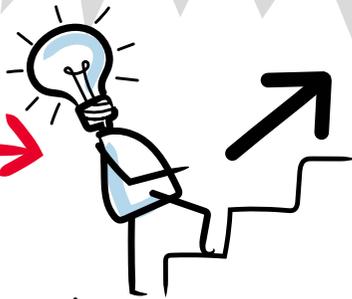
4. COLLABORATION ENTRE PROFESSIONNELS ET NON-PROFESSIONNELS



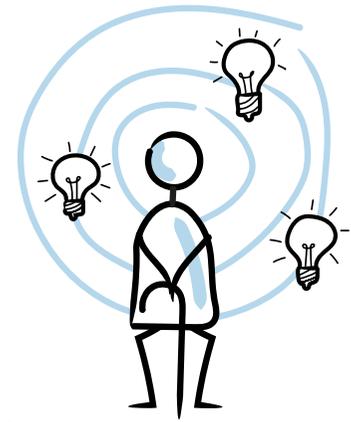
5. FORMATION



Formations axées sur les attitudes «savoir-être»



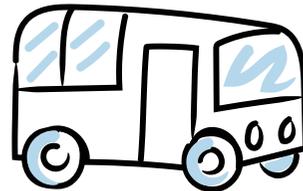
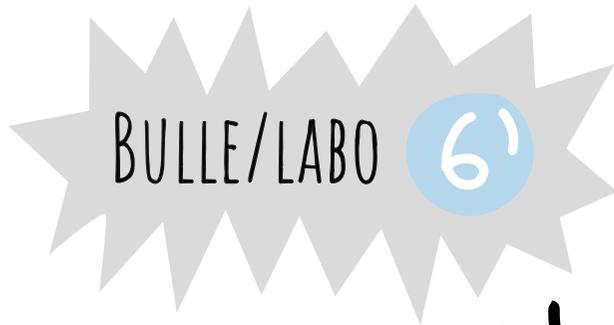
Valorisations des compétences des personnes formées



Développer un réseau de personnes fiables et compétences autour des personnes âgées

1^È PHASE: FORMER LES CONNECTEURS

6. MOBILITÉ



Service de bus adapté aux personnes âgées



Service de mobilité accessible



Centre médical mobile



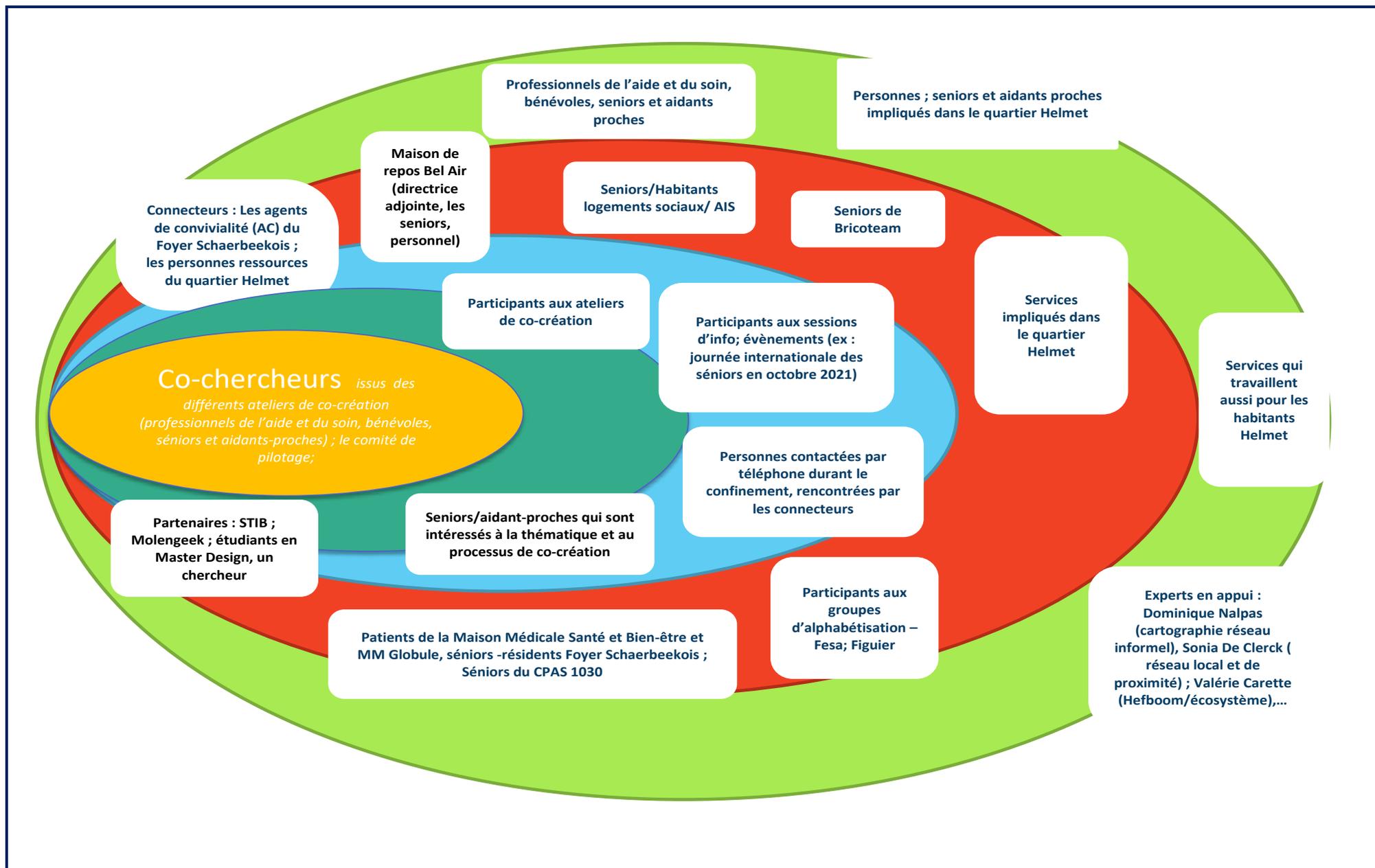
Service d'accès à la culture



Service d'accompagnement



PARTENARIATS À EXPLORER





Diagnostic Territorial des quartiers Colignon et Helmet

Projet Co-Create ADZHIS
Aide à domicile Zorg aan Huis Inclusi(e)f(ve) Schaerbeek



Table des matières

INTRODUCTION	4
PARTIE I: DESCRIPTION SOMMAIRE DES QUARTIERS HELMET ET COLIGNON	6
Secteurs statistiques.....	8
Affectation du sol	8
La densité.....	9
Présence d'espace public et d'espaces verts.....	9
La mobilité à Helmet et à Colignon.....	10
Image 10 : Age-friendly cities – Organisation mondiale de la santé	11
.....	11
Logement sociaux.....	11
Logements du Foyer Schaerbeekois.....	12
Habitats des Agences Immobilières sociaux (données à compléter).....	15
Les commerçants locaux (données à compléter)	16
PARTIE 2 : ANALYSE DE LA DEMOGRAPHIE	16
La Population	17
Nombre et répartition selon le sexe	17
Structure par groupe d'âges.....	19
Coefficient de vieillissement	21
Coefficient de vieillissement des actifs potentiels	21
Coefficient de dépendance des âgés.....	22
Nationalité	22
Données socio-économiques	24
Les revenus	24
L'indice de richesse.....	24
Revenu moyen imposable (2017) des ménages habitant les quartiers Colignon et Helmet.....	25
Revenu d'intégration sociale (RIS) ou équivalent par tranche d'âge.....	26
Habitants répertoriés par le CPAS de Schaerbeek en 2019.	26
La santé	27
La mortalité	27
L'espérance de vie	28
La santé auto-déclarée	28
PARTIE 3: SERVICES D'AIDES ET DE SOINS FORMEL ET INFORMEL	28
Médecins généralistes	28
Maisons Médicales.....	28
Centres Médicaux.....	29
Polyclinique /Hôpital.....	29



Maison de repos – Maison de soins et Résidence de service	29
Maison de repos (MR)	29
Maison de repos et de soins (MRS)	30
Résidences-services pour personnes âgées	30
Services d'aides et de soins à domicile pour personnes âgées	33
PARTIE 4: LOGIQUES D'ARTICULATIONS DES SERVICES FORMELS ET INFORMELS	33



INTRODUCTION

ADZHIS, Aide à Domicile Zorg aan huis Inclusi(jf(ve) Schaerbeek, est un projet de co-crédation qui a été approuvé par Innoviris et qui est mis en œuvre par Eva Bxl (promoteur) et ses partenaires que sont : La Maison Médicale Santé et Bien-être, Le Figuier, Le CPAS de Schaerbeek, le CASPER-USLB, Métissages et la Maison BILOBA Huis.

L'idée du projet ADZHIS a démarré par la constatation qu'un pan de la sécurité sociale Bruxelloise, dont notamment le système d'aide à domicile, est censé être accessible à tous les Bruxellois grâce à une tarification sociale. Mais la population de la Capitale change et une partie grandissante de personnes âgées, particulièrement celles issues de l'immigration, ne se reconnaît pas dans l'offre de service actuelle. Ceci a pour effet, probablement inconscient ou involontaire, d'accentuer des tensions dans les vécus d'une partie des Bruxellois, non seulement au niveau objectif (qualité de vie, ressources disponibles), mais également subjectif (en particulier accentuation de sentiments de déni de reconnaissance culturelle).

Qui plus est, la prise en charge des personnes âgées par les seuls aidants-proches, conséquence du non usage des services existants, a des effets pervers: femmes contraintes d'arrêter le travail, conséquences sur l'investissement scolaire des enfants, familles qui se déchirent, rétrécissement des rapports sociaux pour les aidants-proches, burn-out...

Raisons de plus pour rechercher par le biais d'un projet de co-crédation les réponses adéquates aux questions de recherche suivantes :

- (1) Dans quelle contexte de vie, à quelles conditions et avec quelle organisation, une aide à domicile professionnelle serait-elle la bienvenue pour celles et ceux qui à ce jour n'y ont pas recours ?
- (2) Les réponses envisagées sont-elles compatibles avec le rôle que des aides à domicile se voient jouer et avec leurs savoirs de terrain ? Peut-on tous se retrouver suffisamment dans les valeurs qui sous-tendraient un tel service ?
- (3) Peut-on concevoir un modèle économique viable par rapport aux attentes et quels écarts sont envisageables entre les cadres d'agrément et de financement actuels et le modèle que nous aurons co-conçu ?

Le projet ADZHIS s'adresse à la fois aux usagers des services partenaires et à des groupes de personnes susceptibles de les fréquenter parce qu'ils habitent à proximité des quartiers Helmet et Colignon ou parce qu'ils se rendent dans ces quartiers pour des motifs divers.

Les limites du territoire ont également été déterminées sur base des expertises professionnelles des partenaires et de leurs connaissances des dynamiques sociales au sein du quartier Helmet L'existence de structures associatives et de collectifs citoyens à proximité immédiate ont été des facteurs déterminants qui ont incité les partenaires à étendre le périmètre d'expérimentation jusqu'au quartier Colignon. Les deux quartiers sont séparés par le Boulevard Lambert et la voie de chemin de fer mais ils sont bien desservis par la ligne du Tram 55 et par une bonne coordination de voiries pour les automobilistes.



Trois des partenaires d'ADZHIS sont des structures de 1ère ligne active dans les quartiers d'Helmet et de Colignon. Il s'agit de la Maison Médicale Santé et Bien-être, le Figuier (service social connu pour ses formations en alphabétisation et français langue étrangère) et l'asbl Métissage. Ces partenaires ont déjà tissé des liens de confiance avec les habitants, les personnes âgées, leurs aidants-proches issus du quartier.

Le projet ADZHIS s'appuiera sur cette base et détectera les personnes âgées et les aidants proches vivant dans les quartiers de Helmet et de Colignon qui sont prêts à s'engager en tant que co-chercheurs pour trouver ensemble des solutions alternatives. L'intention est de travailler avec ces co-chercheurs pour définir les contours d'un service d'aide et de soins à domicile innovant tel qu'il devrait se présenter et être organisé de manière à être explicitement accessible aux personnes qui n'utilisent pas ou utilisent insuffisamment les aides et soins à domicile actuellement. Dans une phase ultérieure, le prototype tel que nous le concevons ensemble sera mis à l'essai dans les mêmes quartiers.

Le diagnostic territorial a pour but d'avoir une lecture objective du territoire dans lequel va se réaliser la phase d'expérimentation du projet ADZHIS.

Le diagnostic se construit à l'aide des documents administratifs et réglementaires qui contiennent des informations écrites et cartographiées sur la démographie, l'évolution de la population ainsi que des dispositifs légaux en matière d'aménagement des espaces publics.

Les données recueillies dans le présent diagnostic sont issues de plusieurs sources : Monitoring des quartiers (secteurs statistiques de l'IBSA), le PRAS (données gérées et mises à jour par Perspective Brussels), Brugis (outil de recueil de données croisées de la RBC).

5

Certaines données chiffrées nous ont été transmises par le service population de la commune de Schaerbeek et permettent de se faire une idée des quartiers dans leur ensemble et d'avoir une vue plus détaillée par catégorie d'âge et par type de ménage.

Enfin, nous avons pu, par un de nos partenaires, en l'occurrence le CPAS de Schaerbeek, obtenir une vue d'ensemble du nombre de dossiers actifs et de suivis par âge et par genre. Le Foyer Schaerbeekois nous a également transmis des données pertinentes relatives au logement social et aux seniors qui y habitent.

Ce document est structuré en quatre parties dont la première rassemble des informations urbanistiques relatives à des plans d'aménagement réglementaires.

La seconde partie reprend un ensemble de données chiffrées sur l'évolution de la population.

La troisième partie contient un premier inventaire des services d'aide et de soin formels et informels.

Enfin, la dernière partie analyse les logiques d'articulation des services formels et informels.



PARTIE I: DESCRIPTION SOMMAIRE DES QUARTIERS HELMET ET COLIGNON

« Le quartier est défini comme un espace de vie au sein duquel s'articulent diverses activités quotidiennes et auquel les habitants s'identifient. Conçu comme un lieu de polarisation (commerces, écoles et plus généralement sentiment identitaire), il possède généralement une dénomination précise¹ ».

La commune de Schaerbeek compte 15 quartiers, dont le parc Josaphat. Cinq de ces quartiers dépassent les limites communales et sont à cheval sur plusieurs communes, ce qui souligne la continuité du bâti urbain : le Quartier Brabant et Chaussée de Haecht (avec Saint-Josse-ten-Noode), le Quartier Nord (avec la Ville de Bruxelles et Saint-Josse-ten-Noode), Georges Henri (avec Woluwe-Saint-Lambert) et Porte de Tervuren (avec la Ville de Bruxelles, Woluwe-Saint-Lambert et Etterbeek).



Image 1 : Carte de Schaerbeek – lbsa.brussels/fichiers/publications/bru19/Schaerbeek/

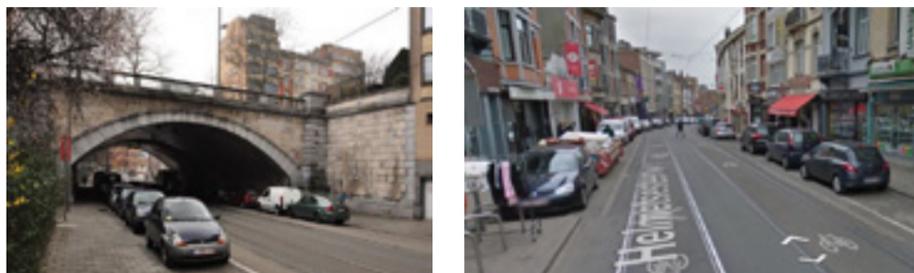
6

Le quartier animé d'Helmet est le second noyau villageois historique de Schaerbeek, lui aussi déjà largement urbanisé dans l'entre-deux-guerres. Ce quartier présente des spécificités propres, notamment par la présence de son centre commercial local important ayant connu un certain déclin ces 20 dernières années. Il fait partie de la deuxième couronne du nord-est mais est aussi densément peuplé. Le parc de logements est mixte, mélange de petites maisons de rangée, d'habitations bel-étage, de logements sociaux et d'immeubles d'appartements de hauteurs variées qui ont été construits pendant et après l'entre-deux-

¹ https://monitoringdesquartiers.brussels/media/attachments/cms/na/33/Wijken_Methodo.pdf, p.3



guerres. Le long de la chaussée d'Helmet, on trouve davantage de maisons de maître. Dans le cadre du contrat de quartier durable Helmet (2010-2014), des investissements ont été consentis en vue de la rénovation d'une dizaine de logements, de la construction d'infrastructures collectives, et du réaménagement de l'espace public des principaux axes de transit, carrefours et places du quartier, en accordant une attention particulière aux usagers faibles. Le quartier a une superficie de 0,71105 km².



Images 2 et 3: Pont de la Chaussée d'Helmet – Google Maps; Chaussée D'Helmet – Google Maps

Le quartier- Colignon jouxte Helmet dont il est séparé par le Boulevard Lambermont. On y retrouve la Maison communale. Le quartier Colignon est un quartier de grande valeur historique. Il se caractérise par un bâti constitué de maisons de maître. La superficie du quartier est de 0,77708 km². Une nouvelle ligne de métro M3 est en projet. Les travaux prévus auront un fort impact sur les deux quartiers

La STIB prévoit la construction d'une nouvelle ligne de métro M3 qui devrait traverser les deux quartiers, en reliant la Gare du Nord au Dépôt de Haren avec des arrêts prévus Place Colignon, Place Verboekhoven et Square Riga. Il va de soi que la réalisation de cette nouvelle ligne aura un impact important sur les quartiers qu'elle traversera.



Images 4 et 5: Place Colignon ; Verboekhoven Google Maps



Secteurs statistiques

Les quartiers Helmet et Colignon sont subdivisés en entités plus fines qui correspondent aux secteurs statistiques. Les secteurs statistiques représentent l'unité territoriale de base la plus fine et résulte de la subdivision du territoire par la Direction générale de la statistique.²

Ce découpage permet une meilleure lisibilité des chiffres relatifs à l'évolution de la population. Ce découpage est l'outil de référence que nous utiliserons dans la partie 2 du diagnostic.



Le quartier **Colignon** comprend les secteurs statistiques Houffalize, Brusillia, Van Ysendyck, Waelhem, Portaels et Colignon.

Le quartier Helmet comprend les secteurs statistiques Hôpital Paul Brien, Guido Gezelle, Sainte Famille, Materlinckx, J. Blockx et Helmet.

Image 6: Les secteurs statistiques des quartiers Colignon et Helmet - Isba.Brussels

Affectation du sol

La situation existante de droit informe sur ce qui est légalement permis de réaliser au sein d'un territoire, d'une parcelle et/ou dans un bâtiment en particulier. Le Plan Régional d'Affectation du Sol (PRAS) qui est son instrument juridique retranscrit graphiquement les types d'activités autorisées sur l'ensemble du territoire de la région bruxelloise.

Les divers types d'activités sont définis par un code couleur et dans le cadre de ce diagnostic territorial ce sont les zones affectées aux usages les plus élémentaires.

² <http://isba.brussels/fichiers/publications/bru19/Schaerbeek.pdf>, p45



	Zones d'habitat
	Zones de mixité (logement autorisées des activités)
	Zones de forte mixité
	Zones administratives
	Zones d'équipements d'intérêt collectif ou de service public / infrastructures d'intérêt général
	Usages de noyaux commerciaux indiquant les parties les plus denses des axes commerçants
	Zones d'espaces verts
	Zones de chemins de fer

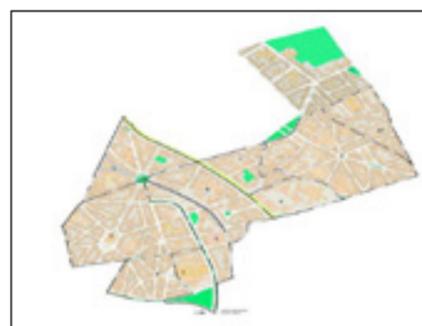
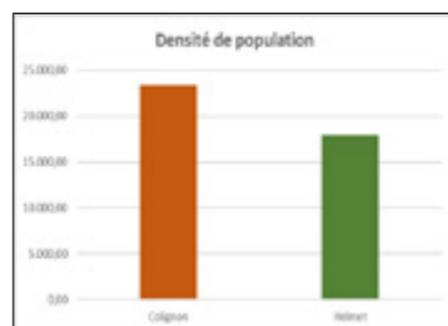


Image 7 : Zones type d'activités - Ibsa.Brussels

La densité

La densité de population dans le quartier de Colignon est 3,14 fois plus élevée que la densité moyenne régionale. Le quartier de Helmet bien que moins densément peuplé, a une densité de population encore 2,42 fois supérieure à la moyenne régionale. Dans le quartier Colignon on compte 23.382,33 personnes au km² alors qu'à Helmet on compte 18.001,57 personnes au km². La moyenne régionale de la densité de population s'élevant quant à elle à 7.440,85.

9



Personnes au km2.

Graphique 1: Densité de la population - 2019 - Monitoring des quartiers Image 8: Densité des quartiers Helmet et Colignon - Ibsa.brussels

Présence d'espace public et d'espaces verts

L'espace vert disponible à Bruxelles est très inégalement réparti. Le professeur Philippe Stessens (VUB/ULB) a obtenu un doctorat sur le thème des espaces verts disponibles en Région Bruxelles Capitale. En incluant la comparaison des cartes de revenus dans sa recherche, il a constaté que les groupes aux revenus les plus



faibles sont aussi ceux qui ont le moins accès à des espaces verts de qualité. Dès 2013, la Région de Bruxelles-Capitale a établi que tous les habitants devaient avoir accès à un espace vert public à 200 m de leur domicile et à un espace vert public d'au moins 1 hectare dans un rayon de 400 mètres.³

Selon le professeur Philip Stessens, l'accessibilité des espaces verts n'est pas seulement une question de justice environnementale. Mais la présence de parcs et d'espaces verts publics crée également des "écosystèmes" culturels. Le contact avec la nature, les espaces verts de la ville, permettent non seulement de se détendre et de se divertir, mais contribuent également à la santé mentale et physique des habitants de la ville.

La carte ci-dessus à droite donne un aperçu de la densité de population et montre également le peu d'espaces verts publics disponibles dans les deux quartiers. Le quartier de Colignon est relié à l'Avenue Louis Bertrand et au parc Josaphat, mais en dehors de cette zone, il n'y a pratiquement pas d'autres espaces verts publics. Adjacent aux quartiers de Colignon et de Helmet se trouve le Quartier "Schaerbeek gare". Ce quartier comporte une zone verte centrale qui s'étend de la place de Riga à la gare de Schaerbeek.

En outre, dans le coin le plus éloigné du quartier, à savoir le secteur statistique de la Sainte Famille, se trouve le Parc Walkiers (jardin qui aujourd'hui n'est malheureusement plus accessible au public).

Malgré ces constats il est à souligner que ces deux quartiers se situent au-dessus de la moyenne régionale en termes d'espaces verts accessibles : 86,60% de la population du quartier Colignon dispose d'un espace vert accessible au public, alors qu'Helmet se situe à 86,07% pour une moyenne régionale de 81,75%⁴.

Par ailleurs la Commune de Schaerbeek est une commune parsemée d'avenues verdurisées (Hamoir, Voltaire), de pleines de jeux, de petits parcs, d'infrastructures sportives de plein air arborées, de la réserve naturelle du Moeraske et d'une partie de la promenade verte qui la traverse. Le point de rencontre de tous les Schaerbeekois étant le Parc Josaphat véritable poumon vert qui rallie tous les quartiers de la commune par beau temps. Cependant, ce sont les quartiers les plus fragilisés qui comptent le moins d'espaces verts.

La mobilité à Helmet et à Colignon



La Place Verboekhoven est le point de convergence en ce qui concerne les transports publics bruxellois desservant les quartiers de Colignon et de Helmet. Les trams, 7, 55, 92 ainsi que les bus 59 et 58 y passent.

Quant aux bus De Lijn ce sont les lignes 260, 261, 262 et 620 qui desservent les quartiers Colignon et Helmet. Il est à noter également que la présence de la Gare de Schaerbeek dans le quartier d'Helmet permet de rejoindre le

5-09-2019. ssible au public.

10



Centre-ville mais également d'autres communes (Jette, Uccle,...) par voie de chemin de fer.

Image 9: Transport en commun – données croisées : IBSA, STIB,

La commune de Schaerbeek propose également des chèques taxi pour les personnes à mobilité réduite reconnues par le SPF Sécurité sociale ainsi que pour les seniors à partir de 75 ans à conditions que ceux-ci ne soient plus à même d'utiliser les transports publics. Pour bénéficier de cet avantage, il est nécessaire de constituer un dossier administratif qui une fois approuvé attribuera 10 chèques de 5€ par trimestre, chaque chèque permettant de se rendre en taxi partout à Bruxelles. Pour une personne âgée qui a du mal à marcher et qui doit joindre les deux bouts avec un revenu limité, 10 chèques sont loin d'être suffisants, sans compter que ces chèques financent le secteur privé puisqu'il n'y a pas de tarifs préférentiels appliqués par les sociétés de taxis. Il s'agit d'un dispositif régional qui est mis en œuvre par les communes participantes.

Dans la commune de Schaerbeek, il y a eu beaucoup à faire ces dernières années en matière de sécurité routière. Plusieurs accidents graves et parfois mortels ont hélas démontré qu'il y avait des lacunes en termes d'aménagement des rues, des comportements des conducteurs. Ceci a mené à la création de groupes de pression citoyens qui ont exigé de la commune d'apporter plus d'attention en matière de sécurité routière. L'aménagement de certains ronds-points, l'installation de casses-vitesse et des politiques plus répressives, sont autant de conditions permettant aux enfants, personnes à mobilité réduite et personnes âgées de se sentir plus en sécurité dans l'espace public.



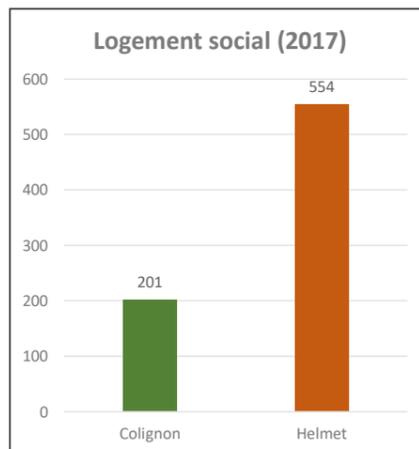
Image 10 : Age-friendly cities – Organisation mondiale de la santé

La conception de l'espace public est, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, un des 8 critères déterminants pour juger dans quelle mesure une ville est « Age Friendly ».

Partant de cette grille de lecture, les quartiers d'Helmet et de Colignon ne remplissent que très insuffisamment tous ces critères.

Logement sociaux

La Région de Bruxelles-Capitale comptait en 2017 un parc de logement sociaux de 39.742 unités. Colignon compte 201 unités de logements alors que le quartier d'Helmet en compte 554. Cela signifie qu'à peine 0,51% des



logements sociaux que compte la Région sont situés dans le quartier Colignon et le quartier Helmet monte à 1,39 %.

Colignon représente 1,50% de la population bruxelloise alors qu'Helmet représente 1,06%. Le nombre moyen de logements sociaux par rapport à la population totale de Bruxelles est de 3,29 %. Notons que la quantité de logements sociaux sur ces deux quartiers est faible par rapport à la moyenne régionale.

Graphique 2: Logements sociaux 2017 – Monitoring des quartiers

En 2018, le loyer moyen à Colignon était de 613 € alors qu'à Helmet celui-ci s'élevait à 673€ (Monitoring des quartiers). Les derniers chiffres connus sur le pourcentage des propriétaires vivant dans leur propre maison datent de 2001. C'est ainsi qu'à Colignon on comptait 40,18% de propriétaires vivant dans leur propre maison dans le quartier alors que dans le quartier Helmet ce chiffre s'élevait à 37,38%. La moyenne régionale s'élevant à 41,45% cela signifie que 60% des logements dans le quartier Colignon et 62% de ceux de Helmet sont mis sur le marché locatif. Il n'est dès lors pas surprenant que la fréquence des déménagements soit élevée. Les données disponibles via le Monitoring des quartiers portent sur la période 2001-2006. Sur 100 personnes 82,14 avaient déménagé alors qu'à Colignon ce nombre s'élevait à 77,29.

Logements du Foyer Schaerbeekois

Nous avons pu obtenir des chiffres mis à jour début 2020 du Foyer Schaerbeekois. Bien qu'il n'ait pas été possible de disposer de chiffres absolus (rotations/rénovations,...) pour toutes les unités de logement, nous disposons d'indications sur le nombre de personnes âgées vivant dans un logement social et ce par quartier, par secteur statistique et réparti en fonction du genre et de la situation familiale.

détail quartier Helmet	Helmet	Maeterlinck	Guido Gezelle	Jan Blockx	totaal
nombre de logements	170	110	271	6	557
habitants seniors	73	30	23	0	126
hommes	29	7	17	0	53
femmes	44	22	17	0	83
isolé(e)	56	17	18	0	91
couple	2	2	4	0	8
famille	5	5	7	0	17

Tableau 1: Nombre de logements et Nombre de seniors/habitants d'un logement social dans le quartier Helmet – divisé par secteur statistique – Chiffres début 2020 - Foyer Schaerbeekois



Début 2020, 126 personnes âgées du quartier Helmet vivaient dans une unité de logement social du Foyer Schaerbeekois. Parmi eux, 73 personnes âgées vivent dans le secteur statistique Helmet, suivies de 30 personnes âgées qui vivent dans le secteur statistique Maeterlinck. La plupart des personnes âgées vivent seules et il y a plus de femmes âgées que d'hommes. 13,49 % des seniors vivent en famille.

Dans le secteur statistique Sainte Famille et Paul Brien, il n'y a pas de logements sociaux du Foyer Schaerbeekois.

Il est également à noter qu'un nombre important de logements sociaux sont inhabités dans le quartier de Helmet. Ceci s'explique par une forte présence de logements insalubres et/ou qui nécessitent des rénovations lourdes. En effet, le patrimoine du Foyer Schaerbeekois dans le quartier de Helmet est très ancien. On compte ainsi trois blocs d'habitations qui ont été démolis et attendent d'être reconstruits. Alors que 6 autres blocs résidentiels totalisant 46 unités de logement ont été évacués et sont en attente de rénovation.

Les travaux de rénovation des bâtiments du Foyer Schaerbeekois ne peuvent être entamés qu'une fois que tous ses locataires ont été relogés (obligation de relogement). Il s'agit d'un élément d'explication pour les durées parfois longues de vacances locatives.

Au total, 55 personnes âgées vivent dans un logement social dans le quartier de Colignon, le nombre le plus élevé se trouvant dans le secteur statistique de Waelhem (33). Dans le quartier de Helmet, plus de 18,18 % des personnes âgées vivent avec des familles dans des logements sociaux.

détail quartier Colignon	Waelhem	Portaels	Van Ysendyck	Houffalise	Colignon	Total
nombre de logements	101	30	15	4	73	223
habitants seniors	33	6	3	0	13	55
hommes	12	4	0	0	5	21
femmes	21	2	3	0	8	34
isolé(e)	20	4	2	0	4	30
couple	3	2	0	0	3	8
famille	4	0	1	0	5	10

Tableau 2: Nombre de logements Sociaux et Nombre de seniors habitants d'un logement social per secteur statistique – Foyer Schaerbeekois



La carte ci-dessous montre la répartition des logements sociaux du Foyer Schaerbeekois disponibles dans les deux quartiers. Colignon ne compte actuellement aucun logement social inhabité pour cause de rénovation. A Helmet la situation est toute autre puisque des travaux de rénovation lourde sont en cours sur la Chaussée d'Helmet, entre autres. Notons que les informations dont nous disposons datent de quelques mois et qu'il est possible qu'à la date du présent diagnostic des immeubles soient en phase de fin de rénovation et puissent dès lors accueillir de nouveaux locataires.



Image 10: La répartition des logements sociaux dans les quartiers Colignon et Helmet – Site web Foyer Schaerbeekois.

Sous la pression de la crise du logement, le nouveau Code du Logement a été voté au Parlement Bruxellois le 18 juillet 2013. Ce texte juridique fixe, entre autres, les règles de fonctionnement en termes de mutations dans les logements sociaux. En vertu de cette ordonnance, les personnes vivant dans un logement social surdimensionné sont obligées de déménager dans un appartement adapté avec maintien du même confort de vie, dans un rayon de 5 kilomètres. Les personnes âgées de plus de 70 ans ne sont pas soumises à cette obligation.

Cette mesure a été envisagée afin de permettre à des familles nombreuses d'accéder à un logement adapté à la taille de leur famille. Même si l'on comprend cette mesure, celle-ci se heurte à une forte résistance de la part des seniors. En effet, en vieillissant on accorde une importance grandissante au quartier dans lequel on vit puisqu'on y a développé des habitudes de longue date. Les seniors sont plus enracinés que toute autre catégorie de personnes dans leur quartier, elles y ont leurs habitudes, leurs connaissances, leurs commerces préférés, etc... Aussi, déménager et quitter son quartier représente pour les seniors une véritable déchirure avec tous les effets néfastes qui peuvent en découler : tristesse, confusion, solitude, isolement...

Service communautaire « Agents de convivialité » au sein du Foyer Schaerbeekois.

Le Foyer de Schaerbeek dispose d'un Service communautaire "Agents de convivialité". Le service a débuté le 16 septembre 2004 sous la forme d'une association à but non lucratif. L'association "Aide et Convivialité au Foyer Schaerbeekois" compte 12 employés engagés par un contrat d'ACS (affectés par Actiris) qui sont déployés comme agents de convivialité pour tous les immeubles et les résidents du Foyer Schaerbeekois. Depuis janvier 2020, le fonctionnement des agents de convivialité est intégré dans la coopérative du logement Foyer Schaerbeekois. Les 12 agents de convivialité sont accompagnés par un responsable. Le



service d'agents de convivialité fait partie du Service de Proximité au sein du Foyer Schaerbeekois. Les 12 agents immobiliers travaillent 7 jours sur 7 de 15 heures à minuit.

L'équipe d'agents de convivialité constitue une interface entre les services du Foyer Schaerbeekois et les résidents. Ils sont présents sur place tous les jours, ils sont l'interlocuteur direct des résidents, ils accueillent les nouveaux résidents et ils connaissent les besoins et les questions des résidents. Ils ont également commencé récemment à accompagner les locataires qui partent pour s'assurer que les déménagements se déroulent dans de bonnes conditions et que les personnes ont trouvé des solutions pour le transport ou l'enlèvement de leurs déchets encombrants (par exemple, par Bruxelles Propreté). Les agents de convivialité attirent également l'attention sur le règlement intérieur en vigueur dans la société de logement social. Au cours de l'année écoulée, toutes les personnes âgées résidentes ont reçu une visite à domicile à l'occasion de la Journée internationale des personnes âgées. Le Foyer Schaerbeekois loge environ 800 seniors à Schaerbeek. Les agents de convivialité mènent également des actions avec la police et les partenaires locaux.

Cependant, alors qu'au début l'accent était davantage mis sur la prévention, il est maintenant très axé sur la création de liens, sur la convivialité.

Habitats des Agences Immobilières sociales

Les Agences Immobilières Sociales (AIS) sont des asbl reconnues, agréées et subsidiées par la Région de Bruxelles-Capitale. Elles ont pour mission de socialiser une partie du marché locatif privé bruxellois. Le secteur est reconnu par la Région de Bruxelles-Capitale depuis 1998, mais certaines AIS existent depuis plus de 30 ans⁵. Elles gèrent la location de logements qui appartiennent principalement à des propriétaires privés et les mettent en location à un prix abordable, à destination de ménages à revenus modestes. On en dénombre 23 au niveau de la Région de Bruxelles-Capitale. Certaines AIS sont communales alors que 9 parmi elles sont des initiatives privées. Les AIS gèrent aujourd'hui la location de plus de 6.000 logements sur l'ensemble de la Région Bruxelloise.

L'AIS **ASIS** est la plus importante de Schaerbeek. Selon son rapport annuel de 2018, elle gère un total de 204 logements à Schaerbeek. En 2018, ASIS prévoyait de prendre 36 nouvelles unités de logement en gestion, 4 unités de logement sont entretemps sorties de leur portefeuille. Elle comptait au total 231 locataires dont 18 seniors, soit 7,79% de son parc locatif total. Nous n'avons toutefois aucune donnée disponible sur le nombre de propriétés gérées par cette AIS dans les quartiers Colignon et Helmet. Nous savons cependant qu'elle gère 9 logements de transit dans le quartier Colignon et plus particulièrement dans le secteur statistique Waelhem.

D'autres AIS privées opèrent également sur le territoire de Schaerbeek.

⁵ Voir le site internet FEDAIS, fédération des AIS en RBC - <https://www.fedais.be/>



Ainsi l'AIS « **Logement pour tous** » qui est active à Schaerbeek y gère un total de 55 logements, dont un logement situé à Helmet, plus particulièrement dans le secteur statistique Maeterlinck, et qui est occupé par une femme de plus de 65 ans.

L'AIS « **Comme chez Toi** » gère 66 logements à Schaerbeek, dont 6 sont occupés par une personne de plus de 65 ans (du côté de Dailly) mais ne se situent cependant pas dans les quartiers qui nous intéressent.

L'AIS **Delta**, gère 9 logements dans les quartiers Colignon et Helmet, dont un logement qui est occupé par une personne de plus de 65 ans.

Quant à l'AIS **Baïta**, elle possède 3 bâtiments (11 logements) dans le quartier Helmet/Colignon. Un logement étant en vide locatif et un couple de personnes âgées vit dans un des autres bâtiments.

Les données concernant les AIS sont incomplètes. Il est à noter que certaines AIS ne nous ont pas fourni de données en vertu de l'application de leur RGPD ou ont opté pour nous envoyer des données parcellaires : nombre de logements sur la commune mais pas par quartier, nombre de seniors mais pas par quartiers, etc....

Les commerçants locaux (données à compléter)

Le quartier de Helmet est pourvu d'un noyau commercial constitué d'un grand nombre de commerces de proximité qui se concentrent autour de la Chaussée d'Helmet et de la rue Richard Vandeveld. Le nombre de commerces pour 1000 habitants y est de 5,1787 alors qu'à Colignon, il y a moins de commerces locaux par rapport à la moyenne régionale, soit 3,7337 commerces pour 1000 habitants contre 4,28. ⁶ Les chiffres datent, cependant de 2006. Le fait qu'ils ne sont donc pas actualisés nous invite à la prudence dans l'interprétation de ceux-ci.

Des données plus récentes peuvent être demandées par l'intermédiaire de l'association locale des commerçants de Helmet. (Vanessa Crasset, commerces.helmet@gmail.com) où par le président de l'association des commerçants Josaphat. (Monsieur Muzzafer Yildirimer, muzzi.y1391@hotmail.com)

L'accessibilité des commerces de proximité et des prestataires de services de base sont des atouts indéniables en termes de maintien de l'autonomie des personnes âgées. Ce sont bien souvent les seuls lieux de contacts pour les personnes âgées vivant seules.

Les pharmacies, les boulangeries, les boucheries et les petits commerces de détail ainsi que les établissements de quartier sont autant de lieux qui sont fréquentés par les personnes âgées et qui font donc partie de leur réseau informel. Il est dès lors intéressant de les identifier parce qu'ils jouent aussi un rôle dans la détection de situations difficiles rencontrées par les personnes âgées.

PARTIE 2 : ANALYSE DE LA DEMOGRAPHIE

La première partie présente des informations sur la population, les groupes répartis par nationalité et la composition des ménages des 60 ans et plus. Les données relatives à la population et la nationalité proviennent de l'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA) et sont détaillées à l'échelle des

⁶ Commerces locaux - Monitoring des quartiers, 2006.



quartiers. Les informations concernant la composition des ménages et la répartition par genre des groupes âgés de plus 60 ans proviennent du service population de la commune de Schaerbeek et sont recensées à l'échelle des secteurs statistiques.

La seconde partie correspond à la situation socioéconomique de la population des quartiers Helmet et Colignon et elle fournit des informations sur l'indice de richesse de la commune, la répartition des revenus net imposables de la population totale ainsi que la proportion de groupes bénéficiant d'un revenu d'intégration sociale ou équivalent. Les données recueillies sont traitées à l'échelle des quartiers et des secteurs statistiques de chaque quartier. Elles proviennent de l'Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse (IBSA), de la Direction Générale des Statistiques du Ministère Fédéral de l'économie.

Les diverses données statistiques ne couvrent pas toutes les mêmes périodes mais elles sont le plus souvent référencées en année. Ces périodes de référence fluctuent entre l'année 2015 et 2019. Il en résulte donc que l'on peut retrouver de légers décalages si l'on croise certaines données en fonction de leur source.

La Population⁷

Nombre et répartition selon le sexe

Le nombre total de personnes vivant dans le quartier Colignon en 2019 s'élevait à 18 170 personnes alors qu'à Helmet il comptait 12.800 personnes, soit 5.300 habitants de moins. À Colignon, les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes (49,33 % de femmes et 50,67 % d'hommes) alors qu'à Helmet on constate l'inverse (50,13 % de femmes et 49,87 % d'hommes). L'âge moyen dans les quartiers de Colignon et de Helmet se situe autour de 33,76 ans, pour une moyenne régionale de 37,52 ans.

Les données statistiques fournies par le service population de la commune de Schaerbeek⁸ livrent des informations plus détaillées par secteur statistique. De légères différences sont à noter entre les chiffres qui nous sont fournis par la commune et les chiffres du Monitoring des quartiers, même s'ils datent de la même année 2019. Nous conservons cependant ces données, car la répartition entre les secteurs statistiques est une bonne indication des habitants des différents secteurs statistiques

QUARTIERS	TOTAL HABITANTS	FEMMES	% FEMMES	HOMMES	% HOMMES
QUARTIER HELMET TOTAL	12280	6196	50,45%	6074	49,46%
HELMET	5179	2587	49,95%	2592	50,0%
MAETERLINCK	3781	1907	50,44%	1874	49,6%
SAINTE-FAMILLE	664	357	53,77%	307	46,2%
GUIDO GEZELLE	1287	657	51,05%	630	49,0%
PAUL BRIEN	829	410	49,46%	409	49,3%
JAN BLOCKX	540	278	51,48%	262	48,5%

⁷ <https://monitoringdesquartiers.brussels/tables/> - Année de référence 2019
⁸ Situation au 31/12/2019



QUARTIER COLIGNON TOTAL	20404	10122	49,61%	10282	50,39
WAELEHEM	2401	1209	50,35%	1192	49,6%
PORTAELS	4277	2143	50,11%	2134	49,9%
VAN YSENDYCK	549	294	53,55%	255	46,4%
BRUSILIA	911	442	48,52%	469	51,5%
HOUFFALIZE	2940	1442	49,05%	1498	51,0%
COLIGNON	9326	4592	49,24%	4734	50,8%
TOTAUX	32684	16318	49,9%	16356	50,0%

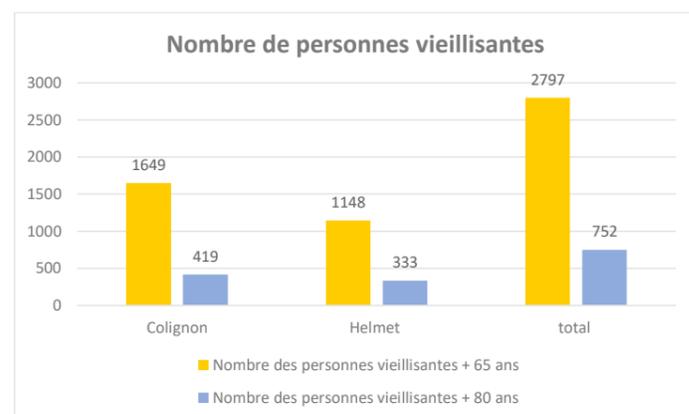
Tableau 3: Répartition de la population totale par sexe – Administration Communale Schaerbeek 2019

QUARTIERS	FEMMES	HOMMES	ISOLES	COHABITANTS Ss ENFANTS	2 PERS à CHARGE MAX	PLUS DE 2 PERS à CHARGE
QUARTIER HELMET	6196	6074	1765	2116	4614	3775
HELMET	2587	2592	748	848	2181	1402
MAETERLINCK	1907	1874	520	624	1114	1523
SAINTE-FAMILLE	357	307	92	140	221	211
GUIDO GEZELLE	657	630	168	212	513	394
PAUL BRIEN	410	409	132	172	363	152
JAN BLOCKX	278	262	105	120	222	93
QUARTIER COLIGNON	10122	10282	2880	3176	7444	6904
WAELEHEM	1209	1192	484	438	840	639
PORTAELS	2143	2134	564	674	1578	1461
VAN YSENDYCK	294	255	77	78	190	204
BRUSILIA	442	469	104	138	410	259
HOUFFALIZE	1442	1498	360	424	1039	1117
COLIGNON	4592	4734	1291	1424	3387	3224
TOTAUX	16318	16356	4645	5292	12058	10679

Tableau 4: Répartition de la composition des ménages par secteur statistique – Administration Communale Schaerbeek 2019

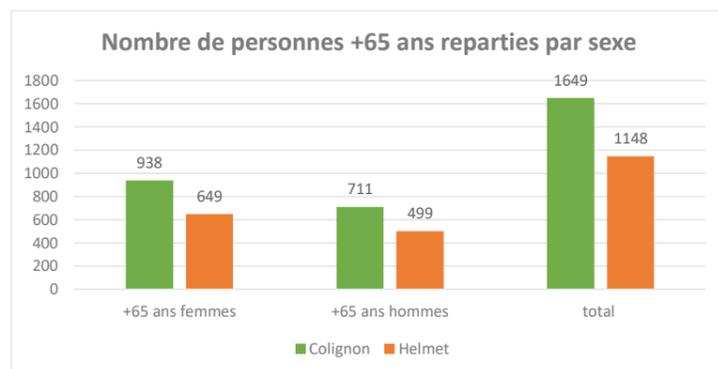
Structure par groupe d'âges

9,03 % de la population des deux quartiers a plus de 65 ans. Au total, 2 797 personnes de +65 ans sont concernées. Sur le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans, 26,89 % ont plus de 80 ans. En termes absolus, 752 habitants du quartier Helmet et du quartier Collignon ont plus de 80 ans.

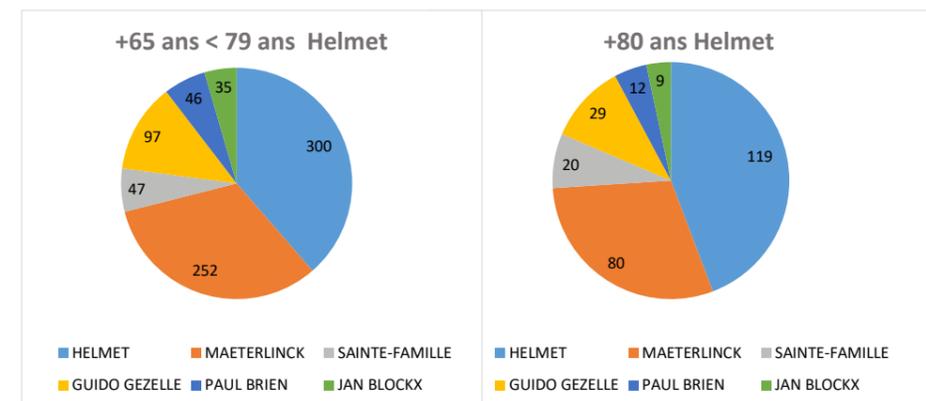


Graphique 3: Nombre de personnes vieillissantes – 2019 – Monitoring des quartiers

Alors que le nombre d'hommes et de femmes dans les deux quartiers fluctue autour de 50 % du nombre total d'habitants, on constate que parmi les +65 ans, le nombre de femmes est nettement supérieur au nombre d'hommes. Les femmes représentent 56,74 % du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans.

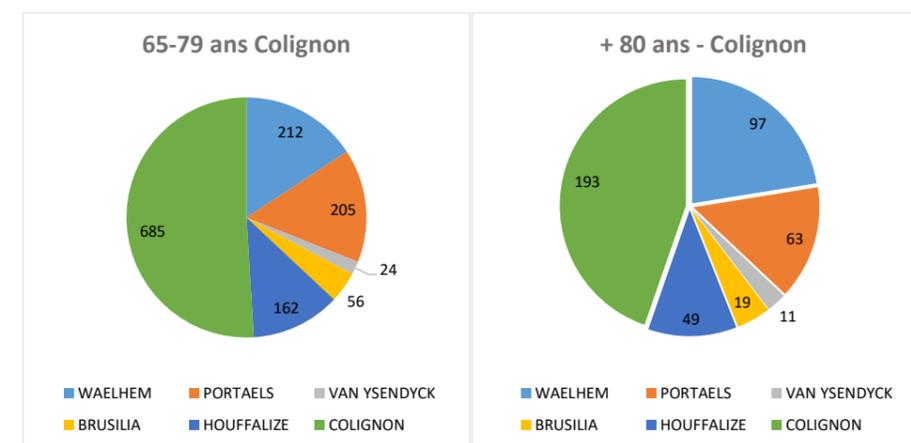


Graphique 4: Nombre de personnes de +65 ans réparties par sexe - 2019 – Monitoring des quartiers



Graphiques 5 et 6: Personnes de +65 ans < 79 ans et de + 80 ans du quartier Helmet – 2019 - Données de la Commune de Schaerbeek

Sur la base des données reçues de la commune nous pouvons avoir une idée plus précise de l'endroit où vivent les personnes âgées de 65 à 79 ans et celles de plus de 80 ans dans le quartier. Les graphiques ci-dessus et ci-dessous montrent la répartition par groupe d'âge du nombre de seniors par secteur statistique à Helmet et à Collignon Elle concerne les données de 2019.



Graphiques 7 et 8: Personnes de +65 ans < 79 ans et de + 80 ans du quartier Collignon – Données de la Commune de Schaerbeek

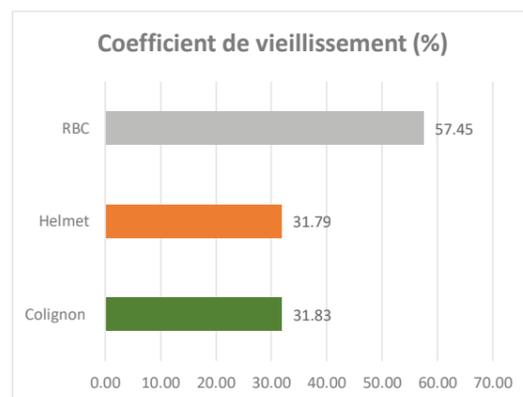


Coefficient de vieillissement

Le coefficient de vieillissement est défini comme le rapport entre la population de 65 ans et plus et la population de moins de 18 ans, hommes et femmes confondus.

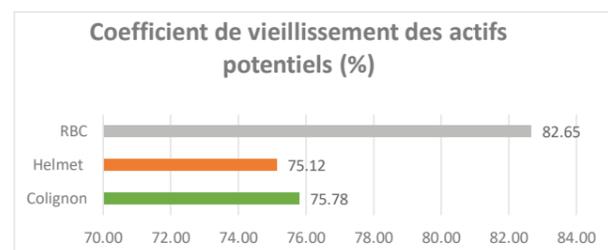
Ce coefficient fournit une indication plus synthétique de la structure par âge de la population.

Plus le coefficient est élevé, plus la population plus âgée est importante en comparaison de la population plus jeune⁹.



Graphique 9: Coefficient de vieillissement 2019 - Monitoring des quartiers

Coefficient de vieillissement des actifs potentiels



Graphique 10: Coefficient de vieillissement des actifs potentiels- 2019 - Monitoring des quartiers

Autrement dit, il exprime le rapport numérique entre les individus les plus jeunes et les plus âgés de la génération en âge de travailler, c'est-à-dire la proportion entre les personnes qui approchent de la fin de leur vie professionnelle et celles qui viennent de l'entamer. Un coefficient proche de 100 indique un équilibre entre les deux groupes d'âge, tandis que des valeurs plus élevées désignent une population active potentielle composée principalement de personnes âgées. Les valeurs expriment le degré de vieillissement de la population active potentielle¹⁰.

⁹ <https://monitoringdesquartiers.brussels/indicators/analysis/coefficient-de-vieillessement/> fiche analyse

¹⁰ <https://monitoringdesquartiers.brussels/indicators/analysis/coefficient-de-vieillessement-des-actifs-potentiels/> fiche analyse



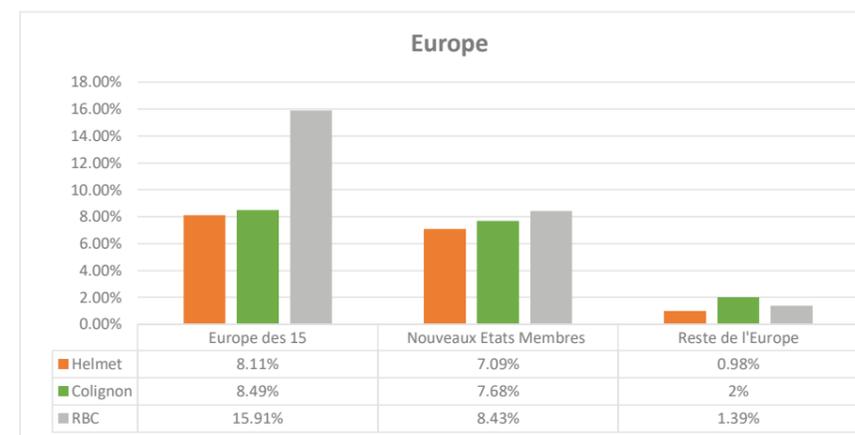
Coefficient de dépendance des âgés

Le coefficient de dépendance des âgés est le rapport entre le nombre des personnes de 65 ans et + et le nombre total des 18-64-ans. Cet indicateur fournit avant tout un aperçu de la répartition géographique globale de l'équilibre ou du déséquilibre entre les générations actives et les générations retraitées¹¹.

Dans les quartiers de Helmet et Colignon, le coefficient fluctue autour de 14,54%-14,28%. Le coefficient moyen pour la région est significativement plus élevé (20,51%).

Nationalité

Les données reprises dans les tableaux ci-dessous sont partielles. Elles ne reprennent que les personnes ayant gardé leur nationalité d'origine.

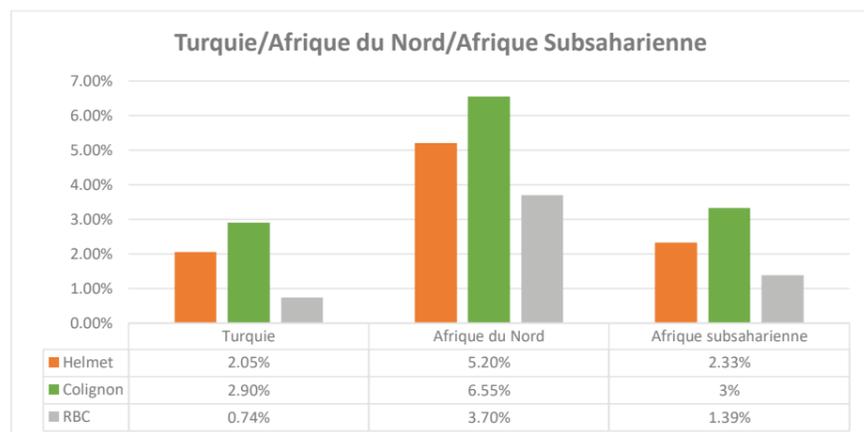


Graphique 11: Nationalité – Monitoring des quartiers - 2016

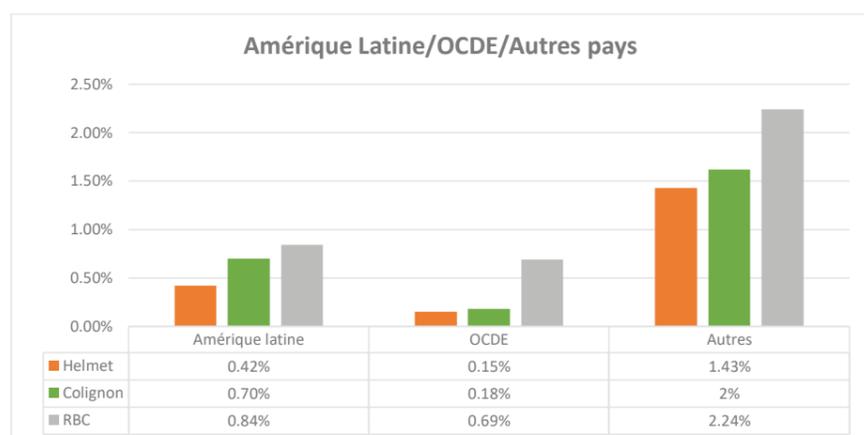
Sur la base des chiffres de 2016, Monitoring des quartiers¹², nous concluons que la plupart des personnes d'origine étrangère proviennent d'un autre pays de l'UE. Le nombre d'habitants dans le quartier Colignon provenant d'un pays d'Afrique Subsaharienne est 1,77 fois plus élevé que la moyenne Régionale.

¹¹ <https://monitoringdesquartiers.brussels/indicators/analysis/coefficient-de-dependance-des-ages/2019>

¹² <https://monitoringdesquartiers.brussels/maps/statistiques-population-bruxelles/nationalites-region-bruxelloise/> - Année de référence 2016



Graphique 12: Nationalité – Monitoring des quartiers – 2016



Graphique 13¹³: Statistique population – nationalité- Monitoring des quartiers 2016

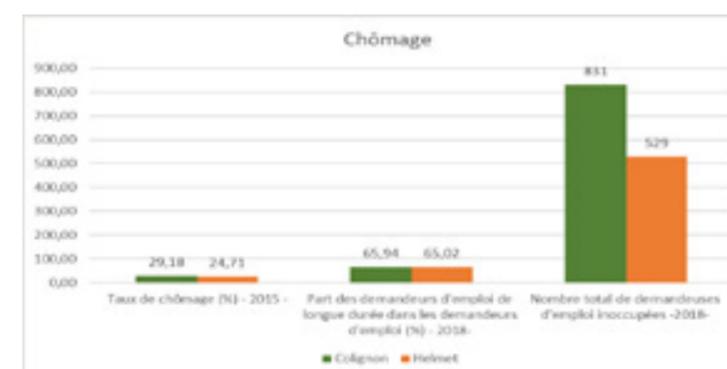
Les nationalités du groupe OCDE est composé des Américains, Australiens, Canadiens, Israéliens, Japonais, Néo-Zélandais et Sud-Coréens. Il s'agit en grande majorité de personnes qui habitent la Région bruxelloise dans le cadre des fonctions internationales de la capitale (IBSA, 2017)¹⁴.

¹³ <https://monitoringdesquartiers.brussels/maps/statistiques-population-bruxelles/nationalites-region-bruxelloise/> - Année de référence 2016

¹⁴ <https://monitoringdesquartiers.brussels/indicators/analysis/part-des-pays-ocde-hors-europe-turquie-ameriquelatine/> - fiche analyse

Données socio-économiques

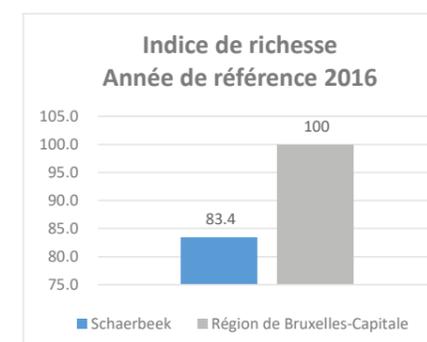
Le nombre de personnes sans travail est élevé. La moyenne régionale en 2015 était de 21,31% alors que le nombre moyen de demandeurs d'emploi dans les quartiers Colignon et Helmet était alors de 27,30%. Le nombre de demandeurs d'emploi de longue durée dans ces mêmes quartiers était de plus de 65,50% en 2015. Cette moyenne étant supérieure de 2% à la moyenne régionale.



Graphique 14: Taux de chômeurs, part des demandeurs d'emploi de longue durée dans les demandeurs d'emploi, et nombre de femmes demandeuses d'emploi- Monitoring des quartiers.

Les revenus

L'indice de richesse



Graphique 15¹⁵: Indice de richesse – 2016 – Monitoring des quartiers

L'indice de richesse est un support de comparaison du revenu fiscal moyen par habitant d'une unité administrative donnée avec le revenu moyen par habitant par rapport à une entité de référence qui est la Région de Bruxelles Capitale.

L'indice de la Région équivaut à 100. Si l'indice de richesse de l'unité administrative est inférieur à 100, alors le revenu moyen par personne dans l'unité administrative est inférieur au revenu moyen de la région.

¹⁵ <http://ibsa.brussels/themes/revenus-et-depenses-des-menages#.Xjg9qm5FvM8>



Revenu moyen imposable (2017) des ménages habitant les quartiers Colignon et Helmet

Nom du secteur	Nombre de déclaration	Revenu total net imposable	Revenu moyen par déclaration	Revenu médian par déclaration
COLIGNON (PLACE)	3.331	70.135.399	21.055	16.896
VAN YSENDYCK (RUE)	487	13.576.377	27.878	21.193
HOUFFALIZE (PLACE)	1.634	34.589.473	21.169	17.100
MAETERLINCK	1.294	32.317.682	24.975	18.662
PORTAELS (RUE)	992	20.628.418	20.795	16.815
SAINTE-FAMILLE	99	2.497.250	25.225	18.058
HELMET	2.701	63.904.684	23.660	18.364
GUIDO GEZELLE (RUE)	977	22.036.290	22.555	17.254
J. BLOCKX (RUE)	780	22.675.995	29.072	21.072
WAELEHEM (RUE)	1.348	34.027.946	25.243	18.364
HOPITAL P. BRIEN	222	5.664.289	25.515	19.438
BRUSILIA	505	16.925.183	33.515	23.840

Tableau 6: Revenu moyen imposable des ménages habitant des quartiers Colignon et Helmet- 2017- Monitoring des quartiers

Le tableau donne un aperçu du revenu imposable moyen des habitants des quartiers de Colignon et Helmet. Les données sont ventilées par secteur statistique. Dans le secteur statistique Portaels, le revenu moyen par déclaration d'impôt est le plus faible. En 2015, le revenu moyen d'un habitant du quartier Colignon était de 9 912 €, celui d'un habitant de Helmet était de 11 116 € et la moyenne régionale était de 13 831 € par habitant. Dans le quartier de Colignon, l'habitant moyen ne dispose que de 71,66% du revenu moyen de la personne vivant à Bruxelles.

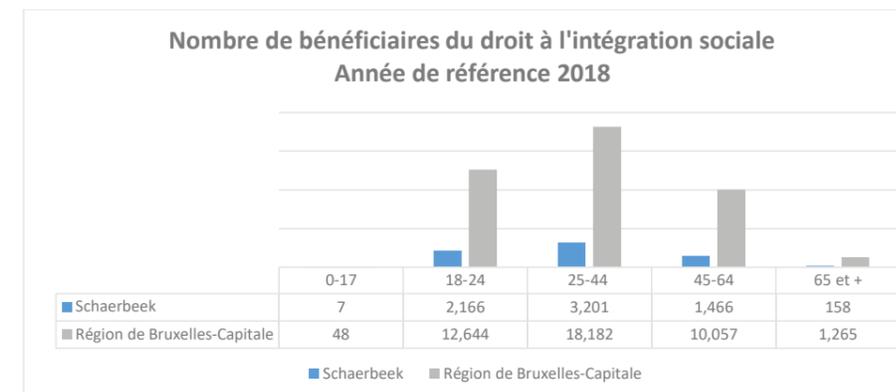
En Belgique le seuil de pauvreté s'élève à un revenu net annuel de 13.377€, soit un revenu de 1.115€ net mensuel pour un isolé, 28.092€ net annuel ou 2341€ net mensuel pour un ménage composé de 2 adultes et deux enfants (<14ans)¹⁶.

25

¹⁶ <https://socialsecurity.belgium.be/fr/octroi-des-droits-sociaux/la-lutte-contre-la-pauvrete-en-belgique-en-6-questions>



Revenu d'intégration sociale (RIS) ou équivalent par tranche d'âge

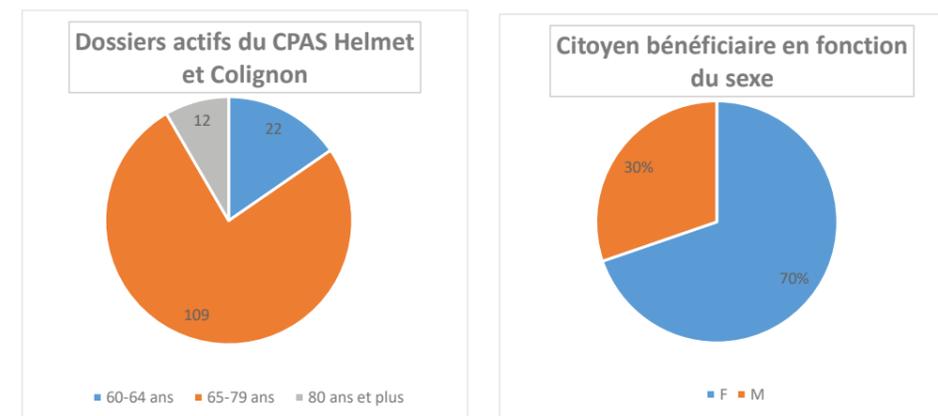


Graphique 16¹⁷: Nombres de bénéficiaires du droit à l'intégration sociale – IBSA

Habitants répertoriés par le CPAS de Schaerbeek en 2019.

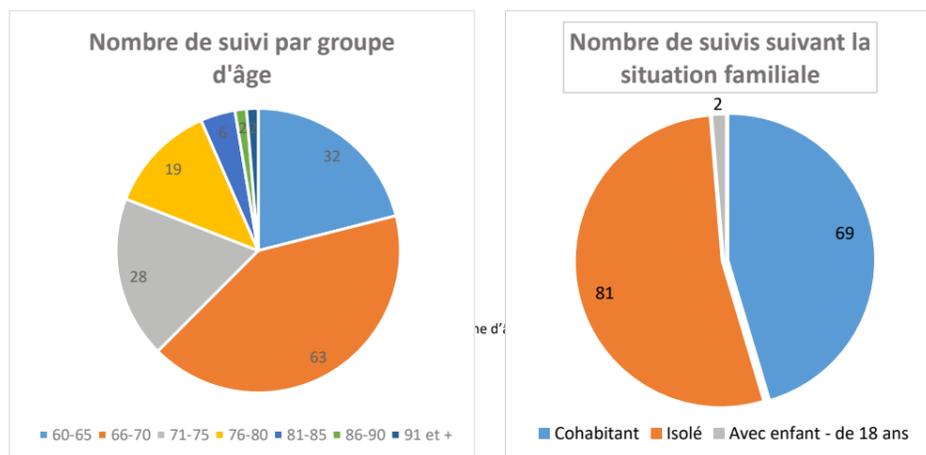
Les chiffres repris ci-dessous diffèrent de ceux de l'IBSA pour deux raisons : l'année de référence est 2019 et les données du CPAS de Schaerbeek ne tiennent pas compte des secteurs statistiques Maeterlinck et Sainte-Famille.

26



Graphiques 17 et 18: Dossiers actifs du CPAS par quartiers – 2019 - CPAS Schaerbeek

17



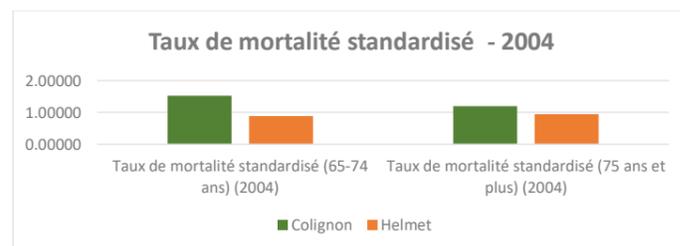
La santé

La mortalité

Il est à noter qu'il n'y a pas de chiffres récents de mortalité pour les quartiers de Colignon et de Helmet. Les derniers données dates de l'année 2004. Soulignons que le taux de mortalité du quartier Colignon est plus élevé dans la tranche d'âge de 65-74 ans (1,52133) que dans la tranche d'âge de +75 ans (1,19782).

Dans le quartier d'Helmet, le taux de mortalité est non seulement beaucoup plus faible, mais on remarque également que le taux de mortalité est d'autant plus élevé que l'on est âgé. (65-74 ans - 0,89393 / +75 ans - 0,94028).

Le taux de mortalité régional moyen est de 1,08 pour les 65-74 ans et de 0,96 pour les +75 ans.



Graphique 21 : Taux de mortalité standardisé – 2004 – Monitoring des quartiers



L'espérance de vie

L'espérance de vie à Schaerbeek pour la période 2003-2007 se situe à 81,30 ans pour les femmes et à 76,20 ans pour les hommes. L'espérance de vie des hommes et des femmes était donc légèrement inférieure à la moyenne régionale. (Femme – 81,70 ; homme 76,50). (Monitoring des quartiers, 2003-2007) Ces données ne sont disponibles qu'au niveau communal.

La santé auto-déclarée

Les chiffres disponibles datent de 2001. N'étant pas actualisés, ils ne sont donc pas forcément indicatifs de la situation actuelle, mais ils peuvent être considérés comme une tendance. A l'époque, pas moins de 28,2975 % des habitants du quartier Colignon ont déclaré ne pas se sentir en bonne santé. Ce pourcentage était encore plus élevé dans le quartier d'Helmet où l'on comptait pas moins de 30,916 % des personnes se déclarant ne pas être en bonne santé. La moyenne régionale se situait elle à 27,2 % sur la même période. Nous pouvons en conclure, avec toute la prudence qui s'impose, que les moyennes des deux quartiers se situent au-dessus de la moyenne régionale.

PARTIE 3: SERVICES D'AIDES ET DE SOINS FORMEL ET INFORMEL

Dans ce chapitre du diagnostic de quartier, nous examinons les équipements et les services présents dans les quartiers de Colignon et d'Helmet qui peuvent être pertinents pour les personnes âgées.

Médecins généralistes

En 2017, selon le Monitoring des quartiers, le nombre de médecins généralistes travaillant dans les quartiers Colignon et Helmet était proportionnellement plus élevé qu'en Région de Bruxelles-Capitale. 2,13558 médecins généralistes travaillaient dans le quartier de Colignon pour 1000 habitants. Alors qu'Helmet, comptait 1,56666 médecins généralistes pour 1000 habitants, la moyenne régionale se situant à 1,23 médecins généraliste pour 1000 habitants.

Maisons Médicales

Une maison médicale est une équipe pluridisciplinaire dispensant des soins de première ligne. Elle s'adresse à l'ensemble de la population d'un quartier. Son action vise une approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physique, psychique et sociale. Elle s'inscrit dans une approche de promotion de la santé et intègre les soins et la prévention. La maison médicale s'appuie sur une dynamique de participation communautaire: elle valorise les ressources des habitants et du quartier. Elle travaille en partenariat avec le réseau local.



A Schaerbeek il y a plusieurs Maison Médicale présentes. La Maison Médicale Santé et Bien-être (partenaire dans le projet) se situe dans le quartier Helmet ainsi que la Maison Médicale Jean Jaurès (secteur statistique Maeterlinck). La Maison Médicale Globule est aussi un partenaire potentiel dans la phase suivante. Elle se situe dans le secteur statistique Paul Brien à Helmet. Dans la périphérie des quartiers Helmet et Colignon se situent encore d' autres Maison Médicales, dont la Maison Médicale Pavillon, la Maison Médicale Universelle, la Maison Médicale Neptune.

Centres Médicaux

Un Centre Médical n'est pas une Maison Médicale. C'est une pratique de groupe entre médecins et autre disciplines mais ils ne partagent pas nécessairement les valeurs que celles des maison médicales.

Helmet : Centre médical Mosaïque

Colignon : Centre médical Colignon

Polyclinique /Hôpital

A Helmet se trouve une Polyclinique spécialisée et l'Hôpital CHU Brugmann – Site Paul Brien

Maison de repos – Maison de soins et Résidence de service¹⁸

L'offre de soins résidentiels pour les personnes âgées est multiple et dépend du degré d'autonomie et du type de soins dont la personne à besoin.

Maison de repos (MR)

Les maisons de repos sont des **résidences qui hébergent les personnes âgées** de manière collective et permanente, et offrent des services d'animation, d'aide aux actes de la vie quotidienne et de soins légers.

Les maisons de repos accueillent des personnes âgées de 60 ans au moins (sauf dérogation exceptionnelle). Celles-ci y vivent en permanence et y bénéficient, moyennant un prix journalier :

- d'un hébergement en chambre individuelle ou double ;
- d'une aide aux actes de la vie quotidienne ;
- de soins infirmiers et/ou paramédicaux légers ;
- de services collectifs ménagers et familiaux (restaurant, buanderie, etc.) ;

¹⁸ Site Web COCOM



- d'animations et activités diverses.

Certaines maisons de repos possèdent un agrément spécial en tant que maison de repos et de soins pour la prise en charge de personnes âgées fortement dépendantes et nécessitant des soins adaptés.

Maison de repos et de soins (MRS)

Les maisons de repos et de soins sont des structures intermédiaires entre la maison de repos et l'hôpital. Ces résidences collectives prennent en charge, de manière permanente, des personnes qui nécessitent des soins lourds, des services et de l'aide à la vie journalière. Les maisons de repos et de soins accueillent des personnes fortement dépendantes, le plus souvent en raison d'une maladie de longue durée. A la différence des personnes hospitalisées, les résidents des MRS n'ont pas besoin d'une surveillance médicale quotidienne, ni d'un traitement médical spécialisé permanent. Leur état de santé exige cependant la disponibilité d'un médecin généraliste, des soins infirmiers, paramédicaux et/ou kinésithérapeutiques, ainsi qu'une aide pour les activités de la vie quotidienne.

Pour assurer l'hébergement et la prise en charge de leurs résidents, les MRS comptent du personnel soignant (infirmiers et infirmières, professionnels paramédicaux, médecins, etc.), et notamment en matière de soins palliatifs pour le soutien aux patients en phase terminale. Elles doivent également avoir un lien fonctionnel avec un service hospitalier.

Outre les soins, les personnes prises en charge y bénéficient de services collectifs ménagers (restaurant, lavoir, etc.) et d'activités de loisirs. Moyennant un prix journalier, elles sont hébergées en chambre individuelle ou commune. Elles sont encouragées à participer à la gestion de l'établissement via un conseil participatif. Composé de résidents et/ou de membres de leur famille, ce conseil émet des avis quant au fonctionnement général de la maison de repos et de soins.

Résidences-services pour personnes âgées

Une résidence-service est constituée d'un ensemble de logements particuliers réservés à des personnes âgées et proposant des services.

Les résidences-services accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans, valides ou légèrement dépendantes. Elles leur permettent de mener une vie indépendante, tout en bénéficiant de services auxquels elles peuvent faire librement appel (repas, entretien, animations, service infirmier d'urgence, etc.).

Un membre du personnel est toujours présent dans l'établissement, de jour comme de nuit, afin de répondre sans délai à tout appel d'une personne âgée. Un système d'appel est installé dans chaque logement. Pour des soins plus importants, le résident doit faire appel à un service extérieur.

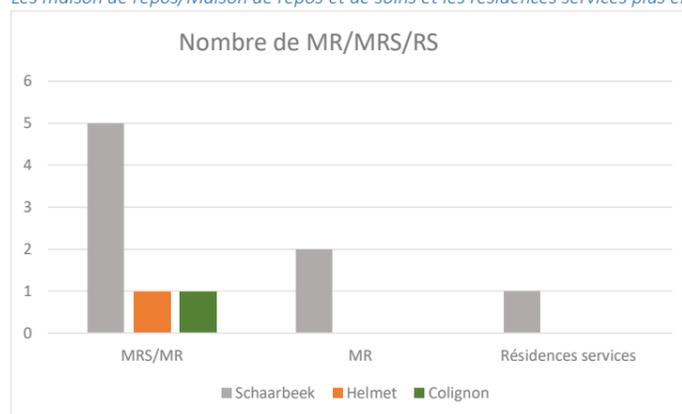


Les personnes âgées sont encouragées à participer à la gestion de l'établissement via un conseil participatif. Celui-ci est composé des résidents ou de leur représentant ; il émet des avis quant au fonctionnement général de la résidence.

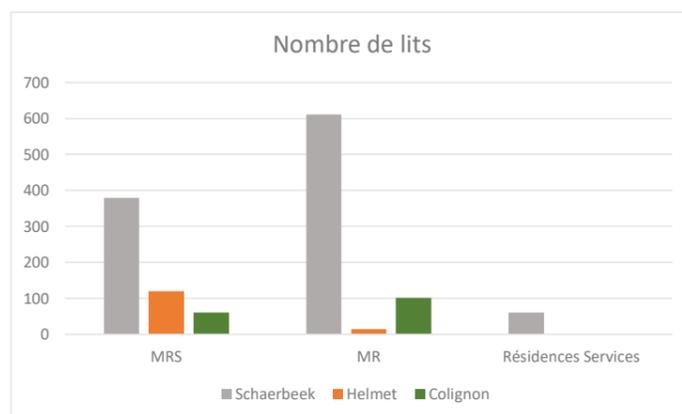
Ces établissements doivent développer un projet de vie définissant les objectifs qu'ils poursuivent pour favoriser le bien-être et l'épanouissement des personnes âgées.

Les résidents sont tenus de payer un prix mensuel, auquel peuvent s'ajouter certains suppléments en fonction des services choisis.

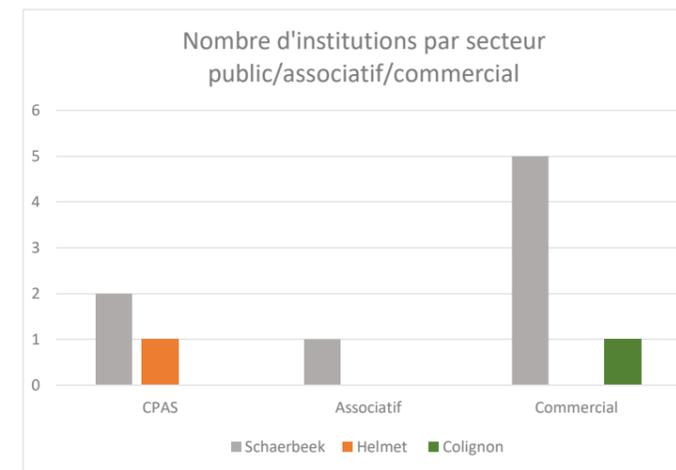
Les maison de repos/Maison de repos et de soins et les résidences services plus en détail :



Graphique 22: Nombre de Maison de Repos/Maison de Repos et de soins et Résidences service à Schaerbeek et dans les quartiers Colignon et Helmet – 2020 – Home Info.



Graphique 23: Nombre de lits MRS/MR/RS à Schaerbeek et dans les quartiers Colignon et Helmet -2020- Home Info.



Graphique 24: Nombre d'institutions par secteur public/associatif/commercial -2020- Home Info.



Services d'aides et de soins à domicile pour personnes âgées

Les services d'aides et de soins à domicile qui agissent sur le territoire de la commune de Schaerbeek sont nombreux. Cette partie sera complétée au fur et à mesure de l'avancement du projet. Le service d'aide et de soins que nous avons retenus à ce stade-ci est communal :

A vos côtés 1030 asbl

Ce service communal est agréé par le Cocof et agit sur tout le territoire de Schaerbeek. Il propose une série de services tarifés de 0.76€ à 8,02€ de l'heure en fonction des revenus de la personne. A vos côtés dispense des services sur mesure adaptés aux besoins des personnes et collabore avec le tissu associatif schaarbeekois. Ils travaillent de manière concertés avec la Maison médicale Santé et Bien-être mais aussi avec la Maison Biloba Huis (deux de nos partenaires). Les services suivants sont proposés :

- Aide-ménagère
- Aide familiale
- Soutien administratif
- Accompagnement fin de vie
- Accompagnement pour les courses, sorties
- Distribution de chèques taxi

PARTIE 4: LOGIQUES D'ARTICULATIONS DES SERVICES FORMELS ET INFORMELS

Les partenaires du projet ADZHIS sont en train de réaliser l'inventaire de toutes les associations/institutions/services avec lesquels ils travaillent régulièrement au niveau des quartiers Helmet et Colignon. Il s'agit de structures dont le siège social est situé dans ces quartiers ou qui y sont actives, mais également des services et réseaux informels agissant au niveau de l'aide et de soins aux personnes âgées. Cet inventaire n'est pas encore réalisé à la fin de l'année un et continuera à se construire les deux années qui suivent.

PARTIE 5 : QUARTIER COLIGNON ET HELMAT DURANT LE CONFINEMENT

La CPAS de Schaerbeek a mis en place une cellule COVID pour répondre aux besoins émanant de la crise sanitaire, à l'aide de différents subsides alloués aux CPAS tant au niveau fédéral que régional. La CPAS a reçu 8 millions d'euros de subsides pour aider celles et ceux qui subissent les répercussions économique de la crise sanitaire. Ces aides sont destinées à un public très large, à savoir toute personne ayant subi une perte de revenus suite à la crise du Covid-19.

La CPAS a lancé une demande de proposer des projets d'aides spécifiques liées à la crise COVID-19 pour laquelle la COCOM pourrait intervenir financièrement. Ces aides spécifiques devaient toucher à l'une ou



plusieurs des thématiques suivante : l'énergie, la santé, la médiation de dettes, aide aux familles monoparentales et pauvreté infantile, fracture numérique, lutte contre la sous-protection sociale et le non-accès aux droits où de l'aide alimentaire.

Et mi-avril 2020, la commune de Schaerbeek a décidé de lancer une initiative sur l'aide alimentaire.

A partir du 30 mars une ligne vert 0800 35 243 a été lancée par le secteur social associatif. Entre le 30/03/2020 et le 23/10/2020 3.544 appels ont été enregistré par la Fédération des Services Sociaux¹⁹, dont 2.603 appels durant la période du 30/03/2020 au 3/07/2020. 4.26 % des appels (15 appel) venaient des habitants de la commune de Schaerbeek .

La fédération des services sociaux dispose également d'informations plus détaillées sur les demandes faites par la ligne verte. La graphique ci-dessous montre plus en détails les appels pour la commune de Schaerbeek. Des détails au niveau des quartiers ne sont pas disponible.

25 % des appels concernait des questions autour du matériel informatique et 15 % des appels était au sujet des droits des étrangers.

Aucune appel a été faite concernant les liens familiales, l'emploi, l'énergie, perte d'autonomie, justice, ressources sociaux où concernant le sans-abrisme.

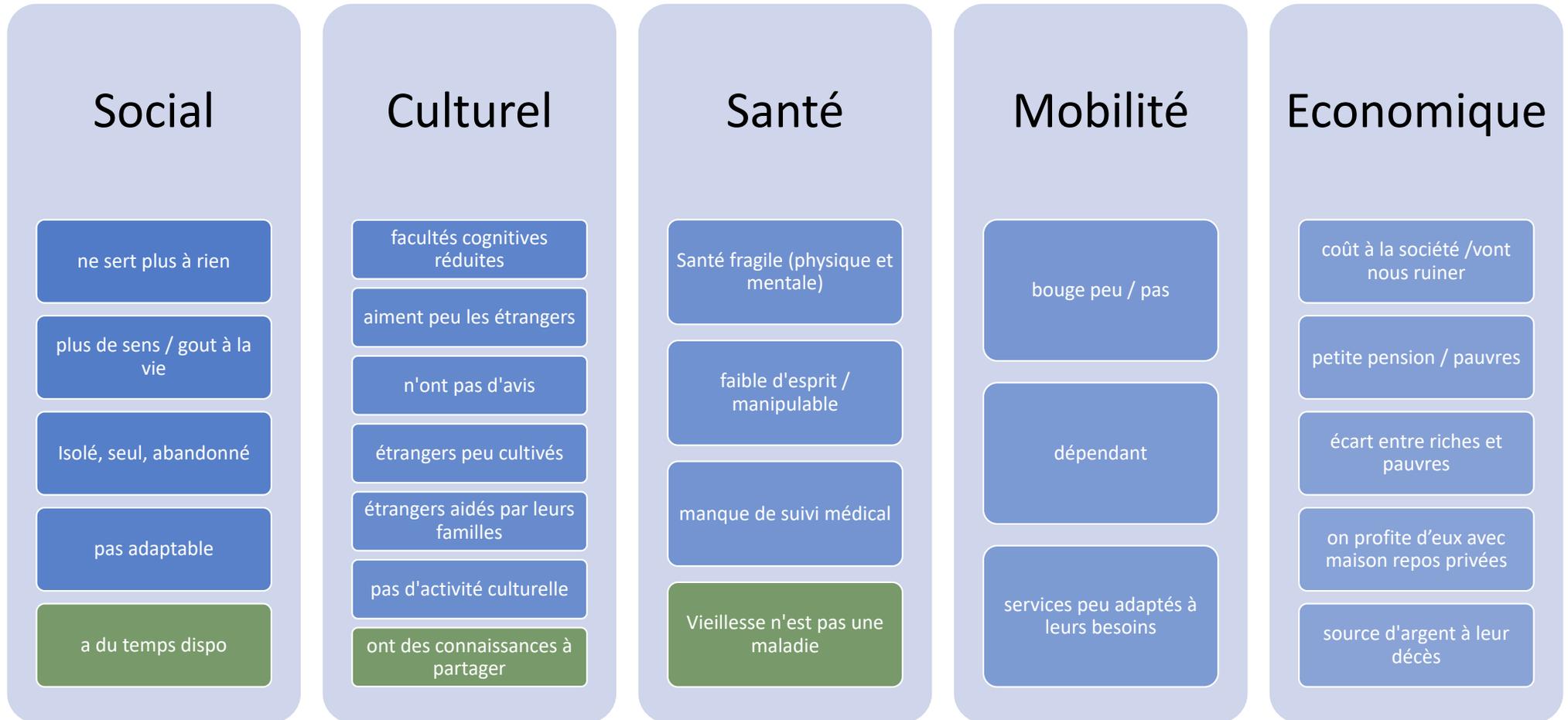
¹⁹ Bilan des appels reçus au numéro vert 0800 35 243.

Atelier PRO ADZHIS 25/8

- Atelier PRO – nous avons:
 - Identifié des stéréotypes autour des PA (principalement négatifs, mais aussi positifs)
 - Abouti à des scénarii idéaux pour les professionnels dans l'exercice de leur métier
- Atelier PA:
 - pourrait regrouper des informations semblables / complémentaires
- Puis nous pourrions lors des ateliers collectifs (regroupant les professionnels et PA / aidants proches)
 - Identifier des actions concrètes qui nous permettraient d'arriver à ces scénarios idéaux
 - Voir de quelle manière ces actions prennent en considération les stéréotypes

Regroupement de stéréotypes sur les PA*

* Ceci est complémentaire à la compilation et synthèse déjà produits; à enrichir suite à l'atelier PA



Vers un scénario idéal

Quelques propositions de « design challenges » à aborder pour nous rapprocher des scénarios idéaux des professionnels*:

Design Challenge: Comment pourrait-on...	Scénarios idéaux abordés par les professionnels	Type de stéréotypes abordés
Rendre plus accessibles les services administratifs et médicaux aux PA?	<ul style="list-style-type: none"> • Services de transport / d'accompagnement (pour raisons administratives, médicales, culturelles, sociales) • Services à domicile versus déplacement des PA • Interprètes / traducteurs disponibles • Services qui relient tous les autres services 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement • Dépendance • Mobilité
Organiser des activités utiles, accessibles et agréables pour les PA?	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer des hobbies • Activités culturelles, sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement • Sentiment d'utilité • Gout à la vie • Adaptabilité • Mobilité • Facultés intellectuelles • Partage connaissances

* à enrichir / revoir sur base de l'atelier PA

Vers un scénario idéal

Quelques propositions de « design challenges » à aborder pour nous rapprocher des scénarios idéaux des professionnels:

Design Challenge: Comment pourrait-on...	Scénarios idéaux abordés par les professionnels	Type de stéréotypes abordés
Éviter que la PA se sente isolée?	<ul style="list-style-type: none"> • Aide à la communication (interprétation, traduction...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolement • Dépendance
Améliorer la qualité de vie des PA?	<ul style="list-style-type: none"> • Le PA ont un revenu suffisant • Le PA ont un habitat convenable et pérenne, accessible • Médiation familiale • Mesurer des indicateurs de bien-être • Réseaux d'entre-aide (in)formels avec PA engagées • Cartographies des PA dans un quartier 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance • Intégration • Santé • Économie
Optimiser les prestations de services aux PA?	<ul style="list-style-type: none"> • Offres intégrée de services • Communication entre différents services (audiophone) • Coordination des prestations • Faciliter l'accès des PA aux prestataires de services (plutôt que services à domicile) 	<ul style="list-style-type: none"> • Économique (des PA et des services) • Dépendance

- **Prototypage d'un bus pour seniors en co-création - Habiba Msellek et un jeune, Bensaid Abdelkarim:** https://m.youtube.com/watch?feature=youtu.be&v=yqk-F0_xpfg

- **Vidéo 1 : « Historique d'Adzhis »**

<https://www.youtube.com/watch?v=5YySc2SRCZ4>



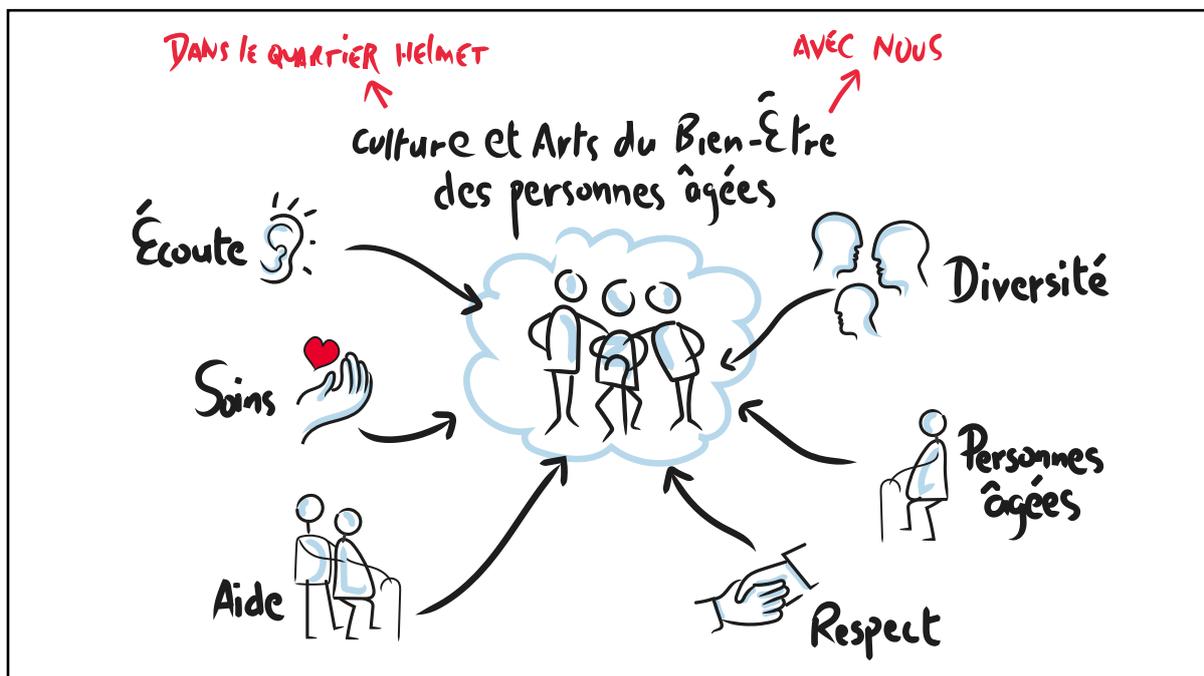
- **Vidéo 2 : Dispositif d'expérimentation en animation**

https://www.youtube.com/watch?v=2O_1sHI_iHE



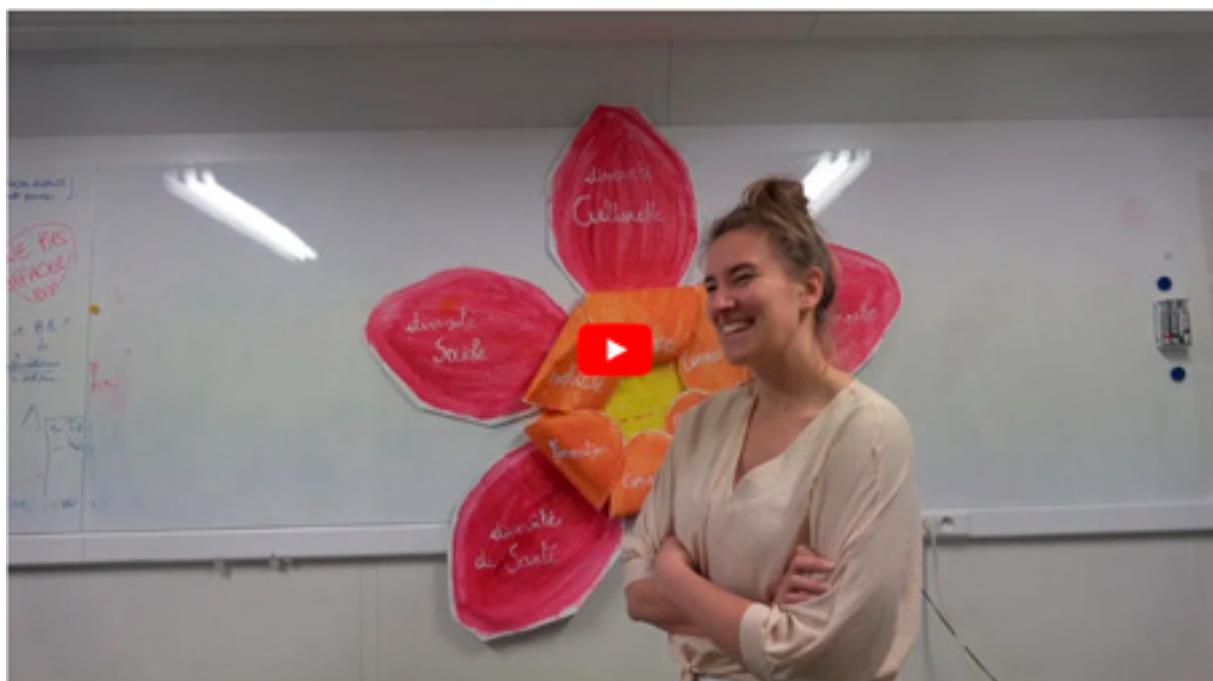
- Vidéo 3 : Schéma du dispositif en animation

<https://youtu.be/C7P87m8q7cY>



- Vidéo 4 : Ateliers de co-création

<https://www.youtube.com/watch?v=uLliumBjPw&t=2s>



Affiches ateliers co-création

- Affiches ateliers co-création

Venez créer
UN NOUVEAU SERVICE DE SOINS ET D'AIDE À DOMICILE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Dans le quartier Helmet/Colignon

soins écoute diversité respect aide

personne âgée

Avec nous !

Partagez, vos idées, vos besoins et vos rêves avec nous !

SÉANCES D'INFORMATION
LUNDI 9 MARS
de 18h30 à 19h30
MARDI 10 MARS
de 10h à 11h

Méless'âges
44, Chaussée d'Helmet
1030 Schaerbeek

DES QUESTIONS?
Katrien Dosogne : 0470/692.022
katrien.dosogne@evabxl.be

Vous êtes...

- une personne âgée ;
- une personne qui aide une personne âgée ;
- une personne intéressée par le sujet.

Vous pouvez...

- réfléchir, partager, construire ensemble le service de vos rêves ;
- participer à des ateliers.

Avec les équipes de la maison médicale Santé et Bien-être, le Figulier, Maison Biloba Huis, le CPAS de Schaerbeek, Eva Bxl et l'Institut Casper.

Samen creëren we
EEN INNOVATIEVE THUISZORGDIENTST VOOR OUDEREN

In Helmet/Colignon

zorg luisterend oor diversiteit respect hulp

ouderen

Met ons !

Deel uw ideeën, uw noden en dromen met ons !

INFOSESSIES
MAANDAG 9 MAART
van 18u30 tot 19u30
DINSDAG 10 MAART
van 10u tot 11u

Méless'âges
Helmetsesteenweg, 44
1030 Schaerbeek

VRAGEN ?
Katrien Dosogne : 0470/692.022
katrien.dosogne@evabxl.be

U bent...

- een oudere persoon ;
- iemand die een ouder persoon helpt ;
- iemand die geïnteresseerd is in het thema.

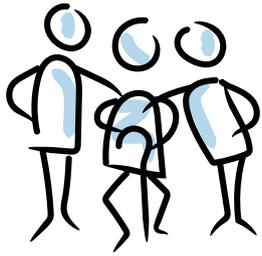
U kan...

- reflecteren, delen en samen de dienst van je dromen bouwen ;
- deelnemen aan workshops.

Met de ploegen van de MMSB, Le Figulier, Maison Biloba Huis, het OCMW van Schaerbeek, Eva Bxl en het Instituut Casper.

Remerciements chaleureux à :

Cécile, Leila, Rajae, Houria, Najate, Malika, Habiba, Véronique, Sonia, Linda, Katrien, Amélie, Naïma, Selma, Jan, Pierre, Maria, Habiba, Yasmine, Asma, Zohra, Karim, Ahmed, Latifa, Judith, Mina, Saïda, Martine, Malika, Nozha, Aleksandro, Karim, Kamel, Sukran, Bahia, Lahcen, Jamila, Catherine, Mahdiya, Mohamed, Hélène, Louise, Yahya, Mouna, Safiye, Hanane, Bahia, Ilham, Farida, Chousnia, Krisanthi, Alyson, Lolita, Marco, Fatou, Karine, Diana, Najate, Rachida, Thomas, Xavier et à ceux et celles qu'on a oublié de citer.



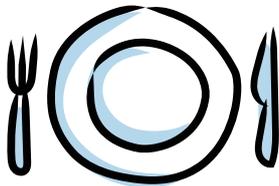
Aidants
proches



Formations axées sur
les attitudes «savoir-être»



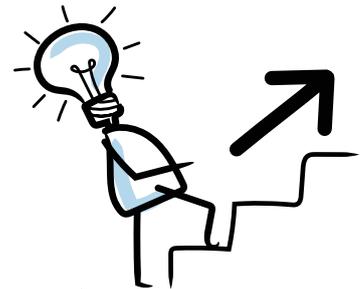
Activités &
loisirs



Nourriture



Agents de
convivialité



Valorisations des compétences
des personnes formées



Développer un réseau
de personnes fiables et
compétences autour
des personnes âgées



Personnes
ressources



Visites à
domiciles



Rencontre



Bénévoles

Avec le soutien de