UCLouvain

Faculté de santé publique

# Le vieillissement actif : prise en charge de l'isolement social des personnes âgées dans la ville de Bruxelles labellisée « Ville-Amie des Ainés ».

Mémoire réalisé par
**Kelly Quertinmont**

Promoteur(s)
**Thérèse Van Durme**

Année académique 2018-2019
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**

UCLouvain

**Faculté de santé publique**

# Le vieillissement actif : prise en charge de l'isolement social des personnes âgées dans la ville de Bruxelles labellisée « Ville-Amie des Aînés ».

Mémoire réalisé par :
**Kelly Quertinmont**

Promoteur :
**Thérèse Van Durme**

Année académique 2018-2019
**Master en science de la santé publique, finalité spécialisée**

# Remerciements

Au terme de ce mémoire, je souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

J'exprime toute ma gratitude et ma reconnaissance au Professeur William D'Hoore, doyen de la faculté de Santé Publique, pour le soutien apporté et l'encadrement reçu tout au long de notre formation.

J'adresse mes remerciements sincères à Madame Van Durme, ma promotrice, pour son écoute, son soutien, sa disponibilité, ses entretiens individuels constructifs et les conseils précieux dont elle m'a fait bénéficier lors des différentes étapes de la réalisation de ce mémoire.

Mes remerciements les plus chaleureux vont également aux différentes personnes qui ont participé aux entretiens exploratoires et m'ont prodigué leurs remarques et leurs conseils.

Enfin, je souhaite exprimer ma gratitude à ma famille, mes proches et à toutes les personnes qui, par leur soutien et leurs encouragements, ont favorisé l'aboutissement de ce projet.

# Plagiat

*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.*

# Table des matières


**TABLE DES MATIÈRES** ..... 6

**I. GLOSSAIRE** ..... 9

**II. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE** ..... 9

**III. INTRODUCTION** ..... 10

**IV. CADRE DE RECHERCHE** ..... 12

**1. CONTEXTE** ..... 12

1.1. Épidémiologie du vieillissement ..... 12

1.2. Le vieillissement ..... 13

1.2.1. Définition ..... 13

1.2.2. Les conséquences du vieillissement ..... 13

1.2.2.1. Les conséquences sur la santé ..... 13

1.2.2.2. Les conséquences économiques, sociales et culturelles ..... 14

1.3. Les défis du vieillissement ..... 16

1.3.1. Les défis de l'Organisation Mondiale de la Santé ..... 16

1.3.2. Les défis de l'Union Européenne ..... 17

1.4. Les soins de santé primaires et la première ligne de soins ..... 18

**2. L'ISOLEMENT SOCIAL** ..... 19

2.1. Contexte ..... 19

2.2. Les concepts ..... 19

2.3. Les causes de l'isolement social ..... 20

2.4. Les conséquences de l'isolement social ..... 21

2.5. Les facteurs de risque de l'isolement social ..... 22

2.6. Les pistes de solutions ..... 22

**3. LES VILLES AMIES DES AÎNÉS** ..... 25

3.1. Le contexte du label « Ville-Amie des Aînés » ..... 25

3.2. Le guide mondial des « villes-amies des aînés » ..... 26

**V. MATÉRIEL ET MÉTHODES** ..... 29

1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE : LA QUESTION DE RECHERCHE ..... 29

1.1. Question de recherche ..... 29

1.2. Objectifs spécifiques ..... 30

1.3. But final ..... 30

2. MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE ..... 31

3. CADRE DE RECHERCHE ..... 31

4. POPULATION DE RÉFÉRENCE ET ÉCHANTILLONNAGE ..... 32

5. L'OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES ..... 33

6. MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES ..... 34

7. CONSIDÉRATION ÉTHIQUE ..... 36

8. LA POSITION DU CHERCHEUR ..... 37

**VI. RÉSULTATS** ..... 38

1. PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON ..... 38

2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS ..... 38

2.1. Expérience ..... 39

2.1.1. Fréquence de la problématique ... 39
2.1.2. Les profils des personnes âgées isolées ... 40
2.2. Les réactions aux situations d'isolement social ... 41
2.2.1. Les ressentis ... 41
2.2.2. Les réactions ... 42
2.3. Le dépistage de l'isolement social et du sentiment de solitude ... 43
2.3.1. Dépistage en pratique ... 43
2.3.2. Pistes de solutions ... 43
2.4. Moyens de prise en charge de l'isolement social et la solitude des personnes âgées ... 44
2.4.1. Les moyens individuels ... 45
2.4.2. Les réseaux professionnels ... 45
2.4.3. Les structures ... 46
2.5. Informations et formations ... 47
2.5.1. Suivi de formations et informations ... 47
2.5.2. Les canaux de communication ... 48
2.6. Programmes de prévention contre l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées ... 49
2.7. Les facteurs facilitant et contraignant la prise en charge de l'isolement social ... 49
2.7.1. Les facteurs facilitants ... 49
2.7.2. Les facteurs contraignants ... 51
2.7.2.1. Informations et formations ... 51
2.7.2.2. La collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle ... 52
2.7.2.3. La concurrence ... 52
2.7.2.4. L'accès à l'information et aux services disponibles ... 53
2.7.2.5. Le temps ... 54
2.7.2.6. L'âgisme ... 55
2.7.2.7. La personne âgée ... 55

**VII. DISCUSSIONS ... 59**

**1. LES RESSOURCES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ISOLEMENT SOCIAL ... 60**
1.1. Ressources individuelles ... 60
1.1.1. La pluridisciplinarité ... 60
1.1.2. Les nouvelles fonctions dans les soins de santé de première ligne ... 60
1.1.3. Les fonctions préexistantes avant la réforme des soins de santé primaire ... 62
1.1.3.1. Les médecins généralistes ... 62
1.1.3.2. Les infirmiers ... 63
1.1.3.3. Les aides familiales ... 63
1.1.3.4. Les services d'accueil ... 64
1.1.3.5. Les aidants proches ... 65
1.1.3.6. Les services de coordination ... 66
1.1.4. La concurrence entre les acteurs ... 67
1.1.5. Communication entre les prestataires de la première ligne de soins ... 67
1.1.6. La complémentarité du travail social et médical ... 67
1.2. Les ressources groupales/structurales ... 69
1.2.1. Le CPAS de Bruxelles ... 69
1.2.2. Les Maisons de Quartier ... 70
1.2.3. Bruxelles social ... 70
1.3. Ressources sociétales et politiques ... 71
1.3.1. Les projets issus du label « Ville-Amie des Aînés » ... 71
**2. LES CONTRAINTES DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ISOLEMENT SOCIAL ... 72**
2.1. Les personnes âgées ... 72
2.1.1. Les moyens financiers ... 73
2.1.2. Le logement ... 75
2.1.3. Les soins de santé ... 76
2.1.4. La fragilité ... 76

2.2. L'âgisme ..... 78
2.3. Le contexte bruxellois et les niveaux de pouvoir ..... 80
**3. PISTES DE SOLUTIONS ET PERSPECTIVES** ..... 82
**4. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE** ..... 85
4.1. Les limites ..... 85
4.2. Les forces ..... 86
**VIII. CONCLUSION** ..... **88**
**IX. BIBLIOGRAPHIE** ..... **90**
**X. ANNEXES** ..... **96**
**ANNEXE 1 : DEMANDE DE RECHERCHE** ..... 96
**ANNEXE 2 : INFORMATION SUR LA PARTICIPATION DE L'ÉTUDE** ..... 97
**ANNEXE 3 : CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PARTICIPANT** ..... 98
**ANNEXE 4 : ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS** ..... 99
**ANNEXE 5 : CARTE CONCEPTUELLE** ..... 102

# I. Glossaire

**AFCC** : Villes et communautés amies des aînés
**CAPAM** : Centre d'Aide aux Personnes Âgées Maltraitées
**COCOF** : Commission Communautaire Française
**COCOM** : Commission Communautaire Commune
**CPAS** : Centre Public d'Action Sociale
**CBIP** : Centre belge d'information pharmacothérapeutique
**GLEM** : Groupe local d'évaluation médicale
**GRAPA** : Garantie de Revenus aux Personnes Âgées
**IBSA :** Institut Bruxellois de Statistiques et Analyse
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
**RFVAA** : Réseau francophone des villes amies des aînés
**SIDS** : Service Intégré de Soins à Domicile
**UNIPSO** : Confédération intersectorielle des employeurs du secteur à profit social (non-marchand) en Wallonie et en Fédération Wallonie-Bruxelles
**VADA** : Ville Amie Des Aînés

# II. Méthodologie de recherche

La majorité des articles utilisés dans ce travail proviennent de bases de données telles que Pubmed, Cinahl ou encore Cismef. Des articles de sites web de la Haute Autorité de Santé et de l'Organisation Mondiale de la Santé ont également été étudiés. Dans la barre de recherche « Mesh », sur Pubmed, les opérateurs booléens ont été utilisés afin de cibler les recherches (AND, OR). Les articles sont majoritairement anglophones. Les mots clés trouvés, en anglais, ont été traduits avec l'utilisation de HeTOP sur Cismef. Lors de la recherche d'articles scientifiques, les mots suivants ont été utilisés : *diagnostic, screening social isolation, elderly, older people, isolation, loneliness, elderly, effective interventions, empowerment, depression, psychosocial intervention, caregivers, continuity of care, primary care, support, discrimination et ageism.* Ceux-ci ont tous un lien direct ou indirect avec la question de recherche qui a été modélisée en Population Intervention Comparaison Outcomes (PICO). De plus, différents professionnels ont été contactés afin que j'obtienne de plus amples données et sois orientée dans la réalisation du travail.

# III. Introduction

Ce projet de mémoire s'inscrit dans la continuité d'un travail de groupe réalisé dans le cadre du cours de promotion à la santé, deuxième partie (WFSP 2109) du master en santé publique. Nous avons étudié certains déterminants de la dépression des personnes âgées à domicile et proposé quelques pistes d'action à mettre en place pour lutter contre celle-ci. Nous avons ainsi abordé le dépistage de la personne dépressive, son environnement physique, les représentations du vieillissement, l'isolement social et la solitude, les ressources et compétences individuelles et enfin les aidants proches. Suite à l'élaboration de ce travail, nous avons pu nous rendre compte que le vieillissement actif est primordial au bien-être et à la qualité de vie des personnes âgées. De plus, étant infirmière à domicile, la problématique de l'isolement social et le sentiment de solitude des séniors font partie de la pratique quotidienne.

L'augmentation de la proportion de personnes âgées dans nos sociétés pousse nos politiques à s'intéresser à la qualité de vie et au bien-être des personnes âgées (European Comission, 2010). L'amélioration de l'espérance de vie donne accès à d'importantes possibilités et opportunités pour les personnes âgées, ainsi que pour l'ensemble de la société. Par exemple, ces années supplémentaires permettent de découvrir de nouvelles activités, suivre des formations complémentaires ou de s'investir dans des passions négligées. Nos aînés peuvent également apporter leur contribution dans leur famille et leur communauté (European Comission, 2010). Néanmoins, ces participations sont largement dépendantes de leur santé et leur qualité de vie. Les années vécues aux âges avancés accompagnées d'incapacités fonctionnelles et mentales auront un impact négatif sur le bien-être des 65 ans et plus et sur la société (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). C'est pourquoi, un enjeu majeur des politiques est la participation des personnes âgées dans leur communauté afin de favoriser leur vieillissement actif et réduire ainsi l'isolement social et le sentiment de solitude de nos aînés. Il faut pouvoir permettre aux personnes âgées de continuer à s'impliquer dans leur environnement, maintenir autour de ces personnes les liens sociaux et favoriser les solidarités entre les générations afin de lutter contre l'isolement social et le sentiment de solitude présents chez nos aînés.

C'est dans ce contexte que l'Organisation Mondiale de la Santé a créé le label « Ville-Amie des Aînés » afin de répondre aux défis du vieillissement et de l'urbanisation de la population mondiale (Organisation Mondiale de la Santé, 2007). Sur base du rapport mondial sur le vieillissement et la santé, les approches proposées doivent favoriser la possibilité des

personnes âgées à apporter de multiples contributions à un environnement qui respecte leur dignité et leurs droits humains, en dehors de toute discrimination sexiste ou liée à l'âge. En 2010, Bruxelles est devenue la première ville belge à obtenir ce label.

Les professionnels de santé de la première ligne de soins, offrant des soins de santé globaux, continus, intégrés et accessibles à toute la population, ont une place centrale dans la lutte contre l'isolement social et dans la participation aux démarches proactives pour un vieillissement actif de notre population (Heymans, 2006). La première intention de recherche avait pour objectif d'interroger les professionnels de soins sur le label « Ville-Amie des Aînés ». Cependant, lors de la préparation du guide d'entretien, le chercheur a dû faire face à la méconnaissance de ce label par les soignants. Il a ainsi été plus pertinent de changer l'orientation du mémoire portant sur le vieillissement actif des personnes âgées dans notre société et la lutte contre l'isolement social. C'est pourquoi, à travers ce mémoire, nous nous interrogerons sur les moyens qui sont à disposition des soignants appartenant à la première ligne de soins pour lutter contre l'isolement social et favoriser le vieillissement actif des personnes âgées. La question de recherche est ainsi : « **Quelles sont les perceptions des professionnels de santé de la première ligne de soins des moyens qu'ils ont à disposition pour réduire l'isolement social des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile, dans la ville de Bruxelles labélisée « Ville-Amie des Aînés » ?**

Ce mémoire de recherche permettra de mettre en évidence la plus-value du label « Ville-Amie des Aînés » dans la problématique de l'isolement social des personnes âgées et les facteurs facilitant et contraignant la prise en charge de cette problématique afin d'apporter des pistes de solutions aux soignants au contact de personnes âgées isolées.

Ce mémoire est divisé en cinq parties. La première partie expose une brève introduction de la thématique, définit les concepts et donne un cadre théorique à la question de recherche. Ces concepts vont donner lieu à des hypothèses de recherche et des résultats attendus. En effet, cette exploration théorique permet de rentrer dans le sujet, complexe et pourtant central dans notre société, qu'est l'isolement social des personnes âgées. Ensuite, la deuxième partie détaille la méthodologie de recherche utilisée pour explorer les différentes hypothèses de recherche. Elle précise la méthode utilisée, les caractéristiques de l'échantillon ainsi que les outils et procédures de collecte de données utilisés. La troisième partie présente les résultats obtenus. Enfin, la quatrième et cinquième parties exposent une discussion sur ces résultats de la recherche, des pistes de solution et des perspectives futures.

# IV. Cadre de recherche

## 1. Contexte

### 1.1. Épidémiologie du vieillissement

Défini comme l'augmentation, au fil du temps, de la proportion de personnes âgées, le vieillissement des populations est à appréhender comme le résultat de deux tendances développées par la transition démographique : la maîtrise de la fécondité et l'allongement de la vie (Masquelier, 2017). En 2016, la population mondiale de personnes âgées de plus de 65 ans s'élevait à 631 018 358 contre 382 913 829 en 1996. En 20 années, la population de plus de 65 ans a presque doublé (World Bank Group, 2017). Dans l'Union Européenne, en 2015, la proportion de personnes âgées s'élevait à 18,9 % (Eurostat, 2016). Pour notre pays, elle était de 18 % (OECD. Stat, 2015). Ce phénomène d'accroissement de la part relative des personnes âgées dans le monde s'amplifie à mesure que l'espérance de vie progresse, phénomène appelé « le vieillissement par sommet de la pyramide démographique » (Eurostat, 2016). Les prévisions démographiques prévoient que, entre 2000 et 2050, la proportion de personnes âgées de 65 ans passera de 11 % à 22 % (Organisation Mondiale de la Santé, 2017). Pour l'Union Européenne, les personnes âgées du même âge représenteront 28,7 % de la population (Eurostat, 2016).

La Belgique n'échappe pas à ce vieillissement de la population. Cependant, la pyramide des âges dans notre pays n'est pas homogène. En effet, la région de Bruxelles-Capitale possède une proportion de jeunes plus importante que les deux autres régions : 23 % ont moins de 18 ans et seulement 13,1 % de la population sont des personnes âgées. La Flandre, quant à elle, montre un vieillissement plus prononcé avec une proportion plus élevée de personnes âgées (19,8 %). Parallèlement, l'espérance de vie à la naissance continue d'augmenter en Belgique. En 2016, elle était de 83,3 ans pour les femmes et de 78,8 ans pour les hommes, soit une augmentation de 2,3 mois en moyenne depuis une vingtaine d'années (Statistics Belgium, 2017). Selon les projections démographiques pour notre pays, la part des individus de 67 ans et plus va continuer à croitre avec un coefficient de dépendance qui va passer de 25,3 % en 2016, à 38 % en 2040 et 39 % en 2060. L'effet de la génération du baby-boom dans le vieillissement devrait se manifester principalement jusqu'en 2040 (Bureau fédéral du Plan, 2017).

## 1.2.Le vieillissement

### 1.2.1. Définition

Le vieillissement reflète une amélioration de la santé et des conditions socio-économiques (Organisation mondiale de la Santé, 2017). Cependant, la personnes âgée – définie dans le cadre de ce mémoire comme « *une personne âgée de 65 ans et plus* » (Organisation Mondiale de la Santé, 2017) – est une personne vulnérable. En effet, avec l'âge avancé, la probabilité de souffrir de pathologies concomitantes est plus grande (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). Dans la littérature, il y a une ségrégation entre les "jeunes vieux", qui ont une retraite active et engagée, et des "vieux vieux", qui sont liés à la dépendance et la maladie (Tafforeau, 2014).

Le vieillissement est un processus physiologique qui se caractérise par une modification de la structure et des fonctions de l'organisme due à l'accumulation progressive de dommages moléculaires et cellulaires à partir d'un certain âge. Il résulte de l'implication de facteurs intrinsèques et de facteurs extrinsèques auxquels est soumis l'organisme tout au long de la vie. Ce phénomène entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Cependant, ces changements sont difficiles à généraliser parce qu'ils n'ont pas toujours un rapport direct et précis avec l'âge (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). La vieillesse est également associée à d'autres transitions dans la vie, comme le départ à la retraite, le changement de logement ou le décès des proches (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

### 1.2.2. Les conséquences du vieillissement

#### 1.2.2.1. Les conséquences sur la santé

Le vieillissement est à distinguer des processus pathologiques liés à l'âge. La diminution des réserves fonctionnelles multi-systémiques induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. Les personnes âgées sont alors plus fragiles et sujettes à un ou plusieurs problèmes de santé concomitants, comme l'arthrose, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le diabète, la dépression et la démence, qui vont influencer le vieillissement physiologique (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Le vieillissement en bonne santé est influencé par l'environnement physique et social, comme le logement, le quartier et la communauté où la personne âgée vit et/ou a vécu, et par des caractéristiques personnelles, comme le sexe, la culture, l'ethnicité et la situation socio-économique. Ces éléments influencent les comportements en santé, les facteurs de risque des

maladies non transmissibles et les capacités physiques et mentales, qui sont essentiels pour entretenir les fonctions cognitives, retarder la dépendance liée aux soins et ralentir le processus de fragilisation (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

C'est pourquoi la population des 65 ans et plus est vulnérable et confrontée à de nombreux facteurs de risques pour leur santé, leur bien-être et la qualité de vie. En effet, au-delà des risques de morbidité et mortalité augmentés, ils peuvent faire face à, par exemple, l'incapacité à réaliser des activités de la vie quotidienne, l'affaiblissement du réseau et l'isolement social ou à l'altération des compétences personnelles.

#### 1.2.2.2. Les conséquences économiques, sociales et culturelles

D'un point de vue économique, cette nouvelle transition démographique va produire un déséquilibre entre le nombre de personnes âgées inactives et le nombre de travailleurs actifs, et induire ainsi des coûts de dépendance (Gourbin, 2019). Ceux-ci sont pris en charge directement par les proches et la famille de la personne âgée et indirectement par la collectivité. Dans ce dernier cas, l'aide est moins volontaire et se base sur des législations sociales, dans lesquelles le soutien apporté est lié à des obligations fondées sur les droits acquis (De Graziella, 2004). Par conséquent, cela va modifier la manière de fonctionner de nos sociétés industrialisées, tant d'un point de vue économique que social et culturel. En effet, le financement des retraites, l'augmentation des coûts de la médecine et l'accès à la vie sociale, politique et culturelle peuvent être des sources de conflits intergénérationnels étant donné que nos systèmes fonctionnent, en grande partie, sur la solidarité entre les générations (Gourbin, 2019). Les dépenses en santé des personnes âgées doivent être également au centre des préoccupations. Alors que l'augmentation du nombre de personnes âgées malades peut contribuer à l'augmentation des coûts de la santé, l'augmentation du nombre total des personnes âgées en bonne santé ne devrait pas générer des coûts médicaux supplémentaires (De Graziella, 2004). Afin d'améliorer les chances des personnes âgées de prolonger les années de vie en bonne santé, une politique adaptée au phénomène du vieillissement des populations doit être menée au niveau local, national et international (De Graziella, 2004).

Les conséquences sociales du vieillissement démographique sont nombreuses. Tout d'abord, la succession des cohortes de personnes âgées sont très différentes, en termes d'effectifs et de caractéristiques socio-économiques. Les évolutions vont avoir des répercussions importantes à l'âge de la retraite, comme par exemple, plus de femmes âgées et très âgées que d'hommes (Gourbin, 2019). Ces caractéristiques sont à prendre en compte pour nos futures populations vieillissantes (De Graziella, 2004).

Ensuite, les modes de vies changent avec de plus en plus de personnes âgées vivant seules, pas systématiquement à la suite de la perte d'un conjoint ou de proches. En effet, dans nos sociétés industrialisées, il y a une augmentation de ménages seuls due au degré élevé d'indépendance économique (De Graziella, 2004). La qualité de vie, versus la quantité de vie, est également un choix de plus en plus prisé par la société vieillissante (De Graziella, 2004). Une majorité des personnes âgées préfère vivre moins longtemps mais en bonne santé, plutôt que plus longtemps avec des incapacités et handicaps (Tafforeau, 2014). C'est pourquoi, définir l'état de santé d'une personne âgée est devenu complexe parce qu'il faut tenir compte, entre autres, de la santé objectivée et de la santé perçue (De Graziella, 2004).

Enfin, une préoccupation sociétale essentielle aujourd'hui est le développement des réseaux formels et informels de soutien pour venir en aide aux personnes âgées en perte d'autonomie (De Graziella, 2004). La grande majorité des personnes de 65 ans et plus vivent sans incapacités mais pour d'autres, généralement aux âges plus avancés de la vieillesse, des besoins d'aides pour les activités de la vie quotidienne, « Activities of Daily Living » ou « ADL », et pour les activités de la vie domestique dites instrumentales, « Instrumental Activities of Daily Living » ou « IADL », sont nécessaires (Cornette, 2018). C'est pourquoi, les politiques actuelles développent les soins de santé primaires, dont les soins de santé de première ligne à domicile, pour retarder l'institutionnalisation des aînés (Macq, 2018). Ces réseaux formels ont besoin d'être suppléés par les réseaux informels (proches et familles), ce qui peut parfois paraître complexe au vu de la société actuelle qui est de plus en plus composée de familles séparées, plus petites et émigrées (Gourbin, 2019). Il est ainsi nécessaire de promouvoir des réseaux d'aide formels globaux, adéquats et centrés sur la personne et les communautés (Macq, 2018).

Le vieillissement va entrainer de profondes modifications culturelles de nos sociétés occidentales. En effet, l'ethnie et la religion sont deux composantes fondamentales à prendre en considération dans l'étude de nos populations aujourd'hui (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Au vu de la transition démographique, un bon nombre de pays industrialisés doivent recourir à l'immigration internationale pour palier à leur vieillissement accéléré et leur décroissance appréhendée (De Graziella, 2004). Par conséquent, ces sociétés devront s'adapter à ce nouveau statut multiculturel, notamment, dans les soins de santé où les contacts entre la personne âgée, la famille et le système médico-hospitalier varieront en fonction de l'ethnie et de la religion du patient (Dauvrin, 2019). Enfin, l'acharnement thérapeutique et les soins palliatifs font appel à des valeurs qui diffèrent selon les cultures, de sorte que les intervenants

de la santé et des services sociaux doivent être ouverts à ces problématiques dans nos sociétés multiculturelles (De Graziella, 2004).

En conclusion, nous avons pu constater que le vieillissement de la population présente à la fois des défis et des opportunités. Il peut augmenter la pression sur les budgets publics, les systèmes de retraite et sur la mobilisation en personnel des services aux aînés. Les personnes âgées sont encore souvent associées à la maladie et la dépendance, et peuvent, dès lors, se sentir exclues de l'emploi, de la famille et la vie communautaire. Notre société craint que les générations plus âgées ne deviennent trop lourdes pour les jeunes en âge de travailler et que cela pourrait engendrer des tensions intergénérationnelles. Ce point de vue néglige toutefois l'importante contribution réelle et potentielle que les anciens, et les cohortes du baby-boom en particulier, peuvent rendre à la société. Une piste pour relever le défi du vieillissement démographique et préserver la solidarité intergénérationnelle est de faire en sorte que les générations du baby-boom puissent rester plus longtemps sur le marché du travail, continuer à participer activement à la société et rester en bonne santé et autonome le plus longtemps possible (European Commission, 2010).

## 1.3. Les défis du vieillissement

### 1.3.1. Les défis de l'Organisation Mondiale de la Santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, plusieurs défis sont rencontrés face au vieillissement des populations (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Tout d'abord, la prise en compte de la diversité des personnes âgées, ensuite la réduction des inégalités de santé, la lutte contre l'âgisme et les images négatives liées à la vieillesse et, enfin, porter une attention particulière sur les tendances actuelles et les évolutions futures (mondialisation, nouvelles technologies, urbanisation, migration …) (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

C'est pour répondre à ces différents défis que l'Organisation Mondiale de la Santé et ses états membres ont élaboré une stratégie et un plan d'actions mondiaux. Ils ont établi cinq domaines d'actions prioritaires qui sont : l'engagement en faveur du vieillissement en bonne santé, l'alignement des systèmes de santé sur les besoins des personnes âgées, le développement de systèmes pour les soins de longue durée, la création d'environnements adaptés aux personnes âgées et enfin, l'amélioration de l'évaluation, du suivi et de la compréhension du vieillissement (Organisation Mondiale de la Santé, 2018).

### 1.3.2. Les défis de l'Union Européenne

En 2012, l'Union Européenne a proposé une année pour le vieillissement actif. Cette année a permis de réfléchir à une stratégie pour une gestion intelligente du vieillissement des populations européennes, ainsi qu'une croissance durable, inclusive, saine et active (Guillemard, 2013). Ces stratégies ont pour objectifs principaux : l'atteinte d'un taux d'emploi élevé, l'investissement dans les compétences des personnes âgées et la réduction de la pauvreté aux âges avancés. Le vieillissement actif doit pouvoir être soutenu par un large éventail de politiques à tous les niveaux de la société (Guillemard, 2013). L'Union Européenne peut soutenir ses états membres dans des domaines tels que l'emploi, la santé publique, l'information, les transports et la protection sociale. Elle peut également aider au partage d'expériences entre les différents membres et intensifier les efforts de ceux-ci pour mobiliser au mieux le potentiel des personnes âgées. Enfin, elle peut créer un environnement plus favorable, d'une part, avec une sensibilisation accrue des acteurs politiques et du grand public, en aidant à mobiliser les décideurs et les parties prenantes à tous les niveaux et, d'autre part, en soutenant l'apprentissage mutuel à travers l'Europe et en aidant à définir des objectifs et cibles communs (European Commission, 2010).

Cette année européenne a également pu mettre en évidence les principaux challenges du vieillissement pour les états membres (Guillemard, 2013). Tout d'abord, l'élaboration des stratégies sur l'emploi afin d'encourager les travailleurs âgés à rester sur le marché du travail par l'amélioration et l'adaptation des conditions de travail. Ensuite, la lutte contre l'exclusion sociale des personnes âgées par une participation active. Celle-ci pourrait diminuer l'isolement des plus âgés et jouer un rôle dans la réduction de la pauvreté chez les 65 ans et plus. L'énorme potentiel que représentent les personnes âgées pour la société, en tant que bénévoles ou aidants, pourrait être mieux mobilisé en éliminant les obstacles existants au travail, en fournissant un cadre approprié et en s'adaptant à leurs besoins. Leur proposer l'accès à de nouvelles compétences les aidera également à participer plus activement dans la société (European Commission, 2010). Enfin, les politiques devraient mettre l'accent sur les problèmes de santé des personnes âgées. Le bien-être et la qualité de vie des 65 ans et plus sont essentiels au bien-être sociétal, à la croissance et au développement économique. Cependant, de nombreuses maladies survenant dans cette tranche d'âge peuvent compromettre ce bien-être. Certaines d'entre elles sont évitables et doivent faire l'objet de politiques de santé publique, de la promotion de la santé tout au long de la vie et de la lutte contre les inégalités de santé liées aux facteurs socio-économiques (European Commission, 2010).

### 1.4. Les soins de santé primaires et la première ligne de soins

Le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques et les nouvelles avancées médicales ont amené à une réforme du système des soins de santé en Belgique. Aujourd'hui, il est axé sur l'amélioration de l'intégration des soins, entre la santé individuelle et une approche communautaire, et le développement de la première ligne de soins (Van Weel et al., 2008). Pour atteindre ces objectifs, deux approches ont été proposées, d'une part, un virage ambulatoire afin d'augmenter l'intégration entre les institutions et la première ligne de soin et, d'autre part, une territorialisation de l'activité de la première ligne de soins afin d'améliorer la santé individuelle, populationnelle et environnementale (Barbosa et al., 2011). Le virage ambulatoire se fait progressivement grâce, notamment, à la mise en place de trois projets en Belgique : les réseaux locaux multidisciplinaires (diabète de type II et l'insuffisance rénale chronique), le projet « Protocole 3 » avec le case-management pour les personnes âgées ou fragilisées et l'article 107 qui vise à améliorer la prise en charge des maladies mentales. La territorialisation, quant à elle, est une approche basée sur la responsabilisation d'un réseau pour une population dans une zone géographique définie. Elle a pour missions la collaboration avec les services et acteurs locaux, l'amélioration de la coordination entre les soignants et les aides à domicile (SISD et cercles de médecins généralistes), la promotion de la participation de la population à agir sur les déterminants de santé et le soutien aux approches de la promotion à la santé. Enfin, la territorialisation s'intéresse aux déterminants environnementaux qui ont un impact sur la santé des individus d'une communauté (Barbosa et al., 2011). La première ligne de soins suit cette approche communautaire en favorisant l'autonomie et la participation du patient dans sa communauté (Jonckheer et al., 2011).

Dans la littérature scientifique, plusieurs auteurs distinguent les soins de santé primaires et les soins de santé de première ligne. Selon la déclaration d'Alma-Ata de 1978, les **soins de santé primaires** se définissent comme des soins de santé centrés sur l'individu dans le respect des valeurs de justice sociale, d'équité, de droit à une meilleure santé pour tous, de participation et de solidarité (Crismer et al., 2016). Les soins de santé primaires commencent avec les personnes et leurs problèmes de santé et vont ainsi au-delà de la première ligne de soins, comprenant aussi le milieu hospitalier afin de garantir la continuité des soins et la coordination des soins avec les autres niveaux de soins. Les soins de santé primaires se basent sur des actions globales dans des districts bien organisés qui comprennent toutes les institutions et les secteurs d'activités qui contribuent à l'amélioration de la santé (Crismer et al., 2016). Cependant, les soins de santé de première ligne, considérés comme le premier échelon des soins de santé, sont

régulièrement confondus avec les soins de santé primaires dans la littérature scientifique. C'est pourquoi, en 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé a proposé une distinction entre ces deux concepts (Crismer et al., 2016). Selon l'OMS, les **soins de santé de première ligne** sont le premier niveau de contact avec les individus, familles et communautés avec le système de santé aussi près que possible de l'endroit où les personnes travaillent et vivent. Ils seraient ainsi un élément des soins de santé primaires (Crismer, 2016). Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons principalement aux professionnels de santé de la première ligne de soins.

## 2. L'isolement social

### 2.1. Contexte

En Belgique, 23 % des personnes de 65 ans et plus sont touchés par l'isolement social. De manière générale, ce pourcentage est plus élevé dans la région Bruxelles-Capitale (29 %), suivi de la Wallonie (24 %) et, enfin, de la Flandre (21 %). Cependant, le sentiment de solitude, forme subjective de l'isolement social, est plus faible en région Bruxelles-Capitale (19 %) et en Flandre (22 %) par rapport à la Wallonie (26 %). Ces chiffres ne montrent pas d'augmentation majeure par rapport aux dernières décennies, mais ce phénomène pourrait s'accentuer avec la croissance de la proportion de personnes âgées dans notre société (Moulaert et al., 2013).

### 2.2. Les concepts

Afin de mieux comprendre l'isolement social et ses conséquences, il est fondamental de clarifier certains concepts, notamment la distinction entre l'isolement social, fondé sur la taille du réseau social, et la solitude, basée sur le sentiment de solitude sociale et/ou émotionnelle. Effectivement, être seul ne signifie pas automatiquement se sentir seul et inversement être bien armé socialement ne permet pas d'exclure le sentiment de solitude (Dayez, 2012).

L'**isolement social** se définit de manière objective par la mesure de la fréquence des contacts sociaux, le nombre de contacts avec d'autres personnes et est l'opposé du concept de participation sociale (Vandenbroucke et al., 2012).

La **solitude**, quant à elle, est le ressenti subjectif du manque de (qualité de) certaines relations (de Jong Gierveld, 1984, cité par Vandenbroucke et al., 2012). Celle-ci est toujours une expérience subjective due aux sentiments et à la personnalité de l'individu. Elle est désagréable car elle est involontaire et implique des sentiments négatifs. Elle peut être également influencée par la quantité et la qualité des relations sociales. Enfin, la solitude résulte de la différence entre les contacts sociaux réels et ceux souhaités. En effet, chaque personne se

met une « norme relationnelle » pour évaluer les contacts sociaux. Plus celle-ci est haute, plus il sera difficile de la satisfaire (Vandenbroucke et al., 2012). La solitude est multidimensionnelle parce que la cause et l'origine peuvent différer. Il existe deux types d'expériences : la **solitude sociale** et la **solitude émotionnelle**. Celles-ci peuvent se manifester de manière isolée ou combinée. La première est due à un faible réseau social et le manque de relations avec un large groupe de personnes. La deuxième, quant à elle, est due à une absence de relations significatives intimes et durables. Faire la distinction entre ces deux types de solitudes permet de mieux isoler les facteurs explicatifs et de mettre en place une intervention plus adéquate et adaptée pour réduire cette expérience négative (Vandenbroucke et al., 2012).

Nous pouvons obtenir une typologie des contacts sociaux en croisant les caractéristiques objectives du réseau social et les sentiments subjectifs de la solitude. Nous parvenons ainsi à quatre catégories d'expériences des contacts sociaux. La première regroupe les personnes bien armées socialement qui ont de nombreux contacts sociaux et un faible sentiment de solitude. Ensuite, la catégorie des solitaires qui contient les personnes avec beaucoup de contacts sociaux mais qui néanmoins se sentent très seules. La troisième catégorie sont les personnes pauvres en contacts, qui ont peu de contacts sociaux mais qui en sont satisfaites. Enfin, les socialement isolés sont les personnes qui ont peu de contacts et qui se sentent très seules (Vandenbroucke et al., 2012).

Le concept d'isolement social doit être également différencié de l'**exclusion sociale** et de la **marginalité**, bien qu'il soit souvent lié. L'exclusion sociale sous-tend le processus qui met un individu ou un groupe à l'écart des autres, comme par exemple dans la discrimination et le racisme. Ce processus est marqué par une privatisation des droits, des biens et des ressources et se réalise à travers des rapports de forces menant à des inégalités sociales (Cardinal et al., 2017). La définition de l'isolement social ne couvre pas non plus les personnes dites marginales. La marginalité reprend les valeurs consensuelles d'une société. La personne marginale est celle qui conteste et refuse de se soumettre aux valeurs de « vivre ensemble » (Cardinal et al., 2017).

### 2.3. Les causes de l'isolement social

Les causes de solitude peuvent être réparties en trois grandes catégories. Tout d'abord, les **causes intra-individuelles**, liées aux caractéristiques propres de l'individu, comme l'âge, le sexe, l'état civil, la composition du ménage, les revenus et l'éducation (Victor et al., 2009).

L'isolement social et la solitude sont également expliqués par des facteurs **interindividuels**, associés aux contacts des autres. Les situations conjugales et familiales ont ainsi une place

centrale dans le sentiment de solitude. En effet, les personnes âgées avec un conjoint et une famille présente sont moins à risque d'isolement que les personnes qui disposent d'un réseau social plus limité (Vandenbroucke et al., 2012).

Enfin, des **facteurs sociaux** peuvent expliquer la différence de prévalence de la solitude entre et au sein des sociétés. La solitude est une expérience subjective qui dépend fortement des relations aux autres et a ainsi toujours une construction sociale. Les politiques sociales jouent également un rôle dans le sentiment de solitude chez les séniors. En effet, les personnes âgées ayant accès à un niveau de formation et des revenus élevés seraient moins touchées par cette problématique (Hawkley et al., 2008).

En conclusion, la taille du réseau n'est ainsi pas le seul facteur à prendre en compte dans l'isolement social et la solitude. D'autres propriétés sociodémographiques influencent ce phénomène. Tout d'abord, il y a une corrélation entre l'isolement social et la vieillesse. Il est plus fréquent chez les personnes de 85 ans et plus et le sentiment de solitude augmente à partir de l'âge de 70-80 ans. Ce constat est à mettre en relation avec l'augmentation des problèmes de santé et le risque de décès dus à l'âge. Ensuite, le capital économique des personnes âgées va leur permettre d'être mieux armées socialement. Enfin, les aînés vivant au domicile ont de meilleures opportunités sociales que ceux institutionnalisés (Vandenbroucke et al., 2012).

### 2.4. Les conséquences de l'isolement social

Les conséquences de l'isolement social et la solitude peuvent être classées en trois catégories (Cardinal et al., 2017). La première sont les conséquences sur la **santé** et l'utilisation des services : diminution de l'espérance de vie, des troubles cardio-vasculaires, la dénutrition et la malnutrition, les capacités immunitaires réduites, le sentiment de fatigue chronique, la dépression, des troubles anxieux, des troubles du sommeil, un déclin des capacités cognitives et une augmentation de la fréquence des hospitalisations et des soins d'urgence (Cardinal et al., 2017 ; Luanaigh & Lawlor, 2008). Ensuite, les conséquences peuvent influencer le **sentiment de bien-être** : sentiment de solitude, de dévalorisation, de perte de l'estime de soi, le sentiment d'inutilité et des idées suicidaires (Cardinal et al., 2017 ; Luanaigh & Lawlor, 2008). Enfin, dans la troisième catégorie, nous retrouvons les conséquences sur les **comportements de santé** et le recours aux services et aux ressources : la diminution des comportements favorables à la santé, l'augmentation des comportements à risque, une faible demande de services à caractère préventif et la diminution des contacts et échanges qui procurent des biens, des services, des informations et du soutien dans différents domaines (système de santé et services sociaux, la justice, les finances, les services communaux) (Cardinal et al., 2017).

Par conséquent, l'isolement social et la solitude sont des déterminants importants de la santé, physique et psychique, des personnes âgées même si la causalité ne peut pas toujours être démontrée (Luanaigh & Lawlor, 2008). Ces troubles psychologiques et physiques ont des répercussions sur la qualité de vie et le bien-être de la population vieillissante (Conseil national des aînés, 2014). De plus, les aînés socialement isolés participent et contribuent moins à la vie communautaire. L'isolement social peut dès lors entraîner un affaiblissement des capacités sociales. Or, leur rôle dans le bénévolat et la participation active dans une communauté leur procure un sentiment de satisfaction, d'estime de soi, de confiance et d'efficacité. Comme établi précédemment, une diminution de la contribution des aînés peut représenter une perte importante pour les organismes, la collectivité et la société (Conseil national des aînés, 2014).

### 2.5. Les facteurs de risque de l'isolement social

Des facteurs de risque ont pu être mis en évidence afin de comprendre et d'identifier les aînés susceptibles d'être isolés. Ils ont été classés en six catégories (Cardinal et al., 2017).

Tout d'abord, les **facteurs sociodémographiques** : être une femme, disposer de faibles moyens financiers, avoir un faible niveau de scolarité, vivre seul, être sans enfant, faire partie d'une minorité sexuelle (orientation sexuelle ou identité de genre), être migrant et être en situation d'exclusion ou de marginalisation (Cardinal et al., 2017). Ensuite, il y a des facteurs liés à la **santé** : avoir des limitations physiques et cognitives, avoir une maladie mentale ou une déficience intellectuelle, avoir des troubles sensoriels et être fragile (Cardinal et al., 2017). Il y a également des facteurs associés aux **transitions de vie** : la perte d'un conjoint, déménager, perdre le permis de conduire, être éloigné de la famille et être un aidant proche. Dans une quatrième catégorie, nous retrouvons l'**environnement social et culturel** : l'âgisme sous toutes ses formes, la survalorisation du travail et le sentiment d'insécurité (Cardinal et al., 2017). Enfin, les facteurs attachés à l'**environnement physique**, comme les lieux publics et les infrastructures peu adaptés aux personnes âgées avec des incapacités, et les facteurs attachés à l'environnement des services, comme par exemple les systèmes de soins peu conformes aux personnes âgées (Cardinal et al., 2017).

### 2.6. Les pistes de solutions

Le succès d'une stratégie contre la solitude dépend de la bonne harmonisation des interventions (Fokkema & van Tilburg 2007). Nous avons vu que la solitude est un concept multidimensionnel. Il est ainsi important de prendre en considération le contexte spécifique des individus dans les interventions, c'est-à-dire cibler un groupe à risque plutôt que les personnes

âgées en général. Elles doivent également tenir compte des capacités des personnes âgées isolées et des éventuelles répercussions négatives qu'elles peuvent apporter (Cattan et al., 2005). Plusieurs évaluations des processus ont mis en évidence d'une part, que de nombreuses interventions n'atteignent pas les personnes âgées les plus isolées. D'autre part, les personnes âgées seules n'ont pas toujours besoin et envie d'aide, ce qui peut compliquer la mise en place d'interventions par les professionnels (Fokkema & van Tilburg 2007).

Il existe trois types de classements des interventions contre la solitude (Linnemann et al., 2001). Tout d'abord, elles peuvent être classées en fonction du **niveau** sur lequel elles agissent. Le premier étant le niveau individuel, successivement le niveau du groupe et enfin, au niveau du milieu social (Dickens et al., 2011). Ensuite, il existe plusieurs **types** d'interventions : la transmission des informations générales et le changement de mentalité, la promotion des compétences des aidants, l'activation et la rencontre socio-culturelles, l'activation et les cours personnels et, enfin, les groupes de discussion et la thérapie (Cattan et al., 2005). Enfin, les interventions peuvent être classées en fonction des objectifs qu'elles poursuivent : les interventions permettant d'éviter que les personnes âgées se retrouvent seules, celles qui contribuent à atténuer le sentiment de solitude et, enfin, celles qui empêchent l'apparition d'autres problèmes associés à la solitude (Andersson, 1998). Parallèlement, trois **moyens** ont été développés pour réduire le sentiment de solitude chez nos aînés. Dans un premier temps, le développement du réseau social, en améliorant la quantité et la qualité du réseau de relations. Deuxièmement, nous pouvons agir sur l'adaptation des normes, des besoins et des attentes en termes de relations sociales. En dernier lieu, nous pouvons aider à réduire l'impact des problèmes associés en gérant le sentiment de solitude (Fokkema & van Tilburg 2007).

Depuis 2011, une autre approche globale et systémique pour diminuer l'isolement social a été développée au Royaume-Uni. Elle est basée sur le cadre proposé par Jopling (2015) qui montre que le développement des actions doit se réaliser à différents paliers et nous devons travailler en intersectorialité avec des milieux communautaires, publics et privés, et avec les citoyens, dont les ainés eux-mêmes, leurs groupes et leurs représentants. Il y a ainsi quatre niveaux d'interventions complémentaires (Cardinal et al., 2017). Tout d'abord, nous pouvons agir au niveau des **services de base** qui ont pour but d'identifier, comprendre et soutenir les aînés à l'aide d'outils. Les personnes âgées vont alors pouvoir être accompagnées vers les services, les ressources et les programmes plus adéquats à leurs besoins (Cardinal et al., 2017). Ensuite, le développement d'**interventions directes**, individuelles ou de groupes permet d'améliorer et maintenir les relations ou d'échanger sur les attitudes envers les personnes âgées. Ces stratégies ont pour but final la restauration du nombre et de la qualité des relations. Par

exemple, un lien individuel avec un professionnel va aider la personne âgée à reprendre contact avec son environnement, alors que les interventions de groupes créent de nouveaux liens entre les personnes âgées isolées (Cardinal et al., 2017). Les **services passerelles** donnent un soutien au dépistage des personnes âgées isolées et aux actions individuelles et collectives. Par exemple, le développement de transports accessibles, faciles et adaptés aux aînés peut augmenter leur participation sociale. L'utilisation des technologies de l'information leur donne l'opportunité de mieux connaitre les services existants et de rentrer en contact virtuel avec d'autres (Cardinal et al., 2017). Enfin, les stratégies d'intervention doivent également promouvoir un **environnement** et un milieu de vie plus favorables à la participation sociale et améliorer les facteurs protecteurs. Elles sont pensées au niveau macrosocial en impliquant ainsi les communautés, différents secteurs d'activités, les décideurs politiques de plusieurs niveaux, etc. Un des déterminants sociaux majeurs de l'isolement social est l'âgisme, la discrimination envers nos aînés, qui nécessite la promotion d'une vision plus positive du vieillissement (Cardinal et al., 2017).

L'enquête menée par la fondation Roi Baudoin a proposé aux 1 500 personnes âgées isolées des pistes d'action pour lutter contre l'isolement social et la solitude. Selon ce groupe de personnes, il faudrait, tout d'abord, mieux préparer à la vieillesse et entretenir le réseau social, ensuite, sensibiliser les enfants et petits-enfants à prendre leurs responsabilités, développer l'aide pour les tâches ménagères et les déplacements, promouvoir la solidarité intergénérationnelle et les contacts sociaux, supprimer les barrières financières et, enfin, étendre les services à domicile afin que les aînés restent le plus longtemps possible dans leur habitat ou des habitats alternatifs (Vandenbroucke et al., 2012).

En Wallonie, plusieurs pistes d'action ont été proposées et mises en place. Cependant, celles-ci restent peu répandues et peu connues du public cible (UNIPSO, 2010). D'une part, la région a développé des actions d'interactions en contexte de groupe : le plan de cohésion sociale, les centres et maisons d'accueil communautaires, l'appel à projet « séniors admis séniors amis » de la Fondation Roi Baudoin, l'éducation permanente, les espaces séniors, Enéo, des lieux collectifs et des activités socio-culturelles. D'autre part, elle a élaboré des projets en contexte individuel : le projet Hestia de la Croix Rouge, les projets de la VUB, les centres de télé-accueil et le respect des séniors (UNIPSO, 2010).

## 3. Les Villes Amies Des Aînés

### 3.1. Le contexte du label « Ville-Amie des Aînés »

L'Organisation Mondiale de la Santé soutient une vision globale d'un monde où chacun puisse avoir une vie longue et en bonne santé. Elle se base sur cinq objectifs stratégiques du plan d'action 2016-2020 de l'OMS, qui vont aider à l'élaboration de stratégies à plus long terme, 2020-2030. Le premier objectif stratégique est l'**engagement** à agir pour le vieillissement en bonne santé dans chaque pays en mettant en place des cadres d'action nationaux, en renforçant les capacités nationales à formuler des politiques à bases factuelles et, enfin, en luttant contre l'âgisme et s'assurant de la bonne compréhension du vieillissement en santé. Le deuxième objectif stratégique s'intéresse à la création d'**environnements favorables** aux personnes âgées, en favorisant l'autonomie des aînés, en permettant leur collaboration et en faisant la promotion d'actions multisectorielles. Le troisième objectif stratégique suggère, quant à lui, l'**adaptation des systèmes de santé** aux besoins des populations âgées en les axant sur les capacités intrinsèques et les aptitudes fonctionnelles des aînés, par le développement et la garantie de l'accès à des soins cliniques intégrés de qualité qui soient abordables et centrés sur la personne âgée, et, enfin, en veillant à ce que les personnels de santé soient durablement disponibles et correctement informés, déployés et gérés. Le quatrième objectif stratégique est l'élaboration des **systèmes durables** et **équitables**, pour assurer des soins de longue durée, par la mise en place de services plus appropriés à l'âge, par le renforcement des capacités en personnel et l'appui aux aidants proches. En dernier lieu, le cinquième objectif stratégique vise à améliorer l'**évaluation**, le **suivi** et la **recherche** dans le domaine du vieillissement (Organisation Mondiale de la Santé, 2016).

Comme établi précédemment, la population âgée a besoin de conditions de vie favorables pour s'adapter aux modifications physiques, mentales et sociales auxquelles elle est confrontée. Ces programmes de promotion à la santé et de prévention des risques, élaborés par l'OMS, vont proposer un ensemble de pistes d'actions et de solutions afin d'aider les villes à promouvoir et mettre en place les adaptations nécessaires à un environnement de qualité pour le vieillissement (Organisation Mondiale de la santé, 2007). L'Organisation Mondiale de la Santé définit une « ville-amie des aînés » comme étant « *un environnement local accessible et accueillant dans lequel les possibilités en matière de santé, de participation et de sécurité sont optimisées pour tous, de sorte que la qualité de vie et la dignité sont garanties à mesure que les personnes vieillissent* » (Organisation Mondiale de la Santé, 2015). Ce label comprend la reconnaissance des multiples capacités et ressources des aînés, l'anticipation des préférences et

des besoins liés au vieillissement, le respect des décisions et des choix de vie des aînés, la protection des plus vulnérables et, enfin, l'encouragement à la participation et la contribution des aînés dans tous les domaines de la vie locale (Organisation Mondiale de la Santé, 2015).

C'est pourquoi, l'Organisation Mondiale de la Santé a développé un guide « villes-amies des aînés » avec la contribution de personnes âgées, de soignants et des services appartenant à 33 villes des six régions de l'OMS (Afrique, Amérique, Méditerranée, Europe, Asie du Sud-Est et pacifique occidental). Ce guide contient huit domaines de la vie urbaine qui influencent les déterminants de la santé et du bien-être des personnes âgées : les espaces et bâtiments extérieurs, les transports, le logement, le respect et l'intégration sociale, la participation sociale, la communauté et services de santé et, enfin, la communication et l'information. En 2010, dans la continuité de ce guide, l'OMS a créé le Réseau mondial OMS des villes et communautés amies des aînés. Celui-ci permet un appui technique et de formation ainsi qu'un échange d'informations et de meilleures pratiques entre les membres. Ceux-ci s'engagent à évaluer et à améliorer continuellement la convivialité à l'égard des aînés et adapter leurs structures et services afin qu'ils soient accessibles et ouverts à la population âgée (Organisation Mondiale de la Santé, 2015).

En 2010, Bruxelles est la première ville belge à obtenir le label « Ville-Amie des Aînés ». Elle a également rejoint le réseau francophone des villes amies des aînés en 2015. Dans ce réseau, nous retrouvons beaucoup de villes françaises mais également quelques belges dont Liège (1/12/17), la province de Namur (1/08/18) et l'ASBL Perspective (1/06/11) (Réseau Francophone des villes-amies des aînés, 2019).

### 3.2. Le guide mondial des « villes-amies des aînés »

Le Guide mondial des villes-amies des aînés est destiné aux acteurs qui souhaitent faire de leur ville un milieu plus accueillant pour les personnes âgées, par exemple, les pouvoirs publics, les mouvements associatifs, le secteur privé et les associations citoyennes. Le principe fondamental de ce guide est la participation des aînés à tous les stades de conception (Organisation Mondiale de la Santé, 2007).

L'élaboration de ce guide s'inspire du cadre d'orientation « vieillir en restant actif » publié par l'OMS. Le vieillissement actif est le processus qui optimalise les possibilités de maintien en bonne santé, la participation et la sécurité des personnes âgées afin d'améliorer leur qualité de vie. Les politiques et les services développés dans le cadre des villes-amies des aînés prennent en compte les différents déterminants du vieillissement actif : les facteurs économiques, les services sanitaires et locaux, les facteurs comportementaux, les facteurs

personnels, l'environnement physique et les facteurs sociaux (Organisation Mondiale de la Santé, 2007).

Le guide comprend huit items de la vie urbaine représentant les éléments caractéristiques d'un milieu favorable aux aînés. On y retrouve les transports, l'habitat, la participation au tissu social, le respect et l'inclusion sociale, la participation citoyenne et l'emploi, la communication et l'information, le soutien communautaire et les services de santé et, enfin, les espaces extérieurs et les bâtiments (Organisation Mondiale de la santé, 2007).

Les **espaces extérieurs** et les **bâtiments** contribuent à rendre la ville plus accueillante et ont un rôle important dans la qualité de vie, l'accessibilité et la sécurité. Le guide propose la promotion d'environnements plus agréables et propres, met l'accent sur l'importance des espaces verts et des endroits où se reposer, des trottoirs et passages piétons qui devraient être également adaptés aux séniors. Il préconise également l'accessibilité des structures, un environnement plus sûr, des édifices accueillants pour les aînés, des toilettes publiques adéquates et le développement des bons services clients adaptés aux personnes âgées (Organisation Mondiale de la Santé, 2007).

Les **transports** sont des facteurs déterminants à la participation sociale et l'accès aux différents services de proximité et de santé. C'est pourquoi, le guide représente une véritable feuille de route pour garantir leur disponibilité, leur accessibilité économique, leur fiabilité et leur fréquence, les destinations, des sièges réservés à cette tranche d'âge et la courtoisie des passagers et chauffeurs. Il propose également la mise en place de véhicules adaptés aux personnes âgées et des services spéciaux pour les aînés, la sécurité et le confort des différents transports et, enfin, des places de stationnement correctement placées et réservées à la population plus âgée (Organisation Mondiale de la Santé, 2007).

Le **logement** des personnes âgées en milieu urbain doit également être l'objet de plusieurs préoccupations. En effet, le logement est un critère essentiel au bien-être et à la sécurité des personnes âgées parce qu'il est, en partie, le garant du maintien de l'autonomie. En effet, un logement adéquat participe à l'indépendance des aînés et a un effet bénéfique sur leur qualité de vie. Il est nécessaire de veiller à l'offre de choix mais aussi aux questions d'accessibilité et d'adaptation de l'habitat (Réseau francophone des Villes-amies des aînés, 2012).

La santé et le bien-être dépendent, entre autres, des activités récréatives, sociales, culturelles et spirituelles au sein d'une communauté, du respect et de l'estime d'autrui et du partage de relations solidaires. Cette **participation** permet une meilleure intégration au tissu social et reste le meilleur moyen d'être maintenu informé. Le guide propose plusieurs pistes

d'action, comme le développement d'opportunités accessibles, des activités financièrement abordables, l'information sur les activités et les manifestations et le soutien à la participation au tissu social. Le guide VADA insiste sur la lutte contre l'isolement et l'intégration des générations, les cultures et les communautés (Organisation Mondiale de la Santé, 2007). Le **respect et l'inclusion sociale des aînés** sont relatifs au regard, aux attitudes et aux comportements des autres habitants envers les personnes âgées. Ainsi, les villes-amies des aînés doivent favoriser la promotion du mieux vivre ensemble et développer le sentiment d'appartenance des plus âgés à leur ville. Cela permet simultanément de favoriser l'entraide et la solidarité au sein de la communauté et la lutte contre l'âgisme (Réseau francophone des villes amies des aînés, 2012). Le guide propose alors de promouvoir les comportements respectueux, d'éviter l'ignorance du vieillissement, de faciliter les interactions intergénérationnelles et l'éducation au public, de réfléchir à la place des aînés dans notre société et la famille, de développer une communauté serviable et de réduire l'exclusion économique (Organisation Mondiale de la Santé, 2007). La retraite ne marque en aucun cas la fin de la **contribution** apportée par les aînés au sein de leur ville. Beaucoup travaillent bénévolement pour leur famille et leur communauté. Ils continuent ainsi à contribuer à la vie locale et politique selon leurs choix. Il est important de veiller aux possibilités de bénévolat pour les aînés, proposer un meilleur choix d'activités et d'opportunités, permettre une flexibilité adaptée aux travailleurs et bénévoles âgés, encourager la participation citoyenne et, enfin, proposer des formations pour les aînés (Organisation Mondiale de la Santé, 2007).

Dans le cadre d'un vieillissement actif, la **communication et l'information** sont indispensables pour permettre aux personnes âgées de rester en relation avec les évènements et les personnes de leur communauté, et de disposer à temps d'informations pratiques pour la gestion de la vie quotidienne et la subvention à leurs besoins. C'est pourquoi, il faut garantir une distribution étendue de la communication, donner la bonne information au bon moment, une présentation et une conception adaptées aux aînés et utiliser la technologie de l'information à bon escient (Organisation Mondiale de la Santé, 2007).

Les **services de santé** et de **soutien communautaire** sont indispensables au maintien de la santé, l'indépendance des individus, la qualité de vie et le bien-être. Dès lors, il est primordial pour les villes-amies des aînés de rendre les soins de santé accessibles à tous, offrir une gamme élargie de services de santé, promouvoir les soins à domicile intégrés, rendre disponible des hébergements pour les personnes incapables de vivre chez elles et étendre les réseaux de services de proximité (Organisation Mondiale de la Santé, 2007).

# V. Matériel et méthodes

## 1. Contexte de l'étude : la question de recherche

Ce mémoire constitue un mémoire de recherche et vise à pouvoir contribuer à une analyse théorique et empirique d'une question de recherche en santé publique. Il s'inscrit dans la continuité d'un travail de promotion à la santé, réalisé en master 1, et de l'analyse détaillée d'un déterminant de la dépression des personnes âgées de 65 ans et plus, les représentations liées à l'âge. La question de recherche est également liée aux options choisies dans la formation du chercheur et de ses projets professionnels futurs. Il s'intéresse aux problématiques liées aux personnes âgées afin d'améliorer leur qualité de vie et d'adapter les soins à leurs besoins. C'est pourquoi, une recherche qualitative a été réalisée dont le public cible est les soignants de la première ligne de soins au contact de personnes âgées de 65 ans et plus isolées à domicile.

En effet, nous avons vu à travers le cadre théorique qu'il existait un bon nombre de pistes de solutions face à l'isolement social et la solitude des personnes âgées, phénomène qui ne cesse de croitre avec le vieillissement démographique de nos populations. Une amélioration majeure, avancée par l'Organisation Mondiale de la Santé, est la promotion de villes dites « Villes-Amie des Ainés » qui a pour but le vieillissement actif et la participation de nos aînés dans les communautés. Nous avons vu que ce guide propose huit axes de solutions dont la participation des personnes âgées, leur vieillissement actif et l'adaptation des services de soins aux besoins de cette tranche d'âge. Les recherches scientifiques ont également permis de mettre en évidence le rôle important des soignants de la première ligne de soins dans la lutte contre l'isolement social et la solitude des séniors. Dès lors, nous pouvons nous poser la question des ressources, apportées par un tel label, pour les professionnels de santé de la première ligne dans la promotion de la participation sociale de nos aînés.

### 1.1. Question de recherche

La première intention de recherche était : « Comment les professionnels de santé intègrent-ils les pistes d'action et outils, proposés par le label « Villes-Amies des Ainés », pour réduire l'isolement social et favoriser le vieillissement actif des personnes âgées de 65 ans et plus isolées ? ». Cependant au vu de la méconnaissance du label VADA des acteurs de la première ligne de soins, le mémoire a été réorienté. La question de recherche définitive est ainsi : **Quelles sont les perceptions des professionnels de santé de la première ligne de soins des moyens qu'ils ont à leur disposition pour réduire l'isolement social des personnes âgées de 65 ans et plus dans la ville de Bruxelles labélisée « Ville-Amie des Aînés » ?**

1.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs de la première question de recherche étaient de :

- comprendre les ressources et les contraintes du label « Ville-amie des aînés » pour les professionnels de santé ;
- comprendre comment les professionnels de la santé travaillant auprès de personnes âgées isolées pourraient contribuer positivement à la réduction du sentiment de solitude et de l'isolement social ;
- comprendre les facteurs facilitants et contraignants liés à la participation des professionnels de la santé aux projets proposés par les villes « Villes-Amie des Aînés » ;
- sensibiliser les professionnels de santé à la thématique de l'isolement social, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des personnes âgées de 65 ans et plus.

Ensuite, suite à la réorientation de l'étude, les objectifs de la deuxième question de recherche étaient de :

- comprendre la perception des professionnels de la santé de la problématique de l'isolement social des personnes âgées dans leurs pratiques quotidiennes ;
- comprendre les moyens qu'ont les soignants de la première ligne de soins à leur disposition pour prendre en charge l'isolement social des personnes âgées ;
- comprendre comment sont dépistées, évaluées et suivies les personnes âgées isolées par les acteurs de terrain des villes dites « Ville-Amie des Aînés » ;
- sensibiliser les professionnels de santé à la thématique de l'isolement social, contribuant ainsi à l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être des personnes âgées de 65 ans et plus.

1.3. But final

Mettre en évidence les facteurs facilitants et contraignants liés à la prise en charge de l'isolement social chez les personnes âgées. Les éléments obtenus pourront ainsi faire l'objet d'améliorations ou de recommandations pour les professionnels de la santé. Ces recommandations permettront de les intégrer au mieux dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et la promotion du vieillissement actif. Ces recommandations sont soutenues par le label « Ville-Amie des Aînés ».

## 2. Méthodologie qualitative

La recherche qualitative a pour objectif la compréhension de l'expérience humaine et la génération de nouvelles hypothèses de recherche. Elle s'oppose à la méthode quantitative qui examine quantitativement les relations entre des variables par la compréhension des processus (Lejeune, 2014). En effet, l'approche qualitative contribue au développement des définitions conceptuelles, des typologies et des classifications. Elle explore également la façon dont les attitudes, les comportements et les expériences s'articulent, approfondit la compréhension d'un phénomène et, enfin, génère des nouvelles idées et théories (Aujoulat, 2018). L'approche qualitative se base sur des contacts de terrain prolongés, une démarche inductive, une approche empathique et naturaliste et, enfin, des mots et observations comme matériaux principaux. C'est une démarche flexible et itérative, où le chercheur est l'outil principal qui donne une compréhension holistique d'un phénomène (Lejeune, 2014).

C'est pourquoi, la méthode qualitative est la plus adéquate pour ce mémoire car celui-ci s'intéresse à la perception des professionnels de la santé sur les ressources qu'ils ont dans la lutte contre l'isolement social. Afin de pouvoir répondre à la question de recherche, nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés, guidés par un guide d'entretien. Ceci devrait permettre de mettre en évidence le sens et les expériences vécues par les répondants. L'approche exploratoire va permettre de comprendre les différentes dimensions de la problématique, énoncer des hypothèses et, après l'analyse, proposer des pistes de solutions et de nouvelles explorations.

L'entretien a pour but de mettre en évidence le rôle de l'enquêté, sur ce qu'il fait et comment il le fait, la façon dont il le vit et ce qu'il en pense. Les résultats ne doivent pas être généralisables, c'est pourquoi l'entretien peut faire l'objet de modifications afin qu'il puisse renseigner de manière précise et la plus complète possible sur une situation ou une expérience, sans que la qualité des résultats ne soit remise en question (Aujoulat, 2018).

## 3. Cadre de recherche

La ville de Bruxelles, première ville belge labélisée « Ville-Amie des Aînés » en 2010, a été choisie comme lieu pour l'étude. Depuis 2010, la ville a développé une véritable politique orientée vers les séniors. Elle s'est également souscrite à la déclaration de Berlin en 2011, participe au programme européen Afe-Innovet et est affiliée à la Convention sur le changement démographique. Dans cette perspective, plusieurs axes politiques ont été établis :

- être une ville plus accueillante avec des antennes séniors dans tous les quartiers de la ville et un développement de maisons séniors ;
- rendre les espaces publics plus accessibles aux aînés en développant les pratiques sportives et de santé chez les 55 ans et plus ;
- soutenir l'engagement des citoyens séniors grâce à la solidarité intergénérationnelle et le maintien à domicile ;
- développer des logements adaptés aux personnes âgées;
- promouvoir la collaboration entre les institutions de soins aux aînés (Réseau francophone VADA, 2019).

## 4. Population de référence et échantillonnage

Pour pouvoir répondre à notre question de recherche, nous avons cherché à inclure des profils **divers** de professionnels qui étaient en contact avec la population âgée susceptible d'être isolée socialement. Pour rechercher des professionnels de santé de la première ligne de soins dans la ville de Bruxelles, une consultation du répertoire médico-social du SIDS de Bruxelles a été réalisée afin d'obtenir des contacts pertinents à l'exploration de la question de recherche et des objectifs établis. Le chercheur a, d'une part, contacté par mail et par téléphone des centres de coordination qui travaillent en collaboration avec plusieurs acteurs de la première ligne de soins oeuvrant auprès de personnes âgées de 65 ans et plus isolées à domicile, comme les centres Aide & Soins à Domicile (ASD), Centrale des Services à Domicile (CSD), Soins Chez Soi, COSEDI Asbl, Soins à Domicile Asbl et Arémis asbl. Ceux-ci ont pu mettre le chercheur en relation avec des infirmières à domicile, des aide-familiales et gardes malades de ces mêmes centres. D'autre part, des professionnels de la santé de la première ligne de soins travaillant de manière isolée ont été interpellés, comme les infirmières à domicile indépendantes et des médecins généralistes. De plus, des institutions de première ligne plus spécialisées dans les services rendus aux séniors ont également participé, comme le Service d'aide aux séniors, le Centre Public d'Action Sociale (CPAS) de Bruxelles qui offre des services de soutien à domicile et d'accompagnement de la personne âgée.

Lors de ces différents contacts, l'objectif de l'étude et le déroulement des entretiens ont été décrits afin que les participants puissent donner leur accord d'engagement (Annexe 3). Une dizaine de structures ont été contactées. Seules cinq ont accepté de participer à l'étude. Les refus étaient dus au manque de connaissance du label VADA ou aux contraintes de temps. Pour finir, 14 personnes ont participé aux entretiens exploratoires. Cependant, deux d'entre eux,

faisant partie d'une structure de la deuxième ligne de soins et ne travaillant pas au domicile de la personne âgée, n'ont pas été pris en compte dans les résultats.

Les **critères d'inclusion** à l'étude sont :

- les professionnels de la santé travaillant auprès de personnes âgées de 65 ans et plus isolées à domicile ;
- les professionnels de la santé travaillant au sein de la ville de Bruxelles, labélisée « Ville-Amie des Aînés » ;
- les professionnels de la santé appartenant à la première ligne de soins.

Les professionnels de la santé travaillant dans la deuxième ligne de soins **sont exclus** de l'étude.

## 5. L'outil de collecte de données

Les informations recueillies par une méthode qualitative peuvent être des entretiens (mots), une analyse documentaire (textes) et/ou des observations de comportements non-verbaux. Elles sont nombreuses et révèlent de la subjectivité d'une personne, d'une expérience. Le traitement et l'analyse de ces informations dépendront également du chercheur (Aujoulat, 2018).

Afin de comprendre la perception des professionnels de la santé des ressources et contraintes de l'adhésion au Réseau « Villes-Amies des Aînés », des entretiens exploratoires semi-dirigés seront utilisés pour récolter les données.

Le **guide d'entretien** (Annexe 4) a été construit après l'exploration théorique de la question de recherche. Il a ensuite été validé par la promotrice et pré-testé auprès d'une infirmière et un médecin généraliste afin qu'aucune ambiguïté dans les questions ne persiste et afin de s'assurer que les réponses étaient bien celles attendues par le chercheur. Le guide d'entretien est divisé en trois parties. Tout d'abord, il aborde les expériences des soignants dans le contexte de l'isolement social et la solitude des personnes âgées de 65 ans et plus. Ensuite, l'entretien précise la perception des soignants sur les moyens, les ressources et les freins de la prise en charge de cette problématique dans leur pratique quotidienne. Enfin, il aborde le concept de « Ville-Amie des Aînés » afin de mettre en évidence les connaissances des soignants à propos de ce label ainsi que son influence dans la lutte contre la solitude des personnes âgées et la promotion du vieillissement actif.

L'**observation** fait partie intégrante de la collecte des données dans une approche qualitative. C'est une pratique sociale qui permet d'analyser de façon inductive. Elle comprend deux aspects : une phase descriptive, où le chercheur fait l'inventaire et le dénombrement des pratiques sociales, et une phase d'interprétation, où il étudie le sens que donnent les acteurs à leurs pratiques. Elle peut être participante ou non et à découvert ou incognito. L'approche qualitative demande également au chercheur d'utiliser ses cinq sens, ses impressions et sentiments, la mémoire, la discipline et la rigueur et, enfin, la capacité d'étonnement. Enfin, les notes prises par le chercheur seront de type descriptif, des réflexions personnelles, des notes prospectives et une analyse provisoire (Lejeune, 2014).

Ce mémoire peut se baser également sur l'abduction, l'articulation entre la déduction et l'induction. En effet, d'une part, des concepts définis dans le cadre théorique vont être abordés dans les entretiens exploratoires, l'analyse des résultats et la discussion de ce mémoire. D'autre part, les apports empiriques et les réflexions autour des entretiens vont mener à des lectures scientifiques supplémentaires. Ces différentes étapes vont ainsi s'influencer et s'enrichir mutuellement (Lejeune, 2014).

## 6. Méthode d'analyse des données

Les résultats de l'analyse des informations obtenues par une approche qualitative ne peuvent pas être généralisables à une population. Ils doivent être contextualisés et concernent l'échantillon dont les informations sont issues. Ils peuvent être reproductibles à un échantillon qui aurait des caractéristiques similaires (transférabilité) et si l'analyse est suffisamment approfondie, les résultats peuvent avoir une valeur théorique « généralisable », comme dans la théorisation ancrée (Aujoulat, 2018).

L'analyse des entretiens permet de saisir le sens des informations au-delà des significations premières. Chaque entretien sera découpé en unités d'analyse, des thèmes à valeur de description. Chacune de ces unités d'analyse va recevoir une appellation. Elles sont à la fois en lien avec l'objectif de l'étude et le contenu de l'entretien (Lejeune, 2014).

Il y a deux niveaux d'analyse : **l'analyse descriptive** et l'**analyse interprétative**. La première consiste à rendre compte systématiquement et objectivement ce qui a été dit dans l'entretien par rapport au sujet de recherche. Elle permet le repérage et la documentation afin d'amorcer la phase de théorisation. L'analyse interprétative a une visée de conceptualisation ou de théorisation dans laquelle la subjectivité du chercheur et ses connaissances issues de la littérature vont permettre d'interpréter les résultats. Dans ce mémoire, la méthode qualitative

utilise une démarche inductive qui va faire émerger des thèmes qui ne seront pas prédéfinis (Aujoulat, 2018).

Dans le cadre de ce mémoire, la méthode utilisée est la **théorisation ancrée**. C'est une démarche et un processus d'élaboration qui permettent de produire de nouvelles théories à partir de théories issues d'un travail de production. C'est un travail interprétatif et de fidélité par rapport au matériau empirique. Cette méthode permet ainsi de rendre compte de ce dernier et de produire de nouvelles théories. La première règle, l'ancrage, consiste à se référer à ce que vivent les acteurs et le restituer fidèlement. Le but n'est pas d'appliquer des théories existantes, il est interdit de forcer le matériau pour le faire rentrer dans des cases préconçues (Lejeune, 2014).

La recherche qualitative est structurée par trois activités : le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif. Celles-ci ne sont pas successives mais s'organisent de manière itérative.

Les premiers contacts avec le matériau se réalisent grâce au **codage ouvert**. C'est l'étape où le chercheur ouvre un maximum de pistes de recherche concernant les caractéristiques du phénomène étudié. Ces propriétés vont servir de base à la théorisation ancrée. Dès le début de sa recherche, le chercheur produit des comptes-rendus qui comprennent les notes, remarques, questions, observations, documents fournis par les acteurs, etc. Il prépare avec rigueur son matériau afin de réaliser une micro-analyse et l'étiquetage par la suite. Ces étapes se nourrissent et s'enrichissent mutuellement (Lejeune, 2014). Tout d'abord, la micro-analyse consiste à s'immerger dans le matériau et mettre à distance des présupposés de l'analyste en explicitant tous les sens possibles du premier matériau collecté. Elle permet au chercheur d'apposer des annotations, principalement descriptives, sur les premiers éléments collectés (Lejeune, 2014). Ensuite, l'étiquetage se fait tout au long de la recherche, contrairement aux annotations qui ne se font qu'une seule fois, et consiste à consigner des mots, étiquettes, dans la marge. Cette opération réfléchie se nourrit de la compréhension du vécu de l'informateur par les micro-analyses réalisées au préalable. L'annotation décrit et explicite alors que l'étiquette caractérise un vécu et amorce une conceptualisation. Une bonne étiquette est expérientielle, non thématique, et soutient une propriété théorique. C'est en s'interrogeant parallèlement sur les catégories conceptuelles que caractérise chaque étiquette que l'analyste identifie des propriétés. Une catégorie est saturée lorsque le chercheur a observé comment fonctionne chacune des propriétés (Lejeune, 2014). Tout au long de sa recherche, le chercheur prend également des notes sous forme de compte-rendu qui vont constituer un journal de bord. Parallèlement à ses prises de notes, le chercheur réalisera des diagrammes, des tableaux, des

cartes topographiques qui représenteront physiquement ses conceptualisations. Nous parlons ici de schématisation et non de modélisation, plutôt utilisé dans la recherche quantitative. Les conceptualisations du chercheur vont être cristallisées sous forme de catégories. Celles-ci sont représentées par un seul terme qui recouvre un ensemble de notions (Lejeune, 2014).

Ensuite, le **codage axial** va permettre l'articulation des propriétés mises en évidence par le codage ouvert. Il est alors important pour le chercheur d'assurer la profondeur et la solidité de ces articulations. Il s'agit dans un premier temps d'identifier les propriétés qui sont liées, qui varient ensemble, qui dépendent l'une de l'autre (Lejeune, 2014).

Enfin, le **codage sélectif** est l'intégration des relations réalisées lors du codage axial. Cette étape permet de dresser la carte globale des relations et évalue la propension des propriétés à répondre à la question de recherche. Il permet également de sélectionner les éléments pertinents et en intégrer les articulations constitutives à la finalisation de la recherche (Lejeune, 2014).

## 7. Considération éthique

Tous les participants de l'étude ont été informés des objectifs et du déroulement de l'étude (Annexe 2) par mail et par téléphone. Ils ont été invités à s'exprimer de la manière la plus sincère et honnête possible. Ils ont alors marqué leur accord de participation par la signature d'un formulaire de consentement, dont une copie leur a été remise (Annexe 3). Leur participation est volontaire et ils étaient conscients qu'ils pouvaient y mettre fin à n'importe quel moment, sans qu'il soit nécessaire de se justifier et sans conséquence pour le participant. Ils seront enregistrés, après l'obtention de l'accord du répondant, afin d'être retranscrits pour une analyse postérieure. L'identité du participant sera remplacée par un code et restera ainsi anonyme et confidentielle. Le nom de l'institution sera également maintenu dans l'anonymat et remplacé par un nom fictif. Enfin, le chercheur s'est assuré de supprimer les enregistrements après la retranscription de l'entretien. Le responsable de l'étude reste à disposition des participants, par mail ou par téléphone, pendant l'étude mais également après s'ils souhaitent obtenir les résultats de l'étude. Le chercheur aura une attitude empathique et d'ouverture et instaura un climat de confiance avec les participants. Enfin, aucun accord de la Commission d'Ethique n'a été nécessaire étant donné que l'étude s'intéressait aux soignants et professionnels de la santé.

## 8. La position du chercheur

L'auteur de la recherche est Kelly Quertinmont, étudiante en Master de Santé Publique et a une formation initiale en soins infirmiers généraux, complétée par une formation en premiers secours de la Croix-Rouge. Elle a une expérience professionnelle d'une année en soins infirmiers à domicile et d'une autre année au sein d'une institution hospitalière dans laquelle elle a pu travailler dans différents services.

# VI. Résultats

## 1. Présentation de l'échantillon

L'exploration empirique de la question de recherche par des entretiens semi-dirigés s'est déroulée entre le mois de mars et mai 2019. La durée moyenne des entretiens est d'environ 45 minutes. Enfin, la majorité des entrevues se sont réalisées sur le lieu de travail des répondants. Après 10 entretiens, les nouveaux participants n'ajoutaient pas de données significatives et les thèmes obtenus offraient un cadre explicatif suffisant au regard des données collectées.

*Tableau 1. Résumé du profil des répondants*

| Répondant | Sexe[1] | Age (années) | Ancienneté (années) | Profils[2] | Date de l'entretien | Durée (minutes) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | M | 32 | 7 | Médecin généraliste indépendant | 21/03/19 | 35 |
| 2 | F | 48 | 24 | Infirmière SAD indépendante/ hospitalier | 25/03/19 | 37 |
| 3 | F | 29 | 4 | Coordinatrice/ psychologue | 29/03/19 | 45 |
| 4 | F | 54 | 31 | Infirmière cheffe SAD société | 5/04/19 | 62 |
| 5 | F | 46 | 23 | Infirmière SAD société | 5/04/19 | 51 |
| 6 | F | 26 | 2 | Coordinatrice/ assistante sociale | 12/04/19 | 44 |
| 7 | F | 48 | 25 | Coordinatrice/ infirmière SAD | 12/04/19 | 58 |
| 8 | F | 27 | 3 | Assistante sociale | 13/05/19 | 38 |
| 9 | F | 34 | 11 | Infirmière SAD/Maison médicale + projets en santé communautaire | 15/05/19 | 56 |
| 10 | M | 51 | 26 | Médecin généraliste | 20/05/19 | 29 |
| 11 | M | 42 | 4 | Coordinateur Maison de quartier | 21/05/19 | 25 |

Comme le montre le tableau 1, les répondants étaient majoritairement des femmes et leur âge variait entre 27 et 54 ans. L'ancienneté professionnelle des répondants variait de 2 à 31 ans. Enfin, les profils professionnels étaient très variés.

## 2. Présentation des résultats

Les entretiens avaient pour objectifs de mettre en évidence les contraintes et les ressources des moyens à disposition des professionnels de la première ligne de soins pour prendre en

[1] F (féminin) - M (masculin)
[2] SAD (soins à domicile)

charge l'isolement social et le sentiment de solitude des personnes âgées. Ils devaient pouvoir mettre en évidence la plus-value du label « Ville-Amie des aînés » dans cette problématique. Cependant, aucun des répondants n'a eu connaissance de ce label pour la ville de Bruxelles. C'est pourquoi, trois questions de l'entretien, abordant ce thème, n'ont pas pu être exposées lors des entrevues. Le chercheur a ainsi eu un rôle d'informateur du label VADA lors de plusieurs entretiens. Par conséquent, les résultats porteront principalement sur la perception des professionnels de santé de la première ligne de soins sur les moyens qu'ils ont à disposition pour agir sur l'isolement social des personnes âgées. Dans cette partie du mémoire, nous exposerons l'isolement social perçu par les professionnels de la santé de la première ligne de soins (fréquence, profils des personnes isolées, les réactions et ressentis), son dépistage, les moyens et ressources à dispositions de ces acteurs et, enfin, les informations et les programmes de prévention sur cette thématique. En dernier lieu, les facteurs facilitants et contraignants liés à la prise en charge de l'isolement social seront mis en évidence.

### 2.1. Expérience

La première question du guide d'entretien aborde l'expérience personnelle des répondants dans la problématique de l'isolement social et la solitude des personnes âgées à domicile qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne. Cette première approche permet au chercheur de se rendre compte du contexte et de la réalité de terrain des répondants. Cette question a pu mettre en évidence la fréquence de la thématique dans les soins de santé de première ligne, les profils de personnes âgées isolées rencontrées et, enfin, aborder les difficultés lors de situations complexes d'isolement social.

#### 2.1.1. Fréquence de la problématique

La fréquence de l'isolement social et la solitude chez les aînés permettent de mettre en évidence la préoccupation et l'importance de ce sujet dans la pratique quotidienne des répondants. L'ensemble des entretiens a rapporté que l'isolement social des personnes âgées était une problématique récurrente dans le quotidien des professionnels de la santé de première ligne de soins. Un bon nombre d'entre eux ont mentionné qu'elle était **fortement présente**, hebdomadaire pour certains, voire quotidienne pour d'autres (« c'est quelque chose que je rencontre fréquemment » [R2(5)] , « il y en a vraiment beaucoup qui se sentent seuls » [R2(12)] , « c'est une problématique que je rencontre très très fréquemment » [R3(6)], « presque la moitié des demandes » [R3(15)], « C'est entre 50 et 60% de nos patients qui sont

isolés » [R7(9)]). De plus, ils ont mentionné que cette problématique s'amplifiait avec l'augmentation du nombre de personnes âgées, dont beaucoup vivent seules à domicile (« dans notre population de patients on a tout de même de plus en plus de personnes qui sont seules, les gens sont beaucoup plus âgés donc forcément ont plus de probabilité d'être seuls » [R4(7)]).

### 2.1.2. Les profils des personnes âgées isolées

Les répondants, des professionnels de santé de la première ligne de soins, rencontrent différents profils de personnes âgées isolées. Les entretiens exploratoires distinguent quatre catégories de personnes âgées isolées. Nous pouvons retrouver des personnes âgées qui sont isolées parce qu'elles n'ont **plus d'entourage**, que ce soit de la famille ou des proches (« on est le service qu'on appelle quand il n'y a pas de proches pour régler les problèmes » [R3(9)], « personnes qui n'ont plus d'enfants, qui n'en n'ont pas eu ou que le conjoint est décédé. Ils sont vraiment seuls, sans personne » [R7(9)]). Il y a également des **couples isolés** (« parfois c'est un couple qui est isolé parce qu'ils n'ont plus beaucoup de personnes autour d'eux » [R7(10)]). Ensuite, il peut y avoir des personnes âgées **seules avec des services d'aides à domicile**, par exemple des infirmières, des aides familiales ou des aides ménagères (« le seul contact qu'ils ont encore ça peut être l'aide-ménagère [R1(8)], « on l'aidait avec des services infirmiers et des aides familiales » [R3(20)]). Enfin, il y des personnes âgées isolées qui ont encore de la **famille ou des proches**, mais qui sont peu présents (« familles qui ne viennent pas très régulièrement » [R1(7)], « on a beaucoup de cas comme ça où les enfants se désintéressent totalement » [R3(40)]) pour plusieurs raisons, par exemple dû à des conflits familiaux (« elle était très isolée au niveau des aides de sa famille car les contacts avec les enfants étaient coupés » [R3(23)]), la distance (« personnes où les enfants sont partis à l'étranger. On voit qu'il y a un lien quelque part mais ils ne sont pas proches » [R5(9)]), les problèmes de santé ou le fardeau de la prise en charge de la personne âgée elle-même (« la famille a coupé les ponts pour des raisons de santé mentale ou des problèmes d'alcool » [R7(15)], « j'ai souvent l'impression que c'est la maladie qui isole le patient » [R7(41)]). De plus, les problèmes de santé semblent accentuer le sentiment de solitude de la personne âgée (« le sentiment de solitude peut plus vite revenir en cas de maladie et en période aiguë, où là nous devons être encore plus vigilantes » [R6(17)]). Lorsque les répondants sont en contact avec une personne âgée ayant ce dernier type de profil, l'isolement peut paraitre plus difficile à vivre d'un point de vue émotionnel pour les professionnels de santé (« dans ces cas-là, j'ai l'impression que l'isolement est vécu de manière plus violente » [R7(16)]). En effet, les répondants ont mentionné être parfois impliqués dans les conflits familiaux, en contact avec des familles épuisées et qui ont l'impression qu'elles ont

un devoir de loyauté (« la famille a parfois de bonnes raisons, ils se sentent impuissants ou épuisés et doivent se protéger » [R7(18)]).

Notons que certains répondants ont directement fait la distinction entre l'isolement social, diminution des contacts sociaux, et le sentiment de solitude (« personne se sent seule et qui a besoin de quelqu'un auprès d'elle et la personne qui se retrouve réellement seule, qui n'a pas d'entourage » [R2(6)]). En fonction de ces profils, les ressources, les contraintes, les approches et les pistes de solutions liées à la prise en charge sont différentes.

### 2.2. Les réactions aux situations d'isolement social

La deuxième question du guide d'entretien a permis, d'une part, de mettre en avant le ressenti des répondants face aux situations d'isolement social des personnes âgées qu'ils rencontrent dans leur pratique professionnelle. Celui-ci est la sensation et l'impact immédiat que leur renvoient une situation d'isolement et qui va guider l'opinion qu'ils ont sur la problématique. D'autre part, cette question aborde également leurs premières réactions, ce qu'ils mettent directement en place lorsqu'ils sont face à ces situations d'isolement.

#### 2.2.1. Les ressentis

Les premiers ressentis face à une situation d'isolement social et/ou de sentiment de solitude chez les personnes âgées est l'**incompréhension**, où surviennent beaucoup de questions pour les soignants (« c'est toujours très interpellant de se dire que pendant toute sa vie la personne a été entourée de ses enfants ou autre, et là, elle se retrouve totalement seule face à ses problèmes » [R8(25)], « la première réaction c'est quand même l'étonnement. On essaye de comprendre la situation » [R3(54)]) qui peut mener dans certains cas à de la **frustration** (« d'un côté c'est un peu révoltant » [R5(27)], « on a l'impression d'être des bouches trous » [R5(29)]).

Ensuite, les répondants mentionnent également de l'**empathie** (« il y a d'abord beaucoup d'empathie » [R7(52)]) envers la personne âgée isolée (« on peut avoir pitié de la vieille personne qui n'a pas demandé cette situation et qui se retrouve un peu abandonnée » [R5(30)]) qui mène certains professionnels de la santé à s'investir **au-delà du rôle de soignant** (« on a du mal à prendre du recul parce qu'on s'implique de trop. Parfois, l'implication va au-delà de notre travail » [R3(45)]). Dans cette démarche, les professionnels essayent de ne pas porter de **jugement** (« on essaye de ne jamais avoir de jugement » [R3(50)], « on essaye de ne jamais se positionner dans le problème » [R6(36)]). Ces sentiments peuvent alors faire place à l'**épuisement** des professionnels de la santé (« ça m'épuise parce que c'est beaucoup de

dialogue » [R2(24)], « on ressent la lourdeur quand les situations durent plusieurs semaines » [R7(52)], « on se sent dépassés » [R3(45)], « on peut se sentir découragée » [R7(64)]) car cette problématique, surtout dans les situations compliquées, est très énergivore pour les acteurs de terrain. De plus, certains professionnels ressentent une certaine **responsabilité** envers ces patients (« ça fait peur parce que ça donne une certaine responsabilité car les patients s'attachent bien plus que dans les limites du travail » [R6(153)]).

Enfin, beaucoup de répondants se sentent **impuissants** face à certaines situations d'isolement social qu'ils rencontrent («je me sens impuissante parce que je ne suis que l'infirmière » [R1(25)], « un sentiment d'impuissance quand ce qu'on veut mettre en place ne fonctionne pas » [R7(65)]).

### 2.2.2. Les réactions

La première réaction des répondants est la mise en place d'un **dialogue** avec la personne âgée isolée (« beaucoup de discussions » [R2(17)], « on met beaucoup d'écoute en place car il est difficile d'agir tout de suite » [R6(23)]) afin d'établir une relation de confiance entre elle et le professionnel de la santé. Cet échange entre les deux parties permet de **comprendre l'histoire** et de « **faire le point** sur la situation » [R1(14)] (« voir à quel point l'isolement est important » [R8(38)]) sur les besoins de la personne âgée afin que le soignant puisse étudier les différentes **possibilités d'action** à mettre en place (« on voit ce qu'on peut mettre en place d'un point de vue médical pur et un peu plus social» [R1(18)]) et adaptées au patient (« voir ce qui existe et s'organiser en fonction » [R1(19)], « il faut toujours faire en fonction de la demande du patient » [R6(100)]). Ces discussions permettent également de s'assurer que la personne peut prendre des décisions pour elle-même sans se mettre en danger (« on essaye de voir si la personne est décisionnelle ou non, si elle sait prendre des décisions pour elle-même en connaissance de cause » [R8(28)], « souvent en gériatrie on se rend compte que la personne n'est pas décisionnelle » [R8(36)]).

Cependant, ces échanges prennent du **temps** (« je prends pas mal de temps avec eux » [R2(24)], « je ne peux pas être tout le temps là et je ne peux pas remplacer la famille » [R2(26)], « notre rôle est de prendre le temps qu'il faut pour écouter la personne» [R6(107)], « on voudrait toujours plus de temps » [R6(112)]) et il n'est pas toujours évident pour les professionnels de la santé de **comprendre la situation** de la personne âgée (« c'est très difficile de s'immerger et bien comprendre la vie de la personne qu'on prend en charge » [R3(52)]).

### 2.3. Le dépistage de l'isolement social et du sentiment de solitude

Le dépistage de l'isolement social vise à détecter un ou plusieurs signes ou symptômes caractéristiques à la problématique et pouvant mener à une investigation plus approfondie des professionnels de santé. Il permet ainsi de mettre en place des actions plus proactives avant l'apparition des conséquences négatives de l'isolement pour le patient. Aucun des répondants n'est sensibilisé directement au dépistage de l'isolement social des personnes âgées (« dans ma pratique professionnelle, je ne suis pas sensibilisé au dépistage des personnes âgées isolées » [R1(50)]). Cependant, les professionnels de la santé de la première ligne de soins recherchent les signes d'isolement indirectement, de manière inconsciente, dans leur pratique quotidienne (« on n'a pas d'outils, mais j'ai l'impression qu'on le fait nous-même automatiquement » [R3(61)], « c'est vraiment nous en fonction du vécu qu'on a avec nos bénéficiaires » [R3(76)], « on s'en rend compte sur le terrain » [R4 (139)]).

#### 2.3.1. Dépistage en pratique

Les répondants sont mis au courant d'une situation problématique d'isolement social par plusieurs moyens. Tout d'abord, ils peuvent être **interpellés par d'autres acteurs** (« chez nous, on est souvent alerté par les assistantes sociales et les infirmières qui sont interpellées par un médecin » [R6(130)], « c'est l'infirmière qui remarque que la personne ne reçoit personne ou qui voit que plus rien ne fonctionne et que la personne se laisse aller » [R5(144)], « ça arrive souvent qu'une infirmière vienne vers nous pour chercher des solutions » [R5(151)]). En effet, il semble que c'est en ayant une bonne **connaissance de la personne** que le soignant peut dépister l'isolement social et le sentiment de solitude (« à force de connaitre les gens, on peut s'en rendre compte, même si ça peut se dépister plus tôt » [R1(56)], « faire des liens avec les différents éléments qu'on perçoit » [R2(108)]). Enfin, la recherche de **personnes de contacts** permet de mettre en évidence un entourage et dépister ainsi l'isolement social (« creuser en collaboration avec les services sociaux pour avoir une personne de contact et voir si la personne est à même de discuter avec nous » [R3(63)]).

#### 2.3.2. Pistes de solutions

Les répondants ont montré leur intérêt au développement des moyens de dépistage de l'isolement social qui pourraient les guider dans leur pratique quotidienne (« on pourrait intervenir plus rapidement si un système de dépistage existait » [R1(63)], « on peut gagner du temps par la suite » [R2(120)]).

Plusieurs répondants ont proposé le développement d'**outils** afin de les aider à dépister l'isolement social (« je crois qu'on devrait avoir plus d'outils » [R3(70)], « une échelle, comme celle de la douleur, ça pourrait être pas mal en pratique » [R2(113)], « mise en place de voyants ou alertes au moment de l'anamnèse » [R7(170)]). Ils pourraient être une ressource, d'une part, dans le suivi et la continuité des prises en charge (« intéressant s'il y a un suivi et une solution derrière » [R1(54)]) et d'autre part, dans la synthèse et la concentration des données (« utile d'avoir un outil pour savoir à quoi faire attention et mettre en place un meilleur suivi » [R6(138)], « intéressant pour ne pas s'éparpiller dans tous les domaines d'action » [R6(143)]). Cependant, ils insistent sur la prise en compte des contraintes de l'utilisation de ces outils (« voir les modalités de ce dépistage, si c'est facile à mettre en place ou si c'est quelque chose de contraignant qui demande du temps » [R1(65)]).

Plusieurs coordinateurs ont insisté sur l'investissement et l'implication des **hôpitaux** dans les prises en charge d'isolement social (« les hôpitaux devraient s'investir et s'informer davantage sur cette problématique » [R3(70)], « améliorer la communication avec les hôpitaux » [R3(82)], « les dossiers patients informatisés pourraient nous faire gagner un peu de temps » [R3(83)], « est-ce que les infirmières d'étage sont sensibilisées à cette problématique ? » [R7(165)], « faire des screening grâce à des indicateurs et consulter l'équipe de liaison gériatrique qui est très performante dans la détection de l'isolement social » [R7(176)]).

Ensuite, chaque soignant ou acteur auprès de la personne âgée devrait pouvoir s'intéresser à son **environnement** (« on fait attention à tout son milieu (voisins, bénévoles, pharmacie, etc.) » [R3(87)], « il faut regarder plus large, quels sont les besoins du patient et être attentif à ses difficultés » [R4(157)], « l'infirmière peut y faire attention et ensuite contacter les services plus adéquats » [R5(159)], « avoir une vision beaucoup plus sociale et globale » [R4(189)], « détecter les indices de fragilité en lien avec l'isolement social » [R7(175)].

Enfin, plusieurs répondants ont mis l'attention sur le **discours** des personnes âgées (« peut-être faire attention au vocabulaire et la manière dont la personne se plaint » [R2(103)], « parfois les patients lâchent un petit mot qui pourrait nous alerter, ou faire attention à leur attitude » [R2(105)]), ce qui pourrait les aider à se focaliser sur les préoccupations du patient, qui ne sont pas toujours les mêmes que les priorités des soignants.

### 2.4. Moyens de prise en charge de l'isolement social et la solitude des personnes âgées

Les moyens qu'utilisent les professionnels de la santé dans la lutte contre l'isolement social sont les possibilités, les capacités, dont ils disposent pour mettre en place une action ou

une solution. Ils peuvent mettre en évidence les ressources pour agir sur le sentiment de solitude et l'isolement social des personnes âgées. Par les entretiens, le chercheur a pu les classifier en trois catégories : les moyens individuels, propres au professionnel, les réseaux de professionnels et enfin, les structures d'aide.

### 2.4.1. Les moyens individuels

Dans un premier temps, les répondants ont mis l'importance sur la **discussion** pour comprendre et lutter contre, l'isolement social (« je parle avec eux » [R2(82)], « je ne parle pas spécialement d'activités avec mes patients, mais je discute beaucoup » [R6(80)]). Cette démarche permet de « faire le point sur la situation et voir les désirs du patient » [R1(14)] (« connaitre la personne, voir ce qui est gérable à domicile et voir ce qui est faisable à mettre en place » [R1(15)]). Les soignants peuvent alors rentrer dans une **relation de confiance** avec la personne âgée isolée afin d'obtenir sa participation aux activités et solutions proposées (« si la personne est d'accord parce qu'on ne peut rien faire sans son accord » [R3(92)]). Afin de favoriser cet engagement de la personne âgée, les soignants cherchent « les différents centres d'intérêt de la personne » [R7(110)] et essaye de « partir de ses propres loisirs » [R3(94)]. La coordination insiste sur le fait qu'ils sont « le premier relais, notre but c'est qu'ils aient d'autres personnes de référence » [R6(55)].

Quand la personne âgée isolée a encore de l'entourage, certains professionnels, dans certaines situations, prennent contact avec la famille ou les proches afin d'obtenir plus d'explication sur la situation de la personne âgée ou de créer une collaboration avec eux (« se mettre en relation avec la famille » [R1(16)], « j'ai discuté avec le fils » [R2(58)]).

Enfin, les répondants ont explicité quelques **conseils personnels** qu'ils transmettent aux personnes âgées isolées afin de « les divertir déjà dans leurs activités quotidiennes pour faire diminuer la pensée d'être tout seul » [R2(87)], comme par exemple, « allumer la télé, ne pas se lever trop tard le matin et se reposer l'après-midi, petites activités à faire dans la maison pour cadrer leur journée » [R2(83)], ou « prendre un animal de compagnie, etc. » [R2(37)].

### 2.4.2. Les réseaux professionnels

Les répondants font rapidement appel aux autres professionnels (« ce qu'on essaye de faire c'est d'avoir un retour des différents prestataires qui vont à domicile, lors de réunions par exemple » [R3(2017)]). Par exemple, cela peut être les **médecins** généralistes ou spécialistes (« parfois je téléphone au médecin » [R2(73)], « on a les médecins, et surtout en gériatrie, je les

trouve particulièrement à l'écoute » [R6(50)]). Si ceux-ci sont inexistants, les répondants mettent rapidement un réseau de professionnels en place. En effet, « les aides professionnelles, ce n'est pas un support social mais c'est déjà des visites régulières qui peuvent déjà aider les personnes âgées isolées » [R7(78)]. C'est pourquoi, les entretiens exploratoires ont montré qu'un moyen important était la mise en place **d'aides familiales** (« j'essaye d'encourager à prendre une aide familiale, pour avoir une compagnie » [R2(33)]) ou **gardes malades** (« utilisation du service GAM, garde malade de Bruxelles » [R5(176)]), la consultation d'**assistantes sociales** (« on a les assistantes sociales qui nous aident à réfléchir à plusieurs » [R6(48)]) et les **infirmiers** (« le réseau infirmier et assistantes sociales est très important. C'est avec eux que j'essaye de passer un maximum » [R1(39)], « je travaille beaucoup avec les assistantes sociales et les infirmiers pour tout ce qui est soins et coordination de soins » [R1(43)]).

Une ressource importante mise en évidence par les répondants est le **service de coordination** de soins (« la coordination de soins sait bien nous expliquer la situation du patient » [R6(51)], « le centre de coordination est un atout qu'on a, on doit l'utiliser. C'est une force» [R5(121)]). De plus, les centres collaborent et travaillent ensemble (« on est en lien avec les quatre grosses structures de coordination à Bruxelles » [R4(126)]).

### 2.4.3. Les structures

« Je trouve qu'il y a énormément de possibilités sur le terrain bruxellois, aussi bien proposées par les communes, le CPAS, des asbl, des associations bénévoles, etc. » [R7(74)].
Il existe des **services** et de **centres** proposant des **activités** aux personnes âgées. Certains d'entre eux ont été cités par les répondants, comme les « centres de jours ou activités qui pourraient l'intéresser » [R3(93)], « bénévoles de la Croix-Rouge pour discuter, se balader ou des choses comme ça » [R3(99)], « séjours à la mer du Nord » [R3(100)], le « projet Helper » [R3(263)], les « restaurant sociaux des communes » [R7(89)] ou encore les « services de transport, activités pendant la journée (jouer aux cartes, tricoter, etc.) » [R4(73)]. Certains répondants ont également mentionné les activités proposées par les maisons médicales comme d'importantes ressources (« les maisons médicales qui proposent des approches plus globales et des projets à leurs bénéficiaires qui sont souvent très intéressants » [R7(98)]). Ils ont ainsi mis en évidence que beaucoup d'activités, actions et solutions existent au niveau communal (« plein de choses au niveau local qui peuvent se mettre en place » [R5(81)]). Cependant, ces activités dépendent « de la commune où la personne isolée se trouve dans Bruxelles » [R4(71)] et ne sont pas regroupées afin d'être accessibles à tous les soignants (« on n'a pas une liste avec

toutes les structures qui existent, même s'il y a des répertoires » [R4(88)]). Ils n'ont ainsi pas toujours connaissance des projets et activités proposés dans le secteur dans lequel ils se trouvent (« je ne les connais pas assez » [R7(76)]). De plus, les répondants ont tendance à collaborer avec les structures bien connues (« il y a des structures où on hésite beaucoup plus même si on sait que ça existe. On sait où ça fonctionne bien et où il y a des lacunes » [R4(176)]) et sont ainsi parfois réticents à contacter des nouvelles initiatives.

Les **centres publics d'action sociale** sont également des structures auxquels plusieurs répondants ont fait référence (« j'ai recours beaucoup aux CPAS et leurs assistantes sociales » [R1(44)]). Ce sont principalement les coordinateurs qui sont en relation avec ces structures afin de partager les services et les projets autour des séniors (« nous collaborons de temps en temps avec les services du CPAS, mais on n'est pas spécialement toujours tenu au courant des actions et des campagnes qu'ils entreprennent par rapport aux séniors » [R3(236)]).

### 2.5. Informations et formations

La question abordant les éventuelles informations ou formations reçues au sujet de l'isolement social des personnes âgées permet au chercheur de mettre en évidence, en partie, les connaissances théoriques acquises des répondants sur cette thématique. Cette question a pour objectif de comprendre si les informations et les formations suivies ont aidé les acteurs de terrain dans leur prise en charge de l'isolement social chez les personnes âgées à domicile.

#### 2.5.1. Suivi de formations et informations

**Aucun** des répondants n'a suivi ou reçu une formation et/ou une information spécifique au thème de l'isolement social de la personne âgée (« je n'ai pas suivi de formation spécifique sur l'isolement social des personnes âgées » [R1(135)], « je ne sais même pas si ça existe » [R2(137)], « je n'ai pas suivi de formation ou information, on apprend beaucoup sur le terrain et par notre expérience » [R6(169)], « on a pas grand-chose qui arrive jusqu'à nous, c'est notre expérience sur le terrain qui compte » [R8(134)]). Cependant, certains ont mentionné qu'ils avaient reçu de l'information mais pas directement sur ce sujet. De plus, le sujet de la solitude et de l'isolement social ne semble pas faire **l'objet de formations spécifiques** (« plusieurs formations nous sont proposées mais je n'en ai pas encore eu sur l'isolement, et je ne pense pas que cette problématique se trouve dans le catalogue des formations » [R3(156)], « dans le réseau social, je n'ai pas le souvenir d'une proposition d'une formation sur cette problématique » [R7(192)]).

Néanmoins, la majorité des répondants sont **demandeurs** d'informations et formations à ce sujet (« ce serait vraiment intéressant. Mais peut-être sous forme écrite ou informatique plutôt qu'une formation académique » [R1(141)], « intéressant d'avoir des brochures qui expliquent les ressources et les réseaux à disposition » [R1(143)], « ce serait bien avec le développement des spécialisations aujourd'hui. Ça pourrait vraiment nous guider dans les prises en charge » [R2(139)], « on est très demandeuses de ce genre de formation parce que c'est une problématique très fréquente et que les propositions qu'on propose ne conviennent pas toujours au bénéficiaire » [R3(158)]).

### 2.5.2. Les canaux de communication

Le chercheur a alors demandé aux répondants quel était, selon eux, le meilleur canal de communication pour recevoir de l'information et les propositions de formation. Trois principaux canaux ont alors été mis en évidence.

Tout d'abord, l'utilisation d'**internet** (« déjà, les sites internet » [R2(162)], « internet, pour moi, reste la source la plus fiable parce que les informations sont normalement à jour » [R7(139)]) ou des **sites spécifiques** semble être des ressources importantes dans la communication (« passer par le CBIP. Je sais que chez les jeunes médecins c'est ce qui est fort lu » [R1(184)], « passer par le GLEM, tout ce qui est formation continue » [R1(188)], « les groupes Facebook, par exemple infirmiers de Belgique. Je trouve ça génial parce que quand les gens ont des petits formations ou suivis des séminaires, ils les publient et si cela me capte je clique sur le lien et je vais m'informer plus loin » [R2(164)], « dommage qu'il n'existe pas un site spécifique aux infirmiers » [R2(168)]).

Ensuite, les **échanges interprofessionnels** face à face sont fortement utilisés par les acteurs (« il est important de se faire connaitre par l'interconnectivité » [R4(105)], « présentation face à face » [R3(284)], « rencontres avec les médecins traitants » [R4(215)]). Ils peuvent mener ainsi à des partenariats et des réseaux (« on signe des conventions avec des maisons médicales » [R4(219)], « on a aussi des alliances thérapeutiques avec des soignants qu'on connait depuis toujours et dont on connait bien la façon de fonctionner » [R7(140)], « je pense que les associations peuvent se faire connaitre par les mutuelles (site internet, journaux, etc.) » [R7(135)], « se faire connaitre par les services sociaux et les médecins de l'institution et on doit assurer la continuité de notre visibilité » [R7(132)]). La communication doit ainsi se faire par tous les acteurs (« la communication doit aller dans les deux sens. C'est pourquoi, on essaye d'être vus. On essaye de se faire connaitre et se mettre au courant des autres acteurs et structures qui existent » [R5(103)], « ça peut être le rôle de la coordination de faire ces

recherches et d'aller se présenter aux autres petites structures communales » [R4(101)]). Néanmoins, pour beaucoup d'acteurs, « la meilleure publicité, c'est le bouche à oreille » [R5(218)]. Certains acteurs travaillent sur plusieurs communes en même temps et ne savent pas être au courant de tout ce qui existe au niveau local (« nous sommes un centre de coordination sur l'ensemble des communes, nous ne sommes pas les premiers au courant des structures qui existent » [R4(99)]).

Enfin, les répondants ont insisté sur les moyens qui permettent une **visibilité** des associations et des structures (« via les infirmières qui ont des petites cartes de visites » [R4(211)], « visualisation de nos voitures qui ne passent pas inaperçues » [R4(212)], « distribution de brochures, par exemple en pharmacie du quartier » [R4(214)], « les brochures, je trouve ça intéressant » [R1(183)], « il y a aussi les journaux communaux comme les bulletins mensuels » [R7(136)], « Ca peut être à plus petite échelle, comme former les acteurs locaux » [R1(189)]).

### 2.6. Programmes de prévention contre l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées

Aucun des répondants n'a eu connaissance d'une éventuelle campagne de prévention de l'isolement social des personnes âgées (« ce genre de campagne ne me parle pas du tout » [R3(166)], « je n'ai jamais entendu ce genre de programme, pas spécifiquement sur la lutte de l'isolement social » [R1(149), « je ne connais pas non plus de programme là-dessus » [R2(144)]). Elle devrait être présente « au niveau des maisons médicales ou de quartiers » [R7(199)].

### 2.7. Les facteurs facilitant et contraignant la prise en charge de l'isolement social

Enfin, pour terminer l'entretien, le chercheur s'est intéressé aux ressources et contraintes perçues par les soignants dans leur prise en charge de l'isolement social des personnes âgées.

#### 2.7.1. Les facteurs facilitants

Le premier facteur facilitant la prise en charge de l'isolement social mis en évidence par les acteurs est le **réseau professionnel** (« le travail en collaboration est primordial » [R2(227)], « les facteurs facilitants pour moi c'est vraiment la collaboration » [R3(170)], « le soutien du réseau est aussi important » [R6(187)]). En effet, les différents prestataires de soins à domicile peuvent être des relais importants (« tous les relais professionnels » [R8(165)]), d'une part, pour

interpeller (« les infirmiers de nos centres prennent souvent le temps de nous alarmer quand ils sont face à des situations d'isolement » [R3(240)], « les infirmiers passent tous les jours, ils connaissent mieux nos patients et viennent nous alerter » [R1(126)]) et, d'autre part, pour mettre en place des solutions adaptées à la situation de la personne âgée (« je me base beaucoup sur l'équipe pluridisciplinaire pour proposer des solutions. Ils me permettent de comprendre toutes les dimensions du patient » [R8(68)], « les professionnels du domicile sont des ressources importantes pour mettre quelque chose d'adapté en place » [R8(168)]). Plusieurs répondants insistent particulièrement sur le « réseau infirmier » [R1(156)] et sur la collaboration avec le médecin traitant (« les médecins traitants sont des très bons contacts à avoir surtout avec les personnes âgées, qui l'ont généralement de longue date » [R8(170)]). Les répondants mettent également en avant l'intégration et la collaboration de tous les acteurs (« si on travaille en collaboration et qu'on incorpore l'infirmière et la structure, ça pourrait être efficace » [R2(208)], « je pense que travailler en collaboration, comme dans notre centre, ça peut être une ressource pour les prestataires car tout est rassemblé à un endroit et un numéro » [R3(242)]).

Ensuite, la mise en évidence d'une **personne de contact** dans l'entourage **(proches ou la famille)** peut, dans certaines situations, être un premier relai (« facilitant, je dirais la famille qui peut être un premier relai quand ils viennent nous trouver parce qu'ils se rendent compte qu'il y a un problème » [R1(154)]), « ce sont aussi les personnes ressources autour de la personne isolée qui ne sont pas professionnelles » [R8(166)]). La famille ou les proches peuvent également faciliter la prise en charge (« quand la famille est présente c'est souvent plus facile » [R1(26)]). Enfin, une infirmière a remarqué que chez les « patients d'origine étrangère, il n'y a pas ce problème d'isolement parce que la famille est toujours présente » [R5(236)].

Avant d'entreprendre une solution avec la personne âgée isolée, les répondants mettent en place une **relation de confiance**, en assurant le suivi et la continuité d'une prise en charge. Les soignants doivent ainsi faire souvent preuve d'empathie et de non-jugement (« empathie et le non-jugement sont importants » [R6(180)]). Comme vu précédemment, la confiance de la personne âgée dans les soignants favorise sa participation dans une solution proposée (« c'est souvent grâce à la confiance qu'elles ont dans leur médecin ou infirmière que quelque chose peut aboutir » [R1(103)], « la façon dont on aborde la personne âgée peut être très importante pour qu'elle accepte la suite de la prise en charge » [R2(220)]). En effet, « les personnes âgées sont souvent méfiantes aux premiers abords » [R2(257)]. Connaitre le patient permet aussi de se rendre plus rapidement de la survenue d'un problème, comme l'isolement social ou le sentiment de solitude (« quand on les connait en général, on se rend compte qu'il y a un souci. Les gens qui ne sont pas suivis sont des personnes où on a difficile d'agir » [R1(175)]).

Cependant cette démarche demande du temps aux soignants (« ce n'est pas toujours évident de les convaincre, il faut rentrer dans une relation de confiance qui prend du temps » [R5(254)]). Le **temps** est ainsi perçu comme une ressource pour deux coordinatrices (« on peut clairement accorder du temps et de l'écoute » [R6(178)], « le fait qu'on soit disponible et pas dans les soins » [R6(175)], « on a un agenda mais on est libre de l'adapter à nos demandes » [R6(177)]).

Le quatrième élément facilitant est l'**information** sur les moyens existants pour lutter contre l'isolement social. Avoir la connaissance des différentes pistes de solutions est perçue comme une ressource aux prises en charge de la solitude des personnes âgées. Les répondants ont ainsi besoin d'informations sur la problématique (« être plus informés sur ce qui existe et ce qu'on peut mettre en place » [R3(171)], « j'ai besoin de m'enrichir et d'apprendre » [R3(177)]). Il existe de multiples façons de s'informer, comme par exemple « participer à des colloques » [R3(179)] ou utiliser le « système informatique pour trouver l'information » [R4(248)].

Enfin, les répondants ont souligné la **diversité des services** présents à Bruxelles comme ressource (« la multiplicité des services à Bruxelles est pour moi un facteur facilitant » [R7(203)]**,** « il y plusieurs structures qui proposent les mêmes services » [R7(204)]). Les répondants ont également mis en évidence leur besoin de **soutien** dans cette problématique (« le fait qu'il y ait un encouragement communal et social, une attention portée sur le troisième âge, ça pourrait vraiment faciliter tout ce qui est prévention et dépistage » [R1(170)]**,** « ça pourrait être une grande aide si une structure s'occupait d'aller démarcher chez les gens » [R1(172)]).

### 2.7.2. Les facteurs contraignants

#### 2.7.2.1. Informations et formations

La première contrainte pour les répondants est le **manque d'informations et formations sur ce qui existe** pour lutter contre l'isolement social des personnes âgées (« tout ce qui est difficulté, je dirais le manque d'informations » [R1(157)], « ce qui pourrait être amélioré, c'est d'avoir plus d'information » [R2(196)], « si je suis informée, j'aurai déjà quelques moyens pour agir » [R2(249)], « on est jamais assez outillé parce qu'il y a toujours de nouvelles structures qui se mettent en place » [R4(172)]). Beaucoup apprennent sur le terrain et font alors des recherches personnelles (« on apprend vraiment sur le tas et on doit aller chercher nous-même l'information. On ne nous amène pas quelque chose » [R3(175)]). Certains répondants dénoncent également le manque de médiatisation des structures existantes (« je sais qu'il existe

des structures mais qui sont très peu connues, médiatisées et présentes auprès des professionnels » [R1(158)]).

#### 2.7.2.2. La collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle

Ensuite, les personnes interrogées ont mentionné la **collaboration professionnelle** comme facteurs contraignants. Tout d'abord, certains ont expliqué qu'il y avait souvent **beaucoup d'acteurs** au domicile des personnes âgées, ce qui a pour conséquence des difficultés de coordination entre les intervenants (« c'est des choses qui demandent plusieurs intervenants et ce n'est pas toujours facile de coordonner tout ça » [R1(25)]) mais il est également plus difficile d'assurer une bonne continuité et un suivi de la prise en charge (« les aides familiales viennent à une telle heure, l'infirmière à telle heure, sans qu'il y ait une continuité » [R2(211)], « ce serait bien qu'il y ait une liaison et des réunions comme ça on ne va pas dans tous les sens » [R2(199)]). Il arrive alors que des rôles se chevauchent. Le respect de la fonction de chaque acteur semble alors primordial afin que chacun puisse s'y retrouver correctement dans la prise en charge (« je pense qu'il est important que chacun respecte le rôle de l'autre, chacun a fait des études et je ne prends pas le boulot des autres » [R2(242)]). Certains répondants ont également mentionné le manque d'échange et de collaboration entre les prestataires (« par exemple, les aides familiales viennent quand nous on n'est pas là et on travaille très peu en collaboration » [R2(197)], « le manque d'échange avec les hôpitaux et les autres structures » [R3(180)]). Or, comme vu précédemment, cette collaboration interprofessionnelle semble être une ressource importante pour mettre en place une prise en charge adaptée au patient.

#### 2.7.2.3. La concurrence

La **concurrence** est également un frein pour plusieurs répondants (« il y a beaucoup d'infirmières à domicile et donc il commence à avoir beaucoup de concurrence » [R2(202)], « on voit aussi qu'il y a une concurrence féroce. On n'en souffrait pas avant » [R4(229)]). Celle-ci aurait pour conséquence, entre autres, une diminution du recours aux structures d'aide (« les infirmières ont peur de cette concurrence, donc elles ont peur de faire appel aux structures d'aide qui proposent aussi des soins à domicile » [R2(204)], « ils font de la coordination de leur côté et du coup ça ne va pas toujours avec nos services parce que ça se ressemble trop » [R3(253)]).

De plus, plusieurs infirmières ont mentionné un changement de leur rôle depuis plusieurs années. Elles se rendent compte qu'au domicile, surtout avec les personnes âgées, elles ont un **rôle social** important, parfois dépassant leur rôle médical (« on voit que les soins pour les patients c'est souvent secondaire. Ce qui compte, c'est la qualité du contact qu'on va leur offrir quand on est là [R5(139)]). Une infirmière cheffe fait également la distinction entre l'approche des infirmières A1 ou A2 et celles avec une spécialisation en santé communautaire, qui sont plus préoccupées par les aspects sociaux de leur prise en charge et qui pourraient ainsi mieux détecter les signes d'isolement social chez une personne âgée (« elle a une vision beaucoup plus sociale et elle a une approche globale » [R4(189)]). Cependant, ces aspects sociaux ne sont pas reconnus (« pour se rendre sur place il faut qu'il y ait du travail infirmier, médical. S'il n'y a que l'isolement, nous on va faire quoi ? c'est du bénévolat » [R2(229)], « on a un besoin médical parce qu'on a quand même fait des études pour ça » [R2(238)], « elles restent encore fort concentrées sur les actes techniques » [R4(187)]). De plus, notre système connait actuellement une **pénurie d'infirmiers** (« on pleure après des infirmières » [R4(224)]). Les structures de soins à domicile doivent ainsi s'adapter à cette demande sociale et ce manque de personnel. Certaines réorganisent leurs services pour donner plus de compétences aux aides-soignantes (« on doit développer le service des aides-soignantes. Ça va demander de réorganiser tout le service » [R4(226)]). Elles doivent également faire face à un manque de **disponibilité des services** (« je vois qu'on a de plus en plus moins de retour aux demandes qu'on fait dans les différents services et que les disponibilités sont de plus en plus réduites également. Beaucoup de services sont bouchés » [R3(107)], « aucune possibilité parce que les services sont saturés. Il manque de ressource » [R8(212)]).

#### 2.7.2.4. L'accès à l'information et aux services disponibles

Un autre frein pour plusieurs répondants est la **ville de Bruxelles** elle-même. Elle est divisée en 19 communes qui ont chacune une gestion et des priorités spécifiques à la localité, et proposent ainsi des services différents (« un frein c'est la ville de Bruxelles, il y a beaucoup de communes et plein de petites choses qui se mettent en place au niveau local. On ne sait pas tout connaitre » [R4(262)]). De plus, il semblerait qu'il y ait une différence de fonctionnement et d'organisation des services de santé entre les communes francophones et néerlandophones (« je sais que ces structures sont beaucoup plus développées du côté flamand » [R3(244)], « chez eux ils sensibilisent beaucoup sur la personne âgée, les maisons de quartier et de proximité » [R3(248)]). Les démarches administratives peuvent alors être une contrainte importante pour les soignants (« pour moi, les côtés contraignants ça peut être les démarches administratives

[R8(204)]). Par exemple, pour une reconnaissance de handicap (« les services externes ne reconnaissent pas les difficultés de mobilité de la personne. Ils imposaient que la première visite soit en cabinet et non à domicile, ce qui est un peu absurde » [R3(191)]) ou la mise sous administration de biens ou de personne (« un juge de paix se déplace après un mois si ça se passe bien, donc bon ce n'est pas facile pour nous cette démarche » [R8(18)], « ces démarches prennent énormément de temps » [R8(20)]).

#### 2.7.2.5. Le temps

Nous avons pu nous rendre compte, précédemment, que le temps pouvait être une ressource importante pour les répondants. En effet, l'ensemble des répondants s'accorde sur le fait que cette problématique nécessite un **investissement temporel** (« je reste un peu plus longtemps avec eux, je les mets en dernier dans ma tournée pour prendre ce temps » [R2(36)], « on essaye de prendre le temps qu'il faut. Notre rôle est justement de prendre le temps d'écouter la personne » [R6(108)]). Cependant, à l'exception de deux coordinatrices, beaucoup d'acteurs ont mentionné **manquer de temps** dans cette problématique d'isolement social (« le temps est pour moi est la plus grosse contrainte » [R2(223)], « les facteurs contraignants c'est pour moi d'abord le manque de temps » [R3(180)]). En effet, l'isolement « c'est une problématique très énergivore » [R1(168)], par exemple, dans l'établissement de la relation de confiance (« il faut rentrer dans une relation de confiance qui prend du temps » [R5(255)]) ou la recherche de pistes de solutions (« il y a des contraintes de temps. On n'a pas toujours le réflexe de se demander ce qu'on pourrait faire avec la personne et de contacter les personnes pertinentes, de mettre des choses en place » [R1(166)], « c'est quelque chose qui met du temps à se mettre en place et qui ne se fait pas du jour au lendemain [R1(104)], « il faut prendre la peine d'aller chercher et trouver, ça prend du temps » [R5(89)]). De plus, les répondants ont insisté sur le fait que l'isolement était une thématique très large, qui se traduit sur le terrain par autant de formes que de personnes isolées. Les acteurs doivent alors s'adapter à chaque situation (« il est difficile de généraliser notre pratique. Chaque patient à ses propres particularités et sa propre histoire. On doit donc composer différemment avec chacun » [R6(196)]) et n'ont pas la possibilité de généraliser des solutions de prise en charge (« faire du cas par cas de façon personnalisée » [R6(199)], « je n'ai pas une situation qui ressemble à une autre » [R6(196)], « on doit trouver des alternatives en collaboration avec les oncologues pour adapter le traitement au patient » [R7(39)], « faire du cas par cas c'est aussi un défi » [R8(209)]).

#### 2.7.2.6. L'âgisme

Ensuite, plusieurs répondants ont évoqué les freins dus aux **stéréotypes négatifs et préjugés sur la vieillesse** véhiculés dans notre société**.** En effet, « on met vite des étiquettes aujourd'hui » [R6(200)] ce qui renforce les personnes âgées dans leur isolement social (« beaucoup ont peur de sortir, de rencontrer des gens et de l'image qu'ils peuvent donner aux autres. La perception de ce qu'on renvoie comme image est importante et beaucoup ont un sentiment de honte par rapport à leur histoire » [R6(87)], « c'est une barrière qui l'empêche de rencontrer les autres. Le regard des autres c'est difficile pour elle » [R6(92)]). De plus, les regroupements de personnes âgées sont également stigmatisants (« la confrontation avec le vieux vieux de plus de 85 ans et les jeunes vieux de 70 ans n'est pas toujours évidente » [R7(89)], « ces rassemblements regroupent aussi des personnes avec des problèmes sociaux ou problèmes d'argent et je trouve que ça stigmatise un peu » [R7(94)]).

#### 2.7.2.7. La personne âgée

Enfin, tous les répondants ont mentionné **la personne âgée** elle-même comme frein à la prise en charge (« les freins peuvent également être au sein même des personnes âgées » [R3(183)]) pour diverses raisons. En effet, les personnes âgées sont une population fragile par des problèmes de santé, de mobilité, elles ont peur de l'institutionnalisation et ont un risque plus important de précarité et de logements inadaptés. Ces éléments vont dissuader les séniors à accepter les interventions proposées par les soignants pour pallier l'isolement social (« ils ne vont pas beaucoup sortir ou demander de l'aide » [R1(161)], « si on ne va pas vers eux, ils ne viendront pas vers nous » [R1(165)]).

Tout d'abord, la prise en charge de l'isolement social peut être une « importante difficulté parce que les gens sont vraiment seuls avec des problèmes de santé et de mobilité » [R1(160)] (« la **mobilisation** des personnes âgées est aussi un facteur important » [R2(250)]). En effet, les personnes âgées sont souvent atteintes de déficits fonctionnels qui peuvent accentuer l'isolement social (« pour participer à ce genre d'activités, les personnes âgées doivent être indépendantes et nous avons beaucoup de personnes qui ont des limitations fonctionnelles ou une mobilité réduite » [R7(104)], « la mobilité des personnes âgées est aussi quelque chose qui joue un rôle important dans l'isolement » [R3(189)], « c'est souvent très compliqué parce que c'est des personnes qui sont fragilisées au niveau de la mobilité ou autre chose » [R3(230)]). Ce frein de mobilité peut entraver leurs déplacements jusqu'aux services ou activités proposées par les soignants (« c'est ça qui est parfois délicat avec les personnes âgées, qui ne savent pas toujours se mobiliser pour se rendre à ce genre de structure » [R1(82)]). Les structures peuvent

être trop éloignées du domicile ou ne sont pas accessibles. De plus, les transports en commun ne semblent pas bien adaptés et accessibles aux personnes âgées avec des problèmes de mobilité (« pour beaucoup, prendre le tram ce n'est pas possible » [R2(252)], « ils n'y vont pas parce que c'est trop loin, qu'il faut prendre le tram ou un taxi, qu'il faut sortir de la maison » [R2(146)]). Les pathologies jouent ainsi un rôle important dans l'isolement social (« j'ai l'impression que c'est souvent la maladie qui isole le patient, d'un coup ils ne savent plus aller aux activités »[R7(41)], « sentiment de solitude peut plus vite revenir en cas de maladie et de période aiguë » [R6(16)]).

En parallèle avec ces limitations fonctionnelles, les répondants s'accordent sur le fait que les **troubles cognitifs** semblent accentuer les difficultés des prises en charge de l'isolement social (« même moi, qui était sa personne de référence, à la fin, elle commençait à me confondre avec l'administrateur de bien » [R3(36)], « il y a parfois des problèmes psychiques qui ne permettent pas aux personnes de sortir de chez elles » [R3(196)], « ce que je trouve aussi difficile, et qu'on rencontre de plus en plus, c'est les patients avec des troubles cognitifs de type Alzheimer »[R5(256)], « en plus de ça, Monsieur devient dément » [R7(29)], « des patients ravagés par l'alcool qui tombent dans l'isolement » [R7(44)], « les personnes désorientées qui ne savent pas exprimer clairement leurs souhaits et besoin, ça peut être difficile » [R8(173)]). Les troubles mentaux et sociaux semblent ainsi être indissociables (« les troubles mentaux, je me rends compte que ces pathologies sont une grande source d'isolement social. Aujourd'hui, les problèmes sociaux sont liés aux troubles mentaux et inversement » [R7(114)]) et peuvent mener à l'institutionnalisation de la personne en cas de troubles sévères (« si la personne n'est pas décisionnelle, ce qu'on voit souvent en gériatrie, et on peut se rendre compte qu'elle se met en danger au domicile » [R8(35)]). Le soutien et la collaboration avec une assistante sociale deviennent alors primordiaux (« j'interviens surtout quand il y a une grosse problématique médicale ou sociale » [R8(123)]).

Ensuite, les interrogés ont mis en évidence la difficulté d'obtenir **l'accord de la personne âgée** pour la prise en charge (« un frein, c'est l'acceptation du patient » [R5(251)]). Ils sont régulièrement face à des refus de propositions de solutions des séniors, ce qui ne leur permet pas d'agir sur l'isolement social (« on lui donne les moyens pour pallier sa solitude mais elle ne les prend pas » [R2(66)], « il faut toujours que le patient soit d'accord, c'est la base. On peut proposer, mais ne jamais imposer » [R5(161)], « si on propose quelque chose et que la personne refuse, on n'a aucun poids là-dessus » [R8(73)]). Il existe une multitude de raisons à ces refus, par exemple, d'une part, lorsque les personnes âgées ne sont pas demandeuses d'aide (« si la personne isolée n'est pas demandeuse d'aide, c'est toujours beaucoup plus difficile » [R1(84)],

« s'ils ne sont pas demandeurs, ils ne viendront pas vers des structures qui existent » [R1(176)]), certaines personnes âgées souhaitent cette solitude (« j'en ai qui cherchent la solitude » [R2(58)], « je vois qu'il y a des patients qui se confortent dans leur isolement et c'est difficile de sortir de cette situation » [R6(81)], «personnes qui s'isolent par elles-mêmes mais qui ne s'en rendent même pas compte » R2(8)]), d'autre part, « les personnes âgées se sentent seules mais beaucoup ne veulent pas de personnes chez elle, c'est contradictoire » [R2(178)] (« elles voient beaucoup de professionnels défiler et ça ne leur convient pas » [R2(180)], « ils se plaignent de l'isolement mais à côté de ça, ils ne veulent pas trop qu'on les embête » [R2(182)] « elle demande de l'aide et en même temps elle veut qu'on respecte sa tranquillité » [R2(194)], « elle ne voulait pas faire entrer un étranger chez elle » [R6(85)]). Enfin, les répondants peuvent être face à des personnes qui ont **peur de l'institutionnalisation**, des « situations où les gens refusent nos interventions parce qu'ils ont peur que ce soit une porte ouverte vers les institutions » [R1(32)] (« souvent ils sont demandeurs de rester à domicile » [R1(17)], « peur de mourir toute seule, ce qui joue un rôle important dans son attitude » [R2(68)], « les solutions qu'on lui proposait c'était comme si on voulait la placer » [R3(29)], « ils ont beaucoup de craintes à la sortie de leur logement »[R5(254)]). Les professionnels de soins doivent ainsi « toujours faire en fonction de la demande du patient » [R6(100)] et proposer une prise en charge pertinente et adaptée au patient.

Enfin, les répondants sont souvent contraints par le **manque de moyens financiers** de leurs patients ou bénéficiaires (« pour moi, c'est vraiment les moyens financiers qui posent problèmes » [R2(19)], « franchement s'ils n'ont pas les moyens financiers, je ne sais rien faire malheureusement » [R2(38)]). En effet, un bon nombre de solutions proposées aux personnes isolées pour pallier l'isolement demande une participation financière. Or, les répondants sont souvent face à des personnes âgées en situation de précarité (« je rencontre beaucoup de personnes précarisées » [R8(107)]) ou dans une situation socio-économique assez faible (« un autre facteur pour moi limitant ce sont les moyens financiers de la personne âgée qui est souvent dans la précarité et pour qui payer le moindre service doit être bien réfléchi » [R7(211)]). Les personnes isolées ont alors tendance à refuser les solutions proposées (« souvent ils disent qu'ils ne veulent pas parce que c'est payant » [R2(44)], « je sais qu'il existe des activités extérieures mais elle sont toujours payantes, ce n'est pas toujours facile à proposer à notre population » [R7(97)], « c'est parfois financièrement difficile [R1(24)]), « les patients se sentent seuls, ils le disent et s'en plaignent mais à côté de ça, ils ne veulent pas dépenser pour faire venir quelqu'un pour quelque chose qu'ils n'ont pas besoin » [R2(50)]. Des services à moindres coûts peuvent être proposés mais ne sont néanmoins pas nombreux et pas toujours acceptés par la personne

isolée (« il manque pas mal de disposition à pouvoir donner gratuitement ou à moindres frais des services» [R2(27)], « je propose des taxis sociaux, mais de nouveau, c'est de l'argent et pour certains, c'est cher » [R2(253)]). Cette « précarité économique renforce l'isolement social » [R7(117)] et « on est vraiment dans une médecine à deux vitesses : pour pouvoir rester à la maison, il faut avoir le financier derrière » [R8(103)].

Cette précarité économique peut être mise en lien avec **l'insalubrité des logements**, qui renforce également l'isolement social, dont sont souvent victimes certaines personnes âgées (« un environnement négligé [R6(182)], « faire avec des personnes qui se négligent ou qui ont un logement insalubre » [R7(210)], « en plus les logements sont parfois insalubres, c'est aussi quelque chose qu'on rencontre souvent » [R8(115)]). L'aménagement ou l'adaptation de ces logements peut être une contrainte importante pour les soignants et les personnes âgées (« le déménagement à cet âge-là est perçu comme une montagne parce que ce n'est pas évident de devoir changer d'appartement » [R7(29)], « les habitats alternatifs, les maisons partagées, etc. ne sont pas assez connus et je trouve que ce n'est pas très accessible pour les personnes âgées » [R8(118)]).

Enfin, un dernier facteur contraignant émis par plusieurs répondants est la **fracture numérique** dont sont victimes les personnes âgées (« la fracture numérique, c'est aussi un facteur important dans l'isolement social des personnes âgées » [R7(112)]). Par exemple, « les personnes âgées n'ont pas toujours le wifi et la technologie pour avoir accès à toutes les informations nécessaires » [R8(207)].

En annexe (annexe 5), se trouve une carte conceptuelle reprenant les résultats clés, qui, selon cette étude empirique, permettent de montrer comment les différents éléments répertoriés viennent faciliter ou entraver la « bonne » prise en charge de la personne âgée isolée.

# VII. Discussions

Cette partie du mémoire porte sur la discussion des résultats obtenus de la recherche qualitative afin de donner une réponse à la question de recherche **: Quelles sont les perceptions des professionnels de santé de la première ligne de soins des moyens qu'ils ont à leur disposition pour réduire l'isolement social des personnes âgées de 65 ans et plus dans la ville de Bruxelles labélisée « Ville-Amie des Aînés » ?**

La discussion est articulée selon les ressources et les contraintes de la prise en charge de l'isolement social des personnes âgées, dans la ville de Bruxelles labélisée « Ville-Amie des aînés », mises en évidence par les répondants aux entretiens exploratoires, des professionnels de la santé de la première ligne de soins. L'objectif final sera la proposition de solutions et recommandations aux barrières et ressources rencontrées par les interrogés, afin de développer les moyens qui leur sont mis à disposition et améliorer ainsi la lutte de l'isolement social des personnes âgées à domicile. Ces pistes d'évolution s'inscrivent dans le cadre du label « Ville-Amie des Ainés » avec la création de villes plus accueillantes aux séniors, leur intégration et leur participation active dans les communautés. Ces pistes de solution sont établies sur base des extraits des entretiens et de la discussion afin de rester le plus fidèle possible au matériau. Cependant, dans le cadre de ce mémoire, le chercheur n'a pas la possibilité d'aborder tous les éléments explicités par les répondants. La discussion présentera ainsi les éléments les plus pertinents et cohérents selon le chercheur. Enfin, la dernière partie de la discussion présente les forces et le limites de cette étude.

Le premier élément interpellant dans cette étude est la méconnaissance du label « Ville-Amie des aînés » par les répondants et les acteurs contactés dans le cadre de ce mémoire. En effet, aucun d'entre eux n'a reçu une information sur ce label dans sa pratique professionnelle et le chercheur a, pour plusieurs entrevues, eu une position d'informateur sur cette thématique. Or, les préoccupations explicitées par les interrogés se retrouvent dans celles de l'OMS qui ont mené à la création du label VADA et des politiques bruxelloises orientées vers le bien-être des séniors. Sur base des facteurs facilitants et contraignants liés à la prise en charge de l'isolement social, ainsi que les pistes de solutions émises par les répondants, le label pourrait être une ressource importante dans la visibilité des projets autour des séniors dont pourraient bénéficier les professionnels de santé de la première ligne de soins. Il a ainsi été difficile pour le chercheur de mettre en évidence l'apport d'un tel label dans la pratique quotidienne des soignants de la première ligne de soins. C'est pourquoi, la suite de la discussion portera sur les ressources et

les contraintes à la prise en charge de l'isolement social exposées par les répondants afin d'y proposer des pistes d'amélioration et de solutions.

## 1. Les ressources dans la prise en charge de l'isolement social

Nous avons vu dans la littérature scientifique que les interventions pour lutter contre l'isolement social pouvaient être classées en trois niveaux : individuel, groupe et milieu social. Les ressources citées dans les résultats, au cours de la discussion, seront classées selon cette même typologie. Nous avons également pu nous rendre compte que les répondants mettaient en place différents types d'intervention, comme définis dans le cadre théorique, et ont plusieurs moyens à leur disposition en lien avec leur fonction (services de bases, interventions directes ou services passerelles).

### 1.1. Ressources individuelles

Plusieurs répondants des entretiens exploratoires faisaient partie d'organisations engagées dans les réseaux de soins et institutions de la première ligne de soins comme des maisons médicales, des centres d'aides et soins à domicile, des centres de coordination, des maisons de quartiers, etc. Chacune de ces structures s'engage pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées en favorisant leur maintien à domicile et en développant leur autonomie et leur participation dans leur santé. Elles proposent également différents services d'aides aux bénéficiaires et des projets proactifs pour maintenir la santé et le bien-être des individus du quartier et de la communauté.

#### 1.1.1. La pluridisciplinarité

Nous avons établi dans le cadre théorique le côté multidimensionnel du concept de l'isolement social et la nécessité de l'approche communautaire dans les interventions. Nous avons pu retrouver cette approche multidisciplinaire dans les entretiens exploratoires. Celle-ci est citée comme facteur facilitant la prise en charge pour plusieurs répondants malgré certaines contraintes associées.

#### 1.1.2. Les nouvelles fonctions dans les soins de santé de première ligne

La nouvelle réforme sur les soins de santé a pour conséquences, d'une part, l'apparition de risques d'hyperspécialisation de la médecine et une diminution de l'approche transversale et globale autour du patient et, d'autre part, une augmentation du nombre et de la diversité des

fonctions au sein de la première ligne de soins (Macq et al., 2011). Cette complexité s'est retrouvée lors de la recherche d'acteurs pour les entretiens exploratoires. Le chercheur a été en contact avec plusieurs répondants ayant les mêmes fonctions mais dont les tâches variaient d'une institution à l'autre. Cette diversité d'acteurs a également été mentionnée comme facteur facilitant la prise en charge de l'isolement social. En effet, elle permet de proposer des solutions adéquates et adaptées aux capacités et attentes de la personne isolée.

Nous retrouvons ainsi les **gestionnaires de cas** qui s'occupent de la coordination des soins, par exemple lors d'un transfert entre l'hôpital et le domicile ou lorsque les patients sont en perte d'autonomie. Ces rôles de planification et d'organisation, en constante augmentation, étaient auparavant occupés par les médecins généralistes qui, aujourd'hui, interviennent en tant que collaborateurs à ces fonctions (Jonckheer et al., 2011). Nous retrouvons également des **managers**, aussi appelés des **coordinateurs de systèmes ou réseaux de soins**, dans les maisons médicales, au sein du SISD et les réseaux de soins, qui gèrent les tâches administratives, les projets et les concertations avec les autres institutions (Macq et al., 2011). Enfin, les **promoteurs de santé** en maisons médicales sont en constante augmentation également. Ils mettent en place des éducations au patient, favorisent la participation de la population dans la communauté, interagissent avec les autorités locales et étudient l'environnement dans lequel la population de sa zone géographique évolue (Macq et al., 2011).

Ces nouvelles fonctions ont un impact sur les métiers existants. Par exemple, elles peuvent être assurées par des métiers présents, augmentant ainsi la charge de travail et diminuant le temps consacré à la fonction de base. Certains métiers peuvent alors se faire marginaliser ou, au contraire, être plus au centre de la prise en charge. C'est pourquoi, avec l'apparition de ces nouvelles fonctions, suite aux transferts de compétences, et des nouveautés associées, de nombreux changements sont en cours actuellement (Macq et al., 2011). Les entretiens exploratoires ont mis en évidence certaines difficultés pour les acteurs des soins de santé de la première ligne de soins à l'adaptation de ces nouvelles fonctions. En effet, par exemple, la fonction de coordinateur de soins, qui parait une ressource importante dans la prise en charge de personnes fragiles en perte d'autonomie et/ou d'indépendance, fréquemment rencontrées dans l'isolement social, ne semble pas toujours connue de l'ensemble des professionnels de la santé, plus particulièrement chez les indépendants de structures de soins. Ce rôle non médical est alors assuré par l'infirmière ou le médecin généraliste qui n'ont pas toujours la possibilité de consacrer beaucoup de leur temps à ces tâches administratives et sociales, qui s'ajoutent à leurs tâches médicales déjà préexistantes. Comme mentionné dans les entretiens exploratoires, ce manque de temps et cette surcharge de travail se répercutent dans la prise en charge de

l'isolement social. Cependant, nous avons pu remarquer que les professionnels de la première ligne travaillant au sein de structures rassemblant plusieurs disciplines considéraient les services de coordination et de gestion comme des ressources importantes pour leurs prises en charges car ces derniers sont en lien avec un réseau de ressources plus important, ont une certaine flexibilité pour s'adapter au patient et du temps à consacrer à la recherche d'alternatives et de solutions. Il serait ainsi judicieux de promouvoir ces collaborations pluridisciplinaires qui enrichissent les prises en charge et permettent d'offrir des prestations sur mesure et adéquates à chaque bénéficiaire.

#### 1.1.3. Les fonctions préexistantes avant la réforme des soins de santé primaire

Un dernier rapport mené par la Fédération des maisons médicales pour le service public fédéral Santé publique a dénombré plus de 14 disciplines dont 28 fonctions dans les soins de santé primaire. Nous y retrouvons, les plus fréquemment cités, les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers, les services sociaux, les aides familiales, les aides ménagères, les accueillantes, les coordinateurs de soins, gestionnaires de cas, les aidants proches, etc. Le développement de cette approche pluridisciplinaire est en constante augmentation dans notre pays (Macq et al., 2013). Dans les entretiens exploratoires, nous avons pu constater que face à une situation d'isolement social, les répondants mettaient directement en place un réseau pour, d'une part, trouver des solutions et des ressources, et d'autre part, agir contre l'isolement social en instaurant un passage de professionnels.

##### 1.1.3.1. Les médecins généralistes

Ce rapport a également montré que le **médecin généraliste** a une place centrale dans la coordination du réseau de soins autour du patient (Macq et al., 2013). Plusieurs répondants ont mentionné le médecin comme une ressource importante dans les prises en charge. En effet, selon plusieurs répondants, le médecin généraliste a une place incontournable dans le dépistage de l'isolement social car il se trouve en première position pour interpeller d'autres services plus adéquats à la prise en charge. Or, nous avons pu comprendre par les entretiens exploratoires que ceux-ci ne sont pas sensibilisés à la lutte contre l'isolement social dans leur pratique quotidienne et dans leur formation. Ils n'ont également pas le temps suffisant pour rechercher les ressources adéquates et jouer le rôle de coordinateur des interventions. De plus, certains ont mentionné que des personnes âgées isolées n'ont pas toujours de médecin traitant attitré. Elles ne sont ainsi pas suivies et le dépistage de l'isolement social peut être retardé (Missinne, 2018).

#### 1.1.3.2. Les infirmiers

La **profession d'infirmier** subit actuellement plusieurs changements dans notre pays (Macq et al., 2013). D'une part, les profils se diversifient et des fonctions de leadership sont de plus en plus prisées par la profession dû à l'augmentation des formations proposées et l'ouverture de la profession aux graduats, masters et doctorats. D'un autre côté, la profession d'infirmier est en pénurie causée, entre autres, par le vieillissement de la population et l'augmentation des comorbidités dues aux maladies chroniques qui ont pour conséquence une augmentation des demandes en soins et aides à domiciles, par l'allongement des études de trois à quatre ans, par le manque de reconnaissance du métier d'infirmier et, enfin, par un problème de rétention du personnel dans les milieux hospitaliers et des soins à domicile (Léonard, 2009). Ensuite, de nouveaux rôles apparaissent pour les infirmiers dans les soins de santé de première ligne : polyvalences cliniques, coordination et organisation des soins, gestionnaire de cas et, enfin, des fonctions spécialisées pour des groupes cibles (personnes âgées, sans-abris, adolescents, etc.) (Macq et al., 2013). Ces nouvelles fonctions pourraient être de nouvelles opportunités de pistes de solutions dans la prise en charge de l'isolement social. Il est ainsi primordial de prendre en compte ces évolutions dans la formation et le développement de la fonction en soins infirmiers. Les pénuries de médecins généralistes et infirmiers permettent de repenser le système de santé de manière moins médico-centrée. Elles repensent, par exemple, la place et les rôles des aides-soignants et aides familiales dans les soins de santé.

#### 1.1.3.3. Les aides familiales

Une étude menée par le CAPAM (Centre d'aide aux personnes âgées maltraitées) a décrit le rôle, le mandat et le positionnement éthiques des **aides familiales** dans le réseau de professionnels concernés par les personnes âgées à domicile. Chez les personnes âgées, les aides familiales ont une présence prolongée, ce qui leur permet de développer leur capacité d'attention ouverte aux signes de négligence, au manque d'attention et de soins envers les personnes âgées (Massart et al., 2009). Par exemple, nous pouvons citer l'absence de visites, d'entretien de la maison et du linge, l'insuffisance de soins, de médicaments ou de nourriture, la dégradation de l'état général, etc. C'est pourquoi, elles peuvent être considérées comme de véritables relais entre les professionnels de santé, la personne âgée et sa famille. Elles font souvent preuve d'empathie envers les bénéficiaires qu'elles prennent en charge et s'identifient régulièrement à eux. Elles ont une certaine flexibilité professionnelle afin de s'adapter au mieux à leurs patients (Massart et al., 2009). Dans les entretiens exploratoires, plusieurs répondants ont mentionné cette profession comme une ressource importante pour prendre en charge et

dépister l'isolement social et le sentiment de solitude des personnes âgées. Alors que, pour d'autres répondants, l'intervention des aides familiales n'est pas une des premières ressources qu'ils auraient mentionnée et manquent alors de reconnaissance. Or, les aides familiales, par leur position de relai entre la personne fragile et les professionnels de santé, ont une place importante dans le réseau de soins (Massart et al., 2009). Par le temps qu'elles passent au domicile du patient et leur travail spécifique, les aides familiales peuvent apporter des informations importantes, surtout dans des situations de crises. Elles sont un maillon central dans la prévention et la promotion de la santé (Massart, 2009). En effet, en plus des tâches de la vie quotidienne qu'elles effectuent auprès de leurs bénéficiaires, elles ont un rôle éducatif de soutien, observent le bénéficiaire dans sa globalité évoluant dans son environnement, évaluent les ressources et les difficultés de la personne, et, stimulent les potentialités du bénéficiaire afin de préserver son autonomie. De plus, elle a un rôle relationnel important, bien plus que d'autres prestataires qui viennent ponctuellement.

#### 1.1.3.4. Les services d'accueil

Les fonctions des **services d'accueil** sont en constante évolution pour mieux contribuer à la prise en charge de l'usager de la structure. Ils ont des rôles très diversifiés dont l'étendue dépend d'une institution à l'autre : décoder, traiter et répondre aux demandes des usagers, informer les usagers sur les services de l'institution, contribuer au bon fonctionnement et à l'organisation générale de la structure, instaurer un lien de qualité entre l'usager et le monde des soins de santé, contribuer au « prendre soin », faciliter l'accès et transmettre les valeurs de l'institution, contribuer à la gestion et la résolution des conflits entre les prestataires de l'institution (Cauchie, 2018). Les accueillants sont ainsi intégrés dans les équipes pluridisciplinaires car ils permettent de décoder les demandes, proposent une dimension psycho-sociale permanente grâce à une écoute active et relationnelle et mobilisent l'autonomie de l'usager et sa participation active dans les projets communautaires (Groupe Accueil de la Fédération des maisons médicales, 2018). Cette profession peut être une ressource importante dans l'aide proposée par la première ligne de soins aux personnes âgées isolées ou vulnérables. Elle est en première ligne d'écoute et de dialogue, important pour les personnes vulnérables et pour donner du sens et de la cohérence aux solutions proposées. Ils sont la première interface entre l'individuel et les institutions ou fonctions publiques (Gori, 2018). Cette profession de changement social doit ainsi avoir une place à part entière dans les équipes pluridisciplinaires afin de valoriser leurs compétences et leur plus-value qui s'inscrit dans une société plus accueillante (Groupe Accueil de la Fédération des maisons médicales, 2018). Les entretiens

exploratoires ont démontré que la fonction d'accueil faisait le lien entre la santé, le social et les projets communautaires. C'est pourquoi, elle peut être une opportunité pour lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées. Elle permet un encadrement bienveillant grâce à l'établissement d'une relation de confiance, une bonne circulation de l'information entre les prestataires pertinents et un cadre de prise en charge.

#### 1.1.3.5. Les aidants proches

Tous les répondants des entretiens exploratoires ont mentionné que l'isolement social et le sentiment de solitude pouvaient être également présents chez la personne âgée avec de la famille et/ou des proches. Dans certaines situations, ce sont les aidants informels qui interpellent les prestataires de soins car ils se sentent impuissants et ont atteint leurs limites à la prise en charge de la personne âgée. Les **aidants proches** sont les personnes qui soutiennent et apportent leur aide dans les activités de la vie journalière à un proche en situation de dépendance et/ou vulnérable. Ils seraient plus de 211 000 dans la Région Bruxelles-Capitale (Aidants proches asbl, 2019). Nous avons vu, dans les résultats des entretiens exploratoires, que beaucoup de professionnels de la santé collaborent, après l'accord du bénéficiaire, avec ces aidants proches pour mettre en place une prise en charge optimale. De plus, le cadre théorique a mis en évidence le besoin pour le réseau formel d'être suppléé par le réseau informel malgré la société actuelle qui est de plus en plus composée de familles séparées, plus petites et émigrées. Cependant, cette population peut être exposée à de nombreux risques et ses besoins augmentent avec les nouvelles politiques qui soutiennent le maintien à domicile. Or, les besoins et attentes des aidants proches ne sont pas toujours une préoccupation pour les professionnels de la santé (Cès et al., 2016). En effet, les aidants proches sont de plus en plus à risque de surcharge de travail et d'une augmentation du sentiment de fatigue qui peuvent se répercuter sur leur travail, leur santé et l'entourage. Ils manquent également d'informations sur les pistes de solutions et alternatives qui existent (Cès et al., 2016). C'est pourquoi, en 2015, l'Asbl Aidants Proches Bruxelles, soutenue par la COCOF et la COCOM, a été créée pour soutenir ces aidants informels. Elle a pour mission de contribuer aux possibilités pour les aidants proches de déléguer leurs charges, informer sur les services existants en région bruxelloise, sensibiliser le grand public et les professionnels au rôle des aidants proches, valoriser dans la zone de soins les aidants proches en tant que partenaires de soins de leur proche et, enfin, contribuer à la reconnaissance légale des aidants proches (Aidants proches asbl, 2019). Dans la prise en charge de l'isolement social, les prestataires de soins doivent pouvoir être attentifs à la relation entre le bénéficiaire et son aidant proche et aux besoins de celui. Il serait judicieux de sensibiliser les

professionnels de la première ligne au statut d'aidant proche dont le nombre risque de diminuer avec le passage de la génération baby-boom à la retraite, l'augmentation constante de la proportion de personnes âgées dans la population et la diminution du taux de fécondité (Gourbin, 2019). Ce rôle d'aidant proche a une place centrale dans le maintien à domicile des personnes vulnérables et dépendantes. Cette aide informelle devrait ainsi être soutenue et reconnue pour pouvoir travailler en complémentarité aux réseaux d'aides formelles (Cès et al., 2016).

#### 1.1.3.6. Les services de coordination

Une difficulté émise par plusieurs répondants, et rendant ainsi la prise en charge de l'isolement social plus difficile, est qu'aucun des réseaux existants, formels ou informels, ne rassemble l'entièreté des professionnels de la première ligne sollicités auprès d'un patient. Ils ont également insisté sur le manque de connaissance de l'existence et des rôles des autres structures. Or, nous avons vu qu'une ressource importante pour les professionnels de première ligne est le rassemblement de plusieurs disciplines au sein d'une même structure qui permet un meilleur échange d'informations sur le patient et facilite la recherche de solutions à la prise en charge adaptée à celui-ci. De plus, aucun professionnel n'a une vision transversale de la situation parce qu'ils font face à une méconnaissance des champs d'action des autres activités et des freins organisationnels, comme des contraintes de temps et de compétences. Les **services de coordination**, indépendants des autres services de soins et d'aide à domicile, semblent alors être une solution à ce cloisonnement professionnel (Delisse et al., 2010). Son rôle a été formalisé par le décret du 30 avril 2009 dans le but de promouvoir une vision globale et transversale du patient, en garantissant le libre choix du prestataire pour le bénéficiaire. Cependant, les entretiens exploratoires ont montré que cette fonction rencontre parfois des difficultés dans sa reconnaissance et peut rentrer en compétition avec les gestionnaires de cas qui favorisent le cloisonnement professionnel en ciblant un programme de soin en particulier. Cette fonction de coordination a longtemps été assurée par les médecins généralistes qui, depuis l'augmentation des situations complexes des patients et la réforme du système de soins, délaissent progressivement ce rôle (Delisse et al., 2010). Les infirmiers et/ou les aides familiales sont souvent également considérés comme des coordinateurs naturels. Par les entretiens exploratoires, nous avons vu que ce rôle de coordination, d'une part, était une ressource importante pour les professionnels travaillant au sein des structures qui offrent ce service, et d'autre part, est mal connu et peu utilisé par les prestataires indépendants. Les enjeux actuels sont ainsi la résolution de ces juxtapositions de ces différentes formes de coordination afin d'améliorer la qualité des soins et l'efficience des prises en charge (Macq et al., 2011).

### 1.1.4. La concurrence entre les acteurs

Plusieurs contraintes importantes à ce travail pluridisciplinaire ont été mises en évidence par les entretiens exploratoires auprès de professionnels de la première ligne. Les répondants sont soumis constamment à des contraintes de rentabilité, performance, d'évaluation et du respect des normes et procédures. Le financement des services et la gestion des ressources, humaines et matérielles, font également parties de leurs préoccupations quotidiennes. Les prestataires de soins et les différentes institutions sont ainsi soumis à une importante concurrence et des complexités de terrain qui freinent la bonne coopération et la solidarité entre les acteurs de la première ligne de soins (Macq et al., 2011).

### 1.1.5. Communication entre les prestataires de la première ligne de soins

Afin d'améliorer la collaboration entre les professionnels de la première ligne de soins, plusieurs pistes de solutions ont été proposées. La première piste d'action est l'amélioration de l'intégration normative qui permet de donner un cadre de référence commun, un partage des normes sociales, des valeurs, une culture et des objectifs de travail (Valentijn et al., 2013). L'intégration formelle peut également influencer positivement la collaboration entre les prestataires de soins (Valentijn et al, 2013). Ensuite, comme mentionné par plusieurs répondants, la communication et le partage d'informations entre les acteurs pourraient être améliorés, par exemple, par des outils standardisés. Enfin, il est primordial d'agir sur le décloisonnement professionnel (Sarradon-Eck et al., 2008). En effet, chaque acteur devrait connaitre le travail effectué par les autres et reconnaitre l'utilité de chacun. Aujourd'hui, il y a une méconnaissance des autres domaines d'action du prestataire concerné. Cela est dû à l'absence d'intégration de l'ensemble des formations. Les programmes de formation des professions de la première ligne de soins ne possèdent pas l'apprentissage de la collaboration et du dialogue interprofessionnel. Il faudrait ainsi travailler ensemble sur la représentation et les connaissances mutuelles grâce au développement d'outils pluridisciplinaires qui permettent aux acteurs de se rencontrer, se former et réfléchir ensemble, par exemple, par des réunions intersectorielles, des protocoles de soins où les tâches sont bien définies ou des séances internes d'informations (Sarradon-Eck et al., 2008).

### 1.1.6. La complémentarité du travail social et médical

En Belgique, le système des soins de santé est centré sur l'hôpital, les soins de santé aigus et le traitement individuel alors que les soins de santé primaires, en opposition, sont

centrés sur la globalité du patient avec des actions plurielles et coordonnées (Muller, 2018). L'aspect biomédical et l'hyperspécialisation clinique des praticiens sont ainsi prépondérants dans la formation en soins infirmiers (Macq et al., 2013). Actuellement, les problèmes sociaux ne sont pas pris en compte de manière complémentaire au traitement thérapeutique. En effet, nous avons pu remarquer dans les entretiens exploratoires que les actions sociales sont souvent distinctes des traitements médicaux. Cependant, sur le terrain, les acteurs sociaux et de santé sont de plus en plus amenés à collaborer et deviennent progressivement complémentaires (Muller, 2018). Or, les politiques actuelles de structuration des soins de santé ne permettent pas de fonctionner dans une vision globale du patient parce qu'elles ont tendance à supprimer ce qui est redondant et ne portent pas assez attention aux besoins des populations (Muller, 2018). Ce morcellement du secteur a plusieurs types de conséquences : des services inexistants là où le besoin s'exprime, des services inaccessibles financièrement, l'existence du service mais qui ne parvient pas à coordonner ses actions auprès des patients et de la population par manque de cadre réglementaire et, enfin, des services similaires sur une même zone de soins (Muller, 2018). Au vu du contexte social, démographique et épidémiologique, il devient nécessaire d'insister sur la combinaison de l'aspect social et médical dans la formation des infirmiers. En effet, surtout dans les soins de santé de première ligne, l'infirmière doit pouvoir être polyvalente et prendre un patient, et sa famille, en charge dans sa globalité (Macq et al., 2013). Des infirmières interrogées ont mentionné ce manque dans la formation en soins infirmiers. Elles ont remarqué que la spécialisation en santé communautaire permettait, entre autres, à l'infirmière d'avoir une approche plus globale, centrée sur les aspects médicaux et psycho-sociaux du patient. Cette vision de prise en charge en soins à domicile peut être une ressource importante pour dépister l'isolement social et le sentiment de solitude des personnes âgées.

En conclusion, l'approche biomédicale semble être insuffisante au bien-être des individus. En effet, nous avons pu mettre en évidence que les aspects psycho-sociaux et les déterminants de la santé jouent également des rôles importants dans la qualité de vie. C'est pourquoi, un changement de paradigme des soins de santé est nécessaire pour obtenir une approche transversale, globale et intégrée. De plus, il est nécessaire que tous les acteurs de terrain et les usagers s'associent et s'investissent pour mieux orienter les politiques de santé. Nous avons vu qu'il est primordial de repenser la complémentarité des métiers pour une meilleure utilisation des ressources et une amélioration de l'efficience des prises en charge. Un défi majeur pour le système de santé est, à l'heure actuelle, la réponse à la diversité. Il faut ainsi réorganiser les soins de santé en fonction des besoins de la population de la zone géographique concernée. Une des solutions avancées est le recueil de données standardisées et structurées sur les besoins des

différentes zones et le développement d'outils d'évaluation quantitatifs et qualitatifs (Muller, 2018).

### 1.2. Les ressources groupales/structurales

Les participants aux entretiens exploratoires ont mentionné plusieurs structures ressources auxquelles ils avaient recours afin de les soutenir dans la prise en charge de personnes âgées isolées. Pour beaucoup d'entre eux, ils trouvent des solutions au sein de réseaux professionnels connus. Ils font également beaucoup de recherches individuelles sur les alternatives qui existent dans le quartier du bénéficiaire. Peu d'entre eux ont mentionné le recours aux services séniors, mis en place par la commune et gérés par les CPAS, principalement par méconnaissance de ces structures. En effet, les répondants ne semblent pas bien connaitre l'ensemble des ressources qui sont mises à leur disposition par des associations et des actions locales ou communales qui luttent contre l'isolement social des personnes âgées. Or, un bon nombre de ces structures et institutions semblent être d'importants leviers à la prise en charge des personnes âgées souffrant de solitude à leur domicile. Il n'est pas pertinent, dans le cadre de ce mémoire, de citer toutes les structures existantes car elles évoluent rapidement et dépendent d'un quartier à l'autre de la région de Bruxelles. Cependant, nous exposerons quelques initiatives qui ont été développées, entre autres, à l'issue de l'engagement politique de la Ville de Bruxelles dans des stratégies d'amélioration de la qualité de vie des séniors bruxellois. Pour améliorer l'utilisation de ces institutions et structures communautaires, peu connues des prestataires de soins auprès de personnes fragilisées, il faudrait qu'elles soient, par exemple, mieux reconnues par les instances publiques et les institutions de soins afin d'améliorer leur visibilité auprès de tous.

#### 1.2.1. Le CPAS de Bruxelles

Pour répondre aux besoins de la population vieillissante, le CPAS de la ville de Bruxelles a créé un service d'accompagnement des personnes âgées bruxelloises qui ne peuvent plus rester à domicile. Le service analyse la situation de manière approfondie et propose les services d'aide à domicile les plus adaptés en fonction de l'état de santé de la personne et de ses besoins. Ils collaborent ainsi étroitement avec un ensemble de services bruxellois destinés à la personne âgée. Il peut également déployer un plan « isolement » en collaboration avec les Maisons de Quartier et la Ville de Bruxelles, par exemple en cas de canicule ou de grand froid. Le CPAS a également à disposition des maisons de repos et de soins, qui ont chacune leurs caractéristiques propres (CPAS Bruxelles, 2019).

### 1.2.2. Les Maisons de Quartier

Depuis 1972, la ville de Bruxelles possède 13 **Maisons de Quartier**, des centres d'animation sociale de quartier. Elles offrent aux habitants bruxellois des espaces d'accueil et de loisirs, des actions sociales, des services de proximité et des activités socioculturelles. L'objectif principal de ces structures est la lutte contre l'isolement et la solitude des personnes fragilisées : personnes isolées, défavorisées, chômeurs, personnes âgées ou moins valides. Elles s'adaptent aux besoins des habitants du quartier et proposent de nombreux projets qui concernent l'ensemble de la population. Chaque structure a ses propres activités créées en fonction des habitants de la commune dans laquelle elle se trouve. Les Maisons de Quartier proposent, tout d'abord, des chèques-taxis pour les personnes qui sont dans l'impossibilité financière de prendre les transports en communs (Maisons de quartier Bxls, 2018). Pour bénéficier de ce service, les personnes de moins de 75 ans doivent avoir un handicap définitif de 66 % au moins, ne plus être à même de prendre un moyen de transport en commun (attestation par un certificat médical) et bénéficier de revenus égaux ou inférieurs au taux BIM (anciennement VIPO). Pour les personnes âgées de 75 ans ou plus, elles ne peuvent plus être à même de prendre un moyen de transport en commun et bénéficier de revenus égaux ou inférieurs au taux BIM. Ensuite, les Maisons de Quartier ont comme mission principale la lutte contre l'isolement de toute personne souhaitant participer à la vie sociale et culturelle du quartier. Elles proposent des activités et des projets qui ont pour but de renforcer la cohésion sociale et qui sont basés sur une attention particulière aux habitants du quartier et sur un réseau de solidarité pour venir en aide aux plus isolés. Un numéro vert gratuit (0800/35550) est également mis à disposition des habitants bruxellois pour signaler toute situation d'isolement ou de fragilité. Enfin, ces structures proposent des navettes shopping qui sont à la fois un service de proximité et une action de lutte contre l'isolement des moins mobiles et personnes âgées. Ce service permet aux bénéficiaires de faire leurs courses de manière autonome, en les conduisant vers un supermarché à partir de leur lieu de résidence (Maisons de quartier Bxls, 2018). Notons que les Maisons de Quartier peuvent intervenir dans les frais d'abonnement à la télédistribution pour les personnes avec une invalidité ou une incapacité de travail d'au moins 80 % et ne sachant pas quitter leur résidence sans l'intervention d'un tiers. Elles mettent également à disposition des locaux à des particuliers et/ou des associations (Maisons de quartier Bxls, 2018).

### 1.2.3. Bruxelles social

Dans l'ensemble de la région de Bruxelles, les séniors peuvent circuler en métro, bus et tram de manière avantageuse grâce à des abonnements 65 ans+. La majorité des centres

d'intérêt et musées de Bruxelles proposent également une réduction aux séniors. Chaque commune bruxelloise possède un service Séniors qui vient en aide à la population plus âgée de son territoire. L'ensemble des services proposés aux aînés est repris sur **Bruxelles Social en ligne**. En effet, le CDCS-CMDC, Centre de Documentation et de Coordination Sociale asbl, a créé un site internet (social.brussels) qui permet l'accès aux différentes organisations et services sociaux de santé actifs en région de Bruxelles-Capitale. Il reprend une carte sociale de la Région de Bruxelles où tout le monde peut trouver des informations, fiables et standardisées, sur les 3.500 activités et services francophones, néerlandophones et bilingues dans le domaine social-santé. Ce site peut être un véritable outil pour les professionnels de la santé en recherche d'information et de services d'aide. Il reprend plusieurs secteurs d'activités dont une rubrique concernant les séniors. Ce secteur spécifique est divisé en plusieurs rubriques, toutes en lien avec l'aide apportée aux personnes âgées. Par les entretiens exploratoires, nous avons pu constater que peu de prestataires de soins utilisent cette ressource internet. Elle parait mal connue des soignants. Or, elle semble être une ressource importante à la recherche de pistes de solution pour une personne âgée isolée.

### 1.3. Ressources sociétales et politiques

#### 1.3.1. Les projets issus du label « Ville-Amie des Aînés »

Dans le cadre du label VADA et l'amélioration des espaces plus accueillants pour les ainés, la ville de Bruxelles dispose, depuis 2018, de six **Espaces S** destinés à favoriser l'autonomie des séniors dans le but de lutter contre l'isolement social et la solitude. Ces espaces ont été conçus avec l'aide des personnes âgées afin qu'ils soient adéquats à la diminution de la perte d'autonomie et de l'indépendance. Ce sont des espaces conviviaux où les personnes âgées peuvent se rencontrer et échanger. Des activités variées y sont proposées comme des activités sportives, de relaxation, d'apprentissage en continu, des conférences, des cours ou encore des formations. Ce sont des environnements qui se veulent ouverts aux échanges intergénérationnels. C'est pourquoi, ils promeuvent la participation, par exemple des écoles ou des maisons de quartiers, à ces espaces. Enfin, les séniors sont directement impliqués dans la gestion de ces espaces S (be.brussels, 2019).

La ville de Bruxelles a également développé depuis 2007 un **service Séniors** qui propose des activités culturelles, éducatives, sportives et des temps libres dans et en dehors des Espaces S pour les personnes âgées bruxelloises. Ces loisirs, repris dans la brochure bimestrielle ACT'3, sont souvent gratuits ou à des prix adaptés aux budgets des retraités. Le service Séniors

organise également la Journée Internationale des Séniors pour les 55 et plus sur le territoire de la Ville de Bruxelles. Cet événement gratuit permet la rencontre entre les séniors de la ville et porte attention sur les problématiques actuelles des aînés (be.brussels, 2019).

Bruxelles-ville, ainsi que d'autres communes bruxelloises, est dotée d'un **Conseil Consultatif Communal des Aînés** qui a pour missions la promotion et la coordination des actions proposées par des associations qui défendent les intérêts des séniors dans une démarche d'éducation permanente. Il reprend un ensemble d'associations, francophones et néerlandophones, destinées aux séniors (be.brussels, 2019).

De plus, au niveau francophone, le service public francophone bruxellois, **Commission Communautaire française (COCOF)**, soutient plusieurs services d'aide et soins pour les personnes âgées. Nous y retrouvons, par exemple, des accueils de jour pour les personnes âgées, un accueil téléphonique 7j/7 et 24h/24, il met également à disposition des citoyens des aides pour le maintien à domicile, des centres de coordination de soins à domicile, des hôpitaux psychiatriques, des services de santé mentale, des maisons médicales, des plannings familiaux, des services d'aide social, etc. Au niveau néerlandophone, l'asbl **Kenniscentrum W(elzijn) W(onen) Z(org)** a pour objectif l'amélioration du bien-être, la promotion de nouvelles formes d'habitats et l'accessibilité des soins de santé pour tous les bruxellois. Le **Brussels Overleg Thuislozenzorg**, un des organes de concertation du 'Brusselse Welzijns en -gezondheidsRaad', donne un aperçu du dispositif d'aide à domicile et de l'offre de soins du côté néerlandophone (be.brussels, 2019).

## 2. Les contraintes dans la prise en charge de l'isolement social

### 2.1. Les personnes âgées

Dans le cadre théorique, nous avons mis en évidence les conséquences (santé, économiques, sociales et culturelles) du vieillissement. Dès lors, nous avons pu nous rendre compte que les personnes âgées sont une population fragile et à risque. Les répondants ont également mis en évidence cette fragilité des personnes âgées comme contrainte dans la prise en charge de l'isolement social. En effet, leurs moyens financiers, les troubles fonctionnels ou leurs logements peuvent empêcher les personnes âgées de maintenir des contacts sociaux. Ces éléments jouent ainsi un rôle important dans l'isolement social et le sentiment de solitude chez nos aînés. Ces éléments ont également été exposés en tant que facteurs de risque dans le cadre théorique. Ils ont été regroupés en facteurs sociodémographiques (femme, faible niveau de scolarité, faible niveau financier, être seul et sans enfants…), facteurs de santé (limitations

physiques et cognitives, déficience intellectuelle, troubles sensoriels…), facteurs de transition de vie et, enfin, des facteurs liés à l'environnement physique.

### 2.1.1. Les moyens financiers

En Belgique, le risque de pauvreté touche toutes les personnes de 65 ans et plus retraitées. Les revenus minima y sont très bas et cette tranche d'âge doit souvent faire face à des coûts supplémentaires dans leur logement ou les soins de santé par exemple (Denis et al., 2017). Dans notre pays, tous les services et les produits contribuant au bien-être et à la qualité de vie des personnes âgées sont presque systématiquement monnayés (Denis et al., 2017). Nous avons vu dans les entretiens exploratoires que les frais de ces services et activités peuvent être des freins importants pour la personne âgée isolée et sont rendus ainsi inaccessibles pour les séniors dans la précarité. Plusieurs propositions ont été exposées pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées les plus vulnérables par la refonte du système des pensions : la mise en adéquation de la pension minimum avec le coût réel des soins de santé, l'individualisation des droits pour les périodes assimilées dans les carrières atypiques, l'amélioration de l'information, la transparence et la sensibilisation en matière de pensions par une information préventive, une amélioration de l'accès à l'information et une sensibilisation au principe de solidarité, l'incitation d'une GRAPA associée au bien-être et alignée sur le seuil européen de la pauvreté et, enfin, l'assurance d'une pension digne pour tous et pour toutes, par tous et toutes (Denis et al., 2017). Il parait pertinent, dans le cadre de ce mémoire, de décrire trois aides financières, qui n'ont pas été émises lors des entretiens exploratoires, dont peuvent bénéficier les personnes âgées. Une piste de solution serait la sensibilisation des professionnels de santé au dépistage de la précarité chez les personnes âgées et la proposition d'aides financières via, par exemple, les assistantes sociales dans l'accompagnement des démarches.

Depuis 2001, le revenu garanti a été remplacé par la **Garantie de revenus aux personnes âgées** (**GRAPA**) qui est octroyée aux personnes âgées de plus de 65 ans en situation de précarité (IBSA, 2013). Cette dernière est un type d'aide sociale, sous forme de revenu d'intégration, alloué aux personnes âgées de plus de 65 ans qui ne disposent pas suffisamment de moyens de subsistance parce qu'elles ne sont pas parvenues à construire une carrière professionnelle minimale pour diverses raisons. Elle ne dépend pas de cotisations versées et est un droit individuel pour les personnes dont la pension globale est inférieure à cette prestation GRAPA. Le bénéficiaire recevra alors un montant forfaitaire annuel et peut cumuler plusieurs allocations, telles qu'une pension et une GRAPA (IBSA, 2013). Les personnes âgées possédant

une GRAPA peuvent également bénéficier de tarifs sociaux pour le gaz, l'électricité et le téléphone (Denis et al., 2017).

Certaines personnes âgées peuvent également bénéficier d'allocations aux personnes handicapées, une aide octroyée aux personnes qui n'ont pas assez de revenus pour pouvoir assurer leur propre subsistance. Cette aide peut également intervenir dans les frais supplémentaires engendrés par le handicap de ces personnes (IBSA, 2013). Pour en bénéficier, le demandeur doit résider en Belgique et satisfaire des conditions administratives et médicales. Il existe un régime d'**allocations d'aide pour les personnes âgées** (**AIPA**). Dans celui-ci, il existe des allocations ordinaires (AO), des allocations spéciales (BT), des allocations complémentaires (AC), des allocations de complément de revenu garanti pour personnes âgées (ACRGPA) et les allocations pour l'aide aux tiers (AAT). Le montant de ces aides dépend du degré d'autonomie de la personne âgée (IBSA, 2013). Pour obtenir cette aide, le demandeur doit, entre autres, être âgé de 65 ans ou plus, avoir un handicap reconnu par des médecins et obtenir au moins sept points sur l'échelle de l'autonomie. L'allocation pour l'aide aux personnes âgées est basée sur les conséquences du handicap sur les activités quotidiennes, dont plusieurs vont être évaluées : les déplacements, cuisiner et manger, faire sa toilette et s'habiller, l'entretien de l'habitation et l'accomplissement des tâches ménagères, l'évaluation et l'évitement du danger et l'entretien des contacts avec d'autres personnes. Le montant maximal octroyé dépendra des scores obtenus à l'évaluation de l'autonomie et des revenus totaux du ménage (Denis et al., 2017).

Selon l'observatoire de la santé et du social, 49 % des bruxellois de 65 ans et plus ont des limitations dans leurs activités quotidiennes et 15 % auraient des limitations de mobilité (Guide Social, 2019). L'**assurance autonomie obligatoire** est un nouveau projet en cours d'étude à Bruxelles. Elle est en place depuis 2002 en Flandre et devrait être effective en 2020 en Wallonie. Elle a pour objectifs, d'une part, d'augmenter l'autonomie des personnes par la prévention de la perte de celle-ci et un accompagnement à domicile de courte ou longue durée, et d'autre part, garantir aux personnes pensionnées un choix de lieu de vie basé sur les principes actuels de l'APA (revenus et perte d'autonomie). Cette assurance permettra de financer des soins non-médicaux et aider ainsi les séniors à rester plus longtemps à domicile. Elle sera divisée en deux branches. La première s'occupera essentiellement des interventions au domicile des personnes en perte d'autonomie dès les premiers signes. Elle donnera droit à un montant mensuel d'heures utilisables, en fonction de l'état de dépendance, pour des prestations d'aide à domicile, comme les aides ménagères sociales, les aides familiales et les gardes malades à domicile. Le degré d'autonomie sera évalué sur base du BelRAI screener et d'un modèle social

qui prendra en compte les facteurs sociaux dans le degré de dépendance. La deuxième branche se focalisera sur l'allocation forfaitaire Autonomie (AFA). Elle permet aux personnes âgées de 65 ans et plus d'obtenir une intervention financière calculée sur base de ses revenus et de son niveau d'autonomie. Elle s'occupera également des conditions d'accès et des versements de l'APA (Guide social, 2019).

Dans les entretiens exploratoires, nous avons pu constater que les acteurs de la première ligne de soins se sentent souvent démunis dans cette législation et ces différentes procédures d'aide au domicile. Les assistantes sociales de la ville, des communes, des CPAS ou des mutualités peuvent être d'importantes ressources pour entreprendre les démarches (Denis et al., 2017). Une seconde solution, amenée par la méthode ouverte de coordination sociale (MCO), est l'intégration des personnes précarisées dans les politiques qui les concernent. Il faudrait mieux identifier les personnes âgées en situation de pauvreté, stimuler la solidarité et les interactions, assurer une meilleure prise en compte des personnes âgées dans les Plans d'Action Nationaux (PAN), intégrer la parole de la personne âgée en situation de pauvreté dans les politiques sociales et améliorer la connexion avec le réseau social (Denis et al., 2017).

### 2.1.2. Le logement

Les professionnels de la première ligne interrogés dans le cadre de ce mémoire ont également mis en évidence les logements inadaptés et parfois insalubres que les personnes âgées occupent. Les loyers peuvent être très élevés, les logements mal isolés et anciens, ce qui peut engendrer d'importants coûts et/ ou des problèmes de santé pour la personne (Denis et al., 2017). Avec l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans notre société, il y a une importante demande en **logements adaptés et adaptables** (Nowik et al., 2016). Les personnes âgées demandent rarement l'adaptation de leur lieu de vie à leurs capacités pour faire face au vieillissement et envisagent ainsi plus rapidement les maisons de retraites. Or, il existe des **habitats alternatifs** mais ceux-ci sont, à l'heure actuelle, encore trop peu connus (Nowik et al., 2016). Des répondants ont également mentionné que ces habitats alternatifs n'étaient pas toujours pertinents pour les personnes âgées avec des incapacités. Il faudrait ainsi surtout se pencher sur les revenus des personnes âgées, l'adaptation de leur logement, l'accès aux services pour le maintien à domicile, mais aussi développer la mobilité dans les quartiers de vie et à l'extérieur, assurer une offre suffisante dans les services de et à proximité, une visibilité des formes alternatives d'habitats (habitat kangourou, concept Abbey Field, familles d'accueil, habitats intergénérationnels, logements sociaux …), améliorer l'accès à l'information et, enfin, prendre en compte les besoins des personnes âgées d'origine allochtone (Denis et al., 2017).

### 2.1.3. Les soins de santé

Nous avons vu précédemment dans le cadre théorique que le budget des soins de santé augmente avec l'âge et l'apparition d'incapacités fonctionnelles chez la personne âgée. Les séniors en situation de précarité sont parfois dans l'impossibilité de payer leurs soins de santé et faire appel aux services d'aide à domicile. Malgré l'existence de statuts spécifiques, la quote-part personnelle est encore trop élevée pour certains (Denis et al., 2017). Les entretiens exploratoires ont montré que les services de la première ligne de soins n'ont ainsi pas toujours de contact avec les personnes âgées isolées précarisées. De plus, les personnes isolées, sans entourage ou famille, ne bénéficient pas ou très peu d'aide informelle, ce qui peut augmenter leurs dépenses en soins de santé. Les pistes de solution pourraient être l'amélioration de l'accès financier aux soins de santé (assurance maladie efficace, utilisation de médicaments génériques, élargir les remboursements ou les tiers-payant …), de renforcer la coordination au sein de la première ligne et éviter ainsi les frais conséquents à l'utilisation de la deuxième ligne, de mettre la personne précarisée au centre du processus de santé, de développer l'aspect « communautaire » autour de la santé des personnes âgées en situation de pauvreté, de simplifier l'accès aux soins par des transports adaptés, d'adapter les plans de santé au public des séniors précarisés, et d'améliorer l'information relative à la santé (prévention, traitement, droits) (Denis et al., 2017).

### 2.1.4. La fragilité

Les résultats des entretiens exploratoires ont montré qu'une contrainte importante pour les patients et pour les professionnels de santé, dans la lutte contre l'isolement social, est la mobilité et la fragilité des personnes âgées. En effet, les répondants ont mentionné qu'il pouvait être difficile de proposer des activités à l'extérieur du domicile aux aînés car beaucoup de personnes âgées présentent une mobilité réduite, des pertes fonctionnelles, une augmentation de l'état de dépendance et ont ainsi peur des chutes et de l'accessibilité des différentes structures. La revue de littérature scientifique, exposée dans ce début de mémoire, a également mis en évidence la corrélation entre ce concept de fragilité et l'isolement social de la personne âgée.

Une piste de solution au dépistage et à la prise en charge précoce de la fragilité a été avancée par **le système FrailSafe** créé en 2016 (Morley et al., 2013). Il promeut le sentiment de sécurité des personnes âgées en favorisant leur indépendance et leur autonomie. Le système FrailSafe est une plateforme en ligne qui propose un modèle de patient virtuel personnalisé, individualisé et intégré. Il reprend un ensemble de données cliniques, le statut cognitif,

l'aptitude à s'auto-soigner, l'équilibre et la démarche, les performances du système sensoriel, l'état nutritionnel, les conditions de vie, la vie sociale et, enfin, les activités et loisirs. Ces données sont récoltées à l'aide de questionnaires, échelles et instruments technologiques (Morley et al., 2013). Ce système permet ainsi l'intégration des évaluations, une gestion empirique de la fragilité et des suggestions ciblées en temps réel aux individus et aux prestataires de soins, afin de mieux comprendre et décrire les causes à effets des facteurs prédictifs qui conduisent à la progression de la fragilité (Wou et al., 2013). Les avantages de cette approche sont nombreux, comme la détection précoce de la fragilité, le soutien du maintien actif et compétent des adultes sur le plan technologique et, enfin, l'augmentation de l'autonomie et le ralentissement de la dépendance. C'est une approche à plusieurs niveaux qui permet ainsi de lutter contre l'isolement social, en analysant les déterminants et schémas sociaux des patients, et permet aussi de soutenir les prestataires de soins dans la gestion et la surveillance de l'état de santé des patients. C'est un système qui améliore la qualité de vie et la qualité des services de santé des personnes âgées (Wou et al., 2013).

Le 5 mars 2019, l'organisation du système FrailSafe, avec l'aide du département du vieillissement et du parcours de vie de l'OMS, a présenté un webinaire sur le « Système de santé connecté pour la prévention de la fragilité », portant sur les « capacités intrinsèques » liées à la fragilité des séniors. Cette formation a mis l'accent sur la prise en charge de ces capacités chez les personnes âgées afin de réduire et prévenir la dépendance chez nos séniors. Dans cette optique, l'OMS a créé une **approche communautaire de soins intégrés pour les personnes âgées**, l'**ICOPE**, qui permet d'organiser les services de santé et les services sociaux dans un modèle de soins plus centré et coordonné sur la personne en optimalisant ainsi les capacités fonctionnelles des personnes âgées. Les principales actions de cette organisation seront l'amélioration de la mobilité et la vitalité, le maintien de la capacité de voir et entendre des personnes âgées, la prévention des troubles cognitifs et la promotion du bien-être psychologique, la gestion des problèmes liés à l'âge, la prévention des chutes et, enfin, le soutien aux soignants. L'application ICOPE, en cours de développement, aidera les professionnels de soins de santé dans les tests de dépistage. Le système FrailSafe permet de recueillir des données dans cinq domaines des capacités intrinsèques et de la fragilité : locomotion, sensorielle, vitalité, cognition et psychologie. Contrairement aux évaluations gériatriques conventionnelles, l'utilisation de FrailSafe se fait dans l'environnement du patient. L'analyse des données obtenues dans les différents facteurs permettra une extrapolation objective, une surveillance spécifique et des recommandations qui pourront être formulées, appuyant ainsi les recommandations de l'ICOPE (FrailSafe, 2019).

En conclusion, ce nouveau système FrailSafe est une piste de solution pour mettre en évidence les aspects psycho-sociaux qui influencent la fragilité et les capacités intrinsèques des individus. En effet, il est un bon outil pour mettre l'accent sur les forces des patients et les responsabiliser dans leur prise en charge. L'approche ICOPE et le système FrailSafe ont un commun l'utilisation des nouvelles technologies dans la surveillance et la transmission des données aux médecins de soins de santé primaires afin de prévenir et d'intervenir précocement sur la fragilité des séniors.

### 2.2. L'âgisme

Nous avons vu, à travers les entretiens exploratoires, que les représentations du vieillissement pouvaient avoir une influence importante sur l'isolement social et le sentiment de solitude des personnes âgées. Ces stéréotypes vont influencer la perception du bien-être et de la santé des personnes âgées, et, par conséquent, l'adhésion de la personne à la prise en charge proposée par les soignants. Le concept de santé subjective est un indicateur important que nous retrouvons dans plusieurs rapports et enquêtes pour mesurer la santé et la qualité de vie. Il reflète également en partie les représentations des personnes âgées car une santé subjective perçue négativement peut accentuer la dépression et l'isolement social. Une enquête belge, réalisée en 2013, révèle qu'elle est considérée comme satisfaisante jusqu'à l'âge de 65 ans (entre 93 % et 72 %), où elle commence à diminuer pour atteindre 57 % chez les plus de 75 ans (Tafforeau, 2013).

Les représentations sociales sont multidimensionnelles (physiologiques, psychologiques, sociales, cognitives, préventives...). Elles peuvent être positives ou négatives et proviennent plus ou moins de réalités objectives. Dans notre société, d'importantes images négatives sont liées à la vieillesse, plus couramment appelées l'âgisme. Celui-ci mène à des comportements de discrimination et de ségrégation en raison de l'âge. L'âgisme est présent dans de nombreuses situations de la vie quotidienne, comme, par exemple, dans les relations interpersonnelles et collectives et dans les institutions, comme les retraites imposées, la discrimination à l'embauche, dans la publicité et les médias et les services de soins de santé. La vieillesse est alors perçue négativement dans notre société où la jeunesse, la beauté et la performance priment sur le reste. Le vieillissement est considéré comme moins attractif, parfois inutile, et est un processus qu'il faudrait limiter au maximum. Ces stéréotypes inculqués par notre société vont être intégrés par prophétie auto-réalisée chez les personnes âgées et favoriser ainsi leur déclin cognitif, le mal-être, la dépression et ainsi, la mauvaise santé subjective et la qualité de vie (Adam, Joubert & Missotten, 2013).

Les attitudes négatives envers les personnes âgées peuvent être modifiées en fournissant aux personnes des informations précises sur la population vieillissante en conjonction avec un renforcement du changement (Ragan & Bowen, 2001). Une première piste d'action est la réflexion de la place des aînés dans notre société. Dans d'autres cultures, la place de la personne âgée est différente, plus respectée et a davantage de valeurs. Dans ces cultures, leur rôle serait plus valorisé et mieux intégré dans les contextes familiaux et sociaux (Devos, 2012). Les professionnels de la santé interrogés dans le cadre de ce mémoire ont soutenu cette idée et ont constaté que certains patients, d'une culture différente de la nôtre, étaient mieux pris en charge par leur famille qui est très présente et qu'ils étaient moins touchés par l'isolement social. Les professionnels de la santé interviennent alors principalement pour les éléments médicaux et très peu pour les aspects sociaux de la prise en charge. Une deuxième action provient d'*Equinet, European network of equality bodies,* dans le cadre de l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle, qui a émis deux pistes de solutions pour faire face à l'âgisme. Dans un but de diminuer les freins de la participation des personnes âgées, ils proposent, d'une part, de promouvoir la gestion proactive de la diversité des âges, et d'autre part, d'offrir des services non-discriminants en fonction de l'âge. C'est une approche fondée sur l'égalité des travailleurs âgés. Elle permet de créer un milieu de travail ouvert à la participation des personnes âgées (Equinet, 2011).

Selon l'OMS, deux obstacles sont à prendre en considération dans la lutte contre l'âgisme. Dans notre société, la jeunesse peut être un frein en dissuadant les plus âgés de participer aux activités socio-économiques. Ces préjugés empêcheraient également un travail approfondi sur les défis du vieillissement de la population. C'est pourquoi, en 2006, l'OMS a créé le programme "*Villes-amies des aînées*" en réponse aux objectifs actuels du vieillissement, de l'accroissement démographique et de l'urbanisation. Dans ces villes labellisées, les personnes âgées jouent un rôle crucial dans leur communauté. Elles s'engagent dans des activités rémunérées ou bénévoles, transmettent leurs expériences et leurs connaissances et aident leur famille. Ces contributions ne peuvent être assurées que si les personnes en question jouissent d'une bonne santé et si les sociétés tiennent compte de leurs besoins (Organisation Mondiale de la Santé, 2010). Cependant, comme explicité en début de la discussion, nous avons constaté qu'aucun professionnel de la première ligne de soins au contact de personnes âgées isolées n'a eu connaissance de ce label. Or, ceux-ci jouent un rôle crucial dans l'intégration des personnes âgées fragilisées dans la société.

Enfin, dans le cadre de la journée européenne de la solidarité entre les générations, l'opération *Carrefours des Générations*, initiée par la Fondation Roi Baudoin et soutenue par

la Fédération Wallonie-Bruxelles ainsi que par plusieurs provinces wallonnes, promeut des activités intergénérationnelles. Cette opération a pour objectif de soutenir les activités locales qui favorisent la solidarité entre les générations et les liens de cohésion sociale, de stimuler les nouvelles initiatives intergénérationnelles par l'échange d'expériences et d'encourager la mise en réseau. Enfin, elle aide à briser les stéréotypes liés à l'âge et aide ainsi à faire évoluer les mentalités (Carrefours des générations, 2018). Il existe d'autres idées d'initiatives pour lutter contre l'âgisme. Cependant, il n'est pas pertinent de toutes les expliciter dans ce mémoire.

### 2.3. Le contexte bruxellois et les niveaux de pouvoir

Lors de la recherche de répondants, l'organisation et la gestion de la Région de Bruxelles-Capitale se sont avérées être des freins. En effet, très peu de répondants travaillent uniquement sur la commune de la Ville de Bruxelles et sont ainsi présents sur plusieurs communes simultanément. Cependant, chacune des 19 communes bruxelloises a ses propres caractéristiques et son système de gestion. La comparaison entre les différentes zones géographiques n'est ainsi pas toujours pertinente. En effet, la région de Bruxelles est caractérisée par sa diversité et sa population multiculturelle. C'est pourquoi, les priorités et les stratégies des différentes communes sont liées à la population présente sur son territoire. De plus, plusieurs instances politiques sont présentes dans la région bruxelloise ce qui peut compliquer les prises de décisions stratégiques et politiques, notamment dans les soins de santé. Les répondants doivent ainsi s'adapter à ces différents systèmes d'organisation présents sur le sol bruxellois qui peuvent freiner la prise en charge de l'isolement social et de la solitude des personnes âgées à domicile.

Cependant, tous les niveaux de pouvoir présents en Belgique peuvent agir dans différents domaines pour lutter contre la précarisation des personnes âgées et agir pour le bien-être de la personne âgée. Beaucoup d'initiatives existent déjà, mais pourraient être améliorées et plus étendues. Le cadre théorique a mis en évidence la nécessité de promouvoir le vieillissement actif par le soutien d'un large éventail de politiques à tous les niveaux de la société. Or, beaucoup d'entre elles restent au stade de projet pilote par faute de moyens financiers. A l'heure actuelle, plusieurs pistes de solution peuvent être explorées comme la mise en place de personnes-relais entre les personnes âgées et les intervenants sociaux ou de santé, la mise en place de conseillers pour l'adaptation des logements, la création d'un statut d'agent local de quartier, etc. (Denis et al., 2017).

Tout d'abord, le **niveau fédéral** peut agir sur le système des pensions en relevant les pensions minima au-dessus du seuil de pauvreté, étendre l'utilisation de la GRAPA et mieux

valoriser les carrières atypiques. Il peut également avoir un rôle sur les soins de santé en renforçant la médecine au forfait et promouvoir l'utilisation des génériques par exemple. En matière sociale, le fédéral pourrait assurer l'automaticité d'un maximum de droits et d'aides sociales et supprimer la notion de cohabitant. Enfin, en matière fiscale, il pourrait stimuler les projets d'habitats alternatifs et donner des primes fiscales à l'adaptation de logement (Denis et al., 2017).

Les **communautés** et **les régions** pourraient mettre en œuvre des Plans de cohésion sociale en ciblant mieux les personnes âgées précarisées, finançant les initiatives intergénérationnelles ou les budgets d'aide à domicile. Elles peuvent également instaurer des politiques sociales avec le financement de l'aide à domicile, des formations des intervenants à domicile, l'adaptation de la communication en santé et la création de zones d'aide résidentielles coordonnant les activités des intervenants de la première ligne autour du patient. Ensuite, elles peuvent s'engager dans les politiques de logement et lutter contre l'isolement social des personnes âgées (Denis et al., 2017).

Au niveau **communal**, les CPAS peuvent sensibiliser leur personnel à la détection des situations à risque et créer une cellule de coordination d'intervenants autour de la personne âgée. Les communes peuvent également agir dans la revitalisation des liens sociaux par la création de structures de quartier ou l'aménagement d'espaces publics adéquats. Ensuite, elles peuvent stimuler la participation des personnes âgées grâce à des activités intergénérationnelles, un Conseil participatif des Aînés, des informations sur l'offre de services, une offre d'apprentissage pour les séniors et la mise en œuvre de la méthode ouverte de coordination (Denis et al., 2017).

En conclusion, plusieurs éléments semblent être importants à prendre en considération dans la promotion du bien-être de la personne âgée, dans la lutte contre l'isolement social et la précarité. Les principaux sont : le repérage du public-cible des personnes âgées en situation de précarité, l'automaticité des droits, la réactivation des liens sociaux, la stimulation de projets intergénérationnels, l'accessibilité à l'information disponible, la présence de services de et à proximité, les référents sociaux, les logements adaptables et les formes alternatives d'habitats, l'importance de l'action au niveau local pour une participation active accrue des personnes âgées dans la société, la mobilité et l'accessibilité, la dimension de genre, et, enfin, une attention portée aux personnes âgées d'origine étrangère. Ces éléments ne sont pas indépendants, s'influencent mutuellement, et doivent ainsi être considérés dans leur globalité (Denis et al., 2017).

## 3. Pistes de solutions et perspectives

Plusieurs pistes de solutions ont été exposées au fur et à mesure de l'exposition des facteurs influençant la prise en charge d'une personne âgée isolée. Dans cette partie de la discussion, d'autres pistes de solutions et perspectives seront explicitées. Tout d'abord, aucun des répondants ne semblent avoir suivi une formation ou reçu des informations directes sur la problématique de l'isolement social et le sentiment de solitude des personnes âgées. Nous avons pu constater, à travers les résultats, que les acteurs se sentent ainsi limités dans les actions et pistes de solutions qu'ils peuvent proposer au bénéficiaire. Or, nous avons vu, dans le cadre théorique, d'une part, que les concepts d'isolement social et de solitude sont multidimensionnels et nécessitent ainsi des actions bien ciblées, et d'autre part, que les interventions peuvent être classées en fonction de leur niveau d'action, de leur type et des moyens qu'elles mobilisent.

L'UNIPSO, la confédération intersectorielle des employeurs du secteur à profit social (non-marchand) en Wallonie et en Fédération Wallonie-Bruxelles, attire l'attention sur l'évolution des besoins des aînés et des pistes de réflexions sur les attitudes à promouvoir pour l'avenir (UNIPSO, 2010).

Tout d'abord, il est nécessaire de prendre en compte les **facteurs de succès** des interventions et d'échanger les bonnes pratiques pour lutter contre l'isolement des personnes âgées. Les interventions doivent être ciblées à un groupe spécifique et prendre en compte les possibilités et capacités des personnes âgées (UNIPSO, 2010).

Ensuite, il faudrait mieux **dépister,** précocement, les éléments menant à l'isolement social et y associer des indicateurs de suivi. Plusieurs pistes de solutions ont été proposées précédemment par les répondants pour détecter ces différents facteurs. Il est ainsi nécessaire d'accroître les **politiques proactives** permettant le dépistage des situations compliquées d'isolement social grâce à des observations focalisées sur les signes précurseurs de la solitude. Ceux-ci sont généralement en lien avec les déterminants environnementaux, sociaux et individuels de l'isolement social. Cette investigation doit se faire en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés, qu'ils soient professionnels ou membres d'une communauté. En effet, dans cette problématique la participation de tous, y compris des séniors, à tous les niveaux est primordiale. Comme établi dans le cadre théorique, le développement des actions doit se faire à différents paliers et nous devons travailler en intersectorialité avec des milieux communautaires, publics et privés. Une fois les déterminants identifiés et analysés, il faut pouvoir les mesurer et les associer à des indicateurs de suivi (UNIPSO, 2010). Il est ainsi primordial de promouvoir le dépistage des éléments en lien avec l'isolement social par les

acteurs de la première ligne de soins de santé. Ils font parties des services de base qui ont un rôle dans la détection de l'isolement social. Ils peuvent également intervenir ou relayer à des services passerelles.

Troisièmement, l'UNIPSO préconise le renforcement de la **communication** sur les ressources et les services disponibles. La solitude et la souffrance vécues par les aînés sont accentuées par le manque d'informations et la méconnaissance des services et solutions disponibles pour pallier ce mal-être. Ces informations sont souvent trop diffuses, confuses et pas toujours bien compréhensibles pour les plus âgés. C'est pourquoi, nous devons rendre plus accessible ces informations et renforcer ainsi la communication sur les ressources existantes tant institutionnelles qu'associatives (UNIPSOS, 2010). Nous avons vu que les politiques et les initiatives orientées vers les séniors sont nombreuses sur le territoire bruxellois mais ne sont peu ou pas connues par les soignants. Nous avons vu, dans les entretiens exploratoires, que les répondants sont fortement demandeurs d'informations et de formations. Ils ont également donné des exemples de canaux de communication qui pourraient être ainsi plus exploités pour transmettre les données au public des professionnels de la santé.

La **remédiation de l'effritement des liens sociaux** pour les personnes âgées vivant à leur domicile est également un enjeu à prendre en considération selon l'UNIPSO. Cela comprend l'amélioration et le renforcement des structures d'accueil de jour et la reconnaissance des maisons d'accueil communautaires. Par exemple, chaque entité communale pourrait se doter de ce type de structure et mettre en place des déplacements adaptés vers celles-ci (UNIPSO, 2010). Une autre piste de solution est le soutien des professionnels dans les démarches relationnelles. Effectivement, nous avons vu qu'ils sont souvent impuissants et manquent de temps pour se consacrer à cette problématique. Un meilleur développement des soins à domicile permettrait de fournir du temps aux professionnels, principalement les assistantes sociales et les aides familiales, afin qu'ils puissent prendre le temps d'écouter et développer les aspects relationnels et humains avec les aînés isolés.

Enfin, il faudrait sensibiliser la **population générale** aux liens de voisinage et familiaux. En effet, il serait utile d'organiser une veille de voisinage dans les communes et un renforcement du soutien aux aidants proches (UNIPSO, 2010).

Une étude systématique menée en 2018 a montré que malgré l'augmentation des études et stratégies de lutte contre l'isolement social, aucun des résultats n'a pu donner des preuves d'efficacité solide et être généralisable à l'ensemble de la problématique (Poscia et al., 2018). Cette revue systématique a néanmoins mis en évidence les résultats prometteurs des nouvelles technologies dans la prise en charge de l'isolement social et de la solitude des personnes âgées

(Poscia et al., 2018). L'utilisation des nouvelles technologies de communication et d'informations ont également été relevées dans les entretiens exploratoires comme des pistes de solution à développer dans la prise en charge de l'isolement social. En effet, une des difficultés rencontrées par les prestataires de soins de la première ligne est la fracture numérique fortement présente chez nos aînés.

Dans notre société, tout le monde n'a pas accès de manière identique aux nouvelles technologies. Or, celles-ci ont un rôle important à jouer dans l'inclusion sociale des personnes et leur qualité de vie (Chen et al., 2016). Il a été constaté que l'utilisation des nouvelles technologies influençait positivement les liens sociaux, le soutien social et l'isolement social en général (Chen et al., 2016). En effet, les nouvelles technologies permettent aux personnes âgées de se connecter au monde extérieur, d'obtenir un soutien social, s'engager dans des activités d'intérêt et d'améliorer la confiance en soi (Rivière et al., 2010). Dans la vie quotidienne, ces outils permettent d'avoir un accès presque illimité à l'information, communiquer et augmenter les échanges avec leur entourage (UNIPSO, 2010). L'UNIPSO soutient le développement de l'apprentissage et l'utilisation d'internet auprès des personnes âgées, par exemple par le projet « papy et mamy surfeurs ». Il organise des séances de sensibilisation, de formation et/ou d'animations aux TIC pour les séniors. Cependant, beaucoup d'études n'ont pas pu mettre en évidence un impact positif sur le sentiment de solitude (Chen et al., 2016). De plus, les effets positifs de ces moyens sur les liens sociaux semblent être de courte durée et diminueraient six mois après l'intervention (Chen et al., 2016). Comme mentionné dans les entretiens exploratoires, la technologie est un outil prometteur dans l'isolement social mais ne parait pas une ressource auprès de tous les séniors, qui ne sont pas tous aptes et ouverts à cette nouveauté. Cette revue systématique a également mis en évidence la nécessité de mieux concevoir les études sur l'effet des interventions TIC sur l'isolement social des personnes âgées. Les recherches visant à déterminer qui parmi les personnes âgées peut tirer le meilleur parti de l'utilisation des TIC, comment concevoir la formation et la mise en œuvre de telles interventions devraient être des pistes d'études (Chen et al., 2016). Les résultats de ces recherches peuvent faciliter l'innovation et la pratique efficace des interventions contre l'isolement social fondées sur les nouvelles techniques d'information et de communication auprès des personnes âgées.

En conclusion, les besoins dans la problématique de l'isolement social des personnes âgées sont nombreux et évoluent avec le temps. Il est ainsi primordial de fixer des priorités pour les acteurs de terrain. Tout d'abord, il parait judicieux de prendre en compte les facteurs de succès des interventions pour lutter contre l'isolement des personnes âgées, détecter de manière

précoce les facteurs menant à l'isolement et renforcer la communication sur les ressources et les services disponibles. Il faut également remédier à l'effritement des liens sociaux pour les personnes âgées vivant à domicile par l'amélioration et le renforcement des structures d'accueil de jour et par la reconnaissance des maisons d'accueil communautaires. Ensuite, il faudrait soutenir les professionnels dans les démarches relationnelles et retisser les liens de voisinage et liens familiaux. Enfin, nous avons étudié dans ce mémoire les personnes âgées vivant à domicile. Cependant, il est également important de lutter contre l'isolement dans les institutions en renforçant l'aspect relationnel dans les services proposés et ouvrir les structures sur l'extérieur.

## 4. Forces et limites de l'étude

### 4.1. Les limites

Dans un premier temps, la recherche de répondants s'est avérée plus difficile que prévue étant donné que très peu d'entre eux avaient connaissance du label « Ville-Amies des aînés » à Bruxelles. Par conséquent, la perspective de recherche a dû être légèrement modifiée et a retardé le début des entretiens exploratoires. En effet, l'étude n'a pas été menée comme elle était initialement prévue étant donné que nous n'avons pas eu l'occasion d'interroger directement les répondants sur le label VADA. Lors de certains entretiens, la position de chercheur se transformait en rôle d'informateur auprès des soignants sur le label « Ville-Amie des Aînés ». De plus, des contraintes organisationnelles, liées à la ville de Bruxelles, et des barrières linguistiques se sont posées avant la rencontre de répondants au sein d'institutions de soins. C'est pourquoi, certains acteurs dans l'isolement social des personnes âgées n'ont pas participé à cette étude.

Dans un deuxième temps, l'échantillon de 11 personnes et la faible saturation de certains concepts sont également des limites à cette étude à prendre en considération. Les résultats ne peuvent pas être généralisables et sont plutôt transférables étant donné qu'ils ne sont pas représentatifs d'une population. Les résultats qui visent à comprendre un phénomène doivent ainsi être contextualisés. De plus, la recherche qualitative ne prétend pas considérer son participant comme un être rationnel. Dans nos recherches, les données sont le dialogue qui se crée entre le participant et le chercheur, le dialogue au sein d'une rencontre entre deux subjectivités. Ces entretiens individuels nécessitent ainsi une aisance relationnelle importante.

Ensuite, la méthode qualitative attend du chercheur une position la plus neutre possible et une posture favorisant l'expression de l'expérience du participant. Cependant, cette neutralité a été difficile à maintenir tout au long de l'entretien étant donné que le chercheur travaille au

sein de la première ligne en tant qu'infirmière en soins à domicile. De plus, ceci est la première expérience du chercheur en recherche qualitative et dans la théorisation ancrée, les questions de relances et les attitudes ont pu être influencées par les réponses des interrogés. Le chercheur a ainsi fait appel plusieurs fois à sa promotrice au cours de la réalisation du mémoire afin d'obtenir des conseils et de l'aide dans l'analyse des résultats.

Enfin, la ville de Bruxelles dans sa complexité organisationnelle offre une surabondance d'associations et d'initiatives pour lutter contre l'isolement. Dès lors, il est difficile pour le chercheur de rendre compte, dans le cadre de ce mémoire, de l'ensemble des projets et pistes de solutions mis en place sur le terrain. De plus, au même titre que les répondants, l'auteur n'a pas pu avoir accès à toute l'information existant à Bruxelles sur la thématique.

La littérature scientifique récente suggère que les concepts d'isolement social et de solitude doivent être considérés de façon distincte parce qu'ils ont des effets indépendants sur le bien-être et la santé des personnes âgées (Dickens et al.,2011). Cette distinction a été réalisée d'un point de vue théorique mais n'a pas pu être maintenue lors des entretiens exploratoires et la discussion du mémoire.

### 4.2. Les forces

La première force de cette étude est le sujet en lui-même. C'est un thème d'actualité et qui est de plus en plus au centre des préoccupations dans les soins de santé de première ligne. En effet, c'est une problématique quotidienne pour beaucoup de prestataires de soins qui se sentent souvent démunis et impuissants dans ces situations d'isolement social. Cet intérêt des professionnels de la santé s'est montré lors de la recherche et la réalisation d'entretiens exploratoires. Beaucoup de participants ont demandé des compléments d'informations à l'étude et sont intéressés de recevoir les résultats et les pistes d'action, une fois le travail rendu.

De plus, la perception et le point de vue des soignants étaient encore très peu explorés dans la littérature scientifique, laquelle expose souvent le ressenti des personnes âgées ou les politiques de solutions qui sont menées dans cette problématique. Ce mémoire propose ainsi une recherche originale, pertinente et cohérente.

Ensuite, l'approche par entretiens individuels est basée sur une parole libre et a ainsi permis au chercheur d'approfondir la perception des acteurs. Les participants sont également diversifiés, par leurs fonctions et les institutions dans laquelle ils travaillent, ce qui enrichit ce mémoire. C'est pourquoi, entre autres, les guides d'entretiens ont été adaptés et ont évolué au cours de la recherche.

Les répondants ont été choisis dans une même ville portant le label « Ville-Amie des Aînés » ce qui a facilité les recherches, la compréhension des dires des répondants et la rédaction de la discussion du mémoire proposant des pistes d'améliorations.

Enfin, l'isolement social et la solitude des personnes âgées sont des phénomènes fortement étudiés et au centre de préoccupations politiques. Il y a énormément de littérature sur ce sujet qui va s'en doute encore fortement évoluer dans les prochaines années dû au vieillissement démographique et aux changements sociétaux de notre population.

# VIII. Conclusion

L'augmentation de la proportion des personnes âgées dans notre population pousse nos politiques à s'intéresser au bien-être et à la qualité de vie de nos séniors. En effet, le vieillissement peut avoir des conséquences économiques, sociales, culturelles non négligeables, principalement sur la santé des individus. C'est pourquoi, les stratégies de développement et de maintien des capacités fonctionnelles des séniors sont, aujourd'hui, primordiales pour un « vieillissement en bonne santé ». De plus, nous avons pu constater à travers ce mémoire que la problématique de l'isolement social et la solitude, qui touche un bon nombre des personnes âgées, influence négativement leur bien-être et leur qualité de vie. Il est ainsi nécessaire d'adopter des stratégies pour maintenir ces séniors actifs dans leurs communautés. C'est pourquoi, l'Organisation Mondiale de la Santé a créé le label « Ville-Amie des Aînés » pour répondre aux défis du vieillissement et de l'urbanisation. Ce label propose huit axes de solutions pour améliorer le vieillissement actif et le bien-être des séniors : espace extérieurs, transports, l'habitat, participation au tissu social, respect et inclusion sociale, communication et information, services de santé et soutien communautaire et, enfin, participation citoyenne et emploi des personnes âgées. En 2010, Bruxelles est la première ville belge à obtenir ce label et à s'investir dans diverses politiques européennes orientées vers les séniors.

Après une exploration théorique de la problématique, une première intention de recherche qualitative a été élaborée auprès des professionnels de santé de la première ligne de soins afin de mettre en évidence la plus-value d'un tel label dans leur pratique quotidienne pour réduire l'isolement social des personnes âgées. Cependant, lors de l'élaboration des entretiens semi-dirigés, le chercheur s'est rendu compte de la méconnaissance du label VADA par les acteurs de terrain. Une réorientation du mémoire a ainsi été préconisée. La question de recherche finale est : « **Quelles sont les perceptions des professionnels de la santé de la première ligne de soins des moyens qu'ils ont à leur disposition pour réduire l'isolement social des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile, dans la ville de Bruxelles labélisée « Ville-Amie des Aînés » ? »**

Des acteurs de santé, aux profils diversifiés, de la première ligne de soins ont participé à cette recherche qualitative basée sur des entretiens exploratoires semi-dirigés. Le chercheur a pu ainsi, d'une part, se rendre compte de la fréquence et de l'expérience de la problématique dans leurs pratiques quotidiennes et, d'autre part, mettre en évidence les facteurs facilitants et contraignants liés à la prise en charge de l'isolement social dans la première ligne de soins.

La complexité de la problématique de l'isolement social a pu être vérifiée. Tout d'abord, le chercheur a pu comprendre les ressentis et les réactions des professionnels face aux différents profils de personnes âgées isolées, et ensuite constater le manque d'informations, de formation et des programmes de sensibilisation sur la problématique. Différents moyens pour réduire l'isolement social et le dépistage ont également été abordés. Enfin, les répondants ont pu expliciter les facteurs facilitant et contraignant la prise en charge de l'isolement social.

Enfin, suite à la discussion, nous avons pu nous rendre compte du poids des associations et de leurs implications effectives auprès des acteurs qui nécessitent des meilleures collaborations interprofessionnelles et interorganisationnelles. Elles sont à mettre en lien avec des enjeux individuels et collectifs dans les soins de santé à Bruxelles et peuvent parfois mener à des blocages de certains acteurs. Enfin, les professionnels de la santé semblent être confrontés à un ensemble de facteurs aléatoires comme la santé et les moyens financiers des aînés, ainsi que les contraintes structurelles et organisationnelles pour obtenir l'information. Cependant, la ville de Bruxelles offre une diversité importante de services pour les séniors qui soutiennent, directement ou indirectement, le vieillissement actif des personnes âgées. C'est pourquoi, une meilleure connaissance et visibilité du label « Ville-Amie des Aînés » semble être une ressource importante pour l'utilisation des projets et initiatives bruxelloises orientées vers les séniors. Ceci nécessite une implication de tous, tant les acteurs de santé, que la société, les familles et les personnes âgées elles-mêmes.

# IX. Bibliographie


1. Aartsen, M. J., Van Tilburg, T., Smits, C. H., & Knipscheer, K. C. (2004). A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *Journal of Social and Personal Relationships, 21*(2), 249-266.
2. Adam, S., Joubert, S., Missotten, P. (2013). L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs !. *Revue neuropsychologie*, 5(1), 4-8.
3. Aidants proches asbl. (2015). *Être aidant proche*. Retrieved from www.aidants-proches.be
4. Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Ageing and Mental Health*, 2(4), 264-274.
5. Be.brussels. (2019). *Bruxelles pour le seniors*. Retrieved from https://be.brussels/culture-tourisme-loisirs/bruxelles-pour-les-seniors
6. Cardinal, L., Côté, M., Gagnon, É., Lépine, G., Paquet, S., Rose-Maltais, J., & Tourigny, A. (2017). Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes aînées isolées en milieux rural et urbain. *Rapport synthèse d'une recherche-action, Québec, FADOQ–Régions de Québec et Chaudière-Appalaches*.
7. Cacioppo, J., Hawkley, L., Crawford, E., Ernst, J., Burleson, M., Kowalewski, R. & Berntson, G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64 (3), 407–417
8. Carrefours des Générations. (2018). Retrieved from http://www.carrefoursdesgenerations.be/site/index.php
9. Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25(1), 41-67.
10. Cauchie, M. (2018). Ce qui caractérise et définit le travail en maison médicale. *Santé conjuguée*, 84, 41-43.
11. Centre Public d'Action Sociale de la Ville de Bruxelles. (2019). *Séniors.* Retrieved from www.cpasbxl.brussels.be
12. Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A. S., Pauwen, N., & Macq, J. (2016). Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe. *Analyse des données. Analyse des données. Fondation Roi*.
13. Chen, Y. R. R., & Schulz, P. J. (2016). The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review. *Journal of medical Internet research, 18*(1), e18.
14. Conseil national des aînés. (2014). *Rapport sur l'isolement social des aînés*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Retrieved from https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2014/isolement-social-aines/page05.html

15. Cornette, P. (2018-2019). *Évaluation et réadaptation en gériatrie : introduction*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Woluwé Saint-Lambert.
16. Crismer, A., Belche, J.L., & Van der Vennet, J.L. (2016). Les soins de santé primaire, plus que des soins de santé de première ligne. Santé Publique, 28 (3), 375-379.
17. Dayez, J-B. (2012). L'isolement social et le sentiment de solitude des aînés : précisions et pistes d'intervention. Analyses Énéo, 2012/10.
18. Dauvrin, M. (2018-2019). *Éducation pour la santé et migration : le rôle des compétences culturelles*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Woluwé- Saint-Lambert.
19. De Graziella C., Vallin J., Guillaume J. (2004). Chapitre V : population et société. *Edition de l'institut national d'études démographiques* (Eds), 82-129.
20. De Jong Gierveld, J., van Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), Cambridge handbook of personal relationships (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press.
21. Delisse, M-P., Abouy, G. (2010). Les centres de coordination en Région Wallonne. Nouvelles philosophies : renforcement du rôle de la coordination. *Contact-Revue de l'aide et des soins à domicile*, 124, 3-8.
22. Denis, A., Guffens, C., Mergaert, L., Raeymaekers, P. (2017). Soutenir les personnes âgées chez elles : unir les forces locales. Fondation Roi Baudouin.
23. Devos, A. (2012/06). *Les attitudes par rapport aux aînés en fonction des cultures*. *Analyses Énéo*. Retrieved from https://www.eneo.be/images/analyses/2012/2012-06_les_attitudes_par_rapport_aux_aines_en_fonction_des_cultures.pdf.
24. EQUINET. (2011). *Combattre l'âgisme et la discrimination fondée sur l'âge*. Retrieved from https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/aisbl-generations/documents/DocPart_Etud_AgismeDiscriminationAge_2011.pdf.
25. European Commission, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. (2010). *Questions & Answers: European Year for Active Ageing 2012*. Retrieved from https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=fr&newsId=860 .
26. Eurostat. (2016). *Structure et vieillissement de la population.* Retrieved from http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/fr.
27. Fokkema, C. M., & Van Tilburg, T. G. (2007). Zin en onzin van eenzaamheidsinterventies bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2007, 38*(4), 161-177.
28. FrailSafe. Frailty. Retrieved from http://frailsafe-project.eu/component/tags/tag/frailty
29. Gori, R. (2018). Accueil et appauvrissement du lien social. *Santé conjuguée*, 84, 12-14.
30. Gourbin, C. (2018-2019). Gérontologie sociale. Syllabus, Université catholique de Louvain, Woluwé Saint-Lambert.
31. Groupe Accueil de la Fédération des maisons médicales. (2018). L'Accueil, une fonction, un métier en transition : introduction. *Santé conjuguée* 84, 10-11.

32. Guide social. (2019). Le gouvernement a adopté le décret assurance autonomie. Retrieved from https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/le-gouvernement-a-adopte-le-projet-de-decret-assurance-autonomie.html, consulté le 30 avril 2019.
33. Guillemard, A. M. (2013). Le vieillissement actif : enjeux, obstacles, limites. *Retraite et société*, (2), 17-38.
34. Hagemann, P., Nicoletti, G. (2018). *Les effets économiques du vieillissement démographique et ses conséquences pour le financement des retraites publiques*. Retrieved from http://search.oecd.org/fr/economie/croissance/35379146.pdf
35. Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study. *The Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, *63*(6), S375-S384.
36. Heymans, I. (2006). Pourquoi les soins de santé primaires ?. *Santé conjuguée*, 37, 25-29.
37. Institut Bruxellois de Statistiques et Analyse. (2013). *Précarité et aide sociale*. Retrieved from http://ibsa.brussels/fichiers/themes/Methodo_AideSociale.pdf
38. Jonckheer, P., Hubens, V., Laperche, J., Prévost, M., Legat, P., Wathelet, T., & Dufour, A. (2008). Les médecins généralistes et les associations de promotion de la santé. *La Revue de la Médecine Générale*, 255, 289-292.
39. Jopling, K. (2015). Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life. *Age UK: London.*
40. Luanaigh, C., Lawlor, B. (2008). Loneliness and the health of older people. *International journal of geriatric psychiatry*, (23), 1213-1221.
41. Lejeune, C. (2014). Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. *De Boeck*.
42. Léonard, J. (2009). Les conditions de travail du personnel soignant. *Santé conjuguée*, 47, 60-64.
43. Macq, J. (2018-2019). *Fondements théoriques et cadre général d'analyse des stratégies de coordination*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.
44. Macq, J., Barbosa, K., & Van Durme, T. (2013). Futur profil infirmier : polyvalence, coordination et publics-cibles. *Santé conjuguée*, 64, 29-31.
45. Macq, J., Barbosa, K., Ces, S., Jeanmart, C., & Van Durme, T. (2011). Métiers de la première ligne et systèmes de santé : vers plus de spécialisation ou de polyvalence. *Santé Conjuguée*, *55*, 41-6.
46. Maisons de quartiers bxls (2019). Retrieved from http://www.lesmaisonsdequartier.be/nos-maisons-de-quartier-elementor/#
47. Massart, V., Vanmeerbeek, M., Denoël, P., & Giet, D. (2009). L'aide familiale, un maillon essentiel pour faire face aux situations de maltraitance de la personne âgée à domicile. *Education Santé*, (247), 5-7.
48. Masquelier, B. (2017-2018). *Introduction à la démographie*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Woluwé-Saint-Lambert.

49. Missinne, S., & Luyten, S. (2018). Les médecins généralistes en région bruxelloise : qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ?.
50. Morley, J. E., Vellas, B., Van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R. ... & Fried, L. P. (2013). Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392-397.
51. Moulaert T., Henrard, J-C., et coll. (2013). *N°75 : Vieillissement actif : à quelles conditions ?*. L'observatoire. Retrieved from http://www.revueobservatoire.be/spip.php?page=publication&id_produit=68&onglet=1.
52. Muller, I. (2018). Les limites de l'organisation de la première ligne. *Santé conjuguée*, 85, 16-18.
53. Nowik, L., Labit, A., Thalineau, A., & Herpin, L. (2016). *L'habitat de demain : les habitats intermédiaires pour personnes âgées* (Doctoral dissertation, Université François-Rabelais de Tours-UMR 7324 CITERES; Université d'Orléans-EA CEDETE 1210).
54. Organisation de coopération et de développement économique. (2015). *Structure démographique par âge*. Retrieved from http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#.
55. Organisation Mondiale de la Santé. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. World Health Organization.
56. Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Le réseau mondial des villes-amies des ainés*. Retrieved from http://www.who.int/ageing/Brochure-French.pdf?ua=1.
57. Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Mesurer la convivialité des villes à l'égard des aînés : guide pour l'utilisation d'indicateurs de base*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203831/9789242509694_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
58. Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé*. Soixante-neuvième assemblée mondiale de la santé. Retrieved from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-fr.pdf
59. Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Santé mentale et vieillissement*. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/.
60. Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Faits marquants sur le vieillissement.* Retrieved from http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/.
61. Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Le réseau mondial des villes et communautés amies des aînés : retrospective des 10 dernières années, et prospective de la prochaine décennie*. Retrieved from https://www.who.int/ageing/gnafcc-report-2018-fr.pdf
62. Organisation Mondiale de la Santé (2018). *Vieillissement et santé*. Retrieved from https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.

63. Pérodeau, G., du Fort, G. (2000). Psychotropic drug use and the relation between social support, life events, and mental health in the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 19, 23–41.
64. Pinquart, M., Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23, 245–266
65. Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D. I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., ... & Magnavita, N. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: an update systematic review. *Experimental gerontology*, 102, 133-144.
66. Ragan, AM., Bowen, AM. (Aout 2001). Improving attitudes regarding the elderly population : the effects of information and reinforcement for change. *Gerontologist*, 41 (4), 511-5.
67. Rivière, C. A., & Brugière, A. (2010). Bien vieillir grâce au numérique (Vol. 9). *FYP editions*.
68. Sarradon-Eck, A., Vega, A., Faure, M., Humbert-Gaudart, A., & Lustman, M. (2008). Créer des liens : les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56(4), S197-S206.
69. Statistics Belgium. (2017). *Chiffres clés : aperçu statistique de la Belgique*. Retrieved From https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/FR_kerncijfers_2017_web.pdf.
70. Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6, 267–275.
71. Tafforeau, J. (2014). Enquête de santé : rapport de santé 2013 : rapport 1 Santé et bien-être : Santé subjective. *Institut Scientifique de Santé Publique*.
72. UNIPSO. (2010). Inclusion et lien social : le « bien vieillir » ne se fait pas tout seul. *Le bien vieillir* (4).
73. Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, *13*.
74. Vandenbroucke, S., Lebrun, J.-M., Vermeulen, B., Declercq, A., Maggi, P., Delye, S., et coll. (2012). *Vieillir, mais pas tout seul - Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*. Fondation Roi Baudouin. Retrieved from https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/aisbl-generations/documents/DocPart_Etud_VieillirMaisPasToutSeul_2012.pdf.
75. Van Weel, C., De Maeseneer, J., & Roberts, R. (2008). Integration of personal and community health care. *The lancet*, 372 (9642), 871-872.
76. Victor, C. R., Scambler, S. J. & Bond, J. (2009). The social world of older people. Understanding loneliness and social isolation in later life. *Berkshire: Open University Press*.
77. World Bank Group (2017). *Population âgée de 65 ans et plus : total.* Retrieved from https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SP.POP.65UP.TO?end=2016&start=1960&view=chart.

78. Wou, F., Gladman, J. R., Bradshaw, L., Franklin, M., Edmans, J., & Conroy, S. P. (2013). The predictive properties of frailty-rating scales in the acute medical unit. *Age and ageing*, 42(6), 776-781.

# X. Annexes

## Annexe 1 : Demande de recherche

Quertinmont kelly
kelly.quertinmont@student.uclouvain.be
+32479171058

13 mars 2019

**Objet** : Demande d'entretiens exploratoires

Madame/ Monsieur,

Je suis actuellement en 2e master en Sciences de la Santé Publique à l'Université catholique de Louvain. Je suis l'option de coordination et réseaux de soins ainsi que comportements et compétences pour la santé, avec en sous options la revalidation et la réadaptation en gériatrie, management humain et comportements organisationnels et, enfin, gérontologie sociale. Cette année je réalise un mémoire dont le thème est « *Quelles sont les perceptions des professionnels de la santé de la première ligne de soins des moyens qu'ils ont à leur disposition pour réduire l'isolement social des personnes âgées à domicile, dans la ville de Bruxelles labélisée « Ville-Amie des Aînés » ? »*. Le but étant de mettre en évidence les ressources et les contraintes de l'utilisation de ce label pour les soignants dans la prise en charge de l'isolement social.

Dans ce contexte, je souhaiterais réaliser des entretiens avec le personnel soignant susceptible d'être en contact et acteur auprès des personnes âgées de 65 ans et plus isolées. Ces entrevues seront anonymes et le nom de l'institution n'apparaitra que de manière anonyme afin de garder la confidentialité.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement supplémentaire.

Je vous remercie pour l'attention portée à ma demande et vous prie d'agréer l'expression de mes salutations les plus distinguées.

Kelly Quertinmont

## Annexe 2 : Information sur la participation de l'étude

*Quelles sont les perceptions des professionnels de la santé de la première ligne de soins des moyens qu'ils ont à leur disposition pour réduire l'isolement social des personnes âgées à domicile, dans la ville de Bruxelles labélisée « Ville-Amie des Aînés » ?*

Il s'agit d'une étude qualitative qui consiste à comprendre quels sont les éléments du label « ville-amie des aînés » utilisés par les soignants qui peuvent influencer positivement la réduction du sentiment de solitude et d'isolement social chez les personnes âgées de 65 ans et plus à domicile. Le but de cette recherche est ainsi de mettre en évidence les ressources et les contraintes de ce label pour les soignants au contact des personnes âgées isolées et dans la prise en charge de l'isolement social.

L'outil de collecte de données utilisé sera l'entretien semi-directif. La durée de l'entretien sera d'environ 45 min et un enregistrement audio sera fait pour une analyse postérieure du contenu de l'entretien.
Les participants sont invités à participer à cette étude de façon volontaire, ayant le droit d'arrêter à tout moment ou de refuser d'y participer. L'identité du participant sera anonyme et confidentielle. Le nom de l'institution sera également maintenu dans l'anonymat et remplacée par un nom fictif.

En cas de questions ou de renseignements par rapport à cette étude, vous pouvez me contacter sur mon téléphone ou mon adresse mail.

Je vous remercie pour votre intérêt et pour votre collaboration à cette étude.

Kelly Quertinmont

## Annexe 3 : Consentement éclairé du participant

*Quelles sont les perceptions des professionnels de la santé de la première ligne de soins des moyens qu'ils ont à leur disposition pour réduire l'isolement social des personnes âgées à domicile, dans la ville de Bruxelles labélisée « Ville-Amie des Aînés » ?*

Chercheur : Kelly QUERTINMONT
+32479171058 ;
kelly.quertinmont@student.uclouvain.be

Je, soussigné(e) _____ déclare :

- avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et le chercheur responsable figurent ci-dessus ;
- avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.

Je sais que :

- je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit ;
- je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche ;
- les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout tiers non autorisé de m'identifier.

**Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche.**

Lu et approuvé,

Date _____

Signature_____

## Annexe 4 : Entretiens semi-dirigés

1. Introduction

Je suis actuellement en 2e master en Science de la Santé Publique à l'Université catholique de Louvain. Je suis l'option de coordination et réseaux de soins ainsi que comportements et compétences pour la santé, avec en sous options la revalidation et la réadaptation en gériatrie, management humain et comportements organisationnels et, enfin, la gérontologie sociale. Cette année je réalise un mémoire dont le thème est « *Quelles sont les perceptions des professionnels de la santé de la première ligne de soins des moyens qu'ils ont à leur disposition pour réduire l'isolement social des personnes âgées à domicile, dans la ville de Bruxelles labélisée « Ville-Amie des Aînés » ? »*. Le but étant de mettre en évidence les ressources et les contraintes pour les soignants de la prise en charge de l'isolement social et la solitude des personnes âgées.

Il s'agit d'une étude qualitative qui consiste à comprendre l'expérience et la perception des soignants de l'isolement des ainés afin de pouvoir mettre en évidence les facteurs qui peuvent influencer positivement la réduction du sentiment de solitude et d'isolement social chez les personnes âgées de 65 ans et plus à domicile.

L'outil de collecte de données utilisé sera l'entretien semi-directif. La durée de l'entretien sera d'environ 30-45 minutes et un enregistrement audio sera fait pour une analyse postérieure du contenu de l'entretien.

Les participants sont invités à participer à cette étude de façon volontaire, ayant le droit d'arrêter à tout moment ou de refuser d'y participer. Cette entrevue n'a, en aucun cas, pour but la mise en évidence de bonnes ou mauvaises réponses. L'identité du participant sera anonyme et confidentielle. Le nom de l'institution sera également maintenu dans l'anonymat et remplacée par un nom fictif.

2. Profil de l'enquêté

- Age :
- Sexe :
- Fonction (+ ancienneté) :
- Expérience :

3. Guide d'entretien semi-dirigé

3.1.Isolement social

1. Quelle est votre expérience de l'isolement (social) des personnes âgées que vous soignez/accompagnez dans votre pratique quotidienne ?
2. Quelles sont vos réactions face aux situations d'isolement (social) et quelles sont les démarches que vous entreprenez ?
3. Comment êtes-vous sensibilisé au dépistage des personnes âgées isolées dans votre pratique quotidienne ? Selon vous, quels sont les éléments qui peuvent vous aider et qu'est-ce qui vous semble être un frein au dépistage ?
4. Quels sont les moyens que vous avez pour lutter contre l'isolement (social) et la solitude des personnes âgées ? Comment ont-ils évolué ces dernières années ?
5. Comment trouvez-vous des ressources lors d'une prise en charge d'une situation d'isolement social ? Pouvez-vous en citer quelques-unes ? Lesquelles vous semblent les plus accessibles ?

3.2.Outils pour la lutte contre l'isolement social

6. Quelles sont les informations et formations que vous avez suivi sur l'isolement social et les différents moyens qui existent pour le réduire ? Pouvez-vous les décrire de façon générale (objectifs, déroulement, …) ? Selon vous, quelles sont celles qui semblent les plus pertinentes et utiles ? Pour quelle(s) raison(s) ?
7. Selon vous, pour quelles raisons les programmes de prévention et de promotion à la santé qui abordent le vieillissement actif ont-ils eu une influence favorable ou défavorable dans la lutte contre l'isolement social des personnes âgées ?

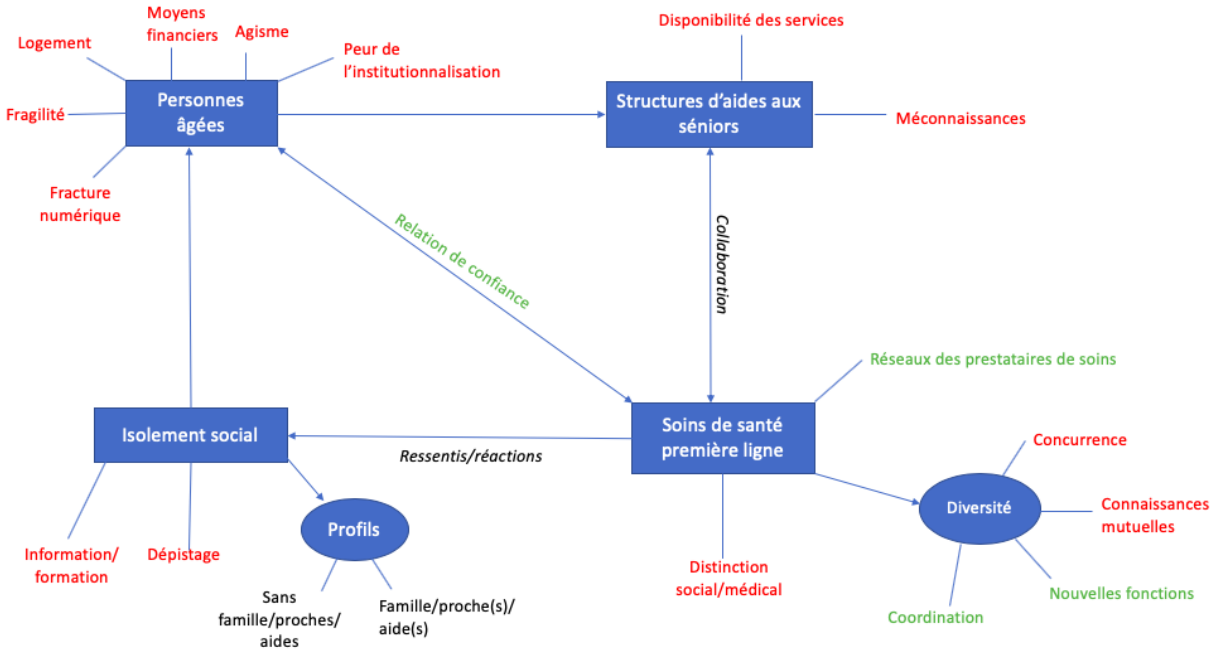
3.3.Label « Ville-Amie des Ainés » (facultatif)

8. Que savez-vous sur le label « Villes-Amies des Ainés » ?
9. Pour quelles raisons le label « Villes-Amies des Ainés » vous semble-t-il être une ressource ou un frein dans la réduction et la prise en charge de l'isolement social des personnes âgées ?
10. Comment votre formation a-t-elle été adaptée (informations, formations ...) à la lutte contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées depuis l'apparition du label « Villes-Amies des Ainés » ? Pour quelles raisons vous sentez-vous plus sensibilisé et plus armé face à l'isolement social et la solitude des personnes âgées ?

3.4.Conclusion

11. Selon vous, quels sont les facteurs facilitant et contraignant la prise en charge de l'isolement social et de la solitude de nos aînés ?

## Annexe 5 : carte conceptuelle




**Légende :**

- Rouge : Facteurs contraignants liés à la prise en charge de l'isolement social
- Vert : Facteurs facilitant liés à la prise en charge de l'isolement social
- Flèches : relations

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | **www.uclouvain.be/fsp**