



Ville de Luxembourg et personnes âgées vivant à domicile : les principaux résultats de l'enquête

Philippe GERBER - CEPS/INSTEAD

Cet article s'inscrit à la suite d'une précédente publication qui faisait part de la méthode d'échantillonnage d'une enquête effectuée à l'échelle intra-urbaine concernant les besoins et les souhaits des personnes âgées de la ville de Luxembourg vivant à domicile. Les principaux thèmes délivrés dans le présent article concernent cette fois les résultats d'enquête. Ils sont traités grâce à la constitution de sphères d'analyse qui épousent différents niveaux d'interprétation de la qualité de vie de la personne âgée. Ainsi, quatre sphères distinctes se détachent : 1) la sphère individuelle qui concerne plus particulièrement le bien-être de la personne, 2) la sphère géographique du cadre de vie, 3) la sphère relationnelle qui comprend les relations issues du réseau informel de la personne âgée, et, enfin, 4) la sphère institutionnelle qui regroupe les différentes aides fournies par les institutions. Ces quatre entités sont traitées grâce à la mise en place d'indicateurs synthétiques qui résument les principaux apports de l'enquête dans le but de disposer d'un outil d'aide à la décision en matière de planification. Les indicateurs sont ensuite repris en fonction d'une typologie qui permet de fournir certaines recommandations destinées aux acteurs politiques et, éventuellement, aux personnes âgées elles-mêmes.

Face au vieillissement général de la population, la question du maintien à domicile des personnes âgées devient prépondérante. En sachant que la très grande majorité de ces personnes souhaitent rester le plus longtemps possible dans leur logement, les besoins en matière d'assistance en soins à domicile, mais aussi l'appréciation du quartier dans lequel elles vivent, par exemple, deviennent des facteurs déterminants quant à leur maintien à domicile.

Ces préoccupations, et bien d'autres encore, ont été intégrées au cœur d'une enquête¹ commanditée en 2001 par le collège échevinal de la capitale du Grand-Duché de Luxembourg ; confiée au CEPS/INSTEAD, elle a été réalisée en 2002 auprès de 903 personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile. Cet article va tenter de synthétiser les principaux résultats issus de cette enquête, notamment par rapport à la problématique du maintien à domicile. Pour cela, nous allons nous focaliser sur des indicateurs de mesure du maintien à domicile des personnes âgées. Ce système

associe de nombreux critères qui ont été structurés en fonction de quatre « sphères »² d'analyse. La première sphère concerne le bien-être de la personne âgée, lié notamment à son niveau de santé. La deuxième se rattache au cadre de vie, tant au niveau du logement que de son espace environnant. La troisième sphère détaille les caractéristiques de l'entourage proche de la personne âgée, tandis que la quatrième et dernière sphère présente les aides institutionnelles publiques ou privées délivrées à domicile.

Dans une première partie seront abordées les différentes hypothèses de travail qui justifient ces différentes sphères. Il sera alors possible, dans un deuxième temps, d'exposer les indicateurs synthétisant ces sphères liées au maintien à domicile. Enfin, dans une dernière partie, la mise en place d'une catégorisation de personnes âgées permettra à la fois de structurer ces indicateurs afin de déterminer d'éventuelles populations âgées « vulnérables », dans le but de dégager certaines recommandations visant à favoriser leur maintien à domicile.

¹ Le rapport final a été remis aux autorités communales avant la conférence de presse du 24 mai 2004. Cf. Gerber P., Bousch P. (2004, coord.). Les références se trouvent en fin de document.

² Cette appellation trouve son origine par analogie aux « coquilles » de l'homme de A. Moles et de E. Rohmer-Moles (1972).

I. Un investissement volontaire de la part de la Ville de Luxembourg

La Ville de Luxembourg a mis en place de nombreuses structures pour faciliter la vie des personnes âgées. Nous pouvons en citer quelques-unes en guise d'exemple : la création de logements adaptés pour les personnes âgées, l'animation d'activités de gymnastique, des transports de bus spécifiques, la Cinémathèque Senior, la création en 1996 du Service Seniors qui a pour mission principale la coordination de la politique du troisième âge au niveau de la capitale du Grand-Duché. Le Service Seniors s'assure ainsi de l'amélioration de l'organisation des aides et soins en vue d'une assistance plus efficace et performante au service des personnes âgées vivant à domicile. Cela se concrétise notamment par la gestion du Téléalarme, la mise en place d'un numéro de téléphone unique (créé en 1990) destiné à entrer en communication directe avec différentes institutions telles que la Fondation Hellef Doheem (aides et soins à domicile), l'Office Social (Repas sur Roues) ou la Doheem Versuergt Asbl (aides et soins à domicile).

Néanmoins, la municipalité souhaite s'investir encore davantage afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées, plus particulièrement celles qui vivent à domicile, tant dans le domaine de l'habitat qu'en vue d'une amélioration des services existants ou dans la création de nouveaux services. Ces objectifs peuvent trouver un début de réponse grâce, entre autres, à une enquête : la Ville de Luxembourg a ainsi fait appel au CEPS/INSTEAD pour la réaliser et l'analyser.

En partant du postulat que la personne âgée souhaite rester le plus longtemps dans son logement, malgré la probabilité de perdre progressivement son autonomie, la question principale est de savoir : quels sont les critères essentiels qui favorisent le maintien à domicile ?

Pour cela, nous supposons que quatre sphères conditionnent le maintien à domicile. Il faut ainsi :

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

Ces hypothèses ont l'avantage de s'inscrire dans les prérogatives des politiciens, tout en favorisant une vue synthétique d'une mesure objective et intégrée du système de maintien à domicile des personnes âgées. A partir de ces quatre hypothèses, un questionnaire a été construit. Long de 30 pages, il rassemble plus de 1 000

informations qu'il est impossible de passer en revue dans le cadre de cette publication. Cependant, la création d'indicateurs permet de synthétiser de nombreuses informations parmi les plus pertinentes. Ainsi, dans l'exposé qui suit, les résultats les plus importants seront développés : certains constitueront par après les futurs indicateurs qui, à terme, permettront une typologie des populations âgées en fonction des conditions de maintien à domicile.

II. Création des indicateurs synthétiques et résultats descriptifs

1. Descriptif général des huit indicateurs

A partir du fichier de population de la Ville de Luxembourg, 903 ménages ont été interrogés, formant la base d'un échantillon représentatif de 12 615 personnes de 60 ans ou plus à l'échelle intra-urbaine composée de six zones résidentielles³. Après une analyse descriptive complète des données obtenues⁴, il a été possible de sélectionner les plus pertinentes d'entre elles, en ayant le souci de la création d'indicateurs synthétiques tenant compte des quatre sphères précitées. Le tableau 1 récapitule la composition des quatre sphères en fonction de la constitution des huit indicateurs.

T₁ Huit indicateurs et quatre sphères dans la mesure du maintien à domicile

	Sphère individuelle du bien-être	Sphère spatiale de cadre de vie	Sphère relationnelle	Sphère institutionnelle
Indicateurs objectifs	niveau de santé objectif (groupes iso-besoins, GIB)	confort objectif	aide relationnelle à domicile	soins apportés à domicile
Indicateurs subjectifs	niveau de santé subjectif	confort subjectif	aide mobilisable	besoins d'assistance à domicile

Source : CEPS/INSTEAD, 2004

³ Détails dans Gerber P., 2004a.

⁴ Ces résultats se trouvent dans les annexes du rapport Gerber P., Bousch P. (2004, coord.).

Des paramètres à la fois objectifs et subjectifs, qui rythment la vie quotidienne des personnes âgées, sont insérés dans le protocole de mesure du maintien à domicile. En tout, pas moins de 200 questions, qui engendrent plus de 400 variables, ont été nécessaires pour construire les huit indicateurs du système de maintien à domicile de la personne âgée, sans oublier d'y ajouter certains référents socio-démographiques (dont nous tiendrons compte dans une analyse ultérieure).

Ce nombre d'indicateurs n'est pas choisi au hasard : il se veut équilibré, d'une part, entre les différentes sphères et, d'autre part, entre l'objectivité et la subjectivité du système de mesure du maintien à domicile. De plus, cet équilibre permettra par la suite l'élaboration d'une typologie basée sur une structuration proportionnée des indicateurs. Toutefois, avant de présenter ces résultats, il est intéressant de décrire et d'analyser les informations qui ont justement permis de générer ces indicateurs. Les données de la sphère du bien-être individuel sont détaillées en premier lieu.

2. La sphère du bien-être individuel a priori dépendante de l'avancée en âge

a) Le niveau subjectif de l'état de santé

A la question « En général, vous diriez que votre état de santé est... ? », les personnes âgées de la ville de Luxembourg répondent qu'elles se sentent en bonne, voire en très bonne santé, à hauteur de 80%. Cette question, simple mais pertinente, correspond à l'indicateur subjectif du niveau de santé de la sphère individuelle. Plus précisément, 60% des personnes se sentent en bonne santé, 15% en très bonne santé et 5% en excellente santé. Les 20% restants déclarent être en mauvaise santé (17% en mauvaise et 3% en très mauvaise santé).

Il est intéressant de noter que cet état subjectif du niveau de santé se dégrade avec, à la fois, l'âge et le

niveau de vie (cf. tableau 2). Ainsi, 19 % des personnes âgées de 60 à 64 ans trouvent leur état de santé mauvais à très mauvais, contre 24% des personnes de 75 ans ou plus. Parallèlement, plus le niveau de vie est faible, plus la santé est mauvaise : 31% des personnes âgées au niveau de vie inférieur à 1 250 € par mois se sentent en mauvaise ou en très mauvaise santé. Par contre, seuls 12% des individus au niveau de vie supérieur à 2 500 € par mois se sentent dans cet état.

D'autres questions de l'enquête permettent de compléter la mesure de l'état de santé physique des personnes âgées de façon plus objective, notamment à partir des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées à réaliser

quotidiennement leurs différentes activités domestiques (cf. figure 1).

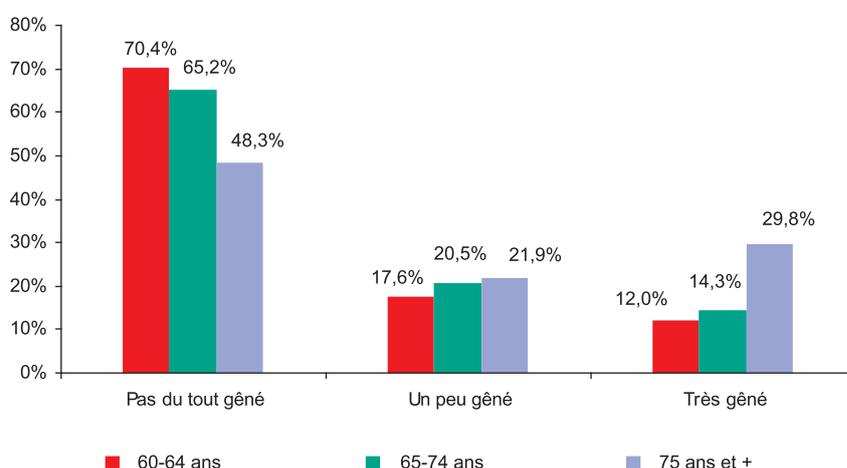
A ce sujet, des écarts importants apparaissent en fonction de l'âge. Ainsi, l'exercice d'activités modérées (telles que passer l'aspirateur ou déplacer une table) est considéré comme une gêne importante pour 30% des personnes âgées de 75 ans ou plus, et seulement pour 12% des 60-64 ans. Par ailleurs, d'autres questions liées à l'état de santé subjectif figurent dans l'enquête, mais dont nous n'avons pas forcément tenu compte lors de la création des indicateurs. Par exemple, 22% des personnes âgées déclarent être fortement gênées par une douleur dans les tâches domestiques de la vie quotidienne. Mais nous ne nous attardons pas sur ces variables dans ce document.

T₂ Etat de santé subjectif des personnes âgées selon les tranches d'âge et le niveau de vie (en %)

	Très bon à excellent	Bon	Mauvais à très mauvais	Total
Age :				
- 60-64 ans révolus	26,3	54,7	19,0	100
- 65-74 ans révolus	17,2	63,6	19,2	100
- 75 ans et plus	17,0	59,3	23,7	100
Niveau de vie du ménage				
- Moins de 1250 €	10,2	58,7	31,1	100
- Entre 1250 et 2500 €	21,4	59,1	19,4	100
- Plus de 2500 €	26,3	61,9	11,8	100

Source : Personnes Agées Ville de Luxembourg (PAVDL), 2002, CEPS/INSTEAD, 2004

F₁ Votre état de santé vous limite-t-il actuellement dans l'exercice des activités modérées (telles que passer l'aspirateur...)?



Source : PAVdL, 2002, CEPS/INSTEAD, 2004

b) Le niveau objectif de l'état de santé

Les personnes âgées en situation de perte d'autonomie constituent un groupe très hétérogène qui va de la personne qui ne peut plus faire son ménage (car elle a des difficultés pour se mouvoir), à la personne confinée au lit ou au fauteuil pour des raisons, entre autres, de maladie dégénérative (maladie d'Alzheimer). Au niveau des besoins, les situations sont donc très diverses, que ce soit en termes quantitatifs ou qualitatifs. Il convient de tenir compte de cette réalité et d'essayer de quantifier les besoins de la personne âgée ; ce qui n'est pas simple étant donné le manque d'homogénéité que nous venons d'évoquer. Néanmoins, à partir de cinq questions de l'enquête (cf. annexe 1)⁵ portant sur les difficultés de la personne âgée pour accomplir certaines tâches de la vie courante, nous avons mis en place un indicateur de santé objectif qui permet de classer les personnes dans des groupes iso-besoins (GIB) en fonction de leur plus ou moins grande autonomie, selon les principes établis de l'Université d'Oxford⁶. Un groupe iso-besoins se définit ainsi comme un ensemble de personnes dont on suppose qu'elles nécessitent un volume d'aide hebdomadaire total relativement proche pour ce qui est de l'accomplissement des « Activity Daily Living »⁷ et des « Instrumental Activity Daily Living »⁸.

Cinq questions ont donc été utilisées pour construire cet indicateur. Trois d'entre elles ont trait à l'état de santé physique et aux difficultés qu'il génère pour se laver, pour préparer les repas et pour effectuer les activités quotidiennes. Une quatrième question concerne les difficultés d'ordre émotionnel (dépression, anxiété) dans l'accomplissement des activités quotidiennes. La dernière porte sur la gêne dans les relations sociales éventuellement occasionnée par l'état de santé de la personne âgée.

Au niveau des résultats descriptifs, près de 17% des personnes âgées de 75 ans ou plus éprouvent des difficultés pour préparer le repas (contre 2% pour les 60-64 ans) et 9% pour faire leur toilette. Ces statistiques nous montrent que la plupart des personnes âgées qui vivent à domicile sont relativement autonomes (entre 80 et 95% selon les activités). Par ailleurs, à la question « *votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné dans vos relations sociales, comme visiter les amis ou la famille ?* », 78% des personnes âgées répondent « jamais » ou « rarement ». Cette proportion varie selon la catégorie d'âge, de 84% pour les 60-64 ans à 71% pour les 75 ans ou plus.

Toutes les questions ne valent pas le même poids devant l'état de santé de la personne. Le choix a donc été fait de pondérer les réponses de la personne âgée en fonction des questions et de la gravité des situations (cf. annexe 1.1). La somme des scores obtenus par les cinq réponses pondérées correspond à l'indicateur objectif de la mesure du niveau de santé de la personne âgée (sphère individuelle). Ensuite, pour aboutir à des résultats descriptifs simples, des seuils ont été validés en fonction des sommes obtenues (cf. annexe 1.2) : quatre groupes iso-besoins ont ainsi été créés. Ils sont classés de l'autonomie la plus faible à l'autonomie la plus forte :

- le groupe iso-besoins 3 (GIB3) correspond aux personnes âgées dont l'autonomie est la plus limitée, et dont on peut supposer qu'elles nécessitent une aide fréquente, voire quotidienne pour les actes de la vie courante (5% des personnes âgées) ;
- le groupe iso-besoins 2 (GIB2) comprend des personnes pour lesquelles une aide régulière serait la bienvenue sans pour autant présager de sa fréquence ou de son volume (13%) ;
- le groupe iso-besoins 1 (GIB1) s'applique aux personnes ayant peu de difficultés et qui

occasionnent un besoin d'aide ponctuel (41% des seniors) ;

- lorsque la personne est complètement valide (GIB0), elle n'a donc besoin d'aucune aide (41%) ; elle fait partie du groupe iso-besoins 0.

Comme pour l'indicateur subjectif du niveau de santé, la part des personnes valides chute avec l'âge, passant de 48% pour les 60-69 ans à 27% pour les 80 ans et plus. L'écart est moins significatif pour les seniors classés dans les personnes légèrement dépendantes, avec 42% pour les plus jeunes d'entre eux et 34% pour les plus âgés.

3. Une sphère du cadre de vie essentiellement liée aux revenus des ménages

Deux indicateurs, liés au cadre de vie des ménages âgés, ont été créés, d'une part, dans une optique objectivable et mesurable, comme le nombre de commerces situés à proximité du logement de la personne interrogée, et, d'autre part, dans une vision subjective, avec par exemple l'attachement au quartier. Ces deux indicateurs de confort intègrent ainsi des aspects liés au logement et à son environnement extérieur, le cadre de vie du ménage âgé. Sans détailler ici toutes les variables ayant servi à la constitution de ces deux indicateurs de confort, nous pouvons toutefois présenter leurs principaux résultats en deux sections distinctes, celle du confort objectif et celle du confort subjectif.

a) Le confort objectif

Quatre sous-indicateurs ont été utilisés, sur la base classique du confort technique (selon une acception rejoignant celle des derniers recensements), mais également en fonction de l'équipement des ménages, du confort spacieux et du confort de cadre de vie (services et commerces à proximité du domicile)⁹.

⁵ Les annexes peuvent être téléchargées sur le site : www.ceps.lu

⁶ Plusieurs références ont été nécessaires pour constituer cet indicateur. Cf., entre autres, le Health Survey SF36-V2TM (Quality Metric, Inc.) disponible sur internet (<http://www.sf-36.org/>). Etudes comparatives relevées dans Leplège A. (1999). Référence également aux Activity Daily Living (ADL) ou aux Instrumental Activity Daily Living, cf. White-Means S. (1997).

⁷ ADL : manger, se laver, se lever, s'habiller, se déplacer dans le logement.

⁸ IADL ; il s'agit d'une aide éventuelle aux courses, au ménage, à la préparation des repas, aux démarches officielles, à se déplacer hors du logement.

⁹ Pour la définition de ces termes, cf. Gerber P., 2000 et Gerber P., 2004b.

Le *confort technique*, premier sous-indicateur, prend en compte la présence ou l'absence de sept équipements inamovibles du logement, à savoir le chauffage central, les salles de bain, le double vitrage, l'eau chaude courante, les équipements spécifiques pour personnes âgées, le nombre de WC et l'interphone. 97% des ménages âgés disposent de tout le confort technique de logement, c'est-à-dire le WC intérieur, la salle de bain et le chauffage. Deux tiers de la population disposent du double vitrage. Toutefois, seuls 5% des ménages ont chez eux des équipements spécifiques pour personnes âgées (rampe de soutien, bac de douche de plain pied...), ce qui, en matière de mesures de prévention, est relativement faible¹⁰. En faisant la somme de ces différents équipements, ce qui forme l'indicateur de confort technique, la moitié de la population âgée dispose d'au moins 6 équipements inamovibles (le maximum étant 8) ; mais il reste plus de 6 % des ménages âgés qui ne disposent que de trois équipements, correspondant en général à la présence d'un WC, du chauffage central et d'une salle de bain. Ajoutons que le confort technique est étroitement lié aux niveaux de vie et aux secteurs résidentiels.

Le *confort spacieux*, deuxième sous-indicateur, est calculé à partir du nombre de personnes par pièce et la présence ou l'absence de sept dépendances du logement (cave, garage ou box, grenier, cour intérieure, potager, jardin d'agrément et balcon ou terrasse). En moyenne, le ménage âgé dispose de moins de trois pièces et d'un peu plus de quatre dépendances. Mais ces chiffres varient fortement en fonction

du niveau de vie¹¹ : par exemple, le nombre de pièces par personne est de 3,7 pour les ménages disposant d'un niveau de vie supérieur à 2 500 € par mois, contre 2,1 pièces pour des ménages au niveau de vie inférieur à 1 250 €.

Le troisième sous-indicateur recense les *équipements amovibles* du ménage âgé. Sur les 15 retenus¹², la moyenne est proche des 9 équipements. Là aussi, le niveau de vie intervient fortement dans la répartition de cet indicateur. 59% des ménages disposant d'un niveau de vie de moins de 1 250 € par mois ont une voiture, contre 80% pour les ménages les plus fortunés (plus de 2 500 € par mois) ; ces chiffres sont respectivement de 41% et 62% pour la possession d'un téléphone portable.

Enfin, le dernier sous-indicateur du confort objectif concerne le *confort objectif de cadre de vie*, qui mesure le nombre de commerces ou de services¹³ situés à proximité du logement des personnes âgées. Leur répartition ne dépend pas directement des revenus mais davantage des secteurs résidentiels. Par exemple, 98% des ménages interrogés ont un arrêt de bus à proximité (moins de 300 mètres environ) de leur logement. La boulangerie, par contre, est un service qui n'est pas présent dans tous les quartiers (62% de taux de présence). Concernant ce commerce, les différences selon les secteurs résidentiels sont importantes : alors qu'au centre, leur proximité est assurée pour 85% des logements, ce n'est pas le cas dans l'Est (39%) ou dans le Nord (47%) de la ville. Ces écarts se répètent dans les mêmes proportions pour l'épicerie ou la pharmacie par exemple.

En résumé, le confort objectif (abrégé COB) de la sphère géographique de cadre de vie rassemble ces quatre sous-indicateurs synthétisés grâce à la technique statistique de standardisation¹⁴. Il est possible d'en dégager des conclusions intéressantes. Ainsi, environ 7% des ménages ont un confort objectif considéré comme « très faible », et 22% un COB « faible », cette situation étant calculée par rapport à la moyenne obtenue auprès des personnes âgées. A l'opposé, 51% des ménages âgés disposent d'un COB « fort » à « très fort », le cinquième restant se situant dans la moyenne. Il semble ici intéressant de préciser les éléments qui sont le moins présents chez les ménages au confort objectif faible :

- le double vitrage. Sachant que plus des deux tiers des ménages âgés en disposent, ils ne sont que 40% pour les ménages au COB faible à très faible, contre 80% pour les ménages au COB fort à très fort ;
- le fait de disposer de plusieurs salles de bain ou de plusieurs WC. Seuls 4% des ménages au COB faible à très faible ont au moins deux salles d'eau, contre 32% des ménages au COB fort ;
- le garage et le balcon. Sachant qu'en moyenne deux tiers de l'ensemble des ménages disposent d'un parking ou d'un garage, seuls 50% des ménages au confort objectif faible à très faible en ont un, contre plus de 80% des ménages au COB fort à très fort. Les proportions sont du même ordre pour le balcon ou la terrasse ;
- certaines variables concernant l'équipement du ménage, notamment l'ordinateur (7% pour les ménages aux COB faibles, contre 36% pour les COB forts),

¹⁰ De nombreuses études tiennent à souligner l'importance de l'adaptation graduée des logements aux besoins des personnes âgées. Cf. notamment Collectif Institut des Villes (2004), pp. 136-154.

¹¹ Le niveau de vie est calculé à partir du revenu disponible dans le ménage, et divisé en fonction des unités de consommation présentes dans le ménage selon le principe de l'OCDE. Cf. Berger F. (2004).

¹² Voici la liste des quinze équipements du ménage retenus : lave-vaisselle, lave-linge, TV couleur, caméscope, ordinateur personnel, télécopieur, aspirateur, congélateur, chaîne HI-FI, magnétoscope, micro-ondes, sèche-linge, téléphone fixe, téléphone portable (GSM), une voiture au moins.

¹³ Une liste de 17 commerces et/ou services a été soumise aux enquêtés : boulangerie, épicerie ou petite surface de vente alimentaire, banque, restaurant, kiosque à journaux, médecin généraliste, espace vert ou place publique, bar/café, pharmacie, bureau de Poste (P&T), église, association de quartier ou lieu de rencontre pour personnes âgées, maison de retraite, foyer de jour, poste de police, salon de coiffure.

¹⁴ « La standardisation est une transformation des données qui consiste à exprimer toutes les valeurs d'une variable indépendamment de l'unité de mesure originelle. [...] La standardisation combine deux opérations : 1) le centrage ($x - x$ moyenne) où chaque valeur est exprimée en écart à la moyenne (c'est l'équivalent d'une translation graphique) ; 2) la réduction (division par l'écart-type) revient à exprimer cette différence en écart-type, nouvelle unité de mesure (c'est l'équivalent d'un changement d'échelle graphique). Une variable standardisée a donc pour moyenne 0 et pour écart-type 1. » Groupe CHADULE (1986, p. 168).

le caméscope (respectivement 5% et 27%), le sèche-linge (13% et 47%) et le lave-vaisselle (30% et 80%) ;

- quelques commerces de proximité. Le kiosque à journaux, la banque, le bureau de poste et la pharmacie sont les commerces ou services les moins bien représentés au sein des ménages au COB faible.

Cependant, disposer d'un grand logement ou de nombreux équipements ne signifie pas forcément que le ménage âgé se sente dans un confort satisfaisant. Le côté subjectif du confort intervient également.

b) Le confort subjectif

Le confort objectif doit être analysé en rapport avec un confort subjectif laissé à l'appréciation des ménages enquêtés. Ce dernier type de confort est constitué de cinq sous-indicateurs. Ces derniers sont tous évalués en fonction de cinq modalités progressives du type : 1) ne correspond pas du tout, 2) correspond un peu, 3) correspond, 4) correspond beaucoup, 5) correspond tout à fait. Ces modalités ont alors fait l'objet d'une pondération afin de classer les résultats qu'il est intéressant de passer rapidement en revue.

Le premier sous-indicateur du confort subjectif concerne *l'adaptation du logement*. De nombreux ménages âgés se plaignent de la taille de leur logement, le qualifiant souvent de trop grand (12% des ménages), plus rarement de trop petit (6%). Par ailleurs, certains ménages se plaignent de l'éloignement ou de l'isolement de leur logement par rapport au centre de la ville de Luxembourg (11%), d'autres encore d'un mauvais agencement de leur logement (9%), d'un manque de confort (9%) ou d'insalubrité (3%). Ces différents éléments ont été synthétisés : finalement, seuls 4% des ménages sont confrontés à de réels problèmes d'adaptation par rapport à leur domicile. Il s'agit notamment de ménages à faible niveau de vie.

Le deuxième sous-indicateur s'attache à déterminer les *problèmes de pollution* sonore (trois variables) et olfactive (1 variable). Plus du tiers des ménages déclarent être plus ou moins gênés par le bruit lié au trafic routier. Les problèmes de bruit liés aux activités industrielles (15% des ménages) sont moins nombreux, de même que les bruits de voisinage (13%). Par ailleurs, la pollution olfactive concerne 13% des ménages âgés. En combinant ces quatre variables, constituant alors cet indicateur de pollution, il est possible de constater que trois-quarts des ménages âgés n'ont presque aucun problème de pollution ; par contre, 7% d'entre eux sont fortement concernés.

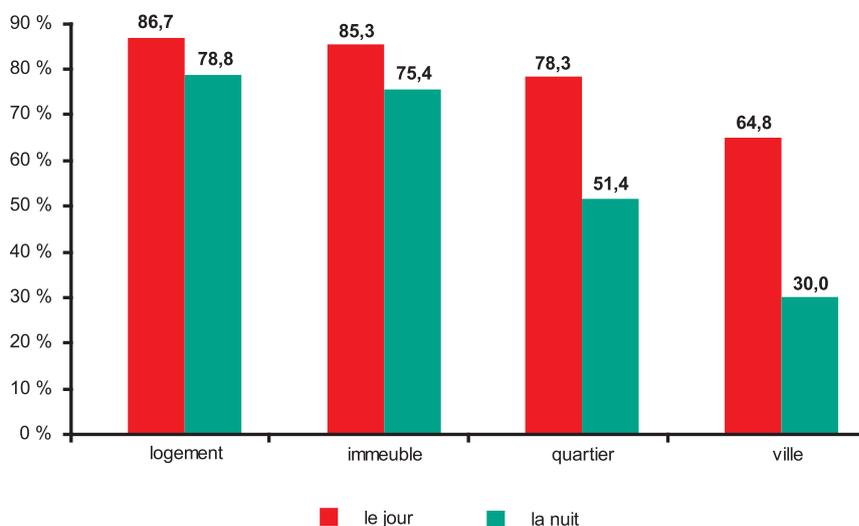
Le troisième sous-indicateur rassemble les *problèmes d'insécurité*. Près de 90% des ménages se sentent ainsi en sécurité de jour dans leur logement : ils sont encore près de 80% de nuit. Néanmoins, le quartier, comme la ville, sont perçus comme des espaces moins sûrs (cf. figure 2).

En prenant par exemple l'échelle de la ville, 65% des personnes âgées s'y sentent toujours en sécurité de jour, et 30% seulement de nuit. Ce sentiment de sécurité, de jour comme de nuit, fléchit donc avec

l'élargissement du territoire pris en considération. D'autres questions ont été incluses dans cet indicateur lié à la sécurité des ménages, comme les problèmes de détérioration ou de vandalisme (5% des ménages concernés), les cambriolages (13%), la proximité d'un axe routier dangereux (14%). Les résultats généraux liés à cet indicateur synthétique font apparaître que, finalement, 70% des ménages se sentent en sécurité : ces résultats vont essentiellement varier en fonction des secteurs résidentiels.

Le quatrième sous-indicateur constituant le confort subjectif est lié à la *satisfaction et à l'attachement du quartier* dans lequel vit le ménage âgé. Globalement, plus de neuf ménages sur dix sont satisfaits, voire très satisfaits de leur quartier. Et de nombreux ménages déclarent y être « beaucoup » (40%) ou « énormément » (43%) attachés. Un net sentiment d'appartenance territoriale se dégage donc de ces deux principaux résultats. Ce sentiment augmente entre autres avec l'ancienneté d'occupation du logement. Ainsi, parmi les ménages qui se sont installés avant 1960, 95% y sont « énormément » attachés, contre 30% seulement pour les ménages installés dans leur logement depuis 1990.

F2 Ménages qui se sentent *toujours* en sécurité dans leur logement, immeuble, quartier et ailleurs dans la Ville, de jour comme de nuit (en %)



Source : PAVdL, 2002, CEPS/INSTEAD, 2004

Le cinquième et dernier sous-indicateur prend en compte les questions liées aux *agrément*s du quartier. Les résultats révèlent un net sentiment de déficience au niveau de la présence des commerces et services comme des établissements culturels et de loisirs (nous en parlions déjà lors de la mesure de l'indicateur du confort objectif d'appareillage). Mais le problème majeur semble lié à l'animation du quartier : seuls 25% des ménages âgés sont satisfaits ou très satisfaits de l'animation qui règne dans leur quartier ; a contrario, 66% estiment qu'il n'existe pas suffisamment d'ambiance. Les réponses liées à la question de l'animation varient selon le quartier considéré, la zone la moins animée étant située dans le nord-ouest de la ville. D'autres caractéristiques alimentent la non satisfaction du quartier, notamment le fait qu'il ne soit pas bien pourvu en établissements de loisirs/culture ou en commerces/services. Par contre, la présence d'espaces verts est assurée dans la plupart des quartiers, notamment dans les zones résidentielles est (86% des ménages âgés de cette zone déclarent l'existence d'espaces verts) et nord (77%). L'appréciation de la tranquillité du quartier varie également selon la zone considérée : seuls 53% des ménages âgés de la zone centre estiment que leur quartier est calme, contre 81% pour la zone nord-ouest, par exemple.

Au final, le confort subjectif (abrégé COS) rassemble ces cinq sous-indicateurs. Une majorité relative des ménages âgés (41%) dispose d'un confort subjectif « moyen ». Les autres ménages se répartissent équitablement autour de cette moyenne entre un confort subjectif « faible » à « très faible » (somme de 28% pour les deux modalités) et un COS « fort » à « très fort » (31% pour la somme des deux modalités). Il est intéressant de se focaliser sur les ménages vulnérables qui disposent d'un confort subjectif « très faible » (environ 9%). Les caractéristiques

discriminantes de cette population sont les suivantes :

- les problèmes dus aux pollutions olfactive et sonore. 72% des ménages au confort subjectif très faible se plaignent du trafic routier par exemple, contre seulement 34% tous ménages âgés confondus ;
- la dangerosité des axes routiers ;
- le manque d'espaces verts. Seuls 43% des ménages au COS très faible estiment que ces espaces sont en nombre suffisant, contre 72% pour tous les ménages confondus ;
- le manque de commerces et de services.

Ces caractéristiques dénotent bien les désavantages que déplorent ces ménages : il s'agit essentiellement d'inconvénients touchant le quartier, les problèmes de logement étant cette fois moins nombreux.

4. Une sphère relationnelle privée généralement importante

a) L'indicateur subjectif d'aides mobilisables

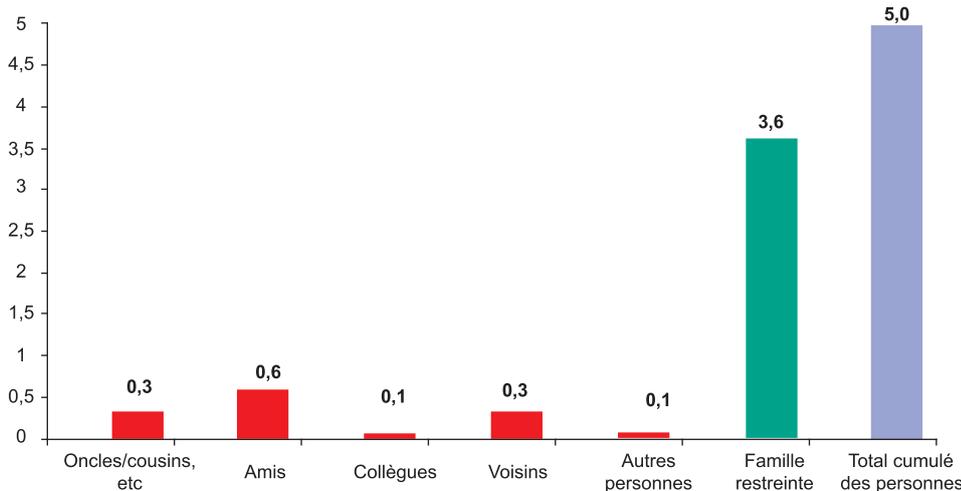
Les personnes âgées vivent en général dans des ménages de taille

réduite, avec une moyenne d'un peu moins de deux personnes par ménage (1,9)¹⁵. Cet écart provient essentiellement du fait qu'il existe de nombreux ménages isolés chez les personnes de 60 ans ou plus, environ 46%. Heureusement, elles disposent d'un réseau familial de plus de 8 personnes en moyenne et peuvent, en cas de coup dur, avoir le soutien de 5 personnes (cf. figure 3) ; celles-ci appartiennent majoritairement au cercle familial proche¹⁶, même si les amis et voisins constituent un réseau non négligeable.

Ces résultats¹⁷ nous semblent essentiels dans le cadre d'une possibilité de maintien à domicile : la moyenne du nombre de personnes mobilisables va ainsi nous fournir l'indicateur subjectif de la sphère relationnelle, à savoir l'aide mobilisable en cas de coup dur. Les conjoints, partenaires quotidiens, sont mobilisables à plus de 90% et les enfants à plus de 80%. Finalement, les personnes âgées compteront plus sur le cercle de la famille restreinte (conjoints et enfants), que sur celui étendu aux collatéraux¹⁸.

Cependant, ces moyennes ne doivent pas cacher les disparités

F3 Nombre moyen de personnes sur lesquelles une personne âgée peut compter en cas de coup dur



Source : PAVdL, 2002, CEPS/INSTEAD, 2004

¹⁵ Alors que pour l'ensemble du pays, elle est de 2,3 personnes en 2001, selon le recensement de la population.

¹⁶ Cf. notamment Desesquelles A., Brouard N., 2003, et Legrand M., Schleret Y., 1991.

¹⁷ Durant l'enquête, pour que la personne âgée ne puisse oublier une tierce personne intervenante, une liste lui a été proposée. Elle reprend les types de personnes proches susceptibles de lui venir en aide. Ainsi, toutes les questions liées à la sphère relationnelle sont comparables et ne subissent normalement pas d'aléa lié à la mémoire de la personne âgée.

¹⁸ Pour les petits-enfants, l'incapacité à les mobiliser tiendrait du fait que certains sont encore jeunes, en plus du fait que les liens sont plus lâches.

qui existent entre personnes âgées : signalons que plus de 4% d'entre elles ne peuvent compter sur personne en cas de problème grave. Il s'agit, dans 86% des cas, de personnes vivant seules. Nous y reviendrons.

b) L'indicateur objectif d'aides reçues au sein de la sphère relationnelle

Le nombre d'aides reçues au niveau du réseau relationnel est fondamental pour un maintien à domicile adéquat des personnes âgées vulnérables. Il s'agit essentiellement d'aides dans le domaine du ménage ou de la cuisine (30% du total), des conseils ou soutien moral (29%), et, à un degré moindre, pour des raisons de santé (10 %). Les soins personnels arrivent à la fin avec 5% des aides. Ainsi, au cours des deux semaines précédant l'enquête, 40% des enquêtés ont reçu au moins une aide de leur entourage (cf. tableau 3)¹⁹.

Au vu de ce tableau, la plupart de ces aides fournies dépendent avant tout du niveau de santé, et, dans une moindre mesure, de l'âge. Le degré de dépendance mesuré grâce à l'indicateur objectif de la sphère individuelle décrit auparavant (cf. § II.2.2.b) est déterminant par rapport à la proportion de l'aide reçue. De nombreuses personnes valides (70%) ne reçoivent logiquement aucune aide. Par ailleurs, près de 60% des 75 ans ou plus ont reçu une aide au moins durant les deux

semaines précédant l'enquête, contre 32% pour les 60-64 ans.

Cependant, ce tableau ne reflète qu'une partie des problèmes liés à l'aide offerte par la sphère relationnelle. Par exemple, le fait d'habiter avec quelqu'un est un facteur essentiel du soutien reçu par la personne âgée. Comme le degré de dépendance (les GIB), l'isolement et la faiblesse du réseau informel constituent des facteurs à risque quant au soutien effectivement reçu par la personne âgée. A ce titre, les aides reçues par les personnes âgées proviennent pour un tiers environ des conjoints, et pour un autre tiers des enfants. 14 % des amis ou voisins ou collègues des personnes interrogées leur fournissent également de l'aide. Certains types d'aides sont plutôt du ressort de la famille, notamment les aides pour raisons de santé, pour lesquelles conjoints et enfants fournissent 60% de l'assistance.

5. Une sphère institutionnelle conséquente mais peu sollicitée

a) L'indicateur objectif d'aide institutionnelle

Les aides fournies par le réseau informel de la personne âgée peuvent éventuellement être compensées par les aides institutionnelles. Tous les organismes d'aides institutionnelles officiant à Luxembourg-Ville ont été recensés, de même que les

aides éventuellement fournies par l'Assurance Dépendance et la femme de ménage.

Malgré un niveau de connaissance satisfaisant de l'existence des institutions, le recours à ces services demeure relativement faible, que ce soit pour les services à but récréatif ou pour ceux liés à un handicap ou à une maladie. Ainsi, seuls 8% des personnes âgées ont eu recours à un service d'aide à domicile²⁰ au moins, soit un peu plus de mille personnes. Nous devons toutefois compléter ces aides, liées directement aux institutions, en y incluant également les aides délivrées grâce aux structures de l'Assurance Dépendance et à la femme de ménage. Dans cette optique, le tableau 4 comptabilise les aides apportées à domicile en-dehors de l'entourage affectif.

Au lieu des 8% précédents, en y ajoutant les personnes faisant appel à une femme de ménage ou à l'Assurance Dépendance, le pourcentage atteint 11% pour un acte à domicile, 4% pour deux actes ou plus, soit 15% d'aides institutionnelles, nouvel indicateur synthétique. Le facteur le plus discriminant reste celui de la sphère individuelle du niveau de santé et des tranches d'âge. Ainsi, logiquement, près de 94% des personnes valides n'ont reçu aucune aide institutionnelle durant les deux semaines précédant l'enquête, mais elles ne sont plus

T₃ Nombre d'aides reçues par les personnes âgées de la part de leur entourage selon certaines caractéristiques socio-démographiques (en %)

	sphère individuelle groupes iso-besoins				classe d'âge			niveau de vie du ménage			Total	
	GIB0	GIB1	GIB2	GIB3	60-64 ans	65-74 ans	75 ans ou +	- de 1250€	1250 à 2500€	2500€ +	%	Effectifs
aucune aide relationnelle	70,1	63,4	42,9	7,9	70,2	65,0	47,0	57,6	60,4	65,5	60,7	7 652
une aide relationnelle	15,6	14,1	16,9	14,8	13,0	14,0	18,5	12,5	18,2	16,7	15,1	1 910
deux aides relationnelles ou +	14,2	22,4	40,2	77,3	16,8	21,0	34,5	29,8	21,4	17,8	24,2	3 054
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	12 615

Source : PAVdL, 2002, CEPS/INSTEAD, 2004. Les chiffres s'entendent selon 2 semaines précédant l'enquête

Lecture : 70% des seniors complètement valides (GIB0) n'ont reçu aucune aide durant les 2 semaines précédant l'enquête. Les effectifs sont issus d'une extrapolation à partir des 903 enquêtés et du fichier de population de la Ville de Luxembourg.

¹⁹ Une même personne pouvant recevoir plusieurs aides, le total des pourcentages peut dépasser les 100 %.

²⁰ Sont comptabilisées, parmi les services d'aide institutionnelle à domicile, les institutions suivantes : la Fondation Hellef Doheem, le Réseau Camus Croix-Rouge, le Téléalarme, le Repas sur Roues, le Service Moyens Accessoires, le Service Rollibus, le Seniorens-Telephon et le Joker-Bus.

Actes reçus des institutions publiques et privées à domicile	Total		sphère individuelle groupes iso-besoins				groupes d'âge			niveau de vie du ménage			Type de ménage	
	en %	Effectifs	GIB0	GIB1	GIB2	GIB3	60-64 ans	65-74 ans	75 ans ou +	- de 1250€	1250 à 2500€	2500€ et +	ménage isolé	+ d'une personne
0 acte à domicile	84,8	10 697	93,6	86,4	71,5	35,7	93,0	89,6	71,6	89,2	82,4	80,9	77,5	89,4
1 acte à domicile	11,2	1 415	6,4	11,7	19,3	25,7	6,0	9,3	18,1	9,4	11,9	15,2	15,9	8,8
2 actes et +	4	503	0,0	1,9	9,2	38,6	1,0	1,1	10,3	1,4	5,6	4,0	6,7	1,9
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total effectifs	//	12 615	5 226	5 115	1 605	668	3 271	5 350	3 994	3 198	4 556	2 639	4 457	8 099

Source : PAVdL, 2002, CEPS/INSTEAD, 2004. Les chiffres s'entendent selon 2 semaines précédant l'enquête.

Lecture : 94% des seniors complètement valides (GIB0) n'ont reçu aucune aide durant les 2 semaines précédant l'enquête. Les effectifs sont issus d'une extrapolation à partir des 903 enquêtés et du fichier de population de la Ville de Luxembourg.

que 36% parmi les personnes fortement dépendantes (GIB3). De même, 93% des personnes âgées de 60 à 64 ans n'ont eu aucun acte à domicile effectué par les institutions, tandis qu'ils ne sont plus que 71% pour les 75 ans ou plus. Ainsi, plus de 10% des personnes de 75 ans ou plus connaissent deux actes d'aides ou plus au sein de leur ménage, ils ne sont que 1% pour les autres tranches d'âge. Le type de ménage est lui aussi discriminant, mais dans une moindre mesure, en sachant que les ménages isolés vont plus faire appel aux aides que les ménages de deux personnes et plus.

En croisant les informations issues de l'indicateur objectif de la sphère institutionnelle et de celui spécifiant les aides qui proviennent de la sphère relationnelle, nous remarquons que plus de la moitié des personnes âgées ne se font pas aider, quelle que soit la tâche ou la sphère considérée (cf. figure 4). En fait, près de 6 000 personnes âgées de la ville de Luxembourg se font aider, au moins une fois toutes les deux semaines.

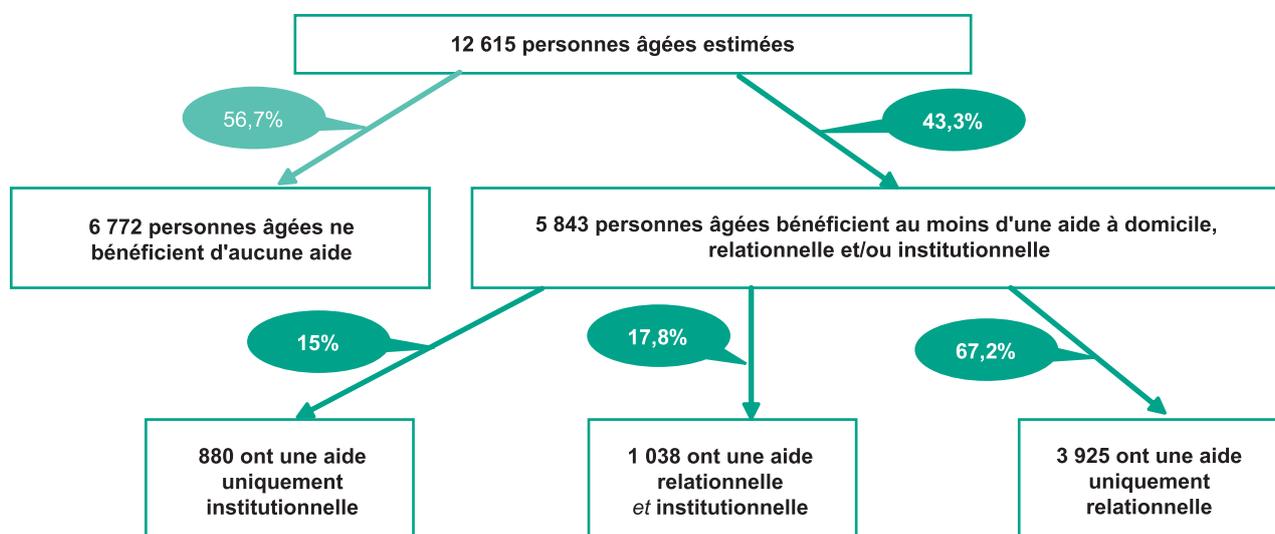
De fortes différences se remarquent aisément entre les deux types d'aides, les personnes âgées privilégiant

amplement celles de la sphère relationnelle. En effet, les deux tiers de l'aide apportée aux personnes âgées viennent exclusivement du réseau de la sphère relationnelle ; le tiers restant provient soit d'une aide uniquement institutionnelle, soit des deux sphères à la fois.

b) *L'indicateur subjectif du développement de l'aide institutionnelle*

Ce dernier indicateur de la sphère institutionnelle concerne les éventuelles créations de services d'aide à domicile. Nous avons

Aide apportée aux personnes âgées par les sphères institutionnelle ou relationnelle



Source : PAVdL, 2002, CEPS/INSTEAD, 2004.

Les effectifs sont issus d'une extrapolation à partir des 903 enquêtés et du fichier de population de la Ville de Luxembourg

demandé aux personnes âgées si la ville de Luxembourg devait développer (ou non) les services d'assistance à domicile. Les résultats sont éloquentes. Plus de trois personnes âgées sur quatre souhaitent un développement de ce type de service institutionnel. Ce résultat se situe nettement devant les autres demandes posées lors du questionnaire, notamment celles liées au développement d'une assistance des foyers du jour (54%) ou aux structures d'accueil, comme les institutions de long séjour ou les logements adaptés (65%). En outre, les personnes dépourvues d'aide relationnelle mobilisable réclament encore plus ce type de développement de services institutionnels à domicile, avec 86% d'entre elles.

Devant la somme des résultats évoqués par rapport aux huit indicateurs synthétiques, une valorisation de cette analyse descriptive est de combiner l'ensemble de ces indicateurs. Ils conviennent de les structurer selon leurs corrélations grâce à des analyses multidimensionnelles, effectuées sous certaines contraintes des analyses en composantes principales et des classifications hiérarchiques ascendantes²¹, dans le but de dégager des « profils types », c'est-à-dire des groupes différents de populations âgées. Il en résulte une typologie de cinq profils types qui sont essentiellement structurés par le bien-être de la personne âgée.

III. Les cinq profils types choisis et les pistes d'action du maintien à domicile

L'analyse en composantes principales (ACP) permet de dégager une hiérarchie de facteurs essentiellement structurés par le niveau de santé et le bien-être de la personne âgée (cf. annexe 2 pour les résultats statistiques précis). Le niveau de vie et le confort objectif,

fortement corrélés entre eux, arrivent en deuxième position. La variable de l'âge n'arrive qu'en troisième place, montrant par là que l'avancée en âge n'explique pas, à elle seule, la perte progressive de l'autonomie.

A partir de cette ACP, différentes classifications ont été effectuées ; après plusieurs tests, celle à cinq groupes a été retenue, où l'interprétation thématique semble la plus simple et la plus robuste au niveau statistique. Pour visualiser les différences entre ces groupes, la pratique de la silhouette paraît bien adaptée car elle permet de synthétiser facilement tous les indicateurs et les variables socio-démographiques, une fois que la standardisation préalable des données a été effectuée (cf. encadré 1 et cf. annexe 3 pour les résultats descriptifs issus des différents profils). Nous présentons ces cinq groupes en fonction du degré de vulnérabilité des populations concernées, en y ajoutant, lorsque cela s'avère opportun, certaines recommandations favorisant le maintien à domicile.

1. Les personnes âgées à autonomie limitée

Le premier profil regroupe les personnes âgées au niveau de santé le plus faible. Elles sont 63% à le qualifier de mauvais à très mauvais (cf. figure 5). De même, au niveau de la valeur du niveau de santé objectif, la moitié des personnes de cette classe fait partie des groupes iso-besoins de moyenne à forte dépendance. Ainsi, ces personnes âgées ne peuvent rester à domicile que grâce aux aides, notamment relationnelles. Les aides dépassent allègrement la valeur moyenne du profil moyen de toutes les personnes âgées : elles atteignent, tous types confondus, près de cinq interventions (sur les deux semaines précédant l'enquête), alors que le niveau de prestation est situé à 1,1 en moyenne pour l'ensemble des seniors. Les deux sphères liées à

l'aide ont donc un rôle d'appui vis-à-vis d'un état de santé fragile, situé à la limite de la dépendance.

L'hypothèse, qui préconise qu'un bon état de santé est nécessaire pour assurer le maintien à domicile, n'est pas directement vérifiée avec ce profil type. En effet, s'il existe une compensation au niveau des sphères institutionnelle et relationnelle, la personne âgée peut rester à domicile, malgré des problèmes de santé. A ce titre, une première recommandation serait de savoir si la ville souhaite encourager encore plus le maintien à domicile, elle devrait certes développer davantage ses services institutionnels, mais également sensibiliser les seniors eux-mêmes à faire plus appel à ces structures²². En outre, cette proposition devrait faire l'objet d'une réflexion à l'échelle nationale, et non pas seulement locale.

2. Les personnes âgées aux aides mobilisables et aux revenus limités

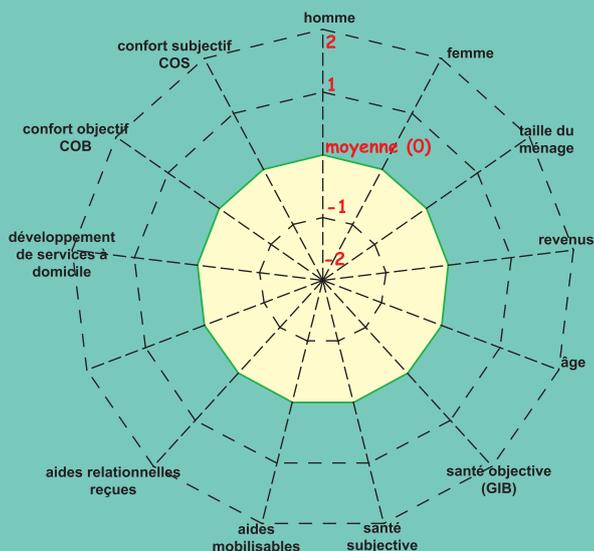
Au lieu des 5 personnes mobilisables en cas de coup dur, en moyenne générale, le deuxième profil type présente une silhouette où les personnes âgées ne disposent que de 2,8 personnes, en moyenne, mobilisables (cf. figure 6).

En fait, près de 400 individus (sur les 12 615 extrapolés) ne connaissent personne pour leur porter secours au cas où il leur arriverait quelque chose. Finalement, ce profil regroupe plus de 70% de l'ensemble des seniors qui ne peuvent compter sur quiconque en cas de coup dur. De plus, comme leur niveau de vie reste relativement bas, l'appel aux aides institutionnelles demeure plus limité. La faiblesse du niveau de vie se ressent également au niveau des comforts objectif et subjectif. En effet, seules 14% des personnes disposent d'un confort objectif élevé, contre 51% pour toute la population âgée. Il en est de même pour le confort subjectif, bien que la différence soit moins accentuée.

²¹ Le propos ici n'est pas de détailler les étapes méthodologiques. Se référer entre autres à Lebart L., Morineau A., Piron M., 1997. Cf. annexe 2 pour les principaux résultats issus des huit indicateurs et des indicateurs socio-démographiques complémentaires par ACP.

²² Au Danemark, par exemple, il n'existe plus de maisons de retraite. Les autorités privilégient les soins et actes à domicile. Seules les institutions de long séjour demeurent, car elles nécessitent un haut niveau de médicalisation.

Encadré 1 - Constitution et définition d'un "profil type"



Profil général moyen des 12 615 personnes âgées vivant à domicile

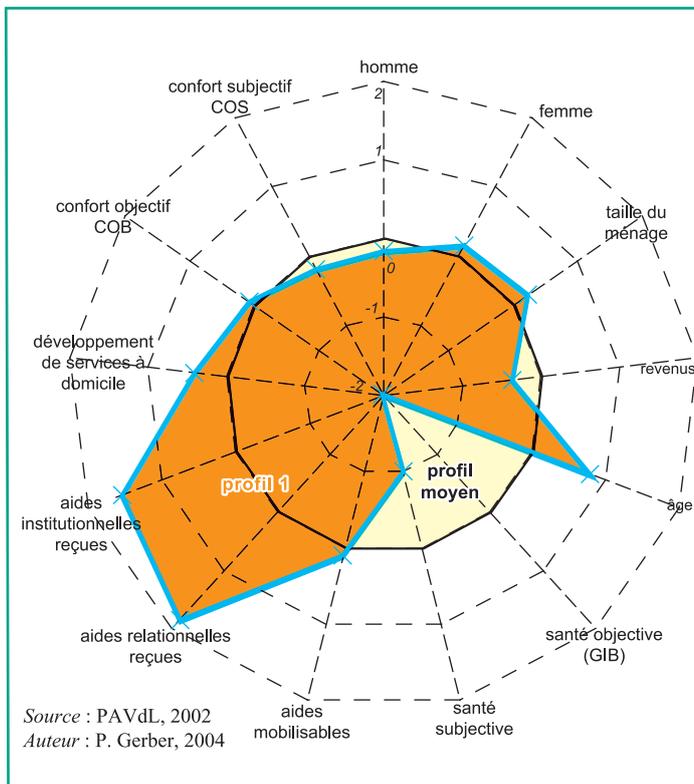
Une silhouette "profil type" se compose, d'une part, des huit indicateurs issus des quatre sphères liées au maintien à domicile et, d'autre part, de cinq variables socio-démographiques, soit 13 indicateurs. Un indicateur correspond à un axe. Il forme, avec les 12 autres indicateurs/axes, la structure de la silhouette. Pour une facilité de représentation, chaque indicateur a subi une standardisation calculée sur la base des 12 615 individus. Grâce à la standardisation, les valeurs des moyennes des indicateurs ont été ramenées à 0 : ces valeurs moyennes et les traits reliant ces valeurs forment alors le profil général moyen des personnes âgées (cf. figure).

En fonction de sous-populations déterminées par la classification issue de l'analyse factorielle en composantes principales pratiquée sur les indicateurs ci-dessus, on obtient d'autres valeurs qui vont plus ou moins s'écarter de la moyenne générale 0 issue des 12 615 personnes âgées. Ces nouveaux points/valeurs et les traits les reliant vont former de nouvelles silhouettes, les "profils types", qui correspondent à différentes catégories de populations âgées. Sur chaque axe ou indicateur, trois positions caractéristiques peuvent se présenter selon les cinq profils types obtenus :

- 1) soit la moyenne de l'indicateur de la sous-population est inférieure à 0, et située à l'intérieur du profil général moyen, il existe alors une sous-représentation de la valeur de l'indicateur, donc une différence de sous-représentation entre la sous-population choisie et le profil général moyen de la population âgée ;
- 2) soit la moyenne de l'indicateur de la sous-population est supérieure à 0, et située à l'extérieur du profil général moyen, il y a donc sur-représentation de la valeur de l'indicateur par rapport au profil général moyen de la population âgée ;
- 3) soit la moyenne de la valeur de l'indicateur de la sous-population est égale à 0, c'est-à-dire au profil type moyen général, il n'y a donc pas de différence entre la sous-population et le profil général moyen de la population âgée.

Ces écarts visuels, qui se détachent (ou non) du profil général moyen des 12 615 personnes âgées vivant à domicile, présentent uniquement des tendances et doivent toujours être mis en rapport avec les moyennes observées pour chaque catégorie.

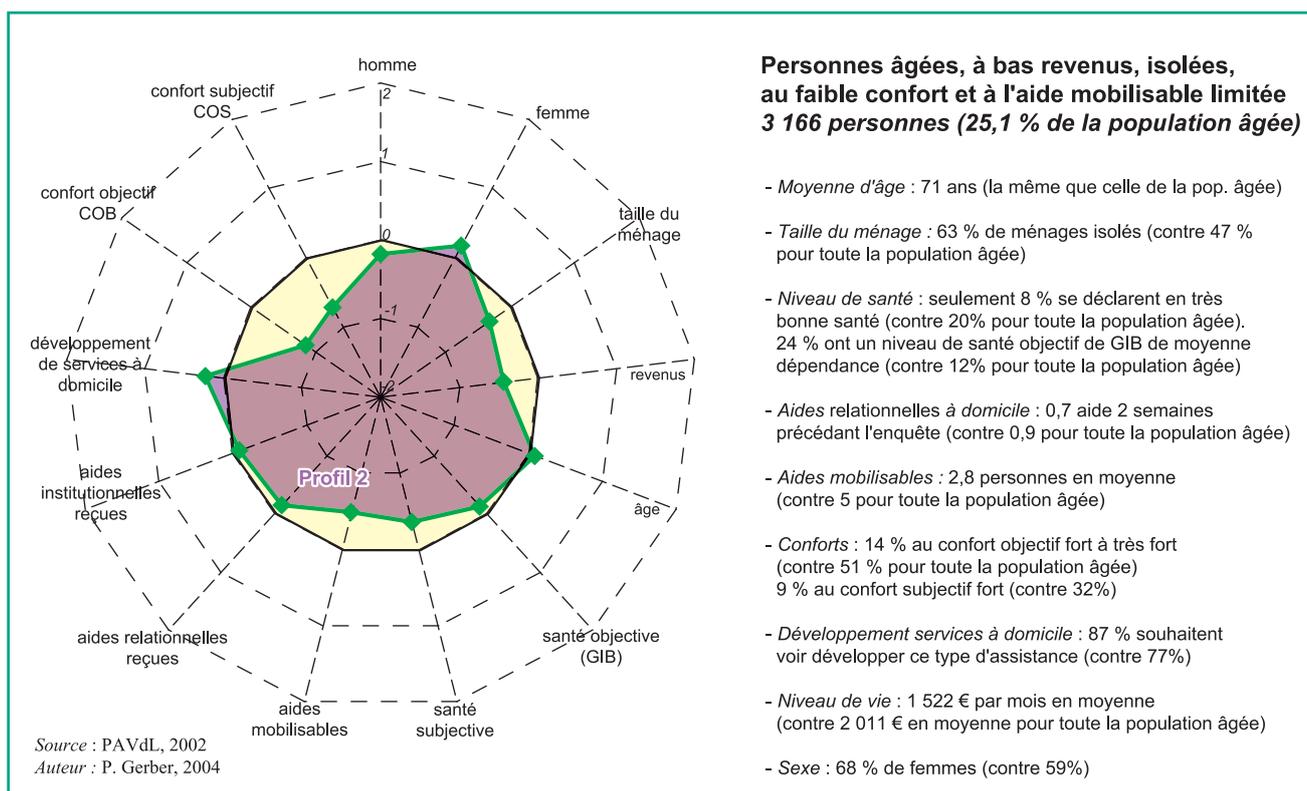
F5 Profil 1 - Les personnes âgées à autonomie très limitée



Personnes à autonomie très limitée ayant besoin d'aide(s) à domicile 1 176 personnes (9,3 % de la population âgée)

- *Moyenne d'âge* : 77 ans (71 ans pour toute la population âgée)
- *Niveau de santé* : 77 % des individus sont dans une autonomie limitée à très limitée (contre 18% pour toute la population âgée)
- *Aides relationnelles à domicile* : 3,8 (contre 0,9) aides reçues durant les 2 semaines précédant l'enquête. Seules 8% de ce groupe n'ont pas reçu d'aide relationnelles, contre 61% pour toute la population âgée)
- *Aides institutionnelles à domicile* : 1,1 (contre 0,2) (47% ont reçu ce type d'aide, contre 15 % pour toute la population âgée)
- *Développement services à domicile* : 100 % souhaitent voir développer ce type d'assistance (contre 77 %)
- *Niveau de vie* : 1 600 € en moyenne (contre 2 011 € en moyenne pour toute la population âgée)
- *Sexe* : 67% de femmes (59% pour toute la population âgée)

Source : PAVdL, 2002
Auteur : P. Gerber, 2004



Une recommandation pourrait être de recenser et de suivre ces personnes isolées, grâce à leur médecin traitant par exemple, et d'envisager des aides subventionnées plus fortes (proportionnellement au niveau de vie) dans le domaine des aides institutionnelles à domicile. De même, si la perte progressive d'autonomie s'aggrave au fur et à mesure des années qui passent, une institution médicalisée subventionnée, spécialisée et décentralisée au niveau des quartiers (antenne socio-médicale répartie à l'échelle des quartiers), pourrait éventuellement compenser cet isolement.

3. Les personnes âgées isolées, aux revenus élevés et avec un bon niveau de santé

La moyenne d'âge est tout aussi élevée que dans le premier profil type, mais le niveau de santé, objectif ou subjectif, est bien moins inquiétant (cf. figure 7). Les quelques 1 200 personnes âgées se déclarent à 88% en bonne, voire en très bonne santé, avec un niveau de vie, pour 80% d'entre eux, supérieur à 2 500 € par mois. Leur confort objectif, corrélé au niveau de vie, reste du coup

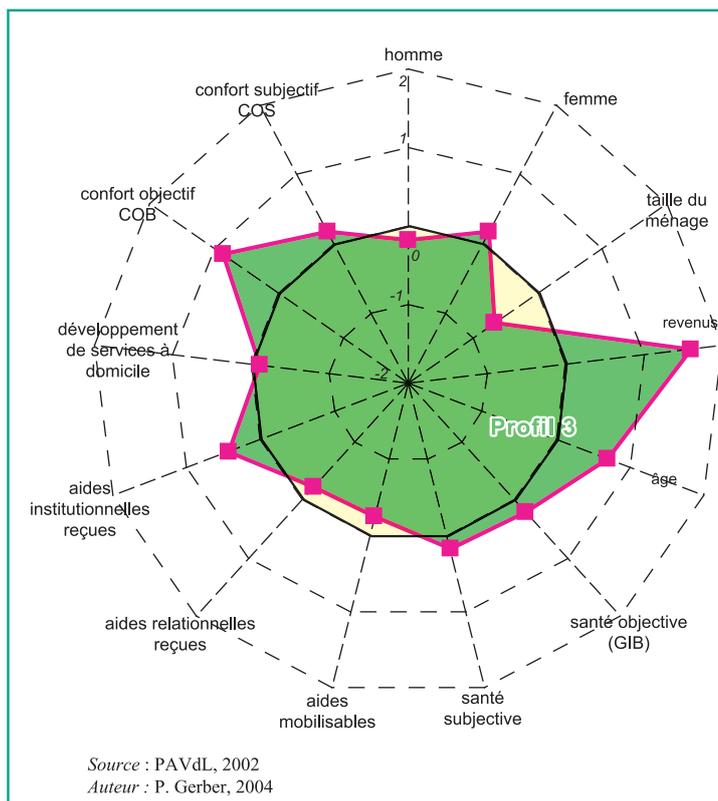
très élevé. L'ensemble des aides reçues à domicile est équivalent à la moyenne générale. Mais il existe un recours proportionnellement plus intensif aux aides institutionnelles de la part des personnes de ce troisième groupe par rapport aux seniors des autres profils. Cela est sans doute dû aux moyens financiers mobilisables, mais aussi à l'existence d'un cercle relationnel plus restreint que la moyenne des seniors. En fait, le moindre recours à l'aide relationnelle s'explique en partie par la très forte proportion de ménages isolés (84%) par rapport à la moyenne générale de la population âgée (46%).

Néanmoins, cela ne constitue pas forcément un problème majeur pour ces personnes issues du troisième profil type, étant donné que leur niveau de vie peut compenser la faiblesse du potentiel de l'aide mobilisable relationnelle par les aides de la sphère institutionnelle. A ce titre, toutefois, il convient encore d'insister sur la réalisation d'une campagne de sensibilisation concernant les institutions spécialisées, leurs aides à domicile et le caractère local des éventuelles implantations.

4. Les personnes âgées au confort subjectif élevé et au bon niveau de santé

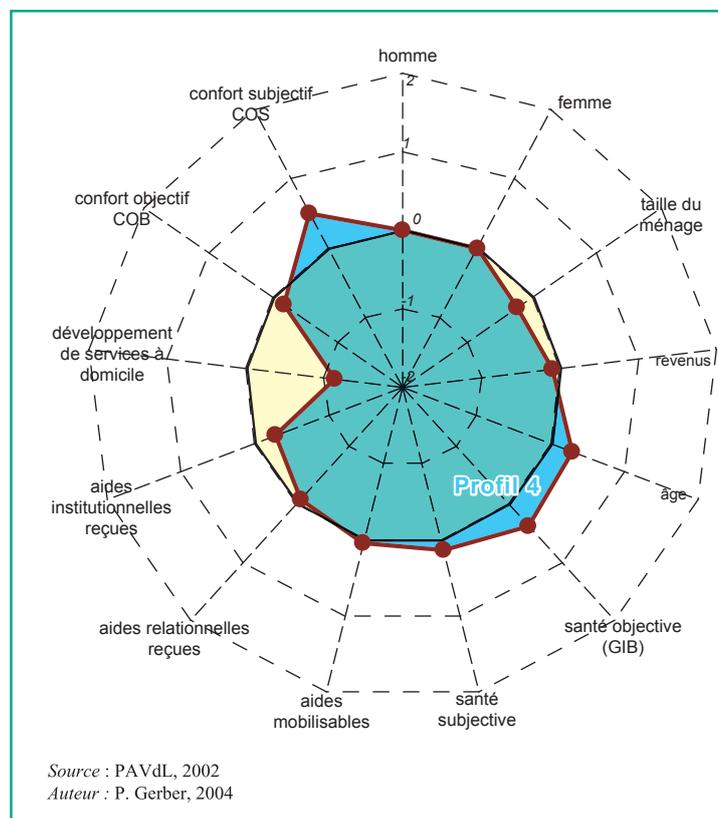
Avec un cinquième de la population âgée, d'une moyenne d'âge dépassant légèrement celle des autres personnes âgées (73 ans au lieu de 71), il est possible de qualifier ce profil type comme étant celui des personnes âgées au confort subjectif élevé et disposant d'un bon niveau de santé (cf. figure 8). En effet, 60% des seniors de ce groupe sont considérés comme étant complètement valides (résultat issu de l'indicateur objectif de santé de la sphère individuelle), contre 36% dans les quatre autres profils types (41% pour toute la population âgée). De même, 91% des individus de cette classe déclarent être en bonne, voire en très bonne santé (indicateur subjectif de la sphère individuelle). Or ils sont plus de 41% à avoir 75 ans ou plus, contre 29% en moyenne pour les quatre autres groupes de seniors.

Il est intéressant de noter la relation qui existe entre une faible demande au niveau des aides institutionnelles et un confort subjectif élevé, les deux indicateurs finalement les plus



Personnes âgées, à hauts revenus et isolées 1 206 personnes (9,6 % de la population âgée)

- *Moyenne d'âge* : 76 ans (71 ans pour toute la population âgée)
- *Taille du ménage* : 84% de ménages isolés (contre 46% pour toute la population âgée)
- *Niveau de santé* : 88% se déclarent en bonne, voire très bonne santé (contre 77% pour toute la population âgée)
- *Aides à domicile* : utilisent proportionnellement plus les aides institutionnelles (0,5) que les aides relationnelles (0,7) par rapport à la moyenne générale (respectivement 0,2 et 0,9 pour toute la population âgée).
Potentiel d'aides mobilisables plus faible que la moyenne (3,9 personnes contre 5)
- *Conforts* : 83% au confort objectif fort à très fort (contre 51% pour toute la population âgée)
- *Développement services à domicile* : tous souhaitent voir développer ce type d'assistance (contre 77%)
- *Niveau de vie* : 80% ont plus de 2500€ par mois (contre 21% pour toute la population âgée), soit 3 859 €/mois en moyenne (contre 2 011 € pour toute la pop. âgée)
- *Sexe* : 68% de femmes (59% pour toute la population âgée)



Personnes âgées au niveau de santé élevé, au confort subjectif fort 2 457 personnes (19,5 % de la population âgée)

- *Moyenne d'âge* : 73 ans (71 pour toute la population âgée)
- *Taille du ménage* : 52 % de ménages isolés (46 % pour toute la population âgée)
- *Niveau de santé* : 61 % de personnes complètement valides (contre 41 % pour toute la population âgée).
91 % se déclarent en bonne, voire en très bonne santé (contre 79 % pour toute la population âgée)
- *Aides à domicile* : 0,9 aide en tout (1,1 pour toute la population âgée). Catégorie qui privilégie les aides relationnelles (0,8) par rapport aux institutionnelles (0,1)
- *Aides mobilisables* : 5,2 personnes en moyenne (5 pour toute la population âgée)
- *Conforts* : 49 % au confort objectif fort à très fort (contre 51 % pour toute la population âgée)
44 % au confort subjectif fort (contre 32 %)
- *Développement services à domicile* : seuls 31 % souhaitent voir développer ce type d'assistance (contre 77 %)
- *Niveau de vie* : 1 903 € par mois en moyenne contre 2 011 € en moyenne pour toute la population âgée
- *Sexe* : 59 % de femmes (59% pour toute la population âgée)

discriminants de cet avant-dernier profil type. Alors que le confort objectif suit la moyenne générale, le confort subjectif est significativement plus élevé, avec une moyenne de 44% de personnes connaissant un confort subjectif élevé, contre 27% en moyenne pour les quatre autres classes (et 32% pour toute la population âgée). En analysant les raisons de ce haut confort subjectif, les personnes de ce groupe ont une vision nettement plus positive de leur quartier et de leur cadre de vie que le reste de la population âgée. Cela valide en partie l'hypothèse selon laquelle une sphère géographique agréable, satisfaisante et agrémentée contribue au maintien à domicile, malgré un âge avancé.

Les aides, auxquelles ces 2 457 personnes estimées font appel, restent légèrement en-dessous de la moyenne générale, avec moins d'une aide en moyenne durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Les aides relationnelles dépassent relativement celles

délivrées par les institutions. Cet écart se ressent également par rapport au souhait des services d'assistance à domicile : seul le tiers des 2 457 personnes souhaitent voir développer ce genre de structures, contre les trois-quarts de tous les seniors. Le groupe entier ne se rend peut-être pas compte des problèmes de santé qui peuvent surgir au fur et à mesure de son avancée en âge. Ici, une campagne d'information serait sans doute nécessaire pour les avertir que personne n'est à l'abri, d'une mauvaise chute par exemple. Il faut en effet veiller à ce que ces personnes âgées restent vigilantes et prévoyantes vis-à-vis de leur confort et de leur possible maintien à domicile, malgré leur optimisme.

5. Les personnes du jeune troisième âge

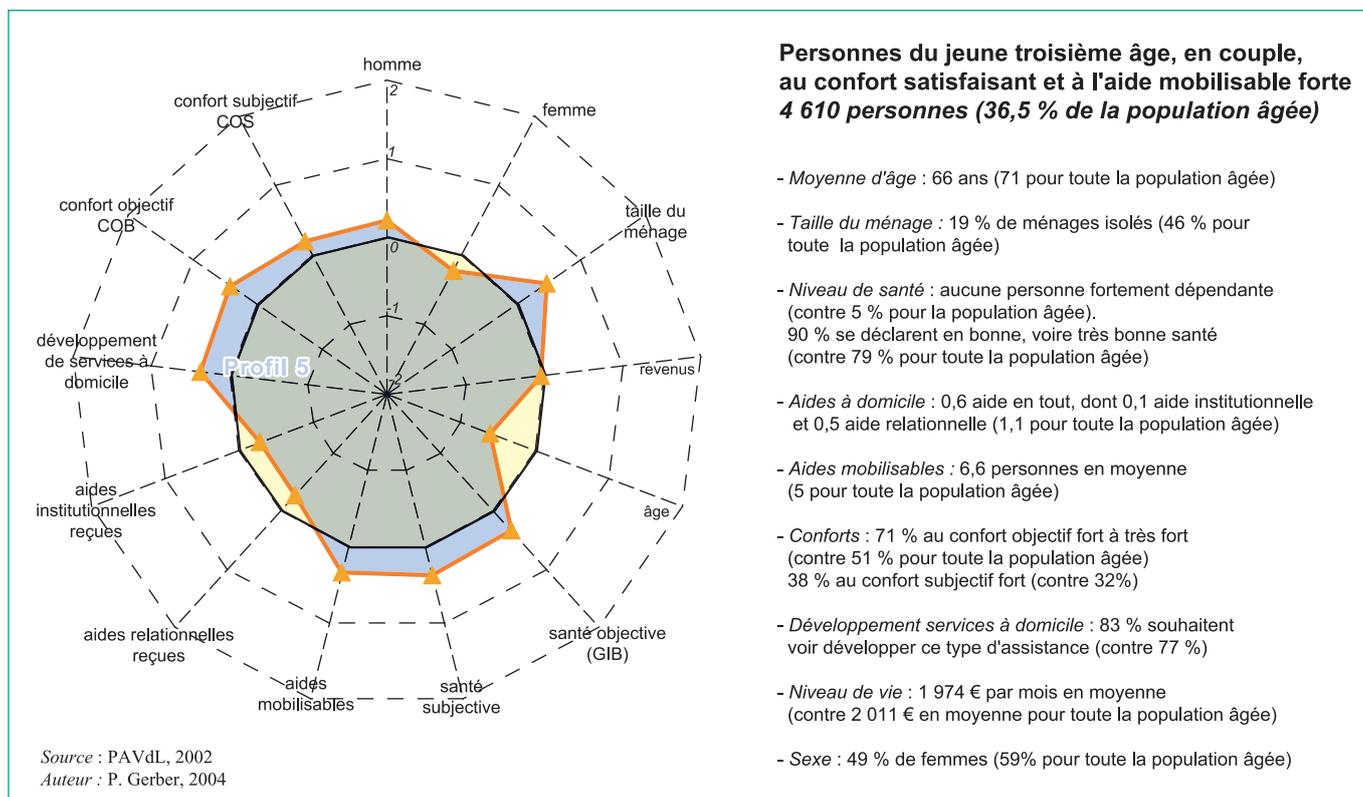
Avec une moyenne d'âge de 66 ans, cette dernière catégorie de personnes âgées est en moyenne la plus jeune des cinq ; elle représente également

la classe la plus nombreuse, avec plus de 4 600 personnes âgées, soit plus du tiers des seniors de la ville de Luxembourg (cf. figure 9).

Près des trois-quarts des personnes de ce groupe ont en effet moins de 69 ans, contre un peu moins de la moitié pour la population âgée prise dans son ensemble : la moyenne d'âge baisse ainsi à 66 ans, au lieu des 71 ans en moyenne pour toute la population âgée. Il apparaît notamment que ce groupe de seniors rassemble trois fois moins de ménages isolés que la population globale des personnes âgées (19%, par opposition à 46% pour toute la population âgée). Les ménages de ce profil type sont souvent composés de deux personnes (à hauteur de 55%, contre 41% pour la population âgée). Au niveau du sexe, dans ce cas, les hommes sont légèrement majoritaires avec 51% des personnes de cette classe, contrairement à toutes les autres classes où ils se retrouvent minoritaires.

F₉

Profil 5 - Les personnes du jeune troisième âge



Par ailleurs, le potentiel d'aides relationnelles mobilisables en cas de coup dur (indicateur subjectif de la sphère relationnelle) reste plus élevé que la moyenne générale avec 6,6 personnes en moyenne (5 en moyenne générale). De plus, avec un niveau de santé objectif et subjectif présentant clairement les conditions d'autonomie (par exemple, aucune personne de ce profil type n'est fortement dépendante selon l'indicateur objectif de santé de la sphère individuelle), le recours aux aides semble inutile. Cela se confirme par le nombre d'aides institutionnelles et/ou relationnelles reçues durant les deux dernières semaines précédant l'enquête : ces 4 610 personnes en ont reçu en moyenne 0,6 contre 1,1 pour toute la population âgée.

Conclusion

Les principaux résultats, issus de l'enquête « Personnes Agées » de la ville de Luxembourg, ont pour la plupart été résumés ici grâce, d'une part, à la prise en compte des principales variables socio-démographiques, et, d'autre part, à la création de huit indicateurs synthétiques. Construits en fonction de quatre sphères déterminant un système de mesure de maintien à domicile des personnes âgées, ces huit indicateurs objectifs et subjectifs ont permis de structurer et de hiérarchiser les principales informations de l'enquête. En effet, plus de 400 variables ont été prises en considération grâce aux indicateurs issus des quatre sphères de mesure.

En résumé, à travers les différentes catégories de personnes âgées dégagées lors de la classification, nous pouvons retenir que deux grands types de seniors existent, ceux en bonne et ceux en mauvaise santé. Certes, le maintien à domicile dépend alors du bien-être de la personne, mais également de ses aides reçues. En observant la hiérarchie des facteurs, une conclusion s'impose : les risques de quitter le domicile privé du fait de la

diminution du degré d'autonomie de la personne âgée sont éventuellement neutralisés par des aides à domicile appropriées, ainsi que, dans une nette moindre mesure, par un niveau de vie suffisant et un cadre de vie fonctionnel. Cette hiérarchie des besoins illustre amplement les interactions qui existent entre le bien-être, les réseaux sociaux, le logement et l'espace environnant de la personne âgée, conditionnant largement sa vie quotidienne.

Ces conclusions ont parfois débouché sur des recommandations destinées à la fois aux personnes âgées et aux acteurs institutionnels et/ou politiques. Plusieurs actions peuvent en effet être privilégiées au profit des personnes (très) âgées, comme par exemple favoriser l'amélioration des équipements spécifiques de leur logement, faire connaître davantage certaines structures institutionnelles, ou encore éviter l'isolement des seniors grâce à une offre améliorée de commerces et services de proximité dans le quartier. Il doit également être prévu davantage de logements (institutionnels et subventionnés) adaptés, au sein de chaque quartier si possible. Une campagne de sensibilisation peut être mise en place à l'aide de la construction d'appartements témoins, afin de montrer aux personnes (très) âgées l'intérêt de tels logements. Il conviendrait également d'associer à cette action différents services déjà présents dans le quartier (comme les clubs de troisième âge, les associations, les services médicaux, le Service Senior...), tout en prévoyant des antennes médico-sociales liées à ces logements.

Dans tous les cas, il convient de se focaliser en premier lieu sur les personnes à risque de perte d'autonomie, celles à l'aide mobilisable privée limitée et aux faibles revenus : environ un quart des seniors ont été identifiés faisant partie de ce type. Ils devraient peut-être recevoir un courrier afin d'être informés sur les possibilités existantes au sein de la Ville et de l'Etat afin de mieux prendre en considération leurs besoins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BAILLY A.S. (1981) : *La géographie du bien-être*. Ed. PUF, Coll. Espaces et sociétés, 239 p.
- BERGER F. (2004) : Revenu disponible, niveau de vie et indicateurs d'inégalités : bilan sur la période 1994-2001. *Population & Emploi*, n°1-2004, Ed. CEPS/INSTEAD, 12 p.
- CATHELAT B., CATHELAT M. (1990) : *Panorama des styles de vie, 1960-1990*. Ed. de l'Organisation, 40 p.
- Collectif Institut des Villes (2004) : *Villes et vieillir*. Ed. La Documentation Française, Coll. Villes et Sociétés, 385 p.
- DESESQUELLES A., BROUARD N. (2003) : « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution ». *Population*, Vol. 58, n° 2, pp. 201-227.
- GERBER P. (2000) : *Gentrification et confort postmoderne, éléments émergents de nouvelles centralités. L'exemple de Strasbourg*. Thèse de doctorat de géographie, ULP, Strasbourg, 575 p. + annexes.
- GERBER P., BOUSCH P. (2004, coord.) : *Personnes âgées. Ville de Luxembourg*. Rapport remis à la Ville de Luxembourg. Mai 2004, Ed. CEPS/INSTEAD, 2 volumes (Vol. 1 : analyses, Vol. 2 : annexes), 353 p.
- GERBER P., avec la collaboration de BIENVENUE J.-Y. (2004a) : Ville de Luxembourg et personnes âgées vivant à domicile : échantillonnage spatial et production de données d'enquête à l'échelle intra-urbaine. *Population & Territoire* n°2, Février, Ed. CEPS/INSTEAD, 12 p.
- GERBER P. (2004b) : L'Eden existe-t-il ? Confort et qualité de vie des logements au Luxembourg. *Vivre au Luxembourg* n° 1, Décembre, Ed. CEPS/INSTEAD, 2 p.
- Groupe CHADULE (1986) : *Initiation aux pratiques statistiques en géographie*. Ed. Masson, Coll. Géographie, Paris, 189 p.
- GUINCHARD-KUNSTLER P. (1999) : *Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie*. Rapport remis à M. le Premier Ministre. Document téléchargeable, 102 p.
- LEBART L., MORINEAU A., PIRON M. (1997) : *Statistique exploratoire multidimensionnelle*. Ed. Dunod, 439 p.
- LEGRAND M., SCHLERET Y. (1991) : *Services urbains et personnes âgées dépendantes à Nancy et Lunéville. Articulation de l'offre et de la demande de services*. Rapport de l'ORSAS et du Département de sociologie, appel d'offre MIRE et Plan Urbain, 200 p. + annexes.
- LEPLEGE A. (1999) : *Les mesures de la qualité de vie*. Ed. PUF, Coll. Que Sais-Je ? n° 3 506, 128 p.
- MAYER K.U., BALTES P.B. (dir.) (1999) : *Die Berliner Altersstudie*. Ed. Akademie-Verlag, Berlin, 672 p.
- MOLES A., ROHMER-MOLES E. (1972) : *Psychologie de l'espace*. Ed. Casterman, Paris, 162 p.
- ROCHEFORT R. (2000) : *Vive le papy-boom*. Ed. O. Jacob, Paris, 291 p.
- TOBELEM-ZANIN C. (1995) : *La qualité de la vie dans les villes françaises*. Ed. PUR, n° 208, 288 p.
- VIMONT C. (2001) : *Le nouveau Troisième Age. Une société active en devenir*. Ed. Economica, 117 p.
- WHITE-MEANS S. (1997) : "The Demands of Persons with Disabilities for Home Health Care and the economic consequences for informal caregivers". *Social Science Quarterly*, 78 (4), pp. 955-972.

CEPS/INSTEAD

B.P. 48

L-4501 Differdange

Tél. : 58 58 55-513

e-mail : isabelle.bouvy@ceps.lu

<http://www.ceps.lu>

Ville de Luxembourg

Service Seniors

28, place Guillaume II

L-1648 Luxembourg

Tél. : 4796-2757

<http://www.luxembourg-city.lu>