



HAL
open science

Les territoires de bien-être des personnes âgées : Le cas de la ville de Luxembourg

Philippe Gerber

► **To cite this version:**

Philippe Gerber. Les territoires de bien-être des personnes âgées : Le cas de la ville de Luxembourg. 3th International Conference of Territorial Intelligence "Territory, well-being and social inclusion" REIT, October 19th-21th 2005, Liège, Oct 2005, Liège, Belgique. halshs-01019649

HAL Id: halshs-01019649

<https://shs.hal.science/halshs-01019649>

Submitted on 7 Jul 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**LES TERRITOIRES DE BIEN-ETRE DES PERSONNES AGEES :
LE CAS DE LA VILLE DE LUXEMBOURG**

Philippe GERBER

Chargé de recherches en géographie (dr.)
philippe.gerber@ceps.lu

Adresse professionnelle

CEPS/INSTEAD, BP 48, 4501 Differdange, Luxembourg

Summary: With the general ageing of the population, the question of the maintenance in residence of elderly people becomes dominating; it means that the concepts of quality of life and well-being must be analyzed differently with the glance of the age of the people. For those 60 years or more living at home, in a town of medium size like Luxembourg, needs as regards assistance in care in residence, or the appreciation of the neighborhood, for example, are determining factors for the maintenance at home of the old people. Moreover, the very large majority of these people wish to remain longest possible in their housing, making of their neighborhood a being essential for them to maintain their well-being. This communication is about a method of measurement of the maintenance in residence, issued from a research from three years, having mobilized researchers of several disciplines. This method integrates at the same time the measurement of the well-being of the elderly people, of their spatial surrounding, essential elements of the quality of life, but also of other spheres, crucial for the balance of the old person, like the social networks.

Résumé : Face au vieillissement général de la population, la question du maintien à domicile des personnes âgées devient prépondérante, en sachant que les notions de qualité de vie et de bien-être ne peuvent s’appréhender de la même manière au regard de l’âge des personnes. Pour celles de 60 ans ou plus vivant dans leur propre logement, dans une ville de taille moyenne comme Luxembourg, les besoins en matière d’assistance en soins à domicile, ou l’appréciation du quartier, par exemple, sont des facteurs déterminants pour le maintien à domicile des personnes âgées. En outre, la très grande majorité de ces personnes souhaitent rester le plus longtemps possible dans leur logement, faisant de leur quartier un référent incontournable dans le processus de bien-être. Cette communication aborde et commente plus particulièrement une méthode de mesure du maintien à domicile issue de cette recherche de trois ans, ayant mobilisé des chercheurs de plusieurs disciplines. Cette méthode intègre à la fois la mesure du bien-être des personnes âgées, de leur cadre de vie, éléments essentiels de la qualité de vie, mais également d’autres sphères, fondamentales à l’équilibre de la personne âgée, comme les réseaux sociaux.

Mots-clés : Bien-être, personnes âgées, maintien à domicile, méthodologie, Luxembourg.

Keywords: Well-being, home-based elderly people, methodology, Luxembourg.

Les territoires de bien-être des personnes âgées : le cas de la ville de Luxembourg¹

Les questions de qualité de vie et de bien-être ne peuvent sans doute pas être appréhendées de la même manière au regard de l'âge des personnes. Pour celles de 60 ans ou plus vivant dans leur propre logement, dans une ville moyenne comme Luxembourg, les besoins en matière d'assistance en soins à domicile ou l'appréciation du quartier, par exemple, sont des facteurs déterminants quant à leur maintien à domicile. Ces deux facteurs, et bien d'autres encore, ont été soulevés lors d'une enquête de grande envergure, commanditée à l'origine par le collège échevinal de la capitale du Grand-Duché du Luxembourg en 2001². Ainsi, dans le souci de mieux cibler leur politique sociale concernant les souhaits et les besoins des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile, le CEPS/INSTEAD a été chargé de répondre à ces vastes interrogations. Dans la perspective de l'analyse du vieillissement démographique de nos sociétés, d'un côté, et d'un état des lieux complet et précis de la situation générale des seniors, de l'autre, il nous a semblé important de concilier l'objectif politique de la ville de Luxembourg à une mesure rigoureuse du système de maintien à domicile et à l'évaluation d'éventuelles populations « vulnérables », le tout en assurant une présentation de ces résultats de manière explicite, concise et opérationnelle aux autorités communales.

Cet article va tenter de brasser ces objectifs, en se focalisant plus particulièrement sur les hypothèses et la méthode d'analyse qui ont permis d'intégrer à la fois la mesure du bien-être des personnes âgées, leur cadre de vie, éléments essentiels, mais également d'autres « sphères », fondamentales à l'équilibre de la personne âgée et apportant finalement une mesure de leur qualité de vie. Ces étapes seront suivies de l'exposé de certains résultats discriminants par rapport à la politique sociale à mettre en œuvre dans les quartiers de la capitale. Mais avant d'aborder ces deux points, un rapide rappel du contexte luxembourgeois s'impose.

1. CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Quels que soient les pays de l'Union Européenne, le phénomène du vieillissement démographique (entre autres, Guinchard-Kunbstler, 1999, Rochefort, 2000, Vimont, 2001) de la population est patent. Ainsi, au Luxembourg, nous passons de 64 949 personnes âgées de 60 ans ou plus en 1981 à 81 511 personnes vingt ans plus tard. Ces changements démographiques s'accompagnent de mutations sociologiques et économiques majeures, comme la recherche d'une nouvelle image de l'âge,

de meilleures conditions de ressources financières pour les plus de 60 ans, une meilleure santé, sur lesquelles nous ne reviendrons pas dans le cadre de cette présentation. Cependant, le phénomène du vieillissement ne doit pas masquer les disparités démographiques qui existent entre un pays et une ville, comme par exemple celle de Luxembourg. Les chiffres mettent bien en évidence cette situation : il existe certes un vieillissement généralisé à l'échelle du pays, mais une stagnation de la proportion de la population des plus de 60 ans au niveau de la capitale du Grand-duché. Cette dernière passe de 19,2 à 19 % pour les 60 ans ou plus, et leur nombre absolu baisse légèrement entre 1981 et 2001. Ces chiffres témoignent d'un dynamisme entretenu par les classes actives, notamment étrangères. De plus, dans l'optique de résultats à fournir à l'échelle intra-urbaine qui soient statistiquement comparables, nous remarquons que les 24 quartiers administratifs existants sont fortement hétérogènes, ne serait-ce qu'au niveau de la répartition de la population âgée. Ces constats démographiques et géographiques effectués, il n'en demeure pas moins essentiel de vouloir encore améliorer la politique en faveur du troisième âge à Luxembourg-Ville. En partant du postulat que la personne âgée souhaite rester le plus longtemps dans son logement, malgré la probabilité de perdre progressivement son autonomie, la question principale est de savoir : qu'est-ce qui favorise le maintien à domicile ? Pour cela, nous supposons que quatre sphères conditionnent le maintien à domicile. Il faut ainsi :

- disposer d'un degré d'autonomie relativement suffisant (appréciation de l'état de santé et du bien-être de la personne). Cette hypothèse opérationnelle peut être résumée comme une « mesure de la sphère individuelle du bien-être » ;
- posséder un logement adéquat et avoir des équipements et des services de proximité dans le quartier (cadre de vie adéquat). Cela concerne donc la « sphère géographique du cadre de vie » ;
- connaître et disposer d'un réseau social privé pour le mobiliser en cas de coup dur. Nous l'appelons « sphère relationnelle privée » ;
- connaître, disposer et mobiliser un réseau social institutionnel approprié à l'aide. Cette dernière hypothèse peut se résumer en la mesure de la « sphère institutionnelle ».

Ces hypothèses ont l'avantage de s'inscrire dans les prérogatives des politiciens, tout en donnant l'avantage d'une vue synthétique et structurante (Cathelat 1991) d'une mesure scientifique du maintien à domicile des personnes âgées. A partir

de ces hypothèses, nous avons construit un questionnaire qui englobe ces différentes sphères. Long de 30 pages, dont ont été tirées plus de 1 000 variables, il a fallu créer des indicateurs synthétisant au mieux ces informations afin de développer une analyse approfondie de diverses catégories de population âgée.

2. CONSTITUTION DE LA METHODE D'ANALYSE

A partir du fichier de population de la Ville de Luxembourg, 903 ménages ont été interrogés, formant la base d'un échantillon représentatif à une échelle intra-urbaine composée de six zones résidentielles (Gerber P. 2004a). Après une analyse descriptive complète des données obtenues, il a été possible de créer des indicateurs synthétiques tenant compte des quatre sphères précitées. Ainsi, en essayant de combiner à la fois la mesure du bien-être de la personne âgée et sa qualité de vie (Bailly 1981, Tobelem-Zanin 1995), nous tentons, en fin de compte, de prendre en considération tous les paramètres objectifs et subjectifs qui rythment sa vie quotidienne. En tout, pas moins de 300 variables ont été nécessaires pour construire quatre indicateurs objectifs et quatre indicateurs subjectifs du maintien à domicile de la personne âgée (sans oublier les référents socio-démographiques classiques nécessaires). Ce nombre d'indicateurs n'est pas choisi au hasard : il se veut équilibré entre les différentes sphères, d'une part, et entre l'objectivité et la subjectivité de la qualité de vie, d'autre part. De plus, cet équilibre permet de se libérer de tout déterminisme quant à la structuration future des indicateurs grâce à l'élaboration d'une typologie *a posteriori*.

Toutefois, comme tout indicateur, des compromis doivent être effectués. Ainsi, la constitution de l'*indicateur subjectif de santé* devait être tiré d'une méthode issue d'une grande étude sur les personnes âgées à Berlin (Mayer, Baltes, 1999). Les résultats, peu probants dans notre enquête, ont été révisés en prenant une question subjective seulement. Concernant l'*indicateur de santé objectif*, différentes pistes ont été suivies, en particulier celle de l'Université d'Oxford³. Cinq questions ont été utilisées pour construire cet indicateur, en y intégrant un système de scoring selon la gravité des situations. Trois des questions ont trait à l'état de santé physique et aux difficultés qu'il génère pour se laver, pour préparer les repas et pour effectuer les activités quotidiennes. Une quatrième concerne les difficultés d'ordre émotionnel (dépression, anxiété) dans l'accomplissement des activités quotidiennes. La dernière porte sur la gêne dans les relations sociales éventuellement occasionnée par l'état de santé de la personne âgée. Toutes les questions ne valent pas le même poids devant l'état de santé de la personne. Le choix a donc été fait de pondérer les réponses de la personne âgée en

fonction de la question posée et de son caractère plus ou moins représentatif de l'ensemble des besoins de la personne. Ainsi les réponses à la question « Avez-vous des difficultés à vous laver » sont-elles très fortement pondérées, car on peut supposer qu'une personne qui a des difficultés à se laver en a également pour s'habiller, pour se déplacer dans le logement et pour tout un ensemble d'autres actes.

Au niveau des *indicateurs de confort*, liés à l'habitat des personnes âgées, plusieurs sous-indicateurs ont été utilisés, sur la base classique du confort technique (selon une acception rejoignant celle des derniers recensements), mais également en fonction de confort dits d'appareillage (notamment par rapport à des équipements spécifiques des personnes âgées), spacieux et d'habitat (cf. Gerber 2000, 2004b). Ils ont été repris autant dans une optique objectivable et mesurable, comme le nombre de commerces situés à proximité du logement de la personne interrogée, que dans une vision subjective, avec par exemple l'attachement au quartier. Ces deux indicateurs de confort intègrent ainsi des aspects géographiques (situation...) et de cadre de vie en général.

Les deux autres sphères concernent les *aspects relationnels* de la personne âgée (Legrand, Schleret, 1991, Desesquelles, Brouard, 2003). Au niveau des indicateurs objectifs, il s'agit du nombre d'aides apportées à domicile par les proches (réseau informel), d'une part, et par les institutions, d'autre part. Pour que la personne âgée ne puisse oublier une tierce personne intervenante, deux listes lui ont été proposées lors de l'entretien : l'une concernant les types de personnes proches susceptibles de lui venir en aide, l'autre ayant trait aux institutions destinées à l'aide à domicile. Pour ne pas se perdre dans les réflexions, nous demandions les aides (éventuelles) qui se produisaient durant les deux semaines précédant l'enquête. De fortes différences se remarquent aisément entre les deux types d'aides, les personnes âgées privilégiant amplement les aides informelles. Par rapport aux indicateurs subjectifs, il a été proposé aux personnes de se projeter dans un futur proche en leur demandant qui pourrait leur venir en aide en cas de grave problème : c'est l'indicateur subjectif de la sphère relationnelle. Notons que certains ménages ne peuvent compter sur personne au cas où il leur arrivait malheur. Le deuxième indicateur subjectif concerne ces institutions (proposant une aide à domicile), déjà relativement nombreuses au Luxembourg, et *a fortiori* au sein de la capitale. Ceci n'empêche pas de demander un avis subjectif quant à la nécessité de développer (ou non) l'assistance à domicile. Les résultats sont éloquentes et reflètent nettement, de la part des seniors, d'une volonté de vouloir rester à leur domicile, du moins le plus longtemps possible.

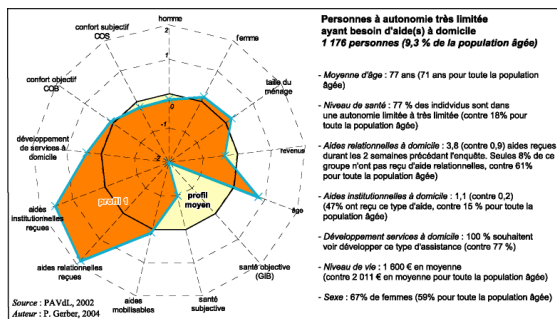
Les résultats associés aux huit indicateurs synthétiques vont être structurés selon leurs corrélations grâce à des analyses multidimensionnelles, effectuées sous certaines contraintes de l'analyse en composantes principales et de classifications hiérarchiques ascendantes (Lebart, Morineau, Piron, 1997), dans le but de dégager des « profils types » pouvant à la fois définir et représenter des populations à risque. Il en résulte une typologie de cinq profils types qui dépendent essentiellement du bien-être de la personne âgée et de sa qualité de vie en général.

3. PROFILS TYPES ET PRESENTATION DE QUELQUES RESULTATS

Après ACP se dégage immédiatement une hiérarchie de facteurs ; celui lié à l'autonomie de la personne âgée est de loin le plus important. En effet, le niveau de santé et le bien-être structurent les facteurs, et vont donc disposer d'une place prépondérante dans les profils. Le niveau de vie et le confort objectif, bien corrélés, arrivent en deuxième position. La variable de l'âge n'arrive qu'en troisième place, montrant par là que l'avancée en âge ne signifie pas systématiquement une mise à l'écart.

Différentes classifications ont été effectuées ; nous avons retenu celle où l'interprétation thématique semble la plus simple et la plus robuste au niveau statistique, notamment par rapport à la population disponible par classe. En ce sens, cinq groupes ont été pris en considération ; nous n'en présentons que trois dans le cadre de cette communication. Pour cela, la pratique de la silhouette est bien adaptée car elle permet de synthétiser et de visualiser facilement tous les indicateurs et les référents socio-démographiques, une fois que la standardisation préalable des données a été effectuée.

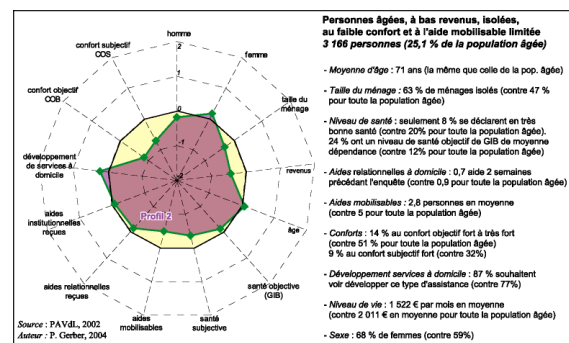
Groupe 1 (figure 1)



Le premier profil concerne les personnes âgées au niveau de santé le plus faible. Ils sont 63 % à le qualifier de mauvais à très mauvais. De même, au niveau de la valeur du niveau de santé objectif, 49 % des personnes de cette classe font partie des groupes de moyenne à forte dépendance. Ainsi, ces

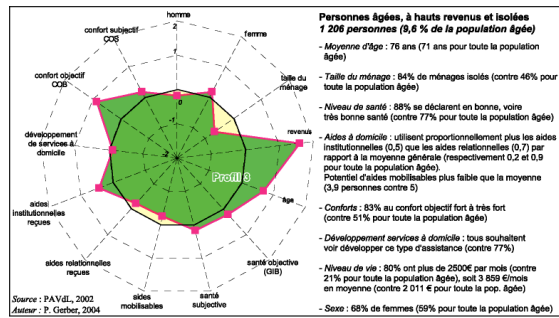
personnes ne peuvent rester à domicile que grâce aux aides, notamment relationnelles. Les aides dépassent allègrement le profil moyen de toutes les personnes âgées : elles atteignent, tous types confondus, près de cinq interventions, alors que le niveau de prestation est situé à 1,1 en moyenne pour les 60 ans ou plus. Ainsi, le maintien à domicile est rendu possible grâce aux aides fournies d'abord par la sphère relationnelle et, dans une moindre mesure, par la sphère institutionnelle. Les deux sphères ont un rôle d'appui vis-à-vis d'un état de santé fragile, situé à la limite de la dépendance. L'hypothèse, qui préconise qu'un bon état de santé est nécessaire pour assurer le maintien à domicile, n'est pas vérifiée avec ce profil type, si du moins il existe une compensation au niveau des sphères institutionnelle et relationnelle. A ce titre, si la ville souhaite encourager le maintien à domicile, elle devrait certes développer davantage ses services, mais également sensibiliser les seniors eux-mêmes à faire appel à ces structures institutionnelles.

Groupe 2 (figure 2)



Au lieu des 5 personnes mobilisables en cas de coup dur, en moyenne générale, le deuxième profil type présente une silhouette où les personnes âgées ne disposent que de 2,8 personnes, en moyenne. En fait, 366 personnes estimées ne connaissent personne pour leur porter secours au cas où il leur arriverait quelque chose. Ces personnes forment plus de 70 % de l'ensemble des seniors qui ne peuvent compter sur quiconque en cas de coup dur. De plus, comme leur niveau de vie reste relativement bas, l'appel aux aides institutionnelles reste alors plus limitée. La faiblesse du niveau de vie se ressent également au niveau des confort objectif et subjectif. En effet, seuls 14 % des personnes disposent d'un confort objectif élevé, contre 51 % pour toute la population âgée. Il en est de même pour le confort subjectif, bien que la différence soit moins accentuée. Une recommandation pourrait être de suivre de près ces personnes isolées, grâce aux médecins notamment, et d'envisager des aides subventionnées plus fortes, de même que, pourquoi pas, une institution médicalisée subventionnée si la perte progressive d'autonomie est relativement forte.

Groupe 3 (figure 3)



La moyenne d'âge est tout aussi élevée que dans le premier profil, mais le niveau de santé, objectif ou subjectif, est bien moins inquiétant. Dans les conditions de ce profil type, le proverbe « l'argent ne fait pas le bonheur, mais il y contribue » semble justifié. Les 1 206 personnes âgées estimées se déclarent à 88 % en bonne, voire très bonne santé, avec un niveau de vie, pour 80 % d'entre eux, à plus de 2 500 € par mois. Leur confort objectif reste du coup très élevé. L'ensemble des aides reçues à domicile est équivalente à la moyenne générale. Mais il existe un recours plus intensif aux aides institutionnelles de la part de ces personnes. Cela est sans doute dû aux moyens financiers mobilisables, mais aussi à l'existence d'un cercle relationnel plus restreint que la moyenne des seniors. Le moindre recours à l'aide relationnelle s'explique en partie par la forte proportion de ménages isolés par rapport à la moyenne. Néanmoins, cela ne constitue pas pour autant un problème majeur pour ces 1 206 personnes, étant donné que leur niveau de vie peut amplement compenser la faiblesse du potentiel de l'aide mobilisable relationnelle par les aides de la sphère institutionnelle en cas de coup dur.

4. CONCLUSION

Premièrement, les sphères exposées ici révèlent toutes leur importance devant le système de mesure proposé de la qualité de vie des personnes âgées. Toutefois, l'impact du niveau de santé et du bien-être paraît plus marquant que les autres sphères. En ce sens, deux types de seniors existent, ceux en bonne et ceux en mauvaise santé. Le maintien à domicile dépend alors du bien-être de la personne, mais également de ses aides. En observant la hiérarchie des facteurs, il est maintenant possible d'admettre que la diminution du degré d'autonomie de la personne âgée peut être éventuellement compensée par des aides à domicile appropriées, ainsi que, dans une nette moindre mesure, par un niveau de vie suffisant et un cadre de vie fonctionnel. Cette hiérarchie des besoins illustre amplement les interactions qui existent entre le bien-être et l'espace environnant de la personne

âgée, conditionnant largement sa vie quotidienne. Deuxièmement, la conciliation entre l'objectif politique et l'objectif de la recherche a non seulement été effectuée, mais elle a en outre permis de dégager certaines recommandations concrètes, notamment par rapport à une planification de nouveaux équipements ou à une sensibilisation à des services spécifiques (comme la nécessité d'une communication en faveur d'institutions d'aide à domicile). Ces profils ont donc été l'occasion de fournir quelques pistes de réflexion qui alimentent désormais la politique urbaine et sociale de la ville de Luxembourg.

Bibliographie

- Bailly A.S., 1981 : *La géographie du bien-être*. Ed. PUF, Coll. Espaces et sociétés, 239 p.
- Cathelat B., Cathelat M., 1990 : *Panorama des styles de vie, 1960-1990*. Ed. l'Organisation, 40 p.
- Desesquelles A., Brouard N., 2003 : « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution ». *Population*, Vol. 58, n° 2, pp. 201-227.
- Gerber P., 2000 : *Gentrification et confort postmoderne, éléments émergents de nouvelles centralités. L'exemple de Strasbourg*. Thèse de doctorat de géographie, ULP, Strasbourg, 575 p. + annexes.
- Gerber P., Bousch P. (coord.), 2004 : *Personnes âgées. Ville de Luxembourg. Rapport remis à la Ville de Luxembourg*. Mai 2004, Ed. CEPS/INSTEAD, 2 volumes, 353 p.
- Gerber P., avec la collaboration de Bienvenue J.-Y., 2004a : « Ville de Luxembourg et personnes âgées vivant à domicile : échantillonnage spatial et production de données d'enquête à l'échelle intra-urbaine ». *Population & Territoire n°2*, Février, Ed. CEPS/INSTEAD, 12 p.
- Gerber P., 2004b : *L'Eden existe-t-il ? Confort et qualité des logements au Luxembourg*. *Vivre au Luxembourg*, Décembre, Ed. CEPS/INSTEAD, 2 p.
- Gerber P., 2005 : *Ville de Luxembourg et personnes âgées vivant à domicile : les principaux résultats de l'enquête*. *Population & Territoire n°6*, Juin, Ed. CEPS/INSTEAD, 16 p.
- Gunichard-Kunstler P., 1999 : *Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie*. Rapport remis à M. le Premier Ministre. Document téléchargeable, 102 p.

Lebart L., Morineau A., Piron M., 1997 : *Statistique exploratoire multidimensionnelle*. Ed. Dunod, 439 p.

Legrand M., Schleret Y., 1991 : *Services urbains et personnes âgées dépendantes à Nancy et Lunéville. Articulation de l'offre et de la demande de services*. Rapport de l'ORSAS et du Département de sociologie, appel d'offre MIRE et Plan Urbain, 200 p. + annexes.

Mayer K.U., Baltes P.B. (dir.), 1999 : *Die Berliner Altersstudie*. Ed. Akademie-Verlag, Berlin, 672 p.

Rocheffort R., 2000 : *Vive le papy-boom*. Ed. O. Jacob, Paris, 291 p.

Tobelem-Zanin C., 1995 : *La qualité de la vie dans les villes françaises*. Ed. PUR, n° 208, 288 p.

VIMONT C., 2001 : *Le nouveau Troisième Age. Une société active en devenir*. Ed. Economica, 117 p.

White-Means S., 1997 : "The Demands of Persons with Disabilities for Home Health Care and the economic consequences for informal caregivers". *Social Science Quarterly*, 78 (4), pp. 955-972.

Notes :

¹ Cet article est le résumé d'une publication reprenant les principaux résultats de l'enquête « Personnes Agées Ville de Luxembourg » (cf. Gerber, 2005). Cette intervention, entre-temps modifiée, a déjà été effectuée lors de deux colloques internationaux, à Angers en septembre 2004 et à Paris en septembre 2005.

² Le rapport final a été remis aux autorités communales lors d'une conférence de presse en mai 2004. Cf. Gerber, Bousch, 2004.

³ Cf. le Health Survey SF36-V2TM (Quality Metric, Inc.) disponible sur internet. Référence également aux Activity Daily Living (ADL) ou aux Instrumental Activity Daily Living (White-Means 1997).