



## Quels territoires de santé gériatologique pour repenser l'adéquation entre offre et besoins d'aides en Wallonie ?

Mélanie Bourguignon, Thierry Eggerickx et Jean-Paul Sanderson

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rfst/727>

DOI : 10.4000/rfst.727

ISSN : 2492-3672

### Éditeur

Espaces et SOciétés (UMR 6590)

### Référence électronique

Mélanie Bourguignon, Thierry Eggerickx et Jean-Paul Sanderson, « Quels territoires de santé gériatologique pour repenser l'adéquation entre offre et besoins d'aides en Wallonie ? », *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Miscellanées, mis en ligne le 28 juin 2017, consulté le 06 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/rfst/727> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.727>

---

Ce document a été généré automatiquement le 6 avril 2021.



*La Revue francophone sur la santé et les territoires* est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

---

# Quels territoires de santé gérontologique pour repenser l'adéquation entre offre et besoins d'aides en Wallonie ?

Mélanie Bourguignon, Thierry Eggerickx et Jean-Paul Sanderson

---

## Introduction

- 1 Le vieillissement des populations fait aujourd'hui partie des défis que doivent assumer les autorités locales, supra-locales et nationales. Les projections de population démontrent que les effets de ce processus seront encore plus prégnants durant les années à venir. En 1846, l'âge moyen observé en Belgique valait un peu plus de 28 ans. Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, il était légèrement supérieur à 41 ans. Et selon les projections du Bureau fédéral du Plan (2015), il devrait atteindre un peu moins de 44 ans en 2060. Ces évolutions sont le résultat du déclin de la fécondité observé partout en Belgique depuis la fin du 19<sup>e</sup> siècle et de la hausse de l'espérance de vie. La fécondité est ainsi passée de 3,5 enfants par femme en 1870 à un peu plus de 2 en 1910 (Festy, 1979 ; Brée et al., 2016), pour ensuite atteindre 1,61 en 1991 et 1,87 en 2010 (Costa et al., 2010). Cette diminution de la fécondité entraîne à long terme le déclin du poids relatif des jeunes de moins de 20 ans et par extension, l'augmentation de celui des personnes âgées. Parallèlement, on vit aujourd'hui de plus en plus vieux. Depuis 1840, l'espérance de vie à la naissance a doublé, pour atteindre, en 2015, 83 ans chez les femmes et 78 ans chez les hommes. Cette hausse de l'espérance de vie à la naissance s'est récemment accompagnée d'une augmentation tout aussi remarquable, sinon plus, de l'espérance de vie à 65 ou 80 ans, expliquant la hausse directe du poids des personnes âgées. De toutes ces modifications de structure, il découle(ra) une augmentation des proportions de personnes âgées (65+) et très âgées (85+), passant respectivement de 17.9% et 2.5% en 2014 à 24.6% et 5.8% en 2060 (Bureau fédéral du Plan, 2015) (Figure 1).

Figure 1 : La Belgique, ses régions et ses provinces (carte réalisée à l'aide du logiciel Philcarto).



- 2 Ces évolutions globales masquent d'importantes disparités à l'intérieur du pays et de ses trois régions (Flandre, Wallonie, Bruxelles-Capitale) (Figure 1). En Wallonie, les zones périurbaines se caractérisent aujourd'hui par des structures par âge relativement jeunes. C'est le cas notamment de communes du Brabant wallon, du sud de la province du Luxembourg ou de celles situées autour de Namur. En revanche, les agglomérations urbaines ou les communes rurales isolées du sud de la Wallonie se composent de populations plus vieilles, résultat notamment d'immigrations résidentielles de retraités (Sanderson & Eggerickx, 2006).
- 3 La Wallonie est aujourd'hui un acteur majeur de la planification d'aides et de soins aux bénéficiaires des populations âgées. Dans le cadre des réformes successives de l'Etat (particulièrement la 6<sup>e</sup> Réforme de l'Etat de 2015), la Wallonie a effectivement hérité de compétences relatives à la santé et aux personnes âgées et, par ce biais, a acquis plus de responsabilités dans ces domaines (Wallonie, 2014). Plus précisément, la Région a un rôle de coordination, de planification, de financement et de contrôle des différents acteurs<sup>1</sup>.
- 4 L'inégale répartition des populations âgées à l'intérieur de la Wallonie pose de nombreuses questions dont la principale concerne son adéquation avec la distribution de l'offre de soins, d'aides et de services. A de multiples reprises, la littérature a mis en évidence une relation entre l'avancée en âge et les proportions plus élevées de pathologies et autres formes de dépendance (Duée & Rebillard, 2006 ; Lanoë & Makdessi-Raynaud, 2005). Pour répondre adéquatement aux besoins des populations, on devrait logiquement observer une offre condensée des soins et des services réservés aux populations âgées dans les espaces se caractérisant par un sur-vieillessement. D'autant qu'il est reconnu que la mobilité quotidienne des aînés est très spécifique. Ils

effectueraient moins de déplacements quotidiennement et sur de plus courtes distances (Castaigne et al., 2003 ; Cornélis, 2014). Se pose ainsi la question de l'adéquation de l'offre et des besoins de prise en charge à l'échelle des communes wallonnes, soit la plus petite entité administrative et décisionnelle en matière de gestion de l'offre de services réservés aux aînés.

- 5 Nous proposons dans ce texte de tester cette adéquation et de montrer que les situations locales sont très diversifiées. Si certaines entités wallonnes se caractérisent par un sur-vieillessement, elles ne bénéficient pas nécessairement toutes d'une offre optimale de services et de soins de proximité, et inversement pour les communes profitant aujourd'hui encore d'un relatif sous-vieillessement. Notre questionnement repose ainsi sur un postulat fondamental, celui de la non-uniformité des distributions de personnes âgées, laquelle est, spécialement à l'échelle locale, amplifiée par les migrations internes. Plus précisément, il s'agira donc de répondre au questionnement suivant : compte-tenu de la localisation particulière des aînés au sein du territoire wallon, comment l'offre de soins, de services et d'aides varie-t-elle spatialement et s'adapte-t-elle, ou non, aux besoins de ces aînés ?
- 6 Plus globalement, cette recherche vise à nourrir une réflexion récente mais peu développée en Belgique, concernant l'existence de territoires de santé gérontologique, en lien avec les besoins des populations âgées résidant en Wallonie. Dans ce cadre, nous définissons le concept de « territoire de santé gérontologique » comme un espace géographique d'intervention politique, favorisant l'accès aux soins en permettant une meilleure accessibilité, adaptée au public spécifique qu'est le groupe des personnes âgées<sup>2</sup>.
- 7 Les conclusions de cette analyse sont un préalable nécessaire pour envisager de projeter les situations à un horizon temporel plus lointain. Elles peuvent également servir de support à l'action politique locale en vue d'orienter les décisions. La mise en évidence de particularités locales est une opportunité pour repenser l'adéquation entre offre et besoins, de sorte que des initiatives pourront être mises en œuvre pour favoriser des espaces aujourd'hui parfois encore délaissés sur le plan de la prise en charge des aînés.

## Deux concepts : l'offre et les besoins d'aides, de soins et de services

- 8 Cette étude est structurée autour de deux concepts majeurs dont les définitions sont inspirées du champ de la santé publique (Hall & Meji'a, 1979). D'une part, l'*offre de prise en charge* est ici entendue comme l'ensemble des prestataires disponibles pour aider, accompagner et prendre en charge les personnes âgées dans leur quotidien. D'autre part, les *besoins des populations âgées* expriment la quantité nécessaire de soins, de services ou d'aides, estimée à partir de l'état de santé pour assurer une prise en charge optimale.
- 9 Dans ce cadre, nous posons l'hypothèse que les besoins prennent une dimension tout à fait spécifique chez les personnes âgées. En raison de l'espérance de vie qui ne cesse d'augmenter, on note la présence croissante de formes particulières de dépendance ainsi que de processus multimorbides, les personnes âgées pouvant cumuler des déficiences physiques et/ou psychiques (Van der Heyden & Charafeddine, 2014).

L'allongement de la durée moyenne de vie s'accompagne d'un processus de concentration de morbidité aux âges supérieurs : « le troisième âge jouit d'un meilleur état de santé et conserve de plus en plus ses capacités, tandis que le quatrième âge, qui ne souffre ou ne meurt plus de maladies infectieuses mais est confronté au processus de dégénérescence de la sénescence à un âge très avancé, connaît une situation de fragilité accrue. » (Avramov, 2004, p. 17).

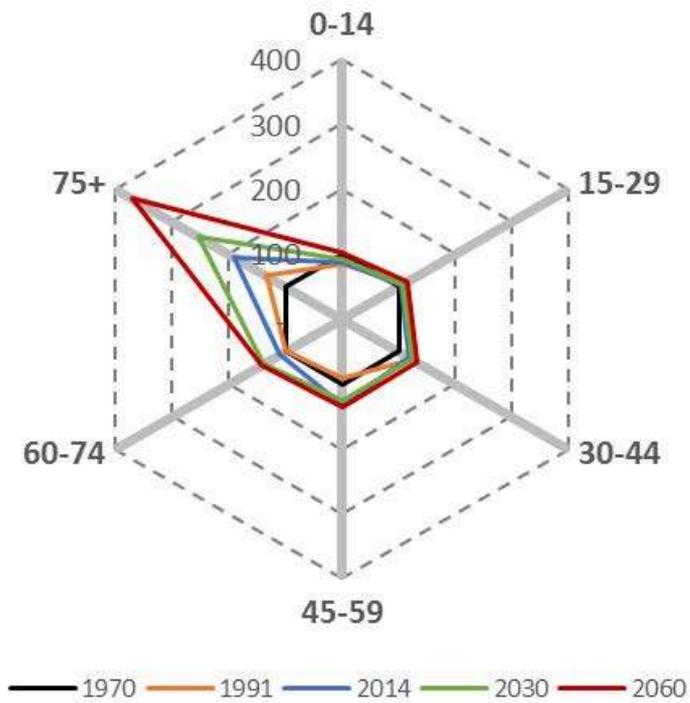
- 10 Par ailleurs, les besoins des populations très âgées relèvent d'une logique particulière, liée à leurs stratégies en termes de mobilité résidentielle : aux âges élevés, on migre moins... mais sur des distances plus grandes (Bourguignon et al., 2015). Contrairement à d'autres âges où les contraintes professionnelles et familiales guident les migrations des individus (Baccaïni, 1994), aux âges élevés, elles s'affranchissent davantage de la distance entre les lieux de départ et de destination. Cela pourrait résulter du fait que la migration à ces âges est à consi-dérer comme une stratégie pour obtenir un soutien, un service, une place en institution et c'est alors dans ce cas la disponibilité de places ou d'aides qui primerait sur la distance à parcourir.

## Contextualisation : le vieillissement démographique en Wallonie

- 11 Depuis quelques décennies, la Wallonie, à l'instar des autres régions d'Europe, est confrontée au vieillissement de sa population (Eggerickx & Tabutin, 2001 ; Bourguignon et al., 2014).
- 12 Le vieillissement des populations entraîne une augmentation des effectifs et du poids relatif des groupes d'âges élevés au sein de la population. Compte-tenu des tendances de fécondité et de mortalité, c'est le groupe d'âge des 75 ans et plus qui, depuis 1970, connaît la plus forte augmentation (Figure 2). Entre 1970 et 2014, l'effectif de ces personnes a quasiment doublé, passant d'un peu plus de 160.000 personnes à environ 303.000 personnes. Il risque encore d'augmenter d'ici 2060, pour atteindre, selon les projections du Bureau fédéral du Plan (2015), un peu moins de 600.000 personnes.
- 13 L'évolution du groupe des 60 ans et plus se fait en faveur des plus âgés (Figure 3). Si les centenaires représentaient en 1970 un groupe très minoritaire, leur taille relative et leur nombre ne cessent de croître (moins de 100 personnes en 1970 ; plus d'un demi-millier en 2014 et probablement plus de 3.000 en 2060 (Bureau fédéral du Plan, 2015). On observe également de fortes évolutions pour les autres groupes quinquennaux de 80 ans et plus, illustrant le processus de « vieillissement dans le vieillissement ».
- 14 L'augmentation de la part relative et des effectifs de personnes âgées entraîne de nombreuses transformations. À supposer que la part relative de personnes résidant en ménages collectifs (en ce compris les institutions destinées aux personnes âgées) reste constante d'ici à 2060, cela impliquera notamment la création d'un nombre considérable de places en institutions.
- 15 À supposer également que l'état de la science médicale ne permette pas de freiner l'apparition de formes de dépendance avec l'âge, l'offre d'aides à domicile nécessaires au bien-être des aînés devra être renforcée. Cela d'autant que l'aide fournie par l'entourage proche pourrait devenir un service « rare », compte-tenu notamment de la diminution de la taille des effectifs de jeunes générations (Fontaine & Arnault, 2016), de l'implication quasi généralisée des femmes dans le marché de l'emploi (Bontout et al.,

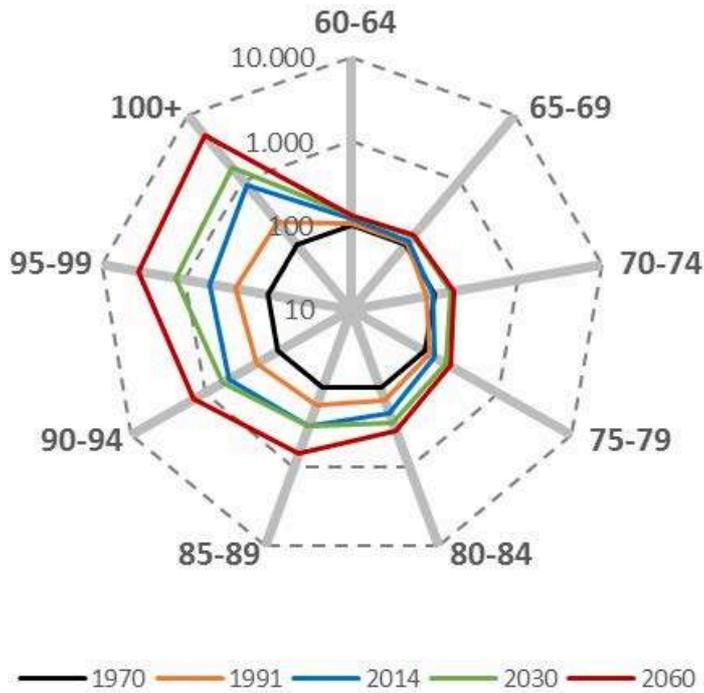
2002 ; Peyrache & Ogg, 2017) et de la fragilisation des trajectoires familiales des enfants et des parents (Régnier-Loilier et Vivas, 2009).

Figure 2 : Evolution des effectifs par grand groupe d'âges (base 100 = 1970) en Wallonie



Source : DGSIE et BFP, carte réalisée à l'aide du logiciel Philcarto

Figure 3 : Evolution des effectifs de 60 ans et plus par groupe d'âges quinquennal (base 100 = 1970) en Wallonie



Source : DGSIE et BFP, carte réalisée à l'aide du logiciel Philcarto

- 16 En 2015, l'âge moyen de la population résidant en Wallonie valait 40,9 ans. Les écarts entre communes sont cependant très importants, de l'ordre de 11,5 années entre la commune la plus jeune (Léglise avec un âge moyen de 35,4 ans) et la plus vieillie (Vresse-sur-Semois : 46,7 ans). L'entité de Léglise appartient à un ensemble plus large de communes situées au sud de la Wallonie qui se caractérisent, à l'instar d'une partie du Brabant wallon et des communes ceinturant Namur, par un sous-vieillessement relatif à l'échelle de la Wallonie (Figure 4). Ces espaces connaissent depuis plusieurs décennies le processus de périurbanisation, qui se traduit par l'arrivée massive de personnes d'âges actifs (et de leurs enfants), lesquelles exercent leurs fonctions professionnelles à Bruxelles, à Namur ou encore au Grand-Duché du Luxembourg. Si aujourd'hui, certaines communes du Brabant wallon ont quelque peu rattrapé leur retard en termes de vieillissement, ce n'est pas – encore – le cas de celles situées dans le sud de la province du Luxembourg.

Figure 4 : Âge moyen par commune au 1<sup>er</sup> janvier 2015, Wallonie

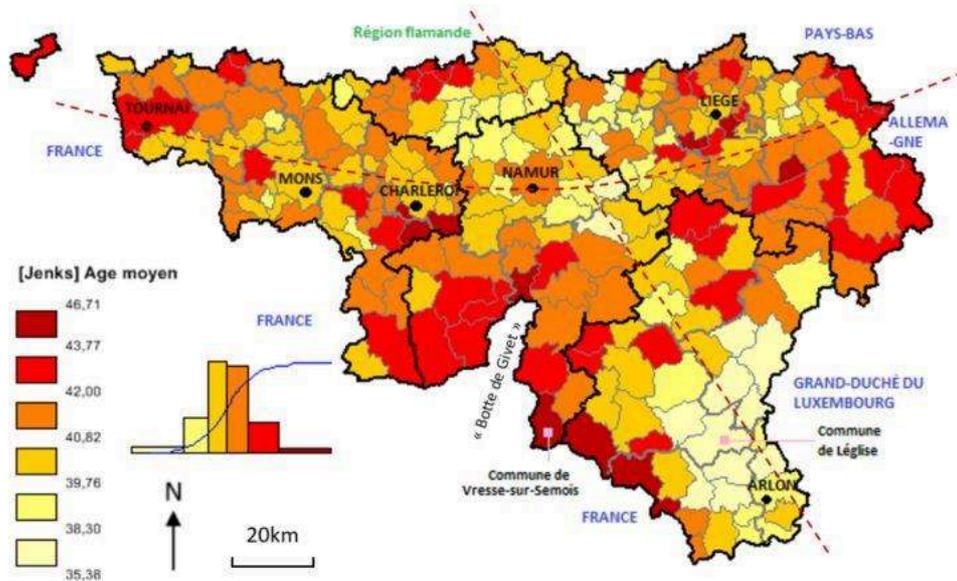
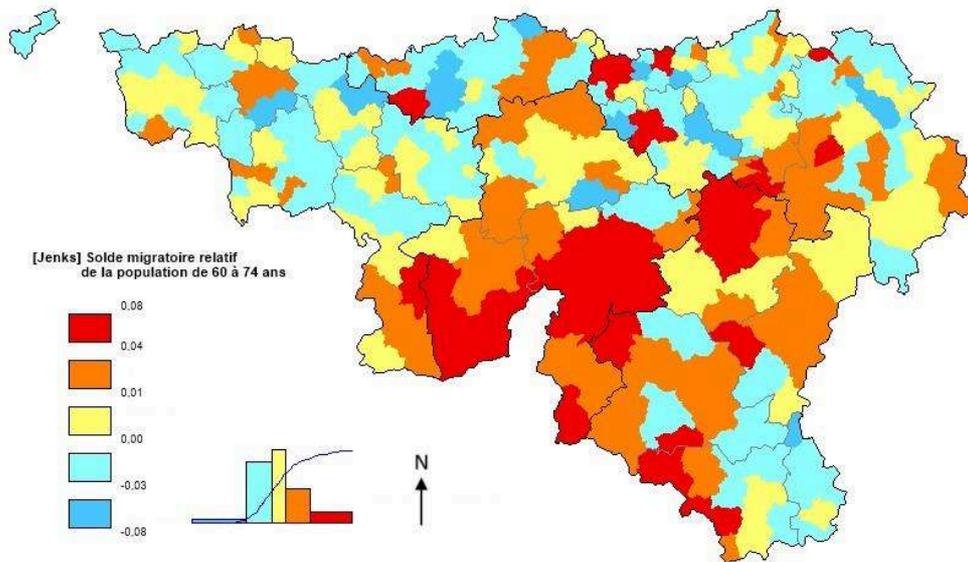


Figure 5 : Soldes migratoires relatifs du groupe 60-74 ans par commune wallonne, 2010-2014



Source : Cytise/UCL, carte réalisée à l'aide du logiciel Philcarto.

- 17 La commune de Vresse-sur-Semois, et plus largement celles situées dans les vallées de la Semois et de la Lesse, se distinguent par des âges moyens de leur population nettement supérieurs à la moyenne régionale. Ce sur-vieillessement résulte en partie de l'attractivité migratoire (soldes migratoires positifs) exercée par ces communes auprès des retraités ; ceux-ci, au moment de quitter leurs fonctions professionnelles, optent pour un nouveau lieu/mode de vie où la qualité de l'environnement est davantage privilégiée (Sanderson, 2013 ; Sanderson & Eggerickx, 2006). « La migration de retraite n'est pas seulement une stratégie résidentielle, elle est une stratégie du mode de vie: l'acteur social cherche à maintenir plaisir à vivre et image positive de soi dans un nouveau mode de vie, à compenser les pertes, à développer de nouveaux rôles, de

nouvelles activités, de nouvelles relations, un autre rapport aux lieux.» (Cribier & Kych, 1992, p. 679). Le processus est identique dans les communes de l'Entre-Sambre-et-Meuse (situées à l'ouest de la « botte de Givet ») ainsi que (mais de manière un peu moins marquée) dans les communes frontalières de l'extrême-ouest du Hainaut et de l'extrême est de la province de Liège (Figure 5). La Wallonie est ainsi traversée du Nord au Sud par un axe de communes relativement jeunes qui correspondent à peu de choses près au tracé de l'autoroute qui relie Bruxelles au Grand-Duché du Luxembourg. On retrouve un deuxième axe de sous-vieillessement qui traverse la Wallonie d'ouest en est et qui englobent notamment les grandes agglomérations urbaines de Mons, Charleroi et Liège. Autour de ces deux grands axes nord-sud et ouest-est, on repère quelques espaces de sur-vieillessement (Figure 4)

## Données et méthodes

- 18 Les données utilisées pour refléter l'ampleur des besoins des populations âgées et l'offre de soins et de services disponibles sont multi-sources et dépendent en premier lieu de leur disponibilité à l'échelon local. La mobilisation de ces données a fait l'objet, au préalable, de discussions avec les comités d'encadrement des projets, constitués d'experts scientifiques spécialisés dans l'aide et l'accompagnement des personnes âgées, lesquels ont validé la pertinence des indicateurs.
- 19 Les données de besoins, strictement démographiques (population et ménages), sont extraites du Registre national, la version centralisée et informatisée des registres de population communaux, opérationnelle depuis 1991 (Poulain & Herm, 2013). Quelques données de type socioéconomique proviennent du dernier recensement de population effectué en 2011. C'est notamment le cas du niveau d'instruction des populations, disponible au niveau communal et par groupe d'âges.
- 20 Les données de santé proviennent quant à elles d'une base de données originale, *Pharmanet*, qui, à partir des données de mutuelles, enregistre notamment la consommation de traitements réservés à quelques maladies spécifiques. Des réserves doivent cependant être formulées à propos de ces données. Ces dernières concernent la prévalence de traitements et non la prévalence de maladies. Il ne s'agit en rien d'une mesure de prévalence exacte dans la mesure où l'indicateur ne considère que les personnes diagnostiquées et soignées. Par définition, elles excluent les personnes qui ne sont pas – encore – diagnostiquées ou qui ne suivent pas de traitement. Or, on peut aisément imaginer que le diagnostic n'est pas universel, encore moins le traitement, et que l'appartenance sociale des personnes âgées joue un rôle non négligeable dans l'explication de ces comportements différenciés (en termes de recours aux soins par exemple). De nombreuses études ont démontré que les caractéristiques socioéconomiques influencent énormément le recours aux soins (voir par exemple : Birh & Pfefferkorn, 2008 ; Raynaud, 2005 ; Rode, 2009) : les populations précaires cumulent, notamment dans le domaine de la santé, des « déficits d'avoir », des « déficits de pouvoir » et des « déficits de savoir » (Birh & Pfefferkorn, 2008 ; Rode, 2009). « Ainsi, alors que ces populations se perçoivent plus en mauvaise santé que le reste de la population et qu'elles courent davantage de risques de déclarer des pathologies, elles ont moins recours à la prévention et moins accès à des soins de qualité (...) » (Rode, 2009, p. 149). Par ailleurs, ces indicateurs ne concernent que quelques pathologies particulières (asthme/BPCO<sup>3</sup>, diabète, ostéoporose, douleurs chroniques, Parkinson) pour lesquelles un traitement

spécifique et unique leur est réservé. D'autres maladies, typiques des âges élevés, pourraient également faire l'objet d'analyses et montrer des répartitions spatiales différentes, compte-tenu par exemple de facteurs environnementaux. Mais les données ne permettent, à ce stade, que de travailler à partir d'informations traitant de ces cinq pathologies particulières.

- 21 En termes d'offre, les données disponibles sont beaucoup moins adéquates, comme d'autres l'ont constaté avant nous (Vrijens et al., 2012), et n'illustrent que partiellement l'offre de services et d'aides disponibles au sein des communes wallonnes. L'offre est estimée à partir de cinq indicateurs. Un premier illustre la distance à parcourir entre une commune et l'hôpital (général, à caractère universitaire ou universitaire) le plus proche. En matière de santé, la dimension de « proximité » est un facteur de première importance, illustrant l'accessibilité aux soins (Raynaud, 2013). Pour Vignerou (2001, cité par Raynaud, 2013), l'objectif est de parvenir à un bon équilibre « *entre qualité et sécurité d'une part (concentration des soins) et accessibilité et proximité d'autre part (diffusion des soins)*. » (Raynaud, 2013, p. 61).

Tableau 1 : Détails des indicateurs sélectionnés pour illustrer localement les besoins des personnes âgées et l'offre d'aides, de soins et de services<sup>4</sup>

	Dimension	Indicateur	Source	Période
Besoins	Viellissement	Parts communales de 80 ans et plus	RN	2015
	Dimension sociale	Score de non-instruction des 80 ans et plus	Census	2011
	Isolement	Parts communales des 80 ans et plus isolés	RN	2013
	Isolement	Parts communales des 80 ans et plus en couple sans enfant	RN	2013
	Santé	Consommation de traitements pour asthme/BPCO parmi les 65 ans et plus	Pharmanet	2011
	Santé	Consommation de traitements pour diabète parmi les 65 ans et plus	Pharmanet	2011
	Santé	Consommation de traitements pour ostéoporose parmi les 65 ans et plus	Pharmanet	2011
	Santé	Consommation de traitements pour douleurs chroniques parmi les 65 ans et plus	Pharmanet	2011
	Santé	Consommation de traitements pour Parkinson parmi les 65 ans et plus	Pharmanet	2011
	Offre	Eloignement offre	Distance jusqu'à l'hôpital le plus proche	SPF Santé publique
Offre soins médicaux		Nombre de médecins généralistes pour 1000 personnes de 80 ans et plus	Inami	2015
Offre soins médicaux		Nombre d'infirmiers pour 1000 personnes de 80 ans et plus	Inami	2015
Durabilité de l'offre		Indice de « jeunesse » des médecins généralistes	Inami	2015
Offre soins informels		Ratios d'aïdants potentiels (optique intergénérationnelle)	RN	2015

- 22 La question de ce dilemme entre concentration et diffusion des soins est amplifiée par des résultats d'études divergents<sup>5</sup>. « *La concentration des services de soins n'est pas seulement évoquée pour des raisons économiques mais aussi pour des raisons d'efficacité médicale et de qualité des soins (...). (...) Néanmoins, plus les individus sont éloignés de l'offre de soins, plus l'utilisation des services est faible et l'effet de l'accessibilité semble plus important pour la prévention que pour les soins curatifs.* » (Raynaud, 2013, p. 62).
- 23 Parallèlement, deux indicateurs reflètent l'offre de soins médicaux prodiguée par des médecins généralistes ou des infirmiers. Pour cela, nous prenons en compte le nombre

de ces professionnels pour 1.000 habitants de 80 ans et plus pour chaque commune de Wallonie. Parallèlement, nous incluons un indicateur de « jeunesse » des médecins généralistes, c'est-à-dire la part de généralistes âgés de moins de 55 ans. Il fournit un indice de la « durabilité » de l'offre actuelle en médecine générale, une commune dotée de médecins généralistes âgés étant nécessairement confrontée à court terme au défi du remplacement de ses professionnels. Enfin, notre indicateur d'offre intègre la dimension d'offre d'aides informelles dans une optique intergénérationnelle. Aucune donnée récente ne permet d'estimer le pourcentage de la population de chaque commune qui fournit de l'aide à son entourage proche. Il s'agit pourtant d'une composante importante du système actuel d'aides mis en place en Belgique (Willemé, 2010). Nous recourons donc à un indicateur indirect, qui mesure le potentiel d'aides informelles et intergénérationnelles en rapportant le nombre de personnes généralement aidantes (45-64 ans) (Willemé, 2010) au nombre de personnes généralement aidées (80 ans et plus). Enfin, idéalement, il aurait été intéressant de disposer d'informations sur les services d'aides à domicile (aides familiales, services de livraison de repas...) mais en l'état actuel, les données ne sont pas exploitables car les types de services rendus et le volume d'heures prestées ne sont pas ventilés en fonction de l'âge des bénéficiaires.

- 24 Pour chaque commune, on dispose de 14 indicateurs distincts, dont 9 se rapportent à la dimension « besoins » et 5 à la dimension « offre ». Chacun de ces 14 indicateurs est standardisé<sup>6</sup>, de sorte que pour l'ensemble des communes, les valeurs oscillent entre 0 et 1. Le poids accordé à chaque indicateur est identique compte-tenu de la perfectibilité et de la non-exhaustivité des indicateurs (des champs d'aides ne sont pas couverts)<sup>7</sup>.
- 25 Deux indices sont ensuite calculés pour chaque commune de Wallonie, l'un se rapportant à la dimension des besoins et le second illustrant la dimension de l'offre.
- 26 L'indice des besoins correspond à la somme des neuf indicateurs standardisés. Sa valeur oscille donc entre 0 et +9, la première correspondant à une situation théorique de besoins réduits et la seconde correspondant au contraire à une situation théorique de besoins très importants.

$$\begin{aligned} \text{Indice besoins} = & IS_{80+} + IS_{\text{non instruction}} + \\ & IS_{\text{isoïés}} + IS_{\text{CSE}} + IS_{\text{BPCO}} + IS_{\text{diabète}} + \\ & IS_{\text{ostéoporose}} + IS_{\text{douleurs chroniques}} + IS_{\text{parkinson}} \end{aligned}$$

- 27 L'indice d'offre correspond à la somme (ajustée) des cinq indicateurs standardisés. Il est question ici de « somme ajustée », tous les indicateurs ne présentant pas une relation positive avec le niveau de l'offre. Ainsi, il correspond à la somme des indices illustrant la disponibilité de généralistes et d'infirmiers, la jeunesse des généralistes et la présence potentielle d'aidants proches, de laquelle on soustrait l'indicateur standardisé relatif à la distance jusqu'à l'hôpital le plus proche. La valeur de cet indice global d'offre peut donc varier entre -1 et +4, -1 signifiant une offre très faible et +4 désignant au contraire un système local d'offre plus performant sur base de nos indicateurs.

$$\begin{aligned} \text{Indice offre} = & (IS_{\text{généralistes dispo.}} + \\ & IS_{\text{infirmiers dispo}} + IS_{\text{aid.potentiels}} + \\ & IS_{\text{jeunesse généralistes}}) - IS_{\text{distance hôpital}} \end{aligned}$$

- 28 Deux indices sont ainsi attribués à chacune des 262 communes wallonnes, ainsi qu'à l'entité régionale prise dans sa globalité. Les indices d'offre et de besoins calculés pour

l'ensemble de la Wallonie servent de repère, non pas parce qu'ils illustrent un système où l'offre est en adéquation parfaite avec les besoins des populations, mais plutôt parce qu'ils permettent d'estimer le degré de « gravité » ou de « confortabilité » d'une commune par rapport au référent régional.

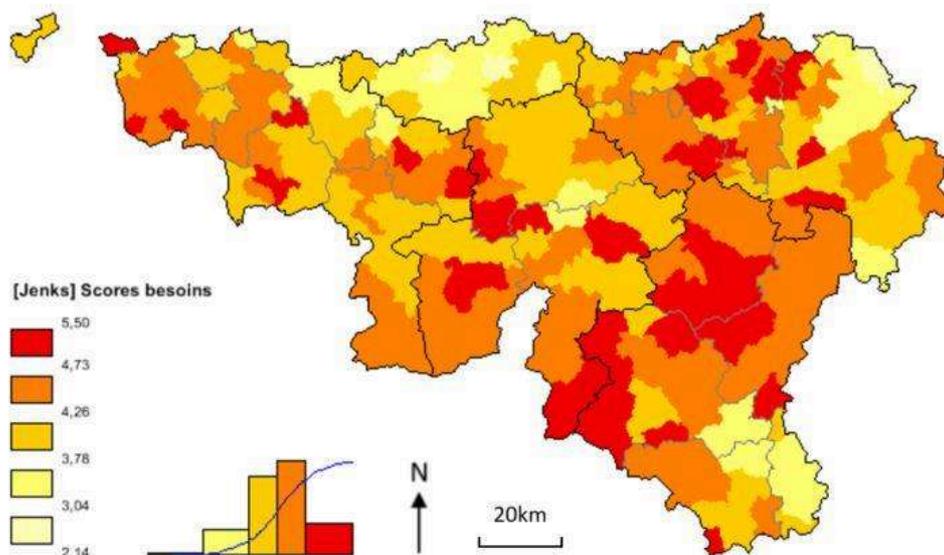
- 29 Un intérêt particulier est accordé à la dimension spatiale du processus de vieillissement. Ainsi, nous recourons à des illustrations d'indicateurs cartographiés, mais également à des méthodes de lissage spatial (Krigage). Ces dernières permettent de s'affranchir au moins partiellement du fait que l'offre de soins et de services, estimée au niveau communal, ne respecte pas forcément les limites administratives des communes, mais s'adapte parfois à des espaces et des populations plus larges. Il suffit de se référer à l'exemple des médecins généralistes, pour lesquels on dispose d'informations à l'échelle fine qu'est la commune. Il est possible de rapporter cet effectif à la population de ladite commune pour produire un ratio de disponibilité de médecins généralistes. Mais ce type d'indicateur repose sur l'hypothèse que les patients sont exclusivement issus de la commune dans laquelle les médecins sont répertoriés (Raynaud, 2013). Or rien n'interdit, par exemple, aux patients de consulter un professionnel localisé ailleurs, pour des raisons familiales ou encore d'affinité.
- 30 Par ailleurs, en ce qui concerne les données d'éloignement par rapport à l'infrastructure hospitalière la plus proche : il s'agit ici d'une distance « à vol d'oiseau » calculée entre les points centraux des communes concernées ; cette mesure ne prend pas en compte la question des temps de parcours, fonction des caractéristiques « environnementales ». Or, parcourir 20 kilomètres sur voies rapides ne revient absolument pas à parcourir cette même distance en milieu rural. Ces données ne tiennent pas non plus compte des flux hospitaliers (c'est-à-dire les données d'utilisation de services en milieu hospitalier), ni des zones de rayonnement des services de soins. De même, l'effet « frontière » est partiellement incontrôlé : si nous tenons compte du fait que des personnes qui vivent à proximité de la frontière linguistique traversant la Belgique peuvent tout simplement la franchir pour accéder à un hôpital à proximité, nous ne sommes actuellement pas en mesure de tenir compte d'une éventuelle proximité par rapport à des hôpitaux ou des professionnels localisés à l'étranger. Enfin, les données ne permettent pas d'appréhender entièrement l'offre d'aides formelles qui inclut bien sûr des médecins généralistes et des infirmiers mais aussi toute une série de services tels que la préparation/la livraison de repas, les activités de brico-dépannage, ou tout autre activité qui permet une présence, un accompagnement de la personne âgée.
- 31 En l'état, les indicateurs constitués et les méthodes mobilisées sont perfectibles. Ils représentent une photographie de la situation des communes (soit l'échelle la plus fine auxquelles les données les plus intéressantes sont disponibles) à un moment déterminé et n'incluent aucune dimension évolutive (à l'exception de l'indicateur de vieillissement des médecins généralistes). L'objectif vise essentiellement à mesurer si la situation actuelle, telle qu'elle est connue et vécue par les aînés, est optimale pour répondre à leurs éventuels besoins. La démarche mobilisée ici est exploratoire, elle pourrait être approfondie à l'aide de données supplémentaires, mais non disponibles à ce jour.

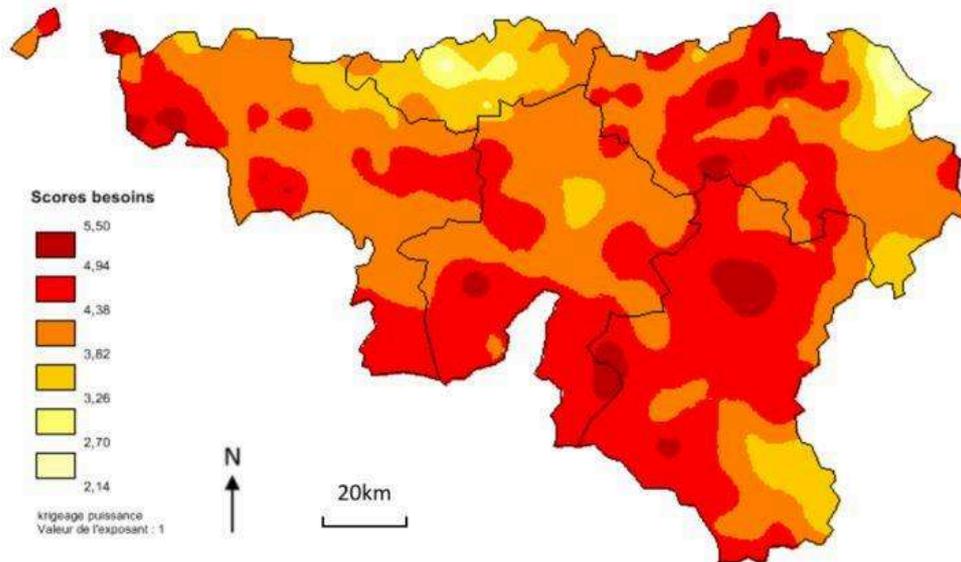
## Résultats

### Une typologie des besoins

- 32 La cartographie des scores de besoins (Figure 6) attribués à chaque commune wallonne sur base des neuf indicateurs mobilisés présente des résultats très probants. D'un point de vue spatial, les besoins des populations âgées ne sont pas les mêmes ; ils diffèrent notamment selon la commune et restent tout à fait cohérents avec ce qui est connu par ailleurs en termes de répartition spatiale des personnes âgées, isolées et/ou souffrant de pathologies (Bourguignon et al., 2014, Grimmeau et al., 2015 ; Grimmeau et al., 2012). Le nord de la Wallonie et spécialement les communes du Brabant wallon se caractérisent par des scores de besoins relativement faibles, de même que quelques communes de l'est de la province de Liège et du sud de la province du Luxembourg. Ces communes doivent notamment leur faible indice (et donc un niveau inférieur de besoins) à une sous-représentation de personnes très âgées. Pour la plupart de type périurbain, ces communes sont marquées par l'installation de couples d'âges actifs (et de leurs éventuels enfants) et beaucoup moins par celle de populations qui accèdent à la retraite ou qui entament leurs vieux jours.

Figure 6 : Scores de besoins attribués à chaque commune wallonne (valeurs non lissées au-dessus et valeurs lissées en-dessous) (cartes réalisées à l'aide du logiciel Philcarto)





- 33 Ces communes présentent également la caractéristique d'être constituées de populations en moyenne socioéconomiquement plus favorisées qu'ailleurs (Sanderson & Eggerickx, 2006). En Wallonie, d'après les données du Recensement de 2011, 15 % des 65 ans et plus détiennent un diplôme de l'enseignement supérieur (bac, master, doctorat et équivalent), contre 25% dans le Brabant wallon. Cet « embourgeoisement » des communes périphériques du Brabant wallon résulte en partie du processus de périurbanisation : les prix très élevés des logements et des terrains à bâtir dans ces espaces exercent un rôle de « filtre », n'offrant la possibilité qu'aux plus nantis de venir s'y installer (Eggerickx, 2003 ; Eggerickx & Brée, 2016). Or, d'après la littérature, l'état de santé, à l'origine de besoins particuliers, n'est pas indépendant du milieu ou de l'appartenance socioéconomique des individus (Raynaud, 2005 ; Rode, 2009).
- 34 En revanche, d'autres communes d'Ardenne, d'Entre-Sambre-et-Meuse, de la province du Luxembourg et du Hainaut présentent un score de besoins nettement plus élevé, à l'instar de la plupart des communes urbaines (à l'exception de Namur) telles que Charleroi, Liège, Mons ou Tournai.
- 35 Cette valeur reflète notamment l'ampleur du vieillissement (que l'on sait être notamment plus marquée dans les communes du sud-namurois), l'isolement des populations âgées, mais aussi l'état de santé des populations<sup>8</sup>. À l'exception des grandes villes, il s'agit pour la plupart, de communes rurales, situées dans des zones relativement isolées de Wallonie.

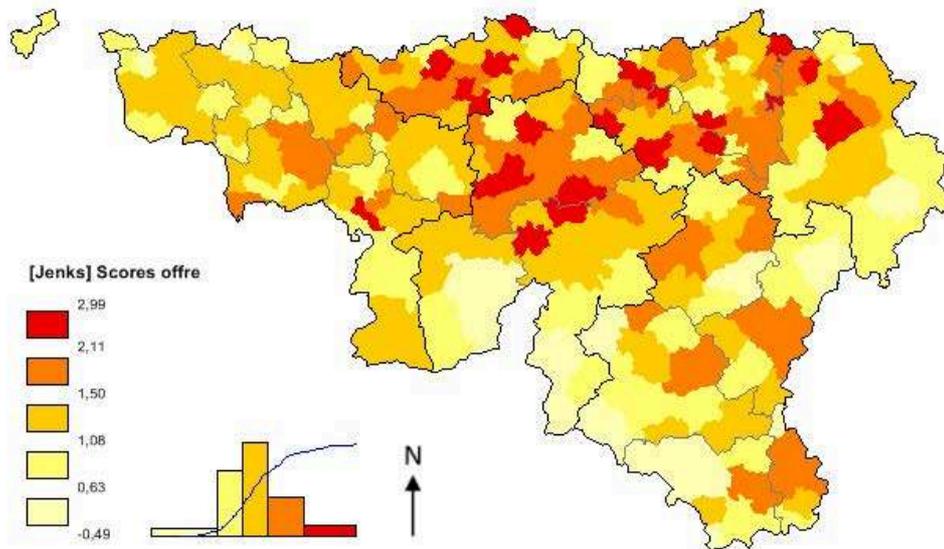
## Une typologie de l'offre locale de soins, d'aides et de services

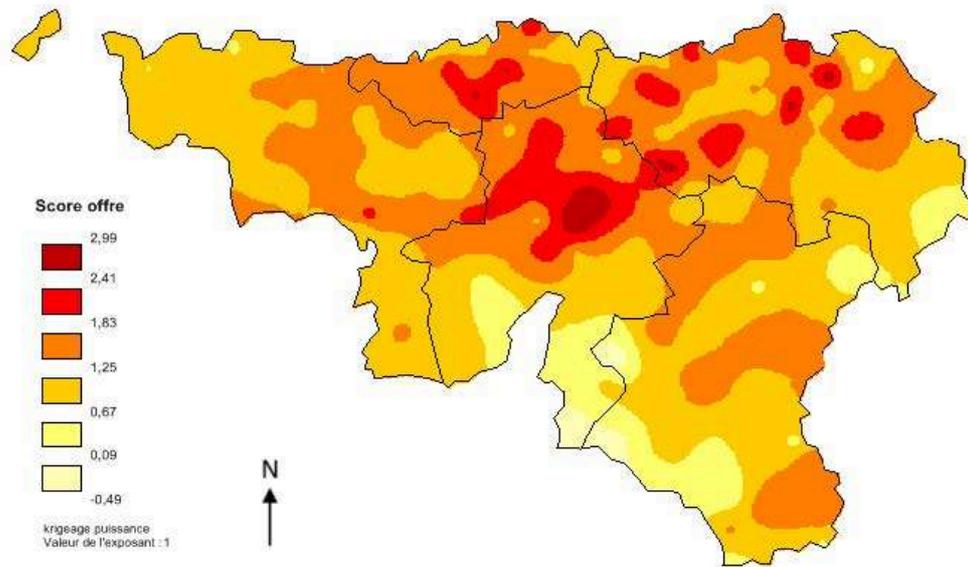
- 36 La typologie des communes basée sur le critère d'offre d'aides, de soins et de services présente, elle aussi, des résultats pertinents.
- 37 Pour rappel, l'offre est appréhendée à partir de cinq indicateurs illustrant la disponibilité de médecins généralistes, d'infirmiers et d'aidants potentiels, la proximité par rapport à un hôpital et la « durabilité » de l'offre de médecine générale (via un indicateur de jeunesse des médecins généralistes disponibles).
- 38 La représentation cartographiée de cet indice d'offre (Figure 7) est radicalement différente de la précédente relative aux besoins des individus âgés. Les zones urbaines

et périurbaines sont, de manière générale, relativement bien pourvues en termes d'offre. C'est le cas par exemple des communes du Brabant wallon et de celles situées en périphérie des villes de Namur, Liège et Arlon. Les communes urbaines de Tournai et Charleroi font quant à elles office d'exception, avec une offre qui, estimée à partir de nos données, serait moins performante que celle disponible dans les autres centres urbains. Cette observation peut, en partie, être expliquée par l'offre moindre de professionnels tels que les infirmiers ou les médecins généralistes<sup>9</sup>. À Tournai, cette observation est combinée avec un vieillissement marqué des populations qui affecte nécessairement la disponibilité d'aidants potentiels.

- 39 C'est également une situation moins favorable qu'ailleurs qui est observée dans les espaces ruraux du sud de la Wallonie. Certains se caractérisent notamment par un indice d'offre très faible qui révèle un éloignement par rapport aux infrastructures hospitalières et un sous-développement de l'aide professionnelle disponible, combinée dans quelques cas à un vieillissement marqué des médecins généralistes.

Figure 7 : Scores d'offre attribués à chaque commune wallonne (valeurs non lissées au-dessus et valeurs lissées en-dessous) (cartes réalisées à l'aide du logiciel Philcarto)

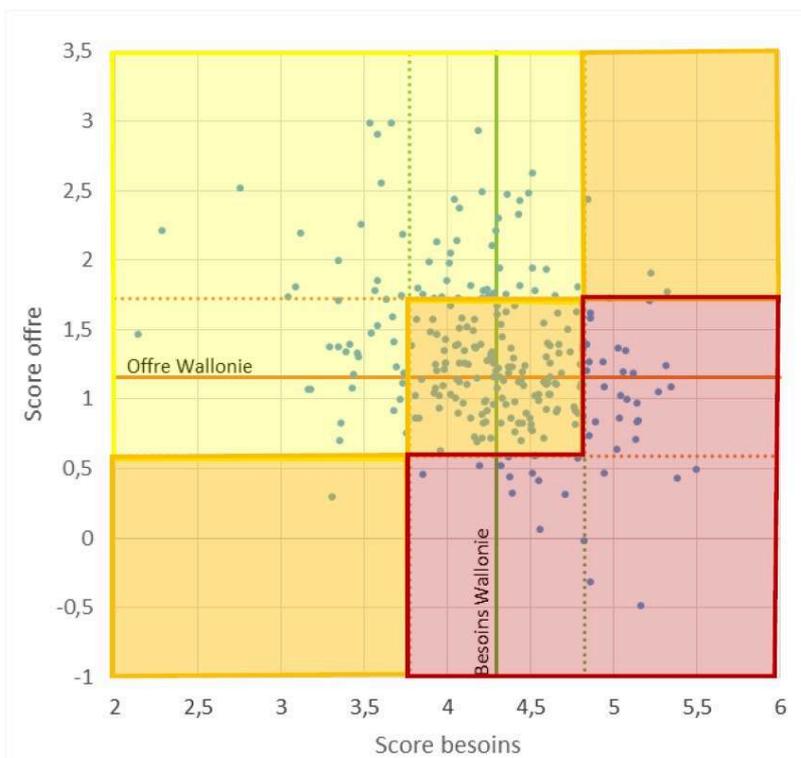
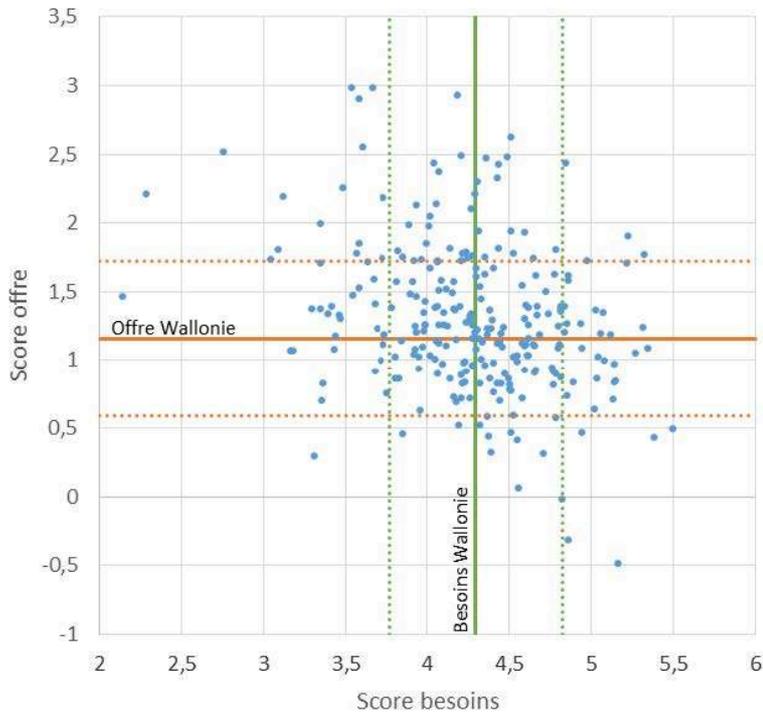




### Typologie croisée : quelle adéquation entre offre et besoins à l'échelle des communes ?

- 40 De ces analyses de besoins et d'offre, les résultats croisés peuvent révéler des situations atypiques où l'offre n'est pas nécessairement adaptée aux besoins des populations. Pour le démontrer, nous avons construit un graphe à double axe, l'un, vertical, traitant de l'offre d'aides, de soins et de services et l'autre, horizontal, se rapportant aux besoins des populations locales âgées. Sur base de ces deux critères, les situations des communes wallonnes peuvent être très différentes.
- 41 Sur la Figure 8, un point correspond à une commune wallonne. La situation observée en Wallonie est utilisée comme repère (traits continus), même si elle ne reflète pas nécessairement une situation idéale où l'offre correspondrait aux besoins des populations. Mais dans tous les cas, le choix de ce repère permet d'analyser les situations locales *compte-tenu de la situation régionale*, et d'identifier des espaces où la relation entre offre et besoins se distingue de celle observée en Wallonie<sup>10</sup>. Les traits discontinus sur cette figure représentent les écarts-types se rapportant à la moyenne wallonne. Ces derniers sont utilisés pour effectuer des regroupements de communes sur base des critères d'offre et de besoins et de la relation entre ces deux concepts.
- 42 Trois classes de communes sont ainsi constituées. Une première (en jaune) regroupe les communes où l'offre est supérieure aux besoins, compte-tenu de la situation wallonne. De nouveau, cela ne signifie pas nécessairement qu'il y a un excédent d'offre. Il peut simplement s'agir d'une situation où *relativement à la situation wallonne*, l'offre est – un peu – mieux adaptée aux besoins des populations. Une deuxième classe (orange) regroupe les communes qui présentent une situation semblable en termes de relation entre offre et besoins par rapport à celle de la région. Il ne s'agit pas là non plus d'une situation nécessairement idéale où l'offre disponible répond aux besoins des populations. Mais l'écart observé n'est pas franchement différent de celui observé en Wallonie. Enfin, il existe une troisième classe de communes (rouge) où, par rapport à la situation wallonne, le déficit d'offre par rapport aux besoins des populations est nettement plus marqué.

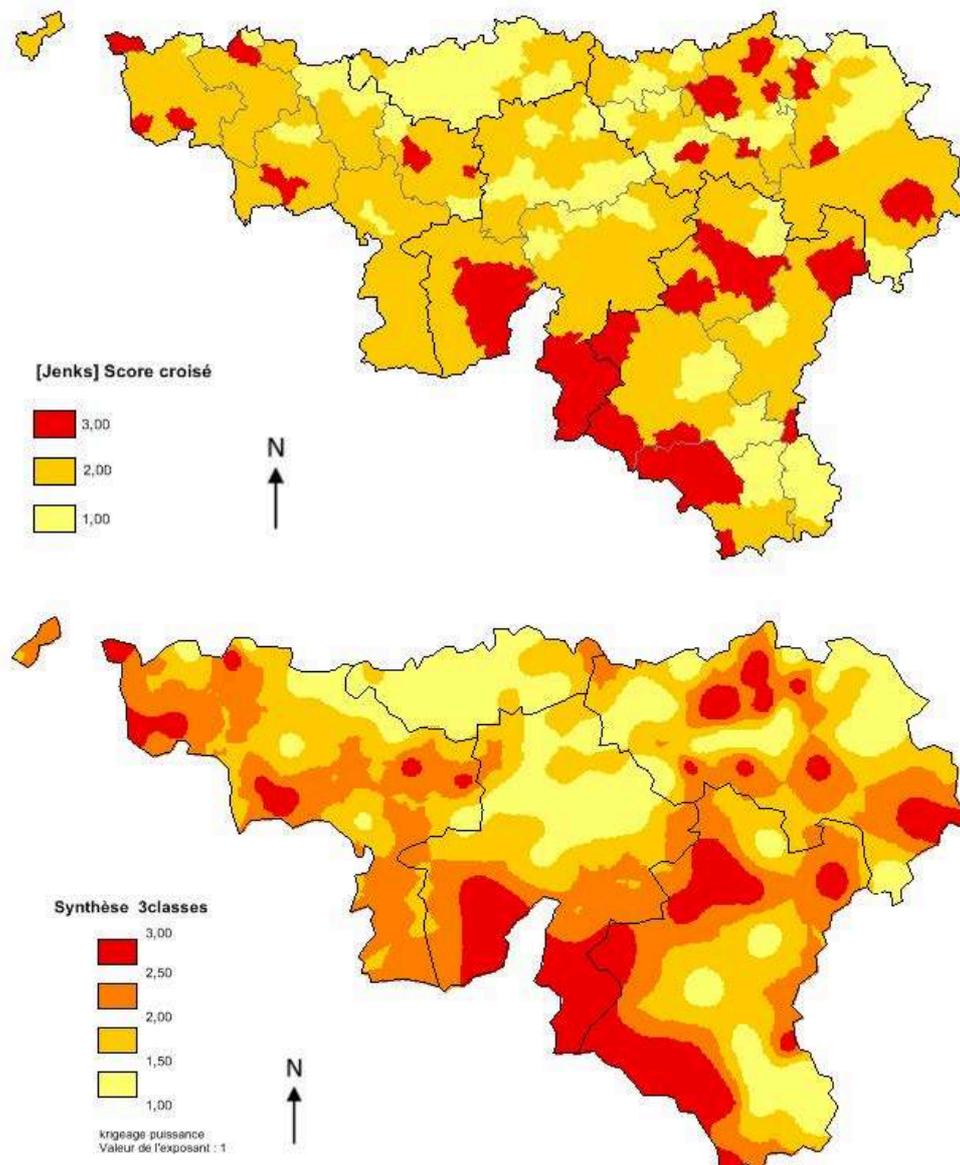
Figure 8 : Positionnement des 262 communes wallonnes sur les axes de besoins (axe horizontal) et d'offre (axe vertical)



- 43 Il y a, grosso modo, deux zones en Wallonie qui se caractérisent par des besoins limités et/ou une offre plus performante qu'ailleurs. C'est le cas premièrement des communes du Brabant wallon et de toute la partie nord de la province de Namur. Ces communes,

pour la plupart urbaines ou périurbaines, présentent une structure de population relativement plus jeune qu'ailleurs, avec des populations en bonne santé et relativement plus instruites. Elles bénéficient par ailleurs d'une offre relativement performante, ces zones urbaines et périurbaines étant généralement mieux dotées en termes de capacité de prise en charge professionnelle et mieux situées par rapport aux infrastructures hospitalières. La seconde zone concerne le sud-est de la province du Luxembourg. Dans ces communes, la présence massive de couples d'âges actifs socioéconomiquement aisés rajeunit les structures locales et limite leur vulnérabilité sanitaire et socioéconomique. De plus, la proximité par rapport aux infrastructures de soins facilite la prise en charge des personnes qui en auraient besoin.

Figure 9 : Scores croisés attribués à chaque commune wallonne (valeurs non lissées au-dessus et valeurs lissées en-dessous) (cartes réalisées à l'aide du logiciel Philcarto)



- 44 Hormis ces deux principales zones, on observe ailleurs des scores croisés un peu plus élevés, traduisant, à mesure qu'ils s'approchent de 3, un déficit d'offre et/ou une quantité de besoins plus importante qu'ailleurs. C'est le cas de quelques communes du

Hainaut et de la province de Liège et surtout des communes rurales du sud de la province de Namur et du sud-ouest de la province du Luxembourg où le vieillissement relatif est marqué. L'isolement des populations âgées questionne leurs besoins de prise en charge et l'éloignement par rapport aux structures hospitalières y est relativement important. D'autant qu'il s'agit, pour ces dernières communes, d'espaces géographiquement isolés, dans lesquels il s'agit parfois de parcourir des distances assez importantes pour bénéficier d'un soin ou d'un service.

## L'approche de l'offre et des besoins pour repenser les territoires de santé gérontologique...

- 45 Des analyses, il ressort que l'offre ne correspond pas nécessairement aux besoins des populations âgées, compte-tenu des indicateurs mobilisés. Plusieurs dichotomies sont observées, notamment entre le Nord et le Sud de la Wallonie, entre les communes (péri) urbaines et rurales, entre les populations jeunes et socioéconomiquement privilégiées du Brabant Wallon et du sud de la province du Luxembourg et celles, plus vieilles, du sud namurois.
- 46 En termes de territoires de santé, ces disparités posent questions. Il y a plusieurs années déjà que des discussions ont émergé dans la littérature autour de la notion de territoires de santé, partant du constat que les inégalités sociales et d'accès aux soins ne se calquent pas nécessairement sur des territoires administratifs (Doumont & Verstraeten, 2009). D'après Bourdillon (2005), le territoire de santé intègre dans sa définition les lieux de vie, l'état de santé des populations et les lieux de soins disponibles, en négligeant toutefois les frontières administratives. « *Aux découpages administratifs classiques (...), vient donc se greffer un nouveau zonage plus proche de la réalité quotidienne des Français.* » (Bourdillon, 2005, p. 139). Parallèlement le bassin de santé ne correspond pas tout à fait au territoire de santé ; le bassin de santé «  *vise à la fois à une meilleure accessibilité des personnes au système de santé et à une meilleure adéquation entre l'offre et la demande.* » (Vigneron, 1999, p. 39). Toujours d'après Vigneron (1999, p. 39), le bassin de santé n'est autre que «  *le cadre spatial de l'action du professionnel de soins, où réside « sa » population et, autour de lui d'autres professionnels de santé avec lesquels il constitue, au moins de fait, un réseau.* ». Il précise également que le bassin de santé est «  *une partie de territoire drainée par des flux hiérarchisés et orientés principalement vers un centre, de patients aux caractéristiques et aux comportements géographiques homogènes. (...) La définition d'un bassin de santé repose sur une homogénéité de comportements des populations et non directement sur une disposition des structures de l'offre.* » (Vigneron, 1999, p. 40).
- 47 Compte-tenu des écarts observés en termes d'offre, de besoins et de relations entre offre et besoins, les territoires ou bassins de santé gérontologique prennent ici une dimension particulière. Il en résulte notamment des territoires de santé à géométrie variable, dont les périmètres dépendent, non pas des frontières administratives, mais plutôt des ressemblances observées à l'intérieur d'espaces. Les dichotomies récurrentes observées entre les différents espaces de Wallonie déterminent la géométrie des territoires de santé. À partir de nos analyses, nous posons l'hypothèse que là où l'offre d'aides, de soins et de services est plus disséminée, les territoires de santé sont aussi plus étendus puisqu'il convient de parcourir de plus grandes distances pour bénéficier d'une prise en charge. Les territoires de santé des espaces centraux sont en revanche plus restreints compte-tenu du fait qu'ils cumulent un accès aisé et plus rapide aux

infrastructures hospitalières et aux services, aides et soins. Ces contrastes observés dans la géométrie des territoires de santé posent de nombreuses questions en termes de santé publique et de gestion des services.

## Conclusions : l'apport de la dimension évolutive

- 48 Dans le cadre de cette analyse, deux indicateurs composites ont été développés pour mesurer les besoins des personnes âgées et l'offre d'aides, de soins et de services au niveau communal. Il en ressort l'identification de deux types de « zones » : un premier type où l'écart entre offre et besoins est relativement contrôlé et un second où, au contraire, il y a une tension forte entre besoins et offre de soins, d'aides et de services. Le rapport entre l'offre et les besoins en milieu (péri-)urbain est très différent de celui observé en milieu isolé/rural. Mais la simple dichotomie entre urbain et rural est insuffisante pour expliquer à elle seule les résultats. Ainsi, des particularités/exceptions locales suggèrent qu'une dimension sociale se greffe probablement à la spatialisation du processus du vieillissement. Les communes du Hainaut sont, à ce titre, très illustratives. Si l'on s'attend pour certaines, urbaines ou périurbaines, à ce qu'elles présentent une offre performante qui réponde aux besoins des aînés, ce n'est pas forcément le cas. Les conditions socioéconomiques des populations, plus précaires dans les communes urbaines d'industrialisation ancienne, aggravent leur vécu quotidien. D'autant que l'existence d'une offre satisfaisante ne garantit pas que les populations, de surcroît celles socialement fragilisées, vont y recourir. Le rapport au soin peut prendre une dimension tout à fait particulière selon les appartenances socio-culturelles et économiques des individus.
- 49 Les résultats de cette recherche sont à mettre en relation avec trois dimensions prospectives/évolutives du processus de vieillissement.
- 50 À moyen terme, les effets du vieillissement des populations risquent de peser de plus en plus lourdement sur les structures de population, mais également sur les systèmes d'aides et de soins mis en place aux bénéficiaires des populations âgées. L'accélération du processus de vieillissement, consécutif de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses du baby-boom se poursuivra jusqu'en 2030-40 et sera porteuse d'une série d'enjeux face auxquels il convient de s'armer pour y répondre de manière efficace et durable. Par ailleurs, on peut légitimement supposer que l'espérance de vie, notamment aux âges élevés, continuera à augmenter. Enfin, les inégalités sociales et spatiales, notamment en matière de santé et de mortalité, augmentent dans un contexte global d'amélioration de l'espérance de vie (Higgs et al., 1998 ; Ghosn et al., 2012 ; Taulbut et al., 2014 ; Windenberger et al., 2012).
- 51 En d'autres termes, les enjeux liés au vieillissement en général, et à l'(in)adéquation entre la demande et l'offre de soins de santé et d'aides en faveur des plus âgés en particulier, risquent de se poser avec bien davantage d'acuité dans les années à venir. Les disparités spatiales en termes d'aides et de besoins de prise en charge des personnes âgées, ainsi que la problématique de l'inégalité sociale face au vieillissement, rarement abordée, devraient alimenter le débat sur la notion de territoire de santé, quasi-inexistant à ce jour, à l'échelle de la Wallonie.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Avramov D. (2004). Réunir les conditions du vieillissement actif. In D. Avramov & M. Maskova (Eds.), *Vieillessement actif en Europe. Volume 1. Etudes démographiques n° 41* (pp. 13-30), Strasbourg : Editions du Conseil de l'Europe.
- Baccaïni B. (1994). Comportements migratoires et cycles de vie, *Espace, populations, sociétés*, 12(1), pp. 61-74.
- Birh A. & Pfefferkorn R. (2008). *Le système des inégalités*. Paris: La Découverte, 122 p.
- Bontout O., Colin C., Kerjose R. (2002). Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040, *Études et Résultats*, DREES, 160, 12 p.
- Bourdillon F. (2005). Les territoires de la santé, maillon clé de l'organisation sanitaire, *Revue française d'administration publique*, 113, pp. 139-145.
- Bourguignon M., Eggerickx T., Sanderson J.-P. (2015). 'End-of-life' Migrations: a constraint alternative for the acquisition of a satisfactory way of life?, Chaire Quetelet 2015. « Démographie locale. Relations entre population, milieu de résidence et politiques publiques », Louvain-la-Neuve, 18-19/11/2015.
- Bourguignon M., Eggerickx T., Sanderson J.-P. (2014). Vieillesse démographique, offre et demande de services en Wallonie, *Working Paper de l'Iweps*, 17, 71 p.
- Brée S., Eggerickx T., Sanderson J.-P., Costa R. (2016). Comparaison des données rétrospectives de fécondité dans les recensements en Belgique et les enquêtes Famille en France, *Population*, 71(1), pp. 85-120.
- Bureau fédéral du Plan (2015). *Perspectives démographiques 2014-2060. Population, ménages et quotients de mortalité prospectifs*, 74 p., url : [http://www.plan.be/admin/uploaded/201503170937470.FORPOP1460\\_10926\\_150310\\_F.pdf](http://www.plan.be/admin/uploaded/201503170937470.FORPOP1460_10926_150310_F.pdf).
- Castaigne M., Hubert J.-P., Toint P. (2003). La mobilité des aînés en Wallonie, Namur : Presses universitaires de Namur, 168 p.
- Cornélis É. (2014). Les défis de la mobilité des aînés. Proceedings, Congrès ATEC-ITS France 2014, « Les rencontres de la mobilité intelligente », 13 p.
- Costa R., Eggerickx T., Rizzi E., Sanderson J.P. (2010). Analyse spatiale et temporelle de la fécondité en Belgique : une approche communale. In J. Hecht, C. Bergouignan, F. Prioux, C. Blayo, A. Parant (Eds.), *La fécondité : représentation, causalité, prospective* (pp. 102-119), CUDEP.
- Cribier F. & Kych A. (1992). La migration de retraite des Parisiens : une analyse de la propension au départ. *Population*, 47(3), pp. 677-717.
- Doumont D. & Verstraeten, K. (2009). *Bassins de vie, territoires de santé ou comment atteindre les populations ? Expérience en France métropolitaine*, Série de dossiers techniques, 34 p., url : [https://cdn.uclouvain.be/public/Exports\\_reddot/reso/documents/Dossier57.pdf](https://cdn.uclouvain.be/public/Exports_reddot/reso/documents/Dossier57.pdf).
- Duée M. & Rebillard C. (2006). La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. In INSEE (Ed.), *Données sociales - La société française* (pp. 613-619). Paris : INSEE.
- Eggerickx T. & Brée S. (2016). *L'évolution de la périurbanisation en Belgique depuis 1970 : effets de sélection sociale et de génération des migrations*, XVII<sup>e</sup> colloque de la Conférence Universitaire de Démographie et d'Étude des Populations, Lille, 17-20/5/16.

- Eggerickx T. & Tabutin D. (2001). Le vieillissement démographique dans le monde. Historique, mécanismes et tendances, *Document de Travail n° 14*, Louvain-la-Neuve, Université Catholique de Louvain, Département des Sciences de la Population et du Développement, 70 p.
- Eggerickx T. (2003). Le mouvement de périurbanisation en Wallonie et à Bruxelles. Son impact socio-démographique In T. Eggerickx, C. Gourbin, B. Schoumaker, C. Vandeschrick, & E. Vilquin (Eds.), *Chaire Quetelet 1999. Populations et défis Urbains* (pp. 257-284). Louvain-la-Neuve : Academia-Bruylant/L'Harmattan.
- Festy P. (1979). *La fécondité des pays occidentaux de 1870 à 1970*, Paris : INED.
- Fontaine R., Arnault L. (2016). *Vers une diminution programmée de l'aide familiale aux personnes âgées en perte d'autonomie ? Etat des lieux des évolutions démographiques et socioéconomiques touchant les familles et de leurs effets attendus sur l'aide filiale*, Rapport d'étude, n° 11, Fondation Médéric Alzheimer, 37 p., url : file:///C:/Users/bourguignome/Downloads/2016\_08\_18 Rapport Evolution Aide% 20Informelle FINAL.pdf .
- Ghosn W., Kassî D., Jouglâ E., Salem G., Rey G., Rican S. (2012). Trends in geographic mortality inequalities and their associations with population changes in France, 1975-2006, *European Journal of Public Health*, 23(5), pp. 834-840.
- Grimmeau J.-P., Deboosere P., Eggerickx T., Gadeyne S., Hermia J.-P., Marissal P., Romain-ville A., Van Hecke E., Willaert D. (2015). *Atlas de Belgique, t6. Population*, Gent : Academia Press.
- Grimmeau J.-P., Decroly J.-M., Wertz I. (2012). La démographie des communes belges de 1980 à 2010, *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 2162-2163, 89 p.
- Hall T. L. & Mej'ia A. (Eds.) (1979). *La planification des personnels de santé. Principes, méthodes et problèmes*, Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Higgs G., Senior M.L., William H. (1998). Spatial and temporal variation of mortality and deprivation: widening health inequalities, *Environment and Planning*, 30, pp. 1661-1682.
- Lanoë J.-L. & Makdessi-Raynaud Y. (2005). L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé, *Études et Résultats*, DREES, 436, 12 p.
- Omran A.R. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change, *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), pp. 509-538.
- Peyrache M., Ogg J. (2017). Concilier vie professionnelle et aide informelle à un parent âgé, *Revue européenne des sciences sociales*, 55(1), pp. 97-125.
- Poulain M. & Herm A. (2013). Le registre de population centralisé, source de statistiques démographiques en Europe, *Population*, 68(2), pp. 215-247.
- Raynaud D. (2005). Les déterminants individuels des dépenses de santé: l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. *Études et Résultats*, DREES, 378, 12 p.
- Raynaud J. (2013). *L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable*, thèse de doctorat, Géographie et aménagement du territoire, Montpellier : Université de Montpellier 3, sous la direction de Laurent Chapelon et Henry Bakis, 427 p.
- Régnier-Loilier A., Vivas E. (2009). Chapitre 16. Les déterminants de la fréquence des rencontres entre parents et enfants. In Régnier-Loilier A. (Ed.), *Portraits de familles* (pp. 427-451), Paris : Institut National d'Etudes Démographiques.

Rode A. (2009). L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins. *Lien social et Politiques*, 61, pp. 149-158.

Sanderson J.-P. & Eggerickx T. (2006). Migrations des aînés et qualité de vie en Belgique : un vieillissement différentiel des territoires. In G.-F. Dumont (Ed.), *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe. Géographie-Politique-Prospective* (pp. 304-317). Paris: Ellipse.

Sanderson J.-P. (2013). Partir ou rester ? Transformation du choix résidentiel en fin d'activité de 1970 à 2006 en Belgique, *Espace populations sociétés*, 3, pp. 119-133.

Taulbut M., Walsh D., McCartney G., Parcell S., Hartman A., Poirier G., Strniskova D., Hanlon P. (2014). Spatial inequalities in life expectancy within postindustrial regions of Europe: a cross-sectional observational study, *BMJ Open*, pp. 1-7.

Vallin J. & Meslé F. (2010). Espérance de vie : peut-on gagner trois mois par an indéfiniment ?, *Populations & Sociétés*, 473, 4 p.

Van der Heyden J. & Charafeddine R. (eds.) (2014). *Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats*, 31 p., url : [https://his.wiv-isp.be/fr/documents-partages/summ\\_hs\\_fr\\_2013.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/documents-partages/summ_hs_fr_2013.pdf).

Vigneron E. (1999). Les bassins de santé : concept et construction, *Actualité et dossier en santé publique*, 29, pp. 38-43.

Vrijens F., Renard F., Jonckheer P., Van den Heede K., Desomer A., Van de Voorde C., Walckiers D., Dubois C., Camberlin C., Vlayen J., Van Oyen H., Léonard C., Meeus P. (2012). *La performance du système de santé Belge. Rapport 2012*, Health Services Research (HSR), Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 43 p., url : <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/performance-systeme-sante-belge-synthese.pdf>.

Wallonie. (2014). Déclaration de politique régionale 2014-2019. Oser, innover, rassembler, 121 p., url : <http://gouvernement.wallonie.be/sites/default/files/nodes/story/6371-dpr2014-2019.pdf>.

Willemé P. (2010). The long-term care system for the elderly in Belgium, Research Report n° 70, European Network of Economic Policy Research Institutes, 25 p., url : [http://www.ancien-longterm-care.eu/sites/default/files/ENEPRI\\_RR\\_70\\_ANCIEN\\_Belgian.pdf](http://www.ancien-longterm-care.eu/sites/default/files/ENEPRI_RR_70_ANCIEN_Belgian.pdf).

Windenberger F., Rican S., Jouglé E., Rey G. (2012). Spatiotemporal association between deprivation and mortality: trends in France during the nineties, *European Journal of Public Health*, 22(3), pp. 347-353.

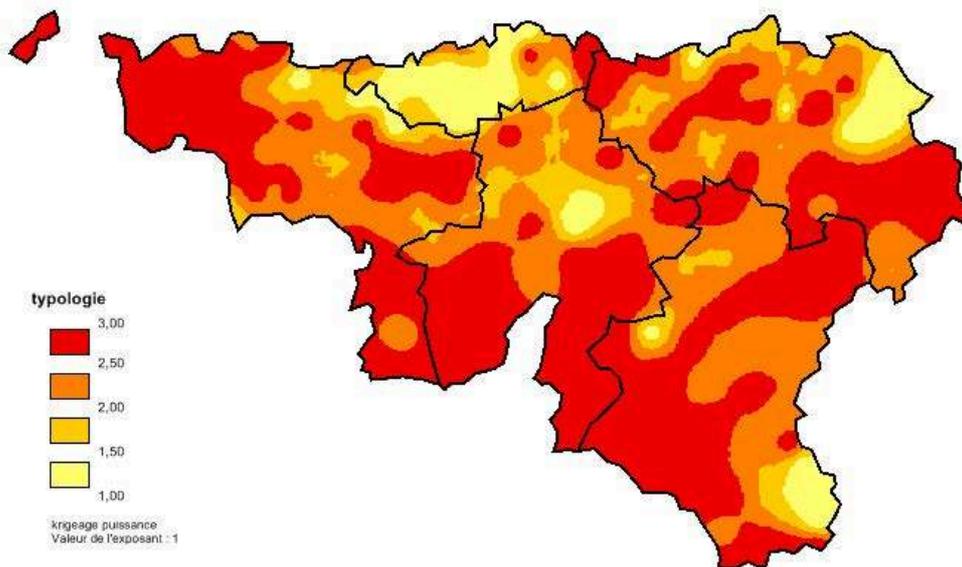
## ANNEXES

### Annexes

## Annexe 1 : Détails des indicateurs d'offre et de besoins

	Indicateur	Période	Source	Justifications	Construction																
Besoins	Part communale de personnes âgées de 80 ans ou plus	2015	Registre national	Ampleur du vieillissement démographique	$\frac{\text{effectif de 80 ans et plus par commune}}{\text{effectif de population totale par commune}}$																
	Score de non-instruction des 80 ans et plus	2011	Census	Dimension sociale du vieillissement	Addition pondérée des proportions de 80 ans et plus par niveau d'instruction <table border="1"> <tr><td colspan="2">Pondérations</td></tr> <tr><td>7</td><td>Pas de certificat ou de diplôme</td></tr> <tr><td>6</td><td>Enseignement primaire</td></tr> <tr><td>5</td><td>Enseignement secondaire inférieur</td></tr> <tr><td>4</td><td>Enseignement secondaire supérieur</td></tr> <tr><td>3</td><td>Enseignement post-secondaire non supérieur</td></tr> <tr><td>2</td><td>Enseignement supérieur (bac/master)</td></tr> <tr><td>1</td><td>Doctorat</td></tr> </table> Score obtenu variant entre 1 et 7 où 1 correspond à une surreprésentation absolue de personnes avec un doctorat et 7 à une surreprésentation absolue de personnes n'ayant aucun diplôme	Pondérations		7	Pas de certificat ou de diplôme	6	Enseignement primaire	5	Enseignement secondaire inférieur	4	Enseignement secondaire supérieur	3	Enseignement post-secondaire non supérieur	2	Enseignement supérieur (bac/master)	1	Doctorat
	Pondérations																				
	7	Pas de certificat ou de diplôme																			
	6	Enseignement primaire																			
	5	Enseignement secondaire inférieur																			
	4	Enseignement secondaire supérieur																			
	3	Enseignement post-secondaire non supérieur																			
2	Enseignement supérieur (bac/master)																				
1	Doctorat																				
Part communale de personnes de 80 ans et plus résidant dans des ménages isolés	2013	Registre national	Ampleur de l'isolement des personnes âgées	$\frac{\text{effectif de 80 ans et plus isolés par commune}}{\text{effectif de 80 ans et plus, tous ménages, par commune}}$																	
Consommation de traitements pour asthme/BPCO parmi les 65 ans et plus	2011	Pharmanet	Etat de santé des personnes âgées	$\frac{\text{effectif de 65 ans et plus avec traitement contre asthme ou BPCO}}{\text{effectif de 65 ans et plus au 1er janvier 2011}}$																	
Consommation de traitements pour diabète parmi les 65 ans et plus	2011	Pharmanet	Etat de santé des personnes âgées	$\frac{\text{effectif de 65 ans et plus avec traitement contre diabète}}{\text{effectif de 65 ans et plus au 1er janvier 2011}}$																	
Consommation de traitements pour ostéoporose parmi les 65 ans et plus	2011	Pharmanet	Etat de santé des personnes âgées	$\frac{\text{effectif de 65 ans et plus avec traitement contre ostéoporose}}{\text{effectif de 65 ans et plus au 1er janvier 2011}}$																	
Consommation de traitements pour douleurs chroniques parmi les 65 ans et plus	2011	Pharmanet	Etat de santé des personnes âgées	$\frac{\text{effectif de 65 ans et plus avec traitement contre douleurs chroniques}}{\text{effectif de 65 ans et plus au 1er janvier 2011}}$																	
Consommation de traitements pour Parkinson parmi les 65 ans et plus	2011	Pharmanet	Etat de santé des personnes âgées	$\frac{\text{effectif de 65 ans et plus avec traitement contre Parkinson}}{\text{effectif de 65 ans et plus au 1er janvier 2011}}$																	
Offre	Distance jusqu'à l'hôpital le plus proche	2015	SPF Santé publique	Eloignement par rapport à l'offre urgente/spécialisée	1. Recours à une matrice des distances entre points centraux des communes 2. Identification de la commune (où se situe l'hôpital) qui minimise la distance																
	Nombre de médecins généralistes pour 1000 personnes de 80 ans et plus	2015	Inami	Offre de soins médicaux de première proximité	$\frac{\text{effectif de médecins généralistes par commune}}{\text{effectif de 80 ans et plus par commune}} \times 1000$																
	Nombre d'infirmiers pour 1000 personnes âgées de 80 ans et plus	2015	Inami	Offre de soins médicaux de première proximité	$\frac{\text{effectif d'infirmiers par commune}}{\text{effectif de 80 ans et plus par commune}} \times 1000$																
	Indice de « jeunesse » des médecins généralistes	2015	Inami	Durabilité de l'offre de soins de première proximité	$\frac{\text{effectif de médecins généralistes âgés de moins de 55 ans par commune}}{\text{effectif total de médecins généralistes par commune}}$																
	Ratios d'aidants potentiels (avec optique intergénérationnelle)	2015	Registre national	Offre de soutien informel	$\frac{\text{effectif de 45 - 64 ans par commune (généralement aidants)}}{\text{effectif de 80 ans et plus par commune (généralement aidés)}}$																

## Annexe 2 : Nouvel essai de typologie avec repères modifiés



## NOTES

1. Parmi ces acteurs figurent notamment les Centres publics d'action sociale (CPAS) des communes, le monde associatif, les centres de coordination et d'intégration de soins et les acteurs privés (surtout actifs dans le domaine de l'institutionnalisation des personnes âgées). (Pour plus de détails, voir « Les pouvoirs publics en Wallonie » : <http://www.crisp.be/wallonie/index.html>).
2. Cette définition s'inspire de ce qui est envisagé dans le cas français dans l'article L. 1434-16 du code de la Santé Publique.
3. Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive.
4. Annexe 1 : Détails des indicateurs mobilisés
5. Voir Raynaud (2013) pour de plus amples détails sur l'état de la littérature à ce sujet.
6. *Indice standardisé (IS) = (valeur observée – valeur minimum) / (valeur maximum – valeur minimum)*
7. Ces choix méthodologiques ont été validés par les comités d'accompagnement des recherches constitués d'experts du vieillissement et de l'aide aux personnes âgées.
8. Appréhendée via le proxy qu'est la consommation de traitements spécifiquement destinées à des maladies liées à la vieillesse (BPCO, diabète, ostéoporose, Parkinson, douleurs chroniques).
9. L'information disponible pour les médecins généralistes est ambiguë en matière de localisation géographique. L'adresse fournie par les médecins n'est pas contrôlée et il est dès lors impossible de déterminer si elle correspond au lieu de résidence du prestataire de soins, à son (un de ses) lieu d'exercice ou à tout autre endroit indéterminé.
10. Un test a été effectué avec d'autres repères. Les deux indicateurs d'offre et de besoins ont été standardisés de sorte que leur valeur oscille entre 0 et 1. Nous avons ensuite considéré deux nouveaux repères, fixés arbitrairement à 0.5 pour identifier trois « profils » de commune : (1) celles où l'offre est supérieure aux besoins (la situation la plus optimale), (2) celle où l'offre correspond aux besoins et (3) celle où les besoins sont supérieurs à l'offre (la situation la plus préoccupante). Si le repère n'est pas identique à la situation moyenne observée en Wallonie, les résultats ne divergent pas fondamentalement. Ce nouvel essai maximise le nombre de communes où l'offre est insuffisante puisque le repère ne correspond plus nécessairement à une situation de sous-offre. Elle présente cependant le désavantage que l'on est incapable d'identifier si une égalité entre les scores d'offre et de besoins correspond nécessairement à un équilibre entre offre et besoins. La carte, avec les résultats lissés est disponible à l'annexe 2.

---

## RÉSUMÉS

Le vieillissement des populations fait aujourd'hui partie des défis à assumer par les autorités locales et supra-locales. D'après les projections de population, les effets de ce processus risquent même à terme de durcir le débat. Mais les évolutions globales masquent de réelles disparités locales. En Wallonie, l'une des régions administratives de la Belgique avec la Flandre et Bruxelles, il existe d'importantes disparités entre les communes, notamment en ce qui concerne l'ampleur du vieillissement des populations, leur isolement, leur état de santé, mais également la disponibilité d'aides, de soins et de services.

C'est sur base de ces constats que cet article a été rédigé, en vue de fournir une réponse à la question de recherche suivante : comment l'offre de soins, de services et d'aides varie-t-elle spatialement et s'adapte-t-elle, ou non, aux besoins des populations âgées ? Plus largement, cet article vise à nourrir la discussion relative à l'existence de bassins ou territoires de santé gérontologique.

Today, population aging is one of the most important challenges for local, regional, and national authorities. The consequences of population ageing for elderly care as foreseen by population projections may lead to tense debates in the future. However, global evolutions tend to hide local disparities. Wallonia, one of the Belgian administrative regions along with Flanders and Brussels, shows significant disparities between municipalities particularly as regards to the extent of population aging, the isolation and health of elderly people, and also the availability of care, support and services for the elderly.

This paper aims to provide an answer to the following research questions: how does the provision of care, support and services vary across Walloon municipalities? How is it compatible with elderly needs? More broadly, this article aims to stimulate discussion about the existence of gerontological health territories.

Data used for this article come from different sources depending on their availability at the local level (National Register, national institute for health insurance, mutual insurance system, etc.). Elderly needs are estimated from local age structures, health indicators, social characteristics and isolation of the elderly. We also use the availability of formal and informal support to estimate elderly care supply.

Our methodology attributes two scores for each Walloon municipality: one for needs and one for care supply. We compare local situations to the regional average level on a scale from 1 to 3 ("1" for higher supply than needed for of older people; "3" for higher needs than available services can provide; "2" refers to the mean score for Wallonia) – See map below-.

According to our analysis the care supply does not meet everywhere the needs of the elderly. Several dichotomies are observed in Wallonia mainly between the north and the south of the region but also between urban, suburban, and rural areas. Walloon Brabant and the South of the province of Luxembourg are areas where needs are low and/or supply is higher than in the rest of the Wallonia. On the contrary, the South of the Wallonia is mainly rural where needs are higher than elsewhere. To note, these areas are attractive for the elderly who migrates after leaving the labor market. Despite higher needs, those rural areas are geographically isolated and the gap between elderly care supply and needs is more important than elsewhere. This is also the case for municipalities in former industrial areas. There, the gap is mainly explained by higher fragility of older people that sometimes hold concomitantly bad health and poor socioeconomic conditions.

## INDEX

**Mots-clés** : vieillissement, disparités territoriales

**Index géographique** : Belgique, Wallonie

## AUTEURS

### MÉLANIE BOURGUIGNON

Doctorante-Aspirante FNRS, Centre de recherche en démographie, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique

### THIERRY EGGERICKX

Maître de recherche FNRS et Professeur, Centre de recherche en démographie, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique

### JEAN-PAUL SANDERSON

Chercheur, Centre de recherche en démographie, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Belgique