



Vieillir, mais pas tout seul

**Une enquête sur la solitude et l'isolement
social des personnes âgées en Belgique**



Vieillir, mais pas tout seul

Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique

COLOFON

Vieillir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel: Oud word je niet alleen. Een enquête over eenzaamheid en sociaal isolement bij ouderen in België

Une édition de la Fondation Roi Baudouin,
rue Brederode 21 à 1000 Bruxelles

AUTEURS

IPSOS: Sylvia Vandenbroucke, Jean-Michel Lebrun
LUCAS, KU Leuven: Bram Vermeulen, Prof. Dr. Anja Declercq
Département des Sciences de la Santé Publique, Université de Liège:
Patrick Maggi, Sam Delye, Prof. Dr. Christiane Gosset

TRADUCTION

Data Translations International
Marielle Goffard

COORDINATION POUR LA FONDATION ROI BAUDOUIIN

Françoise Pissart, Directrice
Anne Van Meerbeeck, Responsable de projet
Ann Vasseur, Assistante de direction

CONCEPTION GRAPHIQUE

PuPiL

MISE EN PAGE

Tilt Factory

PRINT ON DEMAND

Manufast-ABP asbl, une entreprise de travail adapté

Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site
www.kbs-frb.be

Une version imprimée de cette publication électronique peut être
commandée (gratuitement) sur notre site www.kbs-frb.be, par e-mail
à l'adresse publi@kbs-frb.be ou auprès de notre centre de contact,
tél. + 32-70-233 728, fax + 32-70-233-727

Dépôt légal: D/2848/2012/06

ISBN-13: 978-2-87212-670-5

EAN: 9782872126705

N° DE COMMANDE: 3051

mars 2012

Avec le soutien de la Loterie Nationale

SYNTHESE

Dans le contexte du vieillissement de la population et du grand nombre de départs à la retraite (papy-boom), la Fondation Roi Baudouin considère la **solitude et l'isolement social des personnes âgées** comme **d'importants défis**. Pour cartographier ces phénomènes et les porter à l'attention du grand public et des responsables politiques, la Fondation publie ce rapport d'étude, basé sur une **enquête menée auprès de plus de 1.500 personnes de plus de 65 ans en Belgique**, seniors vivant seuls à domicile mais aussi personnes âgées séjournant en maison de repos et de soins. Le bureau d'études de marché Ipsos s'est chargé de la réalisation de l'enquête en collaboration avec deux partenaires académiques, LUCAS-KU Leuven et le Département des Sciences de la Santé publique de l'Université de Liège.

L'enquête visait à rassembler trois sortes d'information. Nous voulions d'abord nous faire une idée du nombre de seniors qui se sentent seuls et/ou sont socialement isolés en Belgique. Un échantillon représentatif et suffisamment grand s'imposait pour pouvoir généraliser les résultats de l'enquête à toutes les personnes âgées en Belgique. Un deuxième objectif consistait à vérifier les facteurs en lien avec la solitude et l'isolement social. Le risque de solitude est-il aussi élevé chez toutes les personnes âgées ? Ou certains groupes de personnes âgées sont-ils socialement mieux armés et d'autres plus isolés ? Tant l'influence de propriétés sociodémographiques que l'impact d'aspects de la santé ont été examinés dans ce cadre. Enfin, nous avons demandé aux partenaires de recherche de situer les conclusions dans un contexte plus large. Ils ont fait la comparaison avec des résultats scientifiques existants en Belgique, pour déterminer entre autres si les seniors d'aujourd'hui sont plus ou moins isolés qu'avant.

Ce document commence par expliciter les notions de 'solitude sociale', 'solitude émotionnelle' et 'isolement social', leurs causes et leurs conséquences. Dans un deuxième chapitre, le lecteur trouve des informations méthodologiques sur l'échantillon, le questionnaire, la méthode d'interview... Les résultats de l'enquête sont décrits et commentés dans le chapitre trois, puis placés en perspective dans le chapitre quatre. Une dernière partie évoque des interventions qui pourraient apporter des améliorations ainsi que les idées formulées par les personnes âgées elles-mêmes sur la manière d'appréhender cette problématique.

Dans l'étude, **le capital social** des personnes âgées **est mesuré et analysé** sous différents angles. Combien de contacts ont-elles (visites, contacts téléphoniques, courrier, contacts via internet) ? Et avec qui ?

Uniquement avec la famille proche, ou aussi avec des amis et des voisins ? Trouvent-elles qu'elles ont suffisamment de contacts ou aimeraient-elles en avoir plus ? Les personnes âgées peuvent-elles compter sur une aide sociale et une oreille attentive, ou représentent-elles plutôt une personne de confiance pour d'autres ? Prennent-elles une part active à la vie associative ? Outre les informations sur les contacts sociaux et les réseaux sociaux des personnes âgées, les résultats de l'enquête apportent aussi des informations sur le degré de solitude sociale ou émotionnelle ressenti par les personnes âgées. La solitude des personnes âgées a été sondée de manière directe (vous sentez-vous seul(e) ?) et indirecte (via une batterie éprouvée de questions, à savoir l'échelle d'évaluation de la solitude de de Jong Gierveld).

Etre seul(e) n'est pas nécessairement la même chose que se sentir seul(e). Cela ressort clairement lorsque nous recourons à une typologie des contacts sociaux chez les personnes âgées, basée sur deux dimensions: d'une part les sentiments de solitude, d'autre part la taille du réseau social.

Typologie des contacts sociaux chez les seniors (plus de 65 ans)

Qualité du réseau social	Taille du réseau social	
	Large	Petit
Ne se sentent pas seuls	BIEN ARMÉS SOCIALEMENT 45%	PAUVRES EN CONTACTS 9%
Se sentent seuls	SOLITAIRES 23%	SOCIALEMENT ISOLÉS 23%

Près de la moitié des seniors (45%) peuvent être décrits comme 'bien armés socialement'. Ils peuvent compter sur un large réseau social et ne se sentent pas seuls. Environ un senior sur dix est 'pauvre en contacts': bien qu'entourés d'un petit réseau social, ces seniors ne se sentent pas seuls. Les seniors restants (46%) se sentent seuls. Environ la moitié d'entre eux se trouvent dans une situation d'isolement social, car ils combinent un petit réseau social avec des sentiments de solitude. Nous considérons l'autre moitié comme 'solitaires': ils se sentent seuls en dépit du large réseau social dont ils disposent. Cette typologie nous apprend que des initiatives qui ne prendraient comme point de départ que le réseau social des seniors n'atteindraient pas nécessairement les plus solitaires.

Quand nous mettons les conclusions relatives à la solitude et à l'isolement social en rapport avec des propriétés sociodémographiques et des aspects liés à la santé, nous pouvons encore tirer d'autres leçons. En voici quelques exemples:

- La tendance à associer l'isolement avec la vieillesse est partiellement fondée. L'enquête confirme que les personnes âgées de plus de 85 ans sont plus isolées socialement que les seniors plus jeunes. D'autres études confirment également que la solitude n'augmente considérablement qu'à partir de 75 ou 80 ans. Cela ne concernerait toutefois que la solitude émotionnelle, pas la solitude

sociale. Et il ne s'agirait pas d'une question d'âge en soi mais du fait qu'un âge plus avancé s'accompagne d'un risque plus élevé de certains facteurs déterminants pour la solitude, tels qu'une mauvaise santé ou le décès du partenaire. Les scientifiques plaident dès lors pour une représentation positive des personnes âgées et de la vieillesse et pour une **représentation exacte des facteurs de risque**. Des enquêtes antérieures ont en outre montré que la solitude chez les jeunes entre 15 et 24 ans est aussi fréquente que chez les plus âgés d'entre nous.

- Nous comptabilisons davantage de seniors solitaires et socialement isolés non seulement chez les personnes les plus âgées mais aussi chez les femmes, chez les veufs et les veuves, chez les seniors confrontés à des problèmes de santé et chez les seniors qui ont du mal à joindre les deux bouts. **Tous les seniors ne sont donc pas égaux face à ce phénomène.**
- Il est donc frappant que **le fait d'être bien armé socialement** est déterminé entre autres **par le capital économique des personnes âgées**. Le pourcentage de seniors socialement bien armés s'élève à seulement 26% chez les seniors qui bénéficient d'un revenu du ménage inférieur à 1.000 euros; il grimpe avec le revenu jusqu'à 55% chez les seniors qui bénéficient d'un revenu supérieur à 2.000 euros. La proportion de personnes isolées socialement atteint même 40% dans le groupe disposant du niveau de revenu le plus bas, contre 15% chez les seniors bénéficiant des revenus les plus élevés.
- Le nombre de seniors socialement bien armés est plus élevé chez les personnes âgées à domicile que chez les personnes âgées en maison de repos et de soins qui ont moins d'enfants et un réseau moins large. Les personnes âgées des deux groupes sont aussi souvent confrontées à la solitude subjective (si nous comparons des personnes présentant un degré de dépendance similaire). **L'isolement social** est plus fréquent **chez les résidents de maisons de repos et de soins qui souhaiteraient souvent avoir plus de contacts, surtout avec leurs petits-enfants**. Les sentiments de solitude expliquent en partie que ces personnes âgées sont dépressives; la prévention devrait dès lors constituer un objectif des programmes de soins. Il vaudrait la peine d'étudier le rôle que la participation pourrait jouer à cet égard. Il est préoccupant de constater que la planification des soins continue à faire défaut aujourd'hui. Seul un senior sur trois vivant à domicile a déjà parlé avec quelqu'un de comment et où il/elle voudrait vivre à l'avenir. Et le déplacement ou déménagement dans une maison de repos et de soins était non planifié pour 4 personnes âgées sur 10 qui y séjournent maintenant.

Pour conclure, quelques faits et chiffres qui mettent à nu ce défi sociétal. Une étude récente montre qu'un capital social insuffisant constitue un facteur de risque de décès au moins aussi important que d'autres facteurs plus connus, tels que le tabagisme, l'obésité ou la pollution. La bonne nouvelle, en revanche, est que rien ne prouve que les sentiments de solitude chez les personnes âgées aient augmenté ces dernières décennies. De plus, de nouvelles possibilités de contact font aussi leur entrée dans cette catégorie d'âge: 21% des personnes âgées interviewées utilisent internet. Le nombre de seniors de plus de 65 ans ne cesse cependant de croître. **Si le pourcentage de personnes âgées solitaires se maintient au même niveau en Belgique, cela signifie concrètement que d'ici 2020, notre pays comptera plus d'un million de personnes âgées solitaires.** La prévention et la lutte contre la solitude et l'isolement social des personnes âgées méritent dès lors l'attention de tous, décideurs politiques, acteurs des secteurs concernés, mais aussi citoyens – enfants, proches ou voisins de seniors et... futurs seniors.

PREFACE

Ces dernières années, la Fondation Roi Baudouin a déjà entrepris de nombreuses actions en réponse à la problématique de la solitude et de l'isolement social des personnes âgées. En 2004, dans le cadre de l'appel à projets 'Rompre l'isolement social du quatrième âge', elle a soutenu diverses bonnes pratiques visant à rompre la solitude des personnes âgées de plus de 85 ans. Quelques-unes de ces initiatives ont ensuite été présentées dans la publication 'Seniors admis, seniors amis'. Une autre série de publications s'est penchée sur de nouvelles formes de lieux de vie qui rompent l'isolement des personnes âgées, telles que l'habitat groupé et l'habitat intergénérationnel. Les cinq dernières années, la Fondation a investi plus de 2 millions d'euros pour soutenir des projets intergénérationnels et stimuler les relations intergénérationnelles. Plus récemment, elle a organisé une table ronde sur les problèmes spécifiques auxquels sont confrontées les personnes âgées vivant en milieu rural, où l'isolement est aussi une dure réalité.

Différents chercheurs ont décrit cette problématique et de nombreuses initiatives ont été prises pour y remédier. La solitude et l'isolement social chez les personnes âgées restent un important défi pour notre société 'vieillissante'. La vieillesse est en outre souvent associée à ces problèmes. Pour donner davantage de visibilité à ces questions et actionner les bons signaux d'alarme, la Fondation a demandé au bureau d'études de marché Ipsos et à deux partenaires académiques – LUCAS-KU Leuven et le Département des Sciences de la Santé publique de l'Université de Liège – de réaliser une enquête représentative. Quelque 1.500 seniors de plus de 65 ans dans toute la Belgique ont répondu à un questionnaire sur leurs contacts sociaux, leur solitude et leur isolement social. Fait unique, outre des seniors vivant seuls à domicile (environ 1.200), un nombre suffisamment élevé de personnes âgées séjournant en maison de repos et de soins ont également été interviewées (environ 300).

Les informations collectées donnent une image des sentiments de solitude subjectifs chez les seniors, mais aussi de caractéristiques plus objectives d'isolement social. Les résultats d'enquête décrits dans ce rapport cartographient également les facteurs qui déterminent ces situations, les aggravent ou les atténuent. Ils montrent que tous les seniors ne sont pas égaux face à la solitude et à l'isolement social. Ainsi, nous comptons relativement plus de personnes solitaires et socialement isolées chez les seniors les plus âgés (plus de 85 ans), chez les femmes, chez les veufs et les veuves, chez les personnes âgées souffrant de problèmes de santé et chez les personnes âgées qui peinent à joindre les deux bouts. Différents déterminants jouent un rôle, mais l'étude

nous apprend entre autres que c'est la combinaison de quelques éléments de risque qui conduit à ces formes d'exclusion: l'âge (qui s'accompagne du risque d'être dépendant), la précarité, la maladie ou le handicap et le manque de diversité dans le réseau social (par ex. uniquement famille proche).

Ce rapport brosse un tableau nuancé. La solitude sociale et la solitude émotionnelle y sont évoquées comme des expériences différentes, séparées. En outre, la solitude et l'isolement social y apparaissent comme deux phénomènes clairement distincts qui, en raison de leurs différences, exigent une autre approche. Pour donner un exemple: on rencontre plus de personnes âgées socialement isolées dans les grandes villes, tandis que les personnes âgées solitaires sont plus nombreuses dans les communes plus rurales.

Ce rapport autorise aussi une lecture optimiste des résultats et brise quelques clichés. Une majorité des plus de 65 ans ont, selon leurs dires, une santé relativement bonne; ils ont des contacts au moins hebdomadaires avec leurs enfants et petits-enfants. Saviez-vous par exemple que la solitude touche les jeunes entre 15 et 24 ans aussi souvent que les personnes âgées, qu'un senior sur cinq utilise internet pour communiquer et que les personnes âgées offrent plus souvent une écoute attentive qu'elles ne peuvent compter elles-mêmes sur une personne de confiance ? Des interventions pour lutter contre la solitude et l'isolement social doivent dès lors tenir compte du capital social des générations grisonnantes. Quelques-unes des idées d'action très diverses formulées par les personnes interviewées elles-mêmes ont d'ailleurs trouvé une place dans cette publication.

Élément frappant, les résultats de l'enquête suggèrent que de nombreux acteurs sociaux peuvent faire la différence. Enfants et petits-enfants, pour ne citer qu'un seul groupe: beaucoup de personnes seules voudraient les voir plus souvent. Mais tout autant que les personnes âgées elles-mêmes: beaucoup d'interviewés insistent sur l'importance d'investir dans un réseau social et de planifier leurs vieux jours à temps, en concertation avec la famille et les services d'aide. Nous espérons que des porteurs d'initiatives trouveront dans cette étude des points de repère reconnaissables, de nouvelles idées et un enthousiasme renouvelé pour lutter contre la solitude et l'isolement social des personnes âgées. Cette publication s'adresse aussi aux responsables politiques à tous les niveaux et entend les inciter à réfléchir aux moyens de résorber ces phénomènes au macro-niveau, par le biais de politiques sociales. Car une conclusion est claire en tout cas: la solitude est un problème qui peut être fatal et il est loin d'être purement individuel.

Fondation Roi Baudouin, mars 2012

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 - CONTEXTE THÉORIQUE	13
1. Solitude et isolement	13
2. Solitude émotionnelle et sociale	14
3. Typologie des contacts sociaux	15
4. Causes de la solitude	16
5. Conséquences négatives de la solitude	17
CHAPITRE 2 - ORGANISATION DE L'ENQUÊTE	19
1. Objectif de l'enquête	19
2. Délimitation de la population étudiée	19
3. Echantillon	22
4. Etablissement du questionnaire	25
5. Interviews en face à face	27
6. Travail de terrain	28
CHAPITRE 3 - RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	31
1. Profil de l'échantillon	31
2. Capital social	36
3. La solitude	84
4. Typologie des contacts sociaux	111
5. Situation à domicile vs. situation dans une maison de repos	127
CHAPITRE 4 LA SOLITUDE EN PERSPECTIVE	139
1. Les stéréotypes relatifs à la solitude chez les personnes âgées	139
2. Évolution des contacts sociaux	141
3. Évolution de la solitude en Belgique	142
4. Différence entre la Flandre, Bruxelles et la Wallonie	147
5. La solitude en maison de repos	153
6. Position de la Belgique au sein de l'Europe	154
CHAPITRE 5 - LUTTE CONTRE LA SOLITUDE	157
1. Quelles interventions fonctionnent ?	157
2. Quelques idées émises par des personnes âgées	159
3. Pour confirmer	163
RÉFÉRENCES	165

CHAPITRE 1

CONTEXTE THÉORIQUE

Ce premier chapitre dresse un contexte théorique qui facilitera la compréhension de l'enquête. En premier lieu, nous définirons les notions de solitude et d'isolement social. Ensuite, nous aborderons la distinction entre solitude émotionnelle et solitude sociale. Le troisième point sera consacré à une typologie de la solitude. En quatrième lieu, nous identifierons les différentes causes de la solitude. Enfin, nous examinerons les conséquences négatives de cette dernière.

1. Solitude et isolement

Si les notions de solitude et d'isolement sont souvent confondues dans le langage courant, il est important, en raison de leurs significations sous-jacentes différentes, de ne pas utiliser ces termes sans discernement. L'**isolement social** est déterminé de manière objective sur la base de l'ampleur des fréquences de contact (de Jong Gierveld, 1999). Il s'agit du nombre de contacts que vous avez avec d'autres personnes. L'isolement social est le contraire de la participation sociale. Ils constituent les deux bouts d'un continuum au sein duquel l'individu peut avoir très peu ou énormément de contacts sociaux.

La **solitude** n'est pas l'isolement social. La solitude est le « *ressenti subjectif lié au manque désagréable ou intolérable de (qualité de) certaines relations* » (de Jong, Gierveld, 1984). Il convient d'explicitier les divers éléments de cette définition.

Premièrement, la solitude est toujours une *expérience subjective*. La solitude est un sentiment et ce sentiment est en partie déterminé par la personnalité. Dans des situations analogues, différentes personnes ne ressentiront pas le même sentiment de solitude. Il n'est donc pas possible, de l'extérieur, de déterminer qui se sent seul ou non (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2007).

Deuxièmement, la solitude est *désagréable*. La solitude est involontaire et implique des sentiments négatifs. Il existe également une approche positive de la solitude mais qui découle alors d'une rupture volontaire et temporaire des contacts sociaux (Andersson, 1998). Un besoin occasionnel de s'isoler sera plutôt vécu comme un besoin d'intimité ou de méditation. Le concept d'intimité est sans rapport avec le sentiment négatif provoqué par le fait de se sentir seul. Vous pouvez souhaiter rompre temporairement les contacts afin de méditer, mais il s'agit alors d'un choix volontaire et positif (de Jong, Gierveld et al., 2006).

Troisièmement, la solitude est aussi bien influencée par la *quantité* que par la *qualité* des relations sociales. Si l'étendue du réseau social joue un rôle, il en va de même pour la satisfaction que procurent les relations. Pour certaines études, la qualité des relations sociales est plus importante que leur quantité pour comprendre la solitude (Vanderleyden & Heylen, 2007; Heinrich & Gullone, 2006; Hughes et al., 2004). Il s'agirait donc moins de la fréquence à laquelle vous voyez quelqu'un ou du nombre de contacts sociaux que vous avez que de l'expérience affective liée à ces contacts. À cet égard, une personne à qui vous dites tout, par exemple, peut être plus importante que des dizaines de connaissances dont vous ne vous sentez pas très proche. Néanmoins, l'étendue et la variation du réseau social jouent tout de même un rôle dans la compréhension de la solitude (Luanaigh & Lawlor, 2008; de Jong Gierveld & van Tilburg, 2007b). Le fait d'être seul n'implique pas de se sentir seul, mais le risque n'en augmente pas moins. Un vaste réseau comportant des relations tant avec la famille qu'avec le conjoint, les enfants, les amis et les voisins facilite le maintien de relations sociales significatives.

Enfin, la solitude est la différence entre la quantité et la qualité des relations sociales existantes et les relations sociales souhaitées. La solitude est donc le résultat de la disparité entre les contacts sociaux que l'on a et ceux que l'on aimerait avoir (Perlman & Peplau, 1981). Les attentes que l'on nourrit en matière de contact sociaux déterminent la disparité entre les contacts réels et les contacts souhaités (Dykstra & Fokkema, 2007). Par exemple, les grands-parents souhaitent-ils ou s'attendent-ils à voir leurs petits-enfants chaque jour, chaque semaine ou chaque mois ? Chacun utilise une 'norme relationnelle' ou une barre pour évaluer les contacts réels. Plus haut la barre est placée, plus il est difficile de satisfaire à cette norme.

2. Solitude émotionnelle et sociale

Certains chercheurs affirment que la solitude est une expérience univoque. Le sentiment reste le même, quelles que soient ses causes, qui, finalement, importent peu (McWhirter, 1990; Cramer & Barry, 1999). Selon Weiss (1973), la solitude n'est pas une expérience unidimensionnelle parce que la cause et l'origine du sentiment de solitude peuvent différer. La solitude sociale et la solitude émotionnelle sont deux expériences distinctes et des formes différentes de solitude. La **solitude sociale** va de pair avec un réseau social limité et le manque de relations avec un large groupe de personnes. Vous pouvez, par exemple, habiter depuis peu dans une nouvelle ville et ressentir un manque vis-à-vis de vos anciens contacts sociaux (Van Baarsen et al., 2001). La **solitude émotionnelle** résulte du manque de relations significatives intimes ou durables. Vous pouvez vous sentir seul sur le plan émotionnel même avec un vaste réseau de contacts sociaux, parce que, par exemple, vous ressentez un manque dû à l'absence d'ami(e) intime ou de conjoint.

L'avantage d'une approche multidimensionnelle réside principalement dans la détermination de facteurs de risque spécifiques. Si la cause de la solitude est différente, l'approche doit également différer (Heylen, 2011; Fokkema & van Tilburg, 2006). « *Un lien émotionnel étroit ne peut remplacer un réseau social et un réseau social ne peut remplir la fonction d'une relation affective étroite* » (Heylen, 2011). La distinction entre solitude émotionnelle et solitude sociale est importante dans la perspective d'interventions, car ces deux formes de solitude n'apparaissent pas nécessairement de manière simultanée. « *Certaines personnes qui se sentent seules ne se sentent seules que sur le plan social alors que d'autres ne souffrent que de solitude émotionnelle.* » (van Tilburg, 2007). Il existe ainsi 4 combinaisons possibles, que nous énumérerons dans un ordre de gravité croissant :

1. l'absence de solitude
2. la solitude sociale
3. la solitude émotionnelle
4. la solitude émotionnelle et sociale.

Le poids de la solitude émotionnelle est souvent plus lourd à porter que celui de la solitude sociale. C'est en présence à la fois de la solitude sociale et de la solitude émotionnelle que les effets négatifs sont les plus importants (van Tilburg, 2007). Si, dans la plupart des cas, on utilise le terme générique de solitude, il importe d'opérer une distinction entre solitude sociale et émotionnelle.

3. Typologie des contacts sociaux

Le croisement entre les caractéristiques objectives du réseau social et le sentiment subjectif de solitude fournit une typologie qui clarifie l'expérience des contacts sociaux. Le tableau 1 illustre quatre catégories basées sur le croisement entre l'ampleur et la qualité du réseau social.

Tableau 1: Typologie de la solitude

Qualité du réseau	Taille du réseau	
	Large	Petit
Ne se sentent pas seuls	1. bien armés socialement	3. pauvres en contacts
Se sentent seuls	2. solitaires	4. socialement isolés

Source: Van Hortulanus et al., 2003

1. Bien armés socialement : personnes qui ont de nombreux contacts et ne se sentent pas seules.
2. Solitaires : personnes qui se sentent très seules malgré leurs nombreux contacts.
3. Pauvres en contacts : personnes qui ont peu de contacts mais en sont satisfaites.
4. Socialement isolés : personnes qui ont peu de contacts et se sentent très seules

Les personnes 'bien armées socialement' ont des contacts sociaux suffisants et ne sentent pas seuls. À l'opposé se situent les personnes 'socialement isolées', pour lesquels il « *est aussi bien question d'un réseau (objectivement) limité de relations sociales et d'un fort sentiment (subjectif) de solitude. En un mot, l'isolement social désigne la condition des individus qui n'ont que peu ou pas de relations significatives et, par conséquent, se sentent seuls.* » (Van Hortulanus et al., 2003). Le fait d'entretenir peu de contacts sociaux n'est pas forcément problématique pour toutes les personnes âgées. Certaines d'entre elles n'ont pas besoin d'un réseau important ou de contacts fréquents et sont satisfaites de ceux qu'elles ont encore. Elles sont 'pauvres en contacts', mais ne se sentent pas seules pour autant. D'autres seniors, par contre, entretiennent encore suffisamment de contacts mais se sentent tout de même seuls.

4. Causes de la solitude

La solitude peut se comprendre et s'expliquer à partir de trois grands facteurs (de Jong Gierveld et al., 2006; Pinquart & Sorensen 2001; Wenger et al., 1996). Premièrement, on peut prendre en compte la quantité et la qualité des contacts sociaux. Combien de contacts ai-je et dans quelle mesure me satisfont-ils ? Deuxièmement, on peut se baser sur la 'barre' ou norme relationnelle utilisée par les individus. Combien et quel type de contacts une personne souhaite-t-elle ? Les caractéristiques prédisposantes individuelles constituent un troisième facteur déterminant. Une image de soi négative, des aptitudes sociales limitées et un manque de confiance en soi rendent difficile l'établissement de contacts sociaux (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2007; Routasalo & Pitkala, 2003).

Il est également possible de classer les causes de la solitude en les répartissant dans trois catégories. La première abrite les causes intra-individuelles. Il s'agit des causes imputables à l'individu. Ainsi la solitude augmente-t-elle fortement à partir de l'âge de 75 ans (Dykstra et al., 2005). Une méta-analyse de Pinquart & Sorensen (2003) démontre que les femmes ressentent plus souvent la solitude que les hommes. "This is more pronounced in studies in which loneliness is measured with single-item indicators than for studies using higher quality loneliness measuring instruments. This difference might be related to men's greater reluctance to report loneliness in response to direct questions". Après le contrôle des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs socioéconomiques, l'impact explicatif du sexe sur la solitude diminue cependant (Pinquart & Sorensen, 2003). D'autres chercheurs confirment que le sexe n'est pas le seul facteur explicatif, d'autres facteurs, tels que l'âge, l'état civil et la composition du ménage jouant un rôle plus important dans la compréhension de la solitude (Victor et al., 2005b). La relation de causalité entre la dépression et l'insuffisance des contacts sociaux n'est pas si claire. "Loneliness has strong associations with depression and may in fact be an independent risk factor for depression" (Luanaigh & Lawlor, 2008). Les personnes âgées avec un faible niveau de formation et de faibles revenus sont plus souvent solitaires. Les seniors qui ont déménagé récemment courent également un plus grand risque de tomber dans la solitude (Luanaigh & Lawlor, 2008).

La deuxième catégorie est celle des causes interindividuelles. Ces causes sont à rechercher dans le contact avec les autres. La situation conjugale contribue ainsi de manière importante à expliquer la solitude. Les personnes âgées qui ont un conjoint sont moins exposées à la solitude que celles sans conjoint (de Jong Gierveld, et al. 2006). Les seniors isolés disposent souvent d'un réseau de contacts sociaux plus limité et constituent la catégorie la plus touchée par la solitude (Luanaigh & Lawlor, 2008; Steed et al., 2007; Pinquart & Sorensen, 2003). Les personnes âgées veuves courent un risque plus important de solitude et de formes aggravées de solitude (Luanaigh & Lawlor, 2008; de Jong Gierveld et al., 2006; Victor et al., 2005). Les seniors séparés à l'âge moyen courent le risque de se retrouver seuls à un âge ultérieur. Les personnes âgées qui n'ont jamais été mariées sont plus souvent socialement isolées que les personnes âgées séparées (Hawthorne, 2008). Entrer en contact avec des seniors isolés dans son propre réseau social peut accroître le risque d'être soi-même confronté à la solitude (Cacioppo et al., 2009).

Classés dans une troisième catégorie, les facteurs sociaux expliquent pourquoi la prévalence de la solitude varie entre différentes sociétés. La solitude est une expérience personnelle mais cette expérience est le résultat des relations avec les autres. Dès lors, la solitude est toujours une construction sociale (Shute & Howitt, 1990). Ainsi les personnes âgées des pays d'Europe du Nord se

sentent-elles moins seules que les personnes âgées des pays d'Europe du Sud (Fokkema et al., 2012; Sundström et al, 2009). Ce gradient Nord-Sud indique que la culture, les normes sociales et les attentes en termes de contacts sociaux et de solitude jouent toutes un rôle (Rokach, 2008; 2007). Dans les pays septentrionaux, les personnes âgées ont des attentes plus faibles en termes de contacts avec la famille et les amis. Dans les pays du Sud, les attentes relationnelles ('relationship standards') sont plus élevées (Jylhä & Jokela, 1990).

La prospérité de la société joue également un rôle. Ainsi les seniors se sentent-ils souvent plus seuls dans les pays où les niveaux de formation et de revenu sont moins élevés. La politique sociale et le système des pensions des pays plus prospères contribuent à mieux les protéger de la solitude (Hawkey et al., 2008). Mais il existe également des différences au sein des pays. Si vous habitez dans une région moins performante sur le plan économique, le risque que vous connaissiez la solitude augmente (Scharf & Smith, 2004).

5. Conséquences négatives de la solitude

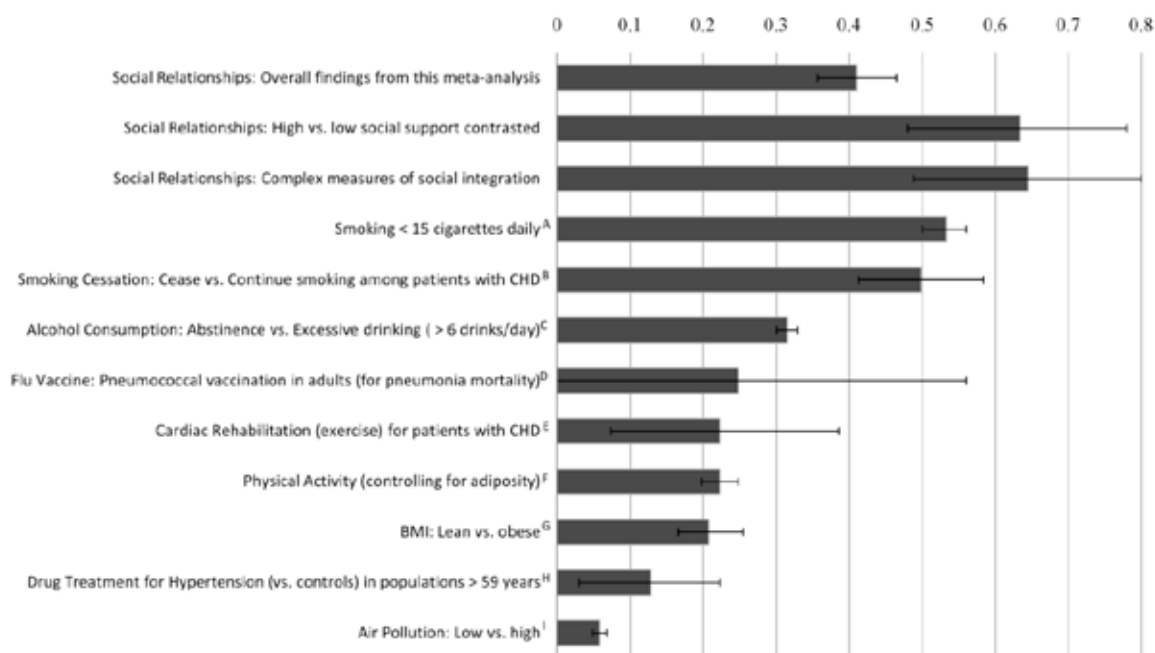
La relation de causalité entre la solitude et les problèmes de santé n'est pas toujours claire. La plupart des résultats proviennent de la recherche transversale (de Jong Gierveld, 1998; Routsalo & Pitkala, 2003; Luanaigh & Lawlor, 2008). Le sentiment de solitude se traduit par des problèmes de santé tant physique que psychique. La solitude va ainsi de pair avec la dépression, la régression cognitive, l'hypertension et les maladies cardiaques (Luanaigh & Lawlor, 2008).

De par leurs problèmes de santé, les personnes âgées isolées font plus souvent appel aux soins de santé et constituent une charge plus importante pour le système de santé (Hawkey & Cacioppo, 2003; Ellaway et al., 1999). Il se peut aussi que ce lien soit indirect, dans la mesure où les personnes âgées font moins souvent appel aux soins de santé préventifs. Les personnes âgées isolées bougent moins, oublient plus souvent de prendre leurs médicaments, s'alimentent moins sainement et ne consultent pas leur médecin régulièrement (Cacioppo, Hawkey, & Bernston, 2002; Aartsen, 2001; Mahon, Yarcheski, & Yarcheski, 2001; Pérodeau & du-Fort, 2000). "A connection between social support networks and adherence to desired health practices has been reported" (Potts et al., 1992). L'absence de restrictions dans la vie quotidienne facilite le maintien de contacts sociaux (Pinquart & Sörensen, 2003).

Dans quelle mesure l'environnement social exerce-t-il un impact sur la santé des personnes âgées ? Il apparaît clairement une corrélation négative entre le sentiment de solitude et l'état de santé des personnes âgées (Halleröd, 2009; Wilson et al., 2007). Certains chercheurs mettent le risque que représentent pour la santé l'isolement social et la solitude sur un pied d'égalité avec celui que pose le tabagisme (House, 2001). Les chercheurs sont depuis longtemps déjà convaincus qu'un réseau social solide favorise la santé physique et psychique des personnes âgées (Kawachi & Berkman, 2001).

Une récente recherche méta-analytique qui regroupe les résultats de plus de 100 études démontre que le capital social revêt, effectivement, une importance vitale. La figure 1 illustre l'impact de différents facteurs, tels que le tabagisme, la consommation d'alcool ou l'obésité, sur le risque de décès. Ce graphique n'est pas simple, mais les auteurs décrivent de manière circonstanciée la méthodologie et le calcul sous-jacents dans leur article (Holt-Lunstad et al., 2010). Sa valeur, qui justifie par ailleurs l'intégration de ce graphique à la présente étude, réside essentiellement dans la comparaison et le rapport entre différents facteurs de risque.

Figure 1 : Comparaison des odds ratios (lnOR) d'une mortalité réduite entre les différentes conditions liées au décès



Source : Holt-Lunstad et al., 2010

Holt-Lunstad et ses collègues démontrent qu'un capital social insuffisant constitue un facteur de risque de décès aussi important que les facteurs de risques plus connus. "Individuals with adequate social relationships have a 50% greater likelihood of survival compared to those with poor or insufficient social relationships. The magnitude of this effect is comparable with quitting smoking and it exceeds many well-known risk factors for mortality" (Holt-Lunstad et al., 2010).

La prévention de la solitude et les interventions pour la contrer sont dès lors d'une grande importance. L'état de santé n'est pas uniquement déterminé par les facteurs biomédicaux mais également par des facteurs sociaux. L'impact des facteurs sociaux s'explique, pour les scientifiques, de manière moins linéaire et fait dès lors l'objet de moins d'attention. « *La nature précise de la relation entre la solitude et la santé est inconnue. La solitude et la maladie semblent se renforcer mutuellement. Les personnes isolées sont de mauvais 'autogestionnaires'. Elles prennent moins bien soin d'elles-mêmes et deviennent dès lors plus vite malades. Leur maladie rend la création et l'entretien de contacts sociaux de plus en plus difficile. Tout ceci se transforme alors en cercle vicieux.* » (van Tilburg, 2007). Par exemple, les personnes âgées sujettes à des problèmes cardiaques auront ainsi tendance à être plus rapidement hospitalisées si elles ne peuvent pas compter sur le réseau social à la maison (Rodríguez-Artalejo, et al., 2006).

CHAPITRE 2 ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

Nous décrivons dans ce chapitre l'organisation de l'enquête. Quel est l'objectif de cette enquête ? Sur quelle population de personnes âgées cette enquête se base-t-elle pour la collecte des données chiffrées ? Pour répondre à ces questions, nous procéderons à une description de la manière dont nous avons constitué l'échantillon, établi le questionnaire et mené le travail de terrain.

1. Objectif de l'enquête

Cette enquête relative à la solitude et l'isolement chez les personnes âgées poursuit trois objectifs. Premièrement, nous entendons englober dans l'étude toutes les personnes âgées du pays. Combien de seniors se sentent-ils seuls en Belgique ? Combien sont socialement isolés ? Pour ce faire, nous avons besoin d'un échantillon représentatif, afin de pouvoir généraliser les résultats de l'enquête.

Deuxièmement, cette étude tente de déterminer quels facteurs sont liés à la solitude et l'isolement social. Le risque de solitude est-il aussi important chez toutes les personnes âgées ? Ou certains seniors sont-ils plus souvent socialement isolés ? Nous établirons des liens entre les résultats et les caractéristiques sociodémographiques et les informations relatives à l'état de santé.

Enfin, nous mettrons les résultats de cette enquête en perspective. Nous procéderons à une comparaison avec les résultats des enquêtes déjà menées en Belgique. Ces résultats indiquent-ils que les seniors sont plus ou moins isolés qu'auparavant ?

2. Délimitation de la population étudiée

Cette étude se concentre sur les plus de 65 ans en Belgique. Les seniors sont un groupe non seulement très important mais aussi très hétérogène (Biggs & Daatland, 2004). À mesure que la population vieillit, ce groupe devient également plus diversifié. Tout d'abord, le groupe des seniors ne se caractérise pas seulement par un important étalement d'âges, mais également par de grandes disparités en termes de revenus, d'état de santé physique et de situation matrimoniale. L'hétérogénéité du groupe des plus de 65 ans reflète l'accumulation des inégalités (matérielles et sociales) tout au cours de la vie (Verté & Dury, 2011).

L'hétérogénéité de la population des seniors a dès lors également constitué un facteur important dans l'élaboration d'un plan de recherche

adapté. Dans un souci de faisabilité de l'étude, un choix a dû être fait : quels sous-groupes de seniors intégrer ou ne pas intégrer à l'enquête ?

La Belgique compte 1.819.726 personnes de 65 ans ou plus (DGSIE, 2008), ce qui équivaut à 17 % de la population du pays. Au sein de ce groupe, nous pouvons opérer une distinction entre les seniors qui vivent de manière autonome et ceux qui ne vivent pas de manière autonome. Nous distinguerons les sous-groupes suivants :

Les seniors qui vivent en autonomie :

- domiciliés en Belgique;
- domiciliés en Belgique mais résidant une grande partie de l'année à l'étranger (34.096¹);
- hospitalisés temporairement, pour une courte ou longue durée (7 % des plus de 65 ans²)

Les seniors qui ne vivent pas en autonomie :

- résidant dans un centre de soins, une MRS ou une autre organisation dédiée aux seniors (131.235);
- résidant chez des membres de la famille.³

Afin de constituer un échantillon représentatif au plan national des personnes de plus de 65 ans, nous y intégrons aussi bien les seniors qui vivent en autonomie que ceux qui ne vivent pas en autonomie. Les seniors qui résident une grande partie de l'année à l'étranger (34.096) et les seniors temporairement hospitalisés (7 % des plus de 65 ans) ne sont pas repris dans l'échantillon.

Nous intégrons donc également à l'enquête le groupe des seniors qui ne résident pas à la maison. Les seniors qui résident dans un centre de soins avec un taux d'autonomie limité et un état de santé détérioré. Cette enquête s'intéresse précisément au lien entre la santé des seniors et leur niveau de solitude et d'isolement social. Par ailleurs, on en sait moins sur la problématique de la solitude dans les centres de soins. La plupart des études sur la solitude se focalisent sur la situation au domicile ou sur le moment auquel les seniors optent pour les soins résidentiels (Grenade & Boldy, 2008).

L'enquête s'axe sur les plus de 65 ans, répartis proportionnellement entre les différentes régions du pays. En 2008, la Belgique comptait **1.819.726 personnes de 65 ans et plus**. Ce chiffre équivaut à 17 % de la population belge (14,5 % à Bruxelles, 17,9 % en Flandre et 16,4 % en Wallonie). Nous évaluons le groupe de plus de 65 ans qui vivent de manière autonome à environ 1.688.491 seniors. Au 10 octobre 2009, la Belgique comptait 69.337 lits de maison de repos (lits MRPA) et 61.898 lits de maison de repos et de soins (lits MRS). Au sens strict, les lits de maison de repos et de soins ne sont pas uniquement destinés aux personnes âgées. Dans la pratique, néanmoins, ces lits sont, pour la plupart, occupés par des plus de 65 ans⁴. Nous nous basons donc sur une population de **131.235 personnes**.

1 Information de l'Office national des Pensions. Nombre de pensionnés qui reçoivent leur pension à l'étranger.

2 Soins de longue durée en Belgique. Eco-santé OCDE 2010.

3 Dans notre enquête, ces personnes seront interrogées dans le cadre de l'échantillon des seniors qui vivent en autonomie, dans la mesure où nous disposons d'une adresse pour ces seniors. Leur domicile sera donc, dans ce cas, celui du parent chez lequel ils résident.

4 SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Direction générale de l'Organisation des établissements de soins, Conseil national des établissements hospitaliers (11/02/2010), Avis portant sur la création d'une programmation spécifique des lits de maison de repos et de soins réservés à des pathologies spécifiques et sur l'intégration des lits MRS purs dans la programmation des lits de maison de repos.

Tableau 2 : Nombre de personnes âgées de plus de 65 ans en Belgique par rapport à la population totale, par région et genre

	Belgique			Bruxelles		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Toutes les catégories d'âges	10.666.866	5.224.309	5.442.557	1.048.491	505.963	542.528
65 - 69	461.720	219.042	242.678	36.244	16.426	19.818
70 - 74	450.437	204.647	245.790	34.149	14.572	19.577
75 - 79	406.356	169.513	236.843	32.398	12.573	19.825
80 - 84	292.033	107.782	184.251	26.319	8.925	17.394
85 - 89	150.443	47.078	103.365	15.850	4.683	11.167
90 - 94	44.768	10.570	34.198	5.262	1.124	4.138
95 et plus	13.969	2.302	11.667	1.823	292	1.531
Total 65+	1.819.726	760.934	1.058.792	150.045	58.595	93.450
%65+	17,06%	14,56%	19,45%	14,50%	11,58%	17,22%

	Flandre			Wallonie		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Toutes les catégories d'âges	6.161.600	3.039.956	3.121.644	3.456.775	1.678.390	1.778.385
65 - 69	285.695	137.786	147.909	139.781	64.830	74.951
70 - 74	280.632	130.235	150.397	135.656	59.840	75.816
75 - 79	244.929	105.220	139.709	129.029	51.720	77.309
80 - 84	170.154	65.396	104.758	95.560	33.461	62.099
85 - 89	85.170	28.202	56.968	49.423	14.193	35.230
90 - 94	25.625	6.466	19.159	13.881	2.980	10.901
95 et plus	7.989	1.430	6.559	4.157	580	3.577
Total 65+	1.100.194	474.735	625.459	567.487	227.604	339.883
%65+	17,86%	15,62%	20,04%	16,42%	13,56%	19,11%

Sources : Données de la population DGSIE, 2008

3. Echantillon

Dans ce paragraphe, nous décrivons la manière dont nous avons obtenu l'échantillon. Nous discutons tout d'abord du cadre de l'échantillon. Comment avons-nous obtenu les adresses de contact ? Nous décrivons ensuite comment l'échantillon a été sélectionné. Enfin, nous fournissons quelques détails sur la taille d'échantillon réalisée.

3.1 Cadre de l'échantillonnage

Pour constituer un échantillon de personnes plus de 65 ans résidant à domicile, nous avons tiré un échantillon brut du fichier de WDM Belgium, leader du marché des adresses de consommateurs. Cette base de données est actualisée chaque jour et constituée à partir de 30 sources différentes. Après un contrôle des informations de cette base de données à l'aide d'une comparaison avec le registre de population, nous avons constaté que 93 % des plus de 60 ans vivant en autonomie figuraient dans ce fichier. Si cette base de données ne fournit donc pas un reflet exact de la population, elle s'en approche néanmoins fortement. Pour atteindre les seniors qui ne vivent pas de manière autonome, nous avons utilisé les coordonnées des centres de soins de l'INAMI⁵.

3.2 Tirage de l'échantillon

a. Seniors vivant à domicile

Nous avons cherché à obtenir un échantillon représentatif au plan national de seniors de plus de 65 ans, réparti entre les différentes régions du pays.

Pour réaliser les 1 210 interviews, nous avons tiré un échantillon brut de 21.800 adresses de la base de données CONSU à l'aide d'un **échantillon stratifié par grappes**. Le tirage de l'échantillon s'est déroulé comme suit :

1 Stratification préalable par province et degré d'urbanisation

Afin de constituer, pour la Belgique, un échantillon strictement représentatif au niveau régional, le pays a été subdivisé en différentes strates :

- 11 strates sur la base des provinces (Bruxelles étant à cet égard considéré comme une province) et
- 4 strates sur la base du degré d'urbanisation (grands centres, villes de taille moyenne, communes urbaines et communes rurales)

Ce procédé nous a fourni 35 cellules⁶ facilement identifiables en termes de données démographiques.

2 Tirage au sort des communes de l'échantillon

Dans chacune des cellules définies ci-dessus, un certain nombre de communes ont été tirées au sort, au

⁵ Adresses de contacts tirées de <http://www.riziv.be/care/fr/residential-care/index.htm> (septembre 2011), uniquement pour les « maisons de repos et de soins ». Les centres de jour et centres de court séjour ne sont donc pas repris dans le cadre d'échantillonnage.

⁶ La notion de 'grand centre' s'applique à Bruxelles mais n'existe pas dans les provinces de Namur, du Luxembourg, du Brabant wallon, du Brabant flamand et de Flandre occidentale.

prorata d'un minimum ou d'un multiple de 5 interviews, en fonction du nombre d'habitants de la commune. Un nombre plus important d'interviews a donc été planifié dans les communes de plus grande taille. À Bruxelles, la stratification s'est déroulée par commune en prenant en compte la population des 19 communes de la Région bruxelloise.

Les interviewers ont contacté les adresses qui leur étaient attribuées selon la procédure de contact définie jusqu'à ce qu'ils aient obtenu un *résultat* final pour chacune des adresses.

3 Échantillonnage aléatoire d'adresses au sein d'une grappe

Les adresses proprement dites ont été sélectionnées aléatoirement par le biais d'un échantillonnage systématique dans la base de données CONSU de DM Wegener. Ce procédé nous permet de garantir un étalement des répondants dans une même commune.

4 Échantillonnage des individus par quotas

Pour chacune des communes sélectionnées, des quotas ont été établis par l'interviewer en termes de sexe (hommes ou femmes) et d'âge (au moins deux catégories : 65-75 ans et plus de 75 ans). Les refus peuvent en effet provoquer une distorsion de l'échantillon. Il est parfaitement envisageable, par exemple, que les hommes de plus de 75 ans refusent systématiquement de participer à l'enquête, avec, pour conséquence, une non-représentation ou sous-représentation de ce groupe dans l'échantillon.

5 Sélection des éléments de l'échantillon dans un ménage comptant plusieurs personnes de plus de 65 ans

Dans les ménages comptant plus d'une personne de plus de 65 ans, l'interviewer s'est rendu à l'adresse sélectionnée et a sélectionné le répondant à l'aide de la méthode du dernier anniversaire : la personne de 65 ans ou plus domiciliée à cette adresse qui a été la dernière à célébrer son anniversaire. Si cette personne comprenait suffisamment le français ou le néerlandais, l'interview avait lieu.

b. Seniors vivant dans les centres de soins

Le processus de (tentative de) prise de contact avec les répondants dans les centres de soins ne s'est pas déroulé arbitrairement. Les enquêteurs ont appliqué une procédure stricte qui visait à faire en sorte :

- qu'ils travaillent selon une méthode fixe et standardisée;
- que le travail de terrain se déroule selon un calendrier strict.

Dans la pratique, des listes de résidents ont été demandées pour servir de base à la sélection des répondants. Il a été demandé au personnel d'identifier les personnes qui n'étaient pas en état de participer à l'enquête; ces dernières ont été exclues par sélection arbitraire et remplacées. Afin de déterminer si le répondant sélectionné était ou non en état d'être interrogé, deux critères ont été pris en compte :

- 1) la capacité à parler (absence d'aphasie) et
- 2) la capacité à comprendre les questions.

Aucun département entier n'a donc été d'emblée exclu, à moins que l'établissement comporte un département réservé exclusivement aux personnes atteintes de démence avancée.

Un échantillon a donc pu être tiré sur place sur la base de la liste des résidents. Par exemple, si l'établissement comptait 80 chambres occupées, alors les personnes des chambres 5, 10, 15, 20, etc., devaient être interrogées.

3.3 Taille de l'échantillon

Au total, **1.210 interviews** ont été réalisées auprès de seniors vivant en autonomie en Belgique. À Bruxelles, il a été procédé à 404 interviews, contre 406 en Flandre et 400 en Wallonie. Afin de garantir la fiabilité statistique des conclusions concernant le groupe des seniors résidant dans les centres de soins, **297 interviews** y ont été exécutées, dont 107 à Bruxelles, 91 en Flandre et 99 en Wallonie.

Notre échantillon total contient dès lors **1.507 interviews**. Avec une fiabilité de 95 %, ces tailles d'échantillon garantissent (sur la base d'un test t) la marge d'erreur statistique maximale suivante :

Tableau 3 : Erreur statistique maximale en fonction de la fréquence observée et de la taille de l'échantillon

N:	Groupe cible	Fréquence observée (%)													
		1 ou 99	2 ou 98	3 ou 97	4 ou 96	5 ou 95	10 ou 90	15 ou 85	20 ou 80	25 ou 75	30 ou 70	35 ou 65	40 ou 60	45 ou 55	50
297	Maisons de repos (et de soins)	1.1	1.6	1.9	2.2	2.5	3.4	4.0	4.5	4.9	5.2	5.4	5.5	5.6	5.7
1.210	A domicile	0.6	0.8	1.0	1.1	1.2	1.7	2.0	2.3	2.5	2.6	2.7	2.8	2.8	2.8
1.507	Echantillon total	0.5	0.7	0.9	1.0	1.1	1.6	1.8	2.1	2.2	2.4	2.5	2.5	2.6	2.6

Si, par exemple, nous constatons que, pour la Belgique (N=1 507), 50 % des plus de 65 ans sont socialement isolés, alors, avec une fiabilité de 95 %, la marge d'erreur statistique maximale s'élèverait à 2,6 %. Les 50 % observés se situent donc, avec une fiabilité de 95 %, entre 47,4 % et 52,6 %.

3.4 Pondération

L'échantillon final a été ajusté, aux niveaux de la région et de la situation de logement, à l'aide de techniques de pondération. Afin de pouvoir formuler des conclusions statistiques fiables au niveau régional, environ 500 interviews ont été réalisées dans chaque région. Pour que des conclusions représentatives puissent être tirées, cette répartition a été ajustée en fonction de la répartition nationale (Flandre : 60 %; Bruxelles : 8 %; Wallonie : 32 %). Également sur le plan de la situation de logement, à savoir au domicile ou dans un centre de soins, nous démarrons l'enquête avec une répartition non représentative dans le souci d'obtenir un échantillon suffisamment important de seniors séjournant dans des centres de soins, pour ensuite ajuster la répartition dans la population (93 % de seniors résidant à domicile et 7 % en centres de soins).

Tableau 4 : Profil sociodémographique de l'échantillon (Base : échantillon total)

TOTAL	N=1507		
	Non-pondéré	Pondéré	
GROUPE CIBLE	A domicile	80%	93%
	Maison de repos	20%	7%
AGE	65-74 ans	49%	50%
	75-84 ans	39%	38%
	85+	13%	12%
GENRE	Homme	41%	42%
	Femme	59%	58%
REGION	Flandre	33%	60%
	Bruxelles	34%	8%
	Wallonie	33%	32%
ETAT CIVIL	Célibataire	9%	7%
	Marié/Cohabitation légale	38%	44%
	Divorcé légalement	9%	8%
	Veuve/veuf	45%	41%
NATIONALITE	Belges	89%	94%
	Nouveaux Belges	4%	3%
	Non-Belges	6%	4%

4. Etablissement du questionnaire

Le questionnaire s'articule autour de 3 grandes parties. La première regroupe les caractéristiques sociodémographiques : sexe, âge, situation familiale, état civil, niveau de formation et situation des revenus. Dans la dernière partie, le questionnaire sonde l'état de santé du senior, dans quelle mesure il est dépendant de l'aide au quotidien. La partie centrale du questionnaire, qui est la plus développée, s'intéresse à l'environnement social des seniors.

Il n'existe aucun instrument de mesure universel pour déterminer le capital social ou l'isolement social (Grenade & Boldy, 2008). C'est pourquoi nous abordons non seulement la fréquence des contacts, mais également le niveau de satisfaction procuré par ces derniers. Cette fréquence des contacts et l'expérience cognitive dont ils s'accompagnent ne sont que quelques aspects du capital social (Heylen & Mortelmans, 2007). La participation à la vie associative est également abordée.

La solitude est plus difficile à mesurer que l'isolement social. Pour saisir ce sentiment subjectif, les

chercheurs utilisent deux différents types de questions. Dans l'enquête, nous recourons à ces deux sortes de questions et interrogeons aussi bien directement qu'indirectement sur le sentiment de solitude. Nous utilisons une question simple et directe telle que « Vous vous sentez seul : souvent, parfois, jamais ? ». Les questions directes mentionnent explicitement l'idée de 'solitude' dans l'interrogation ou les possibilités de réponse. Les questions indirectes ne le font pas car cette seule idée peut engendrer un phénomène de sous-rapportage. La stigmatisation de la solitude fait en sorte que les répondants ont tendance à donner des réponses socialement souhaitables à des questions directes (de Jong Gierveld et al., 2006; Victor, et al., 2004; Borys & Perlman, 1985).

C'est pourquoi, en plus de la question directe, nous utilisons également une échelle comportant des questions indirectes en vue d'évaluer la solitude. Ces questions ne mentionnent donc pas directement la notion de 'solitude'. Il existe différentes échelles adaptées, tant d'un point de vue théorique que pratique, à l'enquête par sondage. Pour un large aperçu et une évaluation des différentes échelles de solitude existantes, voir Sansoni et al. (2010). Ainsi les échelles de solitude de de Jong Gierveld (de Jong Gierveld & Kamphuis, 1985), de l'UCLA (Russel et al., 1980; 1978) et de la Medical Outcomes Study Social Support Survey ont-elles chacune leurs avantages et leurs inconvénients.

Dans la présente enquête, nous avons opté pour l'échelle de solitude de de Jong et Gierveld. Cette échelle présente des propriétés psychométriques intéressantes (Heylen, 2011; de Jong Gierveld & van Tilburg, 2007; 1999). En outre, l'échelle de de Jong et Gierveld est fréquemment utilisée en Europe (Dykstra, 2009) et dans la recherche internationale (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2010). Enfin, cet instrument offre la possibilité de distinguer les sous-dimensions de la solitude émotionnelle et sociale.

L'échelle de solitude de de Jong Gierveld se compose de 11 éléments qui sont présentés au tableau 5. Il existe également une autre échelle valide et plus courte, de 6 éléments au lieu de 11 (de Jong Gierveld & van Tilburg, 2006). Dans le cadre de cette enquête, nous utilisons la version comptant 11 éléments, précédés de cette question : « *Je vais maintenant vous lire quelques affirmations. Nous aimerions savoir dans quelle mesure elles s'appliquent à vous.* » Les répondants doivent répondre par 'oui', 'plus ou moins' ou 'non'. Outre de cette échelle à 3 points, il est également possible de travailler avec une échelle à 5 points (de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999).

Tableau 5 : Onze items de l'échelle de la solitude de de Jong Gierveld

1. J'ai toujours quelqu'un à qui je peux parler de mes problèmes au quotidien.
2. Avoir un ami proche me manque.
3. Vous éprouvez un sentiment général de vide.
4. Vous pouvez vous appuyer sur suffisamment de personnes en cas de problème.
5. La compagnie d'autres me manque.
6. Mon cercle de connaissances est trop restreint.
7. Il y a beaucoup de personnes sur lesquelles vous pouvez vraiment compter.
8. Il y a suffisamment de personnes dont vous vous sentiez proche.
9. Vous ne vous sentez pas suffisamment entourée.
10. Vous vous sentez souvent exclu par les autres.
11. Je peux compter sur mes amis quand j'ai besoin d'eux.

Source : de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999

L'échelle peut être utilisée de manière aussi bien unidimensionnelle que bidimensionnelle. La sous-échelle concernant la solitude émotionnelle résulte des 6 éléments formulés négativement, à savoir les éléments 2, 3, 5, 6, 9 et 10. La sous-échelle concernant la solitude sociale est quant à elle constituée des 5 éléments formulés positivement, à savoir les éléments 1, 4, 7, 8 et 11. Pour la notation, la réponse 'plus ou moins' est considérée comme un signe de solitude. Pour les affirmations formulées négativement (solitude émotionnelle), les réponses 'plus ou moins' et 'oui' sont comptabilisées comme un point de solitude. Pour les affirmations formulées positivement (solitude sociale), les réponses 'plus ou moins' et 'non' sont comptabilisées comme un point de solitude. Le score de solitude total est alors calculé en additionnant le score de solitude émotionnelle et le score de solitude sociale. Cette somme donne un score d'échelle compris entre 0 et 11. Un score compris entre 0 et 2 indique l'absence de solitude. Un score de 3 à 8 indique une solitude modérée. Un score de 9 ou 10 indique un état de solitude grave. Un score de 11 indique un état de solitude très grave.

5. Interviews en face à face

Le questionnaire est parcouru au cours d'interviews en face à face. Les interviewers d'IPSOS sont formés à cette méthode et sont en mesure d'établir un lien avec le senior interrogé. Pour les seniors séjournant dans un centre de soins, une interrogation écrite n'est souvent pas possible. Pour les seniors en mauvaise santé vivant à leur domicile, remplir soi-même un formulaire n'est, souvent, pas plus aisé.

Dans le cadre d'interviews en face à face ou téléphoniques, les répondants ont tendance à moins souvent indiquer qu'ils se sentent seuls que lors d'une interrogation par écrit (de Jong Gierveld et al., 2006; van Tilburg, 2005). En général, dans la mesure où l'enquête se déroule de manière plus anonyme, des réponses correspondant moins aux attentes sociales sont plus fréquemment données (de Leeuw, 1992; Sudman & Bradburn, 1974). Le sentiment de solitude stigmatise et suscite la honte (Briels & Ploegmakers, 2010). Dès lors, il n'est pas toujours facile d'avouer que l'on se sent seul. Grâce à des interviews approfondies, le sentiment de solitude fait cependant plus souvent surface que dans le cadre d'enquêtes quantitatives (Victor et al., 2003).

6. Travail de terrain

Dans ce dernier paragraphe, nous décrivons le déroulement du travail de terrain. Premièrement, nous nous intéresserons à la prise de contact. Ensuite, nous préciserons la période durant laquelle cette phase s'est déroulée. Enfin, nous traiterons de la qualité des interviews.

6.1 Prise de contact

Au préalable, l'enquêteur a adressé aux **seniors vivant à domicile** une lettre introductive décrivant la finalité de l'enquête. La lettre mentionnait des coordonnées auxquelles le répondant pouvait se référer en cas de questions. Dans la pratique, nous constatons que le recrutement téléphonique a un impact positif sur le taux de participation. C'est d'autant plus vrai pour les interviews de longue durée. Les conventions passées avec le répondant font diminuer le taux de refus lors de la première visite. Cependant, il peut s'écouler un certain temps entre le moment où il a donné son accord pour participer à l'enquête et la rencontre réelle pour l'interview. Le répondant peut dès lors changer d'avis ou ne pas être joignable le jour prévu. Dans un souci de respect de la vie privée, les refus téléphoniques sont respectés. Chaque personne sélectionnée a fait l'objet d'un maximum de trois tentatives de contact. Lorsque la personne sélectionnée refusait expressément de collaborer, il était mis un terme aux tentatives de contact. Les refus d'autres personnes au nom du répondant n'étaient pas acceptés. Dans le cas des répondants pour lesquels nous ne disposions d'aucun numéro de téléphone, une carte de visite était laissée si personne n'était présent au domicile. Cette carte renseignait le nom et le numéro de téléphone de l'enquêteur. Si aucune réaction n'était donnée à la carte de visite, l'enquêteur se rendait encore au moins une fois sur place en personne.

Pour interroger les seniors séjournant **dans des centres de soins**, nous nous sommes adressés aux directions des centres de soins concernés. En premier lieu, une lettre introductive a été envoyée afin de décrire l'enquête. Nous avons contacté les organisations afin de sonder leur disposition à participer et de nous informer sur leur fonctionnement. Au sein de chaque organisation, une personne a été désignée à laquelle l'enquêteur pouvait s'adresser dans le cadre de la sélection des répondants. Chaque enquêteur s'est vu attribuer un certain nombre d'organisations, qu'il a contactées à l'avance pour convenir concrètement du déroulement des enquêtes. Au total, **34 centres de soins** de Belgique ont participé à l'enquête, soit 11 à Bruxelles, 11 en Wallonie et 12 en Flandre. Tous les centres de soins n'étaient pas disposés à collaborer, ce qui risquait de provoquer une distorsion due aux non-réponses.

6.2 Période de travail de terrain

Les premières lettres introductives ont été envoyées durant la première semaine de novembre 2011. Le travail de terrain proprement dit a débuté le 14 novembre 2011. Les 1.507 interviews en face à face ont été réalisées entre le 14 novembre 2011 et le 4 janvier 2012. La solitude n'est pas un sentiment invariable. Ce sentiment peut en effet varier avec le temps. Certains chercheurs ont souligné le caractère temporel du processus de solitude (de Jong Gierveld, 1982; Linneman, 1996). La réponse à un questionnaire n'est qu'un cliché instantané. Il se peut, dès lors, que les répondants se sentent plus souvent seuls le soir, durant l'hiver ou pendant des périodes de vacances spécifiques (Grenade & Boldy, 2008). Cette enquête a été réalisée pendant la période de fin d'année, ce qui peut donc avoir influencé les résultats.

6.3 Evaluation de la qualité des interviews

Le taux de réponse à l'enquête de la part des seniors vivant à domicile s'élève à 43 %. Il s'agit du nombre d'interviews réalisées divisé par le nombre d'adresses sélectionnées. C'est à Bruxelles que le taux de réponse a été le plus faible (39 %) et en Flandre qu'il a été le plus élevé (57 %). En Wallonie, le taux de réponse s'est élevé à 53 %. Le taux de réponse chez les hommes était de 41 %, contre 55 % chez les femmes. C'est chez les seniors les plus âgés (plus de 85 ans) que nous constatons le plus fort taux de réponse (56 % contre 47 % chez les 65-74 ans et 46 % chez les 75-84 ans).

Tableau 6 : Analyse de la non réponse (Base : échantillon total)

Nombre %	Belgique	Flandre	Bruxelles	Wallonie	Homme	Femme	65-74	75-84	85+
Interviews complétés	1210 43%	497 57%	511 39%	499 53%	627 41%	880 55%	606 47%	575 46%	326 56%
Refus	891 31%	182 21%	476 36%	233 25%	483 32%	408 25%	380 29%	377 30%	134 23%
Absente	578 21%	161 18%	239 18%	178 19%	321 21%	257 16%	252 20%	245 20%	81 14%
Déménagé	57 2%	15 2%	23 2%	19 2%	31 2%	26 2%	28 2%	20 2%	9 2%
Malade	43 2%	18 2%	24 2%	1 0%	20 1%	23 2%	18 1%	16 1%	9 2%
Décédé	21 1%	7 1%	7 1%	7 1%	12 1%	9 1%	4 0%	7 1%	10 2%
En dehors des quotas	29 1%	-	29 2%	-	20 1%	9 1%	8 1%	10 1%	11 2%
Nombre de contacts	2.829	880	1309	937	1.514	1.612	1.296	1.250	580

À la fin de l'interview, les enquêteurs ont évalué le déroulement de cette dernière à l'aide d'un court questionnaire. Trois quarts des répondants n'étaient pas du tout méfiants au début de l'interview. Un quart des seniors l'étaient : un sur cinq était un peu méfiant et 5 % étaient très méfiants. Les femmes, les plus de 85 ans, les veufs, les seniors aux moyens financiers limités, les personnes vivant en appartement et les Bruxellois étaient significativement plus méfiants avant que l'enquêteur commence l'interview. À l'issue de l'interview, il ne restait, de ce quart de répondants méfiants, que 8 %. Il s'agissait principalement des plus de 85 ans, des veufs et des seniors aux moyens financiers limités.

Neuf répondants sur 10 étaient (très) motivés par la participation à l'enquête. Neuf pour cent étaient moyennement motivés et 1 % n'étaient pas motivés. Les interviewers ont constaté une moindre motivation principalement dans le chef des plus de 85 ans, des veufs et des seniors aux moyens financiers limités et avec des problèmes de santé.

Les interviewers ont estimé la capacité des répondants à comprendre les questions et à y apporter une réponse sensée comme élevée : 84 % des répondants auraient disposé de capacités suffisantes, contre 15 % disposant de capacités intermédiaires et 1 % de capacités insuffisantes. Les plus de 85 ans, les veufs et les seniors aux moyens financiers limités et avec des problèmes de santé auraient, selon les enquêteurs, significativement moins bien compris les questions.

Quatre-vingt-trois pour cent des répondants étaient concentrés pendant que l'enquêteur lisait les questions. Quinze pour cent étaient moyennement concentrés et 1 % ont fait preuve d'une concentration insuffisante. La concentration était significativement plus faible chez les femmes, les plus de 85 ans, les veufs et les seniors aux moyens financiers limités et avec des problèmes de santé. Dans 98 % des cas, le questionnaire a été rempli complètement et de manière claire.

CHAPITRE 3 RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Ce troisième chapitre traite des résultats de l'enquête. Nous nous intéresserons en premier lieu au profil de l'échantillon. À cet égard, les caractéristiques sociales et l'état de santé des seniors jouent un rôle. Les résultats permettront de mettre en rapport⁷ ces facteurs, d'une part, et la solitude et l'isolement social, d'autre part. En deuxième lieu, nous analyserons le capital social des seniors. En troisième lieu, nous analyserons les sentiments de solitude des seniors. À cet effet, nous recourrons tant à l'interrogation directe qu'aux questions indirectes. Dans un quatrième volet, nous établirons une typologie de l'isolement social des seniors. Dans ces sections, nous formulons des conclusions qui concernent l'ensemble de l'échantillon, à savoir les personnes de 65 ans et plus en Belgique. Dans la dernière partie, nous comparerons explicitement la situation des seniors vivant à domicile à celles des seniors qui séjournent dans des centres de soins et tenterons de déterminer si les seniors séjournant dans ces centres sont plus sujets ou non à la solitude.

1. Profil de l'échantillon

Dans l'échantillon, les répondants sont répartis proportionnellement aux populations des trois régions : 60 % habitent en Flandre, 31 % en Wallonie et 8 % à Bruxelles.

En ce qui concerne la variable de l'habitat, nous nous sommes basés sur la définition du Centre d'Information sur les Médias (CIM). Il s'agit d'une analyse morphologique principalement basée, d'une part, sur la densité de population et, d'autre part, sur le taux d'équipement d'une commune. Ce taux d'équipement est déterminé par la présence de dispositifs médicaux et sociaux, de possibilités sportives et récréatives, d'établissements horeca, d'équipements de transport, de services au guichet, de services publics, d'une offre culturelle, d'établissements d'enseignement et de commerces de détail. À chacune de ces 8 fonctions est attribué un score qui permet de calculer le taux d'équipement. Cette méthode permet de définir l'habitat de chaque répondant. Trente-quatre pour cent des répondants résident dans un des grands centres de notre pays (Bruxelles, Anvers, Gand, Liège ou

⁷ Afin de vérifier s'il existe une différence significative entre deux variables nominales ou ordinales, nous utilisons le test du Chi carré. Dans le cadre de ce test, une comparaison est effectuée entre les valeurs observées et les valeurs que l'on aurait dû obtenir sur une base aléatoire. Si la valeur de p est inférieure à 0,05, il faut accepter l'hypothèse d'un rapport ou une différence significatif (-ive). La probabilité que la différence soit due au hasard est inférieure à 5. Lorsque, dans cette publication, il est fait état de différences, il s'agit toujours de différences significatives.

Charleroi). Un répondant sur cinq habite en zone urbaine⁸, 15 % dans de petites localités et, enfin, 30 % dans des communes rurales. Lorsque nous comparons la répartition de l'échantillon à la répartition démographique sur le plan de l'habitat, nous constatons une légère surreprésentation, d'une part, des grands centres (34 % contre 29 % au niveau de la population) et, d'autre part, des communes rurales (30 % contre 26 % au niveau de la population). Les petites localités sont, dans notre échantillon, légèrement sous-représentées (15 % contre 23 %). La population des seniors se caractérise par une répartition inégale entre les hommes et les femmes : 58 % sont des femmes et 42 % sont des hommes. La répartition sur la base du sexe correspond aux chiffres nationaux.

Chaque répondant a dû indiquer son âge actuel au moment de l'enquête. A posteriori, nous avons répartis les répondants en trois classes d'âge : les 65-74 ans, les 75-84 ans et les 85 ans et plus. La moitié des répondants appartiennent à la catégorie des seniors les moins âgés (65-74 ans), les 75-84 ans représentant 38 % et les 85 ans et plus comptant pour 11 % de l'échantillon.

Tableau 7 : Profil sociodémographique de l'échantillon (Base : échantillon total)

		n	%
Total		1507	100%
Région	Flandre	912	60%
	Bruxelles	125	8%
	Wallonie	470	31%
Habitat	Grands centres	507	34%
	Urbain	322	21%
	Secondaire (petites localités)	221	15%
	Autres communes (rurales)	457	30%
Genre	Homme	630	42%
	Femme	877	58%
Age	65-74	755	50%
	75-84	578	38%
	85 et plus	173	11%
Etat civil	Célibataire	107	7%
	Marié/cohabitation légale	664	44%
	Légalement divorcé	113	7%
	Veuve/veuf	622	41%
Revenu subjectif	Difficile	646	43%
	Facile	861	57%
Revenus du ménage	<1.000 euro	170	14%
	1.000 - 1.200 euro	315	26%
	1.200 - 1.500 euro	262	22%
	1.500 - 2.000 euro	224	19%
	> 2.000 euro	226	19%
Nationalité	Belges	1399	94%
	Nouveaux Belges	42	3%
	Non-Belges	53	4%

⁸ Il s'agit, en Belgique, de 43 villes, et plus précisément de 16 villes régionales et de 27 petites villes.

Pour connaître l'état civil des répondants, nous leur avons demandé de sélectionner une des cinq possibilités de réponse. Le répondant pouvait indiquer être marié(e), être cohabitant(e) légal(e) (avec contrat de cohabitation), n'avoir jamais été marié(e), être veuf/veuve ou être séparé(e). Le groupe le plus important de seniors est constitué des couples, mariés ou non (44 %), suivi par les veufs (41 %). Les groupes des seniors non mariés et des divorcés ont la même taille (7 % chacun).

Pour connaître les revenus nets mensuels du ménage, nous avons demandé aux répondants dans quelle catégorie les revenus nets mensuels ⁹ du ménage se situaient. Les répondants pouvaient choisir entre huit possibilités de réponse.

Quatorze pour cent des plus de 65 ans doivent survivre avec un revenu mensuel net inférieur à 1.000 euros et 26 % avec un revenu compris entre 1.000 et 1.200 euros. Le nombre de seniors vivant avec un revenu de ménage compris entre 1.200 et 1.500 euros représente 22 % et 19 % disposent d'un revenu compris entre 1.500 et 2.000 euros. À peine 1 senior sur 5 jouit de revenus ménagers de la catégorie la plus haute (2.000 euros et plus). Plus d'un répondant sur 5 n'a pas répondu ou a refusé de répondre à cette question. Nous avons en outre demandé aux répondants d'évaluer dans quelle mesure ils parviennent à joindre les deux bouts avec leurs revenus actuels. Environ 4 seniors sur 10 indiquent joindre les deux bouts difficilement, 6 sur 10 indiquant rencontrer moins de difficultés.

Nonante-quatre pour cent des répondants sont belges, sont nés en Belgique et ont grandi en Belgique; 3 % sont des nouveaux Belges (ayant la nationalité belge mais étant nés avec une autre nationalité) et 4 % sont des non-Belges (vivant en Belgique mais ne possédant pas la nationalité belge).

La moitié des plus de 65 ans sont en bonne santé ou, du moins, est-ce la perception des seniors concernés. Quatre répondants sur 10 décrivent leur état de santé comme bon, 1 sur 10 indiquant être en mauvaise santé. Plus de la moitié (54 %) souffrent d'une maladie, d'une affection, d'un handicap ou de problèmes de santé de longue durée. Le tableau 8 fournit un aperçu des problèmes de santé et affections des seniors.

⁹ Par 'revenus nets', nous entendons les revenus tels qu'ils sont perçus après imposition et retenue des cotisations sociales. Tous les autres types de revenus, immobiliers compris, ont également été comptabilisés.

Tableau 8 : Problèmes de santé des seniors (plus de 65 ans) (Base : répondants ayant des problèmes de santé)

Problèmes de santé	%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	47%
Maladies de l'appareil circulatoire	45%
Maladies endocriniennes, de la nutrition, du métabolisme et troubles immunitaires	23%
Maladies du système nerveux et des organes des sens	18%
Maladies de l'appareil respiratoire	10%
Troubles mentaux	8%
Symptômes, signes et états morbides mal définis	8%
Maladies de l'appareil digestif	8%
Maladies des organes génito-urinaires	6%
Lésions traumatiques	4%
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1%

Pour 12 % des seniors, les déplacements sont limités à leur propre habitation (dans le cas des seniors vivant à domicile) ou à leur chambre (dans le cas des seniors séjournant dans un centre de soins). Vingt-neuf pour cent des seniors sont tombés au cours de l'année écoulée.

Tableau 9 : Profils de santé dans l'échantillon (Base : échantillon total)

		n	%
Total		1507	100%
Etat de santé subjectif	Mauvais	168	11%
	Moyen	607	40%
	Bon	732	49%
Etat de santé objectif	Problèmes de santé	810	54%
	Pas de problèmes de santé	697	46%
Mobilité	Limitée	185	12%
	Non limitée	1322	88%
Tombé durant la dernière année	Tombé	437	29%
	Pas tombé	1070	71%
Sentiments de dépression	Pas de sentiments de dépression	861	57%
	Sentiments de dépression présumés	440	29%
	Sentiments de dépression	206	14%
Problèmes de mémoire	Oui	467	31%
	Non	1040	69%
Aider d'autres personnes	Oui	648	43%
	Non	859	57%
Dépendance aux soins	Dépendant	203	13%
	Non dépendant	1304	87%
Reçoit de l'aide professionnelle à domicile	Oui	470	34%
	Non	923	66%

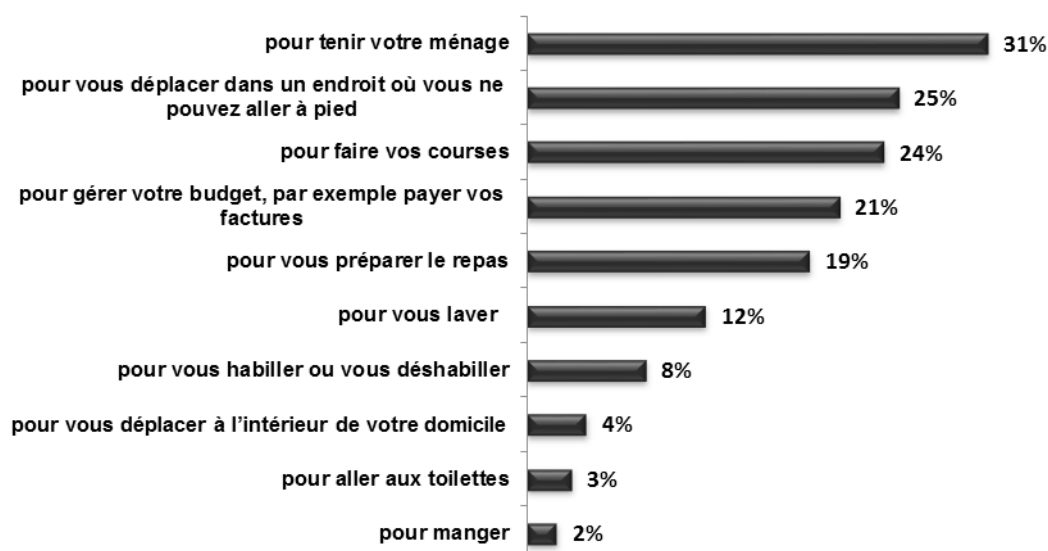
Dans le questionnaire, 4 questions fermées (oui/non) sondent la présence/l'absence de sentiments dépressifs chez les seniors. Un tiers des seniors craignent qu'un malheur leur arrive. Quinze pour cent ont le sentiment que leur vie est vide. Treize pour cent ne sont pas de bonne humeur. Douze pour cent ne sont pas intimement satisfaits de leur vie. Chez les seniors qui ont répondu positivement à une de ces questions de l'échelle de dépression gériatrique, la présence de sentiments dépressifs est présumée (Mitchell & Coyne, 2007). En cas de plus d'une réponse positive, il est question de sentiments dépressifs avérés. Ainsi, pour un senior sur trois, la présence de sentiments dépressifs est-elle présumée. Chez quatorze pour cent des seniors, les sentiments dépressifs sont avérés.

Un senior sur trois est confronté à de sérieux problèmes de mémoire; c'est-à-dire qu'ils éprouvent de la peine à mémoriser et se rappeler les choses dans une mesure propre à les handicaper dans leurs activités.

Plus de quatre seniors sur dix aident régulièrement d'autres personnes volontairement, c'est-à-dire de manière non rétribuée. Ils aident principalement des amis (53 %), leurs enfants (41 %) et leur partenaire (17%).

Treize pour cent des seniors sont dépendants de l'aide dans le cadre des activités quotidiennes telles que se laver (12 %), s'habiller/se déshabiller (8 %), se déplacer à l'intérieur du domicile (4 %), aller à la toilette (3 %) et/ou manger (2 %). Quarante-cinq pour cent des seniors séjournant dans un centre de soins sont dépendants de l'aide, soit 34 % de plus que les seniors vivant à domicile. Les femmes sont plus souvent dépendantes de l'aide que les hommes (16 % contre 10 %). Alors que 36 % des plus de 85 ans sont dépendants de l'aide, ce n'est le cas que de 9 % des 65-74 ans. Un veuf sur cinq est dépendant de l'aide. La dépendance à l'aide des seniors est significativement plus élevée en Flandre (15 %) qu'en Wallonie (10 %). Les seniors ayant des sentiments dépressifs sont plus souvent dépendants de l'aide (17 % contre 11 %).

Figure 2 : Aide nécessaire pour les activités instrumentales de la vie courante (Base : échantillon total)



Un tiers des seniors reçoit une aide professionnelle à domicile. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une aide ménagère (70 %), de l'aide d'une infirmière ou aide-soignante (32 %) et d'aide familiale (par ex. les Centres d'Aide et de Soins à Domicile, Familiehulp) (27 %). Un senior sur 10 bénéficiant d'aide à domicile fait appel aux services d'un kinésithérapeute.

Les seniors de Flandre font plus souvent appel (ou accèdent plus facilement) à une aide professionnelle à domicile que leurs homologues de Wallonie (37 % contre 27 %). Les femmes font plus souvent appel que les hommes à une aide professionnelle à domicile (37 % contre 29 %). Pas moins de 65 % des plus de 85 ans recourent à de l'aide professionnelle (22% des 65-74 ans; 42 % des 75-84 ans). La demande d'aide professionnelle à domicile est significativement plus fréquente chez les veufs que chez les seniors séparés (43 % contre 23 %).

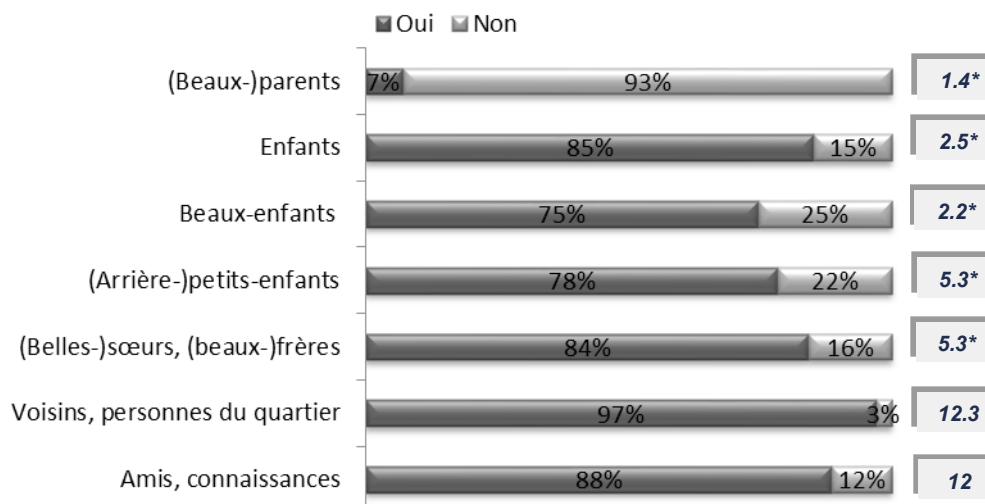
2. Capital social

Cette section abordera différents éléments du capital social des seniors. Tout d'abord, nous nous pencherons sur l'ampleur du réseau social. Combien d'enfants, de petits-enfants ou d'amis les seniors ont-ils ? En deuxième lieu, nous aborderons la fréquence des contacts. À quelle fréquence les seniors entretiennent-ils des contacts au sein de leur réseau social ? En troisième lieu, nous examinerons le degré de satisfaction procuré par ces contacts. Dans cette section consacrée à l'expérience du contact, les seniors précisent avec qui ils aimeraient avoir plus ou moins de contacts. En quatrième lieu, nous nous pencherons sur la qualité du soutien social, comme cela a déjà été fait dans le cadre de l'enquête relative à la santé. En cinquième lieu, nous observerons quels seniors ont une personne de confiance ou sont la personne de confiance de quelqu'un d'autre. Enfin, nous examinerons dans quelle mesure les seniors participent à la vie associative.

2.1 Taille du réseau social

Notre enquête a sondé la présence ou l'absence de différentes catégories de référence dans le réseau social du senior : (beaux-)parents, enfants, beaux-enfants et (arrière-)petits-enfants, (belles-)sœurs ou (beaux-)frères, voisins, amis et connaissances. Outre la présence ou l'absence d'une certaine catégorie de référence, le répondant a également été interrogé sur l'étendue de cette catégorie dans son réseau social. Les figures ci-après illustrent le nombre moyen de personnes renseignées par les seniors dont le réseau social comporte la catégorie de référence concernée. En ce qui concerne les relations familiales (*) et les non-parents, la moyenne se base aussi bien sur les personnes qui comptent des non-parents que sur celles qui ne comptent pas de non-parents dans leur réseau.

Figure 3 : Présence ou absence de catégories de référence dans le réseau social des seniors (65 ans et plus) et étendue moyenne des catégories de référence (Base : échantillon totale)

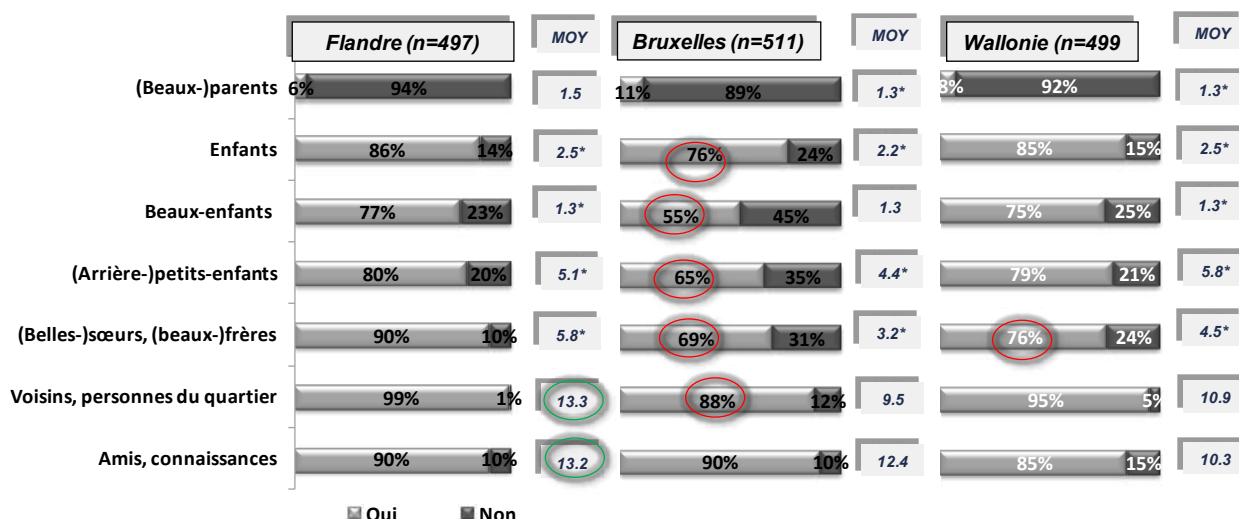


Il ressort de la figure 3 qu'à peine 7 % des plus de 65 ans ont encore des parents ou beaux-parents en vie. Quarante-cinq pour cent des seniors ont des enfants et trois-quarts des beaux-enfants. Trois-quarts des seniors ont des (arrière-)petits-enfants et 80 % ont des (beaux-)frères ou (belles-)sœurs. Plus de 10 % des seniors indiquent ne pas avoir d'amis ou de connaissances et 3 % ne connaîtraient personne dans le voisinage ou le quartier.

2.1.1 Lien avec les caractéristiques sociodémographiques

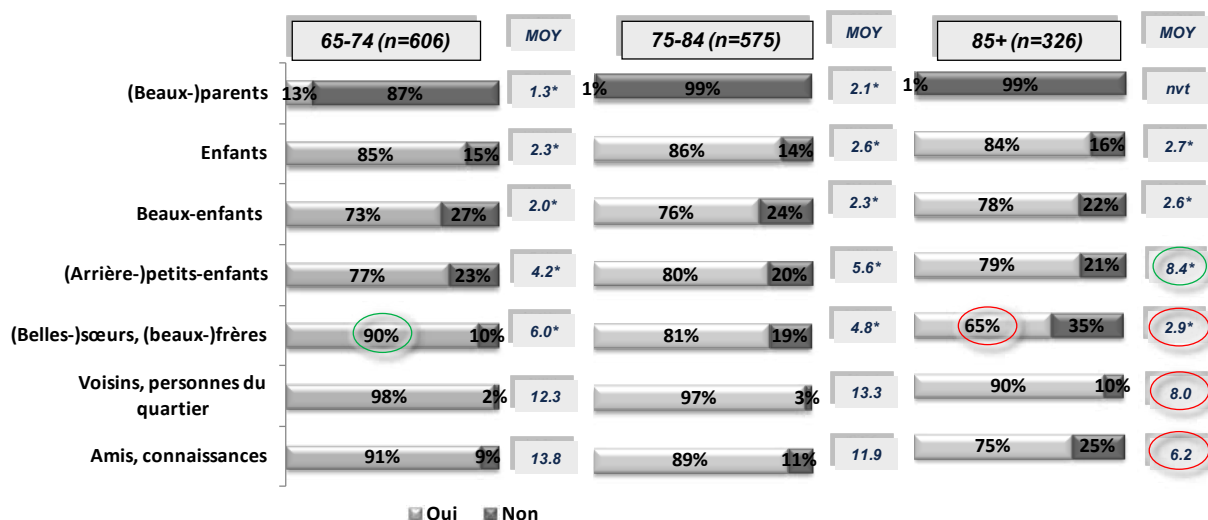
C'est le réseau social des seniors bruxellois qui est le moins développé. En Wallonie, les seniors peuvent relativement peu compter sur la famille au sens large. C'est en Flandre que la part des non-parents est la plus étendue dans le réseau social. Alors que, en moyenne, les Flamands ont 13 amis et connaissent 13 voisins, ces chiffres sont plus faibles à Bruxelles et en Wallonie (respectivement 12 et 9; et 10 et 11).

Figure 4 : Présence ou absence de catégories de référence dans le réseau social des seniors (65 ans et plus) et étendue moyenne des catégories de référence par région (Base : échantillon totale)



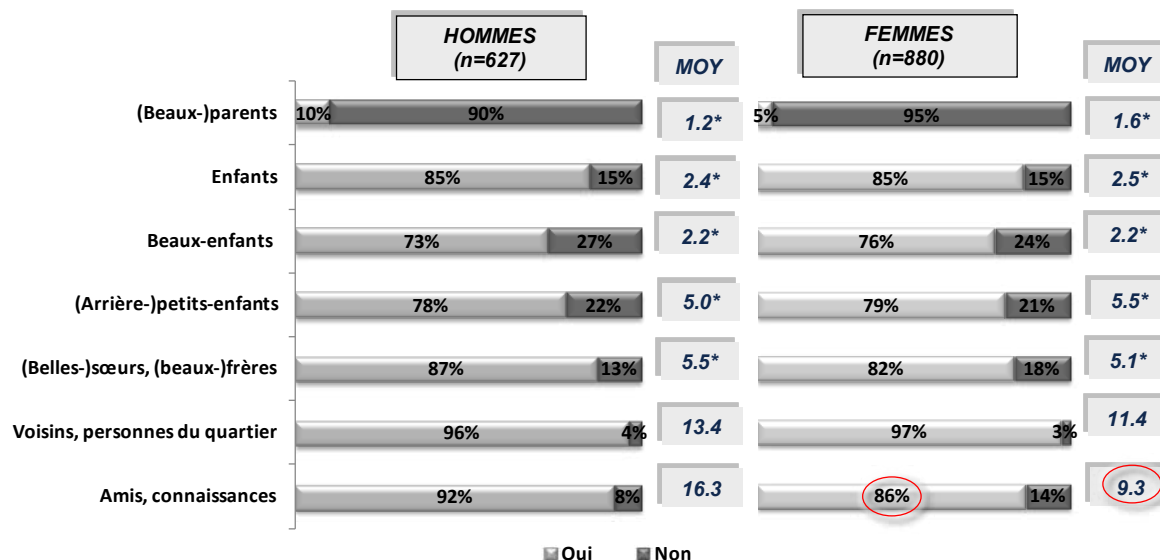
Parmi les 65-74 ans, 9 personnes sur 10 peuvent encore compter sur des frères ou sœurs, contre 81 % chez les 75-84 ans et 60 % chez les plus de 85 ans. Le cercle d'amis et de connaissances se réduit donc fortement à partir de 85 ans.

Figure 5 : Présence ou absence de catégories de référence dans le réseau social des seniors (65 ans et plus) et étendue moyenne des catégories de référence par groupe d'âge (Base : échantillon totale)



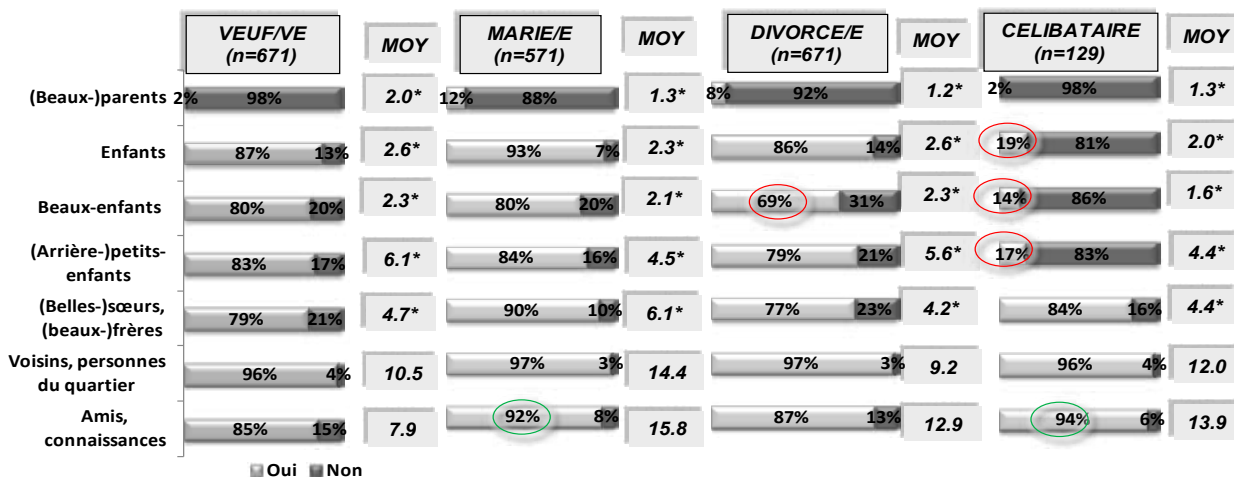
Les femmes déclarent plus souvent que les hommes ne pas avoir d'amis ou de connaissances. Leur cercle d'amis est en outre plus réduit (9 contre 16).

Figure 6 : Présence ou absence de catégories de référence dans le réseau social des seniors (65 ans et plus) et étendue moyenne des catégories de référence par sexe (Base : échantillon totale)



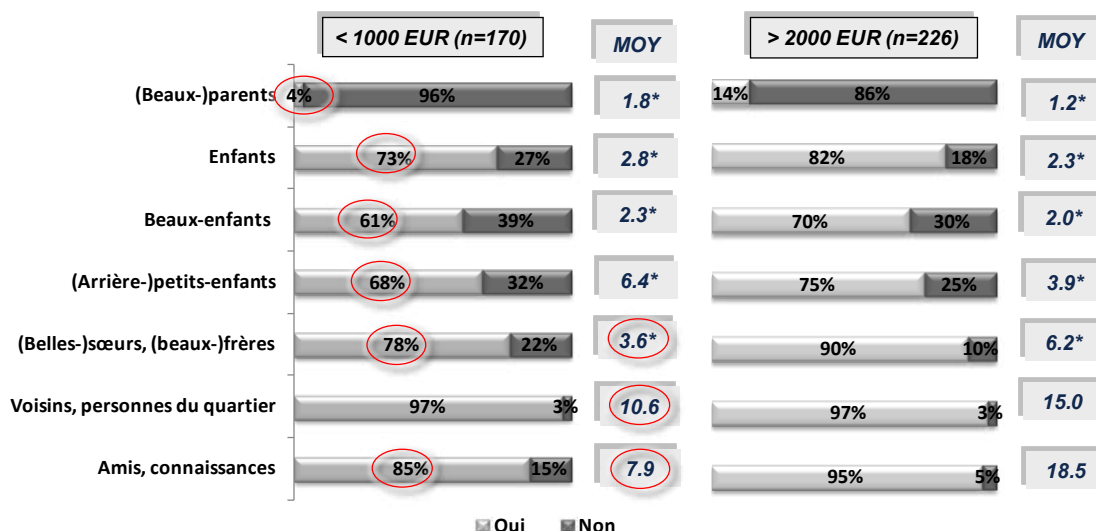
Ce sont les seniors veufs qui disposent du réseau de non-parents le plus restreint, suivis des personnes séparées. Si les personnes non mariées possèdent un cercle familial moins développé que les autres personnes seules (veufs et séparés), ils peuvent néanmoins compter sur leur cercle d'amis.

Figure 7 : Présence ou absence de catégories de référence dans le réseau social des seniors (65 ans et plus) et étendue moyenne des catégories de référence par état civil (Base : échantillon totale)



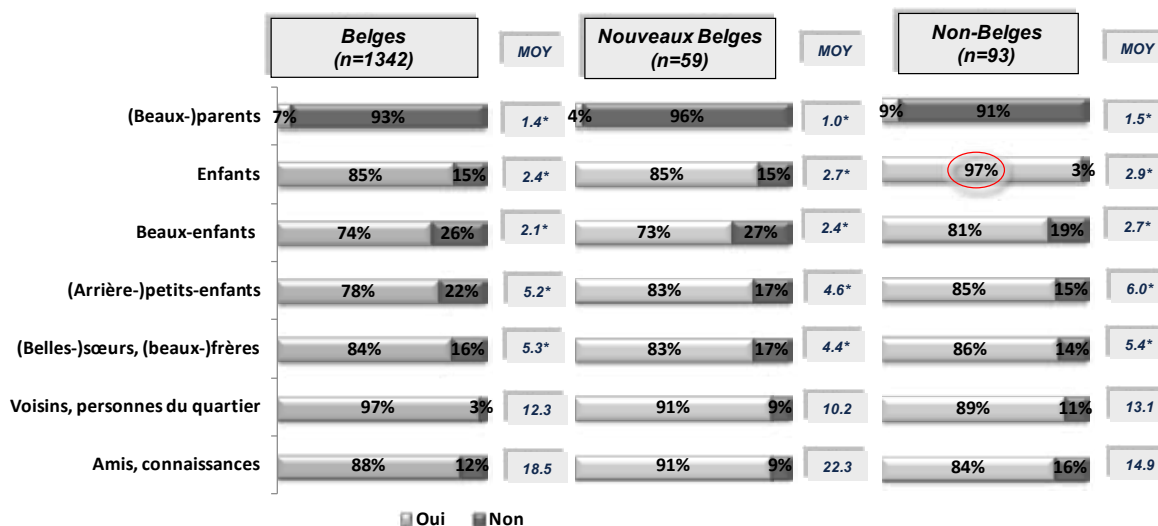
Plus les revenus sont faibles, plus le réseau social est restreint. Les seniors disposant de revenus inférieurs à 1.000 euros ont significativement moins souvent des (beaux-)parents, (beaux-)enfants, petits-enfants, frères et/ou sœurs et amis. Quand ils ont ce genre de relations, elles sont nettement moins nombreuses que chez les seniors qui disposent de revenus supérieurs à 2.000 euros. Ces seniors ont plus du double d'amis et de (beaux-)frères et/ou (belles-)sœurs. Ils connaissent aussi beaucoup plus de voisins et d'habitants du quartier que les seniors aux revenus plus limités.

Figure 8 : Présence ou absence de catégories de référence dans le réseau social des seniors (65 ans et plus) et étendue moyenne des catégories de référence par niveau de revenus (Base : échantillon totale)



L'ampleur du réseau social diffère pour les Belges, nouveaux Belges et non-Belges. Les non-Belges ont significativement plus souvent des enfants et ce, en plus grand nombre; ils ont également plus de beaux-enfants que les Belges et nouveaux Belges.

Figure 9 : Présence ou absence de catégories de référence dans le réseau social des seniors (65 ans et plus) et étendue moyenne des catégories de référence par nationalité (Base : échantillon totale)

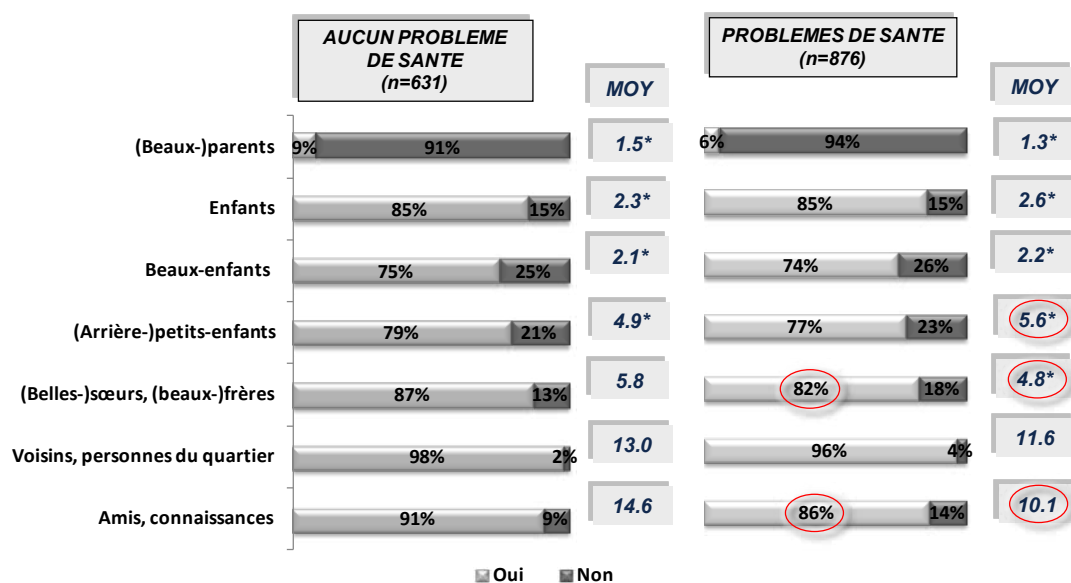


2.1.2 Lien avec la situation de santé

a. Analyse par état de santé subjectif et objectif

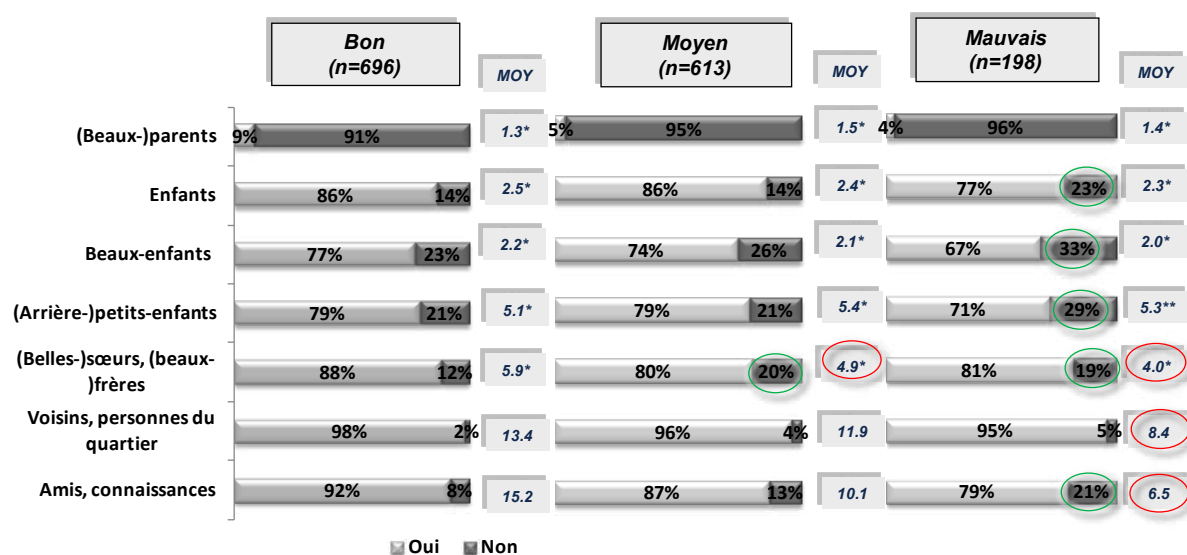
Les seniors ayant des problèmes de santé disposent moins souvent d'un cercle familial étendu : non seulement ils ont moins souvent des (beaux-)frères/(belles)-sœurs, mais lorsqu'ils en ont, ils en ont aussi moins. Ils connaissent moins souvent des voisins et, de manière significativement plus fréquente, ils ont moins d'amis, quand ils en ont, que les personnes sans problèmes de santé.

Figure 10 : Présence ou absence de catégories de référence dans le réseau social des seniors (65 ans et plus) et étendue moyenne des catégories de référence par état de santé objectif (Base : échantillon totale)



À tous points de vue, les seniors en mauvaise santé disposent d'un réseau social plus restreint. Un senior en mauvaise santé sur cinq n'a pas d'amis. Ce n'est le cas que d'un senior en bonne santé sur dix. Le nombre d'amis diminue également à mesure que l'état de santé du senior se détériore.

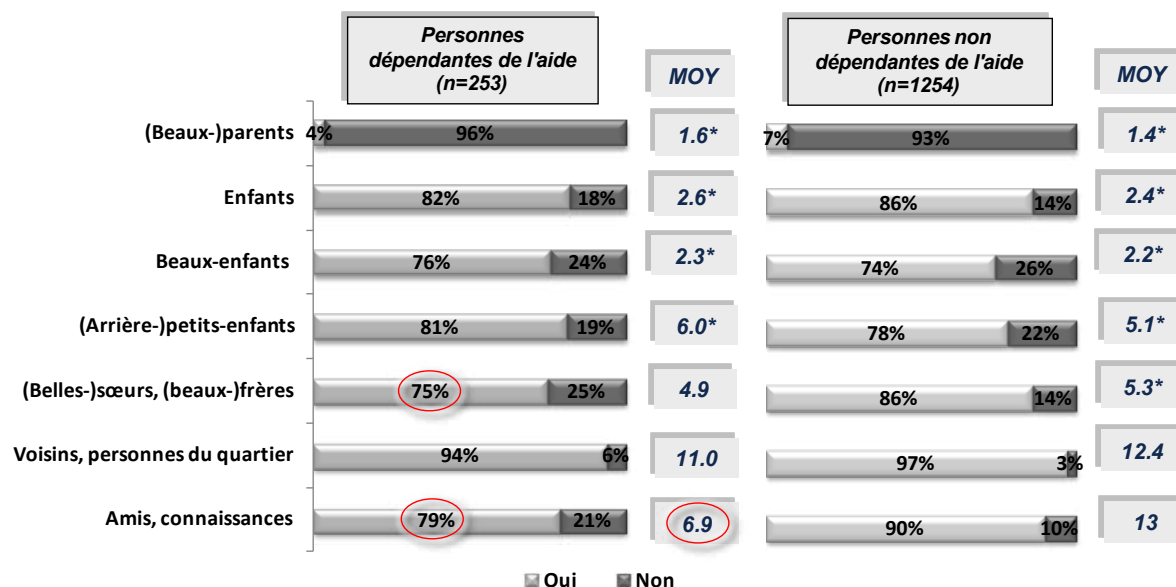
Figure 11 : Présence ou absence de catégories de référence dans le réseau social des seniors (65 ans et plus) et étendue moyenne des catégories de référence par état de santé subjectif (Base : échantillon totale)



b. Analyse par dépendance à l'aide

Le réseau social des seniors dépendants de l'aide compte significativement moins de (beaux-) frères et (belles-)sœurs : un quart d'entre eux n'en ont pas, une proportion nettement supérieure aux 14 % de seniors non dépendants de l'aide et qui n'ont ni (beaux-)frères, ni (belles-)sœurs. En outre, les seniors dépendants de l'aide sont significativement plus nombreux à ne pas avoir d'amis ou de connaissances. Quand ils en ont, leur réseau d'amis et de connaissances est plus restreint. Un senior dépendant de l'aide sur cinq n'a pas d'amis. Ces seniors ont deux fois moins d'amis que les seniors non dépendants de l'aide.

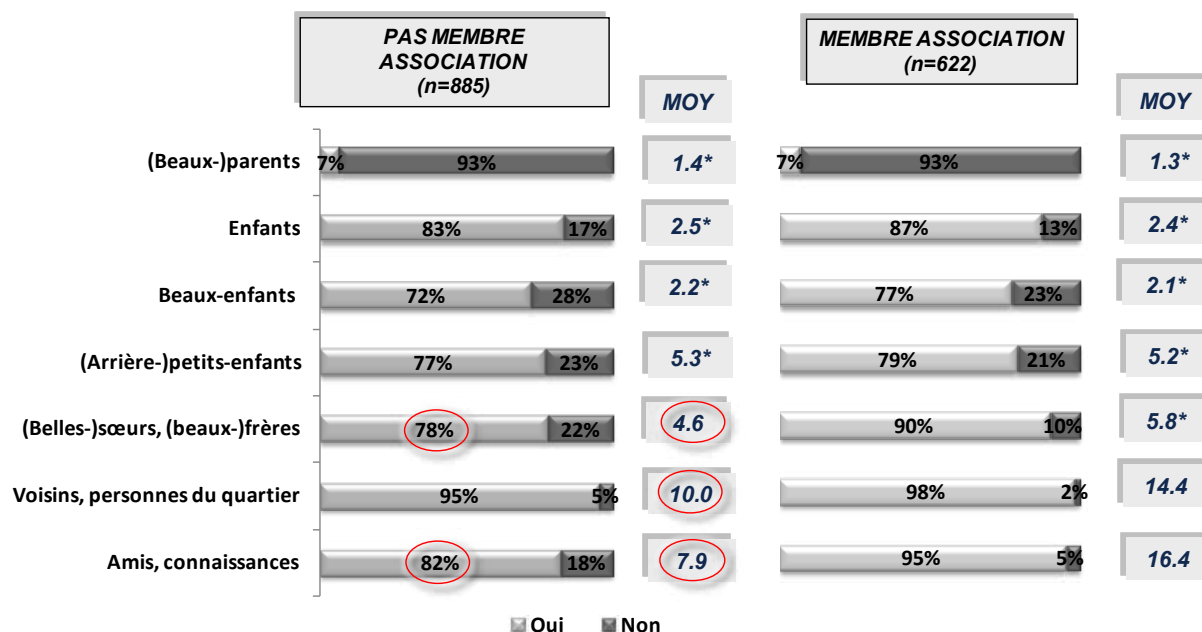
Figure 12 : Présence ou absence de catégories de référence dans le réseau social des seniors (65 ans et plus) et étendue moyenne des catégories de référence par dépendance à l'aide (Base : échantillon totale)



2.1.3 Lien avec la participation sociale

L'étendue du cercle familial vertical ne diffère pas entre les membres actifs et les non-membres (ou membres non actifs). Il existe toutefois une différence en ce qui concerne l'étendue du cercle familial collatéral et du cercle non familial. Le réseau social des seniors qui ne participent pas (activement) à la vie associative compte moins de (beaux-)frères/sœurs et d'amis ou de connaissances. Ils ont également moins de frères/sœurs, connaissent moins de voisins/personnes du quartier et ont moins d'amis et de connaissances. Les seniors qui participent activement à la vie associative ont deux fois plus d'amis que ceux qui n'y participent pas (16 amis et connaissances contre 8).

Figure 13 : Présence ou absence de catégories de référence dans le réseau social des seniors (65 ans et plus) et étendue moyenne des catégories de référence (Base : échantillon totale)



2.2 Fréquences de contact

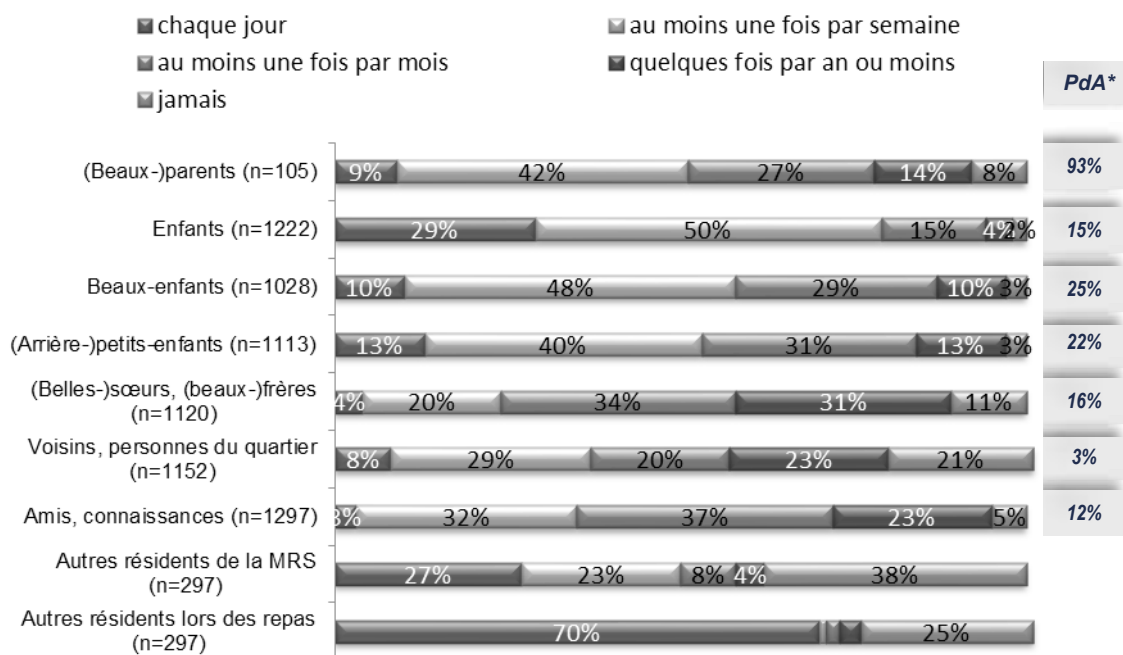
Disposer d'un réseau social étendu est une chose, mais la fréquence réelle des contacts sociaux avec ce réseau en est une autre. Dans le cadre de cette enquête, nous avons sondé les contacts face à face, les contacts téléphoniques, les contacts par e-mail et les contacts par courrier qu'entretiennent les seniors avec leur réseau social.

2.2.1 Contacts face à face

C'est avec leurs enfants que les seniors entretiennent les contacts les plus étroits. Huit sur dix ont des contacts au moins hebdomadaires avec eux : 1 sur 3 a des contacts quotidiens et la moitié des contacts hebdomadaires. Deux pour cent ont rompu le contact avec leurs enfants. La moitié des (arrière-)petits-enfants ont au moins un contact hebdomadaire avec le senior. Trois pour cent des seniors n'ont jamais de contacts avec leurs (arrière-)petits-enfants. Les relations familiales collatérales se caractérisent par des contacts moins fréquents.

Figure 14 : Fréquence des contacts face à face des seniors (65 ans et plus) avec leur réseau social (Base : répondants ayant/connaisant les parents/non-parents suivants)

Six pour cent des seniors ne voient leurs enfants que quelques fois par an tout au plus (dont 3 % ne les



* PdA = Pas d'application

voient jamais), 16 % ne voient pas plus fréquemment leurs (arrière-)petits-enfants et 44 % des seniors ne voient leurs (beaux-)frères et (belles-sœurs) que quelques fois par an tout au plus (dont 11 % jamais).

Vingt-huit pour cent des seniors ne voient leurs amis/connaissances, quand ils en ont, que quelques fois par an ou moins (dont 5 % jamais). Quarante-quatre pour cent des seniors n'entretiennent pas de contacts réguliers avec leurs voisins ou les habitants de leur quartier. Un sur cinq ne les voit jamais (3 % ont même déclaré ne connaître aucun voisin ou habitant du quartier).

Il ressort du tableau 10 ci-dessous que les seniors qui n'ont jamais ou que rarement des contacts directs (= pas de contact face à face au moins hebdomadaires) ne compensent que partiellement par des contacts à distance tels que le contact téléphonique ou par internet. Deux-tiers des seniors qui ne voient personne durant la semaine ont néanmoins des contacts téléphoniques hebdomadaires avec le cercle familial ou des non-parents. Un tiers des seniors qui ne voient personne durant la semaine ne parlent donc à personne de vive voix. Quarante-vingt-quatre pour cent des seniors qui ont régulièrement des contacts directs ont également des contacts téléphoniques réguliers. L'enquête démontre donc que le contact à distance est plus fréquent quand il existe également un contact direct.

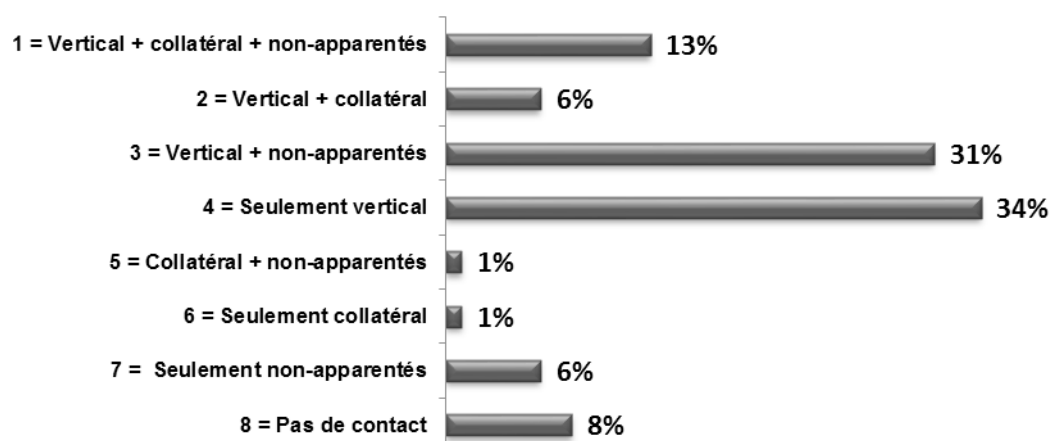
Tableau 10 : Lien entre les contacts face à face et les contacts téléphoniques et contacts par internet (Base : répondants ayant/connaisant des parents/non-parents)

Contact face à face n % par colonne % par ligne	Contacts téléphoniques		Contact par internet	
	< 1 fois par semaine	1 fois par semaine ou plus	< 1 fois par semaine	1 fois par semaine ou plus
n (pondéré)	186	910	113	146
Moins qu'une fois par semaine	87	29	7	16
	8%	16%	6%	11%
	100%	34%	8%	18%
Au moins une fois par semaine	1009	156	107	130
	92%	84%	94%	89%
	100%	16%	11%	13%

Les catégories de référence sont subdivisées en trois grands types de relations. Les contacts avec les enfants, beaux-enfants et (arrière)-petits-enfants sont des relations familiales verticales. Les contacts avec les (beaux-)frères ou (belles-)sœurs sont des relations collatérales. Enfin, les contacts avec les voisins, amis ou connaissances sont des relations non familiales. Cette répartition permet d'observer dans quelle mesure les seniors comptent sur leur famille immédiate, la famille au sens large et/ou sur des personnes n'appartenant pas à la famille (Vanderleyden & Audenaert, 2004).

Les plus de 65 ans ont-ils peu ou beaucoup de contacts sociaux ? En combinant les trois cercles de contacts (verticaux, collatéraux et de non-parents), nous obtenons huit types de relation différents. Par exemple, les seniors qui n'entretiennent des contacts hebdomadaires qu'avec leur cercle vertical mais ont des contacts moins fréquents avec leurs cercles collatéral et de non-parents appartiennent au type 4. La figure 15 illustre la répartition dans ces modèles relationnels.

Figure 15 : Modèles de relations face à face des seniors (65 ans et plus); combinaison de trois cercles relationnels (vertical, collatéral, non-parents) (Base : 937 répondants qui ont/connaisent les parents ou non-parents suivants)



L'importance du cercle vertical est claire : 1 senior sur 3 ne voit, au cours de la semaine, que des membres de la famille directe. Treize pour cent des seniors ont des contacts face-à-face hebdomadaires tant avec le cercle vertical qu'avec les cercles collatéral et de non-parents. Un réseau hétérogène protège contre la solitude (de Jong Gierveld et al., 2006). D'autre part, 8 % n'ont, hebdomadairement, aucun contact personnel avec la moindre personne.

2.2.2 Contacts téléphoniques

Trois quarts des seniors avec enfants ont des contacts téléphoniques au moins hebdomadaires avec leurs enfants. Plus de la moitié des seniors dont les (beaux-)parents sont encore en vie ont un contact au moins hebdomadaire avec eux.

Figure 16 : Fréquences de contact des seniors (65 ans et plus) dans le cadre des contacts téléphoniques qu'ils entretiennent avec leur réseau social (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivant)

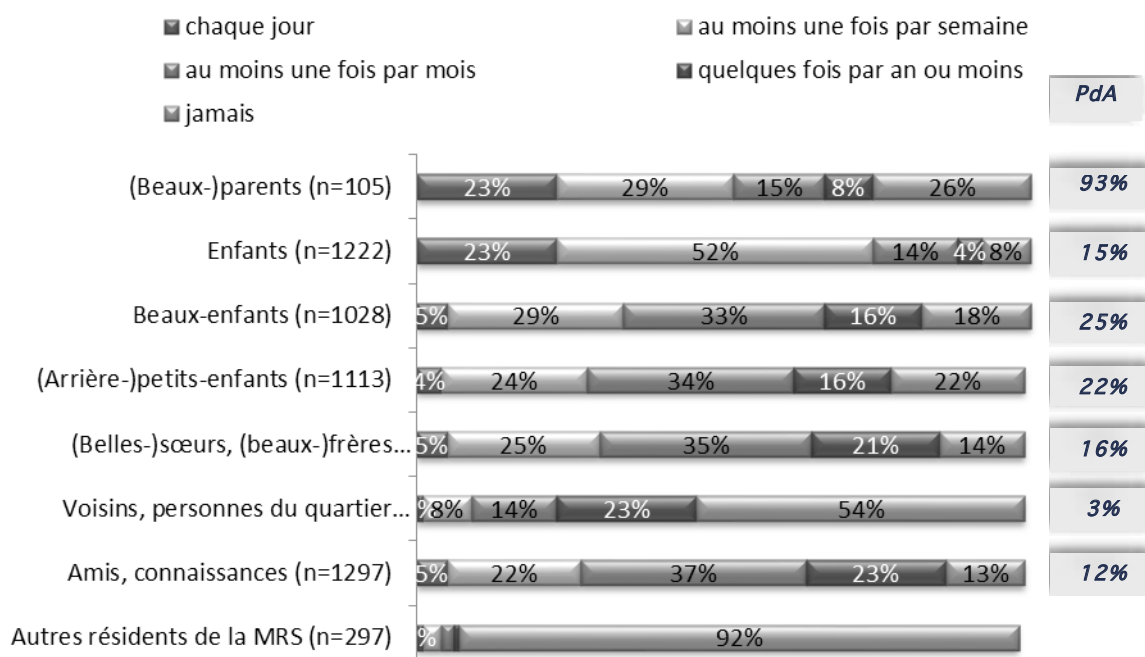
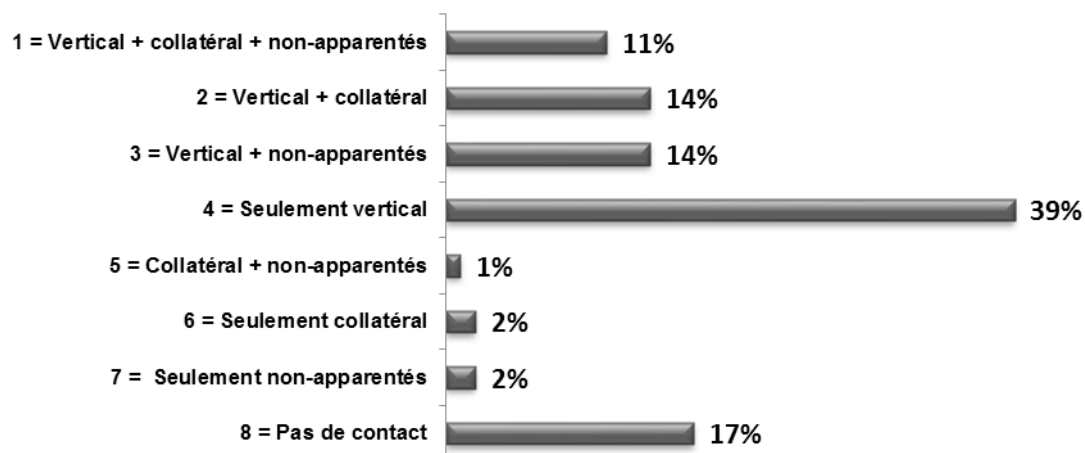


Figure 17 : Modèles de relations téléphoniques des seniors (65 ans et plus); combinaison des trois cercles relationnels (vertical, collatéral et de non-parents) (Base : 937 répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)

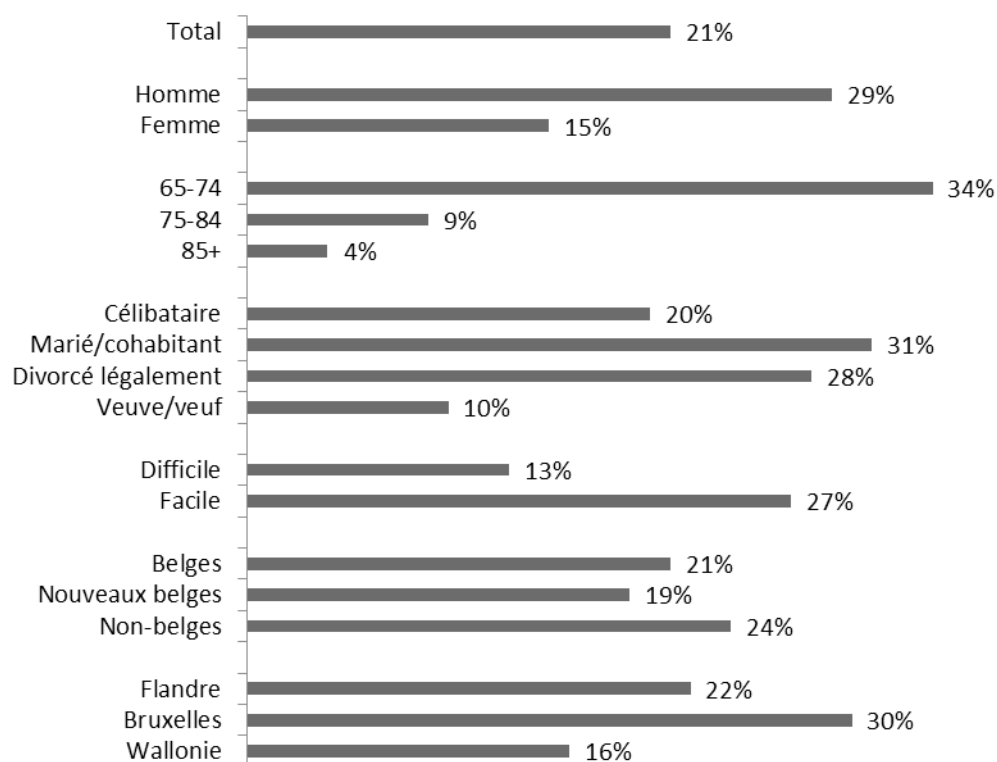


L'importance du cercle vertical apparaît à nouveau clairement lorsque nous observons les modèles de relations téléphoniques : 39 % des seniors n'ont, au cours de la semaine, que des contacts téléphoniques avec ces personnes. Onze pour cent des seniors entretiennent des contacts téléphoniques hebdomadaires aussi bien avec le cercle vertical qu'avec les cercles collatéral et de non-parents. Par ailleurs, 17 % des seniors n'ont aucun contact téléphonique.

2.2.3 Contacts par internet

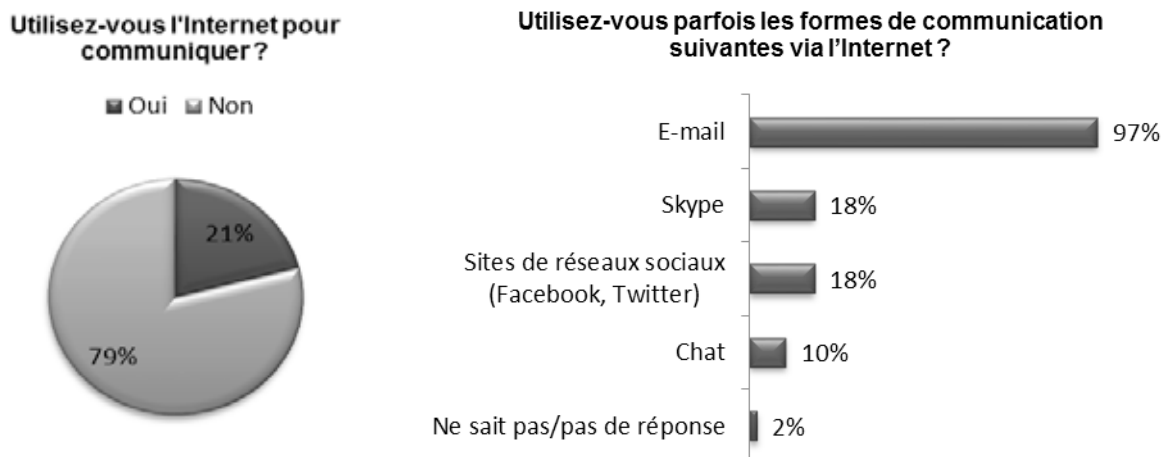
Un cinquième des seniors utilisent internet pour communiquer. Les seniors qui utilisent le plus internet sont les hommes, les seniors les moins âgés, les couples, ceux qui disposent d'un revenu permettant de joindre facilement les deux bouts et les Bruxellois. C'est en Wallonie que les seniors utilisent le moins internet.

Figure 18 : Profil des utilisateurs d'internet chez les seniors (à partir de 65 ans) (Base : répondants qui utilisent internet pour communiquer)



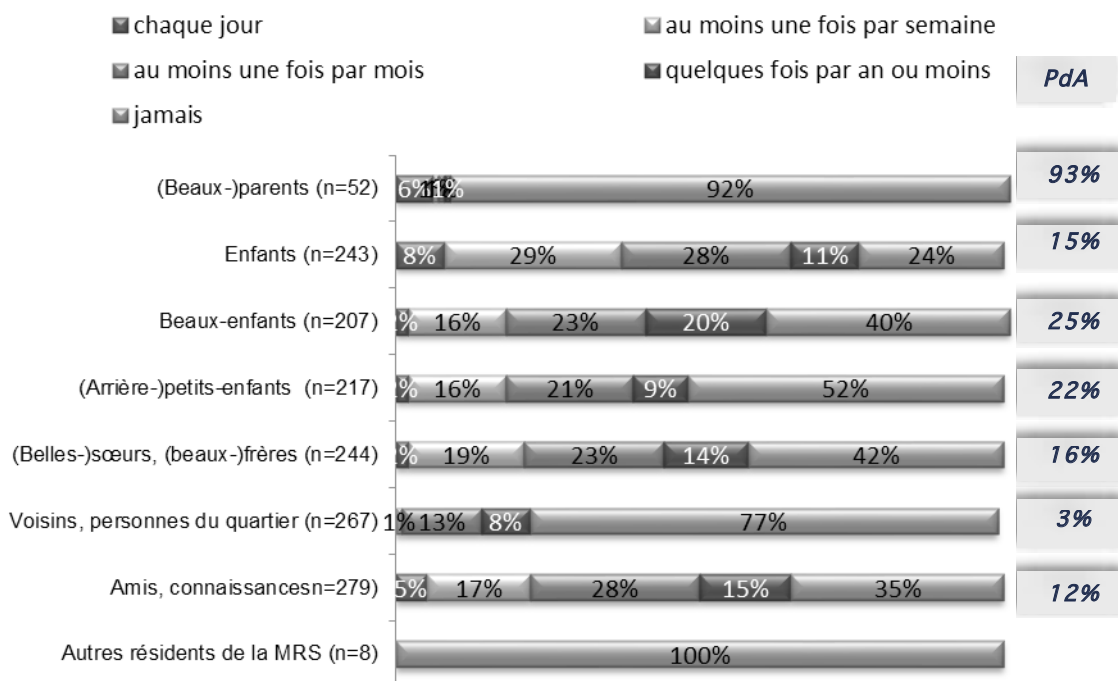
Presque tous les utilisateurs d'internet envoient des e-mails, environ 1 sur 5 utilise Skype, environ 1 sur 5 est actif sur les réseaux sociaux et 1 sur 10 chatte.

Figure 19 : Utilisation d'internet chez les seniors (à partir de 65 ans) (Base : gauche - échantillon total; droite - répondants qui utilisent internet pour communiquer)



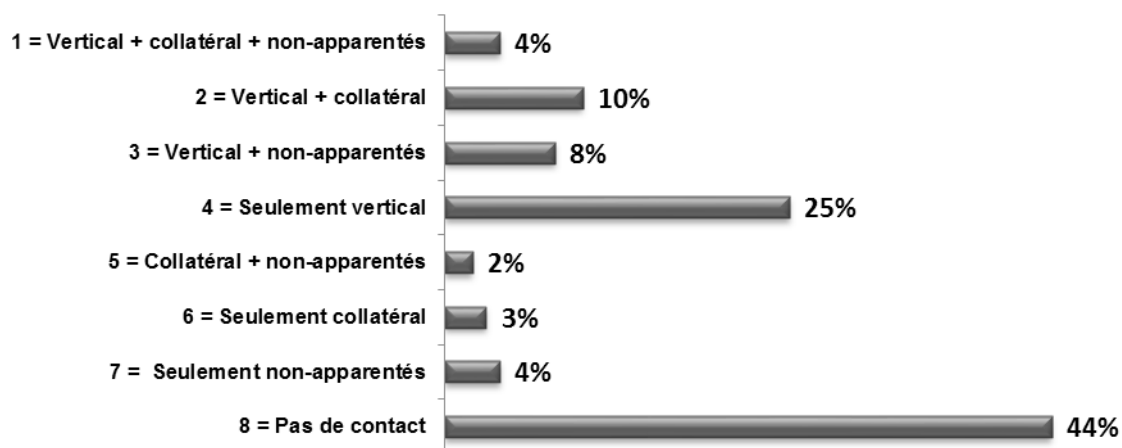
Ce sont les seniors qui utilisent internet qui communiquent le plus fréquemment avec leurs enfants. Plus de 1 sur 3 ont des contacts au moins hebdomadaires avec eux par le biais d'internet. Un quart ont des contacts au moins hebdomadaires avec des amis et connaissances via internet.

Figure 20 : Fréquences de contact des seniors (65 ans et plus) dans le cadre des contacts qu'ils entretiennent avec leur réseau social via internet (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants et utilisent internet pour communiquer)



Des seniors qui communiquent via internet, 44 % n'ont pas de contacts hebdomadaires en ligne. Ici encore, l'importance du cercle vertical est claire : un quart des seniors qui utilisent internet n'ont, durant la semaine, de contacts en ligne qu'avec les personnes qui appartiennent à ce cercle. Quatre pour cent des seniors ont, durant la semaine, des contacts en ligne aussi bien avec le cercle vertical qu'avec les cercles collatéral et de non-parents.

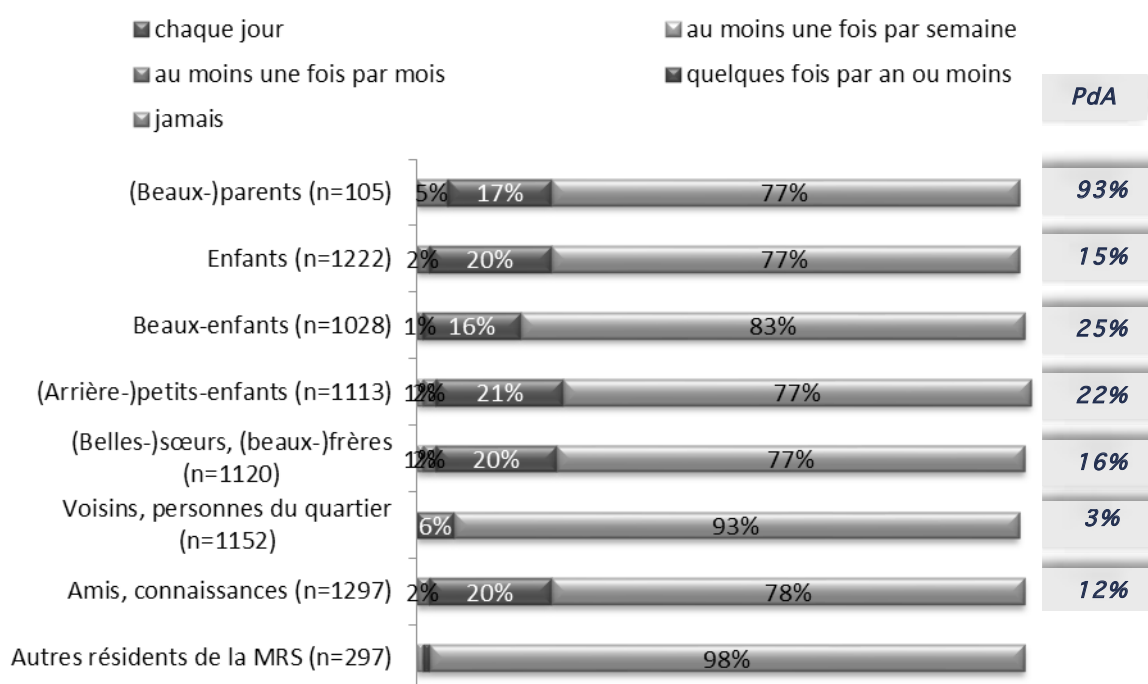
Figure 21 : Modèles de relations par internet des seniors (65 ans et plus); combinaison des trois cercles relationnels (vertical, collatéral et de non-parents) (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants et utilisent internet)



2.2.4 Contacts épistolaires

Le contact épistolaire fréquent n'est plus de notre temps, y compris pour les seniors. S'il existe tout de même un tel contact, il se limite à quelques lettres par an tout au plus.

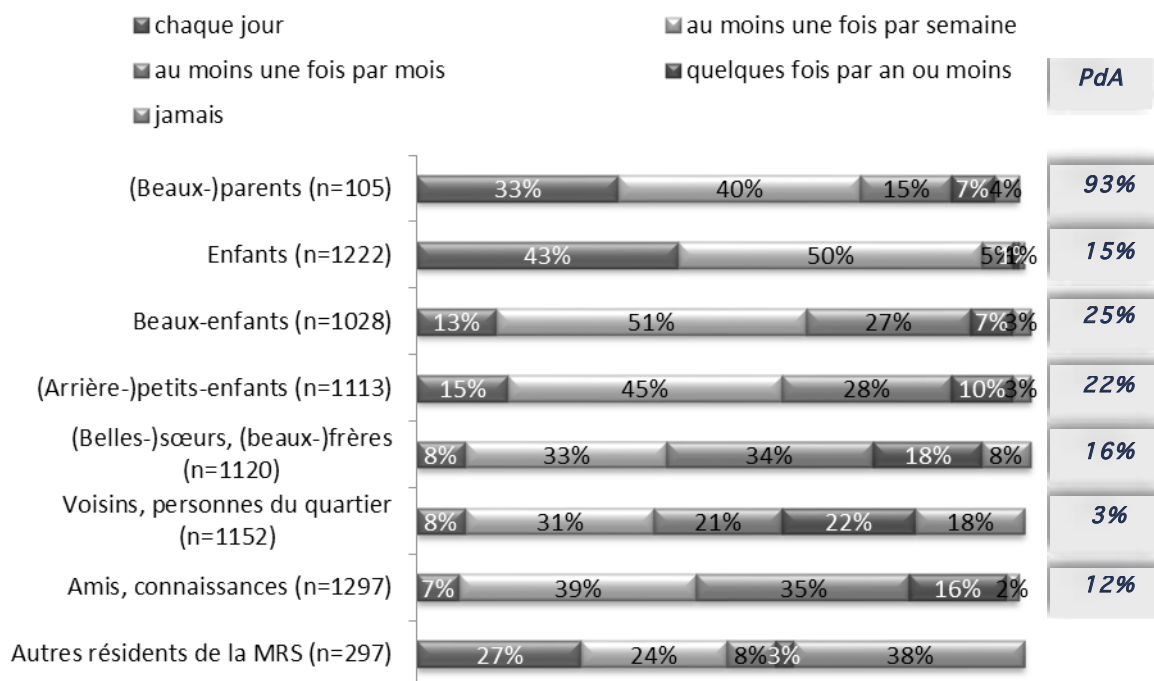
Figure 22 : Fréquences de contact des seniors (65 ans et plus) dans le cadre des contacts épistolaires qu'ils entretiennent avec leur réseau social (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)



2.2.5 Contacts cumulés

Dans ce paragraphe, nous fusionnons les contacts face à face, téléphoniques, par internet et par courrier. Lorsque, dans ce paragraphe, nous parlons de 'contact', il est donc question de l'une de ces formes. C'est avec leur famille directe que les seniors entretiennent le plus de contacts : 9 sur 10 ont des contacts au moins hebdomadaires avec leurs enfants, plus de 6 sur 10 avec leurs beaux-enfants, 6 sur 10 avec leurs (arrière-)petits-enfants. Quatre sur dix entretiennent des contacts hebdomadaires avec la famille au sens large. Ces contacts sont moins fréquents que ceux entretenus avec les amis (46 %).

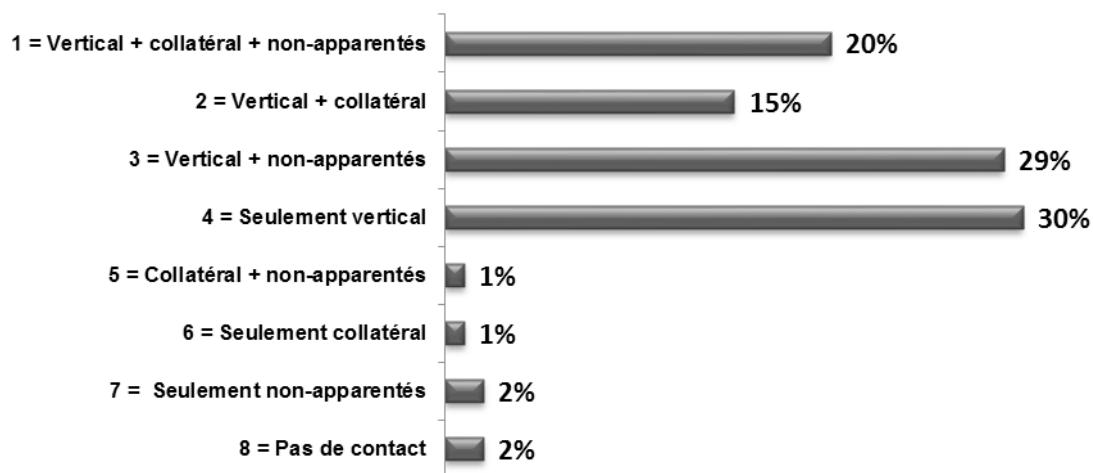
Figure 23 : Fréquences de contact cumulées des seniors (65 ans et plus) avec leur réseau social (Base : répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)



L'importance du cercle vertical est claire : 3 seniors sur 10 n'ont de contacts hebdomadaires qu'avec ces personnes. Un senior sur cinq entretient des contacts hebdomadaires tant avec le cercle vertical qu'avec les cercles collatéral et de non-parents. Deux pour cent des seniors belges sont 'pauvres en contacts' : ils n'ont aucun type de contact hebdomadaire avec qui que ce soit.

Les seniors n'entretiennent pas de contacts réguliers avec leurs amis et connaissances. Dix-huit pour cent des seniors qui ont des amis n'ont de contacts avec ces amis que quelques fois par an, tout au plus. Douze pour cent des seniors déclarent n'avoir aucun ami. L'absence d'amis dans le réseau social du senior est sensiblement plus fréquente chez les seniors les plus âgés. Pas moins d'un quart des plus de 85 ans n'ont (plus) aucun(e) ami(e) ou connaissance. Ce n'est le cas 'que' d'une personne sur dix chez les seniors les moins âgés (65-74 ans).

Figure 24 : Modèles relationnels des seniors (65 ans et plus) (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)

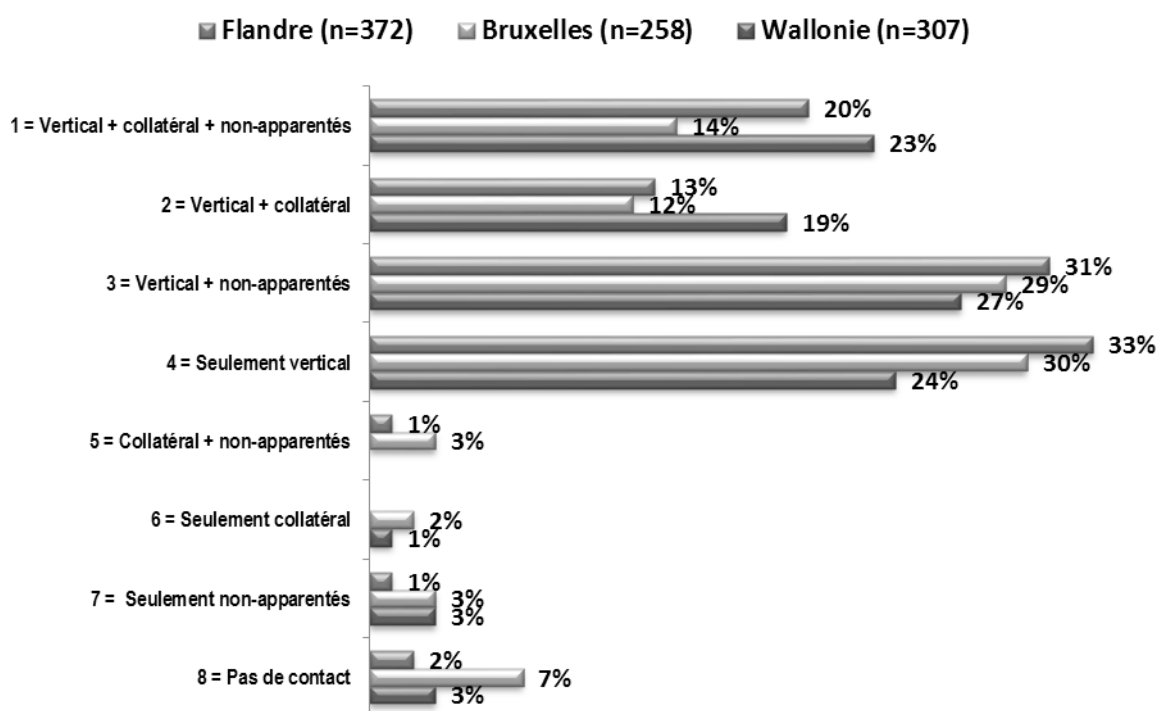


La figure 24 illustre les modèles relationnels des seniors sur la base des contacts cumulés. Deux pour cent des seniors n'ont pas le moindre contact hebdomadaire avec qui que ce soit. Si nous ne prenons en considération que les contacts face à face, alors 8 % des seniors n'ont eu de contacts avec personne durant la semaine. Les contacts par téléphone et internet peuvent permettre aux seniors de tout de même avoir des contacts hebdomadaires avec d'autres personnes.

a. Analyse en fonction de la région

Ce sont les Wallons qui entretiennent le plus de contacts avec les cercles vertical, collatéral et de non-parents (23 %); ce sont les Bruxellois qui en entretiennent le moins (14 %). Les Wallons ont plus souvent des contacts avec les seuls cercles vertical et collatéral mais entretiennent moins souvent des contacts uniquement avec le cercle vertical. Bruxelles compte davantage de personnes 'pauvres en contacts' (7 %); c'est la Flandre qui en compte le moins (2 %).

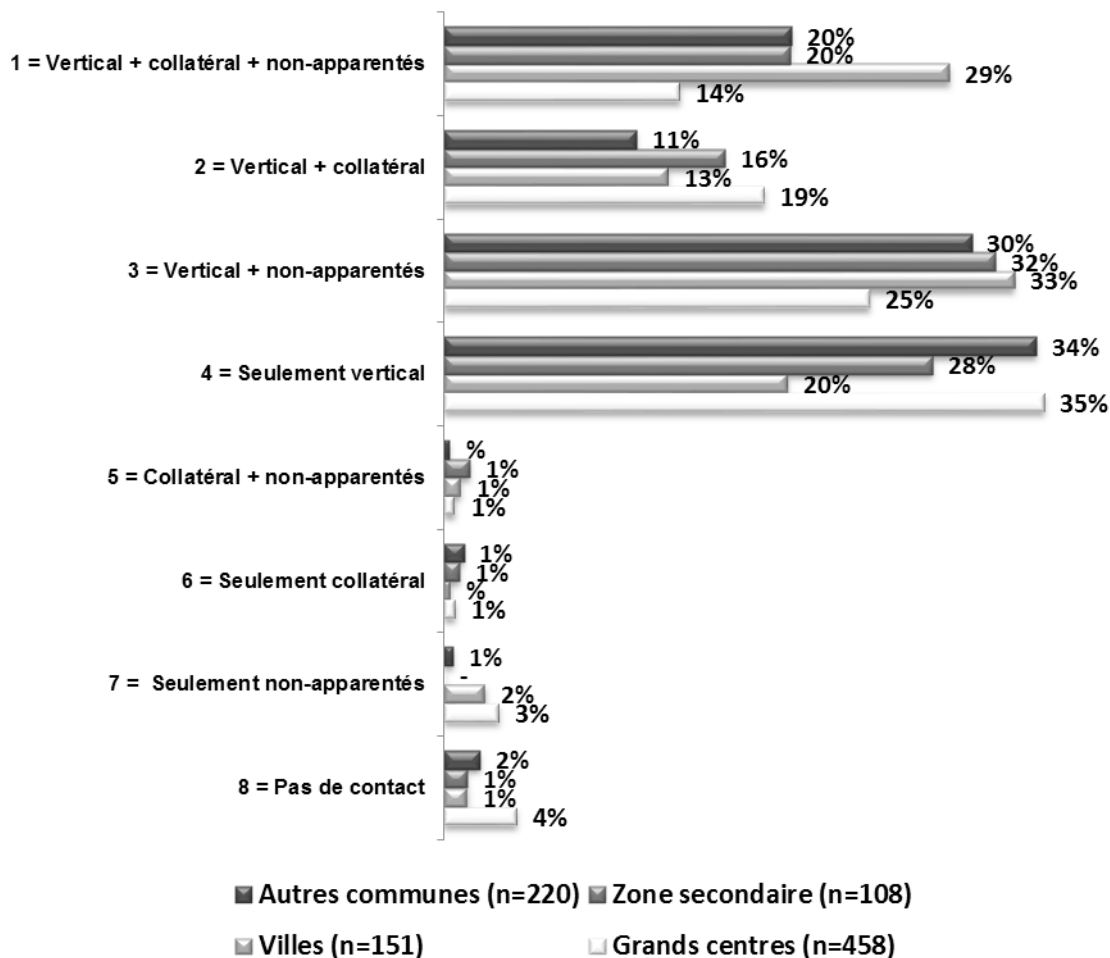
Figure 25 : Modèles relationnels des seniors (65 ans et plus) en fonction de l'état civil (Base : répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)



b. Analyse en fonction de l'habitat

Les seniors des grandes villes entretiennent plus souvent des contacts exclusivement avec le seul cercle vertical et sont plus souvent pauvres en contacts. C'est dans les zones urbaines que les seniors entretiennent les modèles relationnels les plus larges : ils sont plus souvent en contact aussi bien avec la famille directe et au sens large qu'avec des non-parents; ils sont moins souvent en contact exclusivement avec la famille directe. En zones rurales, il en va autrement : les seniors y sont plus souvent uniquement en contact avec la famille directe.

Figure 26 : Modèles relationnels des seniors (65 ans et plus) en fonction de l'habitat (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)



c. Analyse en fonction de l'âge et du sexe

Les seniors les plus âgés se tournent davantage vers leur famille que les jeunes seniors : les plus de 85 ans ont plus souvent contacts hebdomadaires exclusivement avec le cercle vertical.

Figure 27 : Modèles relationnels des seniors (65 ans et plus) en fonction de l'âge (Base : répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)

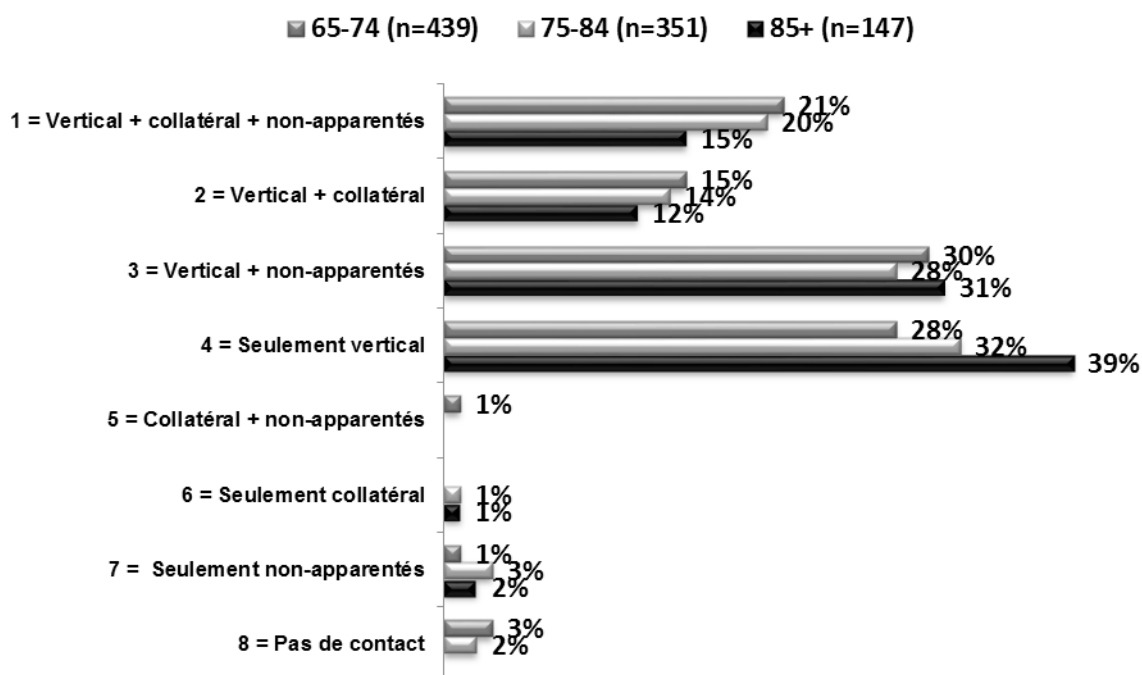
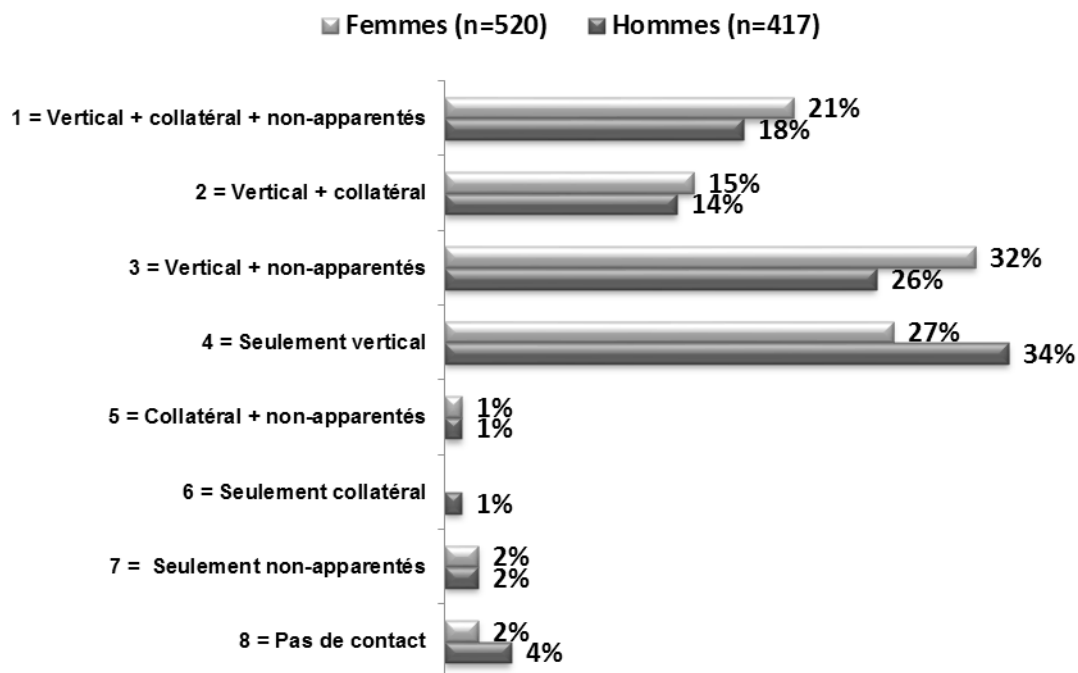


Figure 28 : Modèles relationnels des seniors (65 ans et plus) en fonction du sexe (Base : répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)

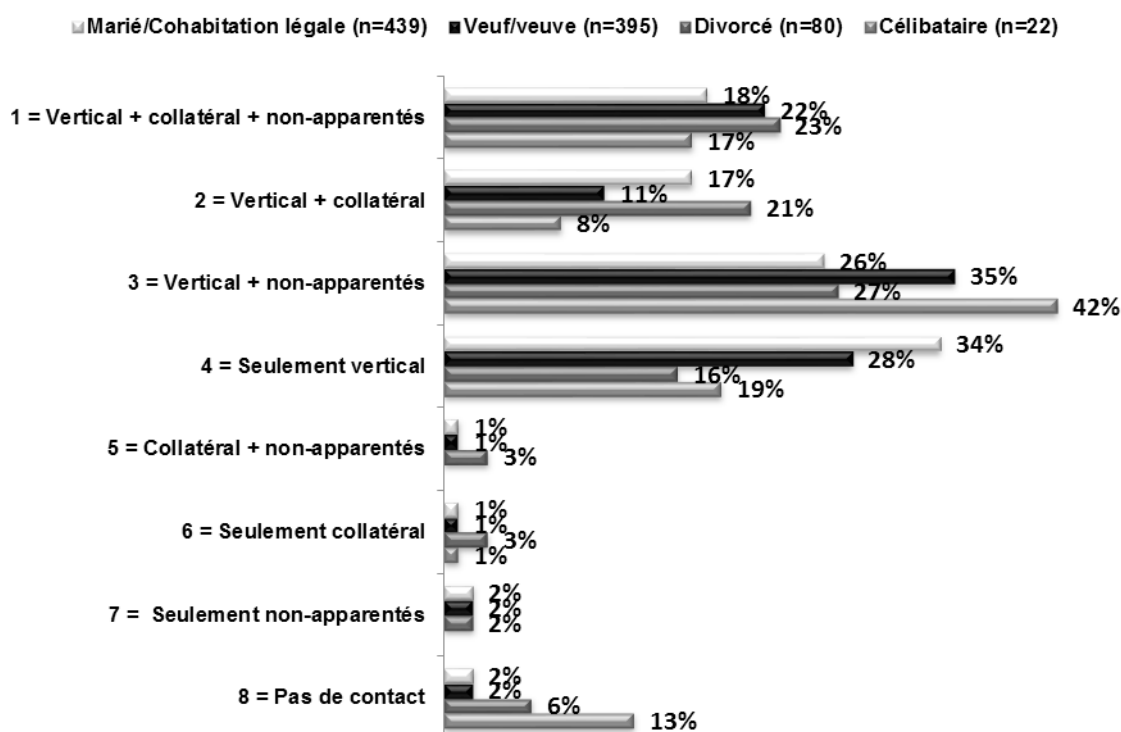


Les hommes ont plus souvent des contacts exclusivement avec le cercle familial; ils sont en outre plus fréquemment pauvres en contacts que les femmes. Les femmes entretiennent plus fréquemment des contacts exclusivement avec le cercle vertical et les non-parents.

d. Analyse en fonction de l'état civil

Les seniors mariés entretiennent plus souvent des contacts exclusivement avec le cercle vertical, ce qui est moins souvent le cas des personnes séparées ou divorcées. Par rapport aux veufs, les mariés ont plus souvent des contacts avec les cercles vertical et collatéral. Les mariés ont moins souvent des contacts exclusivement avec le cercle vertical et les non-parents.

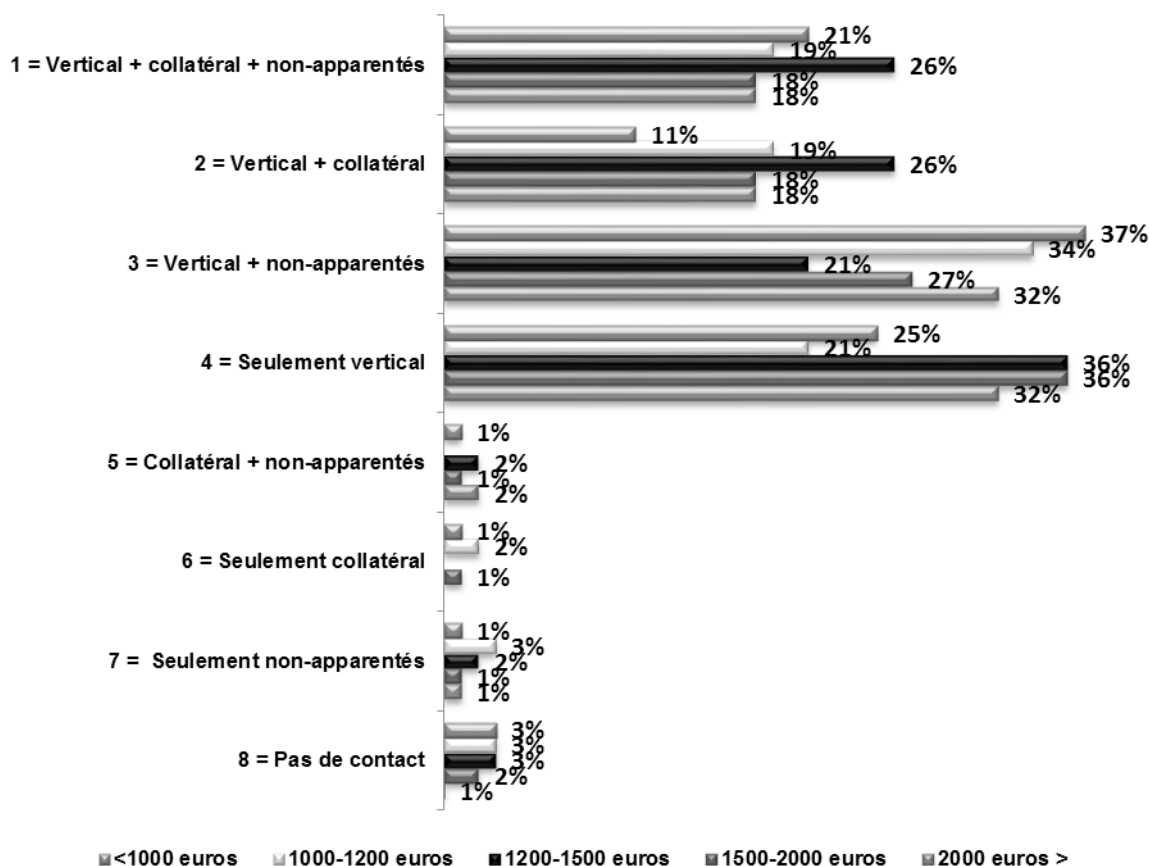
Figure 29 : Modèles relationnels des seniors (65 ans et plus) en fonction de l'état civil (Base : répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)



e. Analyse en fonction des revenus

Les seniors disposant de revenus moins élevés entretiennent moins fréquemment des contacts exclusivement avec le cercle vertical; les seniors avec des revenus compris entre 1 200 et 1.500 euros sont ceux qui entretiennent des contacts avec le réseau social le plus large : c'est le groupe qui entretient le plus fréquemment des contacts directs, par téléphone ou par internet tant avec le cercle familial au sens large qu'avec les non-parents

Figure 30 : Modèles relationnels des seniors (65 ans et plus) en fonction des revenus (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)

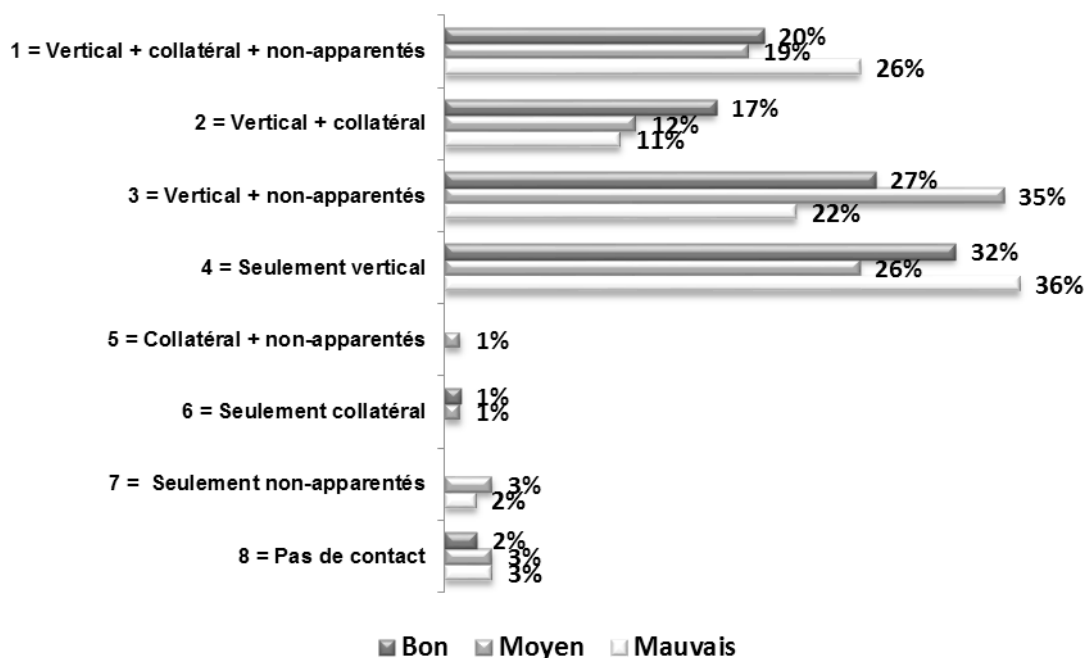


f. Lien avec la situation de l'état de santé subjectif

Analyse en fonction de l'état de santé subjectif

Les seniors avec une santé mauvaise ont plus souvent des contacts exclusivement avec le cercle vertical que les seniors en moyenne en bonne santé. Les seniors en bonne santé entretiennent plus souvent des contacts avec le cercle familial aussi bien direct qu'indirect que les seniors en moins bonne santé.

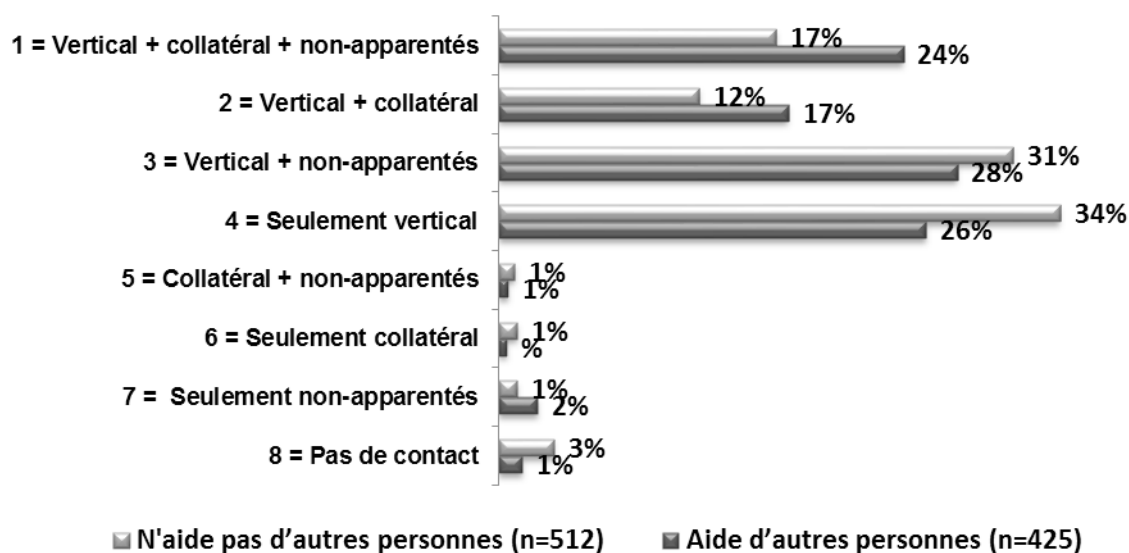
Figure 31 : Modèles relationnels (65 ans et plus) en fonction de l'état de santé subjectif (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)



Analyse en fonction de la présence d'activités d'aide aux autres

Les modèles relationnels les plus larges sont ceux des seniors qui offrent bénévolement de l'aide aux autres : parmi eux, 1 sur 4 a des contacts aussi bien avec le cercle vertical qu'avec les cercles collatéral et de non-parents (contre 17 % pour ceux qui n'offrent aucune aide aux autres). Les seniors qui ne fournissent pas d'aide aux autres sont significativement plus souvent en contact exclusif avec la famille proche.

Figure 32 : Modèles relationnels des seniors (65 ans et plus) en fonction de la présence d'activités d'aide aux autres (Base : répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)

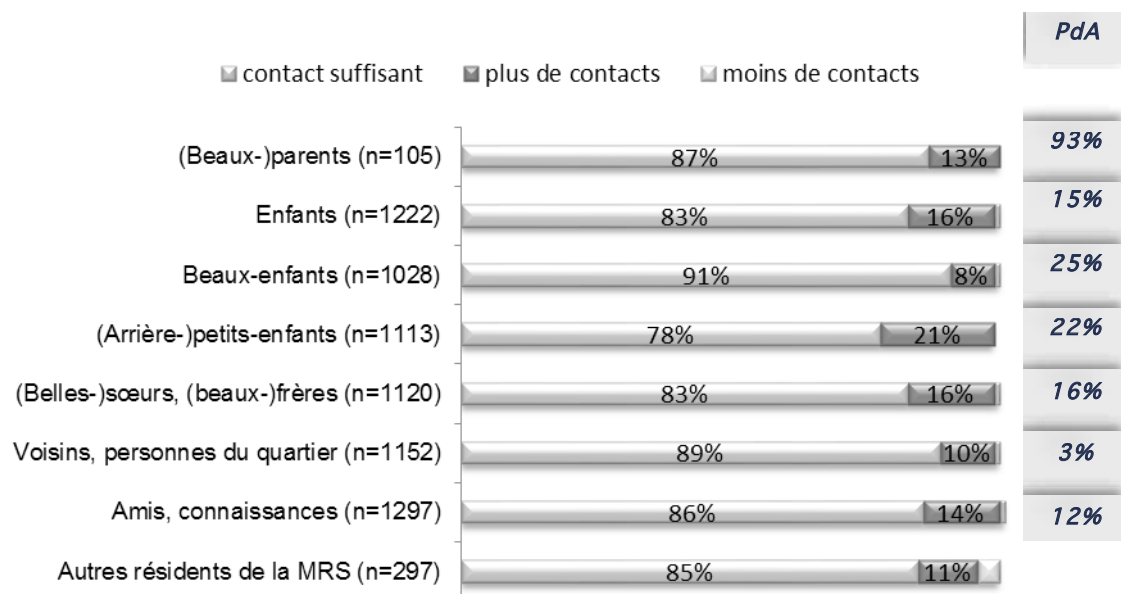


2.3 Expérience cognitive liée aux contacts sociaux

Dans le questionnaire, les seniors indiquent non seulement à quelle fréquence ils ont des contacts avec les différentes catégories de référence, mais également dans quelle mesure ils sont satisfaits de ces contacts. Le questionnaire sonde en outre une évaluation subjective de la qualité de ces contacts. Les figures ci-dessous illustrent les réponses à la question suivante : « *Trouvez-vous que vous avez suffisamment de contacts avec vos... (par ex. : enfants) ou aimeriez-vous en avoir plus ou moins ?* ».

De manière générale, 8 à 9 seniors sur 10 sont satisfaits de ces contacts. Les seniors ne souhaitent pas vraiment avoir moins de contacts avec quiconque; seuls 2 % des seniors séjournant dans des centres de soins souhaitent avoir moins de contacts avec les autres occupants du centre et 11 % souhaitent avoir davantage de contacts. Les seniors souhaitent surtout avoir plus de contacts avec leurs (arrière-) petits-enfants (21 %), (beaux-)frères et (belles-)sœurs (16 %), enfants (16 %), amis/connaissances (14 %) et voisins (10 %).

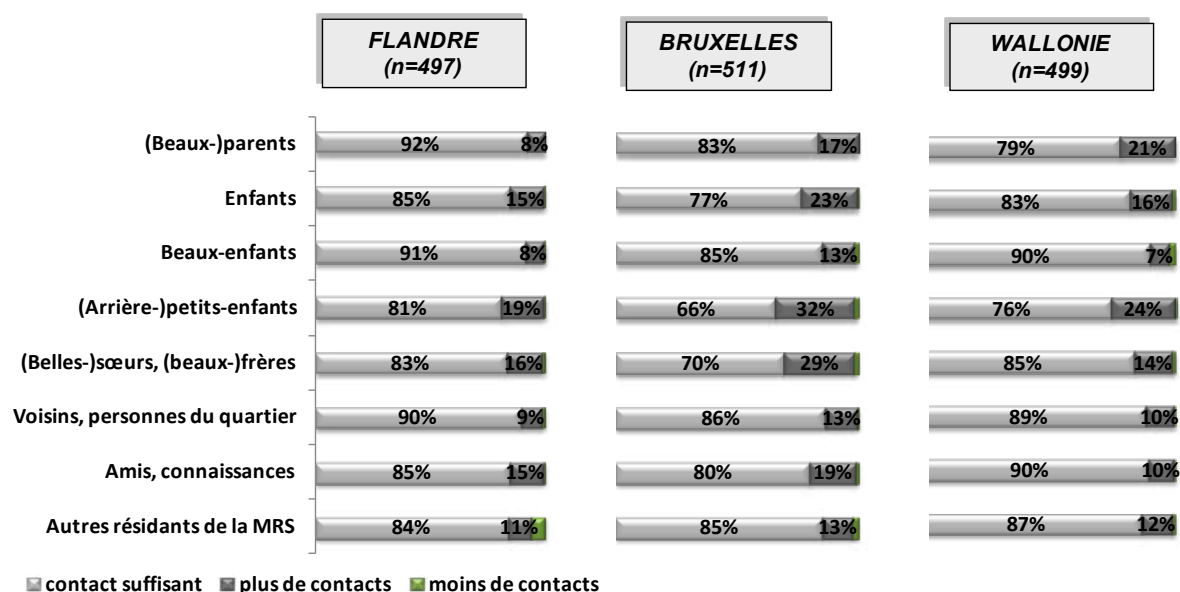
Figure 33 : Expérience cognitive des contacts chez les seniors (65 ans et plus) (Base : répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)



a. Analyse en fonction de la région

C'est à Bruxelles que le souhait d'entretenir plus de contacts est le plus présent en ce qui concerne les relations familiales verticales et collatérales.

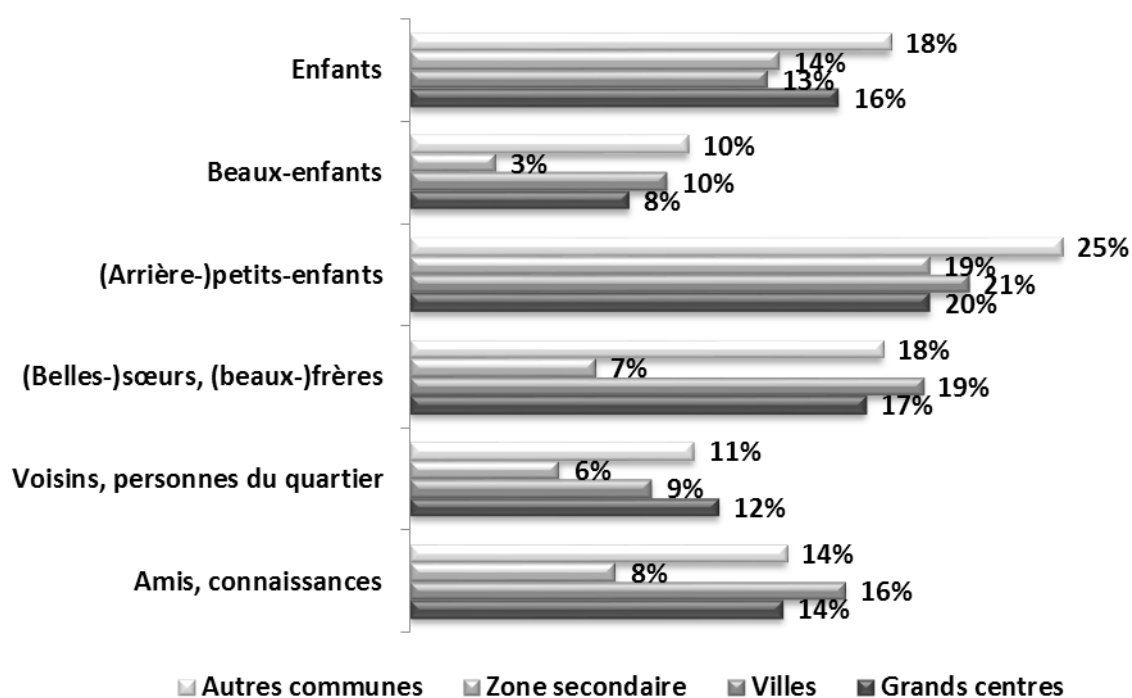
Figure 34 : Expérience cognitive des contacts chez les seniors en fonction de la région (Base : répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)



b. Analyse en fonction de l'habitat

Les seniors qui résident dans une zone secondaire sont significativement plus satisfaits des contacts qu'ils ont avec leurs petits-enfants, (beaux-)frères et (belles-)sœurs, voisins et amis que les autres seniors de Belgique.

Figure 35 : Souhait des seniors d'entretenir plus de contacts, en fonction de la région (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)



c. Analyse en fonction de l'âge et du sexe

Les plus de 85 ans souhaitent significativement plus de contacts avec des amis ou connaissances. Les seniors plus jeunes souhaitent avoir davantage de contacts avec les autres occupants de leur centre de soins.

Figure 36 : Expérience cognitive des contacts chez les seniors en fonction de l'âge (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)

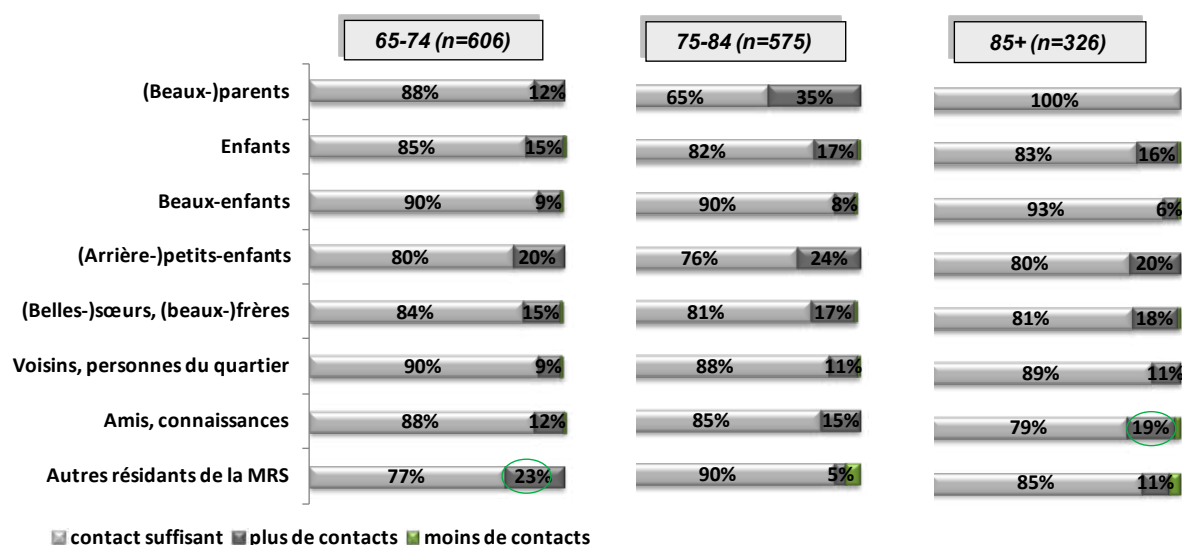
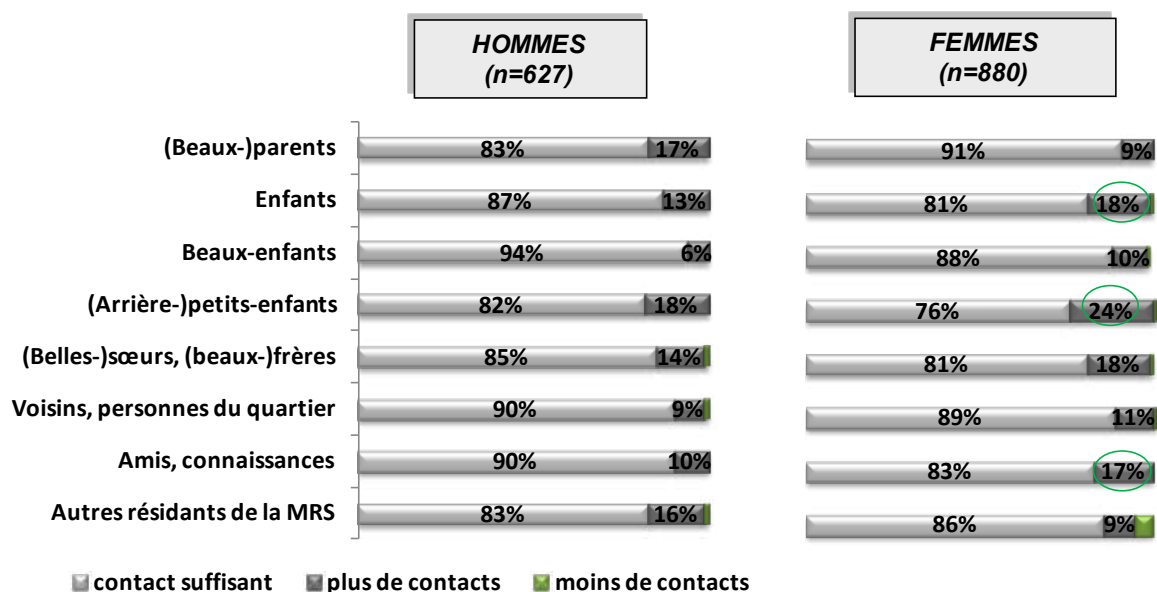


Figure 37 : Expérience cognitive des contacts chez les seniors en fonction du sexe (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)

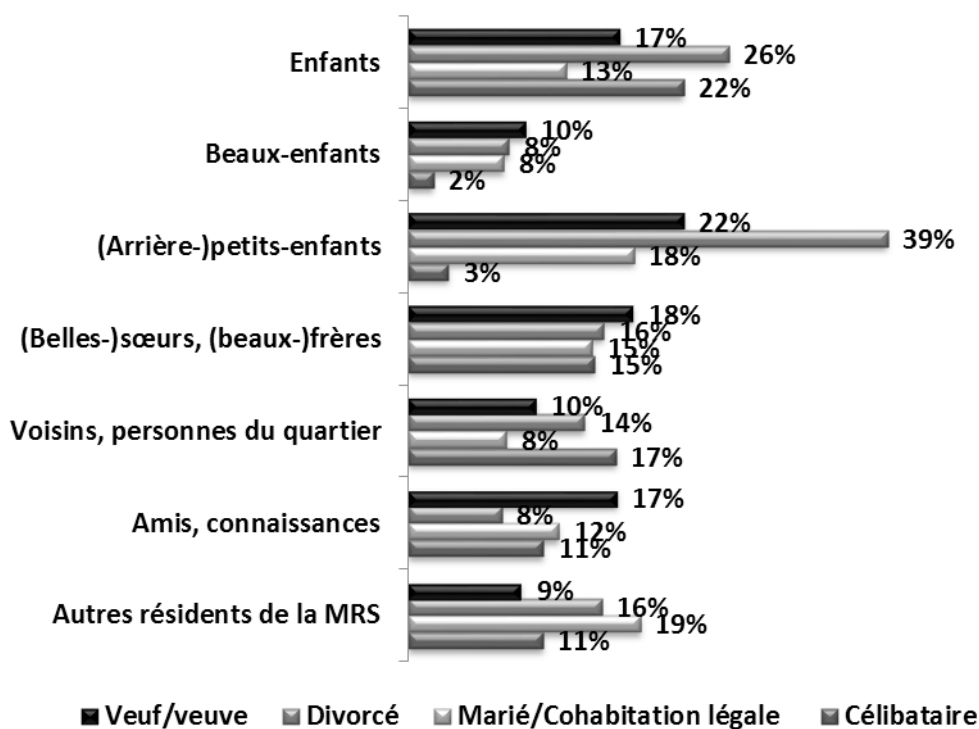


Les femmes souhaitent plus que les hommes avoir davantage de contacts avec les (arrière-) petits-enfants et avec les amis et connaissances.

d. Analyse en fonction de l'état civil

C'est chez les seniors séparés que le besoin de plus de contacts avec les enfants est le plus grand : 1 sur 4 est demandeur de contacts plus fréquents, ce qui n'est le cas que pour 13 % des couples de seniors. Nous constatons chez les seniors séparés le même désir de contacts plus fréquents avec les petits-enfants, si ce n'est que ce souhait est encore plus fort : 4 sur 10 désirent avoir plus de contacts avec eux alors que ce n'est le cas que pour 18 % des couples. Cette disparité entre seniors séparés et couples de seniors en ce qui concerne le souhait de plus de contacts avec les petits-enfants est plus importante que dans le cadre du souhait de plus de contacts avec les enfants. Les seniors non mariés souhaitent plus souvent davantage de contacts avec les voisins que les couples de seniors. Quant aux veufs, ils expriment significativement plus souvent un besoin de davantage de contacts avec les amis.

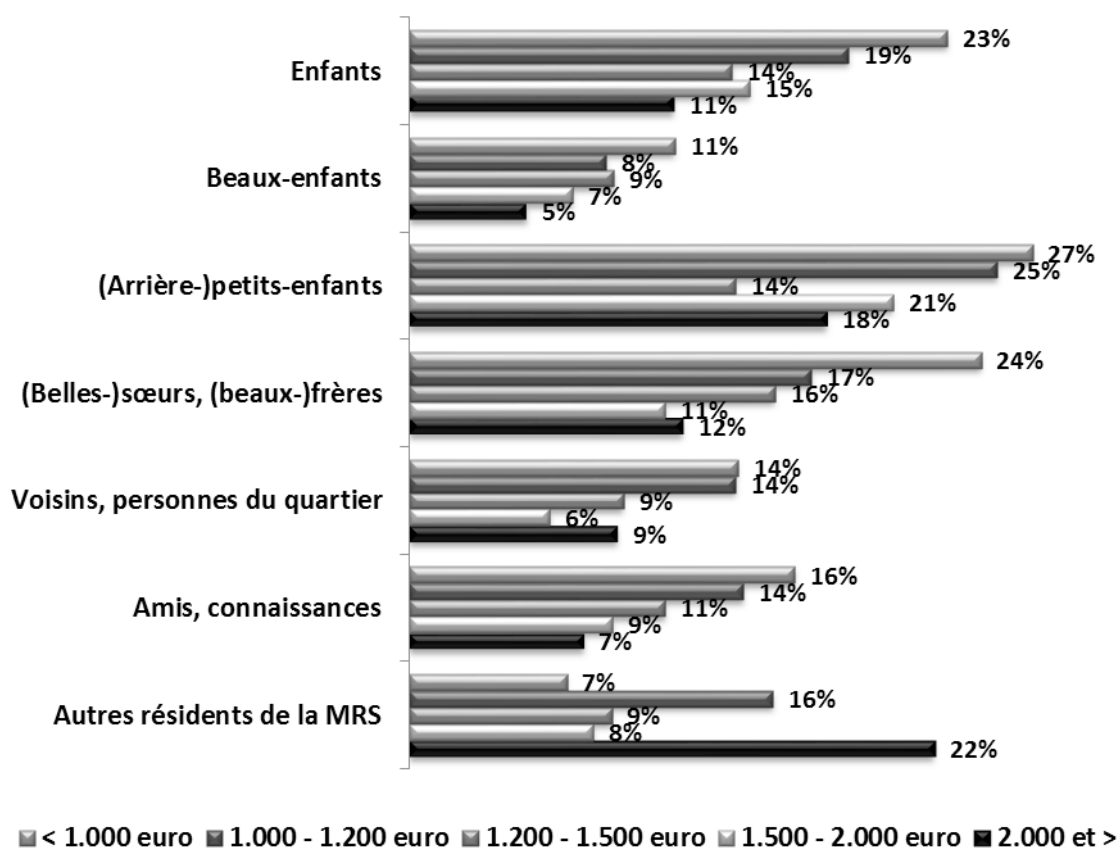
Figure 38 : Souhait des seniors d'entretenir plus de contacts, en fonction de l'état civil (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)



e. Analyse en fonction des revenus

Plus les revenus du senior sont faibles, plus le souhait de davantage de contacts avec les enfants est important. Un senior sur quatre qui doit se débrouiller avec 1.000 euros par mois souhaite avoir davantage de contacts avec ses enfants, ce qui n'est le cas que de 1 senior sur 10 avec un revenu mensuel net supérieur à 2.000 euros. Ce souhait de plus de contacts chez les seniors aux moyens financiers limités concerne également les petits-enfants, les frères et sœurs, les amis et les voisins.

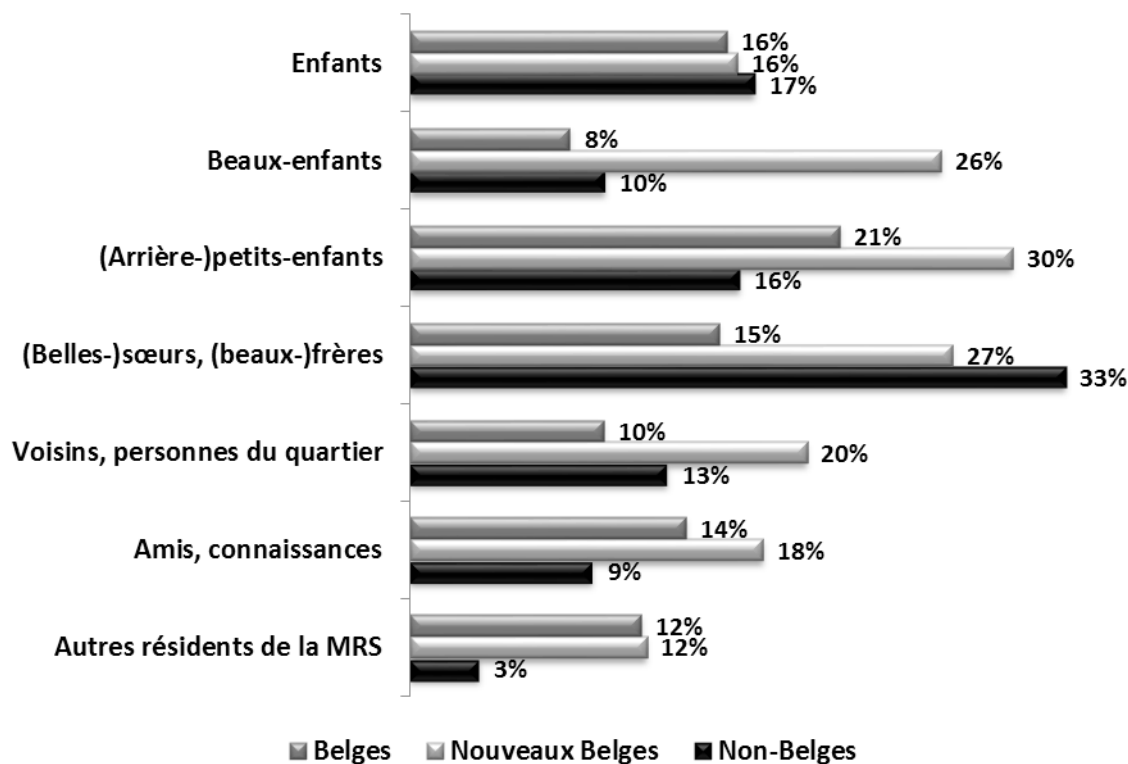
Figure 39 : Souhait des seniors d'entretenir plus de contacts, en fonction des revenus (Base : répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)



f. Analyse en fonction de la nationalité

Chez les Belges, le besoin de plus de contacts avec les beaux-enfants est nettement moindre que chez les nouveaux Belges. À cet égard, alors que 1 nouveau Belge âgé sur 4 est demandeur de contacts plus fréquents avec ses beaux-enfants, ce n'est le cas que de 8 % des seniors belges. Les Belges sont également plus satisfaits des contacts qu'ils entretiennent avec leurs frères et sœurs : seuls 15 % des Belges souhaitent davantage de contacts avec leurs (beaux-)frères et (belles-)sœurs. Le besoin de plus de contacts avec ces membres de la famille est presque deux fois supérieur chez les nouveaux Belges et les non-Belges (respectivement 27 % et 33 %).

Figure 40 : Souhait des seniors d'entretenir plus de contacts, en fonction de la nationalité (Base : répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)



2.3.1 Lien avec la participation sociale

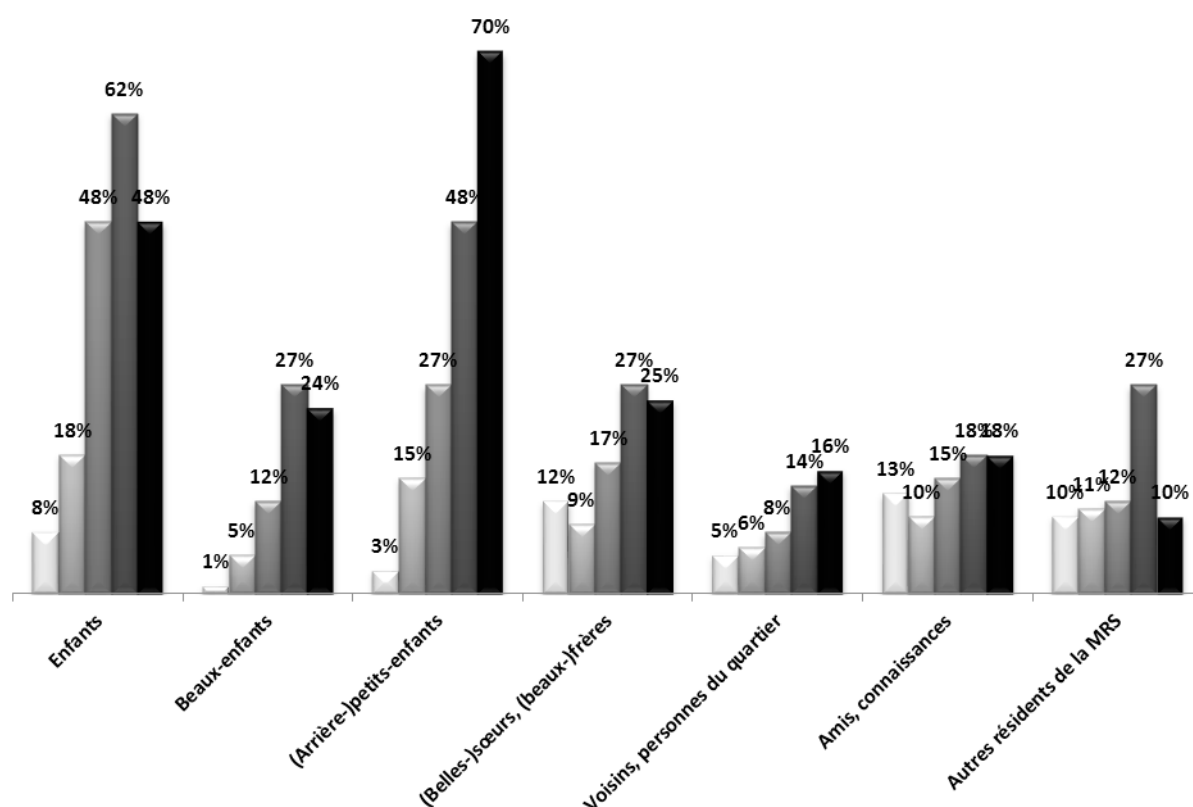
a. Analyse en fonction de la fréquence des contacts

Ce souhait d'entretenir davantage de contacts est fortement lié à la fréquence des contacts. La figure 41 illustre la corrélation entre la fréquence des contacts et l'expérience qu'ils procurent. Seule la part de seniors qui souhaiteraient entretenir plus de contacts est prise en compte.

Plus la fréquence des contacts diminue, plus les seniors ont tendance à souhaiter davantage de contacts. Ce constat s'applique à presque toutes les catégories de référence et ce, de manière graduelle : seulement 8 % des seniors qui entretiennent déjà un contact journalier avec les enfants souhaitent avoir davantage de contacts. Parmi ceux qui n'ont avec leurs enfants qu'un contact mensuel, 48 % souhaitent davantage de contacts. La même tendance se vérifie pour les contacts avec les (arrière-)petits-enfants. Trois pour cent des seniors souhaitent avoir davantage de contacts avec ce cercle vertical, même s'il existe déjà un contact journalier. Quand le contact avec les (arrière-)petits-enfants est mensuel, ils sont 48 % à souhaiter des contacts plus fréquents. Le souhait de davantage de contacts avec les petits-enfants est plus important qu'avec les enfants quand il n'existe pas de contact : alors que la moitié des seniors qui ne voient jamais leurs enfants souhaitent des contacts, c'est le cas de 70 % des seniors qui ne voient jamais leurs petits-enfants.

Figure 41 : Lien entre la fréquence des contacts et le souhait des seniors d'entretenir davantage de contacts (en %) (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)

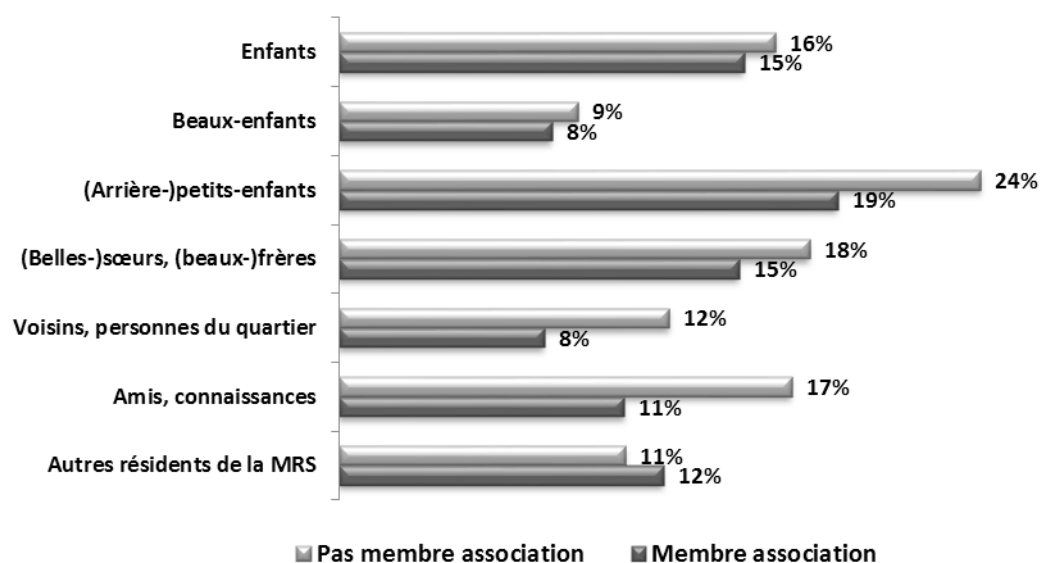
■ chaque jour ■ au moins une fois par semaine ■ au moins une fois par mois ■ quelques fois par an ou moins ■ jamais



b. Analyse en fonction de la participation active à la vie associative

Les seniors qui ne prennent pas part à la vie associative sont significativement moins satisfaits de leurs contacts avec les petits-enfants, voisins et amis et connaissances. Ils sont significativement plus demandeurs de davantage de contacts avec ces relations de leur réseau social.

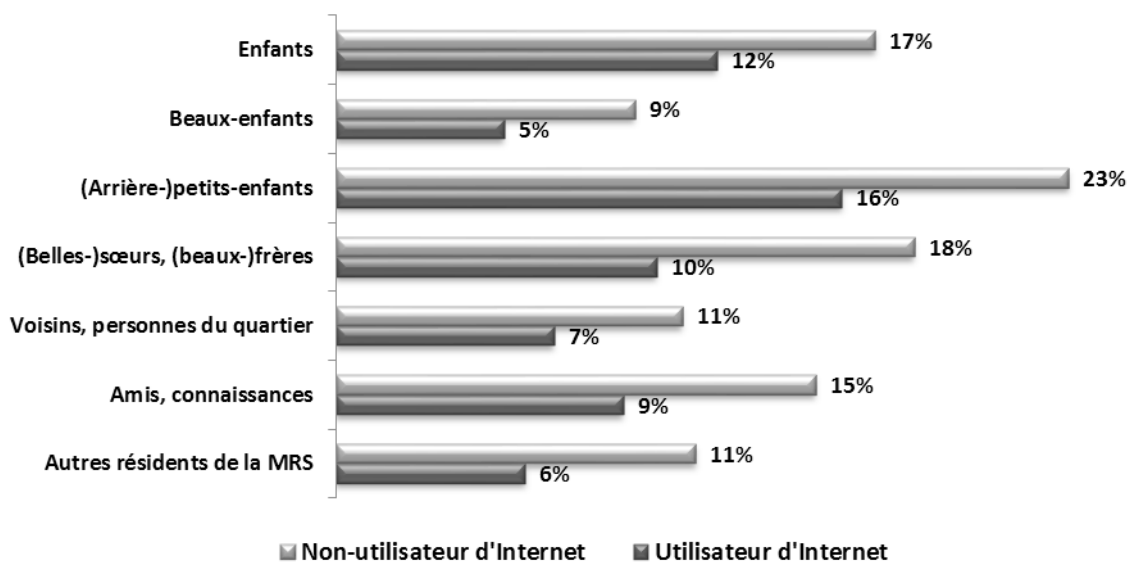
Figure 42 : Souhait des seniors d'entretenir plus de contacts, en fonction de la participation à la vie active (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)



c. Analyse en fonction de l'utilisation d'internet

Les seniors qui n'utilisent pas internet pour communiquer sont significativement moins satisfaits de toutes les relations de leur réseau social.

Figure 43 : Souhait des seniors d'entretenir plus de contacts, en fonction de l'utilisation d'internet (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)



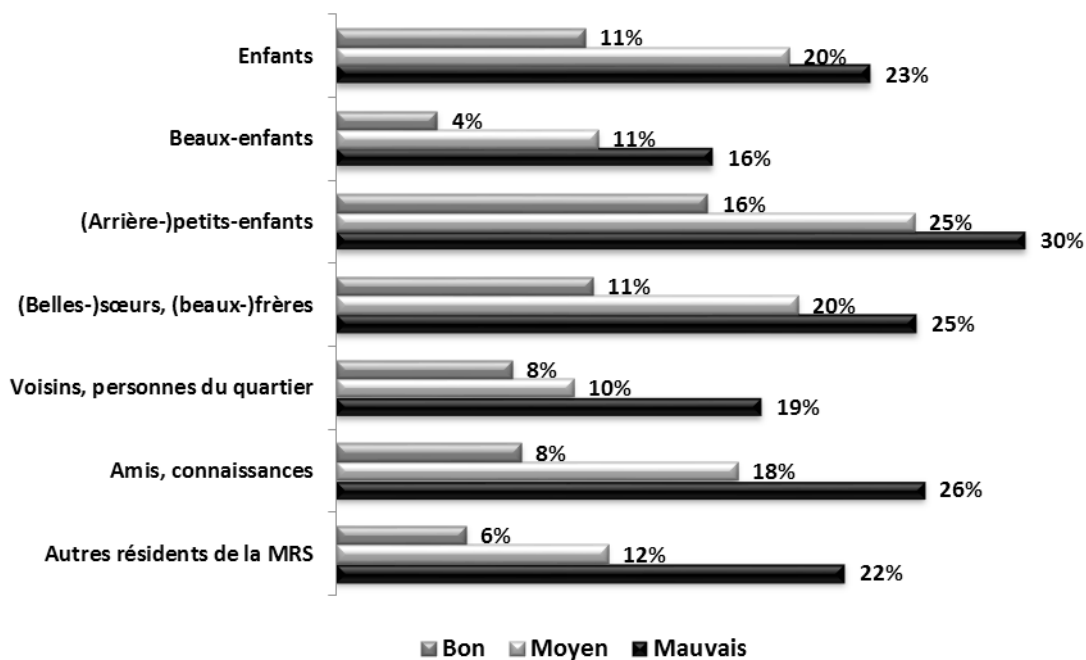
2.3.2 Lien avec la situation de santé

a. Analyse en fonction de l'état de santé subjectif et objectif

Les seniors dont la santé est moyenne à mauvaise aspirent significativement plus souvent à davantage de contacts avec tout le monde que les seniors en bonne santé.

Les seniors qui jugent leur santé moins bonne souhaitent significativement plus souvent entretenir davantage de contacts avec toutes les catégories de référence.

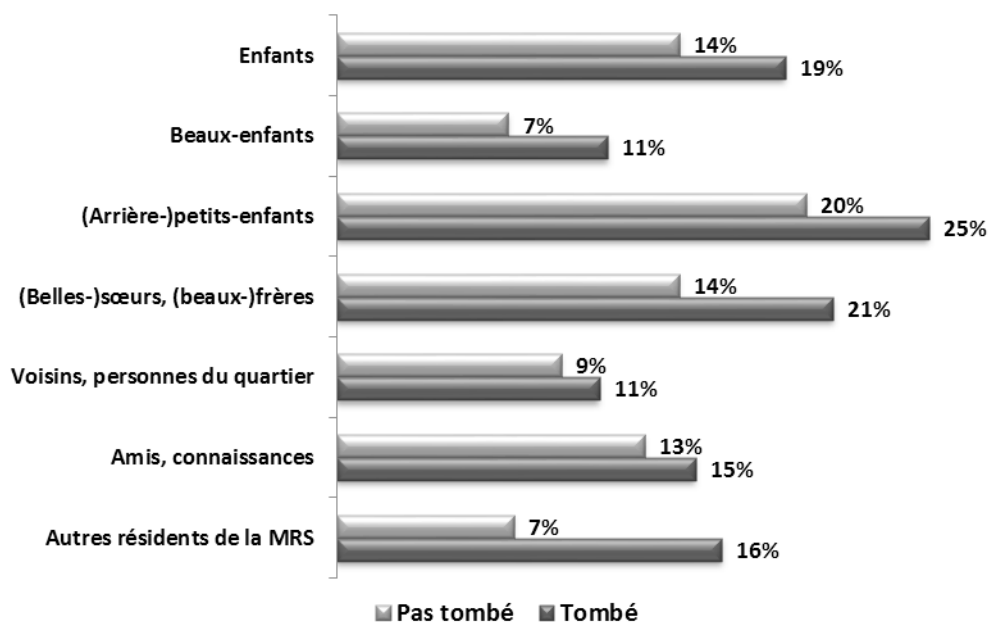
Figure 44 : Souhait des seniors d'entretenir plus de contacts (en %) en fonction de l'état de santé subjectif (Base : répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)



b. Analyse en fonction de la fréquence des chutes

La différence de satisfaction par rapport aux contacts entre les personnes âgées qui sont déjà tombées et celles auxquelles ce n'est pas encore arrivé concerne les contacts avec les (beaux)frères/(belles-)sœurs, beaux-enfants, enfants et petits-enfants. Les personnes qui sont déjà tombées ne souhaitent donc pas plus ou moins de contacts avec les non-parents que les personnes qui ne sont jamais tombées.

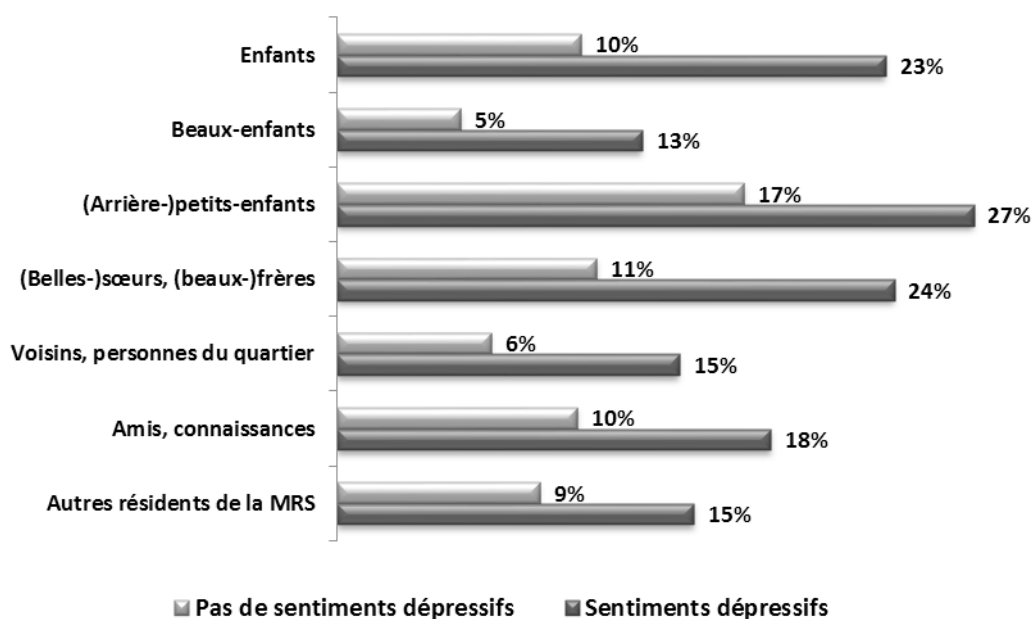
Figure 45 : Souhait des seniors d'entretenir plus de contacts (en %), en fonction de la fréquence des chutes (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)



c. Analyse en fonction des sentiments dépressifs

Pour les seniors sujets à des sentiments dépressifs, l'aspiration à davantage de contacts est plus grande que chez les seniors qui ne ressentent pas de tels sentiments. Cette constatation se vérifie pour tous les types de relation.

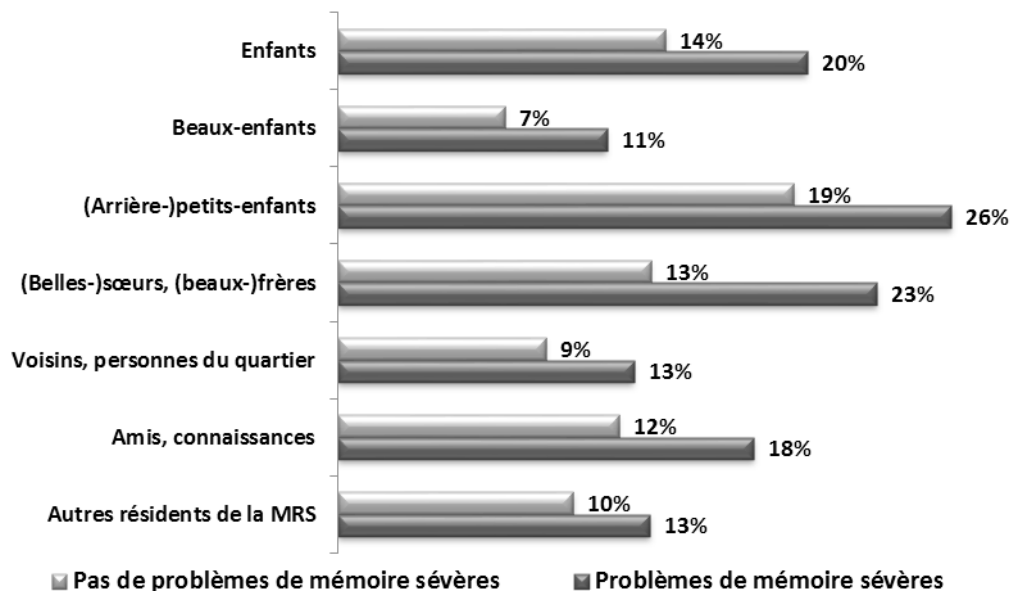
Figure 46 : Souhait des seniors d'entretenir plus de contacts (en %), en fonction des sentiments dépressifs (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)



d. Analyse en fonction des problèmes sérieux de mémoire

Les seniors sujets à des problèmes sérieux de mémoire souhaitent nettement plus souvent davantage de contacts avec tout le monde que les seniors qui ne sont pas concernés par ces problèmes. Tout comme les seniors sans problèmes de mémoire, c'est des contacts avec les petits-enfants que les seniors sujets à ces problèmes sont les moins satisfaits : plus d'un quart des seniors avec des problèmes de mémoire souhaitent avoir plus de contacts avec eux par rapport à 19 % des seniors sans problèmes de mémoire. La disparité entre les seniors avec et sans problèmes de mémoire est la plus grande pour les contacts avec les (beaux-) frères/(belles-)sœurs : alors que 23 % des seniors avec des problèmes de mémoire souhaitent avoir plus de contacts avec ces membres de la famille, ce n'est le cas que de 13 % des seniors sans problèmes de mémoire.

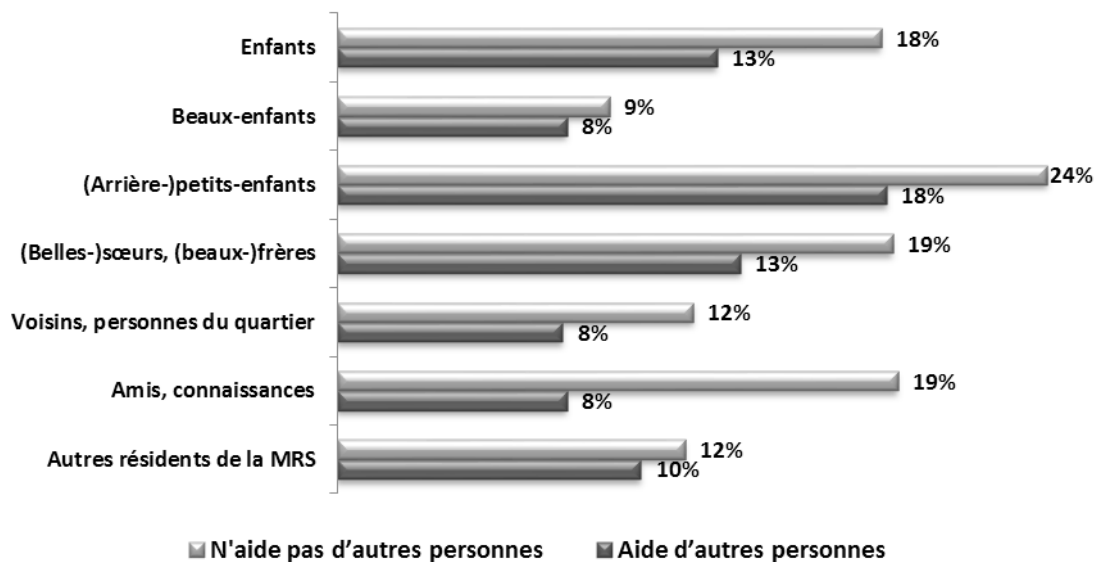
Figure 47 : Souhait des seniors d'entretenir plus de contacts (en %), en fonction des problèmes sérieux de mémoire (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)



e. Analyse en fonction de la présence d'activités d'aide aux autres

Les seniors qui viennent en aide aux autres sont significativement plus satisfaits de leurs contacts avec les enfants, petits-enfants, frères/sœurs, voisins et amis. Les seniors qui ne fournissent pas d'aide aux autres sont principalement moins satisfaits des contacts avec les amis : 19 % d'entre eux souhaitent avoir davantage de contacts avec les amis, ce qui n'est le cas que de 8 % des seniors qui viennent en aide aux autres.

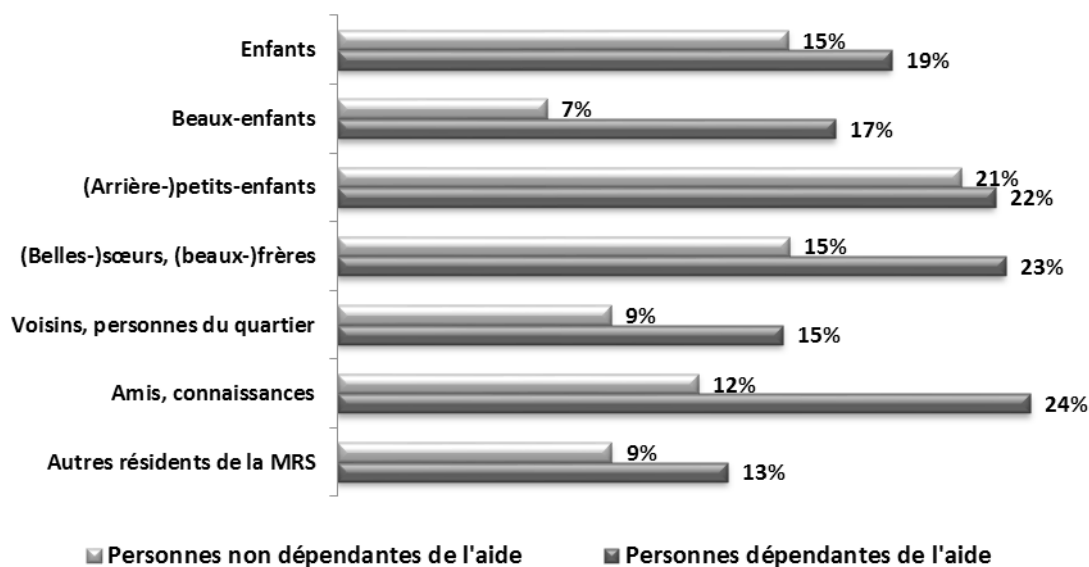
Figure 48 : Souhait des seniors d'entretenir plus de contacts (en %) en fonction de la présence d'activités d'aide aux autres (Base : répondants qui ont/connassent les parents ou non-parents suivants)



f. Analyse en fonction de la dépendance de l'aide

Les seniors dépendants de l'aide semblent aussi satisfaits des contacts avec les enfants et petits-enfants que les seniors qui, dans leurs activités journalières, ne sont pas dépendants des autres. Les seniors dépendants de l'aide sont toutefois significativement moins satisfaits de leurs contacts avec les amis (24 % souhaitent davantage de contacts, contre 12 % des seniors non dépendants de l'aide), beaux-enfants, (beaux-)frères/(belles-)sœurs et voisins.

Figure 49 : Souhait des seniors d'entretenir plus de contacts (en %) en fonction de la dépendance de l'aide (Base : répondants qui ont/connaissent les parents ou non-parents suivants)



2.4 Qualité du support social

Cet indicateur est un score basé sur la somme des réponses obtenues à trois questions en provenance de l'échelle d'OSLO et intégrées dans le questionnaire élaboré dans le cadre de l'enquête de la Fondation Roi Baudouin :

- Combien de personnes vous sont si proches que vous pouvez compter sur elles si vous êtes confrontés à des problèmes graves ?
- Dans quelle mesure les gens se préoccupent-ils et s'intéressent-ils à ce que vous faites ?
- Est-ce facile pour vous d'obtenir une aide pratique des voisins en cas de besoin ?

Ce score est compris entre 3 (minimum) et 14 (maximum) et est ensuite recodé pour former trois groupes :

1. Support social limité (pour les valeurs allant de 3 à 8)
2. Support social moyen (de 9 à 11)
3. Support social fort (12 à 14)

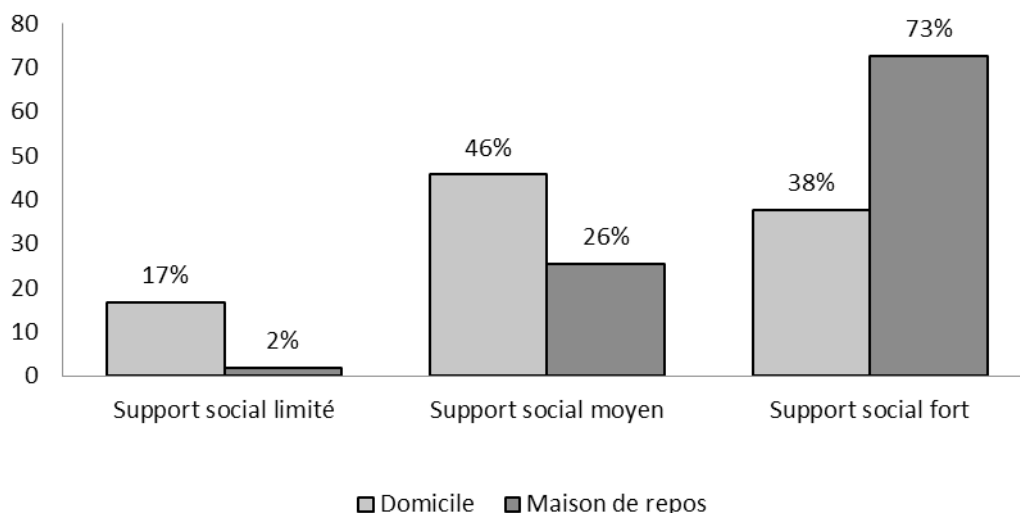
Quatre seniors sur dix peuvent s'appuyer sur un support social fort, 44 % sur un soutien social moyen et 16 sur un soutien social limité. Ce sont les plus de 85 ans qui bénéficient du support social le plus fort (47 % contre 40 % en moyenne). La force du support social diminue à mesure que les difficultés du senior à joindre les deux bouts augmentent.

À Bruxelles, les seniors ne peuvent que dans une moindre mesure compter sur un support social fort (30 %). En Flandre et en Wallonie, 4 sur 10 bénéficient d'un support social fort. Dix-neuf pour cent des seniors de Wallonie doivent se contenter d'un support social limité, alors qu'en Flandre, 'seulement' 14 % ne peuvent compter que sur un support social limité.

Les seniors qui doivent significativement plus souvent se contenter d'un soutien social limité sont les seniors en mauvaise santé (27 %), à mobilité réduite (22 %), sujets à des sentiments dépressifs (22 %) et sujets à des problèmes sérieux de mémoire (19 %).

D'une manière assez surprenante, nous pouvons nous apercevoir qu'une majorité des personnes interrogées en maison de repos, soit 73% d'entre elles, déclare posséder un support social fort. Les différences présentées dans la figure 50 sont significatives. La tendance que sous-tend cette figure décrit la présence d'un soutien social nettement plus important en institution de soins (Telles que sont les maisons de repos) qu'au domicile. La situation au domicile n'est pour autant pas négative. En effet, près de 84% des répondants détiendraient un support social moyen à fort.

Figure 50 : Fréquence des supports sociaux selon le type de résidence (%)



Actuellement, sur base des éléments dont nous disposons, aucune conclusion définitive ne peut être tirée quant au lien qu'il pourrait exister entre l'accès à un support social fort et la résidence en maison de repos. Une explication plausible, qui devrait probablement être combinée à d'autres facteurs, si tant est que le constat soit réel, est la possibilité que les interactions fréquentes entre 'co-habitants' suffisent à générer un soutien social satisfaisant voire davantage.

En comparant ce même support social en fonction des régions, la Wallonie se distingue par son profil atypique en regard de Bruxelles et de la Flandre. Manifestement, elle présente la proportion la plus élevée de personnes avec un support social limité (19%) mais aussi avec un support social fort (42%). Le profil des deux autres régions diffère de celui de la Wallonie et serait plutôt gaussien avec une plus importante représentativité du support social moyen. La proportion de personnes avec un faible support social est plus élevée en Région wallonne (19%), puis en Région bruxelloise (17%) et enfin en Région flamande (14%).

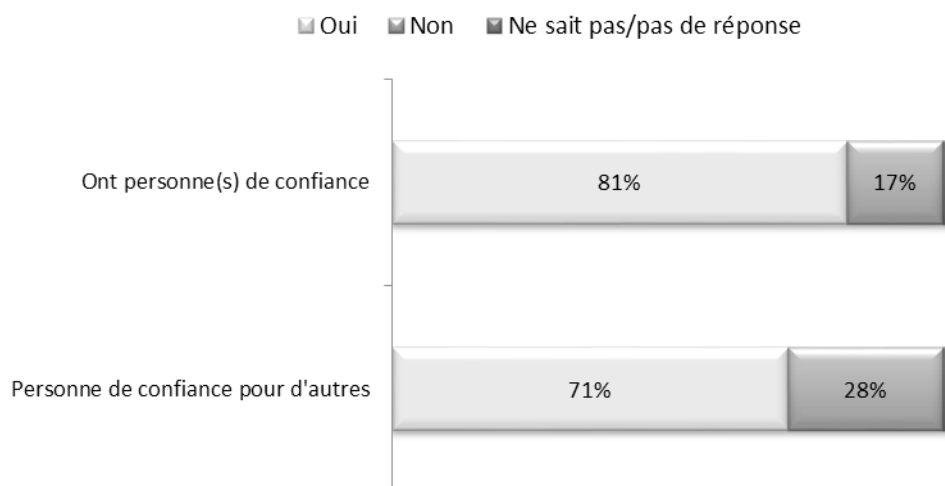
L'enquête de santé sociale par interview (Demarest, 2008) montrait, pour le même indicateur de qualité du soutien social, un bilan légèrement distinct avec, en tête des régions arborant le coefficient de support social faible le plus haut, Bruxelles (23%) suivie par la Wallonie (20%) et la Flandre (12%), toujours en troisième position. Dans cette étude, la distance qui sépare les trois régions est relativement marquée avec, entre Bruxelles et la Flandre, un écart de 11%.

Selon John Cassel, médecin et épidémiologiste, l'absence de liens sociaux significatifs peut augmenter la susceptibilité des individus à la maladie. En revanche, le soutien social a une fonction de protection contre les événements stressants de la vie (Vaux A., 1988). Ainsi, en présence d'un support social limité, il est vraisemblablement plus compliqué de faire face aux multiples circonstances difficiles qu'une personne peut être amenée à rencontrer tout au long de sa vie. Or, la santé sociale dont l'isolement est un des facteurs négatifs et la santé globale sont extrêmement liées, l'une exerçant son influence sur l'autre et inversement. Dans ces conditions, le risque qu'un habitant wallon ou bruxellois sombre dans l'isolement et/ou dans la solitude est plus important que celui qu'un résident flamand encourt.

2.5 Personne de confiance

Il a été demandé aux seniors, d'une part, s'il existait, dans leur entourage, des personnes auxquelles elles peuvent se confier ou demander conseil et, d'autre part, si, à l'inverse, des personnes se confient à eux ou leur demandent conseil. Manifestement, les seniors prêtent plus souvent l'oreille qu'ils ne font eux-mêmes appel à l'écoute d'autrui. Environ 1 senior sur 5 n'a, dans son entourage, personne à qui se confier ou demander conseil. Cependant, 7 seniors sur 10 sont eux-mêmes des confidents, 1 sur 3 ne l'étant pas.

Figure 51 : Seniors ayant un confident et seniors qui sont des confidents (Base : échantillon total)

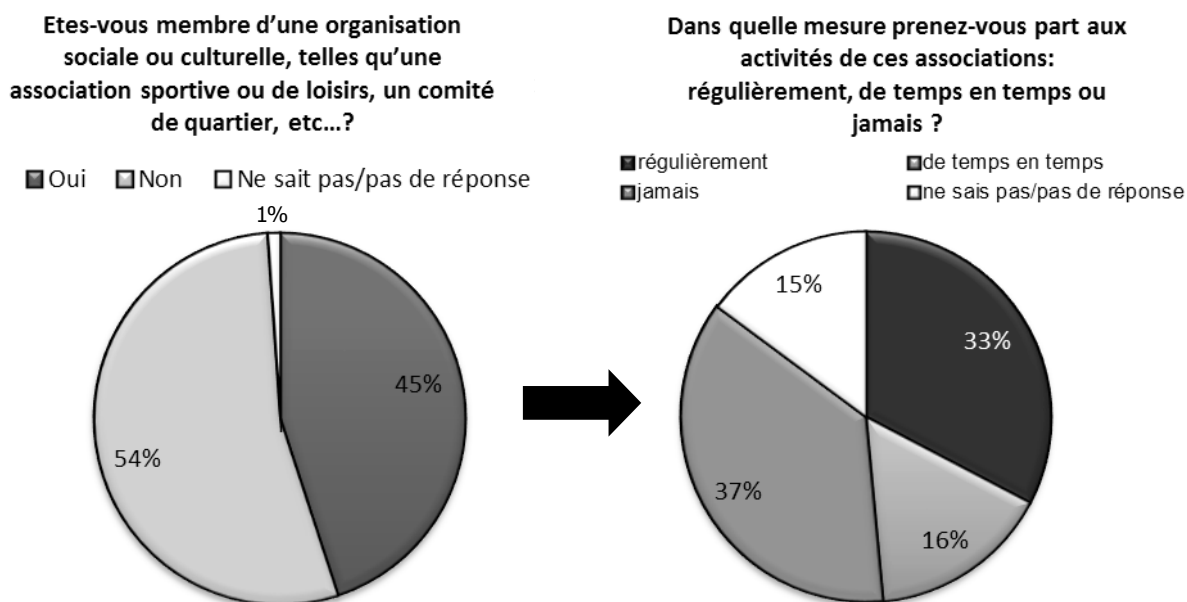


Quatre-vingt-deux pour cent des seniors qui ont un confident sont également le confident de quelqu'un. À l'inverse, 78 % des seniors qui n'ont pas de personne de confiance ne sont, eux-mêmes, pas les confidents d'autres personnes.

2.6 Vie associative

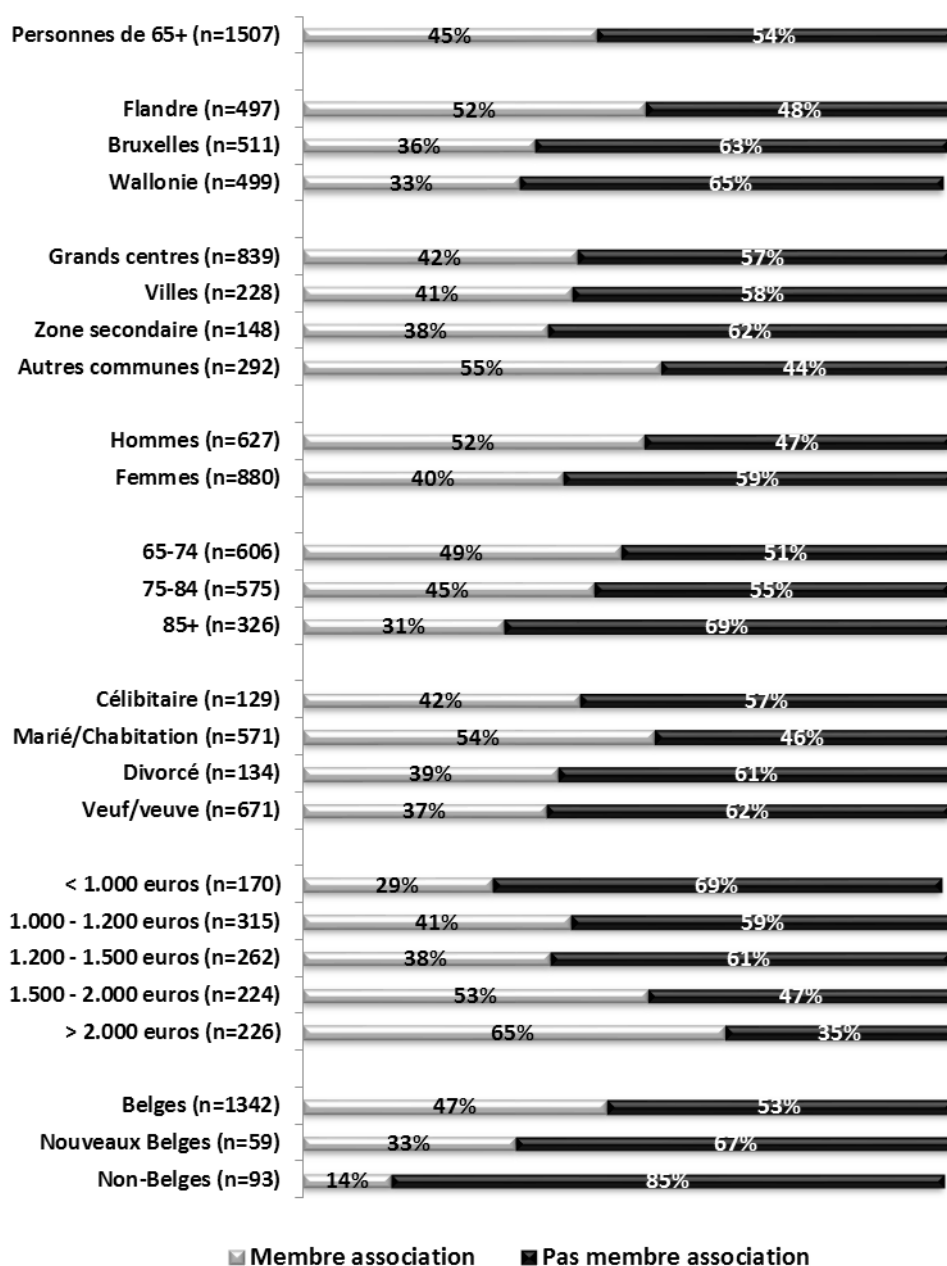
Cinquante-quatre pour cent des seniors ne sont membres d'aucune organisation sociale ou culturelle. Quarante-cinq pour cent des seniors le sont mais plus de la moitié d'entre eux ne sont pas des membres actifs. Un tiers des membres âgés prennent régulièrement part aux activités tandis que 16 % participent occasionnellement. Sur la population totale de seniors, un peu plus de 1 personne sur 5 est donc un membre actif d'une association.

Figure 52 : Participation sociale, organisation culturelle chez les seniors et mesure de participation active (Base : gauche - échantillon total; droite - répondants qui sont membres d'une association)



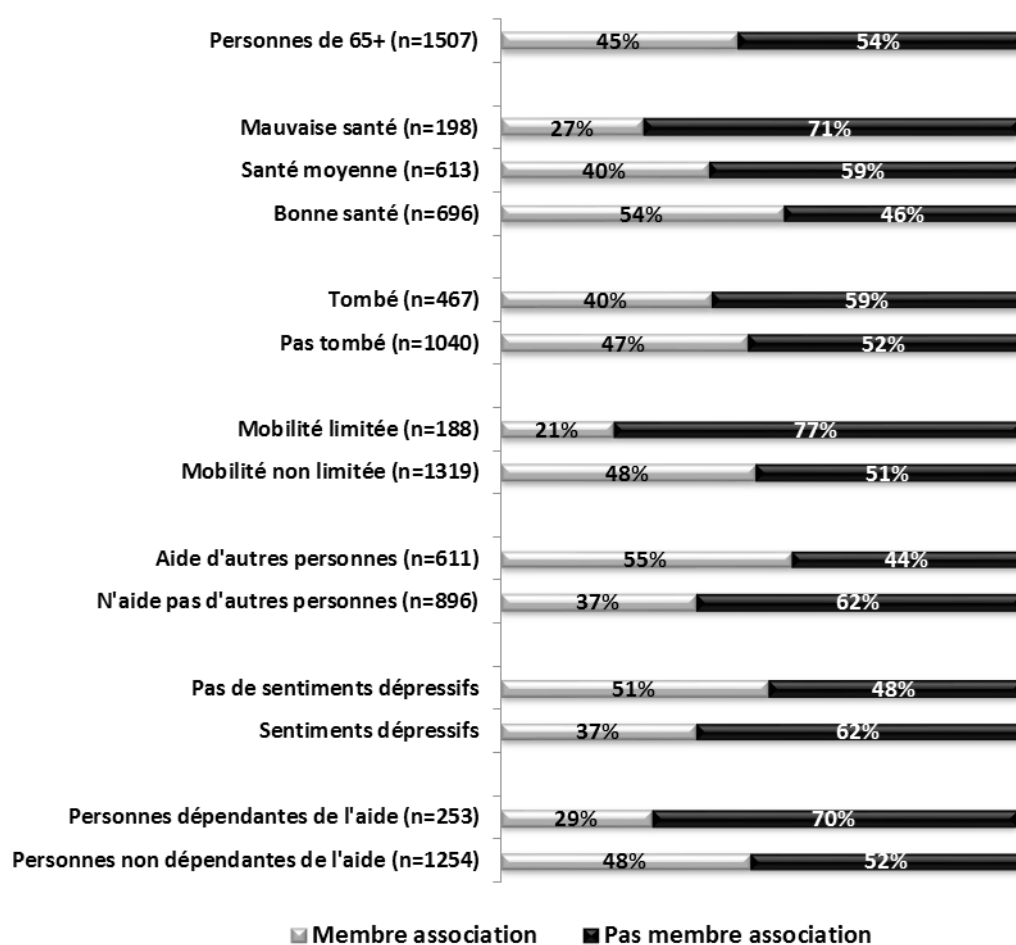
La figure 53 montre que les seniors de Flandre, les hommes, les jeunes seniors, les couples, les seniors avec un revenu supérieur et les Belges sont significativement plus souvent membres d'une organisation sociale ou culturelle. Les seniors de Bruxelles et de Wallonie, les seniors résidant dans des zones secondaires, les femmes, les plus de 85 ans, les veufs, les seniors aux revenus inférieurs à 1.000 euros et les non-Belges participent significativement moins souvent à la vie associative.

Figure 53 : Participation à une organisation sociale ou culturelle chez les seniors, en fonction du profil sociodémographique (Base : échantillon total)



Il ressort de la figure 54 que les seniors en bonne santé, qui ne sont pas tombés l'année dernière, qui, dans leurs déplacements, ne sont pas limités à l'habitation ou la chambre, qui viennent en aide aux autres, qui ne ressentent pas de sentiments dépressifs et qui ne sont pas dépendants de l'aide sont significativement plus souvent membres d'une association.

Figure 54 : Participation à une organisation sociale ou culturelle chez les seniors en fonction du profil en matière d'aide (Base : échantillon total)



3. La solitude

Dans ce chapitre, nous essayons de savoir dans quelle mesure les personnes âgées se sentent seules. Pour ce faire, nous utilisons deux méthodes différentes. Tout d'abord, nous commentons les résultats de l'enquête directe. Ensuite, nous abordons l'échelle de solitude indirecte de de Jong Gierveld. Pour finir, nous examinons le lien entre l'enquête directe et l'enquête indirecte sur la solitude.

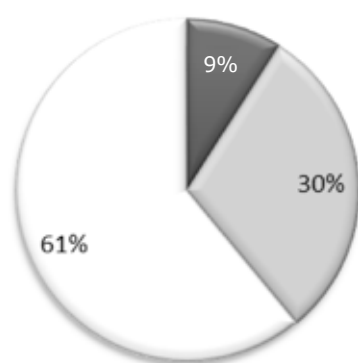
3.1 Enquête directe

Nous avons demandé aux personnes âgées si elles se sentaient souvent, parfois ou jamais seules. Il ressort des résultats qu'une personne âgée sur 10 se sent souvent seule, 1 sur 3 se sent parfois seule et 6 sur 10 ne se sentent jamais seules. La figure 55 montre que seul un tiers des personnes âgées qui se sentent (parfois) seules n'ont pas de difficultés à en parler. 3 personnes âgées sur 10 éprouvent ce type de difficultés et un tiers éprouve des difficultés à parler de sa solitude.

Figure 55 : Sentiment de solitude chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) et sentiment de honte à ce sujet (Base : gauche- échantillon total; droite - les personnes interrogées qui se sentent (parfois) seules)

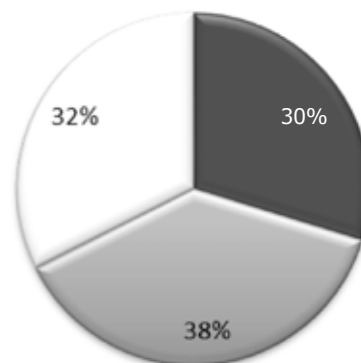
Vous vous sentez seul: souvent, parfois, jamais?

■ souvent ■ parfois ■ jamais



Trouvez-vous qu'il est difficile d'en parler?

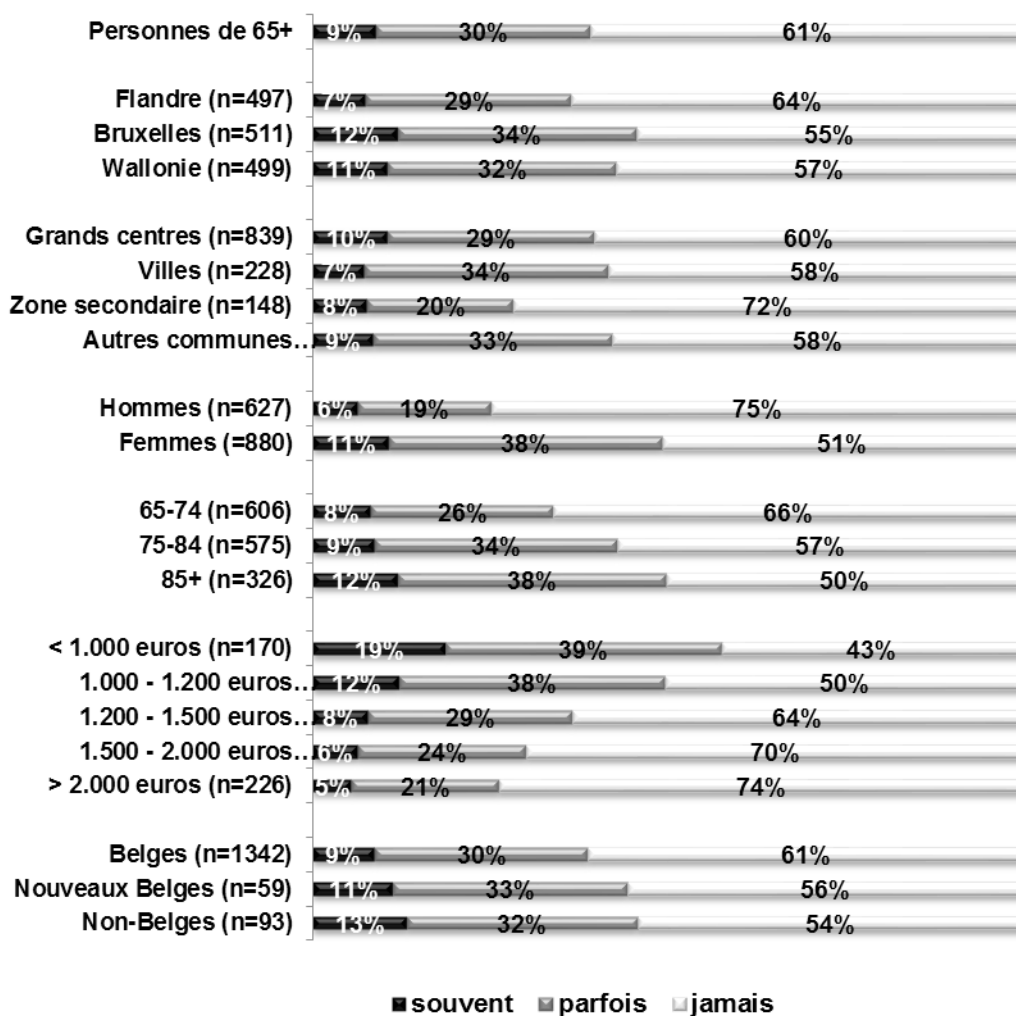
■ oui ■ parfois ■ non



3.1.1 Lien entre la solitude et les caractéristiques sociodémographiques

En Flandre, les personnes âgées se sentent moins souvent seules que les personnes âgées en Wallonie ou à Bruxelles. Les personnes âgées dans une zone secondaire ressentent moins le sentiment de solitude que les personnes âgées ailleurs dans le pays. Le sentiment de solitude augmente au fur et à mesure que l'on vieillit. Les femmes se sentent plus souvent seules. La solitude est plus importante chez les personnes qui ont des moyens financiers plus restreints. Les personnes âgées qui déclarent pouvoir facilement joindre les deux bouts avec leurs revenus mensuels sont, dans 1 cas sur 3, moins souvent seules par rapport à la moitié des personnes âgées qui indiquent avoir des difficultés à boucler leurs fins de mois.

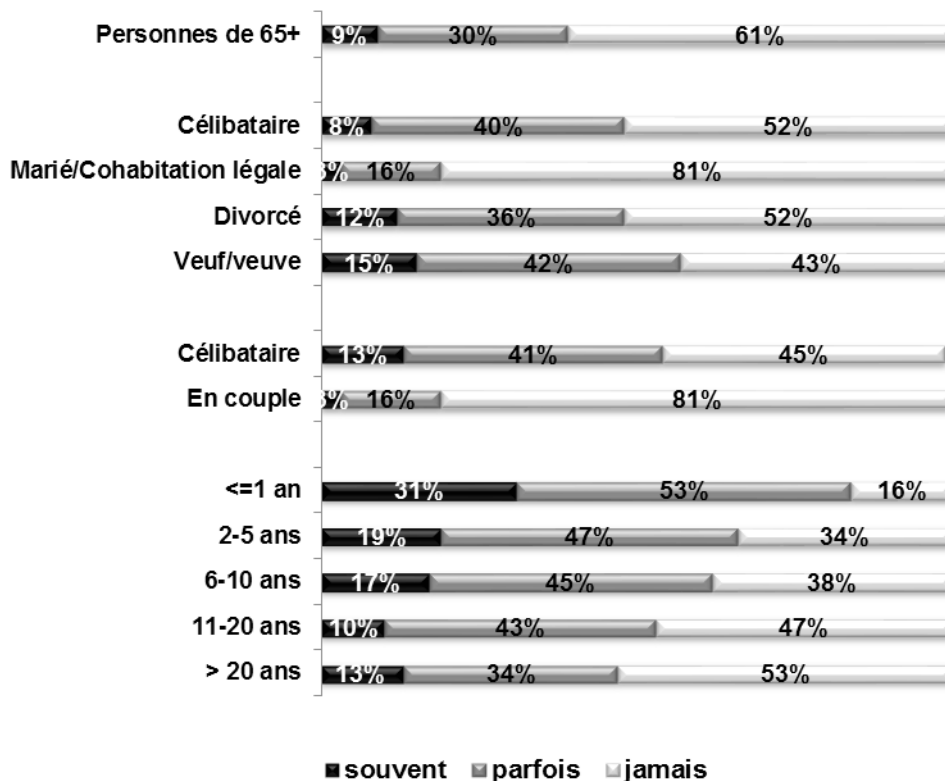
Figure 56 : Sentiment de solitude chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction du profil sociodémographique (Base : échantillon total)



a. Analyse en fonction de l'état civil et de la situation familiale

La présence ou l'absence d'un sentiment de solitude chez les personnes âgées découle de leur état civil. Les couples de personnes âgées, qu'elles soient mariées ou non, se sentent le moins souvent seuls, bien qu'un sur 5 déclare se sentir au moins parfois seul. La moitié des personnes non mariées ou séparées se sentent au moins parfois seules et dans 1 cas sur 10, elles se sentent souvent seules. Le sentiment de solitude diminue progressivement au fur et à mesure que l'on est seul depuis plus longtemps. Alors que 85 % des personnes âgées qui se sont retrouvées seules l'an dernier se sentent (parfois) seules, ce pourcentage diminue à 47 % chez les personnes âgées qui sont seules depuis déjà plus de 20 ans.

Figure 57 : Sentiment de solitude chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) (Base : échantillon total)

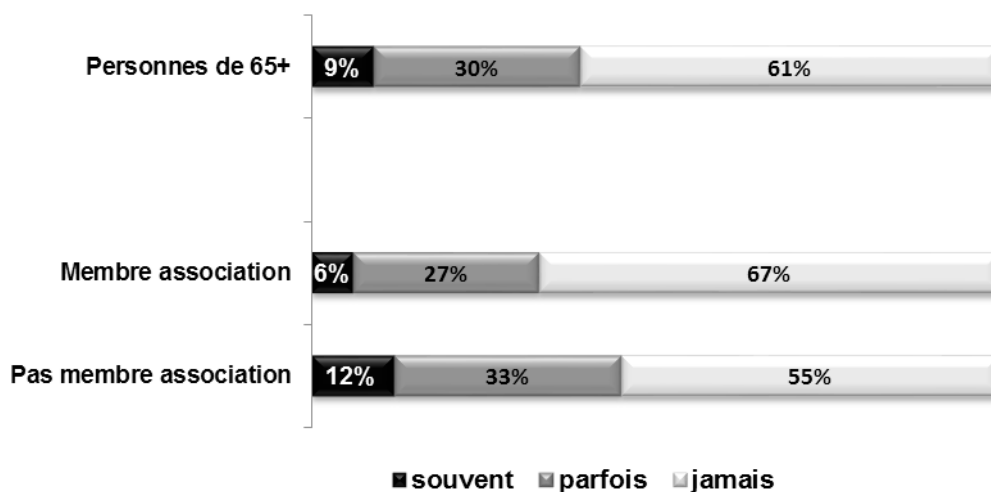


3.1.2 Lien entre la solitude et le capital social

a. Analyse en fonction de l'affiliation à une organisation

Les personnes âgées qui sont des membres actifs d'une organisation sont moins souvent seules : un tiers est au moins parfois seul alors que la moitié des personnes âgées qui ne participent pas activement à une organisation se sentent au moins parfois seules.

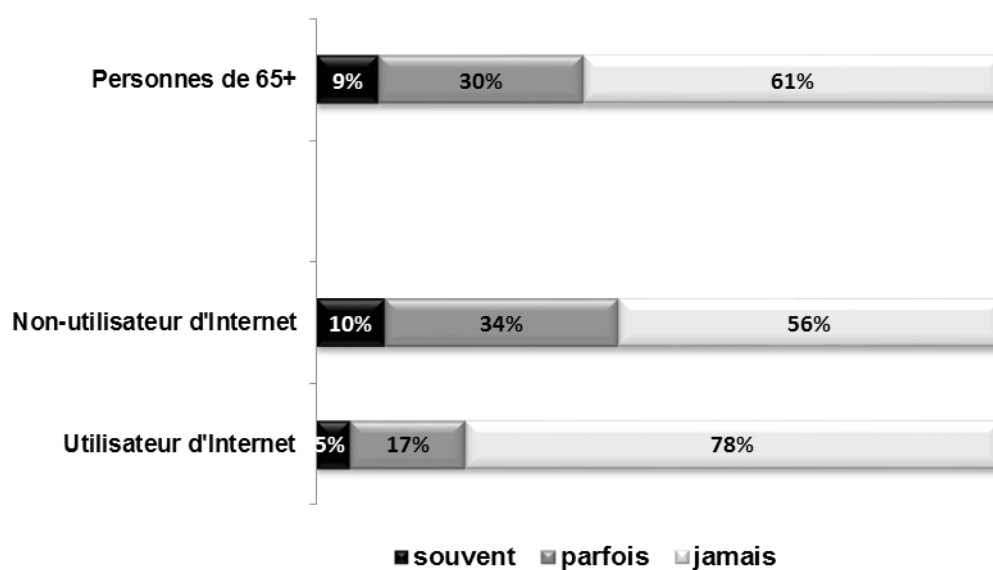
Figure 58 : Sentiment de solitude en fonction de l'affiliation à une association chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) (Base : échantillon total)



b. Analyse en fonction de l'utilisation d'internet

Un quart des personnes âgées qui utilisent internet se sentent au moins parfois seules. C'est bien moins que parmi les personnes âgées qui n'utilisent pas internet pour communiquer. Ces dernières se sentent deux fois plus souvent seules.

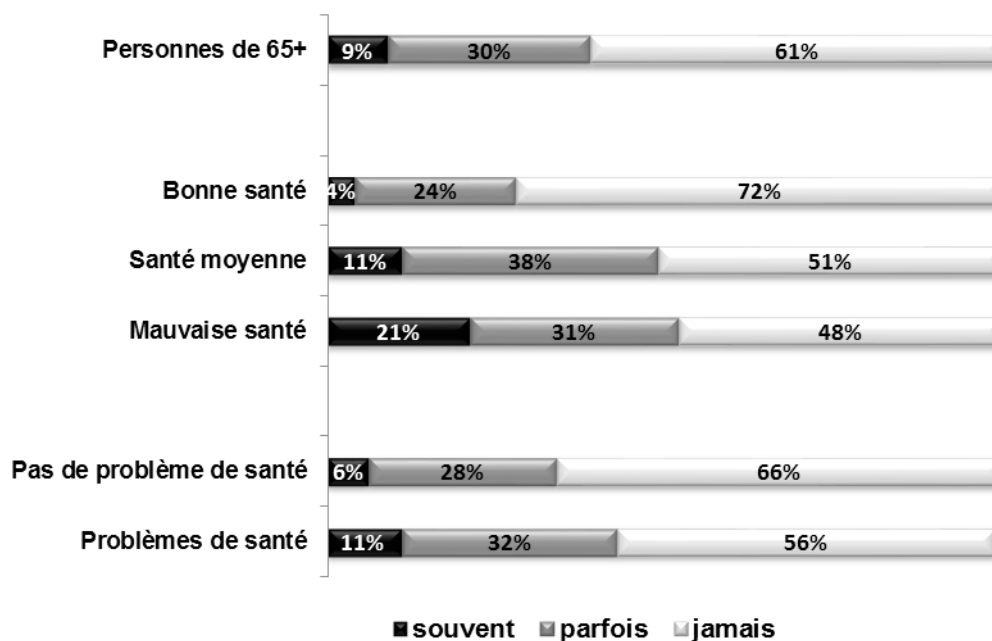
Figure 59 : Sentiment de solitude en fonction de l'utilisation d'internet chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) (Base : échantillon total)



3.1.3 Lien entre la solitude et l'état de santé

a. Analyse en fonction de l'état de santé subjectif et objectif

Figure 60 : Sentiment de solitude chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de l'état de santé objectif et subjectif (Base : échantillon total)



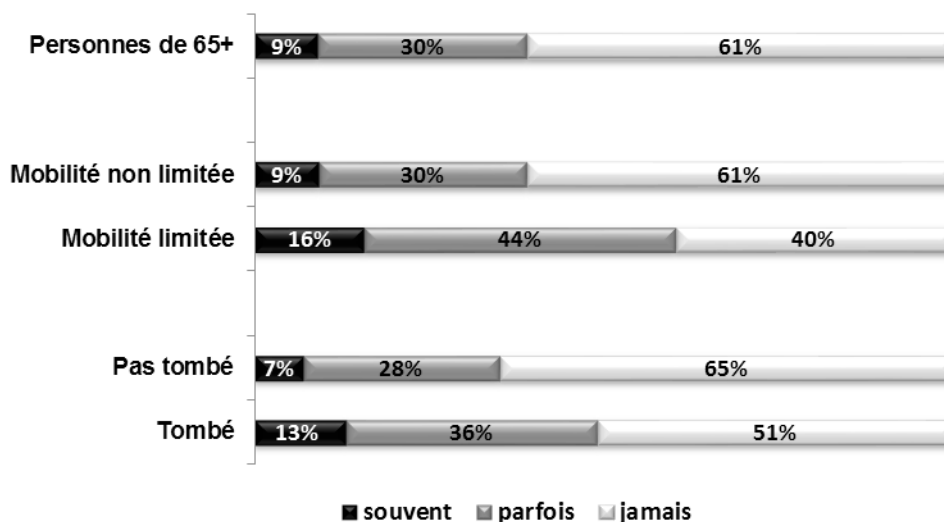
Les personnes âgées qui sont en bonne santé sont beaucoup moins sujettes à la solitude : 7 personnes âgées en bonne santé sur 10 ne se sentent jamais seules, comparé à la moitié des seniors qui ne sont pas en bonne santé. Les personnes âgées qui souffrent d'une longue maladie ou de problèmes de santé se sentent plus souvent seules que les seniors qui ne sont pas confrontés à ces problèmes.

b. Analyse en fonction de la fréquence des chutes et de la mobilité

Les seniors dont la mobilité est réduite et qui sont tombés l'année dernière éprouvent plus souvent un sentiment de solitude : 6 personnes âgées sur 10 dont la mobilité n'est pas réduite ne se sentent jamais seules, comparé à 4 personnes âgées sur 10 dont la mobilité est réduite.

Un tiers des personnes qui ne sont jamais tombées éprouvent de la solitude, alors que cette proportion monte à 49 % auprès de ceux qui sont déjà tombés

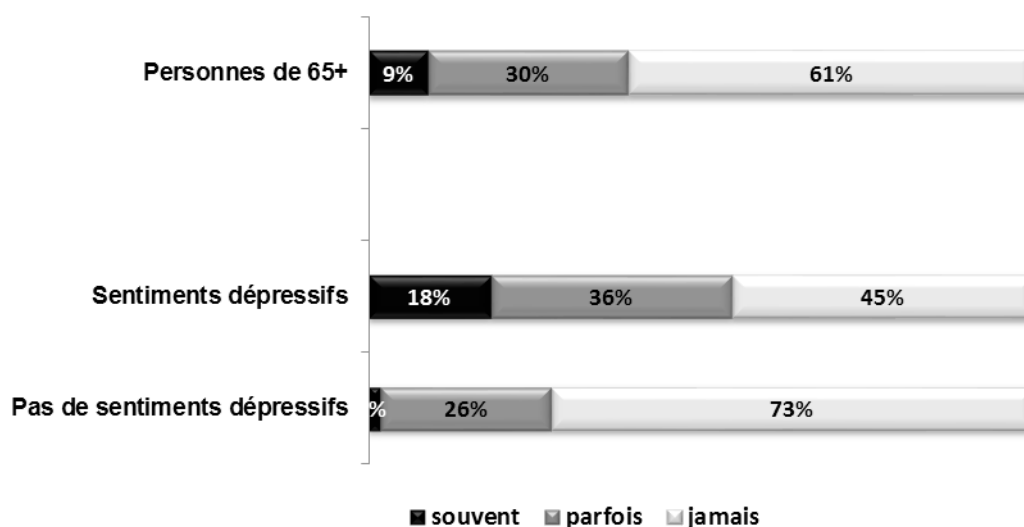
Figure 61 : Sentiment de solitude chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la fréquence des chutes et de la mobilité (Base : échantillon total)



c. Analyse en fonction des sentiments dépressifs

Les personnes âgées qui ont des sentiments dépressifs se sentent beaucoup plus seules : 18 % des personnes âgées qui ont des sentiments dépressifs se sentent souvent seules, 36 % d'entre elles se sentent parfois seules (cela équivaut à 10 % de points en plus que chez les personnes âgées qui n'ont pas de sentiments dépressifs) et enfin, 45 % des personnes âgées qui ont des sentiments dépressifs ne se sentent jamais seules, ce qui correspond à une différence de presque 20 % de points par rapport aux personnes âgées sans sentiments dépressifs.

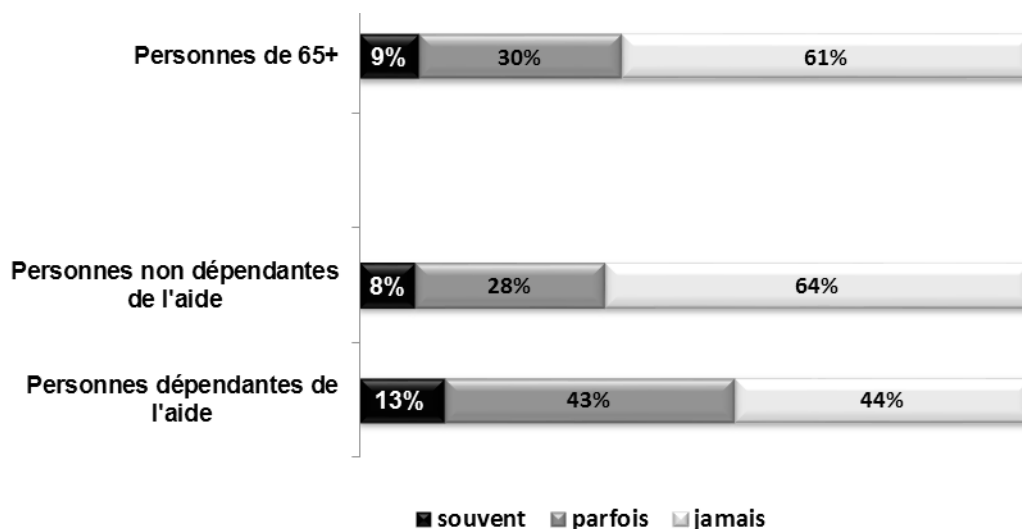
Figure 62 : Sentiment de solitude chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction des sentiments dépressifs (Base : échantillon total)



d. Analyse en fonction de la dépendance aux soins

Les personnes âgées qui sont dépendantes de soins se sentent beaucoup plus souvent seules que les seniors qui ne le sont pas : seules 44 % de personnes âgées dépendantes de soins ne se sentent pas seules, alors que cette proportion est de 64 % chez celles qui ne dépendent pas de soins.

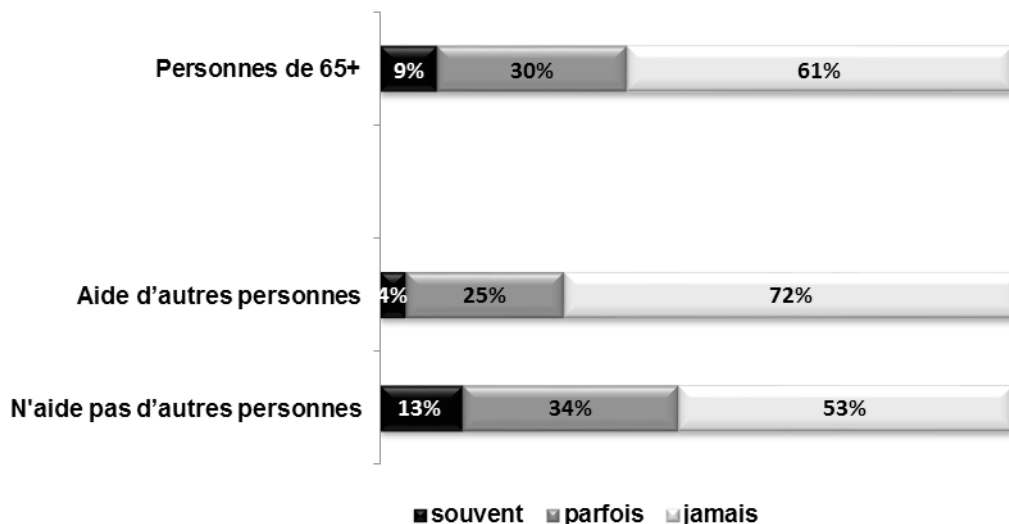
Figure 63 : Sentiment de solitude chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la dépendance aux soins (Base : échantillon total)



e. Analyse en fonction de l'aide apportée aux autres

Les personnes qui aident souvent les autres se sentent moins souvent seules : 7 sur 10 ne se sentent jamais seules, comparé à la moitié des personnes âgées qui n'apportent pas leur aide aux autres.

Figure 64 : Sentiment de solitude chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de l'aide apportée aux autres (Base : échantillon total)



3.2 Enquête indirecte

Dans ce chapitre, nous examinons les résultats de l'échelle de solitude de de Jong Gierveld. Nous parlerons d'abord des éléments séparés de l'échelle. Ensuite, le score de solitude total est calculé comme expérience unidimensionnelle. Les scores individuels de la solitude émotionnelle et sociale seront également abordés.

Trois personnes âgées sur dix trouvent que leur cercle de connaissances est trop restreint. Une sur trois ressent un vide autour d'elle et un(e) très bon(ne) ami(e) lui manque. Un tiers déplore le manque de bonne ambiance et de personnes autour d'elle. Environ 1 sur 5 se sent souvent abandonnée.

Figure 65 : La solitude émotionnelle chez les personnes âgées (à partir de 65 ans), échelle de Jong Gierveld (Base : échantillon total)

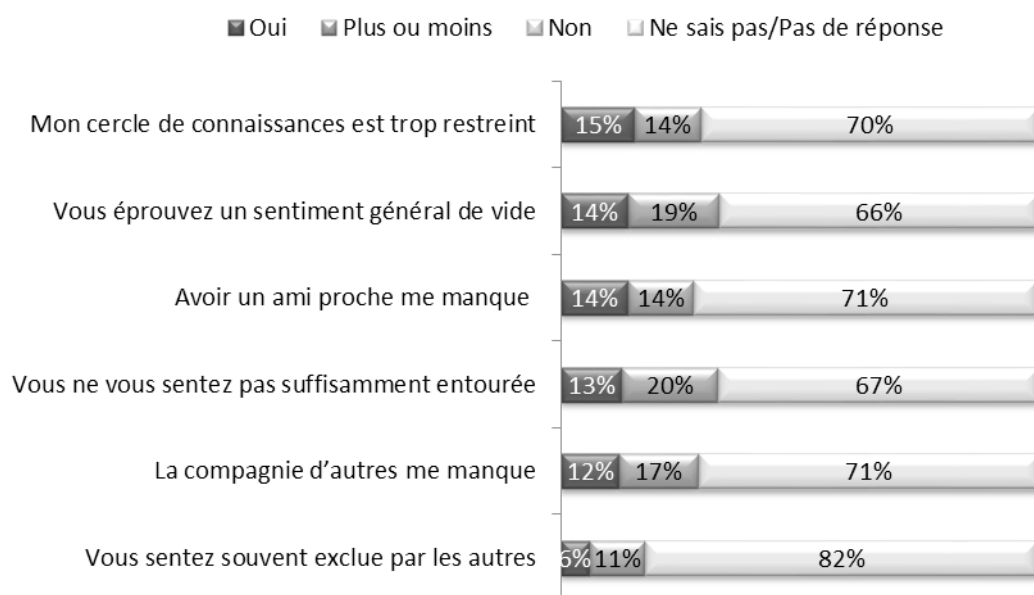
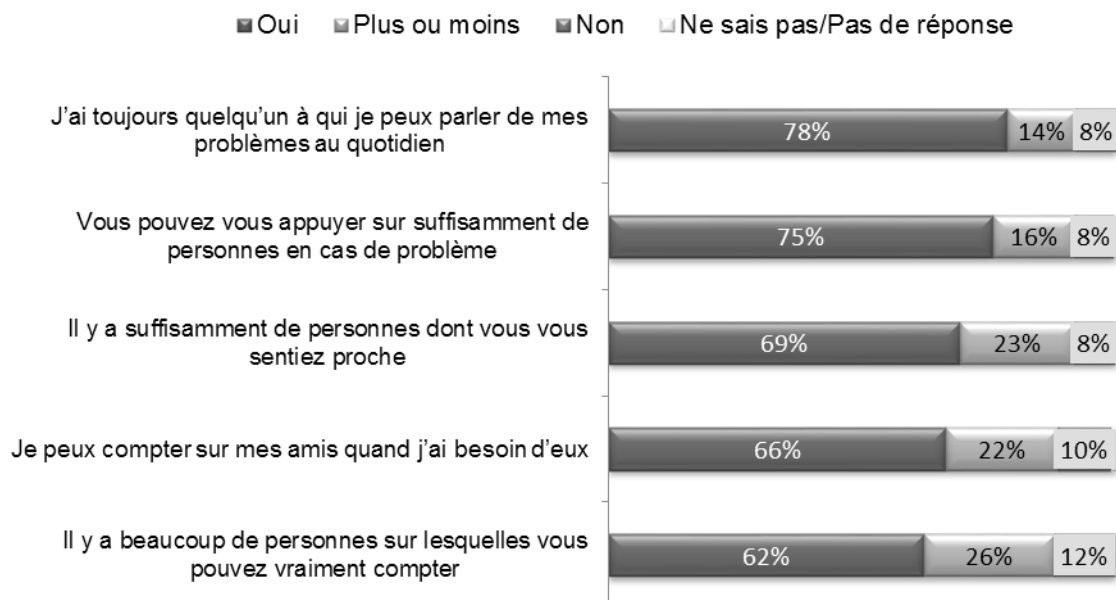


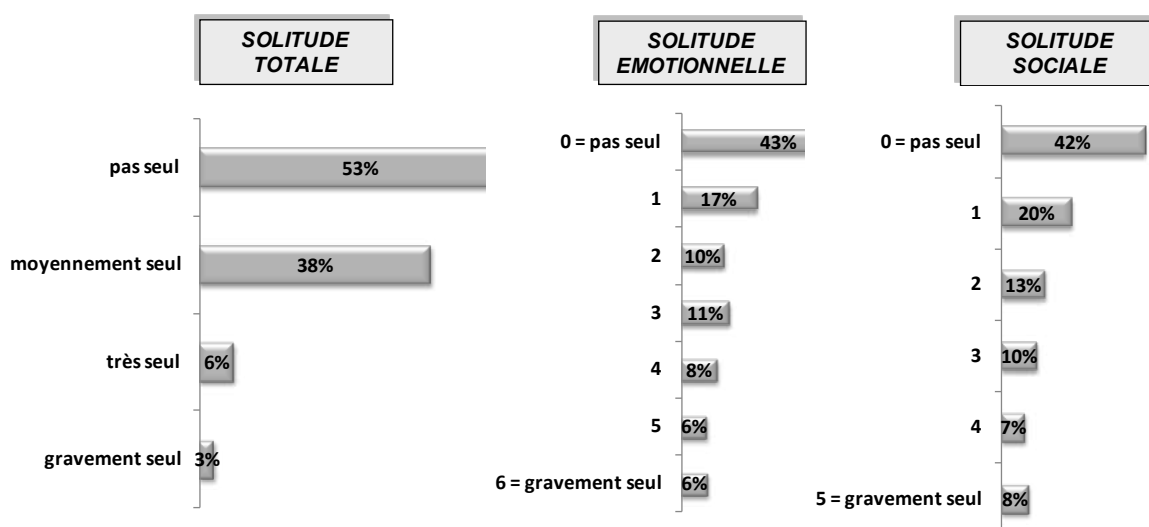
Figure 66 : La solitude sociale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans), échelle de Jong Gierveld (Base : échantillon total)



En général, environ 1 personne âgée sur 10 obtient un score 'positif' aux éléments liés à la solitude sociale : 12 % n'ont pas beaucoup de personnes en lesquelles elles peuvent avoir une totale confiance; 10 % ne peuvent pas toujours s'adresser à des amis lorsqu'elles en ont besoin; pour 8 %, il n'y a pas assez de personnes avec qui elles ont un lien profond ou à qui elles peuvent s'adresser si elles ont des ennuis ou pour des problèmes quotidiens.

Pour 24 des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle, aucun score total n'a été calculé. 53 % des personnes âgées ne sont pas du tout seules, 38 % sont moyennement seules, 6 % sont fort seules et 3 % sont extrêmement seules. 4 personnes âgées sur 10 ne sont pas du tout seules au niveau émotionnel ni social. 6 % sont très seules émotionnellement et 8 % sont très seules socialement.

Figure 67 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans), échelle de Jong Gierveld (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle n=1483)

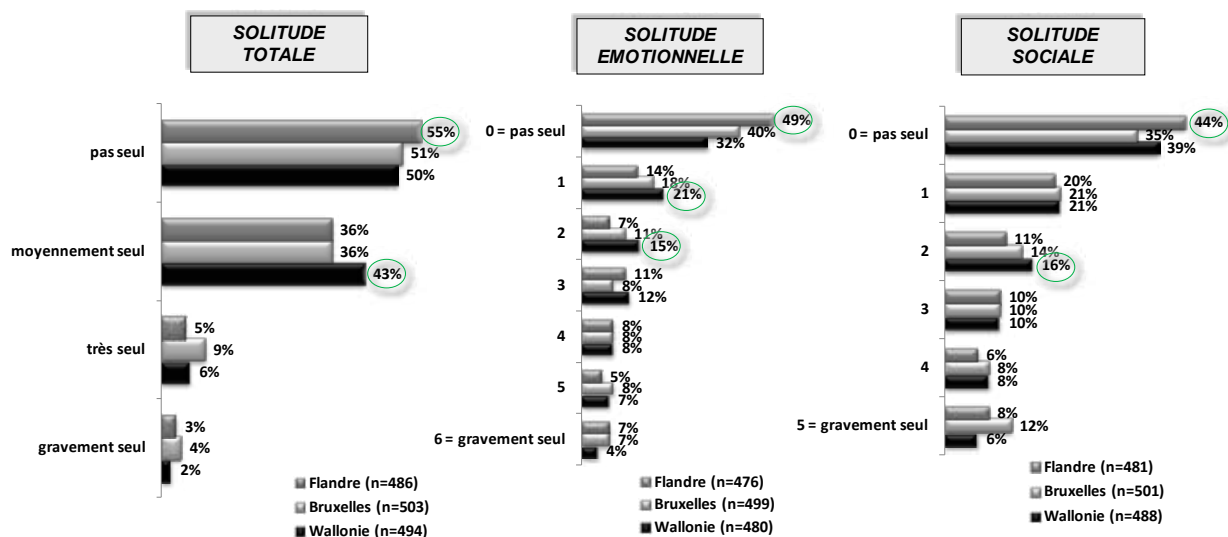


3.2.1 Lien avec les caractéristiques sociodémographiques

a. Analyse en fonction de la région

En Flandre, les personnes âgées sont moins seules que celles qui vivent à Bruxelles et en Wallonie. Les Flamands sont moins seuls aussi bien au niveau émotionnel que social.

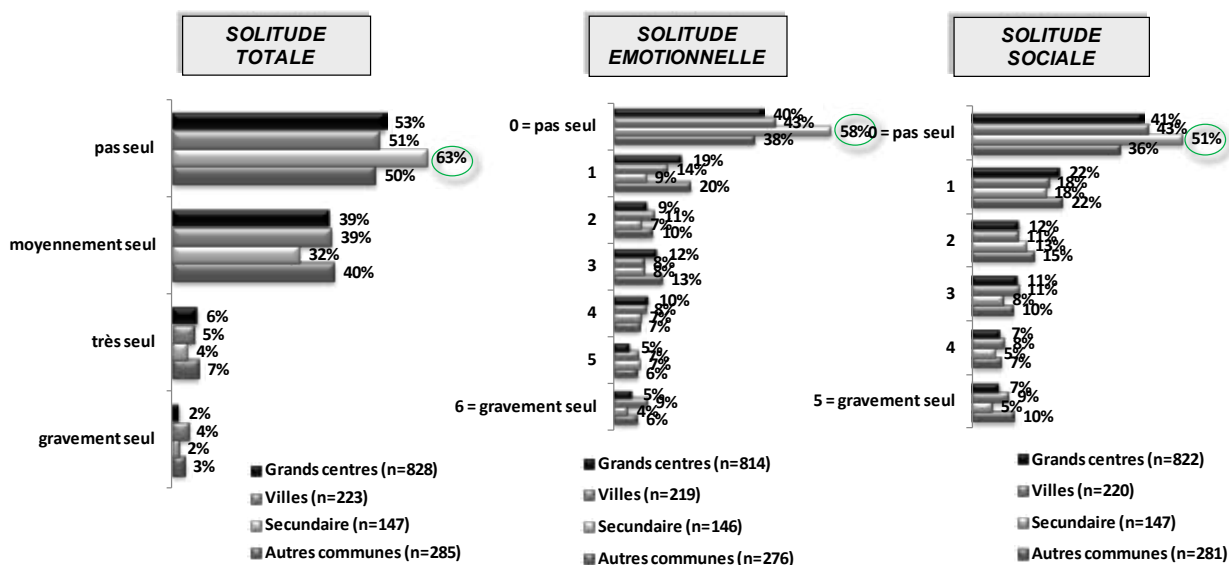
Figure 68 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la région, échelle de Jong Gierveld (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



b. Analyse en fonction de l'habitat

Les personnes âgées dans une zone secondaire sont les moins seules, aussi bien au niveau émotionnel que social.

Figure 69 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de l'habitat, échelle de Jong Gierveld (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



c. Analyse en fonction de l'âge et du sexe

La solitude augmente au fur et à mesure que l'on vieillit. Les personnes de plus de 85 ans sont plus seules, aussi bien au niveau émotionnel que social, que les personnes âgées de moins de 85 ans.

Figure 70 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de l'âge, échelle de Jong Gierveld (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)

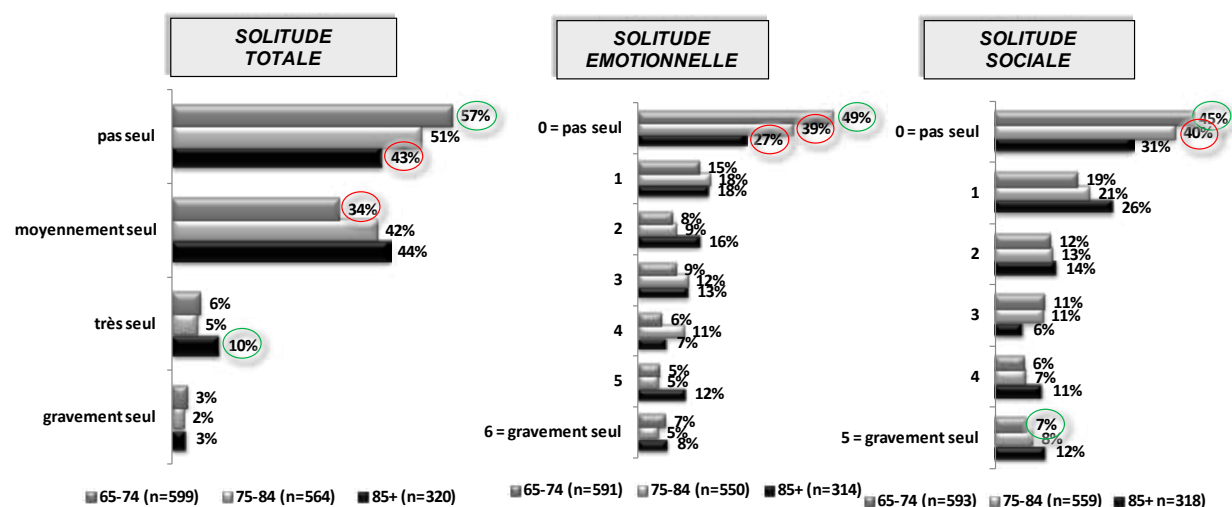
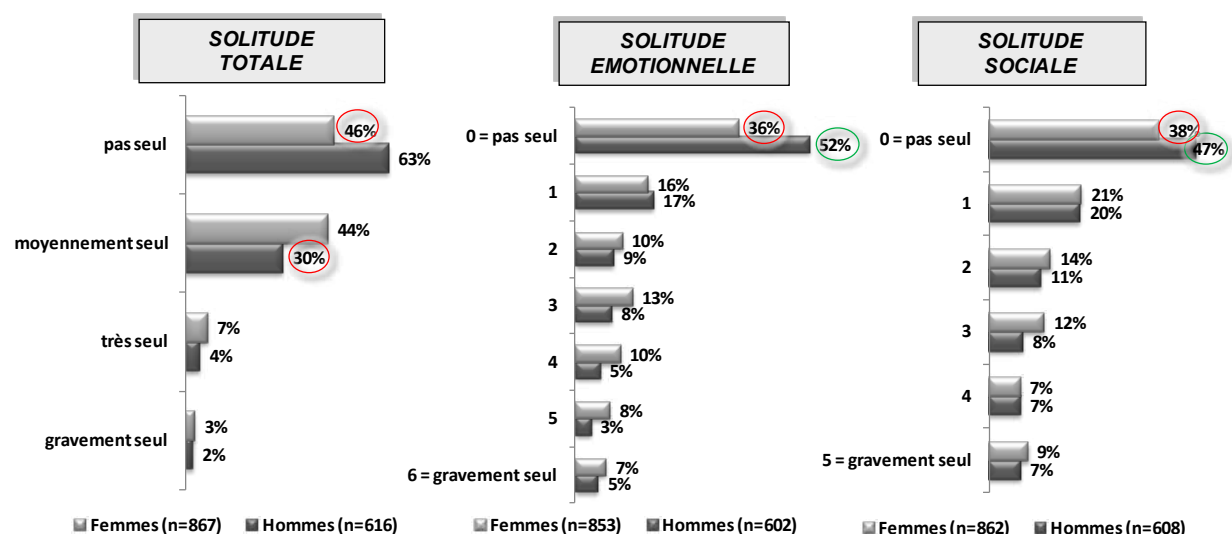


Figure 71 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction du sexe, échelle de Jong Gierveld (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)

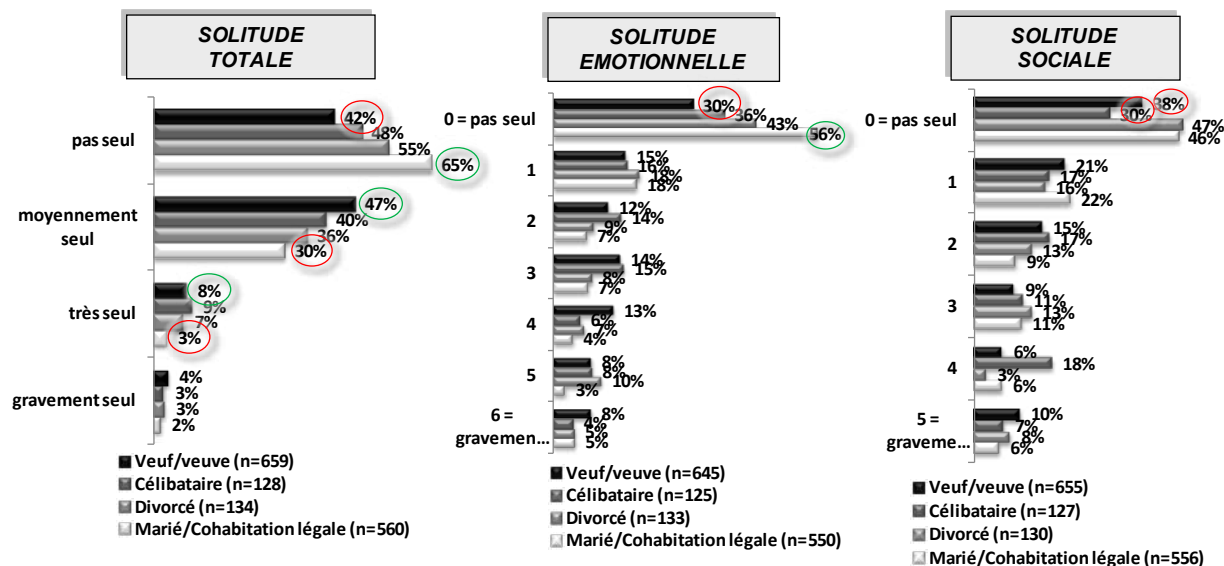


Les femmes sont plus souvent seules que les hommes, bien qu'il s'agisse d'une solitude modérée. Les femmes sont plus seules, aussi bien au niveau émotionnel que social, que les hommes. La différence entre les hommes et les femmes se marque surtout au niveau de la solitude émotionnelle.

d. Analyse en fonction de l'état civil

Les personnes âgées veuves sont les plus seules : 4 veufs sur 10 ne se sentent pas seuls par rapport à 65 % des personnes mariées qui ne se sentent pas seules. La solitude émotionnelle est plus grande chez les personnes veuves que la solitude sociale. Chez les personnes non mariées, c'est l'inverse : elles se sentent plus souvent seules socialement.

Figure 72 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de l'état civil (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



e. Analyse en fonction des revenus

Les personnes âgées qui ont du mal à joindre les deux bouts sont beaucoup plus souvent seules, aussi bien sur le plan émotionnel que social. Parmi les personnes qui parviennent facilement à joindre les deux bouts, 60 % ne se sentent pas seules, alors que chez celles qui rencontrent des fins de mois difficiles, cette proportion est de 40 % seulement.

Figure 73 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de l'évaluation subjective des revenus (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)

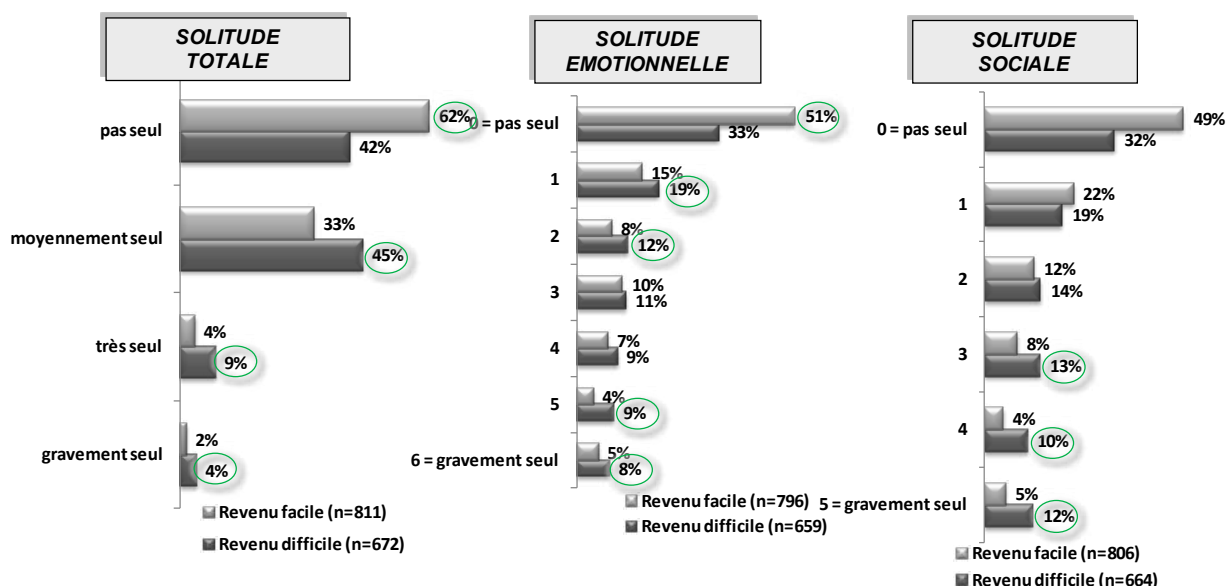
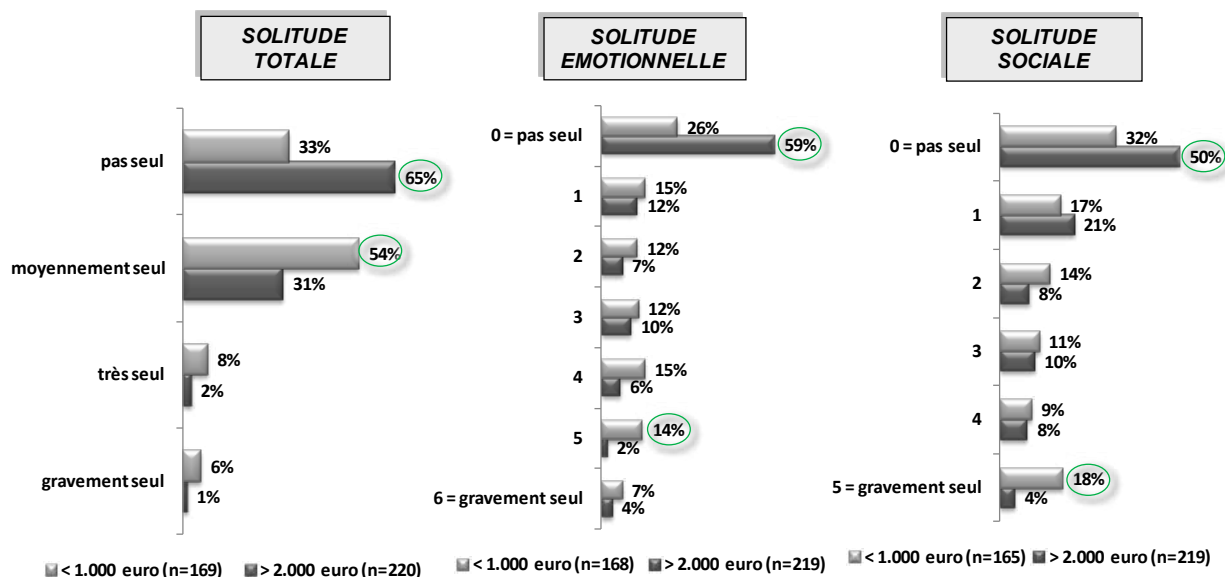


Figure 74 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction des revenus (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)

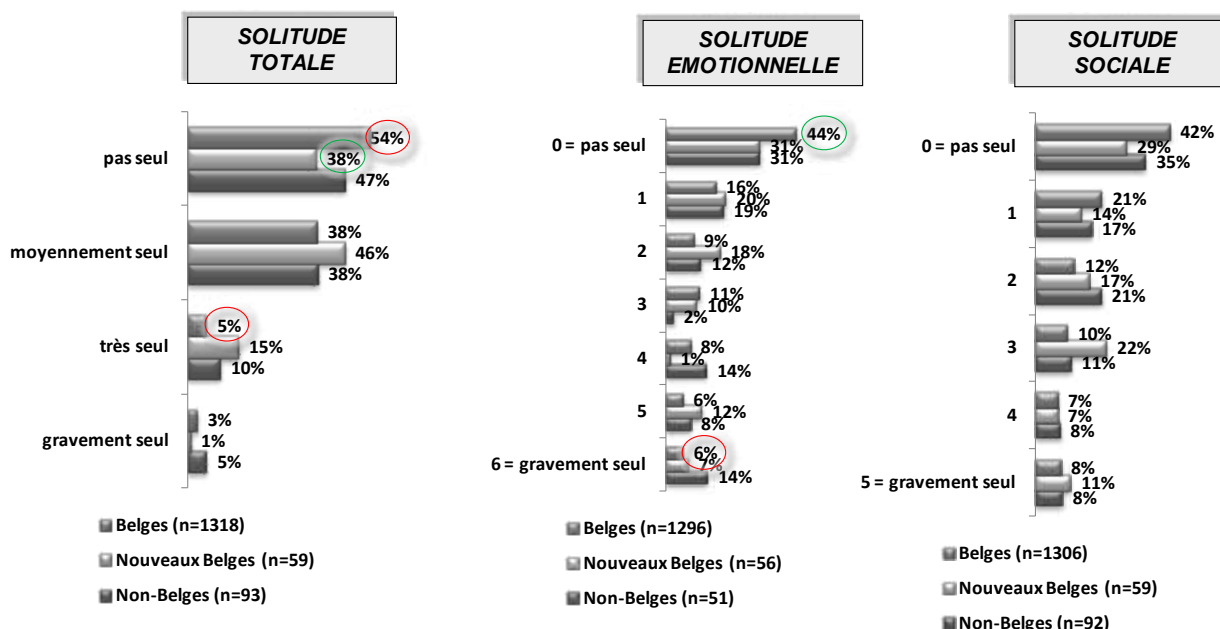


14 % des personnes âgées qui doivent vivre avec moins de 1.000 euros sont (vraiment) très seules, ce qui correspond à 11 % de points de plus que chez les personnes âgées qui disposent d'un revenu supérieur à 2.000 euros. La différence entre les seniors qui ont des moyens financiers restreints et ceux qui ont des revenus plus importants se ressent surtout au niveau de la solitude émotionnelle : par rapport à 1 personne âgée sur 4 non seule émotionnellement avec des revenus de moins de 1.000 euros, on compte pas moins de 6 personnes âgées sur 10 non seules émotionnellement avec des revenus de plus de 2.000 euros.

f. Analyse en fonction de la nationalité

Les Belges sont moins seuls que les nouveaux Belges. Par rapport à 1 Belge sur 2 qui n'est pas seul, seuls 38 % des nouveaux Belges ne sont pas seuls. Les Belges se sentent surtout moins seuls émotionnellement par rapport aux nouveaux Belges et aux non-Belges. Dans les différentes cultures, les sentiments de solitude peuvent être vécus différemment (Rokach et al., 2001). En ce qui concerne la solitude sociale, nous ne notons pas de différences significatives en fonction de la nationalité.

Figure 75 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la nationalité (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



3.2.2 Lien avec la participation sociale

a. Analyse en fonction de l'importance du réseau

Lorsque nous calculons la corrélation entre le nombre d'enfants, de petits-enfants, d'amis et de voisins et le score de solitude total, nous remarquons qu'il y a uniquement un petit lien positif en ce qui concerne les amis : plus on a d'amis, moins on est seul.

Tableau 11 : Coefficient de corrélation entre la solitude totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) et le nombre d'enfants, de petits-enfants, d'amis/connaissances et de voisins/personnes du quartier

Enfants	Petits-enfants	Amis, connaissances	Voisins, personnes du quartier
0.04	0.01	0.20	0.14

b. Analyse en fonction de la fréquence de contact

Il ressort du tableau 12 que la solitude est plus grave chez les personnes âgées qui n'ont pas de contact hebdomadaire avec une autre personne : 12 % d'entre elles sont extrêmement seules, par rapport à 2 % des personnes âgées qui ont un contact hebdomadaire avec au moins un réseau du réseau social complet. L'impact de la fréquence de contact se fait surtout ressentir en ce qui concerne la solitude sociale. 28 % des personnes âgées qui n'ont pas de contact hebdomadaire se sentent seules socialement, ce qui ne vaut que pour 7 % des personnes âgées qui ont un contact hebdomadaire.

Tableau 12 : Lien entre la fréquence de contact et la solitude chez les personnes âgées (à partir de 65 ans)

		Contact hebdomadaire avec au moins 1 réseau	Pas de contact hebdomadaire
<u>Solitude totale</u>	Pas seul	57%	41%
	Moyennement seul	35%	37%
	Très seul	5%	5%
	Extrêmement seul	2%	12%
<u>Solitude émotionnelle</u>	Pas seul	45%	29%
	Très seul	5%	15%
<u>Solitude sociale</u>	Pas seul	45%	40%
	Très seul	7%	28%

c. Analyse en fonction de l'expérience cognitive de contact

La satisfaction/l'insatisfaction des contacts que les personnes âgées entretiennent avec des personnes de leur réseau social est liée à la gravité de leur sentiment de solitude. Ainsi, 66 % des personnes âgées qui sont extrêmement seules souhaitent avoir plus de contacts avec leurs enfants, 55 % d'entre elles désirent avoir plus de contacts avec leurs petits-enfants, 66 % avec leurs (belles-)sœurs/(beaux-)frères, 44 % d'entre elles sont demandeuses de contacts plus fréquents avec leurs voisins et 58 % souhaitent plus de contacts avec leurs amis et leurs connaissances. Ce désir d'avoir plus de contacts est beaucoup moins élevé chez les personnes âgées qui ne sont pas seules : 7 % de ces personnes âgées désirent avoir plus de contacts avec leurs enfants, 13 % avec leurs petits-enfants, 8 % avec leurs (belles-)sœurs/(beaux-)frères, 4 % avec leurs voisins et amis. Chez toutes les personnes âgées, seules ou pas, le désir d'avoir plus de contacts est le plus important en ce qui concerne les petits-enfants.

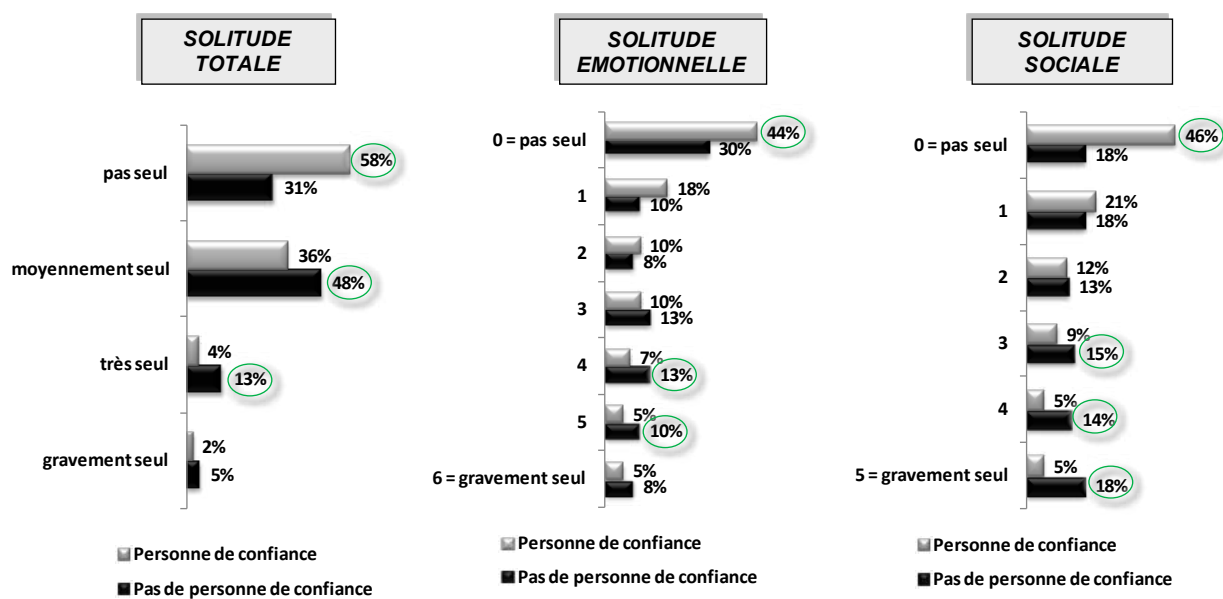
Tableau 13 : Lien entre le désir d'avoir plus de contacts et la solitude chez les personnes âgées (à partir de 65 ans); % des personnes qui désirent avoir plus de contacts

		Enfants	Petits-enfants	(Belles-)sœurs, (beaux-)frères	Voisins, pers. du quartier	Amis, connaissances
<u>Solitude totale</u>	Pas seul	7%	13%	8%	4%	4%
	Moyennement seul	21%	28%	23%	13%	20%
	Très seul	50%	51%	33%	34%	54%
	Extrêmement seul	66%	55%	66%	44%	58%
<u>Solitude émotionnelle</u>	Pas seul	6%	12%	8%	5%	4%
	Très seul	42%	40%	42%	39%	46%
<u>Solitude sociale</u>	Pas seul	8%	13%	6%	3%	5%
	Très seul	47%	45%	51%	32%	55%

d. Analyse en fonction de la personne de confiance

Le fait de disposer d'une personne de confiance diminue le risque de solitude émotionnelle : 44 % des personnes âgées qui ont une personne de confiance ne sont pas seules émotionnellement, par opposition à seulement 1 personne âgée qui n'a pas de personne de confiance sur 3. Le fait d'avoir une personne de confiance semble également avoir un effet sur la prévention des sentiments de solitude sociale : 18 % des personnes âgées qui n'ont pas de personne de confiance se sentent très seules socialement par rapport à seulement 5 % des personnes âgées qui ont une ou plusieurs personnes avec lesquelles elles peuvent parler de sujets personnels ou à qui elles peuvent demander conseil.

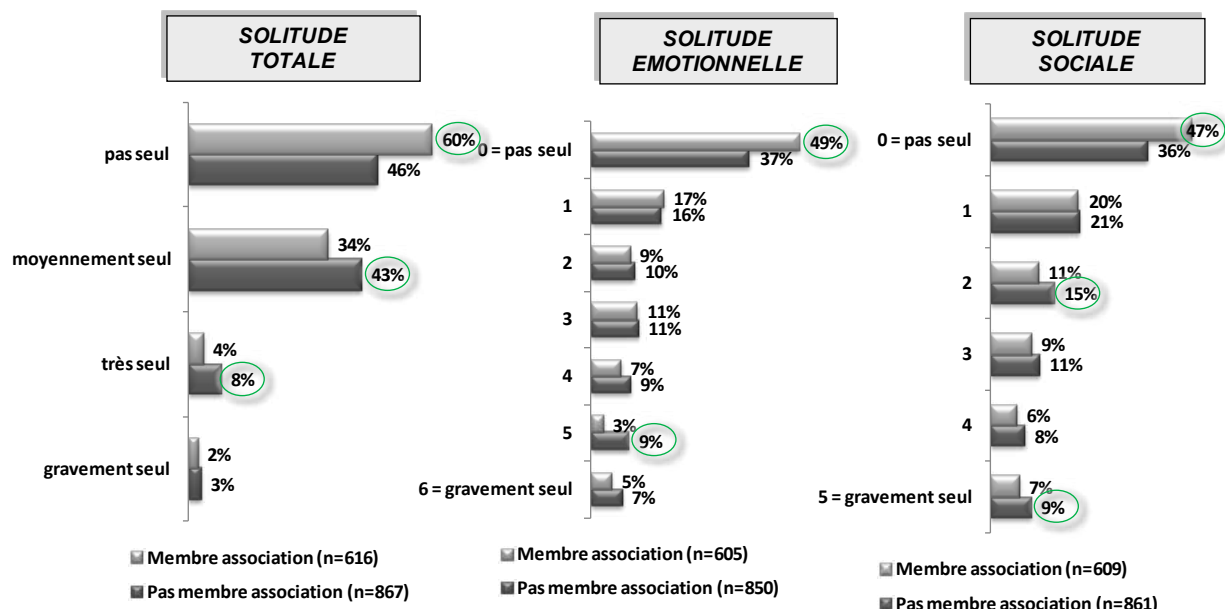
Figure 76 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la personne de confiance (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



e. Analyse en fonction de l'affiliation active à une organisation

Les personnes âgées qui participent activement à la vie d'une organisation sont beaucoup moins seules. Plus de la moitié des personnes âgées qui ne sont pas des membres (actifs) d'une organisation sont au moins moyennement seules, ce qui est 'seulement' le cas pour 4 personnes âgées sur 10 qui participent activement à la vie d'une organisation.

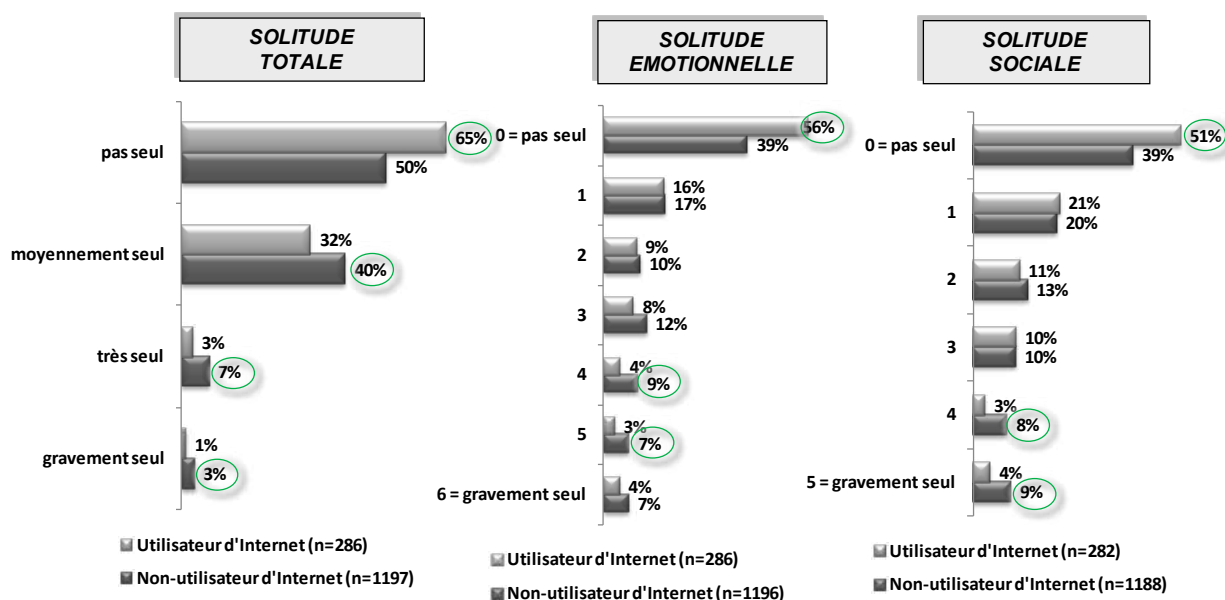
Figure 77 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de l'affiliation (active) à une organisation (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



f. Analyse en fonction de l'utilisation d'internet

Plus de deux tiers des personnes âgées qui utilisent internet pour communiquer ne sont pas seules. La solitude est beaucoup plus présente chez les personnes âgées qui n'utilisent pas internet : celles-ci souffrent d'un sentiment de solitude dans 1 cas sur 2. Les différences entre les utilisateurs d'internet et les non-utilisateurs d'internet se marquent aussi bien au niveau de la solitude émotionnelle que de la solitude sociale.

Figure 78 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de l'utilisation d'internet (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)

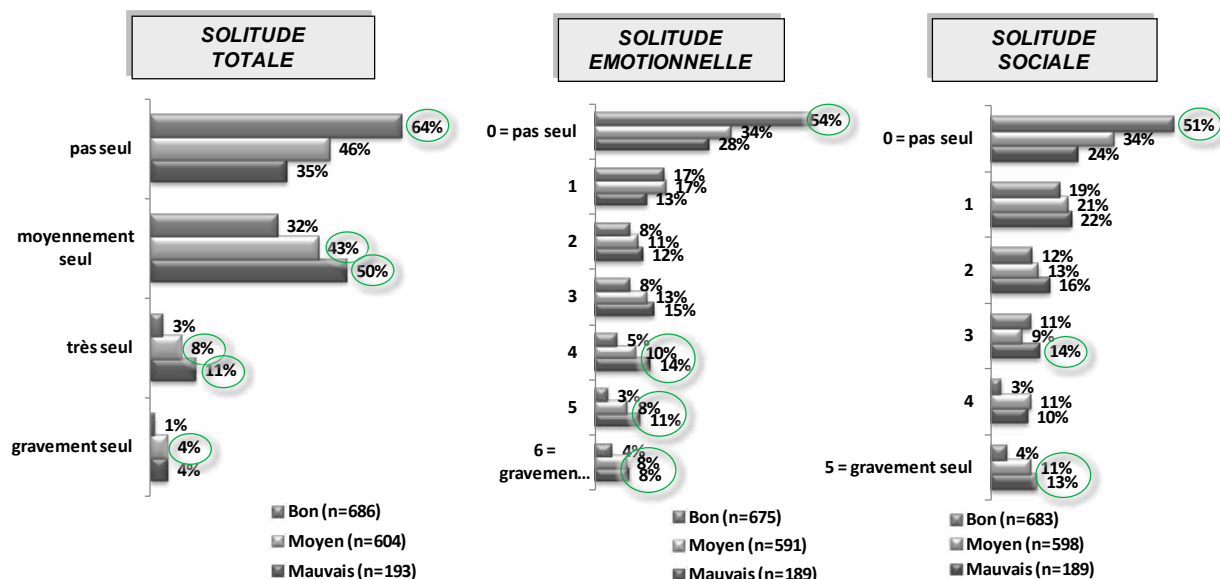


3.2.3 Lien avec l'état de santé

a. Analyse en fonction de l'état de santé subjectif et objectif

La solitude touche beaucoup plus les personnes âgées dont l'état de santé est moyen ou mauvais que les personnes âgées qui se disent être en bonne santé. Nous constatons ces différences aussi bien en ce qui concerne la solitude émotionnelle que la solitude sociale.

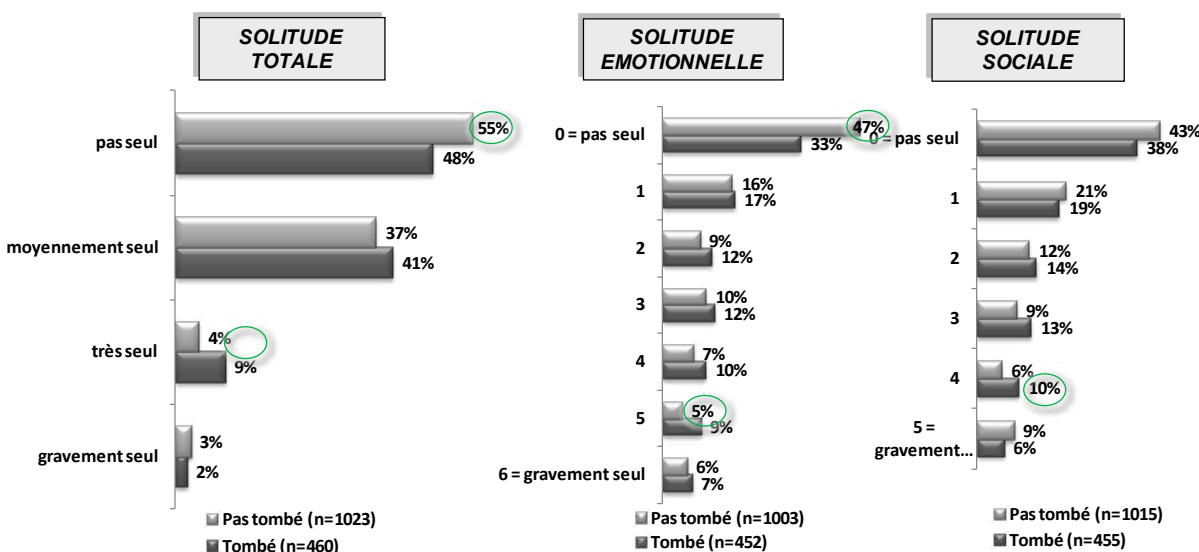
Figure 79 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la santé subjective (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



b. Analyse en fonction de la mobilité et de la fréquence des chutes

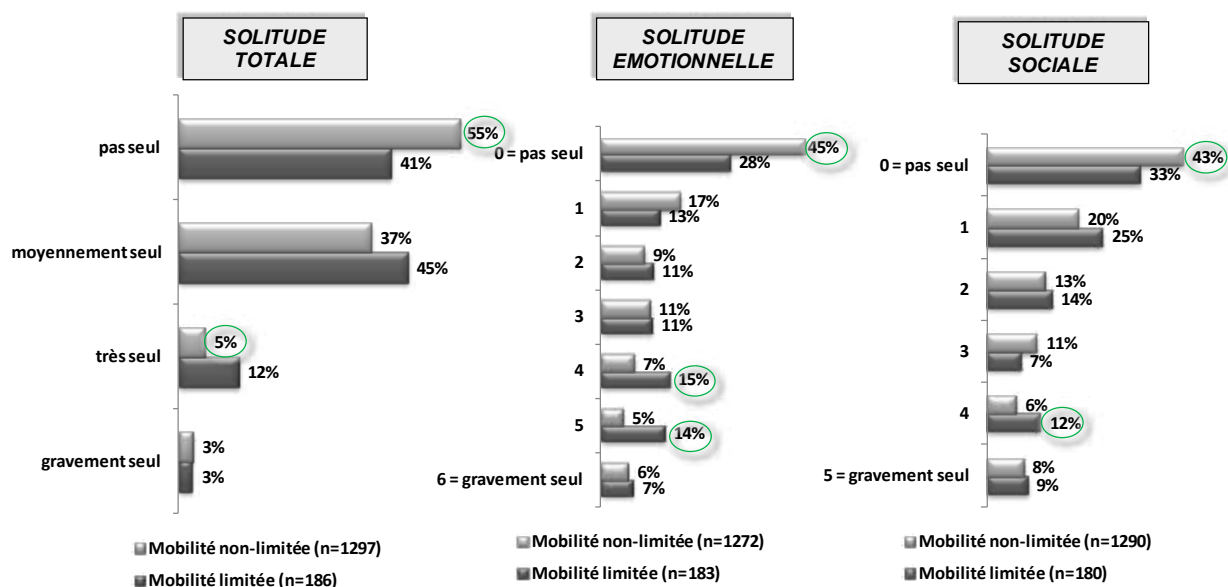
Les personnes âgées qui sont tombées l'an dernier sont beaucoup plus seules. Il s'agit surtout de solitude émotionnelle.

Figure 80 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la fréquence des chutes (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



Les personnes âgées qui sont limitées dans leurs déplacements à leur domicile ou à leur chambre sont plus souvent seules, aussi bien émotionnellement que socialement.

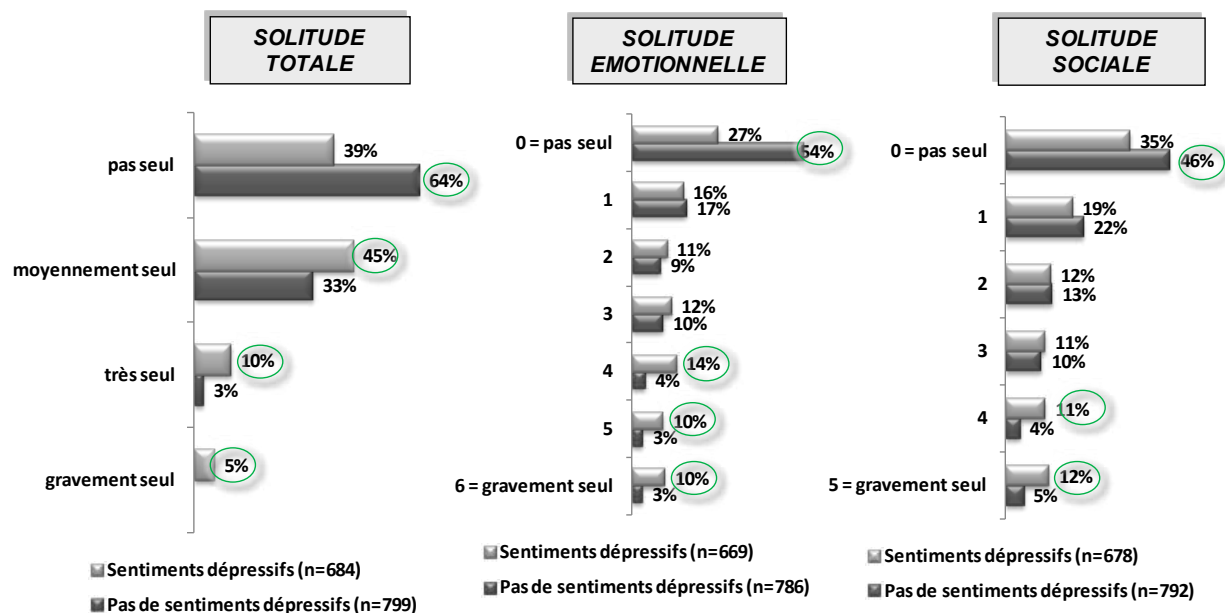
Figure 81 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la mobilité (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



c. Analyse en fonction des sentiments dépressifs

Les personnes qui ont des sentiments dépressifs se sentent seules dans 6 cas sur 10 et dans 15 % des cas, il s'agit de sentiments de solitude (très) graves. Les résultats de l'enquête indiquent que les personnes âgées qui n'ont pas de sentiments dépressifs sont moins souvent seules. Les personnes âgées qui éprouvent des sentiments dépressifs sont principalement plus souvent seules émotionnellement : seul un quart d'entre elles ne sont pas seules émotionnellement alors que plus de la moitié des personnes âgées qui n'ont pas de sentiments dépressifs ne sont pas seules émotionnellement.

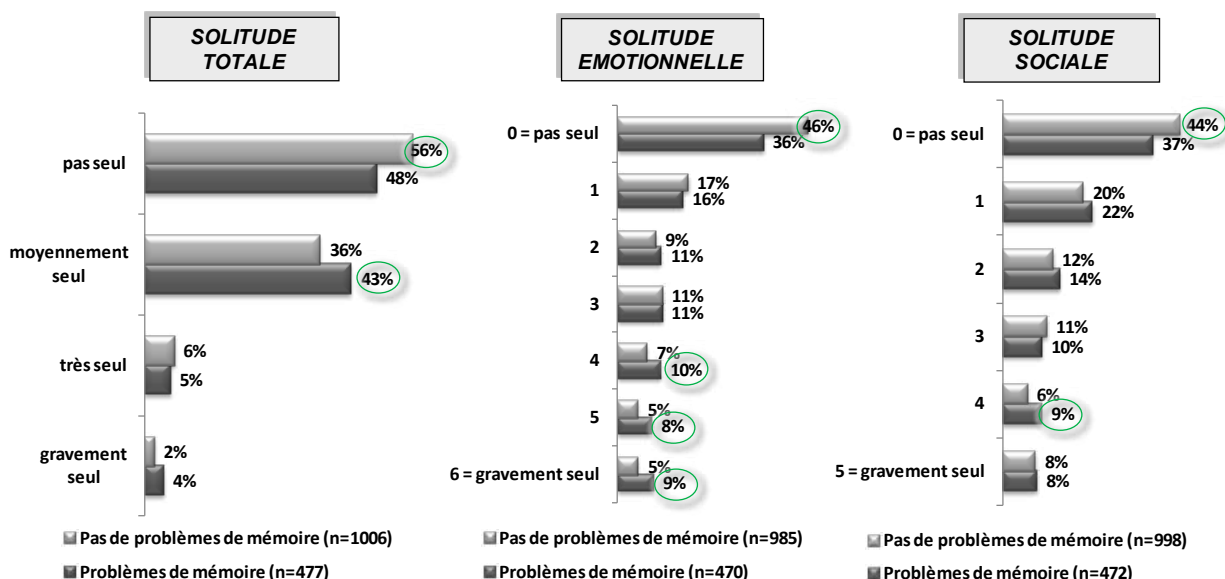
Figure 82 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction des sentiments dépressifs (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



d. Analyse en fonction des problèmes de mémoire graves

Avoir de graves problèmes de mémoire influence les sentiments de solitude, aussi bien émotionnelle que sociale.

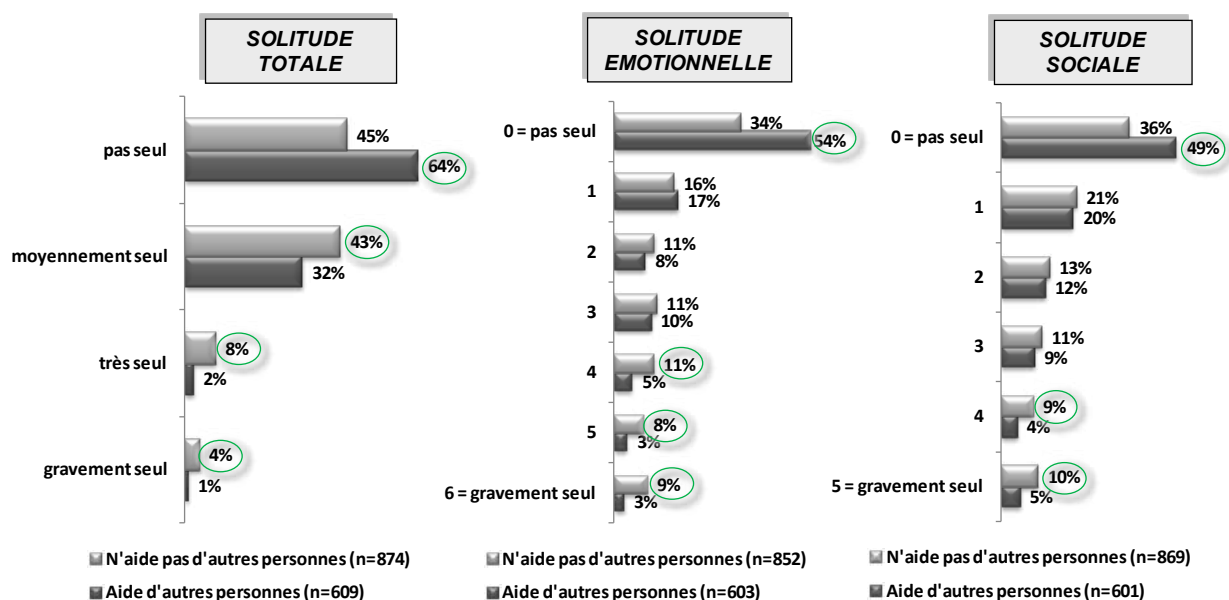
Figure 83 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction des problèmes de mémoire (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



e. Analyse en fonction de l'aide apportée aux autres

Parmi les personnes qui n'apportent pas d'aide aux autres on trouve un taux de 12 % de personnes extrêmement seules. Ce taux n'est que de 3% chez celles qui apportent de l'aide aux autres. Apporter de l'aide aux autres permet à la personne âgée de se sentir moins seule émotionnellement et socialement.

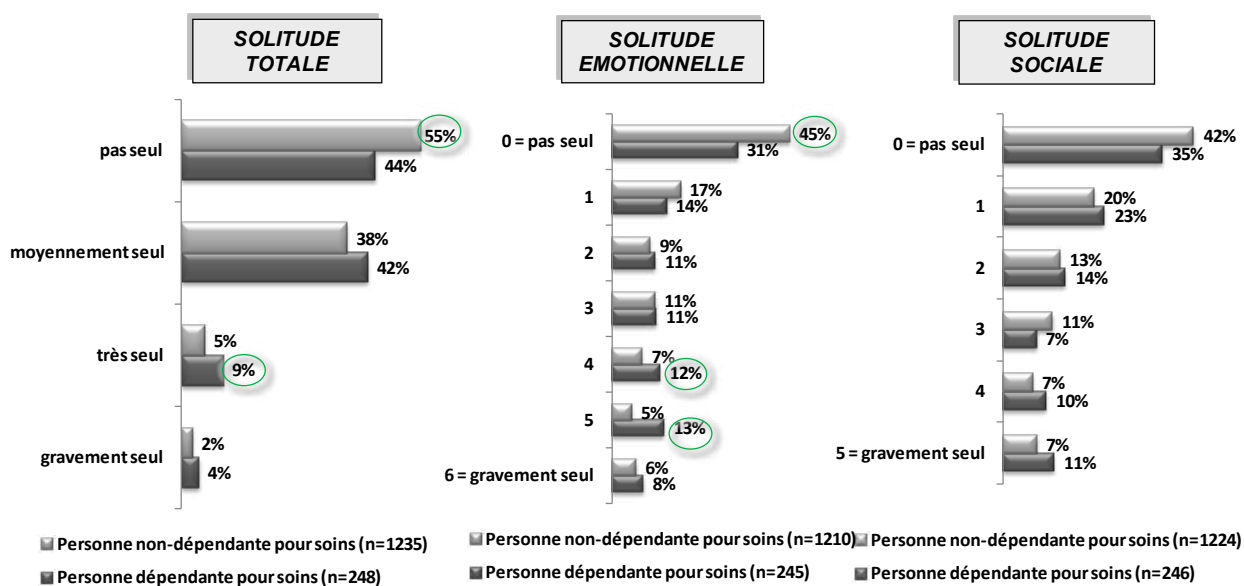
Figure 84 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de l'aide apportée aux autres (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



f. Analyse en fonction de la dépendance aux soins

Les personnes âgées qui sont dépendantes de soins ressentent bien plus de sentiments de solitude que les personnes qui n'en dépendent pas. La dépendance aux soins influence surtout la solitude émotionnelle.

Figure 85 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la dépendance aux soins (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



3.3 Lien entre l'enquête directe et indirecte

L'enquête directe révèle que 39 % des personnes âgées en Belgique sont seules. L'enquête indirecte indique que 47 % sont seules. Différentes recherches montrent une forte corrélation entre les enquêtes directe et indirecte sur la solitude (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2011; Heylen, 2011; de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999).

Le tableau 14 montre le lien pour cette enquête. 7 personnes âgées sur 10 qui déclarent ne jamais se sentir seules sont considérées comme telles par le questionnaire indirect. Sur les personnes âgées qui disent ne jamais se sentir seules, environ un quart est quand même moyennement seul. Ces chiffres indiquent une sous-estimation des sentiments de solitude via le questionnaire direct. Sur les personnes âgées qui se trouvent parfois seules, 12 % sont très seules voir extrêmement seules. D'autre part, un quart d'entre elles ne sont en fait pas seules d'après l'échelle de solitude de de Jong Gierveld. Sur les personnes âgées qui déclarent être souvent seules, la moitié d'entre elles est très seule voire extrêmement seule d'après l'échelle de solitude validée, mais l'autre moitié ne l'est pas.

Ce tableau croisé confirme que les personnes âgées n'avouent pas toujours leur solitude. Des sentiments de honte peuvent faire en sorte que la solitude reste cachée

Tableau 14 : Lien entre l'enquête directe et l'enquête indirecte basée sur l'échelle de solitude de de Jong Gierveld (Base : échantillon total)

Solitude (direct) N % par colonne % par ligne	Solitude totale, de Jong Gierveld (indirect)				
		Pas seul	Moyen- nement seul	Très seul	Extrême- ment seul
	n (gewogen)	790	568	86	39
Souvent seul		132	11	52	33
	9%	1%	9%	38%	81%
	100%	9%	40%	25%	24%
Parfois seul		456	117	279	45
	30%	15%	49%	52%	19%
	100%	26%	61%	10%	2%
Jamais seul		919	663	238	8
	61%	84%	42%	10%	
	100%	72%	26%	1%	

4. Typologie des contacts sociaux

Être seul n'est pas spécialement la même chose que se sentir seul. Vous pouvez être seul, même si vous avez de nombreux contacts sociaux. À l'inverse, les personnes âgées ne se sentent pas forcément seules, même si elles ont peu de contacts sociaux. Le tableau 15 décrit une typologie des contacts sociaux sur la base de deux dimensions. D'une part, nous divisons les personnes âgées sur la base de leurs sentiments de solitude. Les personnes âgées ayant un score inférieur ou égal à 2 sur l'échelle de solitude de de Jong Gierveld se sentent seules. D'autre part, nous évaluons l'étendue du réseau social des personnes âgées. La taille du réseau a été opérationnalisée dans cette typologie à l'aide de la question « Combien de personnes vous sont si proches que vous pouvez compter sur elles si vous êtes confronté à des problèmes graves ? ». Les personnes âgées qui peuvent compter sur plus de 5 personnes ont un 'grand' réseau social.

Tableau 15 : Typologie des contacts sociaux chez les personnes âgées (plus de 65 ans) (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle de solitude de de Jong Gierveld)

Qualité du réseau social	Taille du réseau social	
	Large	Petit
Ne se sentent pas seuls	BIEN ARMÉS SOCIALEMENT 45%	PAUVRES EN CONTACTS 9%
Se sentent seuls	SOLITAIRES 23%	SOCIALEMENT ISOLÉS 23%

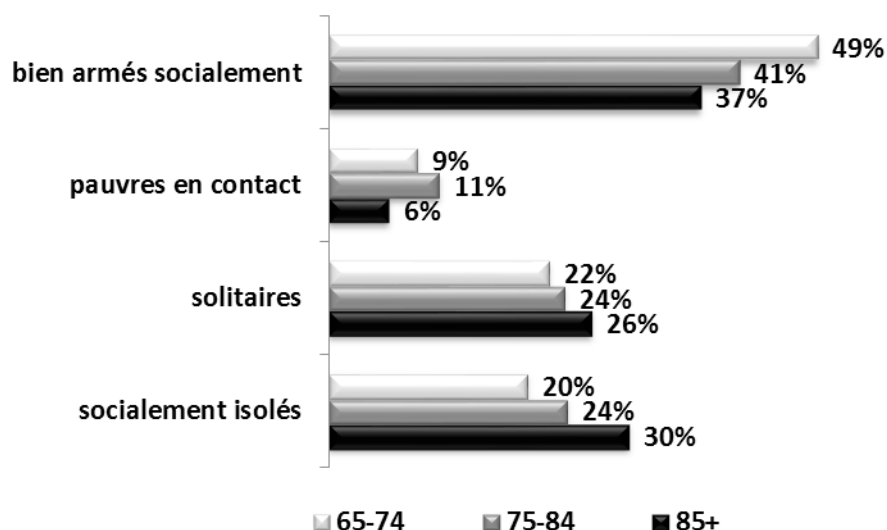
45 % des personnes âgées peuvent être décrites comme capables de se défendre socialement. Elles peuvent compter sur un vaste réseau social et ne se sentent pas seules. Par contre, presque 1 personne âgée sur 4 se trouve dans une situation d'isolement social : elles ont un petit réseau social et se sentent seules. Un petit réseau social n'implique pas automatiquement un sentiment de solitude. 9 % des personnes âgées ont un petit réseau social sur lequel elles peuvent compter, mais ne se sentent pas seules. Elles préfèrent être décrites comme ayant peu de contacts. D'autre part, nous pouvons considérer que 23 % des personnes âgées sont seules. Elles peuvent compter sur un grand réseau, mais se sentent quand même seules. Les initiatives qui se basent uniquement sur la taille du réseau social ne touchent donc pas forcément les personnes les plus seules. Il s'agit dès lors de la principale valeur ajoutée de cette typologie.

4.1 Lien avec les caractéristiques sociodémographiques

a. Analyse en fonction de l'âge et du sexe

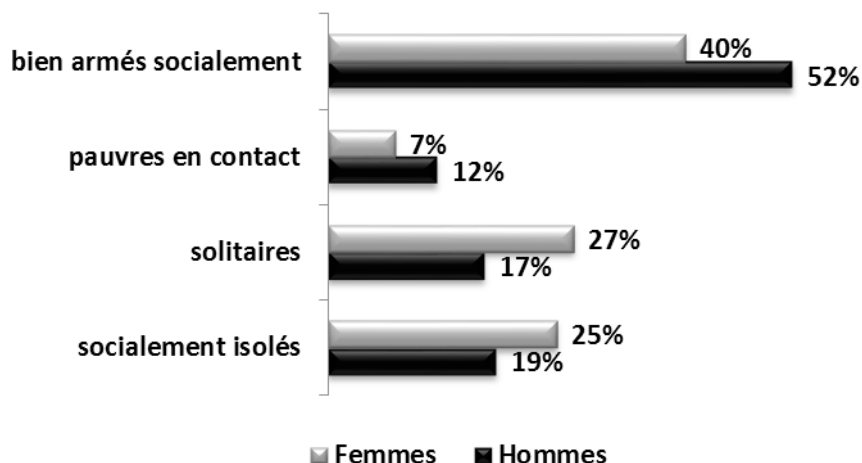
La tendance à associer l'isolement à la vieillesse est au moins partiellement fondée. Cette enquête confirme que les personnes les plus âgées sont plus souvent touchées par ce phénomène (30 % des personnes de plus de 85 ans sont isolées socialement par rapport à 20 % des personnes qui ont entre 65 et 74 ans). Les personnes moins âgées sont les plus capables de se défendre socialement (49 % des personnes âgées de 65 à 74 ans sont capables de se défendre socialement par rapport à 37 % des personnes de plus de 85 ans).

Figure 86 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de l'âge et du sexe (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



Les femmes sont plus souvent isolées socialement que les hommes (25 % vs. 19 %). En outre, elles sont beaucoup plus souvent 'seules' : malgré un grand réseau, les femmes se sentent plus souvent seules que les hommes (27 % vs. 17 %). 52 % des hommes âgés sont capables de se défendre socialement, alors que seulement 40 % des femmes âgées le sont.

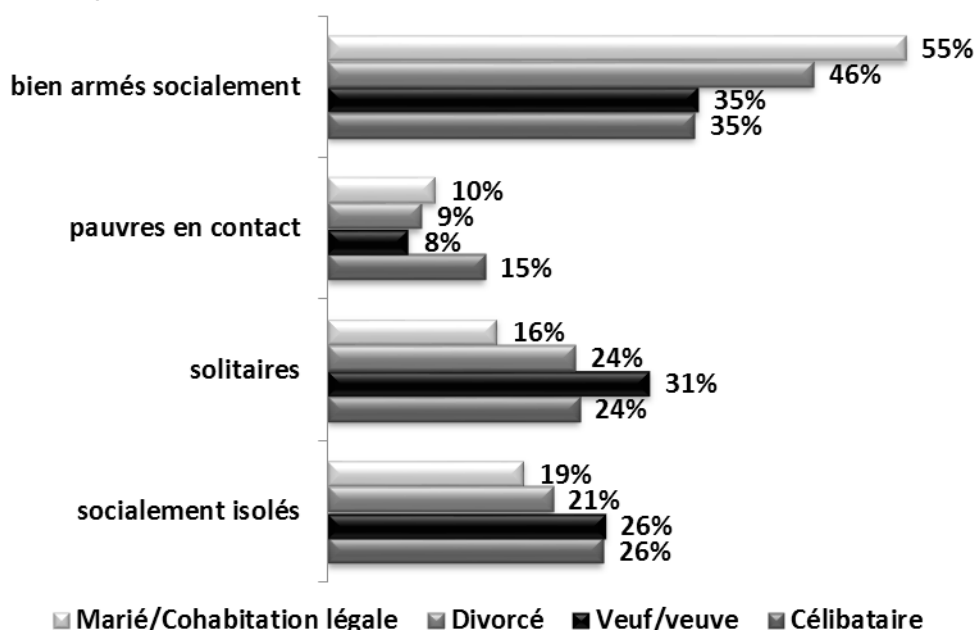
Figure 87 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction du sexe (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



b. Analyse en fonction de l'état civil

Le risque d'isolement social et de solitude est étroitement lié à l'état civil de la personne âgée. Les personnes âgées mariées sont les plus capables de se défendre socialement, les personnes veuves et non mariées le moins (55 % vs. 35 %). Les personnes veuves sont deux fois plus souvent seules que les couples, mariés ou non (31 % vs. 16 %). Elles se trouvent beaucoup plus souvent dans une situation d'isolement social (26 % versus 19 %).

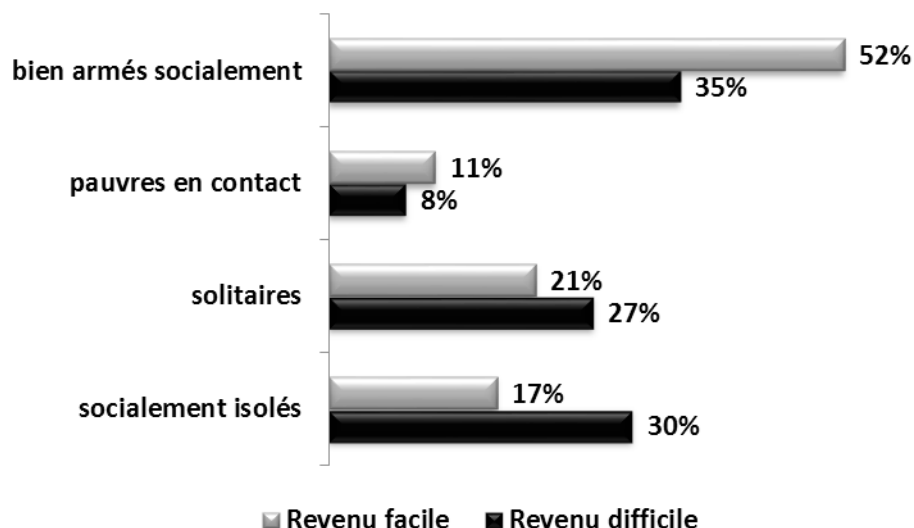
Figure 88 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de l'état civil (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



c. Analyse en fonction des revenus

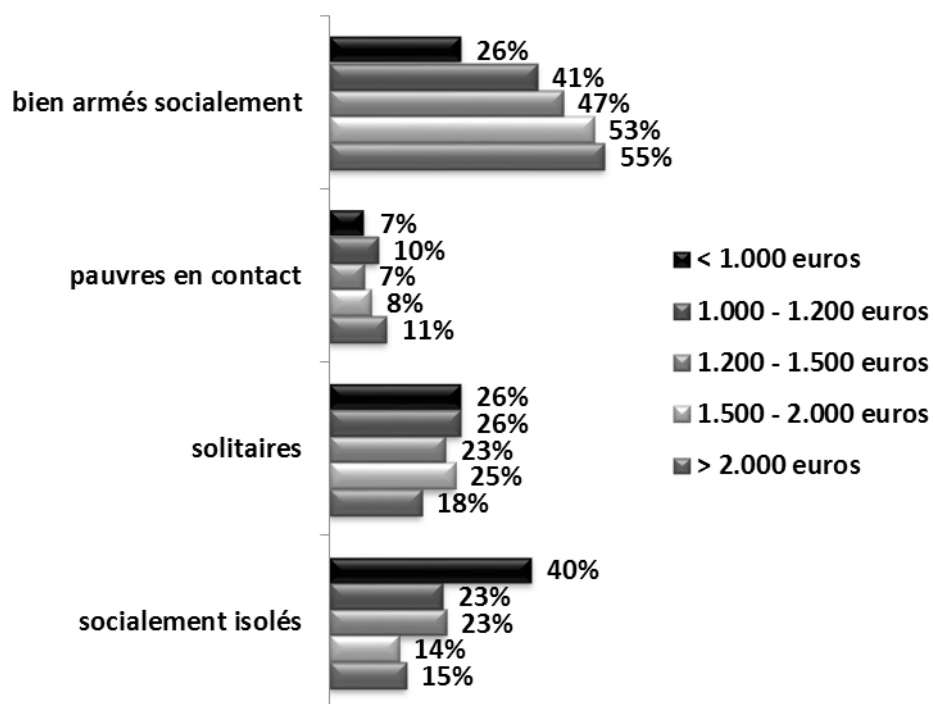
Plus de la moitié des personnes âgées qui peuvent facilement joindre les deux bouts avec leurs revenus mensuels sont capables de se défendre socialement par rapport à 1 personne âgée sur 3 qui a des difficultés à terminer ses fins de mois. Les personnes qui ont des difficultés financières se sentent beaucoup plus souvent seules (27 % vs. 21 %) et se trouvent aussi plus souvent dans une situation d'isolement social (30 % vs. 17 %).

Figure 89 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de l'évaluation subjective des revenus (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



Il ressort des résultats que 40 % des personnes âgées avec un revenu de moins de 1.000 euros sont isolées socialement, ce qui correspond à 25 % de points de différence avec les personnes âgées qui disposent d'un revenu de plus de 2.000 euros (15 %). Les personnes âgées avec les moyens financiers les plus importants sont plus souvent capables de se défendre socialement (55 % avec des revenus de plus de 2.000 euros vs. 26 % avec des revenus inférieurs à 1.000 euros).

Figure 90 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction des revenus (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle n=1488)

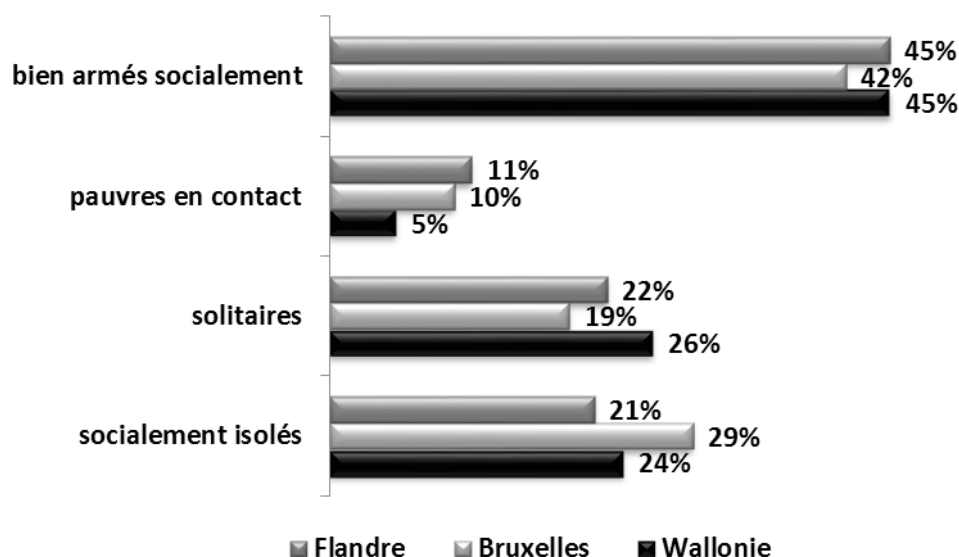


d. Analyse en fonction de la région

Le phénomène d'isolement social est le plus important à Bruxelles : 29 % des personnes âgées bruxelloises sont socialement isolées. Elles ont un petit réseau social sur lequel elles peuvent compter et se sentent seules.

En Flandre, nous constatons beaucoup moins de personnes âgées qui ont peu de contacts qu'en Wallonie : 11 % des personnes âgées flamandes ne se sentent pas seules malgré un petit réseau social sur lequel elles peuvent compter. En Wallonie, ce groupe de personnes âgées est de moitié plus petit (5 %).

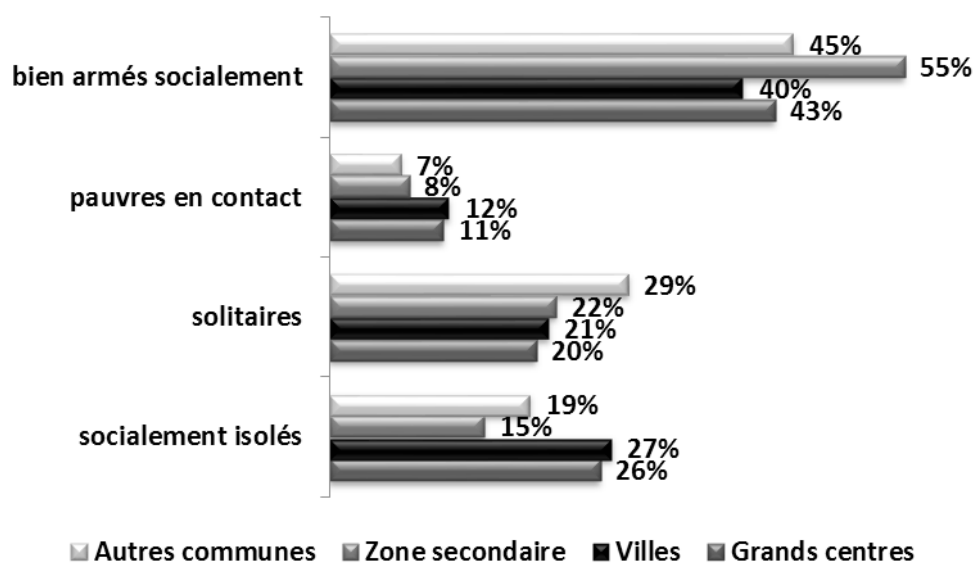
Figure 91 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de la région (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



e. Analyse en fonction de l'habitat

Un quart des personnes âgées dans les grands centres et les zones urbaines sont socialement isolées, alors que dans les zones secondaires et rurales, l'isolement social touche moins de personnes âgées (resp. 15 % et 19 %). Dans les zones secondaires, nous trouvons le plus grand groupe de personnes âgées capables de se défendre socialement (55 %). À la campagne, les personnes âgées ont beaucoup plus de contacts et elles se sentent moins souvent seules lorsqu'elles ont un petit réseau social ('socialement isolées'). Par contre, elles se sentent plus souvent subjectivement seules (29 % vs. 20 % des personnes âgées dans les grands centres), bien qu'elles aient un grand réseau social sur lequel elles peuvent compter ('solitaires').

Figure 92 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de l'habitat (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)

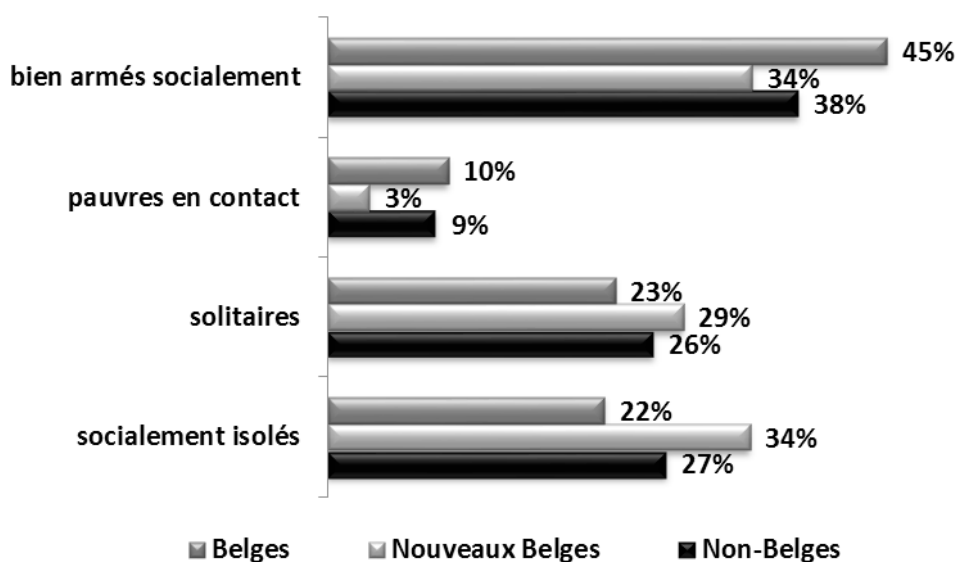


f. Analyse en fonction de la nationalité

45 % des Belges qui sont nés et qui ont grandi en Belgique sont capables de se défendre socialement. Ce pourcentage est légèrement plus élevé que chez les nouveaux Belges et les non-Belges. 34 % des nouveaux Belges et 38 % des non-Belges seraient capables de se défendre socialement.

Au niveau du phénomène d'isolement social, nous retrouvons une différence significative entre les Belges et les nouveaux Belges : 34 % des personnes âgées parmi les nouveaux Belges sont isolées socialement par rapport à 22 % des personnes âgées belges.

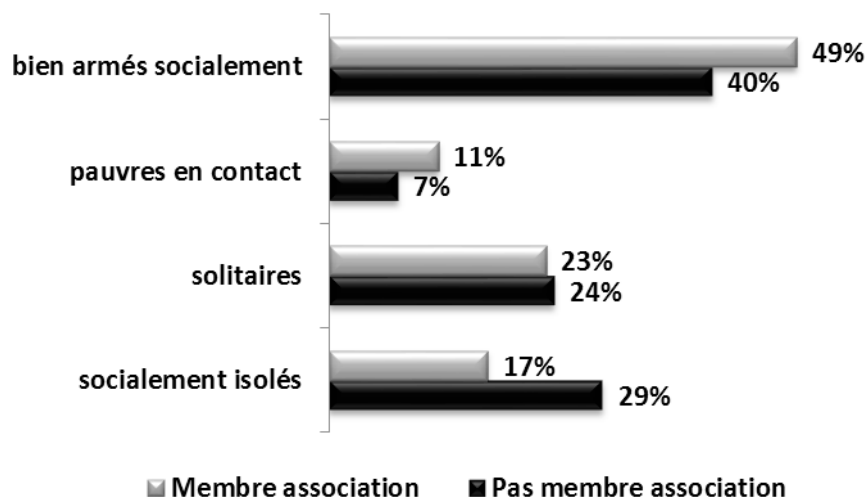
Figure 93 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de la nationalité (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



4.2 Lien avec la participation sociale

Les personnes âgées qui ne participent pas à la vie d'une organisation se trouvent presque deux fois plus souvent dans une situation d'isolement social que les personnes âgées qui sont membres d'une organisation sociale ou culturelle (29 % vs. 17 %). Les personnes âgées qui sont membres d'une organisation sont plus souvent capables de se défendre socialement (49 % vs. 40 %), mais ont aussi plus souvent moins de contacts (11 % vs. 7 %). Elles ne se sentent pas seules lorsqu'elles ont un réseau social plus petit.

Figure 94 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de l'affiliation active à une organisation (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)

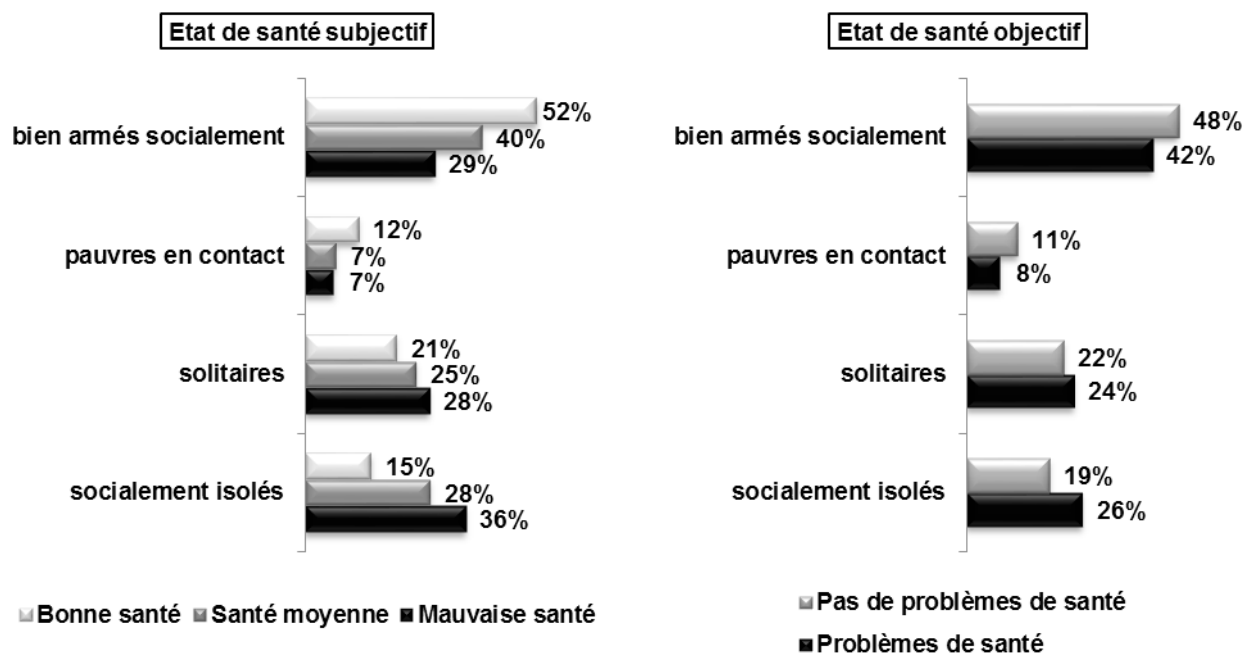


4.3 Lien avec l'état de la santé

a. Analyse en fonction de l'état de santé subjectif et objectif

L'état de santé subjectif¹⁰ a un impact clair sur le risque d'isolement social. Plus d'un tiers des personnes âgées dont l'état de santé est mauvais est isolé socialement. Chez les personnes âgées avec une santé relativement bonne, ce chiffre s'élève à 28 % et chez les personnes âgées en bonne santé à 15 %. L'état de santé est également lié à la solitude subjective (avoir un grand réseau social, mais quand même se sentir seul).

Figure 95 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de l'état de santé subjectif et objectif (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



Longue maladie et problèmes de santé - L'analyse des résultats de l'état de santé objectif¹¹ suit la même tendance que celle de l'état de santé subjectif. L'isolement social touche beaucoup plus souvent les personnes âgées qui souffrent de problèmes de santé que les personnes âgées qui ne souffrent pas de tels problèmes (26 % vs. 19 %). Les personnes âgées qui n'ont pas de problèmes de santé ne sont ni plus ni moins seules que les personnes âgées qui souffrent de tels problèmes. Par contre, elles ont plus souvent moins de contacts (11 % vs. 8 %).

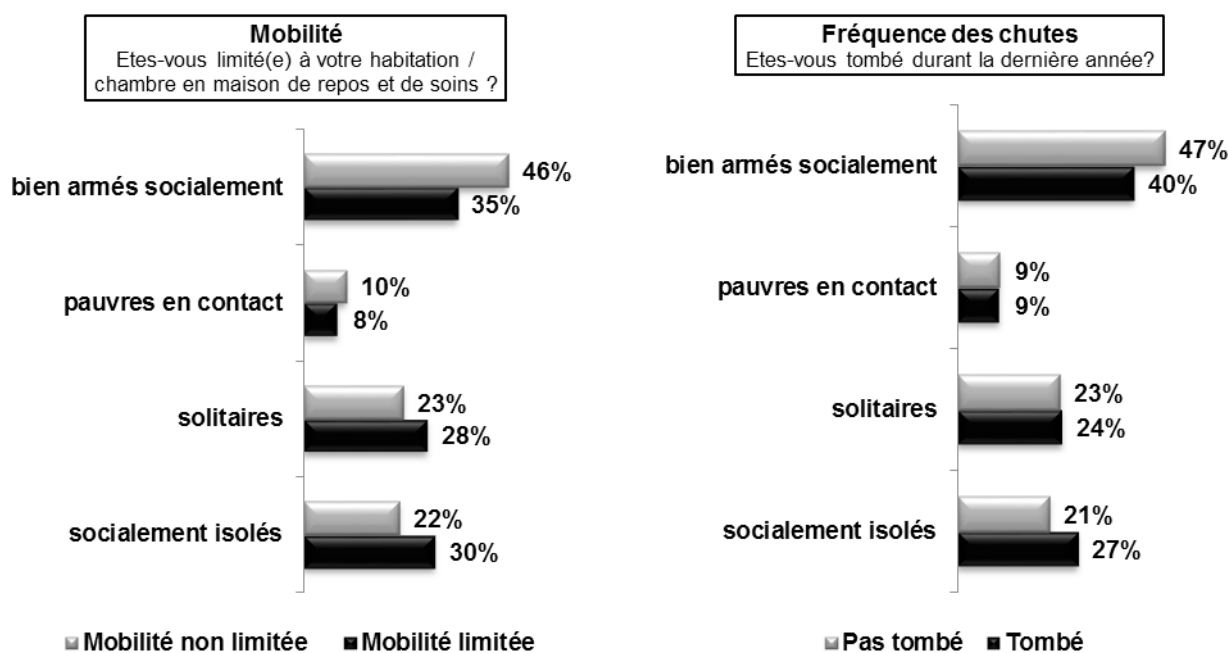
10 L'état de santé subjectif est l'opinion générale que la personne âgée se fait de son propre état de santé. Cet indicateur a été opérationnalisé dans le questionnaire via la question suivante : « Comment est votre état de santé général ? » Très mauvais, mauvais, moyen, bon.

11 La question de savoir si la personne âgée souffre d'une longue maladie, d'une affection, d'un handicap ou de problèmes de santé a été posée pour obtenir un aperçu de l'état de santé objectif.

b. Analyse en fonction de la mobilité et de la fréquence des chutes

30 % des personnes âgées qui sont limitées dans leurs déplacements, que ce soit à leur habitation (personnes habitant chez elles), ou que ce soit à leur chambre (personnes âgées habitant dans une maison de repos), sont isolées socialement (vs. 22 % chez les personnes âgées dont la mobilité n'est pas limitée). Les personnes âgées dont la mobilité est limitée ont un peu moins de chances de pouvoir se défendre socialement (35 % vs. 46 %). Il en va de même pour les personnes âgées qui sont récemment tombées : le risque d'isolement social est plus important (27 % vs. 21 %) et les chances de pouvoir se défendre socialement sont plus restreintes (40 % vs. 47 %).

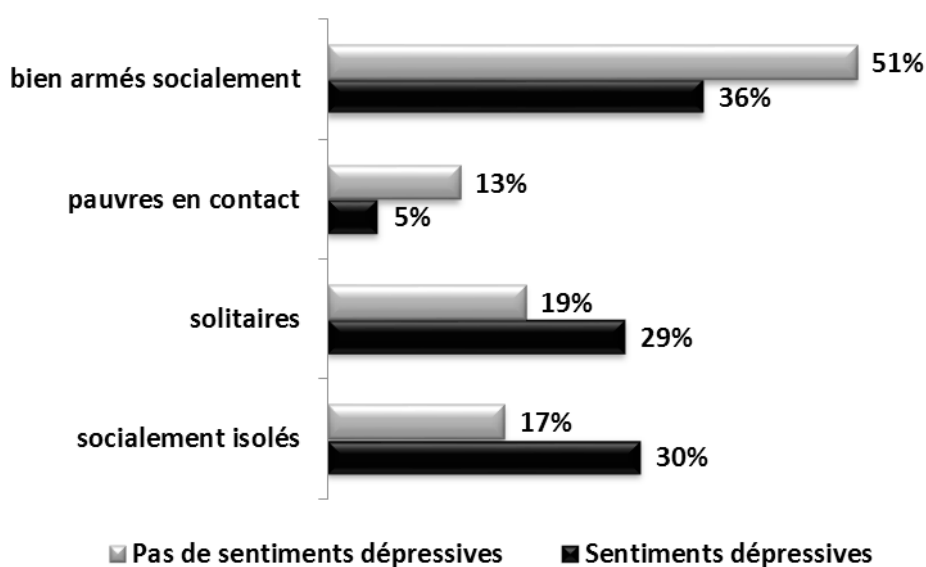
Figure 96 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de la mobilité et de la fréquence des chutes (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



c. Analyse en fonction des sentiments dépressifs

30 % des personnes âgées dont on suppose au minimum qu'elles ont des sentiments dépressifs sont isolées socialement par rapport à 17 % des personnes âgées sans sentiments dépressifs. Les personnes âgées avec des sentiments dépressifs se sentent également plus souvent seules (29 % vs. 19 %). Par contre, les personnes âgées sans sentiments dépressifs ont plus souvent moins de contacts (13 % vs. 5 %), mais elles ne se sentent pas forcément seules lorsqu'elles ont un petit réseau social.

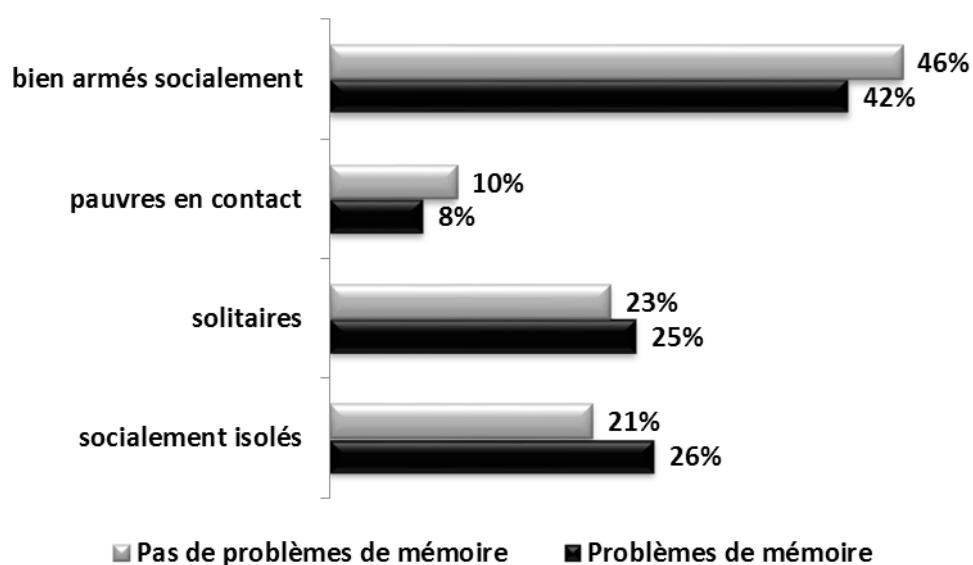
Figure 97 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction des sentiments dépressifs (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



d. Analyse en fonction des problèmes de mémoire graves

Plus d'une personne âgée sur quatre qui souffre de graves problèmes de mémoire est isolée socialement (par rapport à 21 % des personnes âgées qui n'ont pas ce type de problèmes).

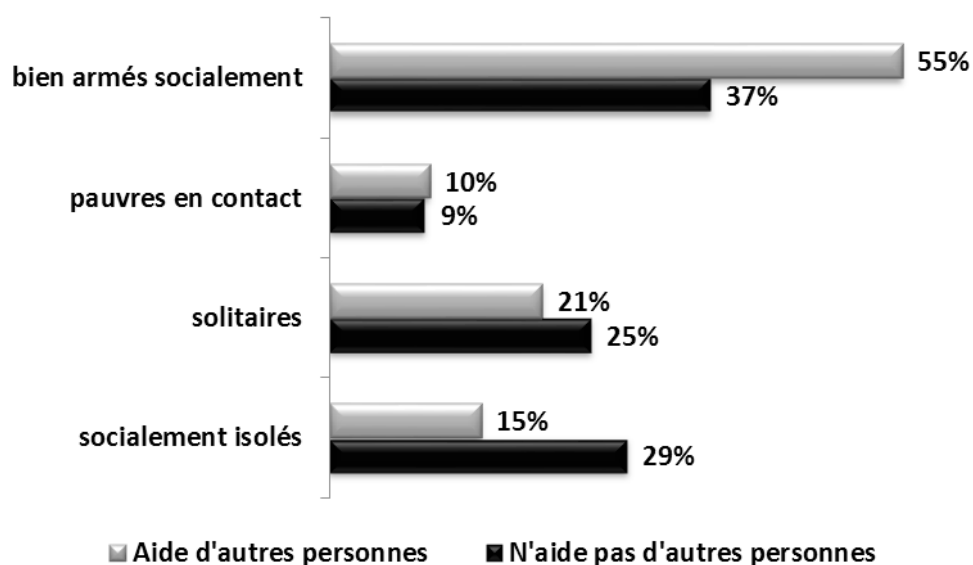
Figure 98 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction des problèmes de mémoire (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



e. Analyse en fonction de l'aide apportée aux autres

Plus de la moitié des personnes âgées qui offrent leur aide régulièrement, volontairement et gratuitement à d'autres personnes sont mieux armées socialement par rapport à 37 % des personnes âgées qui ne le font pas. Une personne âgée qui n'offre pas son aide à d'autres sur trois est isolée socialement. Ce pourcentage est deux fois plus élevé que pour les personnes âgées qui offrent régulièrement leur aide aux autres (15 %).

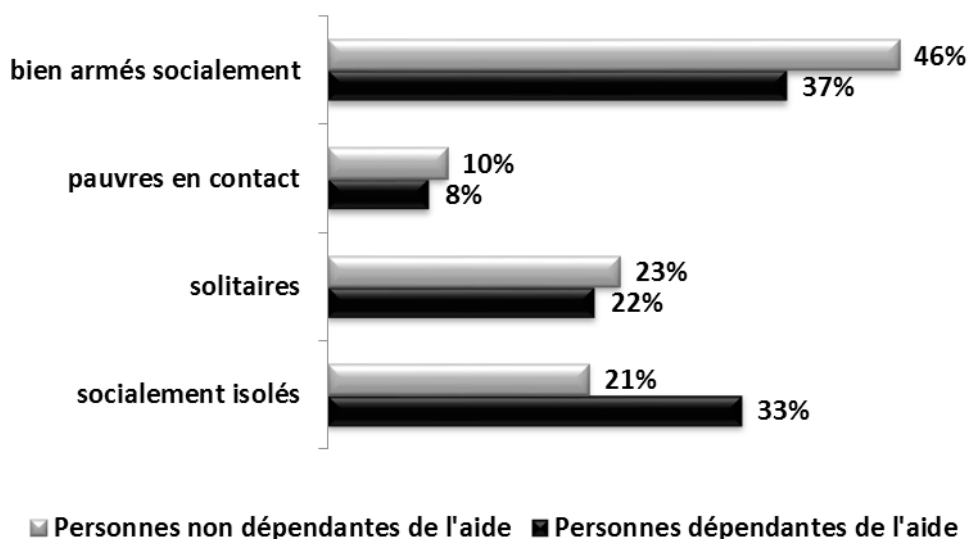
Figure 99 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de l'aide apportée aux autres (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



f. Analyse en fonction de la dépendance aux soins

33 % des personnes âgées qui dépendent de soins sont isolées socialement. Ce phénomène se produit plus souvent chez elles que chez les personnes âgées qui n'ont pas besoin d'aide (21 %) pour leurs activités quotidiennes, comme se laver, s'habiller et se déshabiller, se déplacer à l'intérieur de la maison, aller aux toilettes et manger. Alors que 46 % des personnes âgées qui ne dépendent pas de soins sont mieux armées socialement, seules 37 % des personnes âgées qui dépendent de soins le sont.

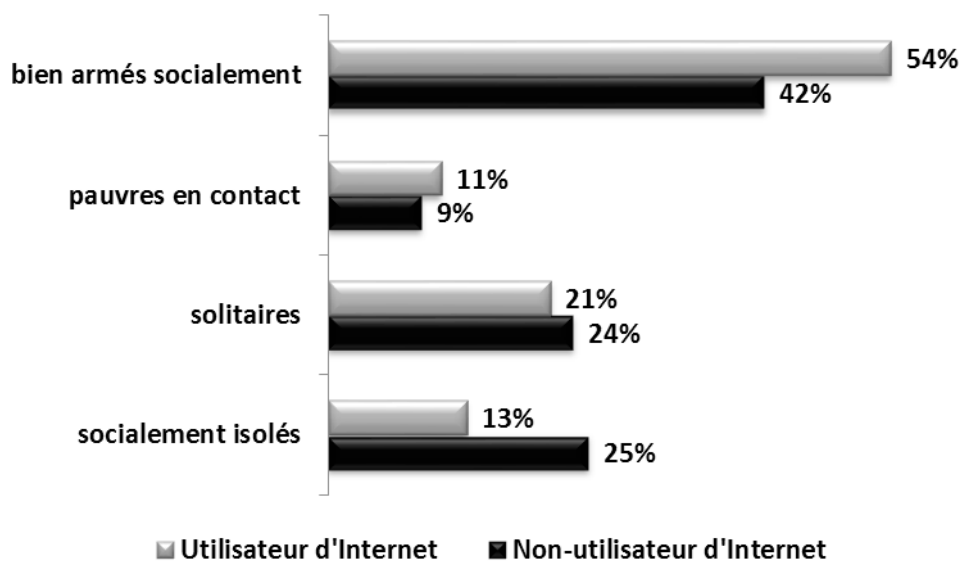
Figure 100 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de la dépendance aux soins (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle).



g. Analyse en fonction de l'utilisation d'internet

Les personnes qui sont isolées socialement ne compensent pas ce manque en se rabattant davantage sur les contacts virtuels. 88 % des personnes âgées isolées socialement n'utilisent pas internet pour communiquer. Trois quarts des personnes âgées qui sont capables de se défendre socialement n'utilisent pas ce type de communication. En d'autres termes, par rapport à 12 % des personnes âgées isolées socialement, on constate 26 % des personnes âgées capables de se défendre socialement qui utilisent internet pour communiquer. Les personnes âgées capables de se défendre socialement utilisent donc plus souvent internet que les personnes âgées isolées socialement. Les personnes âgées qui n'utilisent pas internet sont plus souvent isolées socialement et les personnes âgées qui utilisent internet sont plus souvent capables de se défendre socialement. Nous ne remarquons pas de différences au niveau des groupes qui ont peu de contacts et qui sont seuls suivant qu'ils utilisent ou non internet.

Figure 101 : Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de l'utilisation d'internet (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle).



5. Situation à domicile vs. situation dans une maison de repos

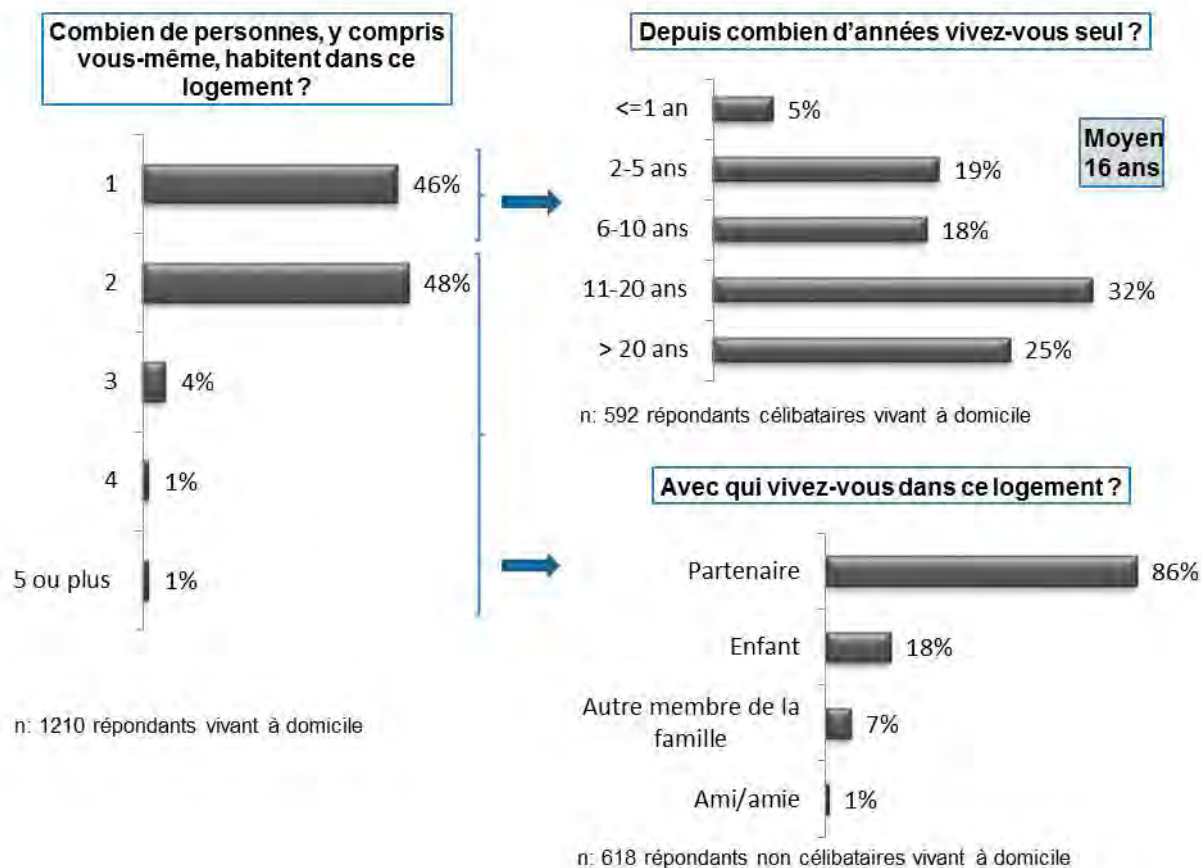
Dans ce paragraphe, nous comparons les personnes âgées qui habitent chez elles aux personnes âgées qui résident dans une maison de repos. Nous regardons d'abord dans quelle mesure les personnes âgées planifient d'opter pour des soins résidentiels. Ensuite, nous comparons le profil des personnes âgées qui habitent chez elles à celui des personnes âgées qui habitent dans une maison de repos. Pour finir, nous regardons dans quelle mesure le capital social et le sentiment de solitude diffèrent en fonction de ces deux situations.

5.1 Mauvaise planification des soins

Il est important de disposer de suffisamment d'informations sur l'offre de soins résidentiels et les possibilités de choix, aussi bien pour les personnes âgées que pour les soignants. « *Ce qu'il faut en tout cas éviter, c'est que la personne âgée, qui n'y est pas du tout préparée, doive tout d'un coup être 'placée'* » (Charlot et al., 2010). Des recherches indiquent qu'un tiers des personnes âgées vulnérables en Flandre ne connaissent qu'une seule maison de repos dans les alentours. 12 % ne connaissent même aucune maison de repos. Plus les personnes âgées connaissent de maisons de repos, plus il y a de chances qu'elles soient favorables au passage potentiel aux soins résidentiels. 54 % des personnes âgées iraient, si nécessaire, dans une maison de repos. Presque une personne âgée sur 3 ne le ferait pas et 15 % ne savent pas (Vermeulen et al., 2012).

Environ la moitié des personnes âgées qui habitent chez elles vivent seules, et ce depuis 16 ans en moyenne. 5 % ne vivent seules que depuis l'an dernier. L'autre moitié des personnes âgées habitent soit avec leur partenaire (86 %), soit avec/chez l'un de leurs enfants (18 %). 7 % habitent chez un autre membre de leur famille et seul 1 % habite chez un(e) ami(e).

Figure 102 : Situation d'habitat actuel des personnes âgées qui habitent chez elles (à partir de 65 ans) (Base : à gauche - les personnes âgées qui habitent chez elles; en haut à droite - les personnes âgées qui habitent seules chez elles; en bas à droite - les personnes âgées qui habitent chez elles avec une ou plusieurs autres personnes)



Presque une personne âgée sur 3 qui habite chez elle a déjà parlé à quelqu'un de l'endroit où elle aimerait habiter à l'avenir. Les personnes à qui elles en ont parlé sont principalement des membres de leur famille : en première place, on trouve les enfants, suivis par le partenaire. 15 % des personnes âgées en parlent à un professionnel : 4 % à des médecins de famille et 11 % à d'autres prestataires de soins.

Figure 103 : Planification relative à l'habitat des personnes âgées qui habitent chez elles (à partir de 65 ans) (Base : gauche - les personnes âgées qui habitent chez elles; droite - les personnes âgées qui habitent chez elles et ont déjà parlé de leur situation d'habitat future)



Figure 104 : Planification relative à l'habitat des personnes âgées qui habitent dans une maison de repos (à partir de 65 ans) (Base : gauche - échantillon total des personnes âgées qui habitent chez elles; droite - personnes âgées en maison de repos qui ont eu une discussion préalable avant de déménager)



Le placement ou le déménagement dans une maison de repos n'est pas planifié pour 4 personnes âgées sur 10. Six résidents sur dix avaient préalablement parlé de leur déménagement dans le centre à quelqu'un. Les personnes à qui elles en avaient parlé restent, ici aussi, principalement des membres de leur famille : en première place, on trouve les enfants, suivis par d'autres membres de la famille et le partenaire. Le passage à une maison de repos a lieu, lorsqu'il est planifié, dans la moitié des cas après une discussion préalable avec un professionnel : dans 1 cas sur 3, le médecin de famille intervient et dans 16 % des cas, il s'agit d'un autre prestataire de soins.

5.2 Différences au niveau du profil sociodémographique et du profil de soins

Avant de comparer le sentiment de solitude des personnes âgées qui vivent encore chez elles de façon indépendante à celui des personnes âgées qui résident dans une maison de repos, nous désirons aborder le profil différent des deux groupes de personnes âgées aussi bien en ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques qu'en ce qui concerne leur état de santé.

Il ressort du tableau 16 qu'il y a beaucoup plus de personnes plus âgées dans les maisons de repos (40 % vs. 9 %), plus de femmes (72 % vs. 57 %), plus de personnes veuves (66 % vs. 39 %) et de personnes mariées (14 % vs. 7 %) et moins de couples (13 % vs. 47 %). Au niveau des revenus et de la nationalité, nous ne remarquons pas de différences importantes entre les deux groupes de personnes âgées.

Tableau 16 : Profil sociodémographique des personnes âgées qui habitent chez elles et des personnes âgées qui résident dans une maison de repos (à partir de 65 ans)

		Chez elles (n=1210)	Maison de repos (n=297)
AGE	65-74 ans	52%	20%
	75-84 ans	38%	40%
	85+	9%	40%
GENRE	Homme	43%	28%
	Femme	57%	72%
REGION	Flandre	61%	55%
	Bruxelles	8%	10%
	Wallonie	31%	36%
ETAT CIVIL	Célibataire	7%	14%
	Mariés/Cohabitation légale	47%	13%
	Divorcé	7%	8%
	Veuve/veuf	39%	66%
REVENUS	< 1000 euros	10%	9%
	1000-1200	21%	21%
	1200-1500	17%	17%
	1500-2000	17%	13%
	> 2000 euros	15%	11%
NATIONALITE	Belges	93%	92%
	Nouveaux Belges	3%	4%
	Non-Belges	4%	3%

Tableau 17 : Profil de soins des seniors habitant chez eux ou en maison de repos (à partir de 65 ans)

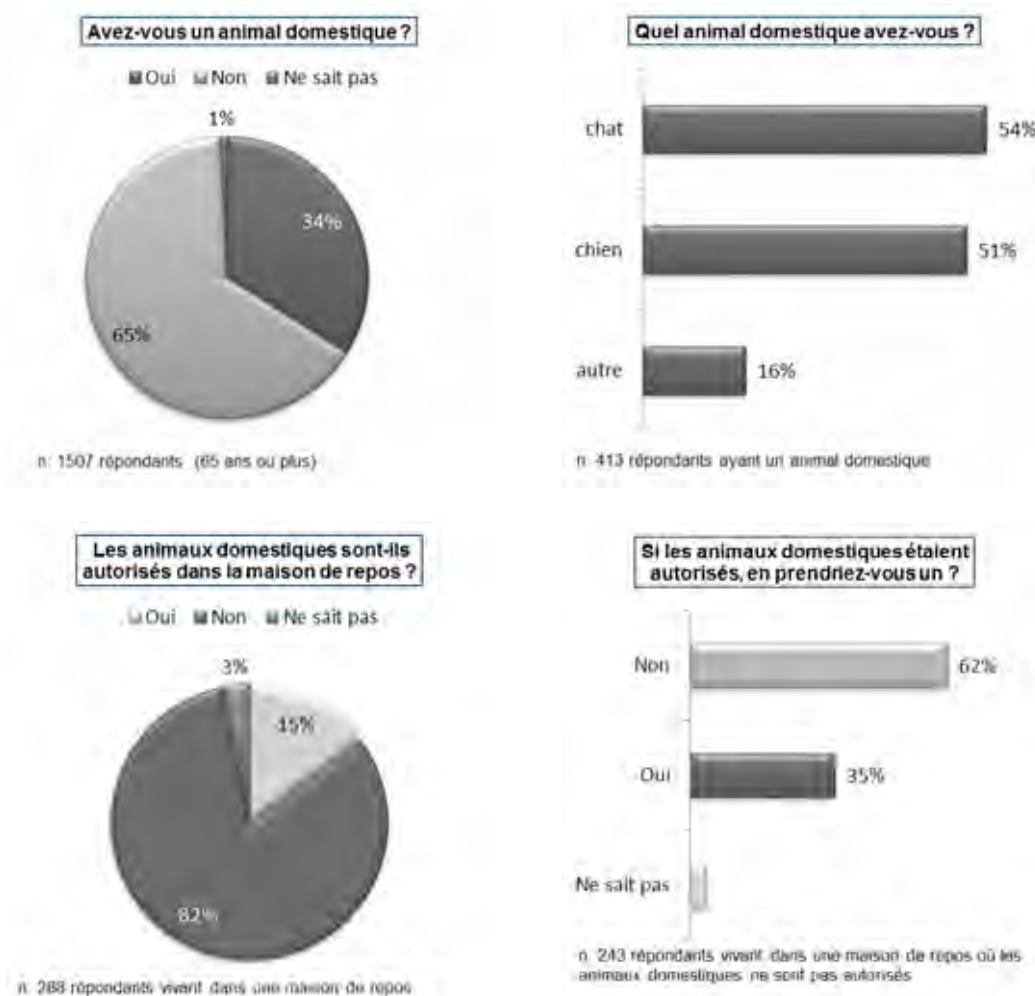
		Chez elles (n=1210)	Maison de repos (n=297)
ETAT DE SANTE OBJECTIF	Pas de problèmes de santé	52%	28%
	Problèmes de santé	48%	72%
ETAT DE SANTE SUBJECTIF	Bon	49%	37%
	Moyen	40%	48%
	Mauvais	11%	15%
MOBILITE	Non limitée	88%	89%
	Limitée	12%	11%
TOMBE DURANT LA DERNIERE ANNEE	Pas tombé	72%	59%
	Tombé	28%	41%
SENTIMENTS DE DEPRESSION	Pas de sentiments de dépression	57%	62%
	Sentiments de dépression (présumés)	43%	38%
PROBLEMES DE MEMOIRE	Pas de problèmes de mémoire	69%	64%
	Problèmes de mémoire	31%	36%
AIDER D'AUTRES PERSONNES	Oui	44%	67%
	Non	56%	33%
DEPENDANCE DE L'AIDE	Non dépendant	89%	55%
	Dépendant	19%	45%

La comparaison entre les personnes âgées qui habitent chez elles et les personnes âgées qui résident dans une maison de repos indique que les personnes âgées en maison de repos de notre échantillon ont significativement plus de problèmes de santé (72 % vs. 48 %), dépendent plus souvent de soins (45 % vs. 19 %) et ont été plus souvent victimes de chutes durant l'année écoulée (41 % vs. 28 %). Les personnes âgées en maison de repos n'ont pas plus ou moins de sentiments dépressifs que les personnes âgées qui habitent chez elles. Les personnes âgées en maison de repos n'ont pas plus ou moins de problèmes de mémoire que les personnes âgées indépendantes qui habitent chez elles. Les personnes âgées qui ne comprenaient pas les questions n'ont pas été interviewées.

5.3 Les animaux domestiques en maison de repos

Une personne âgée sur trois a un animal domestique. Les animaux domestiques ne sont autorisés que dans 15 % des maisons de repos de notre échantillon. Si les animaux domestiques étaient autorisés dans toutes les maisons de repos, un résident sur 3 en aurait un. Les résultats de l'enquête indiquent que 66 % des personnes âgées qui ont un animal domestique ne se sentent jamais seules, alors que seulement 59 % des personnes âgées qui n'en ont pas ne ressentent jamais de sentiment de solitude. Les personnes âgées qui ont un animal domestique semblent également manquer moins souvent d'une ambiance agréable autour d'elles (28 % vs. 35 %). Les personnes âgées qui n'ont pas d'animal domestique ont plus souvent moins de contacts (3 % vs. 1 %).

Figure 105 : Possession d'animaux domestiques chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) et désir d'avoir des animaux domestiques chez les personnes âgées en maison de repos où ils ne sont pas autorisés (Base : en haut à gauche - échantillon total; en haut à droite - personnes interrogées qui ont un animal domestique; en bas à gauche - personnes interrogées en maison de repos; en bas à droite - personnes interrogées en maison de repos où les animaux domestiques ne sont pas autorisés)

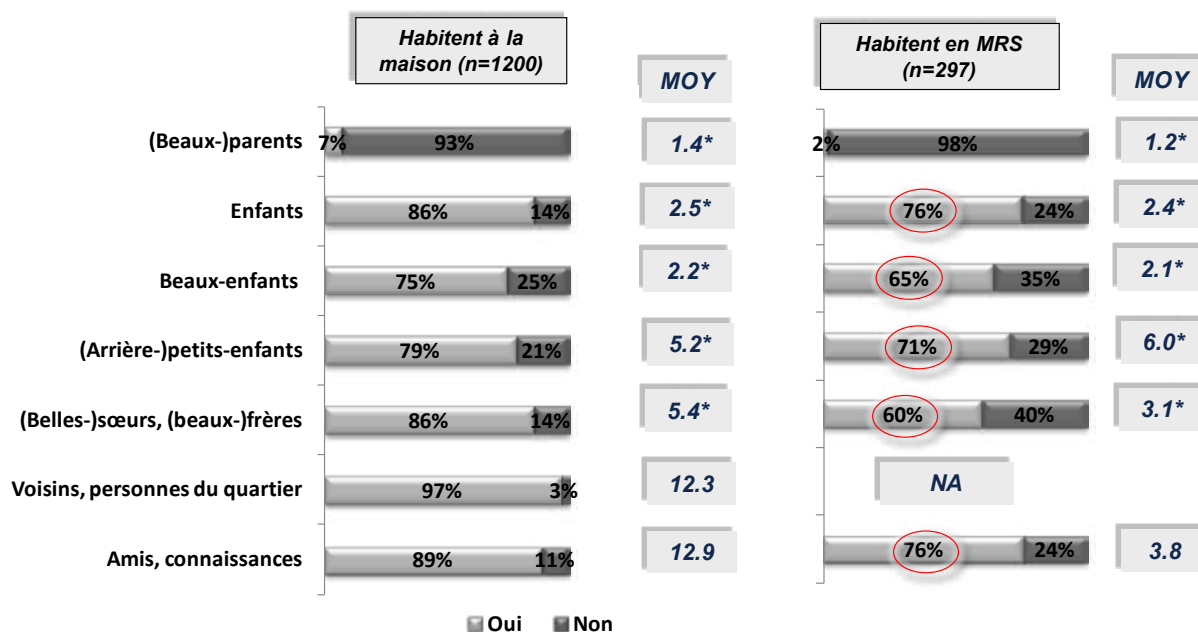


5.4 Différences au niveau du capital social

5.4.1 Taille du réseau social

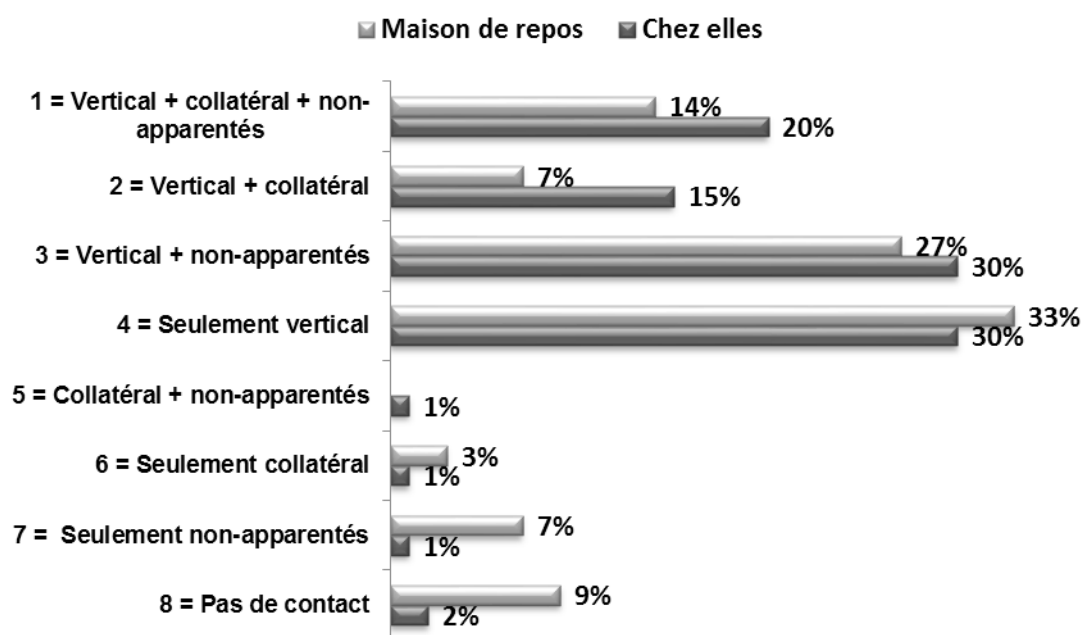
Les personnes âgées en maison de repos ont moins souvent des enfants que les personnes âgées qui habitent chez elles. Elles ont, à tous les égards, un réseau social moins étendu.

Figure 106 : Présence ou absence de catégories de référence dans le réseau social des personnes âgées (à partir de 65 ans) et taille moyenne des catégories de référence, en fonction de la situation d'habitat (habitent chez elles ou résident dans une maison de repos) (Base : échantillon total)



5.4.2 Fréquence de contact

Figure 107 : Modèles relationnels des personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la situation d'habitat (habitent chez elles ou résident dans une maison de repos) (Base : personnes interrogées qui ont/connaissent les membres de leur famille ou non-parents ci-dessous)

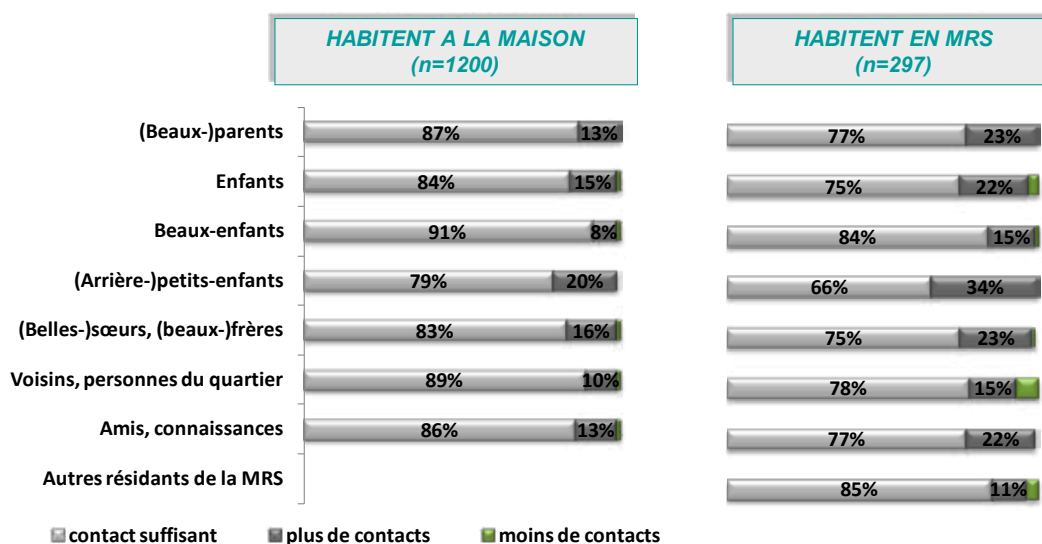


Nous ne notons pas de différences significatives entre les personnes âgées qui habitent chez elles et les personnes âgées en maison de repos en ce qui concerne les modèles relationnels.

70 % des personnes âgées en maison de repos prennent quotidiennement leurs repas avec les autres résidents. Un quart ne le fait jamais. Dans toutes les maisons de repos, des activités sont organisées pour les résidents. Un quart d'entre eux ne participent néanmoins que quelques fois par an ou jamais et 17 % ne prennent jamais part aux activités. Plus de la moitié des résidents participent au moins une fois par semaine aux activités organisées. Un résident sur 5 y participe même quotidiennement.

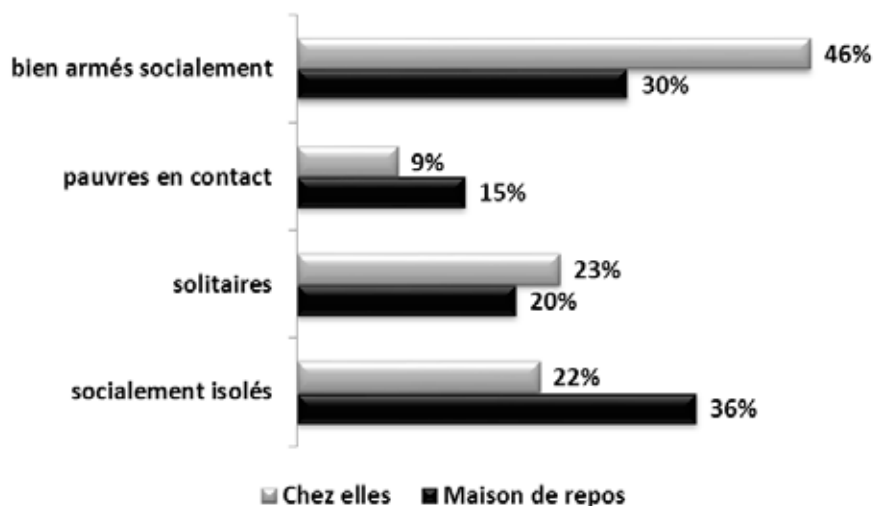
En général, les personnes âgées en maison de repos désirent avoir plus de contacts avec tout le monde. Chez elles, le désir d'avoir plus de contacts est le plus important en ce qui concerne leurs (arrière-) petits-enfants (34 %), tout comme pour les personnes âgées qui habitent chez elles (20 %). Plus d'une personne âgée sur 10 en maison de repos désire avoir plus de contacts avec les autres résidents.

Figure 108 : *Expérience de contact cognitive des personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la situation d'habitat (habitent chez elles ou résident dans une maison de repos) (Base : personnes interrogées qui ont/connaissent les membres de leur famille ou non-parents ci-dessous)*



Les personnes âgées qui habitent chez elles et les personnes âgées en maison de repos sont confrontées aussi souvent à la solitude subjective. Par contre, l'isolement social est plus fréquent chez les personnes âgées en maison de repos, tout comme le sentiment de ne pas forcément se sentir seules lorsqu'elles ont un petit réseau social. Par rapport à 46 % de personnes âgées qui vivent chez elles et sont capables de se défendre socialement, on note 30 % de personnes âgées en maison de repos capables de se défendre socialement.

Figure 109 : *Typologie de l'isolement social des personnes âgées (65 ans et plus) en fonction de la situation d'habitat des personnes âgées qui habitent chez elles et des personnes âgées qui habitent en maison de repos (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)*

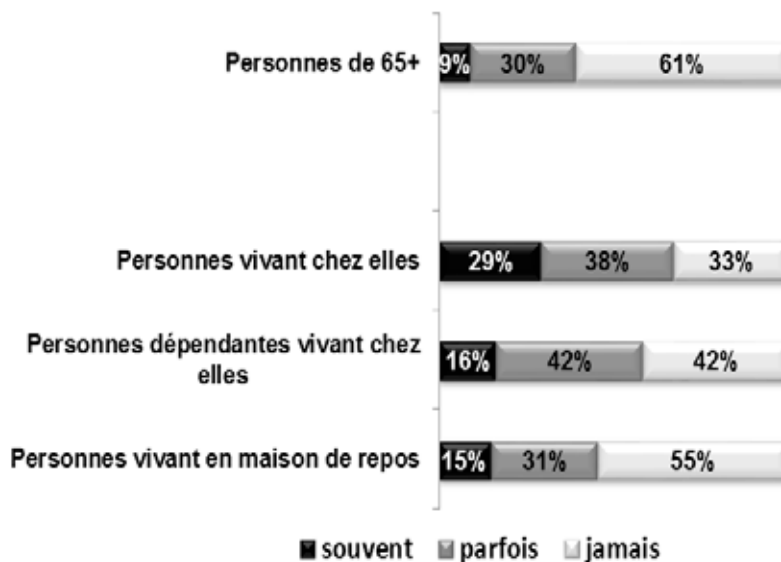


5.5 Solitude plus importante chez les personnes âgées en maison de repos ?

Les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé diffèrent entre les personnes âgées qui habitent chez elles et les personnes âgées qui résident dans une maison de repos. Par conséquent, dans l'analyse, nous avons défini un sous-groupe de personnes âgées qui habitent chez elles et ont besoin de soins à l'intérieur du groupe des personnes âgées qui habitent chez elles. Il s'agit de personnes âgées qui dépendent de soins¹² et/ou souffrent de graves problèmes de mémoire. Nous pouvons ainsi vérifier si les personnes âgées qui habitent chez elles et ont besoin de soins sont aussi souvent seules que les personnes âgées en maison de repos.

Lorsque nous examinons les résultats de la figure 110, nous constatons que les personnes âgées qui ont besoin de soins ressentent le plus souvent des sentiments de solitude. En comparaison avec les personnes âgées qui habitent chez elles et ont besoin de soins, les personnes âgées en maison de repos sont moins souvent seules : plus de la moitié des personnes âgées en maison de repos disent ne jamais être seules, alors que ce n'est le cas que pour 4 personnes âgées sur 10 qui habitent chez elles et ont besoin de soins et pour 6 personnes âgées sur 10 qui habitent chez elles.

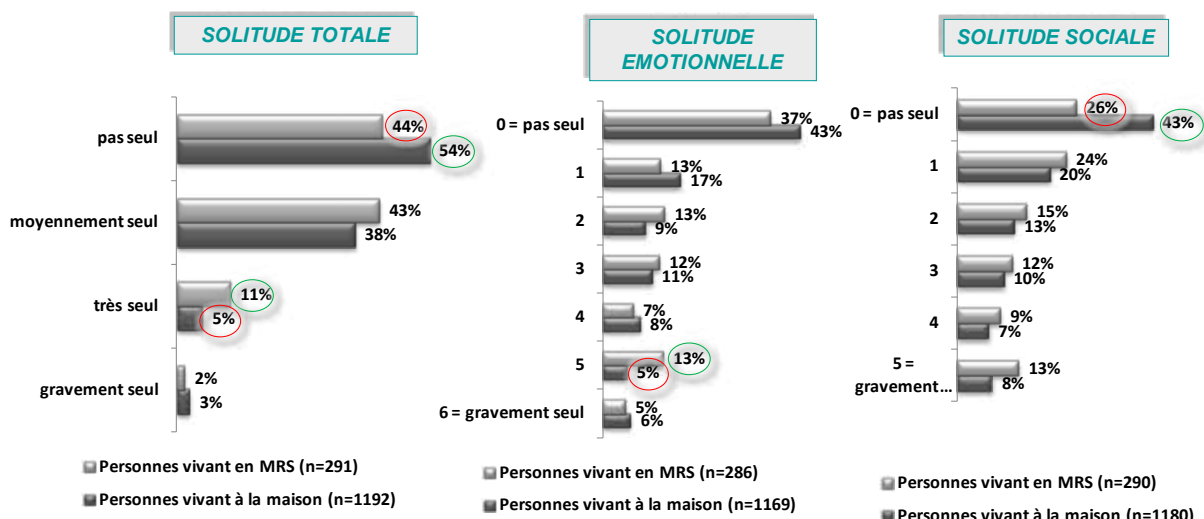
Figure 110 : Sentiment de solitude chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la situation d'habitat (des personnes âgées qui habitent chez elles (et ont besoin de soins) et des personnes âgées en maison de repos) (Base : échantillon total)



Par comparaison aux personnes âgées qui habitent chez elles, les personnes âgées en maison de repos se sentent plus souvent seules. Une personne âgée en maison de repos sur 10 est extrêmement seule. Chez les personnes âgées qui habitent chez elles, cela se produit deux fois moins souvent. Dans les maisons de repos, les personnes âgées sont plus souvent seules, aussi bien émotionnellement que socialement, mais la différence est la plus marquée au niveau de la solitude sociale.

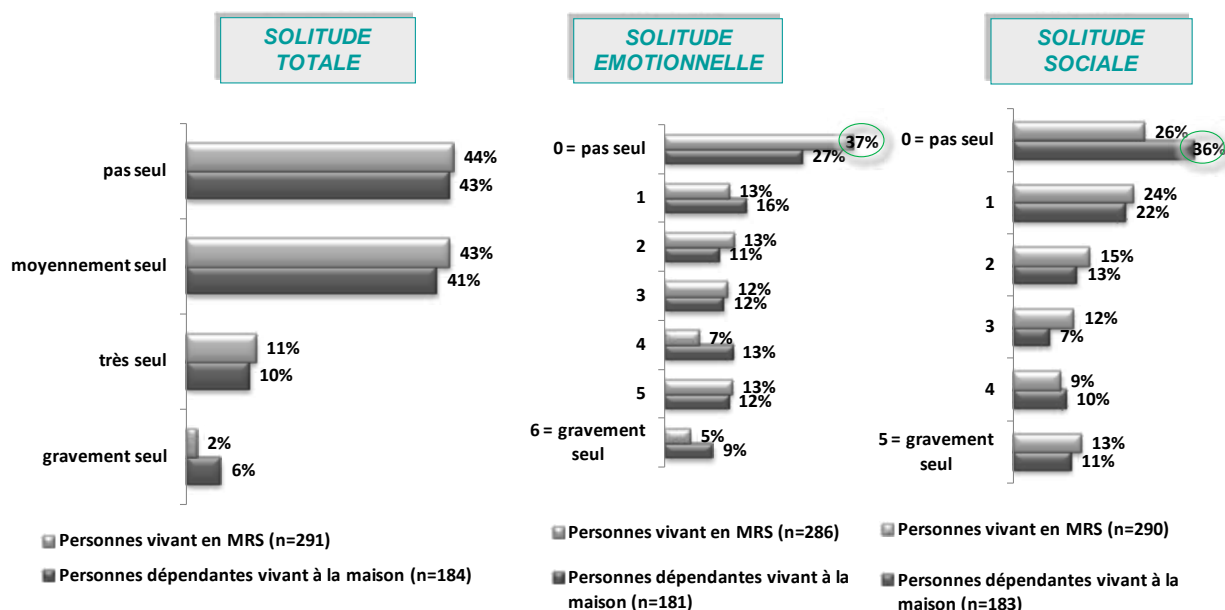
12 Cela signifie qu'elles sont dépendantes de l'aide des autres pour minimum 2 des 5 activités quotidiennes.

Figure 111 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la situation d'habitat (habitent chez elles ou résident dans une maison de repos) (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



Par contre, les personnes âgées en maison de repos ne sont pas moins ou plus seules que les personnes âgées qui habitent chez elles et ont besoin de soins. Les personnes âgées qui habitent chez elles et ont besoin de soins sont néanmoins plus souvent seules émotionnellement, alors que les personnes âgées en maison de repos sont plus souvent seules socialement.

Figure 112 : Solitude émotionnelle et sociale totale chez les personnes âgées (à partir de 65 ans) en fonction de la situation d'habitat (habitent chez elles et ont besoin de soins ou résident dans une maison de repos) (Base : échantillon total à l'exclusion des personnes interrogées qui n'ont pas répondu à plus d'un élément de l'échelle)



CHAPITRE 4 LA SOLITUDE EN PERSPECTIVE

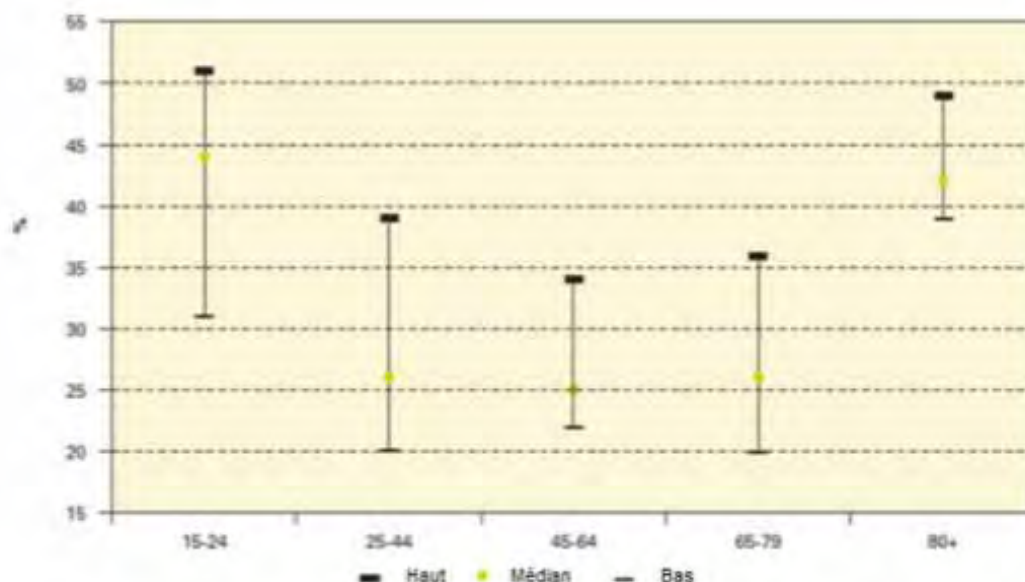
Cette enquête étudie la problématique de la solitude et de l'isolement social. Dans ce chapitre, nous comparons ces résultats à d'autres études afin de mieux les comprendre. Premièrement, nous abordons les stéréotypes relatifs à la solitude chez les personnes âgées. À quel point est-ce important de comprendre la solitude en fonction de l'âge ? Deuxièmement, nous regardons l'évolution des contacts sociaux des personnes âgées. Les réseaux de contacts des personnes âgées ont-ils changé ? Troisièmement, nous nous attardons sur l'évolution de la solitude en Belgique. Les personnes âgées sont-elles plus seules en 2011 qu'auparavant ? Quatrièmement, nous examinons la différence entre la Flandre, Bruxelles et la Wallonie. Comment se fait-il que les personnes âgées en Flandre se sentent moins souvent seules ? Cinquièmement, nous approfondissons la problématique de la solitude dans les maisons de repos. Enfin, nous positionnons la Belgique au sein de l'Europe. La solitude est-elle un problème pour les personnes âgées belges ou pour toutes les personnes âgées d'Europe ?

1. Les stéréotypes relatifs à la solitude chez les personnes âgées

Les personnes âgées sont plus facilement considérées comme seules que les jeunes (Victor et al., 2009;2002). Les stéréotypes négatifs liés à l'âge et concernant la solitude sont néfastes pour les personnes âgées, car ils sont intériorisés. À un âge plus avancé, cela entraîne des conséquences bio-psychosociales, car les personnes âgées qui intériorisent des stéréotypes négatifs liés à l'âge considèrent leur propre santé comme moins bonne, font moins de prévention santé, se remettent moins vite des maladies et vivent également moins longtemps (Meisner, 2011).

Dykstra a étudié les différences entre les sentiments de solitude à différents âges. Pour ce faire, les résultats d'une quarantaine d'études ont été rassemblés (de Jong Gierveld 1998; Perlman & Peplau 1984; Pinquart & Sörensen 2001). La figure 113 indique la proportion de personnes qui se sentent 'souvent' seules par catégorie d'âge. « *Entre 20 et 30 % des adultes et personnes âgées plus jeunes sont moyennement ou extrêmement seuls* » (Dykstra, 2009). Chez les personnes âgées les plus âgées, ce pourcentage s'élève à 40 voire 50 %. Chez les plus de 80 ans, la solitude est donc beaucoup plus fréquente (Vanden Boer & Pauwels, 2005). L'étude longitudinale LASA, qui a suivi des personnes âgées néerlandaises durant 7 ans, indique que la solitude n'augmente fortement qu'à partir de 75 ans. Des études représentatives réalisées dans d'autres pays européens confirment cette tendance (Dykstra et al., 2005).

Figure 113 : Prédominance de la solitude en fonction de l'âge (% de personnes qui se sentent souvent seules)



Source : Dykstra, 2009

En outre, il est frappant de constater que la solitude est également fréquente chez les jeunes entre 15 et 24 ans. La solitude n'est donc pas uniquement un problème qui touche les personnes les plus âgées. Les enquêtes sur la solitude s'adressent plus souvent aux personnes âgées qu'aux jeunes, ce qui pourrait renforcer ce stéréotype (Malcolm, 2005). Le rapport en forme de U entre l'âge et la vieillesse est également souligné dans d'autres études (Luanaigh & Lawlor, 2008; Pinquart & Spreng, 2003; 2001).

En 2000, l'échelle de solitude de de Jong Gierveld a déjà été utilisée sur un échantillon représentatif dans le cadre du Panel Survey Ménages belges. Cette étude longitudinale s'est déroulée de 1992 à 2002 et a été réalisée par l'Université d'Anvers et l'Université de Liège. Elle a révélé que 45 % des jeunes entre 17 et 24 ans étaient seuls. Chez les plus de 85 ans, ce chiffre s'élevait à 46 %.

Dans ses recherches, Heylen (2011) nuance l'affirmation que la solitude est plus fréquente chez les personnes les plus âgées à l'aide d'analyses à plusieurs variables. La solitude sociale chez les femmes n'est pas déterminée par l'âge. Chez les hommes, les plus âgés sont en moyenne moins souvent seuls socialement que les hommes âgés plus jeunes. « *Malgré le fait que les personnes les plus âgées soient plus souvent en mauvaise santé (ce qui représente un risque plus élevé de solitude sociale), ces groupes les plus âgés ne se sentent pas pour autant plus seuls en moyenne au niveau social. ... Il n'est pas vrai de dire que les personnes les plus âgées se sentent ou sont moins intégrées socialement uniquement à cause de leur âge* (Heylen, 2011). En moyenne, les personnes de plus de 80 ans se sentent plus souvent seules émotionnellement.

Dans cette enquête aussi, la solitude s'avère être un problème qui touche principalement les personnes les plus âgées. Parmi les personnes de plus de 85 ans en Belgique, 12 % se sentent souvent seules et 38 % parfois. Parmi les personnes qui ont entre 65 et 74 ans, seules 8 % se sentent souvent seules et 26 % parfois. Il est important de comprendre la solitude en fonction des facteurs de risque, tels qu'une santé qui se détériore ou le décès du partenaire. "So, loneliness does increase with age, but not because of age per se" (de Jong Gierveld & Havens, 2004). L'expérience subjective et la définition de son propre état de santé expliquent en partie le risque de solitude (Heylen, 2011). Les personnes âgées dont les possibilités sont limitées à cause de leur santé peuvent se sentir exclues.

Pour les décideurs et les médias, il est par conséquent important de ne pas confirmer ni renforcer les stéréotypes négatifs liés à l'âge. "Evidence has shown that negative age stereotypes are omnipresent, persistent, and rigid, and they outnumber positive age stereotypes" (Meisner, 2011). Heylen (2011) conclut dans son doctorat sur la solitude chez les personnes âgées qu'« une image positive pour aider à prévenir et à combattre la solitude » revêt une importance cruciale.

2. Évolution des contacts sociaux

Les contacts sociaux des personnes âgées se sont-ils modifiés au cours de ces dernières décennies ? Le tableau 18 montre l'évolution des contacts directs hebdomadaires des personnes âgées qui vivent chez elles en Flandre avec différents cercles de relations.

Tableau 18 : Évolution des modèles relationnels des personnes de plus de 65 ans qui vivent chez elles. Au moins un contact direct hebdomadaire avec des cercles de relations, en Flandre, 1985-2001-2011 (en %)

	1985	2001	2011
(1) Vertical + collatéral + non-apparentés	32	12	13
(2) Vertical + collatéral	6	7	6
(3) Vertical + non-apparentés	28	29	33
(4) Seulement vertical	11	24	36
(5) Collatéral + non-apparentés	11	5	1
(6) Seulement collatéral	2	3	1
(7) Seulement non-apparentés	8	10	4
(8) Pas de contact	2	10	6
<i>N (=100%)</i>	1478	1472	325
<i>Données/recherche</i>	LOVO	LOVO	KBS

Source : Heylen & Mortelmans, 2007 pour les résultats de 1985 et 2001

Sur la base des données de 1985 et de 2001, Heylen & Mortelmans (2007) ont conclu que les contacts directs des personnes âgées diminuaient. En 1985, 2 % n'ont vu personne durant la semaine, par rapport à 10 % en 2001. En 2011, 6 % des personnes âgées qui habitent chez elles en Flandre n'ont vu personne durant la semaine. La forte augmentation dans la proportion de personnes âgées qui n'ont des contacts qu'avec le cercle vertical se poursuit. En 1985, ce chiffre s'élevait à 11 %, en 2001 à 24 %

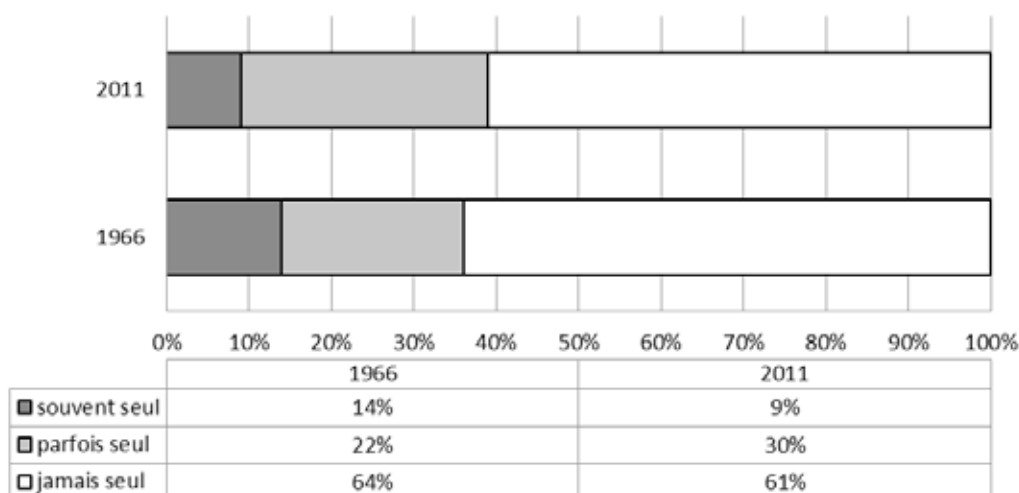
et en 2011 à 36 %. Cela signifie qu'un tiers des personnes âgées qui habitent chez elles en Flandre entretiennent uniquement des contacts avec leurs (beaux-)enfants, leurs (arrière-)petits-enfants ou leurs parents. Le réseau de contacts des personnes âgées devient donc moins hétérogène. La proportion de personnes âgées qui entretiennent des contacts avec des non-parents est limitée dans les résultats de 2011. Il faut noter que dans le questionnaire de 2011, les catégories 'autres membres de la famille' et 'autres personnes' n'ont pas été reprises. Cela explique en partie les pourcentages restreints dans les types de relations 5, 6 et 7. Seuls les contacts personnels ont été repris et les résultats ne tiennent pas compte des contacts téléphoniques ou via internet.

3. Évolution de la solitude en Belgique

Malgré les changements dans les modèles relationnels, « *la crainte d'une désintégration sociale généralisée chez les personnes âgées est infondée* » (Heylen & Mortelmans, 2007). La prédominance de la solitude n'a d'ailleurs pas augmenté au cours des dernières décennies. Dans différents pays européens, les résultats de recherches font conclure qu'il n'y a pas plus de sentiments de solitude aujourd'hui qu'auparavant. "A consistent pattern emerges with regard to the proportion of people who often (or persistently) feel lonely. Contrary to popular belief, this proportion has not increased over time. Studies show either a decrease or no change over time" (Dykstra, 2009). Aujourd'hui, les personnes âgées sont en meilleure santé, plus indépendantes et plus actives qu'auparavant. En outre, les standards relationnels et les attentes des personnes âgées se modifient. Les attentes par rapport aux contacts sociaux changent en même temps.

Pour souligner cette perspective historique, la figure 114 montre les réponses de 1966 et 2011 à la question de solitude directe. Il s'agit ici des résultats des personnes de plus de 65 ans en Belgique, qu'elles habitent chez elles ou dans des collectivités.

Figure 114 : Évolution de la solitude chez les personnes de plus de 65 ans en Belgique, 1966-2011. Répartition sur la base d'une question directe simple

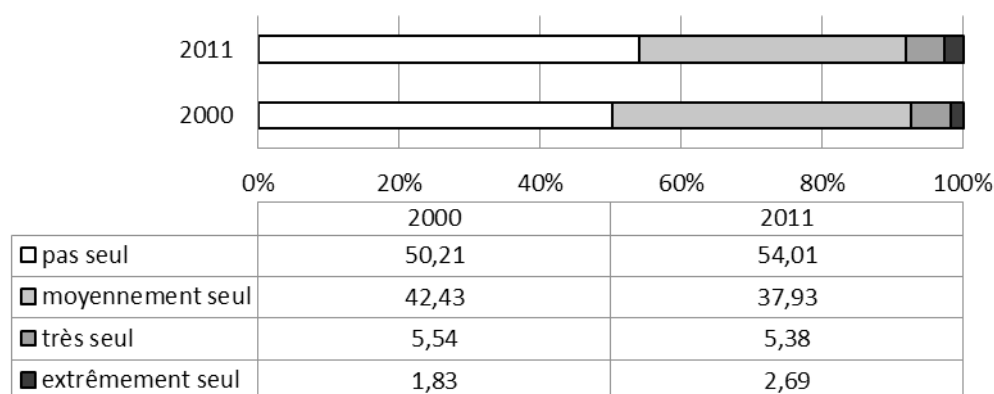


1966 : n = 2998, chiffres pour la Belgique y compris 145 personnes âgées qui habitent dans des collectivités
2011 : FRB n = 1507

Il y a un demi-siècle, les personnes de plus de 65 ans se sentaient plus fréquemment seules qu'aujourd'hui. En 1966, 14 % des personnes de plus de 65 ans se sentaient souvent seules. En 2011, 9 % des personnes âgées se sentaient souvent seules.

La figure 115 compare la répartition des sentiments de solitude de l'étude PSMB de 2000 à celle de l'étude de la Fondation Roi Baudouin de 2011. Durant la dernière décennie, les personnes âgées en Belgique ne se sont pas senties plus seules. En 2000, la moitié des personnes de plus de 65 ans qui habitent chez elles n'étaient pas seules. En 2011, 54 % d'entre elles n'étaient pas seules. La proportion des personnes qui se sentent moyennement seules baisse pour passer de 42 % en 2000 à 38 % en 2011. La proportion des personnes qui se sentent extrêmement seules augmente légèrement pour passer de 1,8 % en 2000 à 2,7 % en 2011. Il n'y a pas de différence statistique significative entre les deux moments où ces résultats ont été obtenus, ce qui signifie que la problématique de la solitude n'a ni augmenté ni diminué.

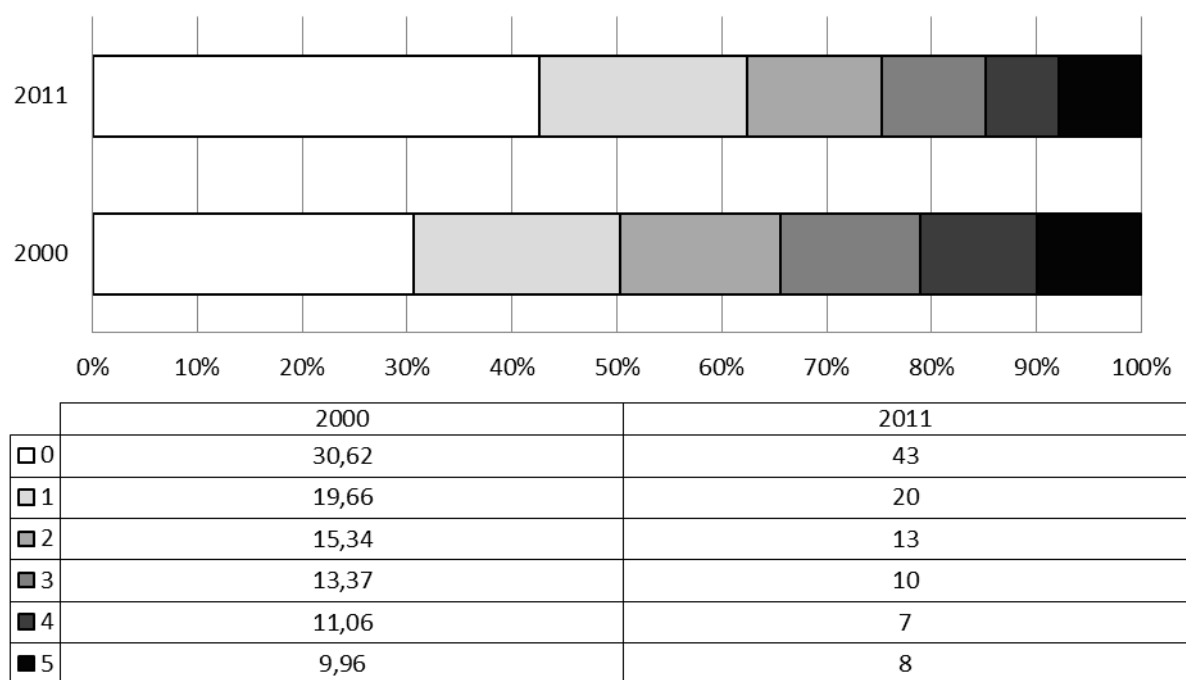
Figure 115 : Évolution de la prédominance de la solitude chez les personnes de plus de 65 ans qui habitent chez elles en Belgique, 2000-2011 (en %). Répartition basée sur l'échelle de solitude de de Jong Gierveld



2000 : PSBH n=1090, pondéré avec WDESH9SC = shared weight scaled (92 sample only)

2011 : KBS n=1192

Figure 116 : Évolution du score de solitude sociale chez les personnes de plus de 65 ans qui habitent chez elles en Belgique, 2000-2011 (en %)



2000 : PSMB n=1090, pondéré avec WDESH9SC = shared weight scaled (92 sample only)

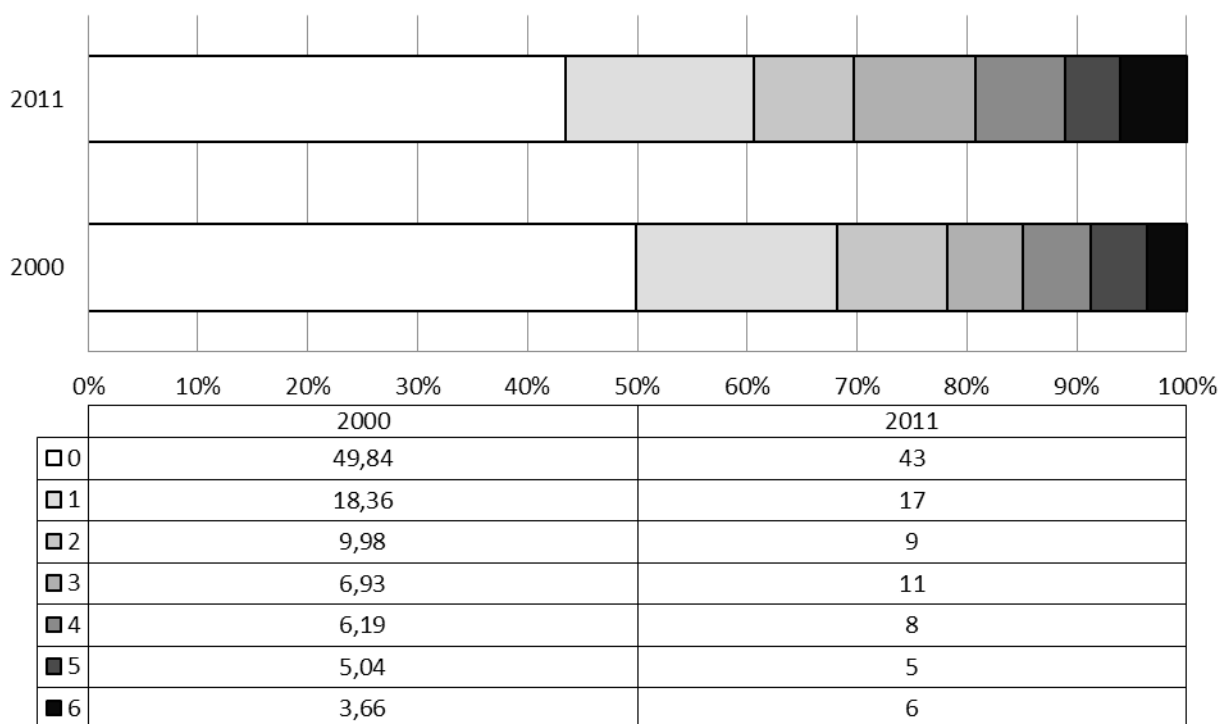
2011 : FRB n=1192

Nous utilisons les mêmes données de l'étude PSMB pour voir comment les solitudes sociale et émotionnelle ont évolué. La figure 116 donne les scores pour la solitude sociale chez les personnes de plus de 65 ans en Belgique en 2000 et en 2011. Les scores de l'échelle s'étalent d'un minimum de 0 à un maximum de 5. Plus le score est élevé, plus forts sont les sentiments de solitude sociale.

En 2000, 31 % des personnes de plus de 65 ans n'étaient pas seules socialement. Ce groupe obtient un score de 0 sur un maximum de 5. En 2011, il y avait moins de personnes âgées qui se sentaient seules socialement. La proportion de personnes âgées qui ne se sentaient pas du tout seules socialement augmente pour passer de 31 % à 43 %. En 2000, 21% des personnes âgées qui habitent chez elles étaient seules socialement. 11 % obtenaient un score de 4 sur 5 et 10 % un score de 5 sur 5. En 2011, cette proportion diminue pour passer de 21 % à 15 %.

La figure 117 montre la même comparaison entre 2000 et 2011, mais pour la solitude émotionnelle plutôt que pour la solitude sociale. La solitude émotionnelle indique le manque d'un lien émotionnel profond. Ce score va de 0 à un maximum de 6.

Figure 117 : Évolution du score de solitude émotionnelle chez les personnes de plus de 65 ans qui habitent chez elles en Belgique, 2000-2011 (en %)



2000 : PSMB n=1090, pondéré avec WDESH9SC = shared weight scaled (92 sample only)

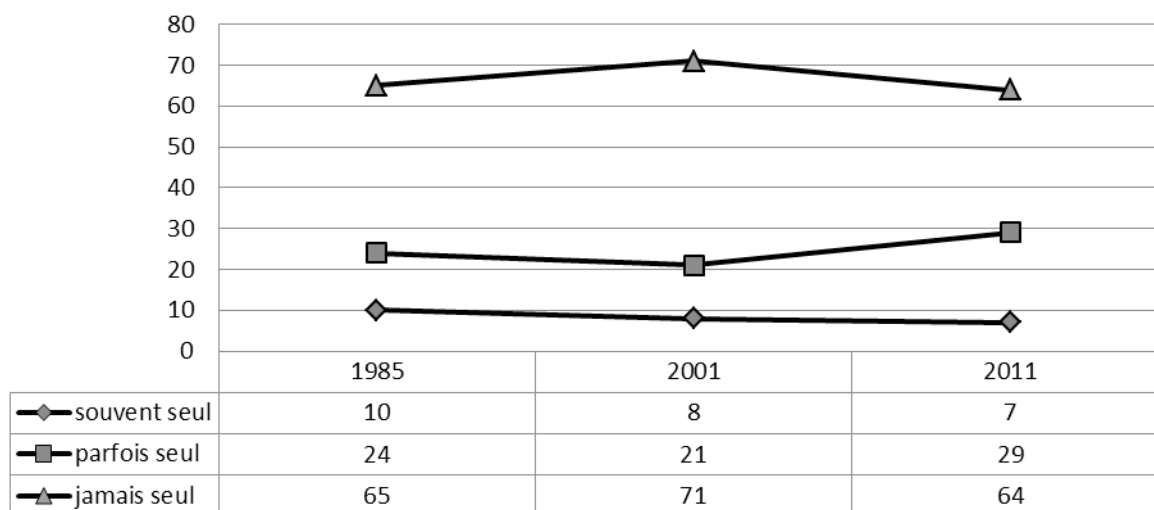
2011 : FRB n=1192

En 2000, la moitié des personnes de plus de 65 ans n'étaient pas du tout seules émotionnellement. Ce pourcentage diminue pour passer à 43 % en 2011. À l'inverse, aujourd'hui, il y a plus de personnes âgées qui souffrent de solitude émotionnelle grave qu'il y a 10 ans. En additionnant les scores de 4, 5 et 6, nous obtenons en 2011 19 % de personnes seules émotionnellement. En 2000, 15 % des personnes de plus de 65 ans étaient seules émotionnellement.

Cette approche bidimensionnelle des solitudes émotionnelle et sociale permet de nuancer les constatations générales. La solitude n'a pas augmenté chez les personnes âgées entre 2000 et 2011, mais c'est surtout dû à la diminution de personnes seules socialement.

En Flandre, les « LeefsituatieOnderzoeken Vlaamse Ouderen » ont fourni des données de comparaison supplémentaires. En 1985 et en 2001, plus de 1.400 personnes âgées de plus de 65 ans qui habitent chez elles ont chaque fois été interrogées. La figure 118 montre l'évolution des répartitions des réponses à la question « Vous sentez-vous parfois, souvent ou jamais seul ? ».

Figure 118 : Évolution de la solitude chez les personnes de plus de 65 ans qui habitent chez elles en Flandre, 1985-2001-2011 (en %). Répartition sur la base d'une question directe simple



1985 : LOVO n= 1439


2001 : LOVO n= 1420

2011 : FRB n= 406

En 1985, 10 % des personnes de plus de 65 ans qui habitent chez elles se sentaient souvent seules. En 2001, 8 % se sentaient souvent seules (Vanden Boer & Pauwels, 2005). Cette enquête confirme que cette tendance légèrement à la baisse se poursuit, étant donné qu'en 2011, 7 % déclarent encore se sentir souvent seules. La proportion de personnes âgées qui ne se sentent jamais seules est la même en 1985 et en 2011. Aujourd'hui, presque deux tiers des personnes de plus de 65 ans qui habitent chez elles ne se sentent jamais seules, ce qui était également le cas en 1985. En Flandre, les personnes âgées qui habitent chez elles ne se sentent pas plus souvent seules aujourd'hui qu'il y a 25 ans.

Tous ces chiffres soutiennent la conclusion de Dykstra (2009). Il n'y a aucune preuve qui permet d'affirmer que les sentiments de solitude augmentent. Si l'on peut parler d'une tendance dans l'évolution des sentiments de solitude, il s'agit bien d'une tendance à la baisse. C'est un mythe de penser que la solitude des personnes âgées a augmenté durant ces dernières décennies. En ce qui concerne l'interprétation, elle est tout autant ambiguë à cause de la distinction entre le pourcentage de personnes âgées seules et le nombre absolu de personnes âgées seules. Le tableau 19 montre, dans la colonne de droite, une estimation du nombre de personnes de plus de 65 ans seules en Belgique sur la base de leur proportion dans la population totale.

Tableau 19 : Estimation du nombre de personnes de plus de 65 ans seules et évolution de la proportion des personnes de plus de 65 ans sur la population totale de la Belgique (2000-2050)

Année	Population totale (x mille) ¹	% 65 ans ou + dans la population totale	nombre 65 ans ou + (x mille)	% personnes de 65 ans ou + seules ²	Nombre de personnes de 65 ans ou + seules (x mille)
2000	10239	16,75	1715	49,8 ³	854
2010 ⁶	10840	17,16	1860	46,7 ⁴	869 ⁵
2020	11687	18,97	2217		
2030	12286	22,00	2703		
2040	12693	24,04	3051		
2050	13098	24,50	3209		

1 Source : Lambrecht, 2011 (2000-2009 : observations, NR-DGSIE; 2010-2060 : Perspectives de population 2010-2060, FPB-DGSIE)

2 Un score minimal de 3 sur l'échelle de solitude de de Jong Gierveld reprenant 11 éléments

3 Sur la base des données du Panel Survey Ménages belges (2000), à l'exclusion des personnes âgées en maison de repos

4 Sur la base des données de la Fondation Roi Baudouin (2011), y compris les personnes âgées en maison de repos

5 Intervalle de confiance de 95 % avec erreur statistique maximale de 817.000 et 921.000

6 Population constatée le 1er janvier 2010

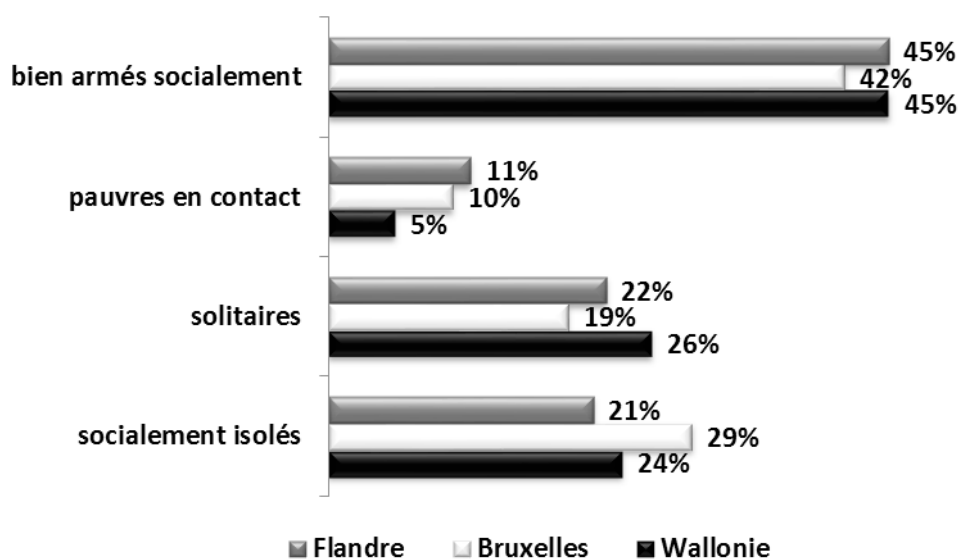
En 2000, on estimait le nombre de personnes de plus de 65 ans seules à 854.000 en Belgique. À l'époque, la moitié des personnes âgées se sentaient seules. Bien que le pourcentage de personnes âgées seules ait diminué pour passer de 49,8 % à 46,7 %, il n'y a pas moins de personnes âgées seules aujourd'hui. En 2011, on estime le nombre de personnes âgées seules à 869.000 en Belgique. Si nous tenons compte de la taille de l'échantillon et de l'erreur statistique maximale, on peut dire avec une certitude de 95 % qu'entre 817.000 et 921.000 personnes âgées sont seules. Le nombre de personnes de plus de 65 ans a augmenté sur 10 ans pour passer de 1.715.000 à 1.860.000. La proportion de personnes âgées sur la population totale augmente de plus en plus. Ainsi, en 2030, 22 % de la population totale auront plus de 65 ans, par rapport à 17 % en 2010, d'après les pronostics du Bureau fédéral du Plan (Lambrecht, 2011). La population évolue avec une certaine lenteur, ce qui permet à ces prévisions d'être relativement fiables. Les pronostics relatifs à la population exposent le défi sociétal. Si le pourcentage de personnes âgées seules reste constant en Belgique, il y aura plus d'un million de personnes âgées seules en 2020.

4. Différence entre la Flandre, Bruxelles et la Wallonie

L'isolement social et la solitude touchent toutes les catégories de la population mais, nous l'avons vu, de façon inégale. Et, bien qu'il n'y ait aucune donnée probante quant à l'influence du lieu de résidence (urbain vs rural) sur le risque d'isolement, force est de constater la présence d'une différence pour les personnes souffrant d'isolement et de solitude selon les trois régions.

Le pourcentage de personnes souffrant de solitude est plus élevé en Wallonie (26%) bien que la Flandre la suive de très près avec 22%. Alors que Bruxelles présente le taux le plus faible d'individus se sentant seuls (19%), elle arrive en tête du trio en matière d'isolement social avec 29% contre 24% et 21% respectivement pour la Wallonie et la Flandre.

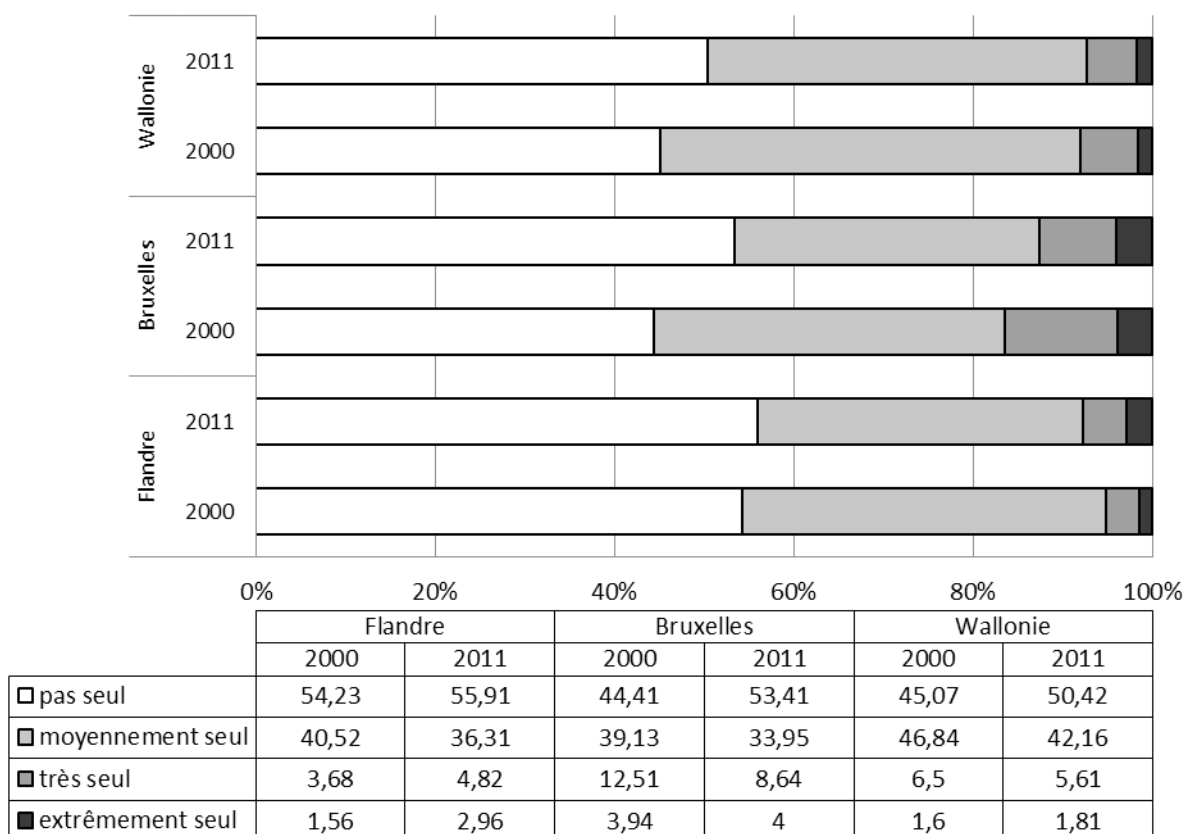
Figure 119 : Typologie des contacts sociaux des personnes âgées (65 ans et plus) par région



Par ailleurs, la Région qui expose l'écart le plus faible entre la proportion de personnes bien armées socialement (42%) et le taux d'individus socialement isolés (29%) est Bruxelles avec une différence de 13 points de pourcentage. L'écart est de 21 et 24 points de pourcentage pour la Wallonie et pour la Flandre.

Le constat que laisse transparaître la figure 120 et selon lequel le sentiment de solitude, quelle que soit la Région, tend à se maintenir voire diminuer est plutôt positif. A dire vrai, au vu de la prévalence de divorces qui ne cesse d'augmenter en Belgique, nous aurions pu croire que le sentiment de solitude irait de pair, mais c'est probablement sans compter sur le concept de 'multifactorialité' qui a trait à la santé sociale. Entre 1990 et 2010, la Belgique est passée de 20.331 à 28.903 divorces par année soit une hausse approximative de 42% (SPF Economie, P.M.E, Classes moyennes et Energie, 2010). Or, comme nous pouvons l'observer, les chiffres de la solitude ne suivent pas la même propension. Cette conclusion témoigne bien du caractère plurifactoriel que revêt l'isolement dans son ensemble. En effet, en admettant que ce phénomène résulte d'un seul facteur, sa fréquence, au fil des années, aurait proportionnellement augmentée avec la croissance des divorces et l'affaiblissement du réseau familial que sous-tend la vie de couple. Pour autant, il n'en n'est rien...

Figure 120 : Évolution de la solitude chez les personnes de plus de 65 ans qui habitent chez elles en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie, 2000-2011 (en %). Répartition basée sur l'échelle de solitude de de Jong Gierveld



Ainsi, pour les trois Régions confondues, le taux de personnes n'éprouvant aucun sentiment de solitude augmente avec les années et particulièrement à Bruxelles puisqu'il passe de 44% à 53%. En même temps, la proportion d'individus se sentant très fortement seuls croît également, mais de façon plus modérée.

Ce résultat doit toutefois être nuancé, tout d'abord parce que les instruments d'investigation n'ont pas été créés à l'identique et ensuite, en raison d'un désintéressement général qu'il pourrait susciter. Si le phénomène de l'isolement social ne connaît fort heureusement pas d'expansion, il est, dans tous les cas, toujours bel et bien présent. En outre, il s'attaque préférentiellement à des catégories socioéconomiquement défavorisées qui, par ailleurs, sont fréquemment aux prises avec d'autres problèmes, souvent inhérents à leur situation précaire. C'est pourquoi de tels bilans encourageants ne doivent pas freiner les actions en la matière sous prétexte que l'évènement n'est pas grandissant.

Cela étant, en regard à la figure 119 qui s'intitule « typologie des contacts sociaux des personnes âgées (65 ans et plus) par région », si la localisation géographique ne constitue pas la cause de cette variation régionale d'individus isolés, quel est ou quels sont les facteurs qui pourrai(en)t expliquer cette tendance ?

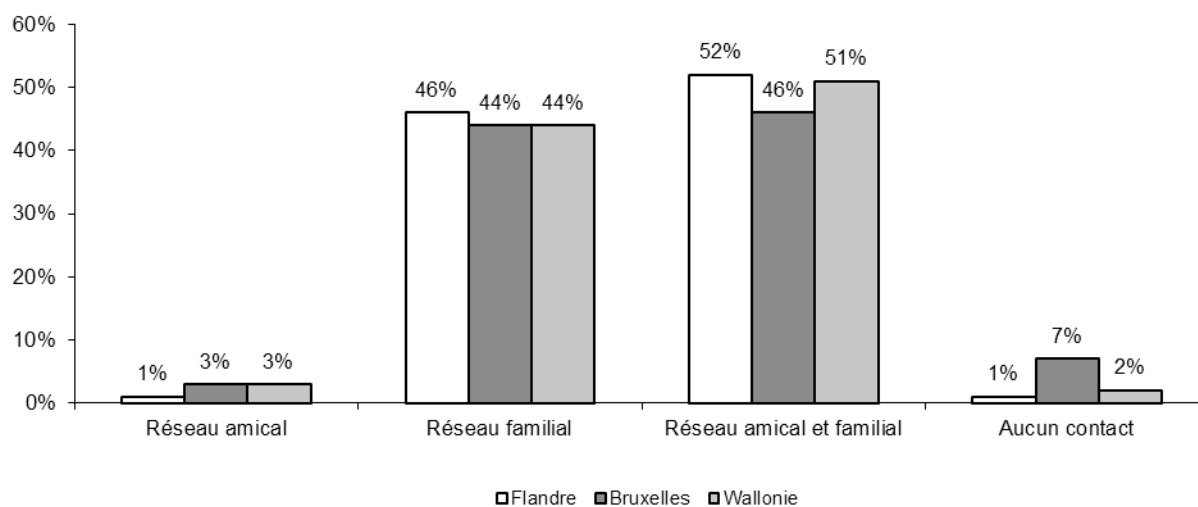
Dans la suite de ce chapitre, nous aborderons deux hypothèses qui, malgré leur vraisemblable pertinence, restent au stade de suppositions et ne sont donc aucunement à considérer comme des vérités absolues.

Pour tenter de faire émerger un début de réponse illustrant la disparité régionale, nous examinerons deux déterminants particulièrement vecteurs d'isolement social que sont l'accès aux réseaux sociaux distincts et le statut économique.

4.1 Les réseaux sociaux comme approche culturelle des différences régionales

Les contacts humains et les réseaux sociaux que nous entretenons dépendent en tout ou en partie de notre héritage culturel : « Pouvoir rencontrer ses amis ou pouvoir s'en faire est d'ailleurs un indice de valeur attribué à de nombreuses pratiques culturelles (Bernier L., 1997)».

Figure 121 : Types de réseau selon les Régions (%) pour les personnes âgées de 65 ans et plus



L'élaboration de la figure se base sur les types de contact que les personnes âgées de 65 ans et plus de l'échantillon ont déclaré entretenir régulièrement avec leur entourage

- Le **réseau amical** correspond à la variable 'Seulement non-apparentés'.
- Le **réseau familial** est défini par les variables 'Vertical + collatéral', 'Seulement vertical' et 'seulement collatéral'.
- Enfin, les **réseaux amical et familial** représentent les variables 'Vertical + collatéral + non-apparentés', 'Vertical + non-apparentés' et 'Collatéral + non-apparentés'.

Nous pouvons constater que le profil des trois Régions ne diffère pas significativement. En effet, bien que la Flandre dispose d'une proportion d'individus possédant deux réseaux distincts supérieure à celle de Bruxelles et de la Wallonie, elle ne l'est que légèrement par rapport aux deux autres. Un autre contraste qui émerge de cette figure, même s'il paraît relativement négligeable, concerne les gens sans

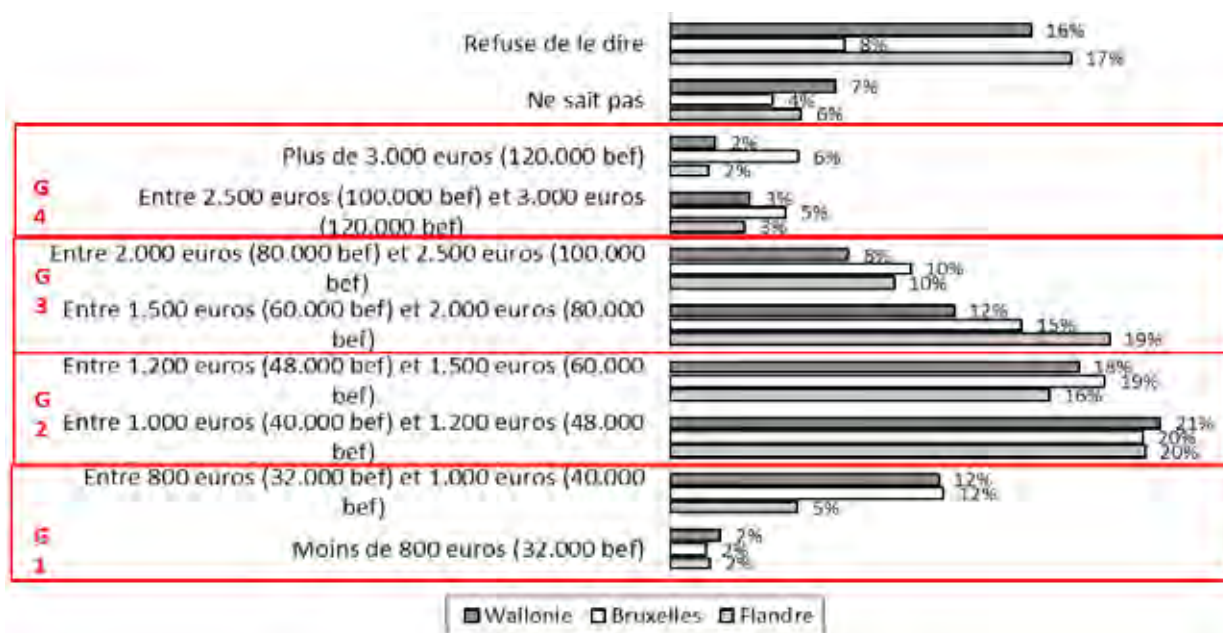
aucun contact social puisque 7% de la population bruxelloise n’a aucune interaction régulière contre 2% pour la Wallonie et 1 % pour la Flandre.

Ainsi, s’il existe une quelconque disparité régionale en termes de diversification des réseaux, ce seul graphique, bien qu’il tende imperceptiblement vers une situation moins bonne à Bruxelles, ne permet pas de la mettre assurément en évidence. Néanmoins, pour avérer sans objection cette conclusion, l’hypothèse selon laquelle une divergence culturelle serait à l’origine de nuances régionales en matière d’isolement social mériterait d’être exploré lors de prochaines études.

4.2 Le capital économique comme facteur clé des divergences régionales

Un autre facteur qui pourrait être mis en cause dans la divergence régionale du phénomène d’isolement social est le capital économique. Pour souligner l’influence supposée de ce facteur sur cette dissimilitude, nous nous baserons sur deux figures. La première expose les revenus mensuels d’un ménage ou, à tout le moins, de la personne interrogée et la seconde témoigne du niveau de difficulté ou de facilité qu’un ménage ou un individu seul a pour assumer financièrement un mois selon la totalité de ses avoirs et l’ensemble de ses dépenses.

Figure 122 : Revenus déclarés par ménage pour les personnes âgées de 65 ans et plus selon les Régions (%)

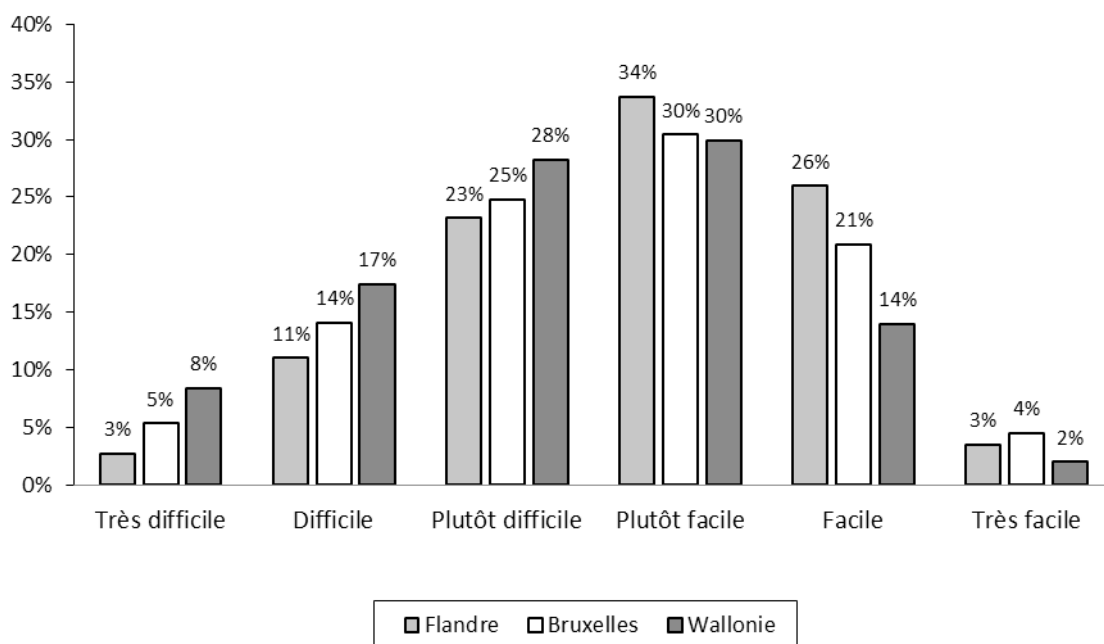


Pour comparer la situation des trois Régions, nous avons déterminé quatre nouveaux groupes. Le premier, G1, représente les revenus les plus faibles (jusqu’à 1.000 euros par mois). G2 et G3 indiquent les revenus intermédiaires alors que G4 exprime les revenus les plus élevés (à partir de 3.000 euros par mois). En Wallonie, 14% de l’échantillon font partie du groupe 1 contre 5% qui appartiennent au groupe 4. En Flandre, le groupe 1 se compose de 7% de l’effectif alors que le groupe 4 en détient 5%. Enfin, pour Bruxelles, les taux d’individus se trouvant respectivement dans les groupes 1 et 4 sont de 13 et 11%.

A cet égard, nous pouvons constater une différence régionale. En effet, la Wallonie se caractérise par la distance la plus importante (9 points de pourcentage) entre la proportion des gens les plus 'riches' et les plus 'pauvres'. La Flandre, quant à elle, mesure le plus petit écart (2 points de pourcentage) entre ces deux mêmes groupes. Bruxelles, en plus de présenter une distance identique à celle de la Flandre entre les groupes 1 et 4, a la particularité d'avoir une proportion des gens les plus 'pauvres' analogue à celle de la Wallonie et un pourcentage plus élevé des personnes les plus 'riches' qu'en Flandre et, par conséquent, qu'en Région wallonne.

La figure 123 fait elle aussi ressortir des différences régionales. En Wallonie, 54% des personnes interrogées déclarent avoir plutôt difficile voire très difficile à joindre les deux bouts contre 37% en Flandre et 44% à Bruxelles. Ici, la disproportion est particulièrement marquée entre les Régions wallonne et flamande puisqu'elle correspond à 17 points de pourcentages.

Figure 123 : L'évaluation subjective des revenus, selon les Régions (%)



Ce bilan invoquerait donc une paupérisation plus soutenue en Wallonie qu'à Bruxelles et en Flandre. Suivant ce constat et en lien avec l'effet du capital économique sur le risque d'isolement, les habitants de la Région wallonne devraient être davantage touchés par l'événement. Or, si l'on fait référence à la figure 119 'typologie des contacts sociaux des personnes âgées (65 ans et plus) par région', bien que la Wallonie soit légèrement plus affectée par le phénomène d'isolement que la Flandre, c'est Bruxelles qui en est la principale victime.

En conséquence, si le statut économique semble effectivement jouer un rôle sur l'existence d'un risque d'isolement variable selon les régions, rien ne nous permet, actuellement, d'établir avec précision la force du lien qui les unit. En outre, il nous faut rappeler le caractère multifactoriel que revêt l'isolement car, quelle que soit leur implication, les déterminants qui le composent sont susceptibles d'avoir une incidence différente en fonction de l'individu concerné.

5. La solitude en maison de repos

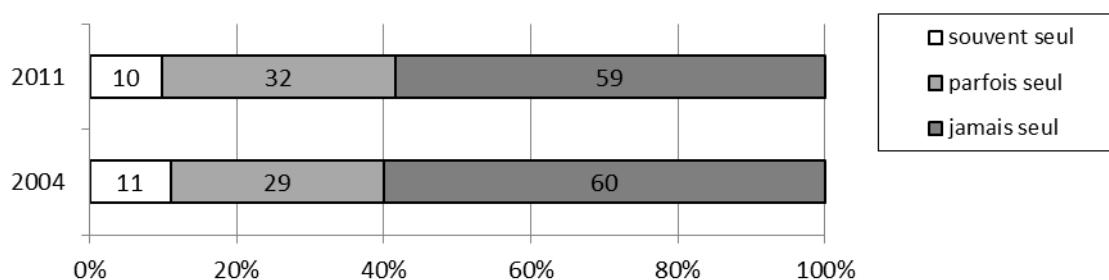
La prédominance de la solitude en maison de repos a été moins étudiée, car la majorité des enquêtes se concentrent soit sur la situation à domicile, soit sur l'effet du passage du domicile aux soins résidentiels. *"Most literature on the subject focuses on community-dwelling older people. Little is known about the significance of the problem within residential care, or of the relevance of community-based evidence to these settings"* (Grenade & Boldy, 2008).

La plupart des chercheurs trouvent que les personnes âgées qui habitent en maison de repos se sentent plus souvent seules (Prieto-Flores et al., 2011; Pinquart & Sorensen, 2001; Tijhuis et al., 1999), et ce après un contrôle des caractéristiques sociodémographiques et des variables qui donnent des indications sur l'état de santé. Il existe une enquête critique de Dykstra et ses collègues (2005) dans laquelle il est dit que la vie institutionnalisée en elle-même n'a pas d'effet sur la solitude. Des chiffres de prédominance de la solitude plus élevés dans le cas des soins résidentiels s'expliquent, dans leurs recherches, surtout par un statut fonctionnel plus bas. Nous arrivons à une conclusion similaire dans cette enquête. Si nous comparons toutes les personnes âgées qui habitent chez elles avec les personnes âgées en maison de repos, les personnes âgées en maison de repos se sentent plus souvent seules. Si l'on effectue la comparaison avec un groupe de personnes âgées qui dépendent de soins et habitent encore chez elles, cette différence n'apparaît plus. Les personnes âgées en maison de repos ne sont pas moins ou plus seules que les personnes âgées qui habitent chez elles et ont besoin de soins. Les personnes âgées qui habitent chez elles et ont besoin de soins sont même plus souvent seules émotionnellement, alors que les personnes âgées en maison de repos sont plus souvent seules socialement.

En Flandre, il existe déjà une enquête représentative dans laquelle le milieu de vie des résidents d'une maison de repos a été étudié. Il s'agit de la 'LeefsituatieOnderzoek Vlaamse Ouderen' (LOVO-2) de 2004 dans laquelle 500 résidents en maison de repos ont été interviewés oralement. L'échantillon se limite aux résidents ayant les caractéristiques suivantes : à partir de 75 ans et qui habitent de façon permanente dans la maison de repos/maison de repos médicalisée (pas de court séjour, ni d'accueil de jour ou de nuit), pas de score INAMI de catégorie C dément (Vanden Boer & Pauwels, 2006).

En 2004, 6 personnes âgées en maison de repos sur 10 ne se sentaient jamais seules. 11 % des personnes âgées en Flandre étaient souvent seules (Vanden Boer & Pauwels, 2005). La figure 124 reprenant les données de 2011 pour les résidents en maison de repos confirme cette tendance : 10 % se sentent souvent seuls.

Figure 124 : Évolution de la solitude chez les personnes âgées en maison de repos, 2004-2011 (en %)



2004 : LOVO_2, n= 500, données pour la Flandre, pour les personnes de plus de 75 ans

2011 : FRB, n= 297, données pour la Belgique, pour les personnes de plus de 65 ans

Le fait de se sentir seul a une influence très négative sur le bien-être des personnes âgées (Bronselaeer et al., 2008). La solitude est un facteur de risque indépendant qui peut amener les personnes âgées en maison de repos à sombrer dans la dépression. En effet, outre les facteurs de santé, le sentiment de solitude des personnes âgées en maison de repos explique également pourquoi elles deviennent dépressives (Jongenelis et al., 2004). Par conséquent, les chercheurs plaident pour que la prévention de la solitude soit reprise comme un objectif important dans le développement des programmes de soins. Comment rompre les sentiments de solitude en maison de repos ? « *La participation des résidents aux activités internes ou externes, le climat de l'institution ou la composition homogène ou hétérogène du groupe de résidents, par exemple, font-ils une différence sur le ressenti de la solitude chez les résidents des maisons de repos ? Ou ce sentiment peut-il être partiellement expliqué par la fréquence ou la qualité des contacts avec la famille, les amis, le personnel ou les autres résidents ?* » (Bronselaeer, et al., 2008).

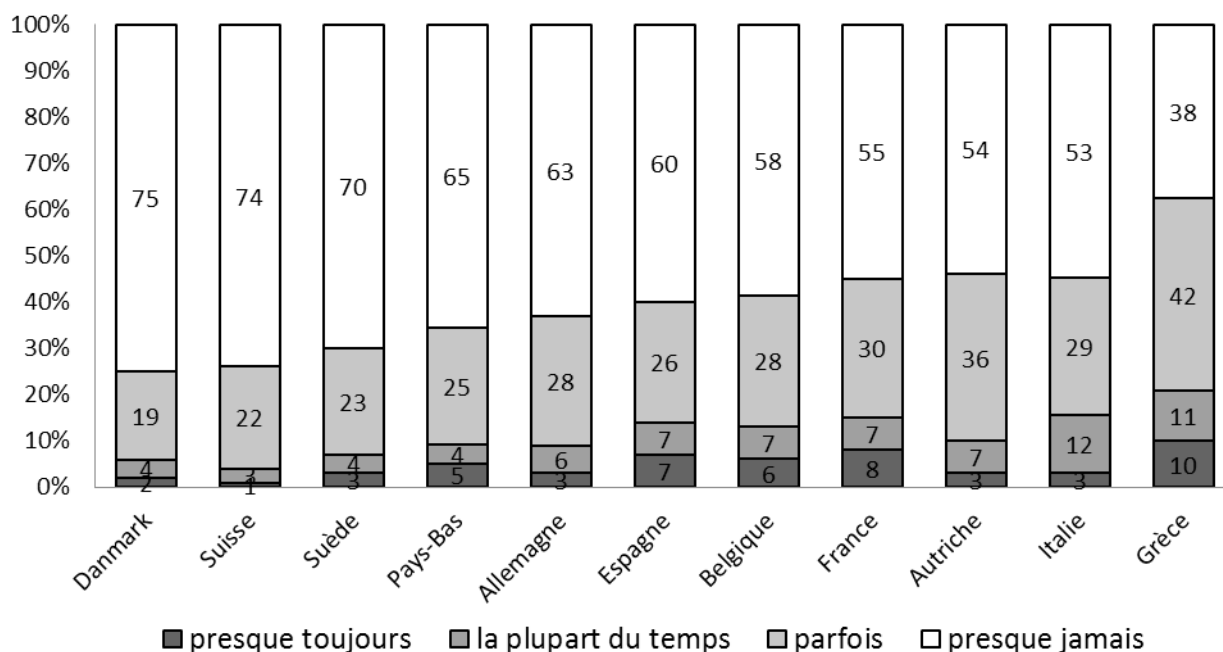
Ces dernières années, les maisons de repos s'adaptent davantage au milieu de vie des personnes âgées et offrent des programmes de soins plus diversifiés. Depuis quelques années, une attention croissante est accordée au concept d'habitat à petite échelle au sein des maisons de repos, plus particulièrement pour les personnes âgées atteintes de démence (Spruytte et al., 2009). « *Des opportunités sont offertes aux résidents pour qu'ils restent actifs et continuent d'exercer un contrôle sur certains aspects de leur vie* » (Van Audenhove et al., 2003). La vision de l'habitat à petite échelle peut aider les personnes âgées à ne pas s'isoler dans la solitude malgré leur dépendance aux soins.

6. Position de la Belgique au sein de l'Europe

En Europe, des recherches à grande échelle sont réalisées sur la situation de vie des personnes âgées, ce qui permet d'effectuer des comparaisons entre les différents pays (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, Börsch-Supan & Jürges, 2005). Ces données permettent de répertorier les différences entre pays au sein de l'Europe. La figure 125 compare les sentiments de solitude des personnes de plus de 65 ans qui habitent chez elles en Belgique à celles d'autres pays européens. Les personnes interrogées ont répondu à la question : « *Combien de fois vous êtes-vous senti seul la semaine dernière ?* ».

La solitude n'est pas aussi fréquente dans tous les pays. En ce qui concerne la solitude chez les personnes âgées, la Belgique obtient des résultats moyens au niveau de l'Europe. En Belgique, 7 % se sentent très souvent seules et 7 % la plupart du temps. Aux Pays-Bas et en Allemagne, il y a moins de personnes de plus de 65 ans qui sont seules. En France, les sentiments de solitude sont un peu plus fréquents qu'en Belgique. En effet, 8 % des personnes âgées s'y sentent très souvent seules, alors qu'aux Pays-Bas, ce chiffre ne s'élève qu'à 5 % et en Allemagne à 3 %. Les personnes âgées sont le plus souvent seules en Europe de l'Est et en Europe du Sud et le moins souvent seules en Europe du Nord (Yang & Victor, 2011; Sündstrom et al., 2011; Dykstra, 2009). En effet, 75 % des personnes âgées ne sont presque jamais seules au Danemark, par rapport à 53 % en Italie.

Figure 125 : Solitude chez les personnes de plus de 65 ans qui habitent chez elles en Belgique et en Europe, en 2004 (en %)



Source : Sundström et al., 2009, data SHARE wave 1 (2004-2006), Belgique, n=1145

Pourquoi y a-t-il des différences entre les pays au niveau de la prédominance de la solitude ? Dykstra (2009) a distingué trois facteurs différents. La composition de la population (1), les caractéristiques du pays (2) et l'interaction entre les caractéristiques individuelles et les caractéristiques du pays (3) peuvent varier. La manière dont ces facteurs s'influencent mutuellement n'est pas toujours claire. Certains chercheurs pensent, par exemple, que l'âge de la personne détermine moins les risques de solitude que le pays dans lequel elle habite (Yang & Victor, 2011). Il y a néanmoins un consensus : les sentiments de solitude ne s'expliquent pas uniquement par des facteurs individuels, mais également par des facteurs culturels et sociétaux. "The totality of culture and individual factors ('context') determines loneliness. The individual factors seem in all of Europe to be a strong determinant of loneliness, but also leaves a large part unexplained" (Sundström et al., 2009). La culture, les normes et les attentes autour des contacts sociaux à un âge plus avancé varient fortement d'un pays européen à l'autre. En Europe du

Sud, les personnes âgées s'attendent par exemple plus souvent à ce que leurs enfants et leur famille prennent soin d'eux, alors que les personnes âgées d'Europe du Nord trouvent qu'il est logique de passer aux soins institutionnels (Eurobaromètre Spécial 283, 2007). Un autre modèle d'attentes et une norme relationnelle plus élevée peuvent en partie expliquer les différences entre les pays.

La comparaison européenne souligne que la solitude est un problème sociétal, plus important dans certains pays que dans d'autres. Bien que la solitude soit un sentiment subjectif, il ne s'agit pas d'un problème purement individuel. La solitude est toujours une construction sociale imbriquée dans un contexte sociétal (Heylen, 2011). La société en elle-même crée les conditions et le cadre dans lesquels les personnes âgées peuvent entrer en contact les unes avec les autres. *"...it is the total organization of activities oriented towards social integration that is decisive for the specific loneliness situation in a country. These state, regional, and community provisions shape the conditions for individual older adults to participate in the community and to be involved in social activities with kin and nonkin network members and consequently lead to varying country-level outcomes in loneliness."* (Fokkema et al., 2012).

CHAPITRE 5 LUTTE CONTRE LA SOLITUDE

Nous allons examiner, dans ce dernier chapitre, de quelle manière vous pouvez lutter contre la solitude. Nous verrons dans un premier temps quelles sont les interventions qui existent et fonctionnent. Nous donnerons ensuite la parole aux personnes âgées. Celles-ci font part d'idées qui peuvent aider à se sentir moins seul.

1. Quelles interventions fonctionnent ?

Les conséquences négatives de la solitude font l'objet d'analyses nettement plus poussées que les interventions éventuelles destinées à soulager la solitude des personnes âgées vivant à domicile (Sabir et al., 2009). Des rapports systématiques ont conclu que très peu d'études d'évaluation empiriques étaient menées au sujet des interventions face à la solitude (Dickens et al., 2011; Cattan et al., 2005; Findlay, 2003). Les études d'incidence sont limitées et l'efficacité de quelques interventions seulement a pu être démontrée.

Une critique générale a été émise selon laquelle la structure méthodologique des études d'intervention sur la solitude n'est souvent pas assez solide. Le problème n'est pas l'absence d'initiatives visant à soulager la solitude, il est lié au fait que l'évaluation de ces interventions n'est généralement pas préparée ni réalisée correctement (Findlay, 2003). Des éléments classiques de l'étude d'intervention tels qu'un sondage préalable et postérieur sont par ailleurs essentiels. De même en ce qui concerne la solitude, un schéma d'étude solide établi idéalement via une étude randomisée avec un groupe de contrôle (Hogan et al., 2002) se révèle indispensable.

D'après une étude menée à grande échelle aux Pays-Bas à propos de l'incidence positive sur la solitude des différentes interventions chez les personnes âgées, il semble que le succès dépende avant tout d'une bonne harmonisation de l'intervention (Fokkema & van Tilburg 2007; 2006). Une intervention doit prendre en compte le contexte du sentiment de solitude, car les raisons de la solitude sociale et émotionnelle sont différentes. Les interventions qui s'orientent vers un groupe cible spécifique et non vers les personnes âgées en général, se révèlent souvent efficaces dans la mesure où elles peuvent tenir compte du contexte spécifique des participants finaux (Cattan et al., 2005). Les interventions doivent également prendre en considération les possibilités et les capacités des personnes âgées seules. Enfin, une attention particulière doit être accordée aux éventuels effets négatifs de l'intervention.

Des conclusions sont également tirées sur la base d'une évaluation du processus, à propos des pièges lors de l'exécution des interventions contre la solitude (Fokkema & van Tilburg 2007; Fokkema & Stevens, 2007; Stevens & Martina, 2006). Premièrement, la majorité des interventions n'atteignent pas les personnes âgées les plus affectées par la solitude. Les personnes âgées disposées à collaborer ne sont pas les plus seules. Deuxièmement, les personnes âgées seules n'ont pas toujours besoin d'aide. Lorsque des personnes âgées ne souhaitent pas être aidées, il est difficile pour des professionnels de les motiver. Lors de la planification de l'intervention et de la détermination du groupe cible que vous voulez atteindre, vous devez donc tenir compte des possibilités et des limites des participants potentiels.

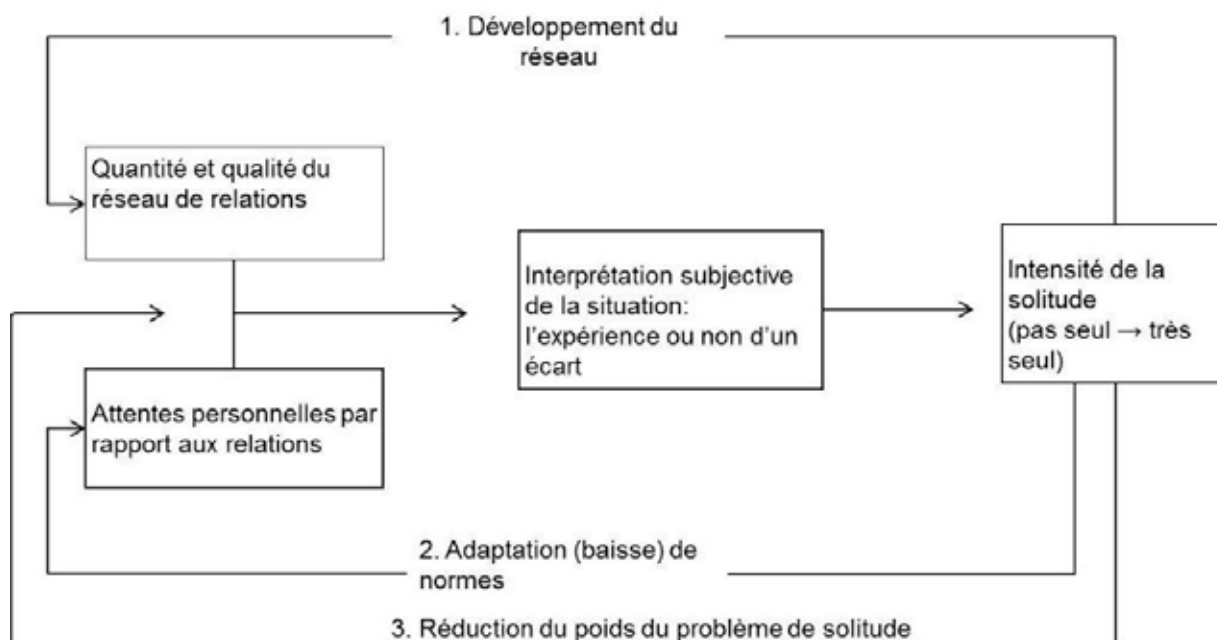
Il existe plusieurs façons de classer les interventions contre la solitude (Linnemann et al., 2001). Premièrement, les interventions peuvent se répartir sur trois niveaux différents, à savoir (1) le niveau individuel, (2) le niveau du groupe et (3) le niveau du milieu social. Les interventions au niveau du groupe sont généralement plus efficaces pour les personnes âgées (Dickens et al., 2011).

Deuxièmement, il existe différents types d'interventions, à savoir (1) les informations générales et le changement de mentalité, (2) la promotion des compétences des aidants, (3) l'activation et la rencontre socioculturelles, (4) l'activation et les cours personnels et (5) les groupes de discussions et la thérapie. D'après Cattani et ses collègues (2005), il semblerait que les interventions avec composant éducatif soient plus efficaces.

Enfin, les interventions contre la solitude peuvent viser des objectifs variés. Les interventions (1) permettent d'éviter que des personnes âgées se retrouvent seules, (2) contribuent à atténuer le sentiment de solitude ou (3) empêchent l'apparition d'autres problèmes liés à la solitude (Andersson, 1998).

Les interventions peuvent avoir recours à trois moyens pour atténuer le sentiment de solitude (Linneman, 1996). La figure 126 décrit ces modes de traitement

Figure 126 : Trois modes de traitement de la solitude



Source : Fokkema & van Tilburg, 2007

Premièrement, vous pouvez améliorer la qualité et/ou le nombre de contacts sociaux. Autrement dit, vous développez un réseau. Deuxièmement, vous pouvez adapter les attentes et les besoins en matière de relations. Ce réajustement permet également de réduire le sentiment de solitude chez les personnes âgées. *«Interventions should help lonely people adjust their expectations to realistic proportions»* (Schoenmakers et al., 2011). Le troisième mode de traitement consiste à apprendre à gérer le sentiment de solitude. La différence entre les relations sociales que l'on a et celles que l'on souhaiterait avoir est toujours présente, mais vous pouvez réduire le poids de ce problème de solitude. Pour ce faire, vous pouvez relativiser le problème ou tenter de vous distraire grâce à un hobby.

2. Quelques idées émises par des personnes âgées

Le questionnaire inclut une question ouverte qui permet aux personnes âgées de faire part de leurs idées pour limiter la solitude. *«Si vous le pouviez, que feriez-vous ou que changeriez-vous pour que moins de personnes âgées se sentent seules ?»*. Les réponses des personnes âgées se distinguent par leur grande diversité. La solitude ne doit pas être considérée comme un élément particulier. Pour pouvoir lutter contre la solitude, différents domaines et acteurs sociaux doivent s'accorder.

Vous préparer à la vieillesse et entretenir votre réseau social

- Il faut se préparer à la vieillesse, ne pas se laisser surprendre par un mauvais coup du sort, avoir des amis avant et garder le contact avec eux, garder des contacts avec ses amis, sa famille, sinon on fabrique la solitude.
- Il faut davantage aller à la rencontre des autres et participer à des associations. Lorsque je suis

seul, je rends visite à des voisins et j'offre un verre aux personnes qui viennent chez moi de sorte que nous continuions à nous voir.

- Vivre avec son temps. Je circule en scooter électrique. Je peux me rendre partout sans effort.
- La vie en maison de repos est plus agréable lorsque l'on entretient de bonnes relations avec ses enfants.
- Se maintenir en bonne santé pour pouvoir rester chez soi, rester active, ne pas rester à ne rien faire, avoir une bonne hygiène de vie.
- Il faut chercher davantage à se déplacer par ses propres moyens.
- Chercher le contact, acheter un ordinateur, se montrer aimable avec les voisins.
- Les personnes âgées doivent également y mettre du leur si elles ne veulent pas se sentir seules, elles doivent faire le premier pas.
- Les personnes âgées devraient prendre un animal si elles en ont la possibilité. Ainsi, vous n'êtes jamais seul car vous devez toujours vous occuper de quelqu'un. Si vous êtes encore en forme, le chien se révélera le meilleur des compagnons dans la mesure où vous pourrez aller le promener, ce qui vous permettra de bouger et de rencontrer des gens dans la rue.
- Faire du bénévolat.
- Garder une vie sociale et entretenir de nombreux contacts avec des gens de votre âge.
- Reprendre un compagnon ou une compagne pour qu'ils se sentent moins seuls.
- Il faut faire comme moi, faire son ménage; il faut s'occuper, ne pas rester inactif, écouter de la musique.
- Certaines personnes âgées se tiennent trop en retrait; elles doivent davantage dire ce qu'elles veulent ou ce dont elles ont besoin. Lorsqu'un patient en chaise roulante me demande de faire un petit tour avec lui, je le fais avec plaisir. Si celui-ci ne demande rien, j'ignore si je dois lui proposer de le promener, comment il va réagir.
- Je trouve qu'on doit soi-même sortir de son cocon.
- Continuer de s'occuper avec toutes sortes de choses comme la lecture, les sorties et garder le moral. Les gens qui ne sont jamais contents sont toujours seuls. Je ne suis pas dans ce cas-là, je suis encore très alerte et capable de m'occuper avec plein de choses.

La responsabilité des enfants et des petits-enfants

- C'est très individuel, mais la présence de la famille est indispensable.
- Les enfants doivent rendre visite plus souvent à leurs parents.
- Que la famille s'occupe bien de ses parents.
- Souder les familles et les responsabiliser.
- Sensibiliser les jeunes et les familles à bien s'occuper des personnes plus âgées.
- Les enfants devraient se montrer plus respectueux envers leurs parents ou leurs grands-parents.
- Qu'on oblige les enfants à s'en occuper !

Habiter plus longtemps à la maison, plus de centres de soins à domicile... ou formes alternatives d'habitat ?

- Difficile d'apporter de nouvelles améliorations, je pense. Les activités sont suffisantes pour les personnes qui habitent encore seules. Celles-ci peuvent faire appel à une assistance pour les soins, le ménage, la préparation des repas. Les personnes qui ne sont plus capables de vivre de manière autonome peuvent faire appel à des gardes-malades ou être placées en maison de repos ou en maison de retraite spécialisée.
- Rester à la maison.
- Envisager des habitats groupés, avec mélange de générations.
- Il faudrait peut-être prévoir plus de résidences services pour les personnes seules; il y aurait automatiquement plus de contacts entre les cohabitants.
- Quitter plus vite sa maison pour s'installer plus rapidement dans une maison de repos.
- Plus de maisons d'accueil, plus petites et plus familiales.
- Mieux vaut en maison de repos que rester toute seule.
- Les placer dans un home afin qu'elles se rencontrent et partagent certaines activités.
- Ne pas les mettre dans ces maisons de retraite.
- Plus de résidences service qui sont vraiment des résidences service.
- Il n'y a rien qui est organisé dans les homes; ce sont des mouirois.
- Je ferais construire des logements où toutes les personnes âgées se connaissant pourraient se regrouper.
- Faire en sorte qu'il y ait plus d'ambiance dans les maisons de repos; des activités une fois par semaine, ce n'est pas assez.
- Il faudrait davantage de personnel dans nos homes afin que celui-ci ait davantage de temps à nous consacrer et puisse mieux nous aider. J'aimerais avoir plus de temps pour manger.
- Ici [dans la maison de repos], nous sommes tous des étrangers, chacun a une éducation et une mentalité différentes. A vrai dire, ce ne sont pas des amis.
- Habiter en communauté avec des infrastructures à proximité.
- Une cohabitation à plusieurs personnes âgées.
- Rendre les maisons de repos plus accessibles et plus conviviales dans chaque village, par exemple de petits studios séparés.
- Vivre en communauté, par exemple créer une maison dans laquelle on habiterait avec plusieurs personnes. Chacun pourrait y vivre de manière indépendante tout en partageant une cuisine commune. Les occupants se verraient attribuer des tâches et pourraient s'entraider si nécessaire.
- J'aimerais me retrouver dans un home où je connais déjà des gens. Ici, je ne connais personne.
- Il est tellement triste de voir que la plupart des pensionnaires restent couchés dans leur lit. Autrefois, j'étais dactylographe. J'aimerais apprendre à me servir d'un PC et continuer à travailler. Il faudrait plus souvent faire le tour des pensionnaires afin de leur proposer des jeux de société ou d'autres activités.

Aider pour les tâches ménagères, les déplacements

- Multiplier les aides ménagères et familiales.
- Plus d'aide pour les petits travaux (bricolage) et petite aide pour faire des courses à l'extérieur.
- J'apprécie beaucoup la bibliothèque à domicile.
- Organiser davantage de transports pour les personnes âgées, par exemple un bus de desserte locale qui vient chercher les gens chez eux et les sort de leur isolement.
- Leur rendre visite et services pour qu'elles restent le plus longtemps possible chez elles en étant aidées.
- Aide pour emmener les personnes âgées à l'hôpital ou chez le coiffeur.
- Essayer de trouver de l'aide pour augmenter les petites pensions ou envoyer du personnel qui donnerait un coup de main dans le ménage.
- Une visite de contrôle toutes les semaines, même si on n'est pas malade, pour rassurer les personnes seules.

Plus de solidarité et de contacts sociaux

- Faire en sorte que les gens reçoivent de la visite via, par exemple, le réseau de proximité.
- Améliorer les relations entre les diverses générations.
- Education des enfants et de l'entourage, plus un réseau de quartier à développer.
- Encourager des actions de quartier pour que les gens se connaissent mieux.
- Créer des centres d'activités de jour pour personnes valides, un lieu de rencontre.
- Que tout le monde prenne soins de ses voisins.
- Remettre la pension en main propre à domicile; les comptes en banque, c'est bien mais cela accentue l'isolement.
- Il faut cesser de les voir comme des personnes finies; il y a un problème de considération.
- Faire intervenir l'aide paroissiale pour rendre visite aux personnes seules.
- Faire en sorte que les personnes isolées soient plus nombreuses à recevoir la visite d'une assistante sociale ou d'un curé.
- Avoir de la visite de quelqu'un en qui j'ai confiance une fois par jour, qui vient prendre des nouvelles.
- Le contact humain est primordial, se parler, un coup de téléphone est très important.
- S'entraider entre personnes âgées.
- Engager des chômeurs pour que ceux-ci rendent visite à des personnes âgées.
- Employer les gens qui sont au CPAS et au chômage pour s'occuper d'eux et leur tenir compagnie.
- L'entraide de proximité est la seule solution.
- Prévoir un numéro vert pour que les personnes aient quelqu'un à qui parler.

Supprimer les barrières financières et autres

- Je suis seul; si vous n'avez pas beaucoup d'argent, vous ne pouvez pas faire grand-chose.
- Augmenter leurs revenus afin qu'ils puissent vivre un peu plus facilement.
- La vie associative est trop chère.
- Home de vieillesse à un prix raisonnable.
- La situation des gens s'améliorerait s'ils recevaient plus d'argent.

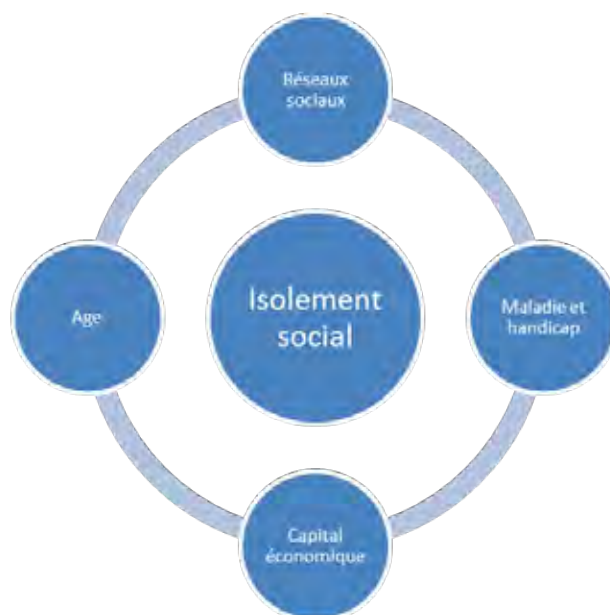
- Les gens sont seuls car ils ont peur de sortir; ils ne se sentent pas en sécurité.
- Aider financièrement les personnes qui souhaitent aller en maison de repos et qui ne le peuvent pas.
- Avoir plus de logement social pour être plus à l'aise au niveau des dépenses car les loisirs coûtent cher.
- Aider à augmenter les pensions pour que ces personnes puissent prendre plus de personnes chez elles pour tous types de services.
- Améliorer les transports en commun dans leur quartier.
- Il faut améliorer les conditions d'accès dans le transport en commun, par l'accès des fauteuils roulants, des bus adaptés et des places assises.
- Il faudrait venir chercher les gens dans leur home à des heures et jours fixes afin de les emmener dans leur club. Ceci leur permettrait d'avoir un but.

3. Pour confirmer

Bien que tout un chacun soit susceptible d'être, un jour, confronté aux risques de l'isolement social, force est de constater que ce dernier se manifeste de façon inégale en fonction des situations de vie que rencontre un individu.

Pris séparément, l'âge, la précarité, la présence de maladie ou d'un handicap et le manque de diversification des réseaux ne sont pas systématiquement des facteurs d'isolement. Rien de tel, pour s'en convaincre, que de se rappeler qu'une majorité de personnes âgées, pauvres ou non, présentant un handicap ou non, sont parfaitement insérées dans la vie sociale. En revanche, la combinaison de ces facteurs a un effet particulièrement marqué sur le risque d'exclusion.

Par conséquent, il paraît justifié de conclure que l'isolement social représente bien souvent le fruit de la concomitance de plusieurs facteurs de risque et dont la gravité nécessite une mobilisation large et la mise en place d'actions à destination des personnes âgées isolées.



Car, s'il est un fait que les déterminants de l'isolement social peuvent s'avérer délétères, l'inverse peut être vrai dès lors que nous parvenons à le maîtriser. Bien que l'annihilation du risque d'isolement soit utopique, ne serait-ce que par la présence de facteurs qui, à l'instar de l'âge, sont invariables, la réduction de celui-ci est parfaitement réaliste et doit constituer l'enjeu principal de toute nouvelle initiative développée pour lutter contre le phénomène de l'isolement.

En conséquence, le projet idéal est celui qui parviendrait à offrir une alternative à l'ensemble des aspects susceptibles de concourir à l'isolement social, combinant à la fois l'allocation d'un ou plusieurs services adaptés et la garantie d'une équité socioéconomique.

La charte de Toronto, élaborée en mai 2010, a établi neuf principes directeurs pour une approche populationnelle de l'activité physique. Plusieurs de ces préceptes peuvent servir de base à l'élaboration de recommandations destinées à guider la mise en place d'initiatives contre l'isolement :

1. Adopter des stratégies fondées sur des **données probantes** pour cibler des populations entières et des groupes particuliers : l'enquête menée par la Fondation Roi Baudouin, par la diffusion massive des résultats, offre au grand public et aux organismes qui le souhaitent un support à l'identification des personnes âgées de 65 ans et plus à risque d'isolement social en Belgique.
2. Cibler les **déterminants** environnementaux, sociaux et individuels de l'isolement : la définition des déterminants procure la connaissance des éléments qu'il faut impérativement prendre en compte pour dompter le phénomène. Elle permet donc de discerner les facteurs auxquels nous devons particulièrement être attentifs.
3. Opter pour une approche fondée sur **l'équité** afin de réduire les inégalités sociales et économiques liées à l'isolement : la conception d'un projet dont l'objectif est de réduire l'isolement social des seniors a une grande probabilité d'échec si celui-ci ne tient pas compte de l'aspect économique de la population cible. En effet, il serait absurde ou presque, d'imaginer une solution inaccessible aux personnes les plus défavorisées, population qui, par ailleurs, constitue la majorité des individus isolés.
4. Entreprendre des actions **partenariales intersectorielles durables** à l'échelle nationale, régionale et locale : la multiplication des initiatives et les liens de collaboration qu'elles pourraient développer entre elles seraient susceptibles de contribuer à réduire davantage la prévalence de l'isolement.
5. Tenir compte du **contexte culturel** et moduler les stratégies en fonction des réalités locales, des contextes et des ressources disponibles : les actions proposées doivent, a fortiori, pour assurer leur pérennité et dans l'éventualité, leur développement, être fondées sur des bases solides tenant compte, notamment, des ressources disponibles.

RÉFÉRENCES

Aartsen, M.T., T. van Tilburg, C.H.M. Smits & K.C.P.M. Knipscheer (2004). A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(2), 249-266.

Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature, *Ageing and Mental Health*, 2 (4), 264-274.

Assous L. & Ralle P. (2000). La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une mise en perspective internationale. Helsinki, 25-35.

Bayer-Oglesby L., Höpflinger F., Zumbrunn A. (2011). La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Observatoire suisse de la santé. Zurich.

Bernier, L., (1997). Les relations sociales. Institut québécois de recherche sur la culture. Chicoutimi.

Biggs, S. & Daatland, S. (2004). *Ageing and diversity: a critical introduction*. Bristol: Policy Press.

Börsch-Supan A, Jürges H (eds) (2005). *The survey of health, ageing and retirement in Europe—methodology*. MEA, Mannheim.

Borys, S., & Perlman, D. (1985). Gender differences in loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 63-74.

Briels, B. & Ploegmakers, M. (2010). "Soms is er geen oplossing voor". *Frontliniepanel over eenzaamheid*. Utrecht: MOVISIE.

Bronselaer, J., Callens, M. & Vanden Boer, L. (2008). Het subjectief welbevinden van Vlaamse rusthuisbewoners, *Tijdschrift voor sociologie*, 2-3 (29), 232-257.

Cacioppo, J., Hawkley, L., Crawford, E., Ernst, J., Burleson, M., Kowalewski, R. & Berntson, G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407-417.

Cacioppo, J., Fowler, J. & Christakis, N. (2009). Alone in the crowd: The structure and spread of loneliness in a large social network. *Journal of Personality and Social Psychology*. 97(6), 977-991

Cattan M, White M, Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*, 25: 41-67.

Charpin J-M. & Tlili C., (2011). Perspectives démographiques et financières de la dépendance.

Conseil supérieur de promotion de la santé. La réduction des inégalités sociales de santé. 2011.

Cramer, K. & Barry, J. (1999). Conceptualizations and measures of loneliness: a comparison of subscales, *Personality and Individual Differences*, 27, 491-502.

de Jong Gierveld, J. & Raadschelders, J. (1982) 'Types of loneliness', pp. 105- 121, in: Peplau, L. A. & Perlman, D. (Eds.), *Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley & Sons.

de Jong Gierveld, J. & van Tilburg, T.G. (1999). *Manual of the loneliness scale*. VU University Amsterdam, Department of Social Research Methodology.

de Jong Gierveld, J. (1999). Eenzaamheid onder ouderen: een overzicht van het onderzoek. *Geront: tijdschrift over ouder worden en maatschappij*(1), 5-15.

de Jong Gierveld, J. & Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview, *Canadian Journal on Aging*, 23: 109-113.

de Jong Gierveld, J. & van Tilburg, T. (2004) Manual of the loneliness scale http://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html

de Jong Gierveld, J., van Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 485-500). Cambridge: Cambridge University Press.

de Jong Gierveld, J., & van Tilburg, T. (2010). The de Jong Gierveld Short Scales for Emotional and Social Loneliness: Tested on data from seven countries in the UN Generations and Gender Surveys. *European Journal of Ageing*. DOI: 10.1007/s10433-010-0144-6

de Leeuw, E. D. (1992). *Data quality in mail, telephone, and face to face surveys*. Amsterdam, Nederland: T. T. Publikaties.

Demarest, S. (2011). Sociale Gezondheid Gezondheidsenquête 008, website: http://iph.fgov.be/EPIDEMIO/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/r4/8.SO_Sociale%20gezondheid_REPORT_2008_NL.pdf

Dickens, A., Richards, S., Greaves, C. & Campbell, J. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11, 647.

Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100.

Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 1-12.

Dykstra P. A., van Tilburg T.G., de Jong Gierveld J (2005). Changes in older adult loneliness: results from a seven-year longitudinal study. *Res Aging* 27:725-747.

Dykstra, P. A. & de Jong Gierveld, J. (2004). Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults. *Canadian Journal of Aging*, 23, 141-155.

Findlay, R. A. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing and Society*, 23 , 647 -658.

Fokkema CM, van Tilburg T. (2007). Zin en onzin van eenzaamheidsinterventies bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 38:185-203.

Fokkema, T. & van Tilburg T. (2006). *Aanpak van eenzaamheid: helpt het? Een vergelijkend effect- en procesevaluatieonderzoek naar interventies ter voorkoming en vermindering van eenzaamheid onder ouderen*. NIDI report nr. 69. Den Haag: NIDI.

Fokkema, T. & Stevens, N. (2007). Typen van interventies. In: Tilburg T. van & Jong Gierveld, J. de (eds.) (2007). *Zicht op eenzaamheid; achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.

Fokkema, T., de Jong Gierveld, J. & Dykstra, A. (2012). Cross-National Differences in Older Adult Loneliness, *The Journal of Psychology*, 146:1-2, 201-228.

Fondation de France. Les solitudes en France en 2010. s.l.s.n.

Fragonard M. et al. (2004). Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.

Halleröd, B. (2009). Ill, worried or worried sick? Inter-relationships among indicators of wellbeing among older people in Sweden. *Ageing & Society*, 29, 563-584.

Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago health, aging, and social relations study. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 63B, S375-S384.

Hawkley, L.C. & Cacioppo, J.T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior and Immunity*, 17 (Suplement 1), S98-S105.

Heylen, L. & Mortelmans, D. (2007). *Trends in sociale participatie en isolatie van ouderen*. In: Cantillon B., Van de bosch, K., Lefebure, S. (red.), *Ouderen in Vlaanderen van 1975 tot 2005: een terugblik in de toekomst*. Leuven, Acco, 109-139.

Heylen, L. (2011). *Oud en eenzaam? Een studie naar de risicofactoren voor sociale en emotionele eenzaamheid bij ouderen*, Proefschrift, Universiteit Antwerpen.

Hogan BE, Linden W, Najarian B. (2002). Social support interventions: do they work? *Clin Psychol Rev* 22(3): 383–442.

Hortulanus, R., Machielse, A. & Meeuwesen, L. (2003). *Sociaal isolement: een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag: Elsevier Overheid.

Hughes M., Waite L., Hawkley L., Cacioppo J. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging* 26:655–672.

Imbaud, D. & Ratte, E. (2011). Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Beekman, A. T. F., Kluiters, H., & Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 135-142.

Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging*, 23, 157-168.

Kohli, M., Hank, K. & Künemund, H. (2009). The social connectedness of older Europeans: Patterns, dynamics and contexts. *Journal of European Social Policy* 19(4).

Korporaal, M., Broese van Groenou, M., & van Tilburg, T. G. (2008). Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults. *Journal of Aging and Health*, 20, 306–325.

Lambrecht, M. (2011). *Bevolkingsvoorzichten 2010-2060*. Federaal Planbureau: Brussel. http://www.plan.be/admin/uploaded/201112190816070.bevpop2011_nl.pdf

Linneman, M. (1996). *Een eenzaam (s)lot? Een integratie van verklaringen van eenzaamheid onder ouderen boven de 75 jaar*. Amsterdam: Vakgroep Sociologie en Sociale Gerontologie.

Linnemann, M., Linschoten, P. van, Royers, Th., Nelissen H. & Nitsche, B. (2001). *Eenzaam op leeftijd. Interventies bij eenzame ouderen*. Utrecht: NIZW.

Lunaigh C. & Lawlor B. (2008). Loneliness and the health of older people. *International journal of geriatric psychiatry*, (23), 1213-1221.

Machielse, A. (2006). *Onkundig en onaangepast. Een theoretisch perspectief op sociaal isolement*. Utrecht; Van Arkel.

Maggi, P. (2010). Enquête sur les critères de choix d'une maison de repos en Région wallonne : écart entre souhaits des familles et réalité du terrain. Mémoire de master. Sciences de la santé publique orientation Gestion des Institutions de Soins. Liège : Université de Liège.

Malcolm, J. (2005). *The social construction of old age as a problem*, pp. 563-571, in: Malcolm, J., Bengtson, V., Coleman, P. & Kirkwood, T. (Eds.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.

McWhirter, B. (1990). Loneliness: a review of current literature, with implications for counseling and research, *Journal of Counseling & Development*, 68, 417-422.

Meisner BA . A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2011;66. Advance online publication. doi:10.1093/geronb/gbr062.

Mitchell A. & Coyne J (2007). Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *British Journal of General Practice*, 57, 144-151.

Morel, A. & Veber, O. (2011). *Société et vieillissement*. Membres de l'inspection générale des affaires sociales.

Perlman D, Peplau LA (1981). *Toward a social psychology of loneliness*. In: Gilmour R, Duck S (eds) *Personal relationships 3: personal relationships in disorder*. Academic Press, London, pp 31-56.

Pérodeau, G. & du Fort, G. (2000). Psychotropic drug use and the relation between social support, life events, and mental health in the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 19, 23-41.

Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis, *Basic and Applied Social Psychology*, 23: 245-266.

Prieto-Flores, M., Forjaz, M. , Fernandez-Mayoralas, G. , Rojo-Perez, F., Martinez-Martin, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Aging And Health*, 23(1), 177-194.

Rodríguez-Artalejo, F., Guallar-Castillón, P., Herrera, M. C., Otero, C. M., Chiva, M. O., Ochoa, C. C., Banegas, J. R. and Pascual, C. R. (2006). Social Network as a Predictor of Hospital Readmission and Mortality Among Older Patients With Heart Failure, *Journal of Cardiac Failure*, 12(8): 621-627.

Rokach, A., Orzeck, T., Cripps, J., Lackovic-Grgin, K. & Penezic, Z. (2001). The effects of culture on the meaning of loneliness, *Social Indicators Research*, 53, 17-31.

Rokach, A. (2007). The effect of age and culture on the causes of loneliness. *Social Behavior and Personality*, 35, 169-186.

Rokach, A. (2008). Coping with loneliness in North America and Spain. *Psychology Journal*, 5, 51-68.

Routasalo, P., Pitkala, K.H. (2003). Loneliness among older people. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12, p. 303-311.

Russell, D, Peplau LA, Cutrona CE. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol* 39(3): 472–480.

Russell, D., Peplau, L.A., & Ferguson, M.L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.

Sansoni, J., Marosszeky, N., Sansoni, E., Fleming, G. (2010). *Final Report: Effective Assessment of Social Isolation*. Centre for Health Service Development, University of Wollongong.

Schoenmakers, E., van Tilburg, T. & Fokkema, T. (2011). Coping with loneliness: What do older adults suggest?, *Aging & Mental Health*, DOI:10.1080/13607863.2011.630373

Scharf, T., Smith, A. (2004). *Older people in urban neighborhoods: Addressing the risk of social exclusion in later life*. In C. Phillipson, G. Allan, & D. Morgan (Eds.), *Social networks and social exclusion: Sociological and political issues* (pp. 162–179). London: Ashgate.

Shiovitz-Ezra, S. & Ayalon, L. (2011). Use of Direct Versus Indirect Approaches to Measure Loneliness in Later Life. *Research on Aging*.

Shute, R. & Howitt, D. (1990). Unravelling paradoxes in loneliness: research and elements of social theory of loneliness, *Social Behaviour*, 5, 169-184.

Special Eurobarometer 283 (2007). *Health and long-term care in the European Union*. European Commission, Brussels.

SPF Economie, P.M.E, Classes moyennes et Energie. Evolution du nombre de divorces par année (1990 – 2010), par région et par province. [en ligne]. 2010. [consulté le 16/02/12]. Disponible à partir de : http://economie.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/population/downloads/population_-_divorces_en_2010.jsp

Spruytte, N., Declercq, A., Herbots, B., Holvoet, M., Elst, R., Van der Flaas, J., Molenberghs, C., Kuylen, L., Lecoutere, J., Van den Heuvel, B., Van Audenhove, C. (2009). *Kleinschalig genormaliseerd wonen voor mensen met dementie, Het antwoord op 101 vragen*. Antwerpen: Garant.

Stevens, N., Martina, C. (2006). Eenzaamheidsinterventies bij ouderen: ordening en effectiviteit. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 37, p. 44-50.

Stevens, N. (2007). Verwerking van eenzaamheid In: Tilburg T. van. & Jong Gierveld, J. de (eds.) (2007). *Zicht op eenzaamheid; achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.

Sudman, S., & Bradburn, N. M. (1974). *Response effects in surveys: A review and synthesis*. Chicago: Aldine.

Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6, 267–275.

- Tilburg T. van (2007) 'Prevalentie'. In: Tilburg T. van. & Jong Gierveld, J. de (eds.) (2007). *Zicht op eenzaamheid; achtergronden, oorzaken en aanpak*. Assen: Van Gorcum.
- Trillard A., (2011). Mission au profit du président de la république relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées.
- Van Audenhove, Ch., Declercq, A., De Coster, I., Spruytte, N., Molenberghs, C., Van den Heuvel, B. (2003). *Kleinschalig genormaliseerd wonen voor personen met dementie*. Antwerpen: Garant.
- Vanden Boer, L. & Pauwels, K. (2005). *Eenzame ouderen: mythe of realiteit?* Brussel: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie.
- Vanden Boer, L. & Pauwels, K. (2005). *75-plussers en hun sociale contacten*, Brussel: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie.
- Vanden Boer, L. & Pauwels, K. (2006). *LOVO-2: Profielschets van de rusthuizen/RVT's in de steekproef*. In Vanden Boer, L., Pauwels, K., Callens, M. & Carrette, V. (red.), *Het leefsituatieonderzoek Vlaamse ouderen (LOVO) LOVO-2: Rusthuis- en RVT-bewoners*. Opzet en gegevensverzameling, Brussel: Centrum voor Bevolkings-en Gezinsstudie, CBGS-Werkdocument 2006 (2) (pp. 25-34).
- Vanden Boer, L., Vanderleyden, L. & Callens, M. (2004). LOVO: design en methode, T. Jacobs, L. Vanderleyden & L. Vanden Boer (eds.). *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Vanderleyden, M. & Heylen, L. (2007). Ouderen, hun sociale contacten en de beleving ervan: continuïteit of verandering? *Tijdschrift voor Sociologie* (1) 52-78.
- van Tilburg, T. (2005) Gesloten uitbreiding. Sociaal kapitaal in de derde en vierde levensfase, *Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Sociale Gerontologie aan de faculteit der Sociale Wetenschappen van de Vrije Universiteit op 8 december 2005* (pp. 24).
- Vaux, A. (1988). *Social Support. Theory, Research, and Intervention*. New York : Praeger.
- Vermeulen, B., Declercq, A. (2012). *Vlaamse Ouderen Zorg Studie: kwetsbare, thuiswonende ouderen - resultaten en aanbevelingen*. (SWVG-rapport). Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Verté, D. & Dury, S. (2011). *Doe mee! Over ouderen en maatschappelijke participatie*. Vrije Universiteit Brussel & Hogeschool Gent.
- Victor, C., Sasha J., Scrambler, Sunil Shah, Derek G. Cook, Tess Harris, Elizabeth Rink, et al. (2002). Has Loneliness Amongst Older People Increased? An Investigation Into Variations Between Cohorts. *Ageing & Society*, 22:585-597.
- Victor C, Bowling A, Bond J, Scrambler S. Loneliness, social isolation and living alone in later life. *ESRC GO Findings 2003*; 17: 1-4.

Victor, C. R., Scambler, S. J., Bond, J. & Bowling, A. (2004) Loneliness in later life, Walker, A. (Ed.), *Quality of life in old age*. Maidenhead: Open University Press.

Victor, C. R., Scambler, S. J. & Bond, J. (2009). *The social world of older people. Understanding loneliness and social isolation in later life*. Berkshire: Open University Press.

Weiss, R. S. (1973). *The experience of emotional and sociale isolation*. Cambridge: MIT Press.

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer Disease. *Archives of General Psychiatry*, 64, 234–240.

Yang, K. & Victor, C. (2011). Age and Loneliness in 25 European Nations. *Ageing and Society*, 31(8): 1368-1388.



Fondation
Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure

www.kbs-frb.be

Vous trouverez davantage
d'informations au sujet de nos projets,
de nos manifestations et de nos
publications sur www.kbs-frb.be.

Une lettre d'information électronique
vous tient au courant.
Vous pouvez adresser vos questions à
info@kbs-frb.be ou au 070-233 728

Fondation Roi Baudouin,
rue Brederode 21, B-1000 Bruxelles
02-511 18 40
fax 02-511 52 21

Les dons à partir de 40 euros
sont déductibles fiscalement.
000-0000004-04
IBAN BE10 0000 0000 0404
BIC BPOTBEB1

La Fondation Roi Baudouin est une fondation indépendante et pluraliste au service de la société. Nous voulons contribuer de manière durable à davantage de justice, de démocratie et de respect de la diversité. Chaque année, la Fondation soutient financièrement quelque 2.000 organisations et individus qui s'engagent pour une société meilleure. Nos domaines d'action pour les années à venir sont la pauvreté & la justice sociale, la démocratie en Belgique, la démocratie dans les Balkans, le patrimoine, la philanthropie, la santé, le leadership, l'engagement sociétal, la migration, le développement et les partenariats ou soutiens exceptionnels. La Fondation a vu le jour en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du roi Baudouin.

Nous travaillons en 2011 avec un budget annuel de 30 millions d'euros. À notre capital propre et à l'importante dotation de la Loterie Nationale s'ajoutent des Fonds de particuliers, d'associations et d'entreprises. La Fondation Roi Baudouin reçoit aussi des dons et des legs.

Le Conseil d'administration de la Fondation Roi Baudouin trace les grandes lignes de notre action et assure la transparence de notre gestion. Une cinquantaine de collaborateurs sont chargés de la mise en oeuvre. La Fondation opère depuis Bruxelles et est active au niveau belge, européen et international. En Belgique, elle mène aussi bien des projets locaux que régionaux et fédéraux.

Pour réaliser notre objectif, nous combinons diverses méthodes de travail. Nous soutenons des projets de tiers, lançons nos propres actions, stimulons la philanthropie et constituons un forum de débats et réflexions. Les résultats sont diffusés par l'entremise de différents canaux de communication. La Fondation Roi Baudouin collabore avec des pouvoirs publics, des associations, des ONG, des centres de recherche, des entreprises et d'autres fondations. Nous avons un partenariat stratégique avec le European Policy Centre, une cellule de réflexion basée à Bruxelles.

