

Faculté de santé publique

Personnes âgées vivant à domicile et ne conduisant pas de voiture : quelles sont les répercussions sur leur participation sociale ?

Mémoire réalisé par
Kelly Villanueva

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Personnes âgées vivant à domicile et ne conduisant pas de voiture : quelles sont les répercussions sur leur participation sociale ?

Mémoire réalisé par
Kelly Villanueva

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Je souhaite particulièrement remercier le Professeur Walter Hesbeen, qui par son professionnalisme, sa disponibilité et ses conseils avisés, a pu me guider tout au long du travail.

Je tiens également à remercier ma maman d'avoir été présente durant toutes mes études et de m'avoir soutenue durant l'élaboration de ce mémoire.

Un grand merci également aux personnes qui ont accepté de participer à mon étude ou qui m'ont aidé à trouver des participants. Rien n'aurait été possible sans eux.

Le 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

Liste des abréviations	1
Introduction	2
Chapitre 1 : Contexte de la recherche	3
1) Participation sociale	3
1.1 Participation sociale et évaluation	6
2) Personnes âgées et domicile	7
3) Mobilité extérieure et personnes âgées	8
3.1 La voiture	9
3.2 Les transports en commun.....	9
3.3 La mobilité douce	10
3.4 Autres	11
4) Conclusion	11
Chapitre 2 : Méthodologie.....	12
1) Choix de la méthode de recherche	12
2) Recherche documentaire	13
3) Echantillonnage	13
3.1 Personnes âgées	13
3.2 Témoins privilégiés	14
4) Outil de collecte des données	14
4.1 Conception de l’outil de collecte de données	15
5) Démarche de recherche :	17
6) Mise en application des entretiens	17
7) Traitement et analyse des données	18
Chapitre 3 : Résultats	19
1) Littérature.....	19
2) Témoins privilégiés	21
2.1 Descriptif de l’échantillon	21
2.2 Analyse des entretiens	22
2.3 Synthèse.....	26
3) Population étudiée	27
3.1 Descriptif de l’échantillon	27
3.2 Analyse des entretiens	29
3.3 Synthèse.....	45
Chapitre 4 : Discussion	46

1) Forces et limites de l'étude	49
Conclusion et perspectives	51
Bibliographie	53

Table des illustrations

Figure 1 : Version 2010 du MDH-PPH2 – Fougeyrollas,P « La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap » Presses Universitaires de Laval – Québec.	4
Tableau 1 Nomenclature des habitudes de vie (Fougeyrollas et al., 1998).....	6

Liste des abréviations

HdV :	Habitude de vie
MDH-PPH :	Modèle de développement humain-Processus de production de handicap (1998)
MDH-PPH2 :	Modèle de développement humain-Processus de production de handicap bonifié (2010)
MHAVIE :	Mesure des habitudes de vie
PA :	Personne(s) âgée(s)
PPH :	Processus de production de handicap
RIPPH :	Réseau international de production du handicap
TPMR :	Transport pour personnes à mobilité réduite

Introduction

Ergothérapeute de formation, je suis sensible à l'indépendance des individus et à leur inclusion dans la société. Une population qui me touche particulièrement est celle des personnes âgées. Ainsi, je me suis plusieurs fois interrogée sur leur participation sociale, lorsque la conduite automobile n'était pas ou plus présente. Aussi, cette thématique m'a particulièrement intéressée étant donné qu'elle touche d'une certaine manière mes grands-parents. En effet, si mon grand-père conduit, je me suis toutefois demandée si ma grand-mère ne se serait pas plus déplacée, si elle conduisait elle-même une voiture. Ainsi, j'ai choisi de rédiger ce mémoire afin de recueillir les propos de personnes âgées et de professionnels considérés comme experts du sujet. Ce recueil permettra d'avoir une idée générale de la situation et du vécu des aînés en Belgique.

Le chapitre 1 à la page suivante, développe trois points s'articulant les uns aux autres, afin d'apporter un éclairage sur les différents éléments clés de la problématique de ce mémoire. D'abord, le nouveau Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH2) y est présenté. Il est le cadre de référence qui soutient la structure de présentation et de développement du travail, ainsi que l'organisation des analyses. C'est aussi selon ce modèle que le concept de participation sociale est envisagé. Des informations relatives à la personne âgée à domicile et à sa mobilité en dehors de celui-ci, sont ensuite données. Elles permettent d'appréhender plus finement ces deux thèmes clés pour finalement aboutir à la formulation de la question de recherche.

Le chapitre 2 est consacré à la méthodologie et présentera les méthodes utilisées pour récolter les données. Il sera suivi du chapitre 3 qui exposera les résultats sous trois formes : l'analyse de la littérature, la rencontre avec les témoins privilégiés et enfin, les entretiens avec les personnes âgées.

Finalement, le chapitre 4 est consacré à la discussion, où les résultats obtenus seront interprétés et commentés. Enfin, ce mémoire se terminera avec la conclusion et les préconisations.

Chapitre 1 : Contexte de la recherche

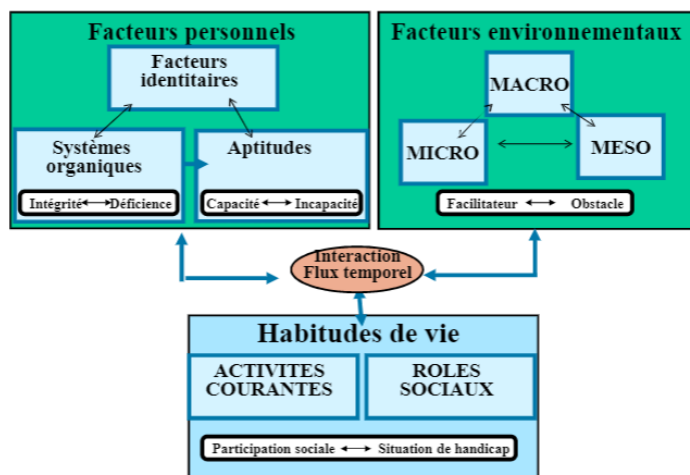
Le « vieillissement biologique s'inscrit le plus souvent dans une période de vie où surviennent d'importants changements sociaux » (Dubourg, 2014, p8) et où apparaît une « modification de modes de vie et de besoins » (Bradfer, 2016, p3). Etant donné qu'aujourd'hui, la retraite « est de moins en moins considérée comme un retrait de la vie collective, mais plutôt comme une phase nouvelle de participation active » (Morbois, 2010, p3), (dans la vie sociale, culturelle et économique (Bradfer, 2016)), « il importe de pouvoir aider les aînés à vivre en santé et à participer à la société » (Viscogliosi & Verreault, 2018, p4). Ainsi, les différentes activités de participation sociale, leur permettent d'être « toujours reliés à la société [et] de se restructurer au travers la construction d'une nouvelle identité sociale » (Morbois, 2010, p7). Afin de mener cela à bien, « les conséquences en matière de mobilité, nécessitent d'être prises en compte » (Bradfer, 2016,p2-3). Mobilité qui est aujourd'hui « considérée comme un besoin de base dans notre société » (Bradfer, 2016, p3) et qui peut parfois être problématique avec l'avancée en âge.

1) Participation sociale

Le MDH-PPH2 (Figure 1) bonifié en 2010 à partir du modèle conceptuel MDH-PPH de 1998, par Patrick Fougeryrollas, est comme énoncé plus haut, utilisé dans ce travail comme modèle de référence, afin d'approfondir le concept de participation sociale. Ainsi, dès 1998, une situation de participation est définie par le RIPPH (concepts-clés, para 11) comme ;

« la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles) ».

Figure 1 : Version 2010 du MDH-PPH2 – Fougeryrollas,P « La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap » Presses Universitaires de Laval – Québec.



Le concept de situation de handicap est défini de la même manière mais en son contraire, soit avec une « réduction des habitudes de vie » (Castelein, 2015, p6). Evidemment, il est important de ne pas omettre que le handicap est propre à chaque personne qui en est atteinte (RIPPH, 2007). En effet, des

« groupes de population peuvent avoir en commun des incapacités ou limitations fonctionnelles significatives et persistantes, susceptibles d’avoir des conséquences sur le plan de leur participation sociale, mais il ne faut pas mettre de côté leur individualité et le fait que chaque personne vit sa situation de manière singulière » (RIPPH, 2007, p9).

Cette individualité et le contexte de chacun, fera que l’impact sur la participation sociale sera toujours différent chez chaque personne. Le niveau de participation sociale ou de situation de handicap « témoigne [donc] du niveau d’adéquation entre l’environnement [facteurs environnementaux] et les caractéristiques d’une personne ou d’une population [facteurs personnels] » (RIPPH, n.d, modèle, para 10). De ce fait, lorsqu’un individu fait face à une situation de handicap, cela signifie que son milieu de vie ne lui est pas adapté et le bloque dans la réalisation de ses habitudes de vie (RIPPH, n.d, modèle). Dès lors, afin de permettre un accomplissement optimal des activités souhaitées, la réduction des obstacles environnementaux joue un rôle non négligeable et est aussi important que les facteurs personnels (RIPPH, n.d). Il est donc difficile d’occulter « l’impact du milieu de vie sur la participation sociale des personnes ayant des incapacités » (RIPPH, n.d, modèle, para 9). Ainsi, le handicap devrait toujours être défini plus particulièrement comme étant une situation de handicap (situation d’inégalité) (RIPPH, n.d, handicap).

Selon Morbois, la participation sociale a comme principal objectif de « rester en prise avec le monde » (2010, p3) et « offre des possibilités de (re)donner du sens à sa vie, de développer des appartenances, et d'exercer un rôle social dans une étape », [celle de la vieillesse] (2010, p10). Bagna (2018) ajoute une autre idée selon laquelle elle permet de garder sa santé et d'éviter de basculer vers une perte d'autonomie. Ce dernier terme est à distinguer de celui d'indépendance, bien que les deux notions se complètent. En effet, l'autonomie désigne la « capacité d'un individu à se gouverner lui-même » (Faure, 2018, para 3) et à être indépendant dans ses décisions. La dépendance, elle, désigne « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne, d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement » (Faure, 2018, para 5). Nous pouvons ainsi dire que l'autonomie est l'indépendance dans une décision.

Cette participation sociale implique pour Castelein, « un échange réciproque entre l'individu et la collectivité » (2015,p7). En effet, il a mis en avant le fait qu'elle mettait en cause ; « d'une part, la responsabilité collective de permettre à tous de participer activement à la vie en société et, d'autre part, la responsabilité individuelle d'agir en citoyen responsable » (2015, p7). Pourtant, d'après la Fédération Internationale du Vieillissement (2012), le maintien des activités et des contacts sociaux, constituerait un défi majeur auquel les aînés seraient confrontés. En effet, selon Hill, nombreux sont ceux qui « éprouvent des difficultés à prendre part à des services ou à des activités, qui pourraient les aider à conserver leur indépendance et leur bien-être mental » (2015, p12).

Parmi les obstacles, nous retrouvons notamment les problèmes de mobilité (Martens,2015). Pourtant, quel que soit l'âge, celle-ci est importante pour une vie active et autonome (Dumas,2012). C'est pourquoi, il est nécessaire de prendre en compte que cette « mobilité constitue (...) un enjeu de santé publique, si l'on considère qu'elle est un facteur clef pour la prévention de l'isolement et de la dépendance » (Dumas,2012,p64). Nous approfondissons la thématique de mobilité plus loin dans l'introduction.

1.1 Participation sociale et évaluation

L'évaluation de la participation sociale des aînés est au centre de notre intérêt dans cette étude. C'est pourquoi, un instrument de mesure jugé pertinent dans le cadre de notre recherche a été sélectionné et détaillé. Il s'agit de la mesure des habitudes de vie ou MHAVIE en abrégé.

La MHAVIE a été développée à partir de la Classification québécoise : processus de production du handicap (PPH). Cet outil a été conçu, alors que « l'étendue des conséquences sociales des maladies et traumatismes dans les situations de vie courantes, (...) demeur[ait] encore peu évaluée » (Noreau & Fougéyrollas, n.d., p8). En effet, l'idée derrière la conception de la MHAVIE, était de pallier aux faiblesses de certains outils existants, et tenir compte de l'évolution des concepts. Par exemple, le handicap n'est pas uniquement le résultat des déficiences et des incapacités d'une personne, mais il est aussi le résultat de l'interaction des caractéristiques de l'individu avec son environnement (Noreau & Fougéyrollas, n.d.).

La MHAVIE a été « développée afin d'évaluer plusieurs aspects reliés à la participation sociale des personnes ayant des incapacités » (Fougéyrollas & Noreau, 2003, p9), notamment dues à l'âge. Ainsi, elle permet de recueillir des informations sur le niveau de réalisation des habitudes de vie, en évaluant le degré de difficulté et de satisfaction à les réaliser (Fougéyrollas & Noreau, 2003). La satisfaction « permet à la personne (ou à son entourage), d'exprimer son vécu par rapport à la manière dont elle perçoit la réalisation de ses activités de la vie courante et de ses rôles sociaux » (Castelein, 2015, p12). La MHAVIE comprend douze habitudes de vie qui sont représentées dans le tableau ci-dessous (Tableau 1).

Tableau 1 Nomenclature des habitudes de vie (Fougéyrollas et al., 1998)

Activités de vie quotidienne	Rôles sociaux
• Nutrition • Régime alimentaire • Préparation des repas • Prise des repas • Condition corporelle • Sommeil • Condition physique • Condition mentale • Soins personnels • Hygiène corporelle • Hygiène excrétrice • Habillement • Soins de santé • Communication • Communication orale et corporelle • Communication écrite • Télécommunication • Signalisation • Habitation • Activités reliées au domicile • Entretien ménager • Ameublement et autres équipements utilitaires • Déplacements • Déplacements restreints • Utilisation des moyens de transport	• Responsabilités • Responsabilités financières • Responsabilités civiles • Responsabilités familiales • Relations interpersonnelles • Relations sexuelles • Relations affectives • Relations sociales • Vie communautaire • Vie associative • Vie spirituelle et pratiques religieuses • Éducation • Éducation préscolaire • Éducation scolaire • Formation professionnelle • Autres formations • Travail • Orientation professionnelle • Recherche d'un emploi • Occupation rémunérée • Occupation non rémunérée • Loisirs • Sports et jeux • Arts et culture • Activités socio-récréatives

2) Personnes âgées et domicile

« Que l'on soit bien portant ou en perte d'autonomie, vivre " chez soi " reste pour beaucoup de personnes une condition indispensable à la qualité de vie » (Dubourg, 2014, p9).

« En Wallonie, en 2012, une grande majorité des personnes âgées de + de 60 ans vivaient chez elles (seules ou en famille) » (Dubourg, 2014, p5) :

- De 60 à 69 ans → 98% vivaient à domicile sans aide.
- De 70 à 79 ans → 93% vivaient à domicile sans aide.
- De 80 à 89 ans → 75% vivaient à domicile sans aide.
- Chez les plus de 90 ans → 46% vivaient à domicile sans aide.

Avec l'allongement de la vie et de ce fait, la croissance du nombre de personnes âgées, la quantité d'entre elles habitant à leur domicile est actuellement en train de croître. Dans les données ci-dessus, la proportion restante de personnes âgées ne vivant pas chez elles, dans chaque tranche d'âge, correspond à des personnes vivant en maison de repos (MR) ou en résidence service (RS), qui se rendaient en centre de jour (CJ) ou qui nécessitaient des aides à domicile (Dubourg, 2014).

En effet, au-delà des aides à domicile, des centres permettent aux personnes âgées de « passer quelques heures ou quelques journées par semaine en compagnie d'autres personnes et de participer à des activités de socialisation, tout en étant entouré par des professionnels de soins » (Dubourg, 2014, p15). C'est le cas des centres d'accueil de jour, des centres de soins de jour, des centres d'accueil de soirées et de nuits. En Flandre, les « locale dienstencentra » (ou centres des services locaux en français), permettent également de partager des moments avec d'autres personnes au sein d'un bâtiment. S'il y a une similitude avec les centres d'accueil de jour présents en Wallonie, les activités proposées ne sont pas les mêmes. En effet, dans les centres flamands, nous pouvons trouver des activités récréatives, sportives, informatives, mais aussi de formation. Ce qui n'est pas présent dans les centres de jour wallons où la socialisation semble être au centre, et où les activités sont principalement ludiques. Un accompagnement dans diverses démarches (administratives, médicales,..) est possible autant dans les centres wallons que flamands (Vlaanderen n.d.).

3) Mobilité extérieure et personnes âgées

Selon Bradfer,

« l'autonomie dans les déplacements nécessite la maîtrise de compétences variées qui mobilisent des ressources physiologiques (marcher...), cognitives (se projeter dans le temps et dans l'espace, lire des informations...) et psychologiques (maîtriser ses émotions) » (2016, p7).

Or, le vieillissement entraîne chez plusieurs personnes âgées une limitation de certaines de ces capacités, ce qui progressivement, va réduire leur mobilité (Dumas, 2012, p72) ou changer leurs « comportements de mobilité » (Bradfer, 2016, p6). Cela peut ainsi mener pour beaucoup, à de l'isolement social (Le Mag du Senior, n.d. para.1).

Les déplacements pouvant être difficiles, « la motivation est un facteur prédominant pour surmonter la pénibilité » de ceux-ci (Duman, 2018, p71). Par facilité, les personnes âgées ont donc plus tendance à prendre part aux services et activités qui sont faciles d'accès (A Hill, 2015*). La proximité des buts de sortie (achats, soins, loisirs) joue donc comme un facteur de mobilité (Duman, 2018). De plus, selon Morbois, cela a un « impact direct sur l'accès pour les aînés à l'ensemble des services de soins santé mais également aux lieux administratifs, de loisirs ou de socialisation » (2010, p3). Plusieurs freins à la mobilité existent :

- Le « sentiment d'insécurité (réel ou perçu), lié au risque de chute ou à la crainte d'une agression » (Duman, 2018, p71).
- Les « difficultés [...] d'ordre financier et matériel » (Bradfer, 2016, p7) : cela affecte de façon non-négligeable les choix des modes de déplacements (motorisés particulièrement) (Bradfer, 2016). L'immobilité est d'ailleurs « généralement plus importante chez les seniors moins aisés, quel que soit leur âge » (Bradfer, 2016, p7).
- Le milieu de vie : en milieu urbain il est souvent facile de se déplacer et de remplacer sa « voiture personnelle par les transports en commun » (Le Mag du Senior, n.d., para.15). En milieu rural, ne pas/plus pouvoir utiliser de véhicule est plus problématique ; l'offre de transport est moindre, et la distance à parcourir pour arriver à des services est parfois importante (Le Mag du Senior, n.d. ; Bradfer, 2016). Notons toutefois que Dumas démontre en 2012 (p4), que « l'arrêt de la conduite automobile ne se traduit pas forcément par l'utilisation accrue d'un autre mode de transport et des transports en commun ».

Il est aussi important de ne pas oublier que les utilisateurs n'ont pas les mêmes besoins et ne réalisent pas les mêmes activités selon leur âge. En effet, « un senior de 65 ans ne se déplace pas de la même manière que celui de 80 ans » (Bradfer, 2016, p2). Ils n'effectuent « pas les mêmes déplacements [et] aux mêmes heures » par exemple. (Bradfer, 2016,p2).

3.1 La voiture

Aujourd'hui, la voiture est souvent privilégiée car elle est pour plusieurs individus, synonyme d'autonomie (Morbois, 2010) ou même d'indépendance. C'est pourquoi, « beaucoup de personnes âgées disposent encore de leur véhicule » (Morbois, 2010, p11) pour se déplacer, mais ce ne n'est pas le cas de tout le monde. L'augmentation du prix du carburant, notamment, rend l'accès à ce mode de transport difficile pour certains aînés (Morbois, 2010). « Toutefois, même sans être en possession d'un véhicule, quelques habitudes permettent aux aînés de limiter leur isolement. C'est le cas des « achats quotidiens [qui] constituent le premier motif de sortie des personnes âgées (boulangerie, marché, pharmacie...) » (Martens,2015, p17). A côté, si la personne est entourée d'aidants, ceux-ci « apportent différents types d'aides qui se qualifient selon leur temporalité (aide sporadique, routinière ou circonstanciée) ou leur nature (support moral, présence, soutien pratique, aide financière,...) » (Martens,2015, p22). Malgré cela, il ne faut pas oublier que chaque personne vit dans un contexte propre à lui et que chaque situation est donc différente.

3.2 Les transports en commun

« En Wallonie, l'offre de transports en commun se partage entre les trains et les bus, les quelques métro et trams » (Morbois, 2010, p12). Cette offre n'est toutefois proposée qu'en priorité dans des zones densément peuplées, souvent pour des raisons financières. C'est pourquoi, en milieu rural et dans les zones reculées, se mouvoir en transport en commun est plus difficile (Morbois, 2010). Par ailleurs, « les transports en commun ne sont pas toujours la solution adaptée aux besoins de la population âgée en termes de fréquence, d'horaire ou d'accessibilité physique » (Morbois, 2010, p12). En effet, la limitation majeure en ce qui concerne l'accessibilité des transports, est la « distance à parcourir à pied entre le lieu de départ ou de destination et le point d'arrêt ou la station » (Dumas, 2018, p67). D'autres facteurs freinent les personnes âgées à se déplacer en transports en commun. Ainsi, d'après l'étude de Dumas,

« parmi l'ensemble des personnes âgées (65 ans et plus), 46 % pensent que les portes des bus ou des trams se ferment trop vite, 43 % ont des difficultés à lire les horaires et les itinéraires, 41 % ont du mal à monter et à descendre, 38 % trouvent que les feux de la circulation passent trop vite au rouge et (...) rendent nerveux [les chauffeurs], 32 % voient une fréquence de l'offre de transport collectif trop faible et 27 % se plaignent du manque d'abribus et de bancs » (2018, p 67).

Dumas (2018), s'est également intéressé aux personnes âgées de plus de 75 ans. Il en ressort que 38% d'entre eux, trouvent que le bus démarre trop vite et sans précaution. « La fréquence d'usage des transports pour les personnes âgées dépendra [ainsi] de leur pénibilité » (Dumas, 2018, p67).

3.3 La mobilité douce

Le vélo et la marche sont deux moyens souvent utilisés par les personnes âgées. En Flandre, où la culture vélo est plus prégnante qu'en Wallonie et les infrastructures cyclables plus développées, le vélo a un véritable succès auprès des aînés (Morbois, 2010). Contrairement à la Wallonie, où il n'a pas encore la cote. Cela prouve que « les limites physiques liées à l'âge ne sont a priori pas à mettre en cause » (Morbois, 2010, p22). « Il devient toutefois difficile de le pratiquer après 80 ans » (Morbois, 2010, p12). Ainsi, dès 70ans, le mode piéton prédomine sur l'ensemble des autres modes (Dumas, 2018). Malgré tout, le périmètre de marche diminuant sensiblement avec l'âge ou avec l'apparition des déficiences, il se limite vite à quelques centaines de mètres (Dumas, 2018). Si ces limitations fonctionnelles peuvent expliquer cette évolution de la mobilité, elles sont « bien souvent accentuées par des facteurs environnementaux (espace public encombré, aménagement de la voirie...) » (Dumas, 2018, p69).

3.4 Autres

Il existe d'autres transports permettant notamment aux personnes âgées de se déplacer. Citons premièrement, les transports de personnes à mobilité réduite (TPMR) qui est intéressant pour les aînés limités dans leurs déplacements (par exemple les utilisateurs de fauteuil roulant) (Dumas, 2018). En effet, « le transport porte-à-porte évite les obstacles environnementaux qui constituent des barrières infranchissables » (Dumas, 2018, p68). Cependant, les contraintes économiques constituent le frein majeur à ce service (Dumas, 2018). Finalement nous pouvons aussi citer : l'accompagnement personnalisé (ex : dans les transports en commun ou dans les déplacements en véhicule personnel), les taxis sociaux, le covoiturage et l'autostop organisé, le transport collectif de proximité et enfin, les services collectifs individualisés (Morbois, 2010 ; Dubourg, 2014).

4) Conclusion

Les différents points développés ci-dessus permettent d'aboutir à l'objectif de ce mémoire, qui est de répondre à la question suivante :

Quelles sont les répercussions de la non-conduite, sur la participation sociale des personnes âgées vivant à domicile ?

Dans le chapitre suivant, nous détaillons les méthodes utilisées afin de répondre à cette question.

Chapitre 2 : Méthodologie

Dans cette partie méthodologique, nous expliquons d'abord vers quel type de recherche nous nous sommes penchée pour répondre à la question de l'étude. Ensuite, après avoir parlé de la recherche dans la littérature, nous détaillons le choix de la population étudiée et l'échantillonnage. Par après, nous justifions l'outil de collecte des données choisi, ainsi que sa conception et sa mise en application. Finalement, nous terminons cette partie en détaillant la méthode que nous utilisons pour analyser les données.

1) Choix de la méthode de recherche

Dans ce mémoire de type recherche exploratoire, la méthode qualitative a été préférée pour sa susceptibilité à répondre adéquatement à la question de recherche. En effet, dès la rédaction de celle-ci, il a semblé évident de se diriger vers cette approche, plutôt que vers une approche quantitative. Ce choix a été effectué pour de multiples raisons.

D'abord, la recherche qualitative permet de par la subjectivité des propos recueillis, de comprendre le comportement et les expériences personnelles de l'échantillon, dans une situation spécifique. Ainsi, certains phénomènes (ou aspects) sociaux peuvent être expliqués (Kohn & Christiaens, 2014 ; Hunt & Lavoie, 2011). Ce type de recherche est une bonne manière de « regarder la réalité sociale » (Kohn & Christiaens, 2014, p69) des individus, car elle les « étudie (...) dans leur milieu naturel » (Kohn & Christiaens, 2014, p70).

Ensuite, selon Kohn & Christiaens, un autre avantage de la recherche qualitative est la « richesse des données collectées et la compréhension plus en profondeur du problème étudié » (2014, p69). En effet, selon ces auteurs, elle vise « non seulement à décrire, mais aussi à aider à obtenir des explications plus significatives sur un phénomène » (2014, p69).

Finalement, une récolte de données quantitatives n'aurait pas été pertinente, car cela n'aurait pas permis de répondre adéquatement aux objectifs de la recherche. En effet, nous ne cherchons pas à quantifier l'information mais à recueillir des propos tels que des mots et des récits (Kohn & Christiaens, 2014), et ainsi amener à un résultat qualitatif. C'est ainsi que la première étape de cette étude a été la recherche documentaire.

2) Recherche documentaire

La recherche littéraire a ainsi constitué un des moyens utilisés pour répondre à la question de recherche. De ce fait, il a été nécessaire de lire des monographies et de consulter des bases de données à l'aide de différents mots clés. Ceci nous permettant de relever ce que la littérature disait en lien avec notre thématique de recherche. Plusieurs bases de données ou services ont ainsi été utilisés avec les mots clés suivants : « mobility » - « social participation » - « RIPPH » - « elderly », « senior » et « Europe ». Ces mots ont été écrits en anglais ou en français selon la pertinence. Aussi, les bases les plus fréquemment adoptées dans cette recherche sont « PubMed » (principal moteur de recherche de données bibliographiques), « Cairn.info » (plateforme francophone), « Elsevier », « Google Scholar » et « Academic Search Premier (EBSCO) ». Toutes ont été utilisées avec un filtre de dates se focalisant sur les articles datant de 2010 à 2020. Cela nous a permis de rester au maximum dans l'actualité, tout en nous offrant une multitude de résultats où trouver des informations pour la recherche. Le site Research Gate, proposant un service de réseautage social, a plusieurs fois aidé à trouver et utiliser des revues et articles non accessibles ou payants via d'autres bases. Cela nous a ainsi servi pour accéder à un plus grand nombre de publications jugées pertinentes pour notre étude.

3) Echantillonnage

3.1 Personnes âgées

Dans ce mémoire, nous étudions une population particulière dans une situation globale particulière. C'est pourquoi, un choix de participants a été réalisé selon ce qu'on cherche à explorer. Ont ainsi été sélectionnées pour l'étude, les personnes âgées de minimum 65 ans compris et ne conduisant pas ou plus de voiture. Aussi, toute personne domiciliée en Belgique (que ce soit en Flandre, à Bruxelles ou en Wallonie) et vivant à son domicile, a pu être intégrée dans l'échantillon. Ces critères d'inclusion ont été définis afin que les personnes questionnées puissent être considérées comme expertes et pour permettre une vision élargie à tout le pays.

Ensuite, afin de pouvoir répondre aux questions de la manière la plus juste, complète et personnelle possible (sans aide humaine), les personnes atteintes des troubles cognitifs modérés à sévères ont constituées un critère d'exclusion.

Finalement, l'idée fût que « la collecte de données (...) [soit arrêtée], lorsque les catégories d'analyse (...) [ont atteint] un point de saturation » (Savoie-Zajc, 2007, p109). En effet, l'une des caractéristiques d'un échantillon de type qualitatif, est sa visée à collecter un maximum de variabilité de réponses (Hunt & Lavoie, 2011). La taille de l'échantillon est donc à son maximum, non pas lorsque l'échantillon est représentatif, mais lorsque la saturation empirique est atteinte et donc quand « la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments » (Aubin-Auger et al., 2008, p144). A l'inverse de « l'approche quantitative [qui] vise, quant à elle, une représentativité permettant une inférence statistique » (Kohn & Christiaens, 2014, p77).

Pour des raisons d'anonymisation, chacune des personnes âgées (PA) interrogées a été nommée par un numéro (soit PA1, PA2, PA3, etc).

3.2 Témoins privilégiés

Est défini comme témoin privilégié, « toute personne qui, de par sa profession, a un contact particulier avec la population ou l'objet d'étude » (Lonfils, Nguyen & Piette, 2005). Ont donc été sélectionnés pour la recherche, tous professionnels pratiquant en Belgique auprès de personnes âgées vivant à domicile et ne conduisant pas/plus de voiture. Chacun est nommé par un chiffre (ce qui donne T1 et T2) afin de respecter son anonymat. L'inclusion de témoins privilégiés, permet de se rapprocher du terrain par le biais d'acteurs ayant un contact récurrent avec la population étudiée. Cela permet ainsi de recueillir l'« expérience personnelle et la connaissance concrète du terrain » (Prospective pauvreté, s.d., para.2).

4) Outil de collecte des données

Afin de recueillir les données pour cette étude, nous avons choisi le guide d'entretien semi-directif comme outil de collecte. En effet, ce dernier semble opportun pour répondre à la question de recherche de la présente étude qui se veut qualitative. Son utilisation permet d'avoir « un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations » (Tétrault & Guillez, 2014, p215), grâce à un moment d'écoute, d'empathie, de partage et de reconnaissance de l'expertise (Imbert, 2010). Via l'entretien, le thérapeute peut « explorer des expériences humaines, découvrir ce que les personnes pensent, font ou ont l'intention de faire » (Tétrault & Guillez, 2014, p215-216). « L'entretien semi-directif s'organise dans un cadre strict

(l'enquêteur connaît les points précis qu'il désire aborder) qui conserve un principe de liberté de parole (l'enquête se déroule dans un climat de confiance et de souplesse) » (Lugen, n.d.).

Le rôle de l'interviewer est ;

d'« aider [le participant] à se concentrer sur la thématique de recherche. La souplesse de ce type d'entretien permet de poser des questions de manière à établir des liens entre les différents sujets et à approfondir davantage certains éléments énoncés par le participant » (Tétrault & Guillez, 2014, p223).

4.1 Conception de l'outil de collecte de données

L'ouvrage de Sylvie Tétrault et Pascal Guillez (2014), s'intitulant « Guide pratique de recherche en réadaptation », a orienté l'élaboration des deux guides d'entretien (un premier pour les témoins privilégiés et un deuxième pour les personnes âgées) au niveau de la structure. Les termes utilisés dans les guides, eux, sont basés sur le MDH-PPH et plus précisément sur la MHAVIE détaillée dans l'introduction. Les questions du deuxième guide abordent :

Premièrement, les données personnelles de la personne âgée. Ces informations sont remplies avant l'entretien afin de dresser un profil de la personne interviewée. Ce point renseigne sur :

- la date de naissance de la personne afin de connaître son âge,
- le genre de celle-ci,
- la région et le type de milieu (urbain ou rural) où se trouve son domicile,
- et enfin, si elle vit avec quelqu'un conduisant une voiture.

Ensuite, pour rappel, les deux catégories de la MHAVIE (activités courantes et rôles sociaux) comprenant les habitudes de vie suivantes : les déplacements, la communication, les relations interpersonnelles, la condition physique et le bien-être psychologique, les loisirs, la nutrition, les soins personnels et la santé, l'éducation, la vie associative et spirituelle ainsi que le travail. Dans le guide d'entretien, nous avons décidé ne pas inclure l'habitude de vie « responsabilité » ne la trouvant pas nécessaire pour répondre à la question. Aussi, nous avons regroupé certaines d'entre elles selon ce qu'on cherchait à connaître pour répondre à la question de recherche. Nous avons donc rassemblé les habitudes de vie suivantes : la communication avec les relations interpersonnelles, la condition physique et le bien-être psychologique avec les loisirs et enfin, la vie associative et spirituelle avec le travail. Ce rassemblement permet de questionner sur toutes les catégories sans rendre l'interview trop longue ou incohérente. Il est

également précisé avant de commencer l'interview, que leur réponses doivent faire référence à leur situation avant la crise sanitaire de la Covid-19. En effet, avec les différentes restrictions gouvernementales, la participation sociale des personnes âgées n'est assurément pas la même, avant et pendant la crise.

Et finalement, la dernière question du guide concerne l'opinion qu'a la personne âgée du lien entre la participation sociale et la conduite d'une voiture.

Le premier guide d'entretien destiné aux témoins privilégiés reprend également, mais plus succinctement, les deux catégories de la MHAVIE.

L'objectif étant la récolte de données qualitatives, ce sont majoritairement des questions ouvertes qui constituent les guides d'entretiens semi-directifs. Ceux-ci ont été réalisés de manière à pouvoir récolter des informations sur les différentes thématiques, en allant du général vers le précis (via des questions de relances apportant de la précision), et en ayant recours à des questions neutres. L'ordre des questions est flexible, permettant d'établir des liens entre les différentes catégories à aborder et de promouvoir une discussion aussi naturelle que possible. Ainsi, une continuité dans la collecte des données est présente (Tétrault & Guillez, 2014).

Afin de faciliter la prise de notes et la concentration, l'entretien est enregistré avec l'accord préalable de la personne interviewée (Tétrault & Guillez, 2014). Ainsi, la retranscription est exacte. Ces entretiens sont également réalisés sous couvert d'anonymat.

Le 15 février 2021, un pré-test a été réalisé chez une personne (PA1) répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion. Ceci a permis de déterminer si le guide d'entretien était clair et s'il nécessitait ou pas d'être modifié afin obtenir les informations souhaitées pour répondre à la question de recherche. Après analyse, aucune modification n'a été réalisée, c'est pourquoi, cette personne a été intégrée à l'échantillon.

5) Démarche de recherche :

Afin de permettre d'interviewer des personnes provenant de toute la Belgique, il a été nécessaire de mobiliser nos contacts à travers le pays. Lorsque des personnes entrant dans nos critères d'inclusion et d'exclusion ont pu être trouvées, des explications concernant le but de la recherche et la confidentialité des propos leurs ont été transmises. Finalement, si les personnes donnaient leur accord pour étayer le sujet de recherche, un rendez-vous était pris avec eux pour effectuer l'entretien.

Concrètement, entre le 5 et le 18 février 2021, quarante-deux personnes ont été contactées par téléphone, par e-mail ou via les réseaux sociaux afin de leur demander les coordonnées d'éventuelles personnes âgées de leur entourage rentrant dans les critères. Au total, huit de nos contacts ont répondu positivement à notre message et nous ont transmis les coordonnées de la personne. Deux des huit personnes âgées ainsi contactées n'ont pas souhaité participer à l'étude, mais grâce au bouche-à-oreille, deux autres personnes ont pu être rajoutées.

Entre le 12 et le 22 février 2021, quatre personnes considérées comme expertes du sujet d'étude ont été contactées par mail. Deux provenant de Flandre et deux de Wallonie. Au final, une personne de chaque région a donné suite et a été interviewée.

6) Mise en application des entretiens

Les rencontres ont été planifiées par mail ou par téléphone, et les dates ont été choisies ensemble en fonction des disponibilités mutuelles. Un message de rappel a été envoyé la veille des entretiens via le même canal de communication utilisé durant les échanges. Etant donné la crise sanitaire actuelle, les entretiens ont été réalisés par visioconférence dès que c'était possible pour la personne. Toutefois, vu la population visée et donc pour la plupart, leur faible adhérence aux nouvelles technologies, il a été laissé aux personnes la possibilité de le faire par téléphone. Selon nous, la première option permet un entretien plus convivial et laisse également place au non verbal.

Lors du premier contact avec les personnes, une conversation « banale » a été mise en place afin de « favoriser un climat d'échange et de faciliter l'engagement graduel de la personne » (Tétrault & Guillez, 2014, p225). Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous nous sommes présentée et avons rappelé l'objectif de la recherche, ainsi que les questions abordées. Un document essentiel et préalablement envoyé par mail afin d'être signé, a été abordé oralement avant de commencer. Il traite notamment les questions d'enregistrement et de confidentialité. Ensuite, les interviews ont pu débuter sous forme de discussion. Finalement, il a été demandé aux personnes si elles souhaitaient ou non, recevoir un exemplaire de la recherche, et les discussions se sont concluent par des remerciements (Tétrault & Guillez, 2014). Les entretiens ont duré entre vingt-cinq et soixante minutes.

7) Traitement et analyse des données

Le traitement des résultats s'est fait sur base d'une analyse de contenu de type qualitatif. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord oral de la personne via l'application « CallX » (lors des entretiens téléphoniques) ou via le canal de communication lui-même (Teams). Enfin, le contenu des enregistrements des dix entretiens a été transcrit en verbatim à l'ordinateur, dans lequel chaque groupe d'informations a été rassemblé sous forme de tableau. C'est ainsi que les habitudes de vie ont été séparées afin de faciliter l'analyse.

Chapitre 3 : Résultats

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats suivant quatre parties. Premièrement, nous détaillons succinctement les résultats obtenus par la recherche dans les bases de données. Deuxièmement, nous abordons les entretiens avec les témoins privilégiés. Troisièmement, nous analysons la population étudiée ainsi que leurs propos. Et finalement, nous clôturons en réalisant une synthèse de ces résultats.

1) Littérature

Comme dit ci-dessus, cette première partie est consacrée aux recensements des articles recueillis par la recherche littéraire. En effet, étant donné que cette étude se veut qualitative, il a été nécessaire d'analyser plusieurs sources littéraires permettant de faire ressortir les premiers résultats. Ce sont principalement des articles scientifiques et des revues qui nous guident, même si des monographies, des livres et des pages web ont également été utilisés parallèlement.

Ainsi, dans la base de données « Cairn.info » qui est une plateforme francophone, nous avons utilisé des mots-clés français. Avec l'équation de recherche ; « mobilité ET personne âgée », 676 résultats en français sont donnés. En y ajoutant le mot-clé « Europe », le nombre de résultats est presque divisé par deux, nous arrivons à 374 résultats. Dans « Elsevier » et avec l'équation de recherche « elderly AND mobility », 4.939 résultats sont proposés. Avec l'équation de recherche, « elderly AND social participation », nous arrivons à 6.766. Par contre, nous remarquons à nouveau une importante diminution d'articles avec l'ajout de « AND Europe » à l'équation, où nous arrivons à 2.375 résultats. En modifiant le mot clé « elderly » par « senior » nous passons respectivement de 10.571 et 18.021 résultats. Dans le moteur de recherche « Google Scholar », avec l'équation de recherche « elderly AND mobility AND Europe », 73.900 résultats sont proposés. Avec l'équation de recherche, « elderly AND social participation », nous arrivons à environ 746.000. Nous remarquons ici également une importante diminution d'articles avec l'ajout de « AND Europe » à l'équation, où nous arrivons à 123.000 résultats. Lorsque nous insérons dans la barre de recherche « RIPPH AND social participation », environ 554 résultats nous sont proposés. Finalement, dans la base de données « Academic Search Premier (EBSCO) » et avec un mode de recherche par opérateurs booléens, 5.301 résultats sont tombés avec l'équation « social participation AND elderly AND Europe ».

Nous pouvons constater que ce sont principalement des bases de données anglophones qui ont été utilisées et que davantage de résultats y sont proposés que dans des bases francophones. Aussi, moins de résultats sont présentés en incluant le mot-clé « Europe » dans l'équation. Une diminution de plus de la moitié est parfois présente.

Dans les différents résultats présentés par les bases de données, nous avons mis de côté cinq articles abordant notre sujet de manière plus ou moins similaire et aidant à répondre à notre question.

Un premier article provenant de Elsevier et datant de 2014 a été sélectionné. Les auteurs, Haustein & Siren, eurent comme objectif d'étudier « l'importance du permis de conduire dans la satisfaction des besoins de mobilité des seniors »*(p1). Il en est ressorti de cette étude que l'importance du permis est très élevée, et qu'un meilleur accès aux modes de transport alternatifs ne compense pas suffisamment les problèmes de mobilité dus à cette absence de possibilité de conduire.

Un deuxième article plus récent (2020), provenant d'Elsevier et écrit par Pantelaki, Maggi & Crotti, eu comme but d'étudier comment la mobilité pouvait favoriser une vie saine, indépendante et sociale, augmentant ainsi le bien-être des personnes âgées »*(p2). Cette étude mis en évidence « l'impact de la mobilité sur trois éléments de l'indice européen du vieillissement actif : la santé, l'indépendance et le lien social »*(p1). Les auteurs ont ainsi mis en avant, la nécessité d'« investir dans des systèmes de transports adaptés aux personnes âgées »*(p1). Un besoin qui d'après l'article de Haustein et Siren (2014), vu dans le paragraphe précédent, ne compenserait pas suffisamment le problème de mobilité.

Un troisième article datant également de 2020 et écrit par Qin, Xiang et Taylor, a été sélectionné. Cette étude eu comme objectif d'examiner l'impact de l'arrêt de la conduite sur l'isolement social des personnes âgées. Leurs résultats ont montré que cette cessation de la conduite était associée à un risque plus élevé d'isolement social chez les personnes âgées. Ils ajoutent ainsi que des interventions devraient être mises en place chez les personnes ayant récemment arrêté la conduite, pour éviter cet isolement.

Un quatrième article de Rosso, Taylor, Tabb & Michael et datant ici de 2013, eut comme objectif d'« examiner les associations transversales entre la mobilité, avec ou sans handicap, et l'engagement social dans un échantillon communautaire de personnes âgées »*(p1). Leurs résultats ont montré qu'il existait une association entre faible mobilité et faible engagement

social (même en l'absence de handicap). Les chances d'engagement étant encore plus minimes pour les personnes handicapées.

Enfin, un cinquième article écrit par Zeitler & Buys datant de 2015, se rapproche de notre étude. Leur recherche a étudié « l'utilisation des transports par les personnes âgées et ses implications pour leurs activités hors du domicile dans les environnements suburbains » * (p1). Ils en ont ressorti comme conclusion que la conduite permettait aux personnes âgées de vivre de manière indépendante et de participer à la société. Ainsi, celles n'en bénéficiant pas et vivant dans des environnements de faible densité sont désavantagées à ce niveau-là.

Nous comparerons dans la discussion, les résultats de ces articles avec ceux recueillis par les entretiens avec notre échantillon.

Dans le prochain point, la seconde partie des résultats est proposée. Celle-ci est consacrée à la présentation des deux témoins privilégiés qui ont été interviewés, et à leurs propos.

2) Témoins privilégiés

2.1 Descriptif de l'échantillon

Les deux professionnels qui ont été interviewés, travaillent dans une région et une province différente (province de Flandre Occidentale et province de Luxembourg). De plus, l'un exerce dans un milieu urbain, l'autre dans un milieu rural, ce qui permet une vision différente.

Ainsi, le 25 février 2021, nous avons réalisé un premier entretien par vidéoconférence (Teams) avec un ergothérapeute travaillant dans un centre de service local (« lokaal dienstencentrum » en flamand) à Gand. De par cette profession exercée depuis vingt ans et son contact quotidien avec des personnes âgées vivant à domicile, celui-ci a été considéré comme expert et a donc été inséré dans notre échantillon de témoins privilégiés. Dans ce travail, nous appellerons ce premier témoin « T1 », afin de conserver son anonymat.

Le 1^{er} mars 2021, le second entretien, aussi effectué par vidéoconférence (Teams), a été réalisé avec une infirmière de formation, actuellement chargée de mission aide et soins à la FASD. Son expérience avec les personnes âgées à domicile est tirée principalement de ses douze années tant qu'infirmière à domicile dans la province de Luxembourg. Elle a donc également été incluse dans notre échantillon d'experts. Nous l'appellerons « T2 ».

2.2 Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens est divisée en plusieurs thématiques afin de structurer les propos des deux intervenants. Les propos de l'ergothérapeute (T1) exerçant à Gand, pourraient selon nous, être transférables à des villes similaires, à savoir des grandes villes urbaines comme Gand. Par contre, ce n'est pas le cas des propos du professionnel ayant exercé en province de Luxembourg (T2). En effet, comme nous le verrons plus loin, cette province est assez particulière comparée à d'autres. Les dires de T2 peuvent cependant donner une idée de la situation dans lesquelles les personnes habitant en milieu rural et dans des zones isolées vivent.

Il est important de ne pas omettre que seuls deux professionnels ont été interviewés et dans leur propre contexte de travail. Une transférabilité uniquement sur base de ces deux personnes semble dès lors difficile. Etant donné qu'il s'agit d'une recherche qualitative, la généralisation ne s'applique pas.

2.2.1 Déplacements

Les deux professionnels ont été questionnés sur la mobilité des personnes âgées à l'extérieur de leur domicile. Les possibilités et facilités de déplacements sont bien différentes selon le milieu où le domicile se trouve. A Gand, contrairement à la province de Luxembourg, se déplacer semble être plus aisé grâce aux larges services de transport qui sont proposés. En effet, selon T1, à Gand « beaucoup de personnes âgées (...) prennent les transports en commun ». Cela concernerait toutefois les personnes en bonne santé physique, puisque T1 partage que pour « les personnes âgées qui sont moins bien physiquement, et donc qui ne savent pas prendre les transports publics (..) [les déplacements sont] un problème ». Certains ont aussi « peur à cause de leurs problèmes physiques » (T1). Finalement, « les personnes sans [voiture] (...) dépendent [donc] des possibilités autour d'eux (bus, trams et réseau social) et ce n'est pas toujours facile » (T1). Cela semble surtout vrai en milieu rural, et particulièrement en province de Luxembourg, où les déplacements sont « beaucoup plus compliqués » (T2) pour les personnes sans voiture. En effet, même avec une bonne condition physique il est difficile de se déplacer. « Dans la province de Luxembourg tu dois facilement faire dix kilomètres entre deux villages et tu peux ne rien trouver entre... que des champs », s'exprime T2. C'est ce qui rend cette province « assez particulière (...) et sans doute plus difficile » que les autres selon elle. Ainsi, à certains endroits, « sans voiture il n'y a pas de déplacements, [ce qui est] un réel problème » (T2). Même s'il y a les réseaux TEC ou les transports sociaux et autres réseaux de mobilité, cela reste une aide

ponctuelle (T2). Une petite comparaison a été faite entre la province de Namur et la province de Luxembourg, et même entre les deux voisins, « il y a une belle différence » (T2).

« A Namur tu as un village tous les deux-trois kilomètres, tu n'en fais pas dix. Il me semble qu'il y a aussi plus de gares (...) [et] beaucoup plus de transports en commun. Après (...) j'avais de la chance d'être dans le Nord de la province, mais (...) dans le centre (...) ce sont des conditions de vie pas toujours faciles » (T2).

2.2.2 Réseau social

Il est ressorti des deux interviews réalisées, que même si les personnes âgées sans voiture arrivaient souvent à garder des contacts sociaux, ils étaient tout de même à risque d'isolement, et ce particulièrement en milieu rural. En effet, selon TP1, même si c'est « un peu plus compliqué » dans ce milieu, les personnes « trouvent un moyen » d'avoir des contacts. Cela dépend alors parfois plus de leurs voisins et de leurs amis habitant pas loin (T1). Aussi, souvent, « la famille et les enfants roulent et peuvent donc venir chez la personne. Mais ils sont [alors] dépendants de leur visite » (TP1). D'après TP2, les personnes âgées ont « souvent un réseau autour d'elles (voisins, enfants ou amis) ». Toutefois, TP1 précise que certaines personnes vivent « dans un lieu avec d'autres cultures ou langues que la leur, et à ce moment-là, cela pose plus de problèmes pour faire des liens avec des voisins ou autres personnes [qui n'habitent] loin ». Dans la province de Luxembourg, « s'il n'y a pas de réseau autour de la personne, elle est isolée » (TP2) car « une certaine mobilité (...) peut (...) s'acquérir par ce biais-là ».

« S'ils n'ont pas de voiture et qu'ils ne savent pas aller faire leurs courses eux-mêmes, il n'y a plus de vie sociale. La seule (...) qu'ils ont c'est l'infirmière qui vient tous les jours, l'aide familiale qui vient une à trois fois par semaine et ça se limite à ça ; aux aides et soins à domicile dont ils bénéficient. Hormis le téléphone pour téléphoner à la copine ou quoi, c'est tout, il n'y a plus de vie sociale... Maintenant s'il y a une vie de famille, s'il y a des enfants ça change un peu la dynamique ».

2.2.3 Participation à des activités ou événements

Cette partie s'interroge sur les répercussions de la non-conduite sur la participation des personnes âgées à des activités ou à des événements. Il en dégage des deux interviews, que sans la possibilité de prise de transports en commun, le réseau de la personne est indispensable à sa participation sociale. Notons que d'après T2, cette implication à des activités est « parfois un choix [et donc certaines personnes] n'ont pas forcément envie de participer à la vie sociale ».

Il semblerait selon T1, qu'à Gand il n'y ait pas de répercussions particulières « car le transport est bien présent ». Toutefois, il insiste sur le fait que « pour le groupe de personnes qui ne sait pas prendre les transports publics c'est plus difficile ». Aussi, « les personnes qui n'ont pas de connexion avec les amis, la famille ou les voisins sont plus seules et sortent moins ».

En province de Luxembourg, les transports en commun étant beaucoup moins accessibles, T2 atteste « qu'en milieu rural sans voiture c'est une catastrophe, tu ne sais accéder à rien (...) Tu ne sais pas aller faire tes courses, tu ne sais pas aller t'acheter des vêtements, tu ne sais pas aller à des réunions de groupe. Tu n'as pas accès à la vie sociale ».

Ainsi, selon T2, les personnes qui n'ont pas de voiture et qui n'ont pas de réseau social pour les aider « ne savent pas (...) participer [aux activités] ».

« S'il y a un réseau social il n'y a pas une nette différence [entre ceux conduisant une voiture et ceux qui n'en conduisent pas], mais sans réseau social, forcément ça sera beaucoup plus compliqué » (T2).

Concernant les activités touristiques plus particulièrement, les avis divergent. Selon T1, cette participation « dépend de s'ils ont une voiture ou non, mais cela dépend surtout de la santé physique ». Ainsi, les personnes en bonne santé voyageraient plus que ceux en mauvaise santé physique selon notre interlocuteur. Du côté de T2, effectuer des activités touristiques est difficile sans réseau social. Ainsi « il faut [en] avoir un solide (...) pour permettre à ces personnes de bouger » selon elle.

2.2.4 Entrée en centre d'accueil de jour (Wallonie) ou centre de service local (Flandre)

Les centres de jour ou centres de services locaux, peuvent permettre aux personnes âgées de limiter leur isolement, lorsque maintenir des liens sociaux devient difficile ou qu'ils souhaitent participer à des activités. Ainsi, nous nous sommes questionnée sur l'entrée en centre, des aînés qui ne conduisent pas de voiture. Il semblerait qu'à ce niveau-là, tant pour T1 que pour T2, ne pas conduire de voiture ne serait pas un problème pour y participer. En effet, « pour les centres de jour, tu as d'office un petit bus de ramassage qui est organisé » explique T2. Les propos de T1 sont du même ordre :

« Il y en a beaucoup ici qui n'ont pas de voiture et ils viennent avec les transports en commun ou ils font du covoiturage avec des personnes qui ont une voiture. Un petit groupe peut aussi profiter d'un service qui vient les chercher et les déposer en voiture au domicile. Donc ça ne les empêche pas de venir, même en fauteuil roulant ».

2.2.5 Services d'aide

Si en province de Luxembourg, les déplacements sont difficiles, qu'en est-il du besoin en services d'aide ? Le deuxième témoin privilégié interviewé, met ainsi en avant que de son côté de la Belgique, les personnes vivant à domicile et ne conduisant pas de voiture, contactent fréquemment des services externes pouvant se déplacer à leur domicile. Ainsi, « ils font souvent appel à des services à domicile, (...) [à des] médecins (...) [et à des] kinésithérapeutes » (TP2) par exemple. « Bien souvent ce sont les aides familiales qui vont faire les courses » même si TP2 précise qu'« il y a peut-être moyen d'arriver à des services de livraison ». Elle ajoute qu'« il faut parfois faire beaucoup de kilomètres pour trouver un hôpital ».

Cette thématique a moins été abordée du côté de notre interlocuteur Gantois. Il a toutefois précisé que « du personnel (...) [pouvait] aller chez les gens » et que « des transports (...) s'occup[ai]ent des déplacements pour aller à l'hôpital ou autre ».

2.2.6 Satisfaction générale

Finalement, les deux témoins ont été interrogés à propos des répercussions éventuelles de la non-conduite sur la satisfaction générale des personnes âgées vivant à domicile. Il en est ressorti que la différence dans les propos était assez visible. Selon T1 et donc à Gand, « la plupart [des personnes âgées] sont satisfaites de leur situation » mais elles aiment volontiers quand elles sont « aidées dans les transports ou accompagnées de personnes » dans leur quotidien. Du côté de la province de Luxembourg, TP2 affirme que les personnes qu'elle rencontre « sont en situation de dépendance quelle qu'elle soit et [...] sont souvent complètement isolées ». Elle ajoute que « c'est très compliqué à vivre pour ces personnes » et que « c'est malheureusement une généralité (...) en milieu rural ». Finalement, TP2 clôture cette question en répondant que ce qui manque le plus à ces personnes c'est « la vie sociale, une vie tout court ».

« C'est très difficile d'être dans sa maison du matin au soir, d'avoir le même rythme tous les jours. Et ce qui rythme leur journée c'est le passage de l'infirmière, de l'aide familiale, du facteur,.. et point. C'est un peu rude ».

2.3 Synthèse

En conclusion, les personnes vivant en milieu urbain ont des facilités que les personnes en milieu rural n'ont pas. En effet, sans voiture, les déplacements en milieu rural sont très difficiles car peu de transports sont proposés. Le réseau social joue alors un grand rôle dans la réalisation d'activités de tous types. Il permet également de prévenir l'isolement et d'empêcher que le quotidien soit trop difficile pour les aînés concernés. En milieu urbain, les contacts sociaux sont plus ainsés et plus facilement conservés même s'ils restent restreints pour certaines personnes. La prise des transports en commun y est plus pratique, mais nécessite une bonne santé physique. Sans cette dernière, cela peut constituer un obstacle à la mobilité externe au domicile. A nouveau, le réseau social joue dans ce cas-là également un grand rôle.

Dans la partie suivante, nous décrivons notre échantillon de personnes âgées et faisons une analyse des différents propos qui ont été relevés.

3) Population étudiée

3.1 Descriptif de l'échantillon

Entre le 15 février 2021 et le 10 mars 2021, nous avons réalisé huit entretiens avec des personnes âgées. Le tableau ci-dessous donne les caractéristiques de ces personnes.

Echantillon	Profil
PA1	Genre : Féminin Date de naissance : 12/07/55 (65 ans) Lieu du domicile : Hermée en province de Liège. Milieu du domicile : Rural Vit seule à son domicile N'a jamais conduit de voiture.
PA2	Genre : Féminin Date de naissance : 08/08/31 (90 ans) Lieu du domicile : Woluwe-Saint-Etienne en Région de Bruxelles-Capitale. Milieu du domicile : Urbain Vit seule à son domicile Ne conduit plus de voiture depuis deux ou trois ans.
PA3	Genre : Féminin Date de naissance : 21/03/52 (68 ans) Lieu du domicile : Uccle en Région de Bruxelles-Capitale. Milieu du domicile : Urbain Elle vit seule à son domicile N'a jamais conduit de voiture.
PA4	Genre : Féminin Date de naissance : 18/06/50 (70 ans) Lieu du domicile : Mouscron en province de Hainaut. Milieu du domicile : Urbain. Vit seule à son domicile N'a jamais conduit de voiture.
PA5	Genre : Féminin Date de naissance : 04/01/30 (90 ans) Lieu du domicile : Centre de Namur en province de Namur. Milieu du domicile : Urbain Vit seule à son domicile Ne conduit plus de voiture depuis environ 10 ans.

PA6	Genre : Féminin Date de naissance : 23/03/33 (88 ans) Lieu du domicile : Izegem en province de Flandre-Occidentale. Milieu du domicile : Rural Vit avec son mari qui conduit une voiture pour des petits trajets. Ne conduit plus de voiture depuis environ 15 ans.
PA7	Genre : Masculin Date de naissance : 03/05/35 (86 ans) Lieu du domicile : Uccle en Région de Bruxelles-Capitale. Milieu du domicile : Urbain Vit seul à son domicile. Ne conduit plus de voiture depuis plus de 30 ans.
PA8	Genre : Féminin Date de naissance : 15/06/29 (91 ans) Lieu du domicile : Gentbrugge en province de Flandre-Orientale. Milieu du domicile : Urbain Vit seule à son domicile. Ne conduit plus de voiture depuis environ 20 ans.

Nous pouvons constater que cet échantillon est principalement constitué de femmes. Ainsi, seul un homme (PA7) a répondu aux critères d'inclusion parmi ceux contactés. La tranche d'âge se situe entre soixante-cinq et nonante-et-un ans et seule une personne vit avec quelqu'un qui conduit (PA6). Les autres vivent seules à domicile. La plupart des personnes interrogées vivent en milieu urbain. C'est le cas pour toutes les personnes habitant en Région Bruxelles-Capitale. Concernant la région et la province du domicile, notre échantillon est assez hétérogène. Trois personnes vivent dans la Région Wallonne (Province de Liège, de Namur et du Hainaut) et trois également habitent la Région Bruxelles-Capitale (Uccle et Woluwe-Saint-Pierre). Les deux autres personnes proviennent de la Région Flamande (Province de Flandre Occidentale et Orientale). Dans chaque région (sauf Bruxelles-Capitale), nous avons au moins une personne provenant du milieu rural et urbain, ce qui permet d'avoir une vue plus globale.

3.2 Analyse des entretiens

3.2.1 Déplacements

Etant donné que cette étude porte sur la participation sociale des personnes âgées ne conduisant pas ou plus de voiture, connaître leur mode de déplacement à l'extérieur de leur domicile était nécessaire. Ainsi, il en est ressorti que le mode de transport variait beaucoup d'une personne à l'autre : le bus, le tram, le métro, la marche ou encore le covoiturage quand c'est possible. Le mode de transport utilisé n'est pas seulement lié à la localisation du domicile (même si évidemment dans les grandes villes, plus de choix se présentent), mais aussi à la santé physique de la personne. Pour PA2 par exemple, « il n'y a pas d'autres possibilités sauf marcher » malgré qu'elle habite en Région Bruxelles-Capitale.

Ci-dessous, vous trouverez quelques extraits propres à chaque personne âgée interviewée. Ils évoquent leur satisfaction et leur avis concernant le ou les transports utilisés.

« Je trouve que ce n'est pas toujours des plus sérieux, ils sont toujours en retard » (PA1 concernant les bus)

« J'ai toujours pris le bus pour travailler, j'ai toujours vécu comme ça. C'est une habitude (...). Je pense que ce sont les personnes qui ont toujours eu une voiture qui ont plus difficile à s'adapter » (PA1).

« Si je n'ai personne [pour m'aider], je vais me débrouiller toute seule » (PA1).

« Je trouve qu'à Bruxelles le tram c'est facile, surtout quand on n'a pas de voiture. (...). C'est parfois long d'attendre les correspondances. Sinon moi ça ne me dérange pas. (...). Il y a des trams tout près de chez moi, où les marches sont (...) hautes et les entrées (...) étroites, donc ça c'est très embêtant » (PA3).

« Du fait que je n'ai pas de voiture moi-même il me reste ça » (PA4 à propos de la marche à pied et du bus).

« Stressant parce qu'ils ne sont pas toujours à l'heure et alors parfois à l'arrêt, au lieu de s'arrêter près de la bordure, ils s'arrêtent à un mètre de ça. Pour moi ça pose problème aussi quand vous avez un handicap » (PA4 à propos des bus).

« Si (...) des amis (...) ont une voiture, bien ils viennent me chercher, s'ils n'ont pas de voiture faudra prendre le bus » (PA4).

« Ça m'est excellent pour la santé » (PA5 concernant la marche).

« J'aurais de la peine à m'en passer. Ça serait un problème à résoudre si mon mari ne conduisait plus » (PA6 à propos de la voiture).

« J'ai souvent utilisé le taxi quand la distance était trop importante mais il est devenu trop cher » (PA7).

« Le personnel est très correct, très poli, très enclin pour les personnes âgées et on m'aide pour l'escalator » (PA7 parlant du métro).

« En général les bus sont à hauteur du trottoir. (...) Il y a des endroits où ça ne va pas (...) Je n'ose pas descendre, il faut faire réellement un plongeon et c'est difficile. (...). Globalement je n'ai pas à me plaindre » (PA8).

Comme nous pouvons le constater, les avis divergent. Si pour certains c'est une habitude ou encore un plaisir, pour d'autres ce n'est pas un choix. Malgré cela et les éventuels obstacles rencontrés, tous sont satisfaits du mode de transport utilisé. Pour la majorité, il s'agit de s'adapter à ce qui se présente à eux.

3.2.2 Communication / Relations interpersonnelles

Dans cette partie, nous nous intéressons aux relations sociales de notre échantillon. En effet, nous nous sommes demandée si la non-conduite impactait la qualité et la quantité de liens sociaux et si les personnes âgées étaient satisfaites de ces derniers. Après les différents entretiens, aucune des huit personnes âgées interviewées ne se disaient très défavorisées socialement du fait de ne pas conduire. Malgré tout, par l'analyse de leurs propos et de leurs intonations, deux d'entre eux ne semblaient en fait pas si satisfaits que ça. Si pour PA3, le problème n'est pas uniquement la voiture mais aussi le lien conflictuel avec sa famille, pour PA7 et PA8 il en est autrement. En demandant à PA8 si elle était satisfaite de ses relations sociales, sa réponse était sans aucun doute un oui hésitant et fébrile. Ainsi, même s'ils ne se plaignent pas ouvertement ou que PA7 se dit « solitaire », la non-conduite semblerait être pour eux un obstacle aux liens sociaux. En effet, ces deux derniers entretiennent des relations à distance. La raison ? Ils habitent trop loin de leurs amis ou de leur famille qui eux non plus ne conduisent pas de voiture. Les contacts virtuels ou téléphoniques sont depuis lors leurs contacts principaux. Ci-dessous, quelques extraits des entretiens illustrant les propos communiqués plus haut.

« Je les vois sur Skype, par ordinateur. (...). Quand j'allais dans la famille ou voir des amis j'allais en voiture. Tout cela s'est arrêté quand je n'ai plus eu la voiture, alors maintenant j'envoie des cartes pour demander comment ils vont (...) etc » (PA7).

« Vu mon âge, j'ai téléphoné à la maison communale ici à Uccle. Il y a des personnes qui veulent bien passer me tenir compagnie. Mais je n'aime pas beaucoup ça car je suis plutôt un solitaire. Parce que quand je contacte quelqu'un on me parle de la misère du monde et il y en a assez comme ça » (PA7).

« J'ai encore un frère et une sœur (...). On est régulièrement en contact par téléphone. A ce niveau-là ce n'est pas un problème. (...). Donc j'ai peu de contacts directs mais bien téléphoniques. Mais je ne me plains pas » (PA8).

« Ils n'habitent pas à côté de la porte et en général les hommes sont morts et les femmes ne conduisent pas ou plus » (PA8).

« [La voiture ça aiderait] pour se rendre chez des amis ou des connaissances par exemple » (PA8).

Enfin, un autre point mis en exergue est le fait que certaines personnes ont plutôt des relations avec leurs amis et d'autres avec leur famille. Nous avons constaté qu'avec l'avancée en âge, et particulièrement à partir de 90 ans, les relations sont principalement familiales (dû aux décès des amis, aux déménagements ou aux entrées en institution). De ce fait, avoir un lien avec sa famille prend d'autant plus d'importance pour ces aînés. C'est le cas par exemple de PA5, 90 ans, qui n'a plus d'amis et qui se dit « chanceuse d'avoir deux fils qui n'habitent pas loin et qui s'occupent (...) [d'elle] ». Au contraire PA7, 86 ans, habite dans un autre pays que sa famille, les liens sont donc exclusivement distanciels. Ces anciens amis étant décédés, il ne lui reste que sa voisine (avec qui il est proche), pour avoir un lien physique. Il est donc assez isolé. Voici des extraits des dires de PA5 et PA7.

« Au niveau des amis je n'en ai plus guère. Après j'ai de la chance d'avoir deux fils (...) Je me demande souvent comment font les gens qui n'ont pas de famille, comment ils font pour se débrouiller. Alors ils sont vraiment obligés d'aller dans un home et ça je n'y tiens vraiment pas » (PA5).

« J'avais bien des amis avant mais ils sont tous mort maintenant. J'ai une amie encore qui habite juste en face et on a fait connaissance quand j'ai déposé des fleurs à ma fenêtre. On se téléphone, on se demande comment ça va, ce qu'on a fait pendant la journée etc » (PA7).

Parallèlement, pour les personnes qui n'ont pas de contacts réguliers avec leur famille, les liens amicaux sont d'autant plus importants. Même s'ils n'apportent pas la même chose d'après PA3.

« J'ai surtout deux amies que je vois régulièrement, j'ai un troisième ami. (...) J'aimerais bien encore avoir quelques amis parce que je remarque que beaucoup de gens de mon âge font leurs activités et puis après ils retournent chez eux. Et quand tu es seule ce n'est pas facile » (PA3).

« C'est très bien d'avoir des amis mais ça ne remplace jamais un lien familial. Chez moi j'ai très dure avec ça quand même. Tu ne peux pas demander à des amis d'être là 24h/24 » (PA3).

Ensuite, au moins la moitié des personnes interviewées est satisfaite de ses liens sociaux et trouve facile de rester en contact avec ses proches.

« J'ai des amis et on se voit, on se fait des petites bouffes ensemble, on va boire un verre de temps en temps (...). J'ai des liens. (...) On est une famille fort liée. (...) Je ne suis pas seule » (PA1).

« C'est d'une facilité étonnante » (PA2 en parlant du maintien de contacts sociaux).

« En général je les vois presque une fois par semaine » (PA4 en parlant de la famille).

« Si ce sont des amis qui ont une voiture, ils viennent me chercher, s'ils n'ont pas de voiture faudra prendre le bus » (PA4).

« C'est très facile » (PA4 à propos du maintien de contacts sociaux).

« Avant le coronavirus tout allait bien, on se voyait souvent. (...) Soit l'un soit l'autre, ils sont nombreux et n'habitent pas très loin. Aller chez les enfants c'est aussi un but de sortie » (PA6 à propos des contacts familiaux).

« En temps normal (hors Covid), oui c'est facile. (...) On avait des contacts sociaux, absolument » (PA6).

Finalement, si à ce moment-là plusieurs se disent satisfaits de leurs relations interpersonnelles, nous verrons plus tard que la non-conduite influence tout de même bien les relations chez plusieurs. Quand est-il de la condition physique/spirituelle et des loisirs ? C'est ce que nous allons analyser dans le point suivant.

3.2.3 Condition physique et bien être spirituel / Loisirs

A. Activités pour le bien-être psychologique ou physique

D'après notre analyse, les personnes interviewées semblent en moyenne très satisfaites des activités réalisées et ce même sans conduire de voiture. Tous accomplissent des activités de détente à domicile tel que ; lire, regarder la télévision, se balader, parler avec des voisins ou des amis ou encore pour l'un ou l'autre ; jouer à des mots croisés, écouter de la musique, pratiquer du jardinage, garder des enfants, faire des photos ou même parler aux fleurs. Tous trouvent leur bonheur quelque part.

« A mon âge ce n'est déjà pas si mal. Je suis chez moi ça c'est le grand bonheur que j'ai. (...) Je fais encore ma petite cuisine, ma petite lessive, je lis, j'ai un appartement très agréable avec une vue magnifique. J'apprécie beaucoup d'être encore chez moi et d'avoir pu garder mes habitudes » (PA5).

« Je n'aime pas beaucoup me plaindre. M'enfin dans l'ensemble je suis encore content à mon âge de pouvoir faire ce que je fais encore maintenant ».

Aussi, les séances de kinésithérapie constituent pour certains une activité. D'un autre côté, nous avons également des personnes pratiquant des activités sportives, artistiques ou culinaires (PA5). Nous pouvons prendre l'exemple de PA3, très active quotidiennement puisqu'elle est membre d'une académie. Elle y pratique de la gymnastique, du fitness, de la céramique, du Qi gong et d'autre fois du dessin, qu'elle a décidé d'arrêter par manque de temps. Cette dernière habite dans le centre d'Uccle et il est facile pour elle de se rendre à ses activités en transport en commun.

« Ça va pour y aller, c'est quand même assez bien desservi ici (...) je vais assez bien où je veux ici à Bruxelles » (PA3).

Les deux personnes vivant en milieu rural, soit PA1 et PA6, ont précisé contrairement aux autres, que faire des activités sortant de l'ordinaire n'était pas une nécessité pour elles.

« Je n'en ai pas envie, ce n'est pas un besoin » (PA1 concernant la réalisation d'activités pour le bien-être physique ou psychologique).

« Pour ma part je suis plutôt casanière et j'aime bien être tranquille. Ça ne m'intéresserait pas d'aller jouer aux cartes une après-midi. Ça ne me ferait pas plaisir (...) Lire et regarder la télévision ça me suffit. Et le train train quotidien, faire la cuisine et la lessive » (PA8).

Finalement, pour PA3 ces activités sont un plaisir. D'ailleurs vu le succès, en proposer davantage dans sa ville serait une bonne chose selon elle.

« Heureusement que toutes ces activités existent, il pourrait même y en avoir plus car on est très nombreux. Il y a beaucoup de gens actifs après soixante-cinq ans, surtout des femmes, beaucoup plus que des hommes » (PA3).

Qu'en est-il pour les événements ? Y-a-t-il le même taux de participation ?

B. Événements sportifs, artistiques, culturels

Pour ce qui est de la participation à des événements, cinq des huit personnes interviewées se rendent à des événements culturels (théâtre, concert, opéra ou exposition). Et l'un d'entre eux (PA7) va également à des tournois de pétanque de la ville ou regarde des matchs à la télévision. Pour s'y rendre, ils utilisent les transports en commun (PA3, PA7 et PA8), le taxi quand c'est nécessaire (PA8) ou le covoiturage avec une amie (PA4 et PA8). Pour PA3, avant de programmer un événement, il s'agit de « regarde[r] sur la carte ce qui est accessible, via internet ». Cette phrase met en avant la limitation de la personne à participer à certaines sorties. Autre obstacle, parfois rencontré par PA5 et PA8, est le fait que beaucoup de ces événements se terminent tard.

« Tous ces trucs-là qui m'auraient intéressée se terminent entre vingt-et-une heure à vingt-trois-heures et ce n'est plus de mon âge, c'est trop long. A un certain âge on a besoin d'une petite vie régulière et sans trop d'extras. Avec l'âge, on est obligé de limiter ses sorties et ses extravagances qu'on faisait dans le temps. On doit faire une croix sur beaucoup de choses » (PA5).

« Quand il y a moyen d'y aller début d'après-midi je préfère. Je constate que les gens de mon âge ne sont plus tellement enchantés d'y aller le soir. (...) Il y a la fatigue qui joue mais aussi on devient plus peureux. On ne sait plus se défendre. Si quelqu'un devait me faire du mal, il me donne un petit coup de bras et je suis par terre » (PA8).

Ensuite, si pour PA6 faire ce genre de sortie ne l'intéresse pas, pour PA2 et PA5, la raison de cette non-participation est différente. En effet, le problème est la mobilité pour s'y rendre, car déranger leur entourage n'est pas envisageable pour cette cause. Pour PA2 qui s'y rend très peu, il s'agit d'accepter et de s'adapter à la vie. Voici ci-dessous quelques extraits de leurs propos :

« Comment voulez-vous que je me déplace, à pied ? (...) Je ne sais pas me déplacer seule je dois toujours dépendre de quelqu'un. C'est évident, une fois qu'on abandonne sa voiture on est coincé, on ne sait plus faire ce qu'on veut » (PA2).

« Quelque chose que si j'avais pu y aller.... c'est par exemple des concerts de musique classique dans une église, à la cathédrale. Si j'avais quelqu'un pour m'accompagner ça m'aurait vraiment fait plaisir, ça m'aurait intéressé mais je n'aime pas déranger, j'essaie de déranger le moins possible » (PA5).

Finalement, nous constatons en analysant les âges, qu'ici, ce sont les personnes interviewées les plus âgées qui n'y participent pas ou très peu. En effet, PA2 (90 ans) et PA8 (91 ans) n'y vont que très rarement, PA5 (90 ans) n'y va plus jamais et PA6 (88 ans) en est « indifférente ». Nous allons voir dans le point suivant s'il en est de même pour les activités touristiques.

C. Activités touristiques

L'impact de la non-conduite sur ce type d'activité diverge selon les personnes interviewées. En effet, si pour cinq d'entre eux, voyager est possible, pour les trois autres c'est plus difficile, limité, voir exclu. Citons comme obstacles ; la santé générale (PA2 & PA7), l'âge (PA5 & PA8), l'accessibilité des villes (PA3), ou encore la difficulté à trouver un « accompagnateur » (PA8). Ce qui fait que pour certains, partir en voyage est difficile ou limité. Ainsi, la mer ou autres lieux Belge, restent pour la plupart la destination de prédilection.

« Je suis limitée aux grandes villes mais j'aimerais parfois aller plus loin. J'aime bien aller à Spa mais il faut descendre à Verviers ou à Pepinster et là tu dois recommencer à attendre un train pendant $\frac{3}{4}$ d'heure. Il y a des correspondances qui ne sont pas bonnes (PA3) ».

« Je vais principalement à la mer parce que c'est facile avec les communications et puis ce n'est pas encore trop long » (PA3).

« Ah non c'est exclu depuis plusieurs années, ce n'est plus de mon âge. La foule par exemple, c'est fatigant, c'est polluant. Non, il y a trop d'aléas désagréables pour moi. Tout se réduit, les amis, les sorties, tout. Mais tant qu'on est encore chez soi et qu'on sait se garder une certaine liberté. (...) J'ai encore une petite vie personnelle qui n'a rien de désagréable au contraire » (PA5).

« J'aimerais bien [voyager plus], j'aimerais bien. Mais je dois trouver quelqu'un qui m'accompagne, je dois pouvoir trouver un appartement qui me convienne, qui me plaise, des trucs comme ça » (PA8).

« Evidemment je le regrette [d'être limitée dans les activités touristiques] car nous avions l'habitude mon mari et moi de partir (...) Nous avions des connaissances mais en vieillissant les connaissances s'en vont et à un moment on est seuls, très seuls » (PA8).

Finalement, avec l'âge, voyager devient plus difficile et moins accessible. Les personnes rencontrent davantage de difficultés, surtout lorsque des problèmes de santé y sont joints ou que leur réseau social est restreint. Par ailleurs, les destinations envisagées se réduisent par manque d'accessibilité, ou par la durée des trajets pour s'y rendre. Des états d'insatisfaction sont donc parfois déplorées par certains qui aimeraient découvrir d'autres lieux.

3.2.4 Nutrition

Si voyager est difficile pour certaines personnes âgées, profiter d'un bon moment au restaurant ou dans un café ne l'est pas autant ; en tout cas avant la pandémie du coronavirus. En effet, si pour PA2 ce n'est pas un besoin, tous les autres évoquent le fait de sortir (plus ou moins souvent) pour manger ou boire quelque part. Ci-dessous des extraits des huit entretiens ;

« Souvent si on va boire un verre on vient me chercher car il n'y a pas de bus pour revenir (...). L'avantage de ne pas conduire c'est qu'on peut boire un verre » (PA1).

« Je ne vais pas au restaurant, ce n'est pas mon truc, il y a des choses plus intéressantes que ça. (...) De temps en temps ça serait bien agréable de changer mais c'est tout » (PA2).

« Je ne peux pas dire que j'y vais souvent. Pour des raisons financières (PA3).

« J'y vais souvent avec les mêmes amies, je leur téléphone. On ne me laisse pas tomber parce que je suis toute seule en tout cas (PA4).

« Dans le temps, avant le Covid oui, avec grand plaisir, j'invitais ma petite fille et on allait au restaurant et c'était une distraction pour elle et pour moi aussi. On allait à pied d'ici, ce n'était pas loin, à quoi, 500m » (PA5).

« Oui assez souvent, assez souvent. Aller à l'improviste dans un restaurant au lieu de faire à manger » (PA6)

« Ah oui ça j'adore, ça je fais avec C quand on va à la mer. Je l'accompagne pour aller à la mer et alors on fait une promenade sur la digue et puis on va manger au restaurant (PA7).

« Quand quelqu'un venait nous rendre visite et que je pouvais, on allait au restaurant. Seule jamais » (PA8).

Finalement, ici, ne pas conduire de voiture n'est pas un obstacle à la participation. Pour PA1, cela peut même constituer un avantage. Il n'empêche pas que d'autres obstacles peuvent exister (notamment financier et lié au réseau social), mais ce n'est pas ce que nous étudions ici.

3.2.5 Soins personnels et santé

Durant les entretiens, nous nous sommes questionnée sur l'utilisation des services de santé par les personnes âgées interviewées ; leur manière de s'y rendre et leur satisfaction générale autour de leur santé. Concernant le moyen de déplacement, chacun à sa ou ses propre(s) méthode(s) ; en voiture avec un membre de sa famille (PA1, PA2, PA5, PA6), à pied (PA3, PA5, PA7), avec les transports en commun (PA3, PA4), avec un TPMR (PA4), un taxi (PA7) ou encore via la mutuelle (PA8). Certains font également appel à des soins à domicile. C'est le cas de PA2 et PA5 qui font régulièrement de la kinésithérapie et de PA7 qui a ponctuellement un(e) infirmier(e) qui vient chez lui.

« L'hôpital n'est pas très loin mais je sais y aller en bus. Ou alors je demande le bus des handicapés à la ville de Mouscron pour m'y conduire et ils viennent me rechercher quand j'ai fini. C'est une question de deux ou trois euros ce n'est pas beaucoup. Je pourrais y aller à pied si j'avais une bonne marche. Dans le temps je le faisais » (PA4).

« A pied, ce n'est pas loin de chez moi. On m'accompagne, je me débrouille comme je peux, à pied ou en voiture, j'essaie de déranger le moins possible » (PA5).

« Mon médecin n'habite pas loin d'ici, juste au coin. (...). Je prends le taxi jusqu'à la Clinique Saint Elizabeth. (...). Je suis abonné chez la Croix Jaune et Blanche. Quand j'ai besoin qu'on me fasse des infiltrations dans le dos, alors ils viennent » (PA7).

« Si je dois aller à la clinique ou si je dois aller chez le médecin j'utilise les mutuelles qui mettent des chauffeurs à disposition ». (PA8).

Finalement, tous sont ou semblent satisfaits, même si pour PA2, « dépendre tout le temps [de quelqu'un] est très désagréable ».

« Les filles sont à notre disposition pour aller où on veut quand on veut. (...). Jusqu'à présent il n'y a pas de problème ». (PA6).

« La mutuelle je trouve ça très bien [pour se déplacer] (...). On paye mais pas autant que les taxis » (PA8).

Maintenant que nous nous sommes questionnée sur l'organisation autour de la santé, penchons-nous sur ce qui a trait à l'éducation.

3.2.6 Education

Afin de répondre à la question de recherche, nous nous sommes également questionnée sur l'éventuelle participation de notre échantillon à des activités d'apprentissage ou de formation. Il est apparu que quatre personnes sur huit n'en réalisaient pas par choix (PA1, PA5, PA6, PA7). Dans l'autre moitié, plusieurs situations se sont présentées. PA2 a arrêté ce type d'occupation quand le déplacement jusque l'Université des Aînés ne devenait plus possible seule. Même si elle se pense trop âgée, elle aurait voulu continuer. Du côté de PA3, avoir cours d'histoire de l'art fait partie obligatoire de ses cours à l'Académie. A l'opposé, PA4 participe volontairement à des activités d'apprentissage culinaire près de chez elle. Finalement, PA8 étant membre d'un « lokaal dienstencentrum » (similaire à un centre d'accueil de jour en Wallonie comme vu précédemment), elle participe à des activités d'apprentissage de type informatique et linguistique.

Si certaines personnes ne réalisent pas ce type d'activité, c'est parce qu'elles ne sont plus intéressées ou qu'elles se sentent trop âgées. Notons que l'âge n'est pas une limite pour tous. En effet, PA8 a 91 ans et elle prend encore des cours de conversation française et d'informatique. Voici quelques extraits ci-dessous permettant de voir leurs avis assez diversifiés et enrichissants.

« Non, c'est fini maintenant, j'ai assez donné » (PA1).

« Non, à mon âge non, il faut tout de même être un petit peu raisonnable (...). J'ai été aux conférences de l'Université des aînés aussi longtemps que j'ai pu me déplacer seule (...). Quand je ne peux pas me déplacer à l'aide de quelque chose ou de quelqu'un, il faut bien que j'arrête » « Si c'était possible j'aurais continué à suivre des cours comme on en avait dans le temps pour les seniors » (PA2).

« Quand tu suis des cours à l'académie, en quatrième on te demande de suivre des cours d'histoire de l'art. Tu dois quand même t'intéresser à l'art, ça te donne des idées, ça te fait comprendre les différents courants artistiques. J'aimais beaucoup mais cette année j'aime (...) moins, parce que c'est en vidéoconférence et la matière elle n'est pas facile, mais bon je le fais quand même avec plaisir » (PA3).

« Ah non c'est impensable, je suis déjà très contente de ce que je peux faire. Il faut savoir diminuer cette prétention et exploiter au maximum ce qu'on sait encore faire. (...). Je suis encore très curieuse d'apprendre (...). Je m'intéresse beaucoup à l'actualité, j'écoute plusieurs journaux parlés par jour, j'écoute la chronique économique (...). Mais (...) pas au point (...) d'aller à des réunions et tout ça, ce n'est plus de mon âge » (PA5).

« Non rien, on n'a pas spécialement envie » (PA6).

« Je n'ai pas la tête à ça (...). Je préfère me reposer pour reprendre des forces pour faire une petite promenade ». (...). Pour le moment ma santé ne me permet pas de m'engager là-dedans. « Ça fatigue. Je dois pouvoir faire ces choses-là à mon rythme et dans les académies ou autre, on vous explique tout et il faut suivre le rythme ». (PA7).

« J'ai suivi des cours pour utiliser l'ordinateur et le smartphone pour les moins jeunes. (...). Ils demandaient des choses plus compliquées donc je n'ai pas su suivre (PA8).

Finalement, la non-conduite ne semble pas être une raison de ne pas participer à ce type d'activité. Ceux qui le souhaitent, trouvent un moyen d'y participer ; par l'usage des transports en commun (PA3), avec des amis conduisant une voiture (PA4) ou encore à pied (PA8). Concernant les personnes habitant en milieu rural, elles ont simplement exprimé le fait de ne pas ou plus être intéressées par cela.

3.2.7 Vie associative et spirituelle / Travail

A. Bénévolat / Activités associatives

Concernant les activités bénévoles ou associatives, seulement une personne (PA4) y participe officiellement. Pour PA2, il n'est pas nécessaire d'être dans une association pour aider, et PA7 et PA8 soutiennent financièrement.

« Je fais partie (...) d'une association musicale et je suis une dame qui sert les boissons à la répétition. (...) On vient me chercher (...) Pour le moment ça suffit car j'ai ma voisine qui a 90 ans et je suis souvent auprès d'elle. C'est une promesse que j'ai faite (...) d'aller prendre soin [d'elle] (...) » (PA4).

« Ça fait longtemps que je fais des activités bénévoles, j'en fais encore. Si quelqu'un vient me demander de l'aide j'aiderai. (...). Je ne suis pas membre d'une association, il ne faut pas l'être pour aider les autres » (PA2).

« J'ai fait ça dans le temps pendant 20 ans (...). Maintenant, chaque année je verse un petit quelque chose pour l'association qui s'occupe des personnes aveugles, pour leur offrir un chien guide » (PA7).

« Financièrement j'ai aidé des personnes selon mes possibilités. J'ai toujours aidé là où je pouvais, mais je n'ai jamais été dans une association » (PA8).

Concernant PA1, PA5 et PA6, l'envie n'est pas ou plus présente et cette non-participation est une volonté intrinsèque. Finalement, si PA3 n'est pas intéressée, c'est plutôt pour une question de manque de temps dans son planning rempli d'autres activités.

« Ce n'est plus de mon âge, je suis déjà contente de me débrouiller seule dans mon appartement et de pouvoir faire tout ce que je sais encore faire mais chez moi » (PA5).

« Dans le temps oui, mais maintenant c'est fini. On se suffit à soi-même » (PA6).

« Je ne vois pas quand je le ferais. Je me dis que ça éventuellement, quand mes jambes ne sauront plus suivre mon esprit, je pense que j'en ferai (PA3) ».

Autre constatation lors de notre analyse est que l'âge est vécu comme une barrière pour certains. En effet, trois personnes (PA5, PA6, PA8) jugent être trop âgées pour réaliser ce type d'activité. Pour PA8 qui regrette de ne jamais avoir été membre d'une association, il est selon elle trop tard pour commencer. Et ce, non pas en raison de ses aptitudes ou autre, mais à cause de l'avis extérieur.

« Je n'ai jamais été membre d'une association, et maintenant c'est trop tard. Je n'ai pas encore essayé mais je pense qu'on me dirait « hé madame le temps est passé, il y a un temps pour tout » (PA8).

Finalement, ne pas conduire de voiture ne semble pas ici être un frein majeur à la participation à des activités associatives ou de bénévolat. Les personnes constituant notre échantillon sont pour la plupart satisfaits de leur situation. Voyons dans le prochain point ce qu'il en est concernant les activités spirituelles ou religieuses.

B. Activités spirituelles ou religieuses

Dans notre échantillon, le taux de participation à des activités religieuses est assez important. En effet, trois quarts des personnes interviewées se rendent régulièrement à l'église pour la messe. Pour ces personnes-là, il est également facile d'y aller ; en transport en commun, à pied ou encore en voiture avec le mari (cas de PA6 habitant en milieu rural). Si certains se limitent à la messe, pour PA4 ça ne s'arrête pas à cela. En effet, celle-ci participe également à des voyages à Lourdes en pèlerinage. Ci-dessous, vous lirez des extraits de ce qu'ont partagé oralement les personnes, lors des entretiens.

« Non merci, franchement non » (PA1).

« J'allais à l'église à pied (avant le Covid) ». « Ce n'est vraiment pas compliqué » (PA2).

« Moi je suis pratiquante, donc en temps normal [hors Covid] je vais à la messe toutes les semaines. L'église elle n'est pas loin de chez moi » (PA3).

« J'ai fait plusieurs voyages à Lourdes avec le train de malades. (...) Je vais parfois à une messe le dimanche matin, ce n'est pas loin de chez moi (PA4)

« J'allais à la messe tous les dimanches qui est tout près, mais maintenant avec le Covid je n'y vais plus. Je ne ratais jamais aucun dimanche » (PA5).

« On va à la messe, on a le choix entre plusieurs églises tout près. (...) On y va en voiture, c'est trop loin pour y aller à pied. On habite en dehors de la ville, dans la campagne » (PA6).

« Non ça ne m'intéresse pas » (PA7).

« Je suis chrétienne et de temps à autre je vais encore à la messe (...). L'église n'est pas très loin, au fond de la rue » (PA8).

Finalement, nous pouvons constater que les membres de notre échantillon, n'éprouvent pas de difficultés à se rendre à ces activités, principalement religieuses. Notons toutefois que si PA6 n'avait pas son mari conducteur pour s'y rendre, il n'est pas certain que celle-ci aurait su y participer. Ceci venant du fait qu'elle habite dans un endroit isolé en milieu rural et qu'elle nécessite la voiture pour s'y rendre.

C. Fréquentation d'un centre d'accueil de jour ou « lokaal dienstencentrum »

Nous nous sommes interrogée si la non-conduite freinait les personnes à fréquenter un centre d'accueil de jour. Il est ressorti des interviews, que seul un quart était intéressé, et ce uniquement par les « lokale dienstencentra », donc les centres flamands. Parmi ces deux personnes (PA7 et PA8) constituant ce quart, l'un y participe effectivement, mais l'autre est bloqué. En effet, si PA7 en fréquentait un auparavant, il est depuis quelques temps freiné par des travaux, ne pouvant ainsi pas avoir sa correspondance pour arriver à destination. PA7 nous fait part de son souhait d'y retourner, mais de ne pas vouloir payer un taxi ou demander de l'aide au centre pour les trajets. Dans ce cas-ci, PA7 se voit limité dans sa participation le fait de ne pas conduire de voiture. De plus, il ne se rendait pas au centre uniquement pour les activités proposées ou pour les relations sociales, mais également pour y manger dans le restaurant.

« Là où j'allais, on pouvait aller manger pour x euro, mais il y a des activités aussi. (...). Je ne sais plus me déplacer pour le moment. Avec les travaux qu'il y a ici, avec la correspondance on ne sait pas arriver au centre » Ce n'est pas très accessible pour le moment. (...). Je ne vais pas commencer à prendre des taxis pour aller là-bas, ça coûterait trop cher. Je peux demander un service une fois, deux fois, mais après je dérange. (...). J'aimerais bien y retourner » (PA7).

Finalement, si les autres personnes âgées de l'échantillon n'en fréquentaient pas, c'était pour plusieurs raisons, autres que la non-conduite. Ainsi, ci-dessous, nous avons regroupé chaque avis à ce propos :

« Je n'irai pas du tout, je n'ai pas du tout envie. Ce n'est pas du tout mon genre » (PA2).

« Je n'en suis pas encore là » (rire) (PA3)

« Ça ne m'intéresse pas » (PA4).

« J'avais des amis et relations amicales agréables et je ne voyais pas la nécessité d'inclure quelque chose de nouveau » (PA5).

« Pour le moment non. Plus tard peut-être, un jour à la fois. Là, on peut encore s'occuper de soi-même, on peut tirer notre plan, on n'a pas de gros problèmes » (PA6).

En conclusion, la voiture peut constituer un frein pour les personnes désireuses de participer à ce type d'activité, mais pour notre échantillon c'est surtout une question d'envie et d'intérêt.

3.2.8 Conclusion

En fin d'entretien, nous avons demandé aux personnes âgées si elles pensaient que conduire une voiture permettait d'améliorer la participation sociale. La réponse était unanimement oui. En effet, même si PA1 et PA4, n'ayant jamais conduit, ne le pensaient pas à titre personnel, ils en étaient convaincus pour d'autres personnes. Notamment pour ceux qui ont le besoin de se déplacer et de ne pas rester chez eux (PA1) ou qui habitent « dans les champs » (PA4). De plus, PA4 ajoute que pouvoir être facilement aidée, qu'avoir accès à des transports en commun et qu'être habituée à ne pas conduire, permet que sa participation sociale ne soit pas mise à mal. PA3 qui n'a jamais conduit non plus, pense qu'il est « quand même plus facile d'avoir une voiture ». Cela permet de transporter des choses lourdes et de se déplacer dans des lieux difficiles d'accès (notamment pour des activités touristiques). Elle rajoute cependant que l'on sait faire sans, et elle nous l'a démontré lorsqu'elle nous a parlé de plusieurs de ses activités (cf 3.2.3 condition physique et bien-être spirituel /loisirs).

« Je suis habituée à ne pas avoir de voiture donc pour moi ça ne change pas beaucoup d'avant » (PA4).

Contrairement aux trois personnes précédemment citées, les cinq autres ont connu dans leur passé les avantages de la voiture. De ce fait, ils ont dû s'adapter dès lors que la conduite s'est arrêtée. Les propos qu'ils nous ont partagés sont à la fois diversifiés et similaires. Pour PA2, c'est une question d'adaptation et elle précise qu'il ne faut pas être bloqué par la non-conduite. Elle précise cependant qu'il y a une grande différence entre les personnes qui peuvent être aidées et ceux qui au contraire ne peuvent pas l'être. Elle ajoute que l'impact sur la participation dépend aussi de ce qu'on doit faire au quotidien, de comment on vit et où on habite. D'ailleurs selon PA6, vivre en milieu rural sans voiture c'est l'isolement total, car il n'y a pas ou peu de moyens de transports en commun. Toutefois, selon elle, le plus important pour pouvoir participer socialement, c'est d'être en bonne santé et un peu mobile.

« Si on ne l'a pas on s'adapte. Il faut s'adapter à la vie et se demander si c'est vraiment utile. (...). Ce n'est pas un problème matériel qui doit vous bloquer pour tout » (PA2).

Concernant PA5, PA7 et PA8, ils ont plutôt tourné leurs propos vers les avantages de la conduite. Pour PA5 qui fait une distinction selon l'âge, en dessous de 80 ans, conduire « facilite les relations sociales dans tous les domaines ». C'est aussi « une occasion d'échapper à la routine et de rencontrer des gens » et c'est ainsi « une ouverture supplémentaire sur le monde ». En conclusion, selon elle, si on est en âge de conduire, la voiture permet d'aller voir ses amis, de faire des courses et de faire des petites excursions. Par contre, lorsque l'âge de conduire est dépassé et qu'on vend sa voiture, la dépendance prend inévitablement place. Pour PA7, une voiture est indispensable ces temps-ci, il compare cela au téléphone. Pour lui, la non-conduite freine surtout au niveau des relations sociales. En effet, il évoque le fait que ça aide beaucoup pour les déplacements et qu'ainsi, lorsqu'il conduisait (il y a plus de 30 ans), il allait plus souvent à la mer ou voir ses amis et sa famille. Il dit pouvoir se débrouiller grâce à l'aide de sa voisine et relativise sachant que sa situation n'est pas la pire. Finalement pour PA8, la conduite aiderait et changerait énormément son quotidien. Ainsi, c'est pour elle un réel manque car cela permet de se déplacer sans dépendre des autres, de bouger à des endroits trop peu accessibles sans voiture, d'avoir plus facile pour faire les courses et de « se rendre chez des amis ou des connaissances ».

« Quand j'avais la voiture j'allais plus souvent à la mer. Quand j'allais dans la famille ou voir des amis j'allais en voiture. Tout ça s'est arrêté quand je n'ai plus eu la voiture, alors maintenant j'envoie des cartes pour demander comment ils vont » (PA7).

« Il m'arrive souvent de me dire « j'aurais bien fait ça mais je n'ai pas de voiture je ne sais pas y aller ». (...). Mourir la belle affaire, mais vieillir... » (PA8).

3.3 Synthèse

Les propos recueillis proviennent principalement de personnes âgées habitant en milieu urbain et de genre féminin. Dans notre échantillon, le mode de déplacement varie assez fortement et la santé physique est un indicateur important de cette mobilité. Quant aux relations interpersonnelles, elles sembleraient être influencées voir freinées par la non-conduite. En effet, cette dernière est considérée comme une barrière à l'ouverture au monde et aux contacts sociaux.

Nous avons pu constater de par notre analyse, que la participation à des activités de bien-être était très peu touchée par la non-conduite. Par contre, au niveau des événements ou des activités touristiques, nous avons remarqué une plus grande limitation, même si elle reste minoritaire. Si certaines personnes sont freinées par leur santé ou moins motivées de par leur âge, d'autres le sont à cause de la voiture. Néanmoins, si dans chaque point analysé, ce n'est pas la majorité qui est touchée, n'omettons pas les personnes qui le sont. D'autant plus qu'en somme, tout de même la moitié des membres interviewés sont limités dans un point ou dans un autre. C'est ainsi que PA2, PA3 et PA5 rencontrent des obstacles dans les événements et PA3 et PA8 dans les activités touristiques.

En ce qui concerne la nutrition, les soins personnels & de santé ainsi que l'éducation, aucun problème majeur ou insatisfaction dû à la non-conduite n'est apparu. Pour ce qui est du bénévolat et des activités associatives, c'est souvent l'âge qui est considéré comme un frein. Aussi, les activités religieuses sont fort prisées dans notre échantillon. Nous constatons qu'en milieu rural, cette participation serait plus difficile sans lien social avec une personne conduisant une voiture. Finalement, les « lokale dienstencentra » connaissent un succès auprès de deux personnes dont l'une qui éprouve des difficultés pour s'y rendre. Les autres n'y étant simplement pas intéressées.

Dans le prochain chapitre, nous allons premièrement interpréter nos résultats et les confronter à la littérature. Ensuite, nous mettrons en exergue les limites de cette étude et finalement, nous proposerons des perspectives futures de recherche.

Chapitre 4 : Discussion

L'objectif de cette recherche est de connaître les répercussions de la non-conduite d'une voiture, sur la participation sociale des personnes âgées vivant à domicile.

Dans le chapitre précédent consacré aux résultats, nous avons pu constater que les relations interpersonnelles ainsi que les événements et activités touristiques, étaient les plus touchées par la non-conduite. Aussi, nous avons pu relever différents points comme influenceurs de la participation sociale des personnes âgées. C'est le cas de : la santé physique, la qualité et la taille du réseau social, la présence de transports en commun aux alentours du domicile et le milieu de vie. Finalement, avoir la possibilité de conduire une voiture pour se déplacer, est considéré par plusieurs comme une ouverture au monde et aux relations sociales. Elle permet également une meilleure mobilité à travers le pays et retarde la dépendance. Malgré que la littérature permettant de comprendre le rôle de la mobilité dans la capacité des personnes âgées à conserver leur indépendance est relativement rare (Pantelaki, Maggi & Crotti, 2020), peu de différence avec la littérature a été retrouvée. Nous précisons cela plus loin.

Notons que sept personnes interviewées sur huit sont des femmes. Ceci peut d'une part être expliqué par un taux plus élevé d'hommes ayant appris à conduire que de femmes (Demoli, 2014) et d'autre part, par une espérance de vie à la naissance et une espérance de vie avec incapacité plus élevée chez celles-ci. Ainsi, malgré notre recherche d'un échantillon mixte, seul un homme est rentré dans nos critères et a pu répondre à nos questions. Bien évidemment, la recherche a tout de même été menée. Notons à titre informatif, que selon Henning-Smith, Ecklund, Moscovice & Kozhimannil (2018), les femmes sont plus susceptibles d'avoir des réseaux sociaux solides que les hommes. Toutefois, d'après son étude, ce sont les femmes qui rapportent le plus souvent un sentiment de solitude et d'exclusion, et qui manquent de compagnie. Notons que les femmes sont moins susceptibles de vivre avec un conjoint ou un partenaire que les hommes, de par leur plus grande espérance de vie.

Face aux résultats, deux constatations nécessitent selon nous une attention particulière. Premièrement, la mobilité facilite la participation sociale et permet de mener une vie indépendante (à ce niveau-là en tout cas). Deuxièmement, le réseau social joue un rôle important dans la participation sociale. Ces deux points sont détaillés ci-dessous.

Première constatation – une mobilité aisée favorise et facilite la participation sociale et permet de mener une vie indépendante. Si c’est l’une des conclusions de nos résultats, d’autres auteurs en parlent. Citons Rosso, Taylor, Tabb & Michael (2013) qui montrent que l’engagement social est plus élevé chez les personnes ayant une mobilité élevée, que ce soit à l’intérieur ou à l’extérieur du domicile. Ainsi, la probabilité de participer à des activités sociales à l’extérieur de celui-ci est plus grande également. Ils mettent donc en évidence qu’une faible mobilité est associée à un faible engagement social, même en l’absence de handicap »* (Rosso, Taylor, Tabb & Michael, 2013,p1) et donc une meilleure inclusion sociale des personnes âgées mobiles. Par ailleurs, Zeitler et Buys (2015) ajoutent que les transports utilisés influencent leur participation et leur vie quotidienne et que la conduite leur permet de vivre de manière indépendante. En effet, la conduite automobile assure d’après Dumas (2012, p64), « une autonomie effective, et la possibilité de maintenir un bon niveau de participation sociale, particulièrement dans les zones périurbaines et rurales ». Ainsi, dans les endroits plus isolés, et sans un minimum de réseau social, le manque de mobilité peut se traduire par de la solitude. Notamment Rosso, Taylor, Tabb & Michael (2013) et Zeitler & Buys (2015) appuient ces propos en affirmant que la mobilité à un âge avancé facilite la participation sociale et le vieillissement actif. Elle permet alors de satisfaire les besoins de mobilité des seniors (Haustein et Siren, 2014).

Parallèlement, Pantelaki, Maggi & Crotti, dévoilent dans leur étude systématique datant de 2020, qu’une mobilité bien préservée permet d’améliorer sa satisfaction de vie, grâce à une plus grande indépendance, de meilleures conditions de santé et des liens sociaux plus importants. C’est pourquoi, l’utilisation des transports en commun est décrit par les personnes âgées, comme étant « vitale pour maintenir l’indépendance »* (Adorno et al.,2018 as cited in Pantelaki, Maggi & Crotti, 2020, p10). Malheureusement, dans le même paragraphe, ces auteurs soulignent que les besoins des personnes âgées ne sont « pas valorisés par les structures communautaires locales »*. Notons d’intéressant, que Schwanen et al. (2012) déclarent dans leur étude que « pour les personnes âgées, l’idée de mobilité (...) est principalement liée aux conditions psychologiques et physiques qui pourraient aider à maintenir l’indépendance, plutôt qu’à des facteurs liés à la technologie ou aux infrastructures »*. Ces deux études notent donc un avis bien différent. Dans les deux cas, dès lors que la conduite n’est plus possible et que les transports en commun sont évités pour telles ou telles raisons ou circonstances, les aînés n’ont plus de choix. Ils doivent dépendre de leurs amis ou de leur famille pour se faire conduire par ses derniers (Zeitler et Buys, 2015) ou simplement pour les voir. Ainsi, selon Haustein & Siren,

« les voyages pour rendre visite à des amis sont (...) peu réalisés » (2014, p48)* sans voiture. Ces deux auteurs ont porté leur étude sur l'importance d'un permis de conduire pour cette population, afin de répondre à leurs besoins de mobilité. Leurs résultats montrent, que les personnes sans permis sont « plus dépendants des autres pour leurs déplacements », et que les « besoins de mobilité non satisfaits [sont] plus importants (notamment en ce qui concerne les activités de loisirs) » (2014, p50)*. Remarquons que ce dernier constat, a également été fortement observé dans nos résultats, (cf 3.2.3) où cette habitude de vie était la plus touchée. Plusieurs membres de notre échantillon nous ont aussi partagé explicitement ou implicitement, le fait de devoir dépendre de leur entourage. A l'opposé, selon Zeitler et Buys (2015), la non-conduite a également un impact sur la capacité des personnes âgées à atteindre leur service de santé familial et à avoir accès aux traitements de santé. Dans ce cas-ci, les résultats de notre étude montrent l'opposé, car aucun de nos interviewés a déclaré rencontrer un tel problème.

Deuxième constatation - le réseau social joue un rôle important dans la participation sociale. En effet, ne pas conduire de voiture est pour certaines personnes âgées assez problématique et parfois synonyme d'isolement. C'est d'autant plus difficile si elles ont connu les avantages de la voiture ou si elles vivent en milieu rural. Ainsi, l'aide des voisins, de la famille ou des amis, est l'une des solutions pour faciliter le quotidien de ces personnes (Le Mag du Senior, n.d.). Mollenkopf et al., (1997, as cited in Rosso, Taylor, Tabb & Michael, 2013), confirment nos résultats en montrant que des réseaux sociaux plus importants, augmentent les possibilités d'engagement social par le biais d'une meilleure mobilité. Dumas (2012) ajoute aussi que la nature et la composition du réseau social influencent les comportements de déplacement des personnes âgées. D'autre part, Hosseingholizadeh et al., (2019) partagent également dans leur étude, que le soutien social prédit la participation sociale. Ainsi, les personnes âgées qui vivent seules et qui ont des réseaux familiaux ou amicaux restreints, participent moins aux activités sociales. Ces personnes sont alors plus sujettes à l'isolement (Qin et al., 2020, p8). Malheureusement, peu d'études récentes montrent le rôle effectif du réseau social dans la participation sociale des aînés. Il est donc difficile de mettre davantage en corrélation cette constatation perçue dans les résultats, avec la littérature disponible et actuelle.

Malgré ces deux constatations, n'omettons pas que l'étude consiste en une recherche qualitative. Ainsi, l'un des problèmes

« réside dans la difficulté de soutenir sa crédibilité quant à la généralisation des résultats de recherche ou tout au moins la possibilité d'obtenir les mêmes résultats en répétant le même devis, dans les mêmes conditions » (Hunt & Lavoie, 2011, p28)

1) Forces et limites de l'étude

Cette étude, comme toute méthode de recueil d'informations, présente plusieurs biais (Chabal, 2014). Nous allons les nommer et les développer dans les paragraphes qui suivent.

Premièrement, nous avons relevé un biais méthodologique. En effet, la méthode de récolte des données consistait en un entretien semi-directif. Les résultats furent ainsi des propos auto-déclarés sur base de nos questions. D'abord, nous avons été confrontés à des personnes peu bavardes ou qui répondaient difficilement à certaines questions. Les propos recueillis étaient alors peu suffisants ou incomplets. Aussi, lorsqu'une personne ne savait pas trop quoi répondre à une question et avait besoin d'un éclaircissement, des exemples lui étaient proposés. Ce qui est susceptible d'avoir induit un certain type de réponse. A côté, la barrière linguistique a également joué un rôle. Un des interlocuteurs étant néerlandophone, et les entretiens s'étant déroulés en français, il est envisageable que l'interviewé n'ait pas correctement perçu le sens de la question. En effet, malgré que ce témoin privilégié comprît plutôt bien le français, les questions ont parfois dû être reformulées et les réponses n'ont pas toujours été très complètes. Finalement, tous les participants de la population étudiée n'ont pas été interrogés de la même manière. Six entretiens se sont déroulés en visioconférence, tandis que les deux autres ont été réalisés par téléphone. Dans ce dernier cas, l'observation du non verbal était impossible.

Deuxièmement, un biais de rappel a été mis en évidence. Il est dû au fait que certaines personnes se sont moins facilement rappelées les événements avant le Covid-19. En effet, il leur était demandé de répondre aux questions en faisant référence à leur participation sociale avant les mesures gouvernementales dues au Covid-19. Par leur âge ou par de légers troubles de la mémoire, la difficulté de se remémorer certains événements passés a donc pu influencer quantitativement et qualitativement les résultats.

Troisièmement, nous avons identifié un biais d'échantillonnage. En effet, nous n'avons pas atteint un point de saturation empirique. La taille de l'échantillon n'est pas à son apogée pour permettre un maximum de variabilité de réponses ; autant du côté des témoins privilégiés que du côté des personnes âgées. Aussi, seuls deux individus de notre population étudiée proviennent d'un milieu rural contre six du milieu urbain. D'après notre étude, la participation sociale en milieu rural, semble pourtant ce qui nécessiterait le plus d'être étudié. Parallèlement, un des points forts de notre recherche est d'avoir deux témoins privilégiés provenant de milieux et de régions différentes.

Dernièrement, nous pensons qu'une autre limite de l'étude, est le manque de profondeur dans certaines questions lors des interviews. Par-là nous insinuons que si c'était à refaire, nous aurions davantage creusé les réponses de nos interlocuteurs. Ceci afin d'y recueillir plus d'informations, là ou chez certains, nous en avons peu. Nous pouvons prendre l'exemple de PA1 et ses activités réalisées. Elle n'a pas beaucoup détaillé, car selon elle, elle ne faisait rien de spécial. Si c'est effectivement le cas, cela n'exclut pas le fait qu'elle fasse probablement des activités plus « banales » à domicile. Des questions supplémentaires auraient alors pu être posées pour en connaître davantage sur ce sujet.

Si ces quatre éléments constituent les limites, les forces nécessitent également d'être partagées.

D'abord, les guides d'entretiens conçus sont adaptés à la question de recherche et à l'échantillon. En effet, ils ont été créés sur base de la MHAVIE, et les habitudes de vie reprises, permettent de recueillir les informations nécessaires pour répondre à la question. De plus, les questions qui ont été posées font référence à des habitudes correspondant au maximum à la vie d'une personne âgée. Ainsi, les guides et les analyses ont été menés par une approche théorique.

Ensuite, nous avons pu constater un triple lien ; entre les théories issues de la littérature, les perceptions des témoins privilégiés et les avis et ressentis des personnes âgées. Ainsi, les propos concernant les répercussions de la non-conduite sur la participation sociale des personnes âgées vivant à domicile s'entrecroisent et augmentent la crédibilité de nos résultats. De plus, ces derniers ont été retranscrits tels quels et donc pas ou peu d'interprétation est présente dans l'analyse.

Ces différentes constatations majorent la fiabilité de l'étude permettant ainsi de maximiser la validité interne.

Conclusion et perspectives

Cette recherche a permis de répondre à la question que nous nous sommes posée en début d'étude. En effet, notre recherche s'interrogeait sur les répercussions de la non-conduite, sur la participation sociale de personnes âgées vivant à domicile.

Afin de répondre à cette question, nous avons mené une recherche qualitative en réalisant des entretiens semi-structurés. Ceux-ci ont été créés sur base du Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH) et plus précisément en se basant sur les habitudes de vie présentes dans l'évaluation MHAVIE. Cela a permis de pouvoir répondre à la question sur une base théorique.

Nous avons interviewé pour l'étude, huit personnes âgées entre soixante et nonante-et-un an, ne conduisant pas ou plus de voiture et vivant à domicile en Belgique. L'échantillon est principalement constitué de femmes et de personnes vivant en milieu urbain. Afin de compléter notre étude, nous avons également réalisé des entretiens avec deux professionnels pratiquant en Belgique auprès de cette population. Considérés comme experts, ces témoins privilégiés nous ont apporté des éléments différents, notamment du fait qu'ils travaillent dans des régions et des milieux de vie distincts. Au total, ce sont dix entretiens qui ont été réalisés entre le 15 février et le 10 mars 2021.

Nous avons démontré par nos résultats, que la non-conduite avait des répercussions sur la participation sociale des personnes âgées vivant à domicile. Les habitudes de vie relevées comme particulièrement impactées dans notre étude, sont les relations interpersonnelles et les activités touristiques et événements. Aussi, l'indépendance de la personne dans ses déplacements est particulièrement mise à mal. Notons que l'impact est clairement majoré en milieu rural où les déplacements sont plus difficiles. Le réseau social de la personne y joue alors un rôle très important dans ce milieu. Malgré que sans voiture, le réseau soit indispensable pour se déplacer dans les endroits isolés, il s'avère aussi utile dans les lieux proposant des transports. En effet, une bonne santé physique est nécessaire pour se déplacer en transports en commun. Ainsi, une personne habitant en milieu urbain ne possédant pas de voiture, et ayant des difficultés à se déplacer, nécessite également l'aide de son réseau social. Les répercussions que peut avoir la non-conduite dépendent donc de plusieurs facteurs.

Dès lors, améliorer la participation sociale des personnes âgées sans voiture, devrait être une priorité de santé publique dans tous les milieux de vie. Vu les conditions sanitaires actuelles, le vieillissement démographique et un indice de vieillissement qui ne va cesser d'augmenter jusqu'en 2050, des interventions devraient être mises en place. Elles permettraient d'inclure davantage les personnes âgées dans la société, et de restreindre les limitations auxquelles elles peuvent faire face pour se déplacer et réaliser leurs habitudes de vie. Selon Qin et al. (2020, p8) « les personnes âgées qui cessent de conduire sont des candidats de choix pour les efforts de prévention visant à réduire l'isolement social ».

Finalement, nous avons ressorti des propos de notre échantillon, que la santé physique pouvait impacter la mobilité des personnes âgées et leur participation sociale. Il serait donc intéressant que notre recherche soit poursuivie par d'autres travaux portant sur la participation sociale des personnes âgées ne pouvant, ni se déplacer en voiture, ni en transports en commun. Finalement, d'autres études pourraient également être réalisées afin d'évaluer comment le genre de la personne influence sa participation sociale et sa mobilité. Cela permettrait de mettre en place des interventions qui répondraient aux besoins particuliers de la personne.

Bibliographie

- Adorno, G., Fields, N., Cronley, C., Parekh, R., & Magruder, K. (2018). Ageing in a low-density urban city: Transportation mobility as a social equity issue. *Ageing and Society*, 38(2), 296–320. doi:10.1017/S0144686X16000994
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.M., Imbert, P., Letrilliart, L., (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Revue Française de Médecine Générale*, 19(84)142-145.
- A Hill, R. (2015). Older people : independance and mental wellbeing. Liverpool : NICE Guideline. doi: 10.13140/RG.2.1.1273.4488
- Bradfer, F. (2016). La CeMathèque : Mobilité des séniors. *SPW*, (43), 1-39
- Castelein, P. (2015). La participation sociale : un enjeu interdisciplinaire pour nos institutions. *Les carnets de la Persagotière*, (63), 1-28. Retrieved from <http://docplayer.fr/25027500-La-participation-social-un-enjeu-interdisciplinaire-pour-nos-institutions.html>
- Chabal, S. (2014). Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'informations. *Les fiches en lignes de la lettre du CEDIP*, Fiche 62, 1-4. Retrieved from : http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf
- Dubourg, D. (2014). *Les services pour personnes âgées en Wallonie : offre et utilisation*. Namur : Wallonie Santé, n°5
- Dumas, C. (2012). Mobilité des personnes âgées. *Fondation Nationale de Gérontologie*, 35(141), 63-76
- Demoli, Y. (2014). Les femmes prennent le volant : Diffusion du permis et usage de l'automobile auprès des femmes au cours du xxe siècle. *Travail, genre et sociétés*, 2(2), 119-140. Doi : 10.3917/tgs.032.0119
- Faure, A., (2018). *Quelle est la différence entre dépendance et perte d'autonomie ?* : Vieillesse sociale : Décryptages de la Silver économie. Retrieved april 19, 2021 from Sweet Home : Le média des professionnels de la Silver Economie website : <https://sweet-home.info/analyse/pour-ne-plus-confondre-perte-dautonomie-et-dependance/>

- Fédération internationale du vieillissement. (2012). *Current and emerging issues facing older Canadians*. Retrieved from fédération internationale du vieillissement website : <https://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2012/12/current-and-emerging-issues-facing-older-canadians-final-report-30-march-2012.pdf>
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J., St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise du Processus de production du handicap : Réseau international sur le processus de production du handicap*. Québec : RIPPH
- Fougeyrollas, P., & Noreau, L. (2003). *La mesure des habitudes de vie (MHAVIE 3.0) : instrument général détaillé*. Québec : RIPPH
- Geoffrey Morbois (2010). *Le Bien Vieillir : Mobilité et aménagement du territoire : en route pour « bien vieillir »*. Belgique : UNIPSO
- Haustein, S & Siren, A. (2014). Seniors' unmet mobility needs – how important is a driving licence ? *Journal of Transport Geography*, 41, 45–52. doi :10.1016/j.jtrangeo.2014.08.001
- Henning-Smith, C., Ecklund A., Moscovice, I., & Kozhimannil, K. (2018). Gender differences in social isolation and social support among rural residents. *University of Minnesota, Rural Health Research Center*.
- Hosseingholizadeh, N., Sadeghi, R., Ardebili, H. E., Foroushani, A. R., & Taghdisi, M. H. (2019). The Correlation of Self-efficacy and Social Support with Social Participation: A Cross Sectional Study among the Elderly. *Journal of medicine and life*, 12(3), 239–246. Doi : 10.25122/jml-2019-0010
- Hunt, E. & Lavoie, A. (2011). Les méthodes de recherche quantitatives et qualitatives peuvent-elles déjà coexister ? *Recherche en soins infirmiers*, 105(2), 25-30. doi : 10.3917/rsi.105.0025
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. doi:10.3917/rsi.102.0023.
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, 53(4), 67-82. Doi : 10.3917/rpve.534.0067

- Le Mag du Senior. (n.d.). *Personnes âgées et voiture, comment empêcher la personne âgée de conduire ?* Retrieved from Le Mag du Senior website :
<https://www.lemagdusenior.com/dossier-163-personnes-agees-voiture.html>
- Lonfils, C., Nguyen, T. & Piette (D), D. (2005). L'utilisation des données de la littérature dans les projets en éducation nutritionnelle : enquête qualitative. *Santé Publique*, 2(2), 281-292. Doi : 10.3917/spub.052.0281
- Lugen,M. (n.d).Petit guide de méthodologie de l'enquête. Bruxelles : Université libre de Bruxelles. URL :
http://igeat.ulb.ac.be/fileadmin/media/equipe/CEDD/Petit_guide_de_m%C3%A9thodologie_de_l_enqu%C3%AAt.pdf
- Martens,Q. (2015). *Qualité de vie, bien-être et participation des personnes âgées à la société*. Belgique : CEPESS
- Noreau,L., & Fougereyrollas,P. (n.d.). *Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) : Guide d'application*. Québec : RIPPH
- Pantelaki, E., Maggi, E., & Crotti, D. (2020). Mobility impact and well-being in later life : A Multidisciplinary systematic review : *Research in Transportation Economics*, doi : 10.1016/j.retrec.2020.100975
- Prospective pauvreté (s.d.). *Iweps*. Retrieved february 22, 2021 from
<https://www.iweps.be/projet/prospective-pauvrete/>
- Qin, W., Xiang, X., & Taylor, H. (2020). Driving Cessation and Social Isolation in Older Adults. *Journal of aging and health*, 32(9), 962–971. Doi : 10.1177/0898264319870400
- Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH). (2007). Développement humain, handicap et changement social : *Revue internationale sur les concepts, les définitions et les applications*, 16, (2), 3-6.
- Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH). (n.d.). *Modèle MDH-PPH : Concepts-clés*. Retrieved november 18, 2020 from Réseau international sur le Processus de production du handicap website : <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>

Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH). (n.d.). *Modèle MDH-PPH : Historique du modèle*. Retrieved november 31, 2020 from Réseau international sur le Processus de production du handicap website : <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/historique-du-modele/>

Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH). (n.d.). *Modèle MDH-PPH : Modèle*. Retrieved november 18, 2020 from Réseau international sur le Processus de production du handicap website : <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>

Rosso,A.L, Taylor,T.A., Tabb,LP, & Michael,Y.L. (2013). Obility, Disabililty ans social engagement in older adults : *Aging Health*, 25(4), 617–637
doi:10.1177/0898264313482489

Savoie-Zajc,L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherche Qualitative*, 5, 99-109

Tétrault,S., & Guillez,P. (2014). Guide pratique de recherche en réadaptation (méthodes, techniques et outils d'intervention). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

Viscogliosi, C., & Verreault,R. (2018). La participation sociale des aînés : Pourquoi s'y intéresser. *Vie et vieillissement*, 15(3), 1-92.

Vlaanderen (n.d.) *Thuiszorg : Lokale dienstencentra*. Retrieved april 19, 2021 from Vlaanderen.be Website <https://www.vlaanderen.be/gezondheid-en-welzijn/gezondheid/thuiszorg/lokale-dienstencentra>

Zeitler, E., & Buys, L. (2015). Mobility and out-of-home activities of older people living in suburban environments: 'Because I'm a driver, I don't have a problem'. *Ageing and Society*, 35, 785–808. Doi : 10.1017/S0144686X13001086

