



**HAL**  
open science

## Territoires de santé gérontologique : entre offre et besoins

Mélanie Bourguignon, Thierry Eggerickx, Jean-Paul Sanderson

### ► To cite this version:

Mélanie Bourguignon, Thierry Eggerickx, Jean-Paul Sanderson. Territoires de santé gérontologique : entre offre et besoins. CIST2016 - En quête de territoire(s) ?, Collège international des sciences du territoire (CIST), Mar 2016, Grenoble, France. pp.108-112. hal-01353676

**HAL Id: hal-01353676**

**<https://hal.science/hal-01353676>**

Submitted on 12 Aug 2016

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

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

## **Territoires de santé gérontologique : entre offre et besoins**

### **AUTEUR-E-S**

Mélanie BOURGUIGNON, Université catholique de Louvain (Belgique)  
Thierry EGGERICKX, Université catholique de Louvain (Belgique)  
Jean-Paul SANDERSON, Université catholique de Louvain (Belgique)

### **RÉSUMÉ**

Le vieillissement démographique fait partie des défis majeurs à gérer par la plupart des pays industrialisés. D'ici 2050, ce phénomène risque de présenter des tendances inédites, avec une augmentation marquée des effectifs et des proportions des populations âgées (60+) et très âgées (80+). À l'échelle locale, on note l'existence de disparités géographiques, notamment en termes de degré de vieillissement des populations, d'état de santé, d'isolement, d'appartenance sociale, etc. Sur base de ce constat, l'objectif de cette communication consiste à mener une réflexion sur l'existence de territoires de santé gérontologique, en lien avec les besoins des populations locales âgées résidant en Wallonie. L'approche territoriale de la santé gérontologique fait aujourd'hui défaut en Belgique. Elle revêt pourtant de multiples avantages dont celui de repenser l'accès aux soins, sans se calquer systématiquement sur les frontières administratives et géographiques existantes.

### **MOTS CLÉS**

Territoire de santé, gérontologie, offre, besoins, démographie, Belgique

### **ABSTRACT**

Demographic ageing is one of the main challenges that have to face most industrialised countries. By 2050, this process may even display previously unseen trends: the sharp increase of the number and the proportion of old (60+) and very old (80+) people. At local level, we notice the existence of geographical disparities, especially in terms of population ageing, health status, isolation, social classes, etc. Based on this, the aim of this paper is to reflect on the existence of gerontological health territories, in line with the needs of elderly people living in Wallonia. This territorial approach based on the gerontological health is lacking today in Belgium. Yet, it takes many advantages, including that of rethinking access to care without systematically using administrative or geographical existing boundaries.

### **KEYWORDS**

Health territories, Gerontology, Supply, Requirements/needs, Demography, Belgium

## **INTRODUCTION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

### **Contextualisation**

Le vieillissement des populations fait partie des défis qu'ont à assumer les autorités locales, supra-locales et nationales. Les projections démographiques réalisées par le Bureau fédéral du plan (2015) montrent qu'en Belgique l'âge moyen passera de 41 ans en 2014 à 44 ans en 2060 ; il en découle une augmentation des proportions de personnes âgées (65+) et très âgées (85+), passant respectivement de 17,9 % et 2,5 % en 2014 à 24,6 % et 5,8 % en 2060.

Ces mesures globales masquent de réelles disparités à l'intérieur du pays et de ses régions (Bourguignon *et al.*, 2014). Les zones périurbaines, marquées par l'afflux de personnes actives, se caractérisent par des structures par âge relativement jeunes. En revanche, les agglomérations urbaines ou les communes rurales isolées du sud du pays se composent de populations plus vieilles, résultat notamment d'immigrations résidentielles de retraités.

Du point de vue socio-économique et sanitaire, on constate aussi une inégale distribution des groupes socio-économiques et des populations âgées en mauvaise santé (Bourguignon *et al.*, 2014 ; 2016). Les populations âgées les moins précarisées et celles en bonne santé sont sur-représentées dans les communes en zone périurbaine de Bruxelles ou à proximité de la frontière belgo-luxembourgeoise. L'état de santé des populations âgées est par contre bien moins satisfaisant dans les communes des anciens bassins industriels wallons.

### **Objectifs, questionnements et concepts**

Compte-tenu de ces disparités spatiales, notre objectif est de mener une réflexion sur l'existence de territoires de santé gérontologique, en lien avec les besoins des populations âgées résidant en Wallonie. Il s'agira de répondre au questionnement suivant : compte-tenu des disparités locales, comment l'offre varie-t-elle spatialement et s'adapte-t-elle aux besoins des plus âgés ? Cette réflexion concernera la Wallonie, l'une des régions administratives de la Belgique, dont le choix n'est pas dénué de sens : dans le cadre des réformes successives de l'État, la Wallonie a hérité de compétences dans les matières qui touchent à la gestion du vieillissement. Cette régionalisation fait de la Wallonie un acteur clé de la planification de l'offre et de la gestion des défis locaux, en collaboration avec les entités locales telles que les communes ou les centres publics d'action sociale.

Cette étude est structurée autour de deux concepts majeurs dont les définitions sont inspirées du champ de santé publique (Hall et Mejia, 1979). L'*offre* de prise en charge est entendue comme l'ensemble des prestataires disponibles pour aider, accompagner et prendre en charge les aînés dans leur quotidien. Les *besoins* expriment la quantité nécessaire de soins, de services ou d'aides, estimée à partir de l'état de santé pour assurer une prise en charge optimale. Nous posons l'hypothèse que les besoins des populations âgées sont très particuliers : en raison de l'espérance de vie de plus en plus élevée, on note la présence croissante de la dépendance cognitive, ainsi que de processus multimorbides, les personnes âgées pouvant cumuler des déficiences physiques et/ou psychiques. Par ailleurs, les besoins des populations très âgées relèvent d'une logique particulière liés à leur mobilité résidentielle : aux âges élevés, on migre moins... mais sur des distances plus grandes (Bourguignon *et al.*, 2015). Contrairement à d'autres âges auxquels les contraintes professionnelles et familiales guident les migrations des individus, aux âges élevés, elles ont lieu indépendamment de la distance entre les lieux de départ et de destination. Un des facteurs explicatifs serait d'appréhender la migration comme un moyen d'obtenir un soutien, un service, une place en institution et, dans ce cas, c'est davantage la disponibilité qui prime sur la distance à parcourir.

Une première confrontation entre besoins de prise en charge et offre de soins et de services a été réalisée pour les communes wallonnes (Bourguignon *et al.*, 2016). Sur cette base, il s'agira d'intégrer tant que possible la notion supplémentaire de *territoires de*

*santé gérontologique*. Dans ce cadre, ceux-ci désignent les espaces géographiques et politiques accessibles et pertinents pour envisager l'accès aux soins, la prise en charge et l'accompagnement médico-social des populations âgées en Wallonie<sup>1</sup>.

### **Données et méthodes**

Cette recherche repose sur des données multi-sources :

Du registre national, sont extraites les structures par âge, sexe et ménage pour chaque commune wallonne ;

– Du recensement de population de 2001, sont extraits l'état de santé subjectif des populations locales, la présence de limitations fonctionnelles, l'appartenance socio-économique des individus et leur satisfaction quant à l'offre de services publics ;

– De la base de données Pharmanet, nous tirons des prévalences communales de maladies typiques des âges élevés établies à partir de la consommation de traitements censés agir contre ces affections ;

– L'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité) nous a également transmis les statistiques par âge et par commune de médecins généralistes et spécialistes, ainsi qu'un cadastre des lits en maisons de repos (et de soins).

Un premier bilan des besoins et de l'offre a été dressé à partir de méthodes multivariées (analyses factorielles, classifications, etc.). La confrontation entre ces deux dimensions repose quant à elle sur l'attribution de scores à chaque commune wallonne, synthétisant leur position en termes de besoins et d'offre. Les deux dimensions ont été confrontées pour évaluer l'importance de l'écart entre offre et besoins.

### **1. REVUE DE LA LITTÉRATURE**

L'approche territoriale de la santé gérontologique est peu exploitée en Belgique. Ailleurs par contre, des expériences émergent dans ce sens. En France par exemple, une réflexion a été entamée autour de l'insertion du concept de « service public territorial de santé » dans la réforme de la future loi de santé publique (Devictor, 2014). L'objectif vise à répondre aux difficultés rencontrées à la fois chez les usagers et les professionnels de santé : (i) incompréhensions dans l'organisation du système de santé, (ii) mauvais usage lié à ces incompréhensions, (iii) ruptures dans les processus d'accompagnement, (iv) standardisation des plans d'aides, (v) exclusion du système, etc., du côté des usagers ; (vi) méconnaissance des compétences inter-professionnelles, (vii) manque de coordinations entre professionnels et entre services, (viii) approche unipathologique des patients, etc., du côté des professionnels (Devictor, 2014 : 8).

Progressivement les sciences territoriales ont développé une approche de la santé. Celle-ci part du constat que les inégalités sociales et d'accès aux soins ne se calquent pas forcément sur des territoires administratifs (Doumont et Verstraeten, 2009). C'est dans ce cadre que la notion de *territoire de santé* s'est développée, dans la foulée de celle des bassins de santé. Selon Bourdillon (2005), le territoire de santé intègre dans sa définition les lieux de vie, l'état de santé des populations et les lieux de soins disponibles, en négligeant toutefois les frontières administratives : « Aux découpages administratifs classiques [...] vient donc se greffer un nouveau zonage plus proche de la réalité quotidienne des Français » (*op. cit.* : 139). Vigneron a quant à lui développé la notion

---

1 Cette définition s'inscrit dans le prolongement de ce qui est envisagé en France dans l'article L.1434-16 du code de la santé publique.

de *bassin de santé* « qui vise à la fois à une meilleure accessibilité des personnes au système de santé et à une meilleure adéquation entre l'offre et la demande » (Vigneron, 1999 : 39). D'après cet auteur, le bassin de santé correspond au « cadre spatial de l'action du professionnel de soins, où réside sa population et, autour de lui d'autres professionnels de santé avec lesquels il constitue, au moins de fait, un réseau » (*op. cit.* : 39). À cet auteur encore de préciser que le bassin de santé est « une partie de territoire drainée par des flux hiérarchisés et orientés principalement vers un centre, de patients aux caractéristiques et aux comportements géographiques homogènes. [...] La définition d'un bassin de santé repose sur une homogénéité de comportements des populations et non directement sur une disposition des structures de l'offre » (*op. cit.* : 40).

Comme signalé, les études scientifiques traitant des aspects territoriaux de la santé sont rares en Belgique. Pourtant ces approches présentent de nombreux avantages pour repenser des politiques publiques et envisager une planification équitable et adaptée des soins de santé. Bourdillon (2005 : 139) explique notamment que « la géographie de la santé, fondée sur la base de données épidémiologiques et d'indicateurs socio-économiques, permet de décrire des populations, leur état de santé et l'offre de soins. De plus, elle permet la comparaison des zones géographiques entre elles et ouvre ainsi la discussion sur les questions d'inégalités de santé et les mesures à prendre pour y apporter de possibles mesures correctrices ». Cette approche exigeant des données fines sur l'utilisation des soins de santé est toutefois souvent contrecarrée par la disponibilité de ces données.

## 2. RÉSULTATS ATTENDUS

Une première analyse exploratoire a révélé les contours des dimensions d'offre et de besoins des populations âgées de Wallonie. Cette réflexion autour de l'adéquation entre offre et besoins vient en amont de celle des bassins de santé puisqu'elle démontre que de réelles disparités existent et que la définition de territoires à partir de limites administratives est loin d'être satisfaisante. L'identification de disparités en termes de besoins ou d'offre est un préalable nécessaire pour établir des bassins de santé qui répondent aux attentes des populations. Le bassin ou le territoire de santé sont, dans ce cadre, dérivés de leur définition initiale : celle-ci est plutôt directement axée sur les disparités locales qui sont observées à la fois en termes d'offre et de besoins.

Dans notre essai exploratoire, différents types de localités ont été mis en évidence dont deux attirent spécialement notre attention : d'une part, les espaces où l'offre est supérieure aux besoins et, d'autre part, les espaces où les besoins sont supérieurs à l'offre. Cette typologie laisse entrevoir des localités dont les populations âgées auront un bassin de santé géographiquement circonscrit car de nombreux services sont offerts sur le territoire communal, et des localités connaissant la situation inverse car les services doivent être recherchés plus loin. Dans cette analyse axée sur les besoins et l'offre de soins et de services, nous proposerons quelques réflexions qui intègrent la notion de territoire de santé. Notamment, la disponibilité de services nous amène à questionner l'existence de bassins de santé qui, par leurs spécificités (objectif médical, urgent, social, d'accompagnement quotidien, etc.) et leur degré de proximité par rapport au lieu de vie des populations âgées drainent les populations lorsqu'il est question de recours aux soins et aux services. Cependant, les données disponibles en Belgique ne permettent d'envisager les territoires de santé ni à partir des flux préférentiels, ni à

partir d'aires géographiques de santé. Les résultats sont donc établis autour du critère de disponibilité des données, forcément dépendante des territoires locaux calés sur des définitions administratives.

## RÉFÉRENCES

- Bourdillon F., 2005, « Les territoires de la santé, maillon clé de l'organisation sanitaire », *Revue française d'administration publique*, n° 113, pp. 139-145.
- Bourguignon M., Eggerickx T., Sanderson J.-P., 2014, *Vieillesse démographique, offre et demande de services en Wallonie*, Working Paper de l'Iweps, n° 17.
- Bourguignon M., Eggerickx T., Sanderson J.-P., 2015, "'End-of-life' Migrations: a constraint alternative for the acquisition of a satisfactory way of life?", *colloque Chaire Quetelet « Démographie locale. Relations entre population, milieu de résidence et politiques publiques »*, Louvain-la-Neuve, 18-19 novembre 2015.
- Bourguignon M., Eggerickx T., Sanderson J.-P., 2016, « Offre vs Besoins de prise en charge chez les personnes âgées. Une typologie des communes wallonnes », *Cahiers de démographie locale* [à paraître].
- Bureau fédéral du plan, 2015, *Perspectives démographiques 2014-2060. Population, ménages et quotients de mortalité prospectifs*, Bruxelles.
- Devictor B., 2014, *Le service public territorial de santé (SPTS). Le service public hospitalier (SPH). Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé*, rapport du groupe de travail pour le service public en santé, Paris, ministère des Affaires sociales et de la santé.
- Doumont D., Verstraeten K., 2009, *Bassins de vie, territoires de santé ou comment atteindre les populations ? Expérience en France métropolitaine*, série de dossiers techniques, Université catholique de Louvain–Unité d'éducation pour la santé, à la demande et en collaboration avec le Centre local de promotion de la santé de Namur.
- Hall T. L., Mejia A. (dir.), 1979, *La planification des personnels de santé. Principes, méthodes et problèmes*, Genève, OMS.
- Vigneron E., 1999, « Les bassins de santé : concept et construction », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 29, pp. 38-43.

## LES AUTEUR-E-S

### Mélanie Bourguignon

Centre de recherche en  
démographie  
Université catholique de Louvain  
melanie.bourguignon@uclouvain.be

### Thierry Eggerickx

Centre de recherche en  
démographie  
Université catholique de  
Louvain  
thierry.eggerickx@uclouvain.be

### Jean-Paul Sanderson

Centre de recherche en  
démographie  
Université catholique de Louvain  
jean-paul.sanderson@uclouvain.be