

Le recours aux soins des personnes âgées

Katte Ackaert, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest — Service d'études MC

Résumé

Dans les années à venir, le vieillissement de la population entraînera une augmentation de la demande de soins et d'assistance. Apporter une réponse adéquate à ce problème requiert de connaître l'utilisation actuelle des soins par les personnes âgées. C'est pourquoi nous examinons, dans la présente étude, le recours aux soins de santé parmi les membres de la MC âgés de 65 ans et plus, en mettant l'accent sur l'intensité de ce recours. Quelle est leur fréquence des contacts avec un-e médecin généraliste ou un-e spécialiste ? À combien de médicaments recourent-ils ? Combien de personnes âgées ont fait appel aux soins dentaires ? Y a-t-il des évolutions dans le temps ou des différences selon l'âge, la région, le lieu de résidence et la vulnérabilité ?

La discussion des résultats, menée du point de vue de l'accessibilité des soins, débouche sur quelques points d'attention. Si les soins dispensés par les médecins généralistes semblent abordables financièrement, acceptables et disponibles pour de nombreuses personnes âgées, c'est beaucoup moins le cas pour les soins dispensés par les spécialistes, par exemple, et certainement pour les soins dentaires en général et la parodontologie en particulier. Seulement 52% des personnes âgées ont eu un contact avec un-e dentiste en 2023. Par ailleurs, de plus en plus de personnes âgées font faire un examen parodontal de leur bouche, mais ne peuvent pas compter sur un remboursement de l'assurance obligatoire soins de santé pour les traitements nécessaires. En outre, dans le domaine de la prévention, nous constatons des marges d'amélioration pour la couverture vaccinale contre la grippe chez les personnes âgées vivant à leur domicile. Enfin, les chiffres relatifs à l'utilisation des médicaments semblent indiquer que la qualité des soins reste également un défi. Beaucoup de personnes âgées ont recours à de nombreux médicaments sur une longue période (polymédication) et certains des médicaments délivrés entrent dans la définition des médicaments potentiellement inappropriés.

Sur la base de ces observations, nous formulons quelques recommandations qui peuvent contribuer à rendre les soins aux personnes âgées plus accessibles et de meilleure qualité.

Mots-clés : Personnes âgées, recours aux soins, recours aux médicaments, soins dentaires, kinésithérapie, accessibilité, qualité, étude quantitative

Introduction

Avec le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques et de déficiences fonctionnelles ou cognitives s'accompagne d'une demande croissante de soins et d'aide professionnels (Gerkens, et al., 2024a). Pour que les décideur-euses politiques, les prestataires de soins et la société puissent répondre de manière adéquate à ce défi, il est nécessaire de comprendre le profil actuel des personnes âgées en matière de santé et d'utilisation des soins de santé, ainsi que les éventuelles évolutions et différences qu'il présente. La MC a déjà mené des études sur ce sujet, bien que de manières fragmentaire et axée sur un domaine spécifique (maisons de repos, médicaments, etc.) (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020; Noirhomme & Lambert, 2020). Dans une première étude systématique sur le profil de santé général des personnes âgées de la MC, nous avons constaté que tout le monde ne vieillit pas en bonne santé et que la proportion de personnes âgées qui utilisent certains soins de santé augmente avec l'âge (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Outre les différences selon la région, l'âge et le sexe, nous avons surtout constaté que la vulnérabilité, mesurée sur la base du droit à l'intervention majorée, joue un rôle majeur. Les personnes disposant du statut BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée) ont systématiquement de moins bons indicateurs en termes de santé et de recours aux soins.

Dans cette nouvelle étude, l'accent est mis sur le **profil des personnes âgées de la MC quant à l'intensité de leur recours aux soins**. Sur base annuelle, combien de fois consultent-elles un-e médecin généraliste ou un-e spécialiste ? Combien de fois ont-elles recours à la kinésithérapie ou aux soins infirmiers à domicile ? Combien de fois se retrouvent-elles aux urgences ou hospitalisées ? Nous examinons deux thèmes plus en détail : les soins dentaires (dont la parodontologie) et le recours aux médicaments (dont la polymédication et les médicaments potentiellement inappropriés). Nous examinons également en fonction de quels paramètres l'utilisation des soins varie et s'il y a des évolutions dans le temps. Ces analyses complémentaires devraient permettre de mieux préparer les soins futurs aux personnes âgées. Après une brève revue de la littérature (partie 1) et une explication de la méthode (partie 2), les principaux résultats de l'étude sont présentés grâce à une analyse descriptive (partie 3), puis discutés (partie 4). Enfin, nous formulons quelques recommandations (partie 5).

1. Revue de la littérature

La combinaison d'un faible taux de fécondité et de l'augmentation de l'espérance de vie fait que la population belge continuera à vieillir dans les années à venir. Entre 2022 et 2050, la part des plus de 65 ans devrait passer de 19,6% à 25,1% et la part des plus de 80 ans de 5,6% à 10,0% de la population totale (Federaal Planbureau & Statbel, 2024). Des études ont déjà montré que le vieillissement n'est pas neutre pour les soins de santé : la vieillesse est souvent associée à des problèmes de santé et à une perte d'autonomie et de mobilité (Nie, Wang, Tracy, Moineddin, & Upshur, 2008; Dibello, et al., 2021), ce qui signifie que pour de nombreuses formes de soins et d'aide, la **proportion des utilisateur-rices augmente en fonction de l'âge**. Cela a été décrit pour la Belgique, entre autres, dans l'enquête de santé de Sciensano (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020) et l'étude de la MC sur le profil de ses membres âgés de 65 ans et plus (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024).

Cet **effet de l'âge** est également observé pour **l'intensité de l'utilisation des soins**. Ainsi, les chiffres de l'Agence Intermunicipale (AIM) pour 2021 montrent une tendance à la hausse du nombre moyen de **contacts avec les médecins généralistes** selon l'âge : une moyenne de 6,1 contacts pour l'ensemble de la population, 7,1 pour les 65-74 ans et 10,3 pour les plus de 75 ans¹ (IMA, 2024a). Les données du Service public fédéral Santé publique montrent également un effet de l'âge pour les soins hospitaliers. En 2019, 38% des séjours hospitaliers concernaient des patient-es âgé-es de 65 ans et plus, qui représentaient à ce moment environ 19% de la population. Pour ce groupe cible, la durée moyenne de séjour était de 9,8 jours, mais elle augmente avec l'âge du-de la patient-e : 7,3 pour les hommes et 7,9 pour les femmes chez les 65-74 ans ; 12,1 pour les hommes et 13,7 pour les femmes chez les 85 ans et plus (FOD Volksgezondheid, 2022). Toutefois, pour les soins hospitaliers en général, et donc aussi pour les personnes âgées, on observe une diminution de la durée du séjour au fil des ans. Par ailleurs, on observe une forte augmentation globale du nombre d'hospitalisations de jour (Belgium.be, 2023).

Un sujet souvent étudié est le recours aux **médicaments** chez les personnes âgées. En raison de la prévalence plus élevée des pathologies et de l'augmentation de la comorbidité avec l'âge, ces personnes se voient souvent prescrire plusieurs médicaments. On parle alors de **polymédication**. En Belgique, en 2022, près de 14% de la population prenaient

1 Pour ces analyses, seuls les contacts avec les médecins généralistes pendant les heures normales ont été pris en compte, et donc pas les contacts le soir, la nuit, les week-ends et les jours fériés.

au moins cinq médicaments différents sur une période prolongée² (polymédication) et près de 3% en prenaient 10 (polymédication excessive). Le risque de polymédication augmente avec l'âge et est le plus élevé dans le groupe des 85-89 ans (où près de 60% prennent cinq et 16% dix médicaments) (IMA, 2024b). Bien que les médicaments soient souvent indispensables dans le traitement des maladies, les chercheur-euses soulignent également que la polymédication est parfois le résultat d'un comportement de prescription non optimal et un facteur de risque d'hospitalisation et de réadmission (Guillot, Maumus-Roberta, & Bezina, 2020). La prise simultanée de plusieurs médicaments augmente encore le risque d'effets secondaires, d'interactions, de non-observance du traitement et de vulnérabilité accrue des personnes âgées (Gerkens, et al., 2024a).

Plusieurs études ont examiné l'ampleur du recours aux **médicaments potentiellement inappropriés** (*Potentially Inappropriate Medication Use* ou PIM), c'est-à-dire des « médicaments qui devraient être évités chez les personnes âgées parce que le risque d'effets secondaires l'emporte sur le bénéfice attendu, en particulier lorsqu'il existe des alternatives plus nombreuses ou plus sûres pour la même affection » (Nascimento, Andrade, Cabrita, Pais, & De la Puerta, 2024, p.1, notre traduction). Étant donné que l'utilisation de tels médicaments peut être évaluée à l'aide de différentes méthodes ou listes (notamment la liste *STOPP-START*, la liste *Beers* et la liste *EU(7)-PIM*), les résultats à ce sujet varient parfois considérablement d'une étude à l'autre. Suite à une revue systématique de la littérature sur des études provenant de plusieurs pays, chacune ayant sa méthode et sa population d'étude spécifiques, Malkouti et al. (2021) concluent que la prévalence des médicaments PIM chez les personnes âgées est globalement de 30% ou plus. Des études utilisant la liste *EU(7)-PIM* ont révélé une prévalence d'au moins 50%. Les chercheur-euses concluent également que les benzodiazépines, les analgésiques anti-inflammatoires et les médicaments cardiovasculaires sont les PIM les plus courants. Une étude menée dans des maisons de repos belges révèle que plus de 88% de la population étudiée prenait au moins un médicament potentiellement inapproprié et que la moitié en prenait au moins deux, en particulier des psychotropes, des anticholinergiques et des médicaments contre l'acidité gastrique (IPP ou inhibiteurs de la pompe à protons). Dans cette étude, le principal facteur prédictif d'un pourcentage plus élevé de médicaments PIM était l'utilisation d'un plus grand nombre de médicaments, tandis qu'un âge plus élevé (85 ans et plus) était associé à un pourcentage de médicaments PIM plus faible. Pour expliquer ce dernier point, les chercheur-euses

évoquent le comportement éventuellement plus prudent des médecins en matière de prescription, qui considèrent ces résident-es comme plus vulnérables (Anrys, et al., 2018). Par rapport aux risques et effets potentiellement néfastes, la littérature mentionne, entre autres, le risque d'observance thérapeutique réduite, d'effets secondaires, d'interactions médicamenteuses, de chutes et d'hospitalisations (Gerkens, et al., 2024a; Malkouti, et al., 2021). Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), garantir la sécurité de l'utilisation des médicaments et mettre en place des procédures pour l'améliorer est un point d'attention important et prioritaire (WHO, 2019).

Cependant, l'effet de l'âge sur le recours aux soins varie selon le type de soins. Par exemple, pour les **contacts ambulatoires avec un-e spécialiste**, on observe dans l'enquête de santé de Sciensano un pic dans le groupe des 45-54 ans, où 6,9% de ces personnes ont eu plusieurs contacts au cours d'un mois. Par la suite, cette proportion diminue pour atteindre 4,6% chez les 55-64 ans, 5,7% chez les 65-75 ans et 4,3% chez les plus de 75 ans (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020).

Pour les **soins dentaires**, la littérature indique un **effet inverse de l'âge** : plus les gens vieillissent, moins ils ont tendance à recourir aux **soins dentaires** (Niesten, van der Sanden, & van Mourik, 2013; Kovács, Liska, Idara-Umoren, Mahrouseh, & Varga, 2023). Dans l'enquête de santé 2018, près de 69% des personnes interrogées ont déclaré avoir eu au moins un contact avec un-e dentiste ou un-e orthodontiste au cours de l'année précédente. Dans le groupe des moins de 64 ans, selon la tranche d'âge, cette proportion varie de 67% à 75%, tandis que chez les 65-74 ans et les plus de 75 ans, elle tombe à 64% et 43% respectivement (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020). L'Atlas de l'AIM montre qu'en 2022, 29% des personnes âgées de 65 à 74 ans n'avaient pas eu de contact avec un-e dentiste depuis trois ans. Chez les plus de 75 ans, cette proportion atteint même 42% (IMA, 2025). Concernant les résident-es en maison de repos, le rapport du Projet Pilote Soins bucco-dentaires pour les Personnes à Besoins Particuliers souligne que : « le contact régulier avec le dentiste, défini comme au moins un contact durant au moins 4 années de 7 années d'observation [période 2002-2008], était [...] très bas chez les personnes âgées [...] entre 65 et 90 ans (autour de 20%) jusqu'à extrêmement bas chez les personnes de plus de 90 ans (2%) » (RIZIV, 2011, p. 267). De plus, près de la moitié des résident-es n'ont pas consulté de dentiste au cours des cinq dernières années. Et ce sont principalement des problèmes urgents qui donnent lieu à une visite chez le-la dentiste (RIZIV, 2011; Janssens, et al., 2017). Enfin, bien que la santé bucco-dentaire soit meilleure chez les nouvelles

2 Pour ces analyses, l'AIM s'intéresse aux médicaments remboursés avec une délivrance d'au moins 80 doses journalières standard (DDD) par an.

générations de personnes âgées, dans de nombreux pays - dont la Belgique - elles sont encore confrontées à de nombreux problèmes, notamment les caries, le déchaussement et la parodontite³ (Kossioni, 2023; De Visschere, Janssens, De Reu, Duyck, & Vanobbergen, 2016; Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019).

Dans le même temps, la littérature souligne l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire compte tenu de sa corrélation établie avec la santé générale et le bien-être, une mauvaise santé bucco-dentaire étant associée à la fois à un manque d'estime de soi et de dignité, à une qualité de vie réduite, ainsi qu'à d'autres pathologies telles que le diabète, la pneumonie, la dépression et les maladies cardiaques. Ainsi, en plus des soins bucco-dentaires quotidiens, une visite annuelle chez le-la dentiste et un traitement opportun des problèmes sont essentiels pour maintenir une bouche saine, y compris chez les personnes âgées (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019; Dibello, et al., 2021).

Certains facteurs qui ne favorisent pas un recours suffisant aux soins bucco-dentaires chez les personnes âgées sont l'âge avancé, une importante perte d'autonomie et le fait de résider en maison de repos. Mais la sous-estimation de l'importance, la non-perception du besoin de soins dentaires par les personnes âgées elles-mêmes, la dépendance à l'égard d'autres personnes pour l'hygiène bucco-dentaire, l'attention prioritaire accordée à d'autres problèmes de santé, les obstacles financiers, l'inaccessibilité des services et les connaissances parfois insuffisantes des prestataires de soins jouent également un rôle (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019; Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2023; Kovács, Liska, Idara-Umoren, Mahrouseh, & Varga, 2023). Ces besoins non satisfaits (*unmet need*) en matière de soins bucco-dentaires sont considérés comme un défi majeur pour les sociétés vieillissantes (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019).

Le **groupe des personnes âgées n'est pas homogène en ce qui concerne le volume de soins**. Il y a des variations en fonction de plusieurs paramètres. Dans l'enquête de santé de Sciensa-no, on observe par exemple des différences régionales dans la part de Belges qui consultent leur médecin généraliste plus d'une fois par mois, avec une proportion significativement plus faible à Bruxelles (4% contre 6% en Flandre et en Wallonie) (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020). Pour cet indicateur, il existe également un gradient socio-économique en défaveur des personnes peu qualifiées, qui ont plus souvent plusieurs contacts avec un-e généraliste que les per-

sonnes plus qualifiées (près de 12% contre près de 4%). Des **différences régionales et un gradient socio-économique** ont également été identifiés pour les contacts avec un-e dentiste et la polymédication (Gerken, et al., 2024a; Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020).

L'OMS, notamment, s'exprime sur la manière dont les soins aux personnes âgées peuvent être développés à l'avenir, en promouvant le concept de **« vieillissement actif »** (*« active ageing »*), qui implique que la politique et les soins s'efforcent d'optimiser la santé, la participation et la sécurité afin d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées (WHO, 2002). Cela nécessite une approche holistique de la santé et du bien-être, mettant l'accent sur le **vieillissement en bonne santé** (prévention) ainsi que sur de l'**aide et des soins appropriés et de qualité**. Il est également essentiel que les personnes âgées aient la possibilité de **contribuer activement à la société**, de s'épanouir personnellement et de vivre dans un environnement sûr, etc., quel que soit leur âge ou leur état de santé.

En Belgique aussi, le vieillissement entraînera une augmentation du nombre de personnes demandant des soins et du volume global de soins dans les décennies à venir. C'est ce que nous pouvons déduire de plusieurs études sur des domaines de soins spécifiques (réalisées dans d'autres pays) et de l'enquête de santé belge, qui est toutefois basée sur l'utilisation autodéclarée des soins. Afin d'apporter une réponse adéquate à ce défi, une analyse plus approfondie et un regard critique quant à l'utilisation actuelle des soins par les personnes âgées, sur base de données objectives, constituent un complément précieux. Par conséquent, **l'objectif de cette étude** est double : 1) à travers l'analyse des données de facturation, **dresser un tableau plus détaillé de l'utilisation des soins par les membres de la MC âgés de 65 ans et plus** et des différences en la matière et 2) lors de la discussion des résultats, **examiner s'il existe des indications de problèmes éventuels quant à l'accès et la qualité des soins**.

2. Méthode

2.1. Sélection de la population étudiée

Pour cette étude, nous avons analysé en 2024 les données de tous les membres de la MC âgés de 65 ans ou plus au cours d'une année civile de la période 2016-2023. Les don-

3 Il s'agit d'une inflammation avancée de la gencive.

Tableau 1 : Profil des membres de la MC âgés de 65 ans et plus, selon l'âge, le sexe, le statut BIM et la région (Source : MC)

		2016	2023
Catégorie d'âge	65-74 ans	49,2%	48,7%
	75-84 ans	34,3%	33,6%
	85 ans et plus	16,5%	17,7%
Sexe	Hommes	44,0%	44,7%
	Femmes	56,0%	55,3%
Statut BIM	Non BIM	71,0%	80,4%
	BIM	29,0%	19,6%
Région	Bruxelles	2,8%	2,5%
	Flandre	76,2%	77,2%
	Wallonie	21,0%	20,3%

nées analysées sont à la fois des données de profil et des données de facturation de l'assurance obligatoire soins de santé et, dans une moindre mesure, des systèmes régionaux de protection sociale, reflétant l'utilisation du système de santé. Pour les analyses de 2016, 1.005.309 personnes âgées de plus de 65 ans ont été incluses, et 1.086.905 pour l'année 2023. À la fin 2023, la part de marché de la MC chez les plus de 65 ans était de 46,2% (INAMI, 2025). Le profil des membres de la MC âgés de plus de 65 ans n'évolue guère sur la période 2016-2023, à l'exception du statut BIM. Le tableau 1 présente le profil pour les années 2016 et 2023.

2.2. Indicateurs d'utilisation des soins

Le profil des personnes âgées de la MC en matière d'utilisation des soins de santé est basé sur une analyse des données de facturation de la MC. Le tableau 2 donne un aperçu des indicateurs sélectionnés pour cette étude et des analyses effectuées. Pour ces indicateurs, outre la part des utilisateur-rices et la distribution du nombre de prestations au sein du groupe des utilisateur-rices, les différences éventuelles en fonction de certains paramètres tels que l'âge, le sexe, la région et la vulnérabilité, mesurée sur la base du droit à l'intervention majorée (BIM)⁴, ont également été prises en considération.

Tableau 2: Indicateurs d'utilisation des soins

Type de soins	Analyses
Soins par les médecins généralistes	Pourcentage de personnes ayant au moins un contact par an. Nombre de contacts par personne et par an : • De manière générale; • Par type de contact (consultation au cabinet, visite à domicile, avis); • Par moment de contact (pendant la semaine en journée versus le soir ou la nuit en semaine, ou pendant le weekend ou un jour férié); • Isolé-es versus cohabitant-es;⁵ • Selon le lieu de résidence (à domicile versus en institution de soins résidentiels); • Avec un poste de garde.
Soins par des spécialistes	Pourcentage de personnes ayant au moins un contact ambulatoire par an. Nombre de contacts ambulatoires par personne et par an, quel que soit le type de spécialiste.
Soins à domicile	Pourcentage de personnes ayant au moins un contact par an. Nombre de jours avec un contact* par personne et par an.

⁴ Le statut BIM indique un revenu limité

⁵ Les isolé-es ont été identifié-es sur la base de la composition familiale. Le concept de ménage est celui du Maximum À Facturer. Il correspond au ménage de fait, c'est-à-dire à l'ensemble des personnes vivant à la même adresse selon le registre national au 1er janvier de l'année considérée.

Kinésithérapie	Pourcentage de personnes ayant eu au moins une séance ambulatoire de kinésithérapie. Nombre de séances ambulatoires de kinésithérapie, par personne et par an (article 7 de la nomenclature des soins de santé, sauf, vu la population étudiée, les prestations de kinésithérapie périnatale). Analyse globale et par type de séance (MC, 2024) : • Prestations courantes; • Prestations pour certaines pathologies lourdes (liste E), aiguës (liste Fa), chroniques (liste Fb); • Prestations dispensées aux patient-es palliatif-ves à domicile (564211 ou 564233).
Soins dentaires	Pourcentage de personnes ayant au moins un contact ambulatoire avec un-e dentiste. Par personne et par an, nombre de jours où des soins dentaires ambulatoires ont été attestés (article 5 de la nomenclature des soins de santé). Parodontologie : prestation 301254 (détermination de l'index parodontal DPSI⁶), seule prestation de parodontologie remboursée aux 65 ans et plus.
Médicaments	Médicaments ambulatoires remboursables et délivrés par les officines publiques. Volume de médicaments : nombre de DDD⁷ par personne et par an. Détection des médicaments potentiellement inappropriés : sur base de la liste <i>EU(7)-PIM</i>, élaborée spécifiquement pour les personnes âgées (Renom-Guiteras, Meyer, & Thürmann, 2015; Zacarin, Strumia, Piau, & Bagheri, 2020). Détection de la polymédication : avoir eu recours à au moins 5 médicaments différents à raison de plus de 80 DDD par an (Gerkens, et al., 2024a, p. 116), différenciation des médicaments au niveau ATC 5 (substance chimique). Vaccins antigrippaux : code ATC J07BB Pourcentage de personnes ayant eu recours à de tels vaccins, en excluant les résident-es en maison de repos (et de soins) (Gerkens, et al., 2024b, p. 24).
Soins hospitaliers	Par personne et par an : • Nombre d'admissions aux urgences*; • Hospitalisation classique (=avec nuitée ; à l'exclusion des hôpitaux psychiatriques) : nombre d'admissions et nombre total de jours d'hospitalisation; • Nombre d'admissions en hôpital de jour.
Soins résidentiels et semi-résidentiels	Institutions considérées : maison de repos (MR), maison de repos et de soins (MRS), centre de court séjour (CCS), centre de soins de jours (CSJ), maison de soins psychiatriques (MSP) et initiative d'habitation protégée (IHP). Par type d'institution : pourcentage d'utilisateur-rices et nombre de jours par personne et par an au sein de ces institutions. Détection sur base de pseudo-codes de nomenclature⁸.
Rééducation fonctionnelle	On vise toutes les conventions de rééducation fonctionnelle (également appelée revalidation), tant celles qui organisent des soins à domicile que celles qui nécessitent de résider dans un centre. Certaines conventions font partie de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale. Détection sur base des pseudo-codes appartenant au code comptable N88. Certaines conventions ont été régionalisées. Détection sur base de pseudo-codes de nomenclature⁸. Pourcentage de personnes ayant eu recours aux soins entrant dans le cadre de l'une ou l'autre de ces conventions. Nombre de jours par personne et par an où de tels soins ont été attestés.

* En cas de contacts multiples par jour, un seul contact est pris en compte

- 6 DPSI est l'acronyme de *Dutch Periodontal Screening Index*. Les dents sont divisées en six zones. Chaque zone reçoit un score DPSI de 0 à 4, reflétant sa situation parodontale. Le screening permet ainsi de savoir dans quelle mesure les gencives sont saines ou touchées par la gingivite (inflammation du bord de la gencive) ou la parodontite (inflammation avancée de la gencive avec détérioration de l'os de la mâchoire sous-jacente entraînant le déchaussement ou la perte des dents).
- 7 « DDD est l'acronyme de l'expression anglaise *defined daily dose* ou, littéralement, dose journalière définie. Elle est définie comme la dose d'entretien moyenne présumée par jour pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. [...] La DDD est attribuée par un bureau d'experts de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] pour chaque substance active appartenant à la classification internationale ATC [*Anatomical Therapeutic Chemical*] des principes actifs » (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, p. 457)
- 8 Sources:
- Bruxelles (Iriscare) : via l'application Nomiris : <https://www.iriscare.brussels/nomiris/>;
 - Wallonie (Aviq) : via l'application NomenWal : <https://nomenwal.aviq.be/> ;
 - Flandre (VSB) : via les instructions de facturation du Departement Zorg :
 - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/handleiding-digitaal-opname-en-facturatieproces-tussen-ouderenvoorzieningen-en-zorgkassen> (MR-MRS, CCS, CSJ) ;
 - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/publicaties-en-documenten/facturatie-instructies-pseudonomenclatuurcodes-en-voorzieningen-die-mogen-factureren> et <https://www.zorg-en-gezondheid.be/facturatie-instructies-vanaf-inkanteling-in-vsb> (MSP, IHP, rééducation fonctionnelle).

2.3. Limites de cette étude

Plusieurs limitations s'appliquent à cette étude⁹. Tout d'abord, l'analyse se limite aux données des membres de la MC, de sorte que le profil décrit ne correspond pas nécessairement à celui de la population belge. Ainsi, la population des membres de la MC compte une proportion plus élevée de personnes âgées de 65 ans et plus que la population belge totale et son vieillissement est légèrement plus prononcé. En outre, la part de marché de la MC diffère selon les régions, avec notamment une part plus limitée dans la Région de Bruxelles-Capitale. Par conséquent, les résultats ne peuvent pas être généralisés à la population belge âgée de 65 ans et plus.

Par ailleurs, les données dont disposent les mutualités sont essentiellement des données administratives, collectées dans le cadre de la gestion des membres et de la facturation des soins de santé.

- Certaines caractéristiques telles que la vulnérabilité doivent donc être mesurées à l'aide de variables proxys, avec le risque que tous les membres avec cette caractéristique ne soient pas identifiés.
- Les données sur l'utilisation des soins ne sont disponibles que dans la mesure où ils sont remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé (AO). Il existe également des informations partielles sur les soins remboursés par les systèmes régionaux de protection sociale, à l'exception de la Communauté germanophone. Il n'y a pas d'information sur les soins et aides qui ne sont pas remboursés par l'AO (par exemple, certains médicaments) ou sur d'autres soins et aides disponibles au niveau des régions (comme les structures d'accueil pour les personnes âgées telles que le *Collectieve Autonome Dagopvang* (CADO) en Flandre et les Centres de jour en Wallonie et à Bruxelles).
- En outre, pour les médicaments, il s'agit de médicaments remboursés et délivrés au nom d'un membre spécifique. Cependant, il se peut que ce membre n'ait pas effectivement utilisé le médicament ou qu'il l'ait utilisé à une dose différente de la DDD reprise dans les analyses.
- Une partie des contacts avec la médecine générale a lieu en maison médicale. Les mutualités savent seulement si un membre est inscrit ou non dans une maison médicale mais ne disposent d'aucune information sur le volume des contacts (contact avec un-e médecin généraliste, une infirmière, un-e kinésithérapeute, etc.). Comme nous avons constaté que l'impact sur les résultats était limité, toutes les analyses de cette étude, y compris celles sur

les contacts avec les médecins généralistes, ont inclus les personnes inscrites dans une maison médicale.

- Les données de facturation ne permettent pas une évaluation directe ou complète de l'accessibilité et de la qualité des soins.

Compte tenu de la multitude de données de facturation et de possibilités d'analyse, un choix a été fait en la matière et la description de l'utilisation des soins n'est pas exhaustive. Par exemple, il a été décidé de ne pas analyser les données relatives aux soins de santé mentale dans le cadre de cette étude. Compte tenu de l'importance de la thématique, il convient de lui consacrer une étude distincte. Enfin, nous insistons sur le fait que la description des résultats en fonction de paramètres tels que l'âge, le sexe, la région, etc., ne permet pas de se prononcer sur la causalité.

3. Résultats

3.1. Soins de première ligne

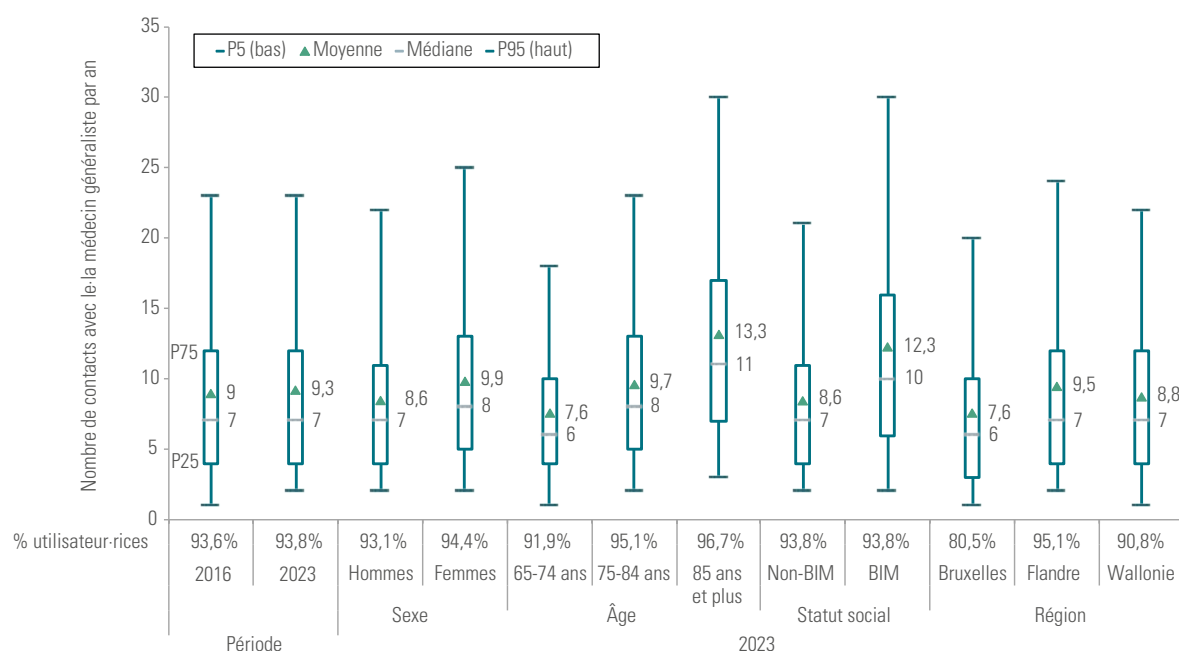
3.1.1. Médecin généraliste

Analyse globale

En 2023, près de 94% des personnes âgées de 65 ans et plus ont eu au moins un contact avec un-e médecin généraliste. Cette proportion varie en fonction de l'âge (65-74 ans : 91,9%, 75-84 ans : 95,1% et 85 ans et plus : 96,7%) et de la région (Bruxelles : 80,5%, Wallonie : 90,8% et Flandre : 95,1%), mais pas en fonction du sexe ou du statut BIM. Le volume de contacts par personne sur une base annuelle est stable entre 2016 et 2023 : environ 9 en moyenne (médiane : 7) (voir Figure 1). Selon le sexe, le nombre moyen et médian de contacts est légèrement plus élevé pour les femmes en 2023, car elles sont également plus âgées en moyenne. L'âge semble, en effet, être un indicateur déterminant du volume de contacts sur une base annuelle : plus on est âgé, plus on a de contacts. Il existe également une différence selon le statut BIM : les personnes âgées ayant ce statut ont généralement des contacts annuels plus fréquents avec le-la généraliste. En Flandre, ce n'est pas seulement la part de personnes âgées ayant au moins un contact annuel avec un-e médecin généraliste qui est plus élevée que dans les autres régions. Il en va de même

9 Voir aussi Ackaert, Avalosse, & Verniest (2024).

Figure 1: Distribution du nombre de contacts avec des médecins généralistes par personne et par an, pour les membres de la MC âgés de 65 ans et plus, selon le sexe, l'âge, le statut BIM et la région (Source : MC)



pour le nombre moyen de contacts : 9,5 contacts contre 8,8 en Wallonie et 7,6 à Bruxelles. Si l'on se concentre sur les 85 ans et plus, les différences régionales sont encore plus marquées : les Flamand-es ont en moyenne 13,7 contacts (médiane : 12), les Wallon-nes 12,1 (médiane : 11) et les Bruxellois-es 10,2 (médiane : 9). Cela peut être lié au vieillissement plus marqué de la population en Flandre.

Analyse selon le type de contact

Nous avons ensuite effectué une analyse **selon le type de contact avec le-la médecin généraliste**, en distinguant la consultation au cabinet médical, la visite à domicile et les avis¹⁰. Le tableau 3 montre l'évolution de la proportion de personnes âgées de la MC ayant eu au moins un

contact annuel avec un-e médecin généraliste par type de contact entre 2016 et 2023. On observe une diminution de la proportion de ceux et celles ayant eu au moins une visite à domicile et, parallèlement, une augmentation de la proportion des personnes ayant bénéficié d'au moins une consultation. Cette tendance se retrouve également chez les 85 ans et plus, avec une augmentation encore plus forte de la proportion de personnes ayant bénéficié d'au moins une consultation, mais une diminution plus limitée de la proportion de personnes ayant reçu au moins une visite à domicile. Un autre résultat frappant est la forte augmentation de la part de personnes âgées pour lesquelles au moins un avis a été facturé : de 2,3% en 2016 à 21,3% en 2023.

Tableau 3: Évolution entre 2016 et 2023 de la proportion de membres de la MC âgés de 65 ans et plus ayant minimum un contact avec un-e médecin généraliste, selon le type de contact (Source : MC)

Année	Total 65 ans et plus		85 ans et plus	
	Consultation	Visite à domicile	Consultation	Visite à domicile
2016	75,4%	42,3%	41,9%	83,0%
2023	85,7%	31,1%	71,0%	74,0%
Évolution	+13,7%	-26,5%	+69,5%	-10,8%

¹⁰ On entend par « avis » la rédaction et la signature, en dehors de tout examen de la personne malade, d'attestations, de prescriptions pharmaceutiques et de divers documents. Les honoraires pour avis ne peuvent jamais être ajoutés à des honoraires de consultation ou de visite (RIZIV, 2025).

Tableau 4: Nombre de consultations et de visites à domicile chez les membres de la MC âgés de 65 ans et plus, selon le statut BIM et l'âge en 2023 (Source : MC)

			Moyenne	Médiane
Consultations	Total 65 ans et plus		6,5	5
	Statut social	Non BIM	6,5	5
		BIM	6,6	5
	Âge	65-74 ans	6,4	5
		75-84 ans	7,0	6
		85 ans et plus	5,6	4
Visites à domicile	Total 65 ans et plus		8,6	6
	Statut social	Non BIM	7,4	4
		BIM	10,9	9
	Âge	65-74 ans	5,5	2
		75-84 ans	7,5	4
		85 ans et plus	11,1	10

En ce qui concerne le volume de contacts, en moyenne, 2,3 avis par personne ont été facturés en 2023, avec peu de variation selon les différents paramètres d'analyse. Le volume le plus important de contacts avec les généralistes concerne les consultations (64% de l'ensemble des contacts). Entre 2016 et 2023, le nombre annuel moyen de consultations par personne est resté relativement stable, à l'exception d'une légère diminution au cours des années de pandémie 2020 et 2021, puis d'une légère augmentation en 2023. Le nombre médian de contacts est resté constant au cours de la période étudiée. Une analyse par groupe d'âge donne une image plus nuancée (voir Tableau 4). Pour les personnes âgées de 85 ans et plus, il y a moins de consultations et un nombre significativement plus élevé de visites à domicile en 2023 par rapport aux personnes âgées plus jeunes. En outre, il existe une nette différence dans le nombre de visites à domicile entre les personnes âgées

avec et sans statut BIM, les médecins généralistes visitant plus souvent les personnes âgées disposant du statut BIM.

L'analyse **par type de contact et par composition familiale** – personnes isolé-es versus cohabitant-es – montre que la proportion d'isolé-es de 65 ans et plus ayant reçu au moins une visite à domicile en 2023 est significativement plus élevée que celle des cohabitant-es (voir Tableau 5). Nous constatons le contraire pour les consultations. Par rapport au volume de contacts, il n'y a pas de différence pour les consultations selon la composition familiale. C'est toutefois le cas pour les visites à domicile, où le médecin généraliste se rend plus souvent chez les personnes isolées. Le tableau 5 montre également que les isolé-es de 65 ans et plus avec statut BIM sont les plus susceptibles d'avoir une visite du médecin généraliste et que le nombre de visites à domicile est le plus élevé dans ce groupe.

Tableau 5: Proportion de membres de la MC âgés de 65 ans et plus et nombre de contacts avec des médecins généralistes en 2023, selon le type de contact, la composition familiale et le statut BIM (Source : MC)

		Total		Non BIM		BIM	
		Isolé-es	Cohabitant-es	Isolé-es	Cohabitant-es	Isolé-es	Cohabitant-es
Visites à domicile	Proportion d'utilisateur-rices	47,7%	29,7%	40,7%	24,6%	60,7%	42,6%
	Moyenne	10,2	8,6	9,1	7,6	11,5	10,1
	Médiane	8	6	7	5	10	7
Consultations	Proportion d'utilisateur-rices	77,1%	83,8%	80,1%	85,3%	71,5%	80,0%
	Moyenne	6,2	6,6	6,2	6,4	6,2	6,9
	Médiane	5	5	5	5	5	5

Tableau 6 : Nombre de contacts avec des médecins généralistes parmi les membres de la MC âgés de 85 ans et plus, selon la région et le lieu de résidence, en 2023 (Source : MC)

	Total		Bruxelles		Flandre		Wallonie	
	À domicile	En institution	À domicile	En institution	À domicile	En institution	À domicile	En institution
Moyenne	12,3	14,7	9,1	12,2	12,6	15,3	11,5	12,8
Médiane	10	13	7	11	11	14	10	11

Analyse par lieu de résidence

Le lieu de résidence d'une personne âgée joue également un rôle dans le volume des contacts avec la médecine générale : quel que soit le groupe d'âge, les personnes vivant à leur domicile ont moins de contacts avec le-la médecin généraliste que celles qui vivent principalement (au moins 90% de l'année) dans une institution de soins (MR, MRS, CCS, IHP, MSP). Le tableau 6 illustre cette situation pour les 85 ans et plus : une moyenne de 12,3 contacts (médiane : 10) pour les personnes âgées vivant à domicile et une moyenne de 14,7 (médiane : 13) pour les 85 ans et plus vivant en institution. Le tableau 6 montre également des différences régionales : à Bruxelles, les personnes âgées de 85 ans et plus vivant à domicile ou dans des institutions de soins ont moins de contacts avec un-e médecin généraliste que les personnes âgées de 85 ans et plus vivant en Flandre et en Wallonie. En Wallonie, le lieu de résidence n'a qu'un impact limité sur le nombre de contacts avec le-la médecin généraliste. C'est beaucoup plus le cas à Bruxelles et en Flandre.

Analyse selon le moment de la prestation

Lors de l'analyse des contacts avec les médecins généralistes (consultations et visites à domicile) en fonction du moment de la prestation, nous avons examiné en particulier les résultats obtenus pendant les week-ends, les jours fériés ou les soirs/nuits (=heures non régulières). Entre 2016 et 2023, le nombre de personnes âgées ayant au moins un contact à un moment non régulier passe de

28,5% à 38,3%. Le nombre de contacts durant des heures non régulières a connu une légère augmentation au cours de la même période (voir Tableau 7). Il existe également une différence en fonction de l'âge, du statut BIM et de la région, avec un nombre plus élevé de contacts avec le-la médecin généraliste pendant les heures non régulières selon que la personne est plus âgée, bénéficie du statut BIM ou vit à Bruxelles ou en Wallonie.

En vue de la continuité des soins de médecine générale en dehors des heures régulières d'ouverture du cabinet, les patient-es peuvent se rendre dans un poste de garde de médecine générale pour des soins (semi-)urgents. Il s'agit d'un dispositif qui améliore la disponibilité et donc l'accessibilité des soins de médecine générale. Pourtant, l'utilisation de ces postes de garde n'évolue guère entre 2016 et 2023. Ni le pourcentage de personnes âgées de la MC ayant eu au moins un contact avec un poste de garde, ni le nombre de contacts n'ont changé de manière substantielle. Ce qui est frappant, cependant, c'est la grande différence entre la Flandre et le reste du pays : en Flandre, 21,6% des personnes âgées de la MC ont consulté un poste de garde au moins une fois en 2023. C'est environ trois fois plus qu'en Wallonie (7,4%) et quatre fois plus qu'à Bruxelles (5,2%). Ces régions progressent cependant par rapport à 2016 (4,0% et 2,7%). Le nombre de fois qu'une personne âgée a consulté un poste de garde en 2023 est d'environ 1,5 en moyenne pour toutes les régions.

Tableau 7: Nombre de contacts avec des généralistes durant des heures non régulières chez les membres de la MC âgés de 65 ans et plus, selon l'âge, le statut BIM et la région (Source : MC)

	Évolution		2023							
			Âge			Statut BIM		Région		
	2016	2023	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Non BIM	BIM	Bruxelles	Flandre	Wallonie
Moyenne	2,4	3,1	2,8	3,2	3,7	2,9	3,7	4	2,9	4,1
Médiane	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2

3.1.2. Contacts ambulatoires avec un-e spécialiste

Ces dernières années, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ayant eu au moins un contact ambulatoire avec un-e spécialiste a augmenté (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024) (voir Figure 2). Cette proportion varie selon la région, l'âge, le sexe et le statut BIM. Elle est plus élevée en Flandre et en Wallonie qu'à Bruxelles, chez les personnes âgées les plus jeunes que chez les 85 ans et plus, chez les hommes que chez les femmes, et chez les personnes non BIM que chez les personnes BIM.

Entre 2016 et 2023, le volume des contacts ambulatoires avec un-e spécialiste a également augmenté : de 4,8 à 5,3 en moyenne. La médiane est restée stable au cours de la même période. Alors qu'un effet de l'âge a été observé pour le nombre de contacts avec un-e médecin généraliste, la situation est moins claire pour les contacts ambulatoires avec un-e spécialiste. En 2023, ce sont les 75-84 ans qui avaient le plus de contacts, tandis que les 85 ans et plus ont en moyenne moins de contacts avec un-e spécialiste. La médiane est de 4 pour les deux tranches d'âge les plus jeunes et de 3 pour les 85 ans et plus. Par région, on remarque qu'à Bruxelles, malgré la part plus limitée de personnes âgées ayant au moins un contact, le nombre de contacts tend à être plus élevé que dans les autres régions. Quant au volume de contacts, il n'y a pas de différence selon le sexe ou le statut BIM.

Les prestations ambulatoires dispensées par un-e spécialiste à des heures non régulières (week-end, soirée, nuit ou jour férié) sont limitées en 2023. La part de personnes âgées ayant au moins un tel contact reste très faible, à près de 1%, bien qu'elle ait doublé par rapport à 2016. Cette augmentation est spécifique à chaque région : en Flandre, elle est passée de 0,5% à 0,9% et en Wallonie de 0,3% à 1,1%. Toutefois, c'est à Bruxelles que l'augmentation a été la plus forte, passant de 0,4% à 1,8%.

3.1.3. Soins infirmiers à domicile

Un cinquième des personnes âgées de la MC a fait appel à un-e infirmier-e à domicile au moins un jour en 2023. Le nombre moyen de jours par an pendant lesquels un-e infirmier-e à domicile rend visite à un-e patient-e augmente au fil du temps, passant de 128 en 2016 à 134 en 2023, avec un léger pic pour les années 2020-2021 de la pandémie de Covid-19 (135 jours dans les deux cas). La médiane passe de 57 à 60 jours sur la période 2016-2023 (voir Figure 3).

En moyenne, les femmes reçoivent trois semaines de soins à domicile de plus que les hommes sur une base annuelle (143 jours contre 120 ; médiane : 73 jours contre 51).

Figure 2: Distribution du nombre de contacts ambulatoires avec un-e spécialiste par personne et par an, pour les membres de la MC âgés de 65 ans et plus, selon le sexe, l'âge, le statut BIM et la région (Source : MC)

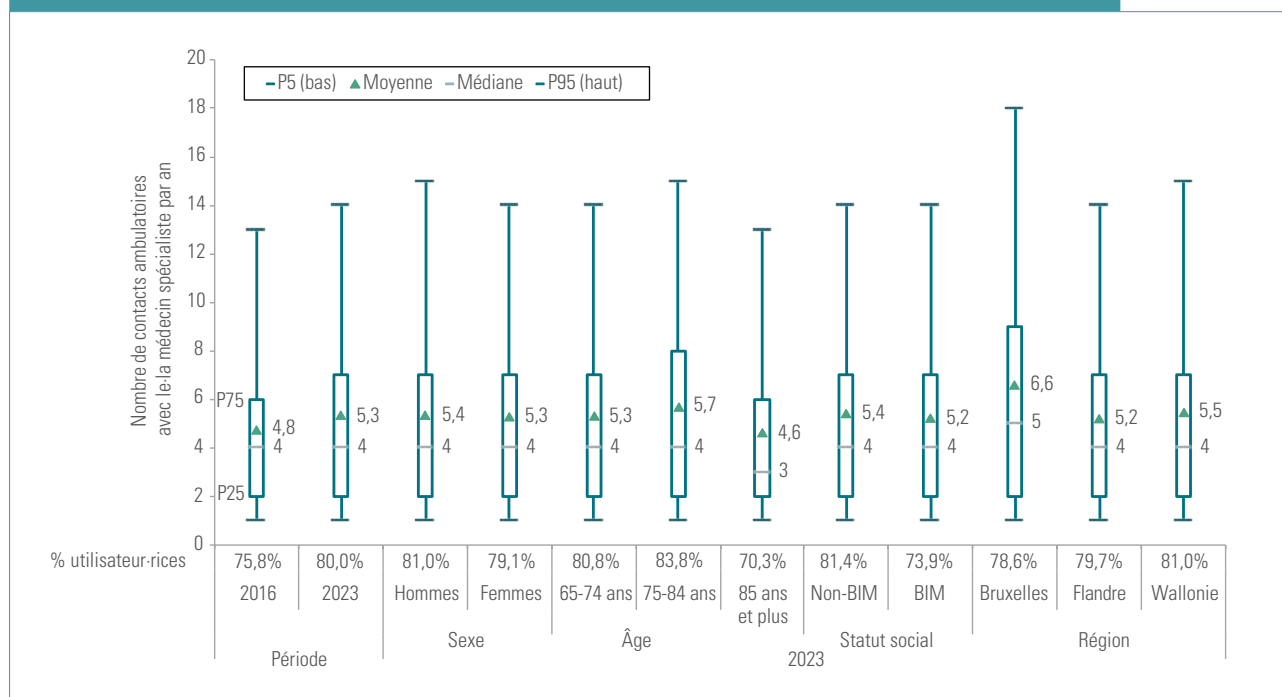
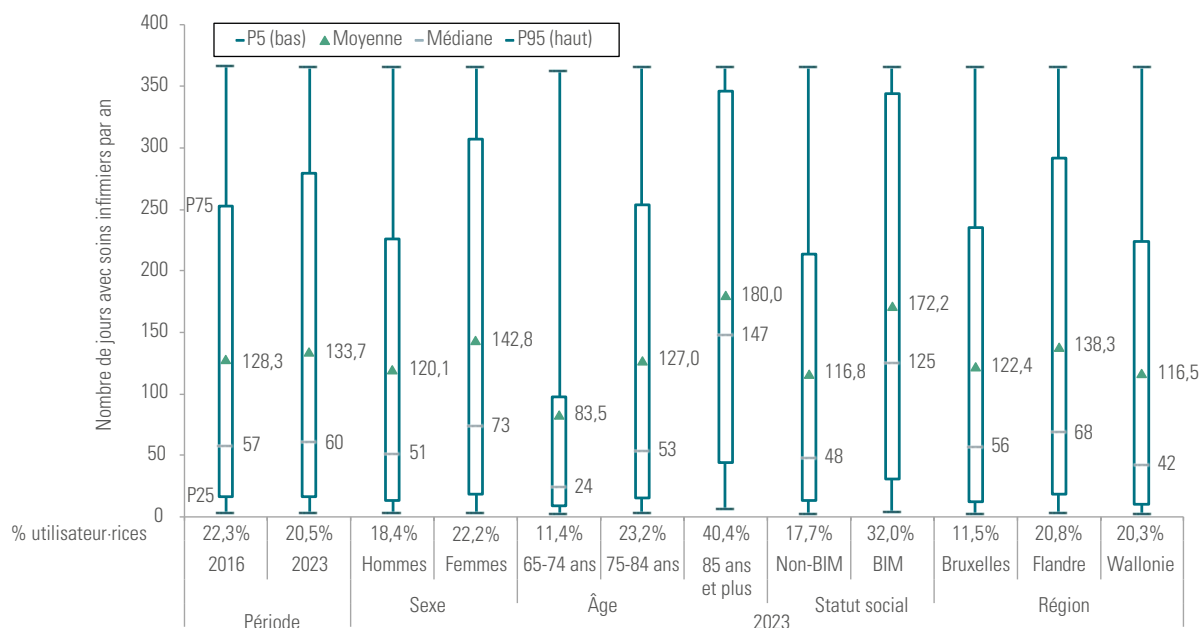


Figure 3: Distribution du nombre de jours avec soins infirmiers à domicile par personne et par an, pour les membres de la MC âgés de 65 ans et plus, selon le sexe, l'âge, le statut BIM et la région (Source : MC)



Parmi les personnes âgées de Bruxelles, membres de la MC, seules 11,5% ont recours aux soins à domicile, contre 20,9% et 20,3% en Flandre et en Wallonie respectivement. Mais le volume de journées varie aussi considérablement d'une région à l'autre. En moyenne, les personnes âgées flamandes ont recours aux soins à domicile deux semaines de plus sur une base annuelle (138 jours) que les personnes âgées wallonnes (117) et bruxelloises (122). En Flandre, la moitié des personnes âgées recevant des soins infirmiers à domicile voient l'infirmière à domicile pendant au moins deux mois (68 jours) par an, soit près de quatre semaines de plus qu'en Wallonie (42) et près de deux semaines de plus qu'à Bruxelles (56).

Près d'une personne de 65 ans et plus sur trois ayant le statut BIM (32,0%) fait appel à un-e infirmier-e à domicile, alors que cette proportion est de moins d'une personne sur cinq (17,7%) chez les personnes n'ayant pas le statut BIM. Le nombre de jours de soins à domicile par an diffère également selon le statut BIM : un-e infirmier-e à domicile se rend en moyenne 117 jours par an chez les personnes âgées non BIM (médiane : 48), contre 172 jours par an (médiane : 125) chez les personnes âgées BIM.

Mais l'âge, en particulier, est un facteur déterminant quant au fait de recevoir ou non des soins à domicile, ainsi que par rapport à la quantité de ces soins. Parmi les 65-74 ans,

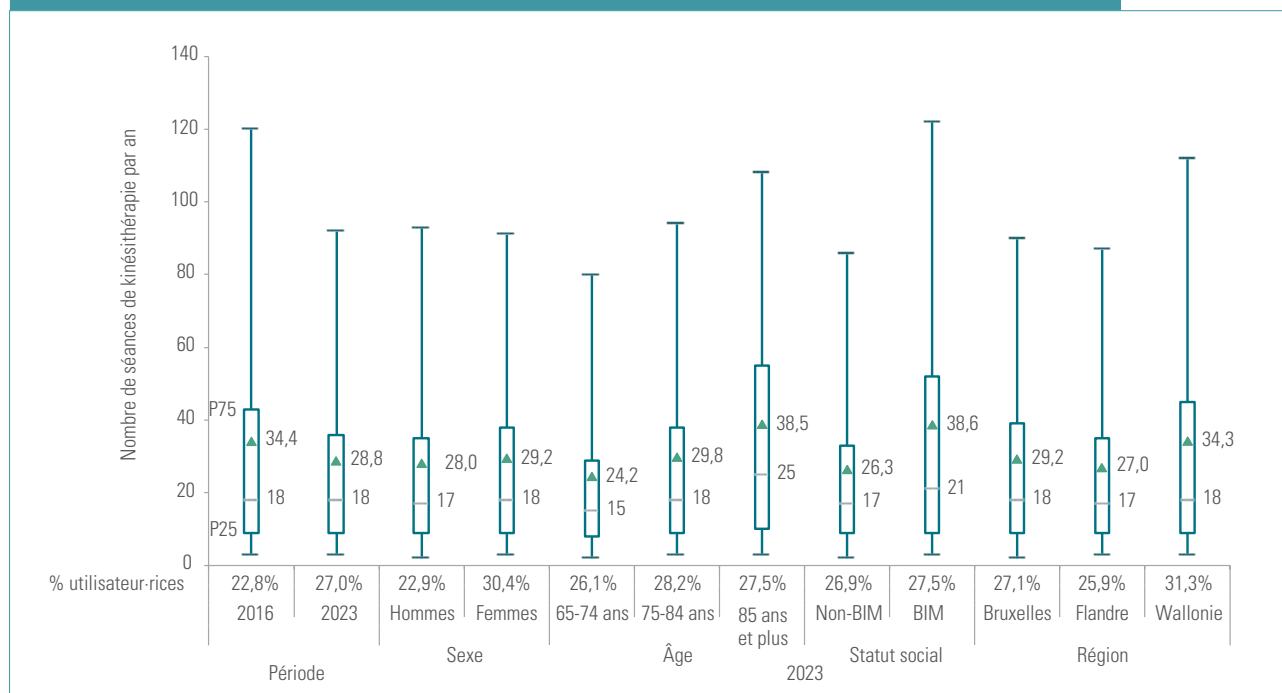
11,4% d'entre eux-elles ont eu recours aux soins à domicile en 2023, avec maximum 24 jours de soins à domicile pour la moitié des personnes de cette tranche d'âge. Chez les 75-84 ans, la proportion de personnes bénéficiant de prestations d'un-e infirmier-e à domicile double : 23,2%, de même que le volume médian de prestations par personne et par an. En effet, dans cette tranche d'âge, la moitié des personnes voit un-e infirmier-e à domicile au moins 53 jours par an. Toutefois, les chiffres les plus élevés sont observés chez les 85 ans et plus : 40,4% de ces personnes ont recours aux soins à domicile. Ici, la moitié des personnes âgées de 85 ans et plus qui font appel aux soins à domicile le font pendant au moins 147 jours.

3.1.4. Kinésithérapie

Analyse globale

En 2023, près de 27% des personnes âgées de 65 ans et plus, membres de la MC, ont eu au moins un contact ambulatoire avec un-e kinésithérapeute (en 2016 : 23%). Cette proportion varie selon le sexe et selon les régions. Par contre, on observe peu d'écart selon les tranches d'âge et le statut BIM (voir Figure 4).

Figure 4: Distribution du nombre de séances ambulatoires de kinésithérapie par personne et par an, pour les membres de la MC âgés de 65 ans et plus, selon le sexe, l'âge, le statut BIM et la région (Source : MC)



En ce qui concerne le volume annuel de séances par personne, observé en 2023, le nombre moyen est égal à 29 (médiane : 18). Pour 25% des personnes ayant eu recours à la kinésithérapie, le nombre de séances est supérieur ou égal à 36 (P75). On observe, ici, un effet d'âge : le nombre de séances augmente selon les tranches d'âge. Bénéficier ou non de l'intervention majorée a aussi une influence : les nombres moyens et médians de séances sont plus élevés pour les BIM que pour les non BIM.

Analyse par type de traitement

Le pourcentage d'utilisateur-rices et l'intensité d'utilisation varient beaucoup selon le type de kinésithérapie. Pour 2023, les nombres moyens et médians de séances selon le type de kinésithérapie sont donnés au tableau 8.

- Pour les **prestations courantes**, auxquelles 18% des personnes âgées de 65 ans et plus font appel, le nombre moyen de séances est de 12 (médiane : 9). Il faut tenir compte du fait que la législation limite, ici, le nombre de séances remboursées à 18, pour une même situation pathologique (toutefois, si le traitement doit être prolongé, il est possible de bénéficier de séances supplémentaires mais leur remboursement sera réduit).

- Pour un certain nombre de **pathologies aiguës** (liste Fa), le nombre de séances remboursées est fixé à un maximum de 60 (parfois 120). C'est pourquoi le nombre moyen de séances est, ici, plus élevé : 27 (médiane : 23). Environ 4,7% des 65 ans et plus ont eu recours à ce type de kinésithérapie.
- Pour un certain nombre de **pathologies chroniques** (liste Fb), le nombre de séances remboursées est fixé à un maximum de 60 (avec possibilité de 20 séances supplémentaires). Environ 4,6% des 65 ans et plus ont eu recours à ce type de traitement. Le nombre moyen de séances s'élève à 41 (médiane : 36). Il est croissant avec l'âge. De plus, le statut social a aussi une influence : les personnes BIM ont bénéficié d'un nombre annuel de séances plus élevé que les non BIM.
- Il existe encore une liste de **pathologies lourdes** (liste E) pour lesquelles le nombre de séances n'est pas limité (sauf exception). Un peu plus de 3% des membres MC âgés de 65 ans et plus ont été traités dans ce cadre. L'intensité d'utilisation est, ici, très élevée : le nombre moyen de séances s'élève à 70 (médiane : 60). Il y a un petit effet d'âge : le nombre de séances est plus élevé chez les 85 ans et plus que pour les autres tranches d'âge. Par contre, le statut BIM a un effet plus prononcé : les BIM ont, en moyenne, près de 20 séances de plus que les non BIM.

Tableau 8: Nombre de séances ambulatoires en 2023, selon le type de kinésithérapie, par personne et par an, pour les membres de la MC âgés de 65 ans et plus (Source : MC)

			Moyenne	Médiane
Prestations courantes	Total 65 ans et plus		12,3	9
	Statut social	Non BIM	12,2	9
		BIM	13,2	10
	Âge	65-74 ans	12,1	9
		75-84 ans	12,5	9
		85 ans et plus	13,0	10
Pathologies aiguës (liste Fa)	Total 65 ans et plus		27,0	23
	Statut social	Non BIM	26,6	23
		BIM	28,3	24
	Âge	65-74 ans	26,4	22
		75-84 ans	27,3	24
		85 ans et plus	28,0	24
Pathologies chroniques (liste Fb)	Total 65 ans et plus		40,6	36
	Statut social	Non BIM	38,7	34
		BIM	44,4	40
	Âge	65-74 ans	36,2	32
		75-84 ans	38,8	34
		85 ans et plus	43,8	39
Pathologies lourdes (liste E)	Total 65 ans et plus		71,0	60
	Statut social	Non BIM	65,8	54
		BIM	85,6	76
	Âge	65-74 ans	70,2	58
		75-84 ans	70,2	60
		85 ans et plus	75,6	68
Patient-es palliatif-ves à domicile	Total 65 ans et plus		57,7	33
	Statut social	Non BIM	55,7	31
		BIM	61,0	39
	Âge	65-74 ans	57,9	32
		75-84 ans	57,7	31
		85 ans et plus	57,6	36

- Enfin, la kinésithérapie pour **patient-es en situation palliative à domicile** est très peu utilisée (0,5%) mais également très intense : le nombre moyen de séances est de 58 (médiane : 33). On observe, ici, que les BIM bénéficient de plus de séances que les non BIM.

3.1.5. Soins dentaires

Globalement, un peu moins de 52% des membres de la MC âgés de 65 ans et plus ont eu recours à l'un ou l'autre **soin dentaire ambulatoire** en 2023 (2016 : 45%). Ce pourcentage varie selon l'âge, le statut BIM et les régions. Par contre, on ne voit pas de différence selon le sexe (voir Figure 5). En ce qui concerne le volume d'utilisation, le nombre annuel moyen et médian de jours où des soins dentaires ont eu lieu est égal à 2. Ces indicateurs ne varient pas selon les divers paramètres d'analyse.

Figure 5: Pourcentage de membres de la MC âgés de 65 ans et plus ayant recours aux soins dentaires ambulatoires, selon le sexe, l'âge, le statut BIM et la région, en 2016 et 2023 (Source : MC)



Ceux et celles qui résident dans une institution de soins ont beaucoup moins eu recours aux soins dentaires, quelle que soit la tranche d'âge considérée (voir Figure 6). Pour les personnes qui vivent chez elles, on constate que le recours aux soins dentaires est moins élevé lorsque des soins infirmiers sont également prestés à domicile par rapport à celles qui ne bénéficient pas de soins infirmiers. Même chez les 85 ans et plus, la proportion de personnes ayant bénéficié de soins dentaires est deux fois plus éle-

vée lorsqu'elles vivent chez elles sans soins infirmiers à domicile, par rapport à celle afférente aux personnes vivant dans une institution de soins.

Parmi les prestations de soins dentaires, de plus en plus d'ainé-es ont recours à la prestation au cours de laquelle l'index parodontal **DPSI** est déterminé (seule prestation de parodontologie remboursée aux 65 ans et plus). Chez les 65 ans et plus, la proportion de ceux et celles qui ont bénéfici-

Figure 6: Pourcentage de membres de la MC âgés de 65 ans et plus ayant recours aux soins dentaires ambulatoires, selon leur lieu de résidence et par âge, en 2023 (Source : MC)

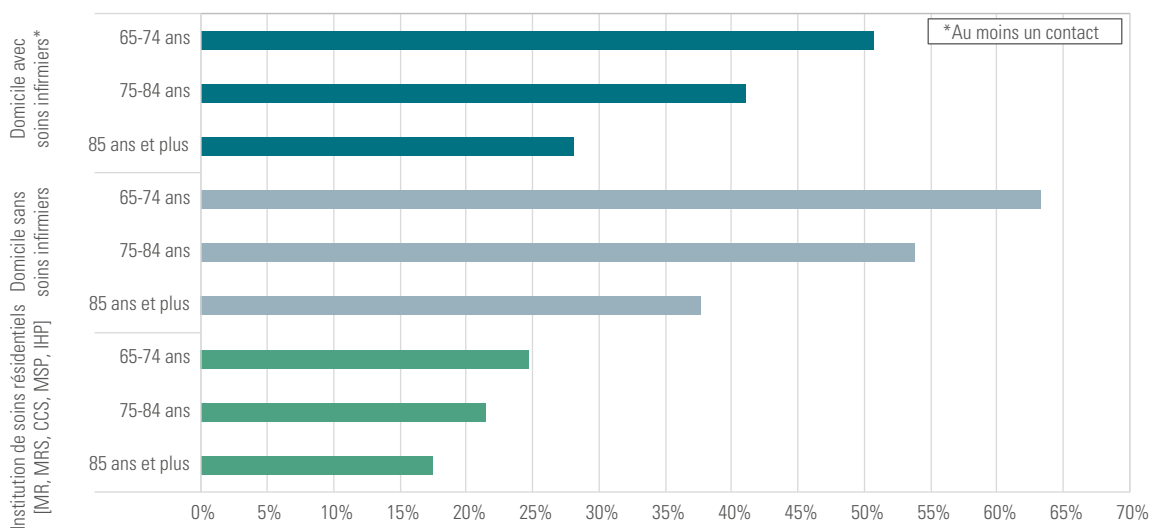
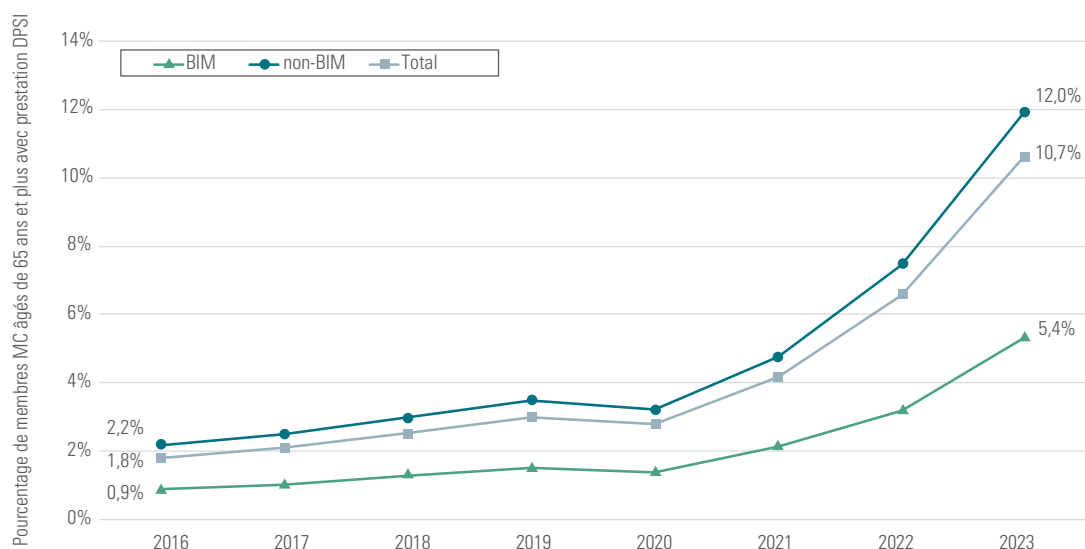


Figure 7: Pourcentage de membres de la MC âgés de 65 ans et plus ayant eu recours à la prestation permettant la détermination de l'index parodontal DPSI, selon le statut BIM, de 2016 à 2023 (Source : MC)



cié de cette prestation augmente de 1,8% en 2016 à 10,7% en 2023. Comme on le voit à la figure 7, cette proportion croît rapidement ces dernières années (sauf en 2020, année de la pandémie de coronavirus). On note un écart important entre les BIM et non BIM (en 2023, BIM : 5,4%, non BIM : 12,0%), entre les régions (en 2023, Flandre : 11,5%, Wallonie : 7,7%, Bruxelles : 8,5%), entre les tranches d'âge (en 2023, 65-74 ans : 15,4%, 85 ans et plus : 2,1%).

3.2. Médicaments ambulatoires

3.2.1. Volume de médicaments

Notre étude précédente montrait que quasi tous les membres de la MC âgés de 65 ans et plus recourent à l'un ou l'autre médicament ambulatoire (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). À la figure 8, nous donnons la distribution du **volume de médicaments**, estimé en DDD, pour l'année 2023. En moyenne, ce volume est de 1.338 DDD (médiane : 1.122). Certaines personnes ont un volume encore plus élevé : 25% des utilisateur·rices ont 1.875 DDD et plus (P75).

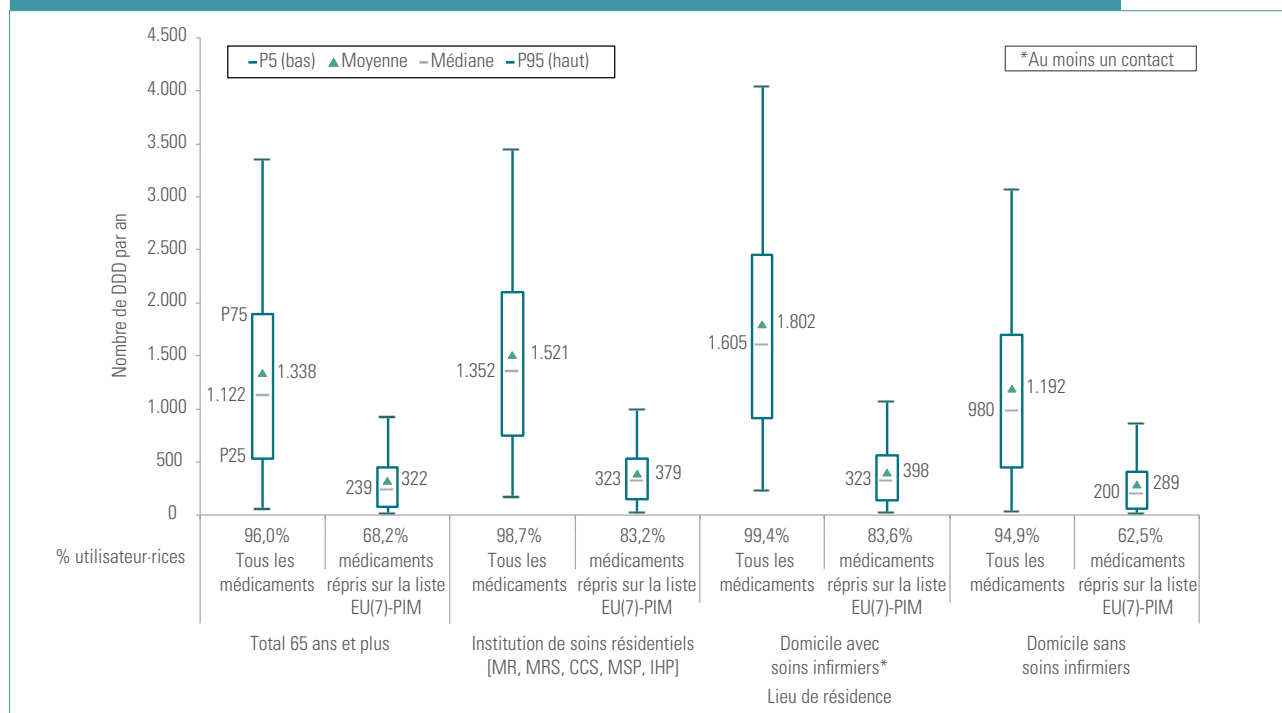
Ce volume global varie selon le sexe (moyenne : 1.389 et 1.298 DDD, respectivement pour les hommes et les femmes), selon l'âge (moyenne : 1.171 DDD pour les 65-74 ans, 1.512 DDD pour les 85 ans et plus), selon le statut BIM (moyenne : 1.579 et 1.279 DDD, respectivement pour les BIM et non BIM) et selon la région (moyenne : 1.327, 1.391 et 1.262 DDD,

respectivement pour la Flandre, la Wallonie et Bruxelles). Ce volume varie aussi selon le lieu de vie. Ainsi, le volume moyen est de 1.521 DDD (médiane : 1.352) pour ceux et celles qui résident en institution de soins. Pour les personnes qui résident chez elles, le volume moyen est de 1.802 DDD (médiane : 1.605) et 1.192 DDD (médiane : 980) selon que des soins infirmiers sont également prestés à domicile ou non.

Vu les volumes en cause, on peut s'interroger sur la qualité de cette prescription médicamenteuse. Afin d'avoir une estimation du **volume de médicaments potentiellement inappropriés**, nous avons fait appel à la liste *EU(7)-PIM*. Globalement, en 2023, 68% des personnes âgées de 65 ans et plus, membres de la MC, sont confrontées à l'un ou l'autre médicament figurant sur cette liste. Pour ceux et celles qui résident en institution de soins, ce pourcentage monte à 83%. Quant aux personnes vivant à leur domicile, ce pourcentage est, respectivement, de 84% et 62%, selon que des soins infirmiers sont effectués ou non au domicile.

En 2023, le volume de ces médicaments potentiellement inappropriés s'élève, globalement, à 322 DDD (médiane : 239). On obtient des ordres de grandeur comparables selon que les personnes âgées résident en institution de soins ou à leur domicile avec des soins infirmiers (moyenne : respectivement 379 et 398 DDD, médiane : 323 DDD). Par contre, ce volume est moins élevé quand les personnes âgées vivent à leur domicile sans soins infirmiers (moyenne : 289 DDD, médiane : 200 DDD).

Figure 8: Distribution du volume de médicaments ambulatoires (estimé en DDD) par personne et par an, pour les membres de la MC âgés de 65 ans et plus, selon leur lieu de résidence, en 2023 (Source : MC)

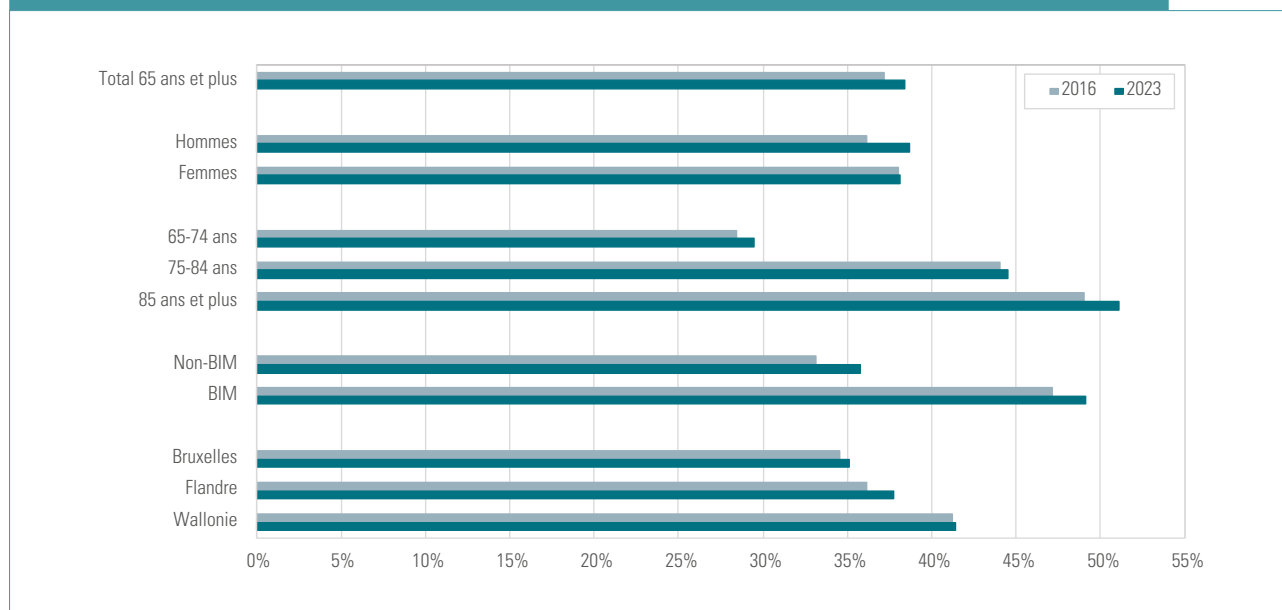


3.2.2. Polymédication

Une autre façon d’aborder le volume de médicaments ambulatoires est d’examiner **le nombre de médicaments différents** auxquels les personnes âgées ont recours. On parle à ce sujet de polymédication lorsque minimum cinq médicaments différents sont utilisés régulièrement.

La polymédication est assez fréquente chez les 65 ans et plus de la MC : globalement, 38% en 2023 (2016 : 37%) (voir Figure 9). Ce pourcentage croît avec l’âge. La polymédication est bien plus fréquente chez les BIM que chez les non BIM. On note également des variations régionales : la polymédication est plus présente en Wallonie, qu’en Flandre et à Bruxelles. Enfin, en fonction du lieu de vie, le pourcen-

Figure 9: Pourcentage de membres de la MC âgés de 65 ans et plus avec polymédication, par sexe, âge, statut BIM et région, en 2016 et 2023 (Source : MC)



tage de personnes âgées avec polymédication est de 52% lorsqu'elles résident habituellement en institution de soins. Quand elles résident à leur domicile, ce pourcentage diminue à 31% s'il n'y a pas de soins infirmiers, mais augmente à 59% s'il y en a.

3.2.3. Vaccins antigrippaux

Parmi les médicaments ambulatoires, il est intéressant d'examiner l'évolution du **recours aux vaccins antigrippaux** parmi les membres de la MC de 65 ans et plus (ne résidant pas en maison de repos¹¹). Si, globalement, le recours est stable de 2016 à 2019 (57% à 58%), on observe un pic en 2020 (68%) puis une réduction progressive de sorte qu'en 2023, le pourcentage de 65 ans et plus ayant eu recours à la vaccination est de 62%. On note également que le pourcentage de personnes vaccinées en 2023 reste supérieur à celui observé avant la pandémie de coronavirus en 2020. Cette évolution s'observe pour les trois tranches d'âge 65-74 ans, 75-84 ans, 85 ans et plus (voir Figure 10).

Autre évolution notable : avant la pandémie, le recours à la vaccination contre la grippe était un peu plus élevé parmi les BIM par rapport aux non BIM (en 2019 : 61% et 57%, respectivement chez les BIM et non BIM) ; par contre, cette tendance s'inverse après 2020 (en 2023 : 59% et 62%,

respectivement chez les BIM et non BIM). Les différences régionales sont également bien présentes, tout au long de la période 2016 à 2023 : c'est en Flandre que le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe est le plus élevé (2023 : 66%), tandis qu'il est nettement plus faible en Wallonie et Bruxelles (en 2023, respectivement : 48% et 47%).

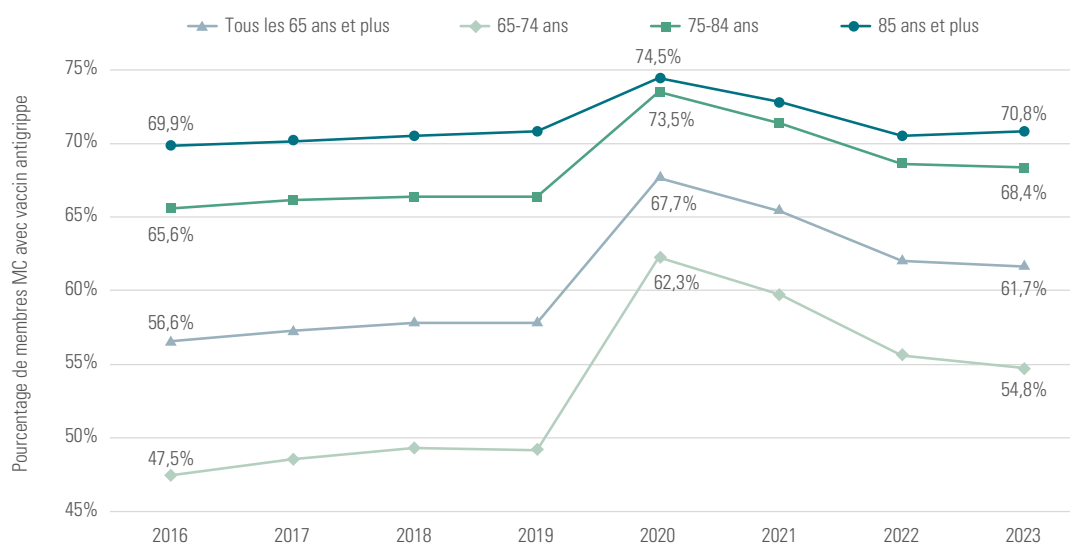
3.3. Soins hospitaliers

3.3.1. Contact avec les urgences d'un hôpital

Notre première étude sur les soins aux personnes âgées avait déjà montré une légère tendance à la hausse de la proportion de 65 ans et plus, membres de la MC, faisant appel au service des urgences d'un hôpital au cours d'une année entre 2016 et 2022 (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). En 2023, au moins une personne âgée de 65 ans et plus sur cinq a eu au moins un contact avec un service d'urgence (2016 : 18,6%). Toutefois, il existe des différences régionales : de 20,3% en Flandre à 23,1% en Wallonie et 25,8% à Bruxelles.

Cependant, le nombre moyen de contacts n'augmente pas sur la période 2016-2023, atteignant 1,5 (médiane : 1) en

Figure 10: Pourcentage de membres de la MC âgés de 65 ans et plus ayant eu recours à la vaccination contre la grippe, par âge, de 2016 et 2023, les résident-es en maison de repos étant exclu-es (Source : MC)



11 En Flandre, les vaccins sont gratuits pour les résident-es en maison de repos. Ils sont financés par la Communauté flamande et ces dépenses n'apparaissent pas dans les données mutualistes (Gerkens, et al., 2024b, p. 25).

2023. Le nombre moyen de contacts d'un-e patient-e ne diffère pas quel que soit le paramètre d'analyse.

3.3.2. Hôpital de jour (chirurgical et non chirurgical)

Globalement, en 2023, plus d'un quart (25,9%) des membres de la MC ayant 65 ans et plus ont eu recours à l'hôpital de jour, chirurgical ou non chirurgical. Par rapport à 2016, ce pourcentage a augmenté de 5,1%. Les différences régionales sont notables : alors que Bruxelles enregistre une augmentation de 2,3% (de 21,7% à 24,0%), la Flandre et la Wallonie enregistrent respectivement une hausse de 5,2% (de 21,4% à 26,7%) et de 4,9% (de 18,4% à 23,3%). La hausse plus forte en Flandre et en Wallonie est principalement due à l'hôpital de jour non chirurgical (voir Tableau 9). En hôpital de jour chirurgical, l'augmentation globale est de 1,9% (1,4% à Bruxelles, 2,0% en Flandre et 1,8% en Wallonie).

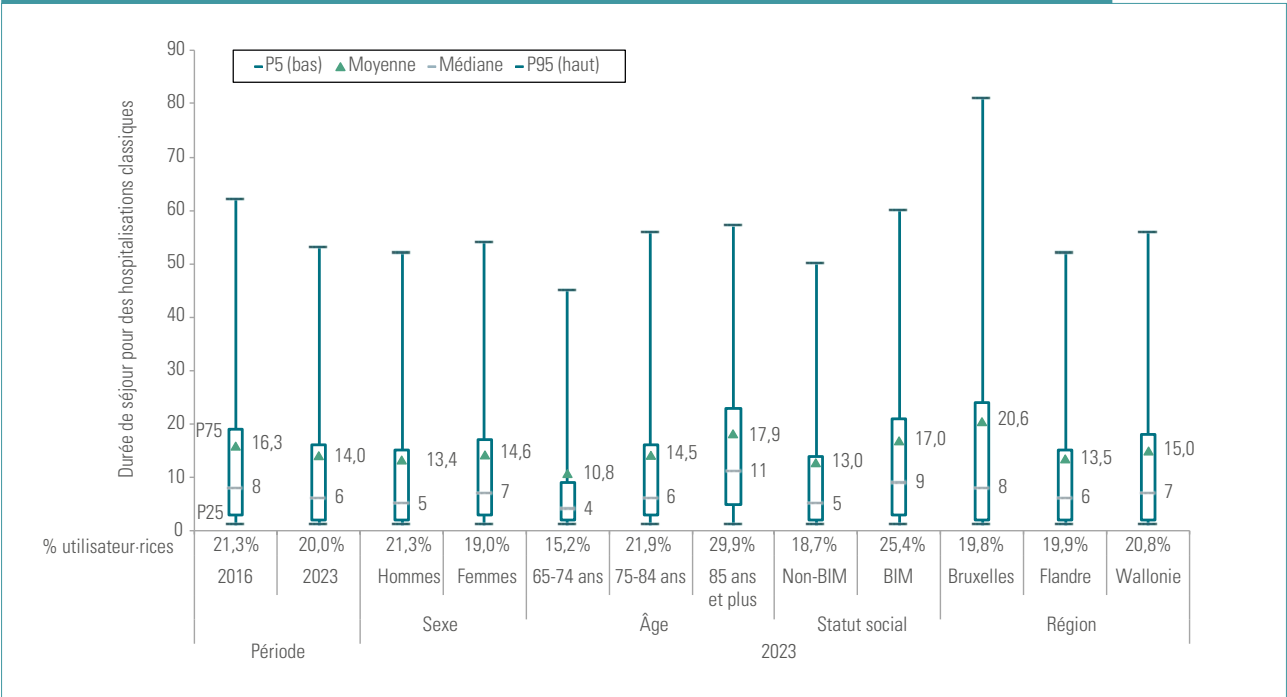
Pour l'hôpital de jour non chirurgical, les différences sont plus prononcées : une augmentation globale de 4,0%, mais de seulement 1,2% à Bruxelles contre une augmentation de 4,1% en Flandre et de 3,8% en Wallonie.

Quand les 65 ans et plus sont admis en hôpital de jour chirurgical ou non chirurgical, c'est environ trois fois par an en moyenne, tant en 2016 qu'en 2023, mais au moins la moitié d'entre eux-elles ne sont admis-es qu'une seule fois. Le nombre moyen d'admissions diffère légèrement entre les hommes (3,4) et les femmes (3,0), entre les non BIM (3,0) et les BIM (3,7), selon l'âge (65-74 ans : 2,8, 75-74 ans : 3,5 et 85 ans et plus : 3,4) et selon la région (Bruxelles : 3,5, Flandre : 3,1 et Wallonie : 3,3). En moyenne, il y a eu 3,5 admissions en 2023 pour l'hôpital de jour non chirurgical (médiane : 1) et 1,4 admission pour l'hôpital de jour chirurgical (médiane : 1).

Tableau 9 : Proportion de membres de la MC âgés de 65 ans et plus ayant été admis en hôpital de jour (chirurgical et non chirurgical), selon la région, en 2016 et 2023 (Source : MC)

Année	Hôpital de jour non chirurgical				Hôpital de jour chirurgical			
	Total	Bruxelles	Flandre	Wallonie	Total	Bruxelles	Flandre	Wallonie
2016	16,2%	17,6%	16,8%	13,9%	6,1%	5,7%	6,2%	5,7%
2023	20,2%	18,7%	20,9%	17,7%	8,0%	7,1%	8,2%	7,5%

Figure II: Distribution de la durée de séjour (admission classique) par personne et par an, pour les membres de la MC âgés de 65 ans et plus, selon le sexe, l'âge, le statut BIM et la région (Source : MC)



3.3.3. Admission classique

La proportion de personnes âgées, membres de la MC, admises en hospitalisation classique au cours d'une année, est restée stable sur la période étudiée : une sur cinq (voir Figure 11). Avec une proportion de 29,9% en 2023, le risque d'être admis au moins une fois est cependant plus élevé chez les 85 ans et plus, comme chez les personnes âgées BIM (25,4% contre 18,7% pour les non BIM). Si une personne de 65 ans et plus est hospitalisée, il s'agit en moyenne d'une admission et demie par an (médiane : 1). Il n'y a pas d'évolution entre 2016 et 2023. En 2023, il n'y a pas non plus de différence dans le nombre d'admissions selon le sexe, la tranche d'âge, le statut BIM ou la région.

En base annuelle, l'analyse de la durée moyenne totale de séjour par personne, toutes admissions classiques confondues, montre qu'elle diminue de 16,3 jours en 2016 (médiane : 8) à 14,0 en 2023 (médiane : 6). En 2023, on constate que les personnes âgées BIM ont une durée de séjour à l'hôpital plus longue (moyenne : 17,0 ; médiane : 9) que celles qui n'ont pas ce statut (moyenne : 13,0 ; médiane : 5). Il existe une légère différence selon le sexe : les femmes restent à l'hôpital un à deux jours de plus que les hommes. La figure 11 montre un effet d'âge évident : plus le-la patient-e est âgé-e, plus la durée de séjour à l'hôpital est longue. Les personnes âgées de 65 à 74 ans ont une durée moyenne de séjour d'environ 11 jours (médiane : 4), tandis que la durée de séjour des personnes âgées de 75 à 84 ans est de 14,5 jours (médiane : 6) et celle des personnes âgées de 85 ans et plus de 17,9 jours (médiane : 11). Nous observons également des différences régionales avec des durées de séjour plus élevées à Bruxelles (moyenne : 20,6 ; médiane : 8) par rapport à la Flandre (moyenne : 13,5 ; médiane : 6) et à la Wallonie (moyenne : 15,0 ; médiane : 7).

3.4. Rééducation fonctionnelle

En 2023, près de 7,8% des membres de la MC âgés de 65 ans et plus (=86.500 personnes) ont fait appel à des soins entrant dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle (en 2016 : 6,2%). Ce pourcentage est plus élevé chez les hommes (10,4%) que chez les femmes (5,6%), chez les BIM (8,7%) que chez les non BIM (7,6%), chez les 65 à 84 ans (8,3%) que chez les 85 ans et plus (5,4%). L'intensité de ces soins est généralement très grande. En effet, le nombre de jours où des soins de rééducation fonctionnelle ont été attestés est très élevé : 209 jours en moyenne sur l'année 2023 (médiane : 337 jours). En somme, pour beaucoup de patient-es, ces soins sont journaliers.

Il n'est pas forcément nécessaire de résider dans un centre spécialisé pour bénéficier de ces soins. Ils peuvent être prodigués dans un centre mais en ambulatoire ou bien encore au domicile du-de la patient-e (le centre servant alors à diagnostiquer et déterminer le traitement, à fournir l'assistance et le matériel, etc.). C'est le cas, par exemple, de la convention 7.85, qui organise l'assistance ventilatoire au long cours à domicile. Grâce à cette convention, il s'agit de déterminer si une personne souffre du syndrome des apnées obstructives du sommeil, auquel cas elle bénéficiera d'un traitement à domicile au moyen d'un appareil CPAP (*continuous positive airway pressure*) ou d'une orthèse d'avancée mandibulaire. En 2023, près de 32.000 membres de la MC âgés de 65 ans et plus ont fait appel aux soins prévus dans cette convention.

3.5. Soins résidentiels et semi-résidentiels

En 2023, parmi les membres de la MC âgés de 65 ans et plus, 0,5% a séjourné au moins un jour en centre de soins de jour (CSJ), 1,3% dans un centre de court séjour (CCS) et 7,2% dans une maison de repos (MR, MRS). La proportion d'utilisateur-rices varie en fonction de la région, du sexe et surtout de l'âge. De plus, les BIM ont fait plus souvent appel à ces institutions de soins.

Le tableau 10 fournit des informations sur le nombre de jours par personne en 2023 pour les séjours dans différents types d'institutions de soins. Les 65 ans et plus fréquentent un CSJ en moyenne 63 jours par an, soit 1,2 jour par semaine. Pour le court séjour, où le nombre moyen de jours d'admission est de 41, la réglementation limitant le nombre de jours sur une base annuelle doit être prise en compte dans la lecture des résultats : 90 jours à Bruxelles et en Wallonie et 60 jours en Flandre.

Tableau 10: Nombre de jours en 2023 pour les séjours des membres de la MC âgés de 65 ans et plus dans diverses institutions de soins pour personnes âgées, selon le statut BIM et l'âge (Source : MC)

			Moyenne	Médiane
Centre de soins de jour	Total 65 ans et plus		63,0	45
	Statut social	Non BIM	59,0	41,5
		BIM	70,5	51
	Âge	65-74 ans	68,0	49
		75-84 ans	61,7	45
		85 ans et plus	62,8	42
Centre de court séjour	Total 65 ans et plus		41,0	33
	Statut social	Non BIM	40,4	32
		BIM	42,3	33
	Âge	65-74 ans	38,6	30
		75-84 ans	40,2	32
		85 ans et plus	41,8	33
Maisons de repos (et de soins)	Total 65 ans et plus		273,4	354
	Statut social	Non BIM	267,4	351
		BIM	281,7	357
	Âge	65-74 ans	275,2	356
		75-84 ans	267,7	351
		85 ans et plus	275,3	355

Comme on pouvait s'y attendre, le nombre de jours en MR/MRS est élevé et une grande partie des personnes âgées y séjournent toute l'année. Pour les trois types d'institution, on observe un plus grand nombre de jours chez les BIM. Un effet inverse de l'âge a été observé en CSJ, avec une diminution du nombre de jours selon l'âge.

soins dépend d'aspects liés à plusieurs dimensions à la fois. De plus, il faut tenir compte du fait que nos résultats portent sur l'utilisation effective des soins par les personnes âgées, qui ne correspond pas nécessairement à l'utilisation attendue des soins sur la base de besoins cliniquement objectivés. En effet, divers obstacles peuvent amener certaines personnes à reporter des soins ou à y renoncer. La discussion des résultats concernant la polymédication et le recours aux médicaments potentiellement inappropriés se fait sous l'angle de la qualité des soins.

4. Discussion des résultats

Cette étude montre que de nombreuses personnes âgées ont un ou plusieurs contacts avec différents prestataires de soins au cours d'une année et qu'il existe, selon l'indicateur étudié, des différences en fonction de paramètres tels que l'âge, le sexe, le statut BIM et la région. Pour interpréter les résultats, nous utilisons le cadre d'analyse de l'accessibilité des soins, où pour chacune de ses différentes dimensions - sensibilité, disponibilité, acceptabilité et accessibilité financière (Cès, 2021) - nous mentionnons quelques résultats frappants. Toutefois, il convient de garder à l'esprit que l'accessibilité est multidimensionnelle et que le degré d'accessibilité d'une forme spécifique de

4.1. Accessibilité des soins

4.1.1. Sensibilité

La sensibilité aux soins signifie être capable **d'identifier un problème ou un risque de santé**. Cette identification est souvent faite par **la personne elle-même ou par un proche**, par exemple sur la base des symptômes ressentis. Nous avons constaté qu'une majorité de personnes âgées de la MC ont des contacts avec leur médecin généraliste au cours d'une année, et que le nombre de contacts annuels est plus élevé chez les plus âgés et les BIM, deux groupes dont l'état de santé tend à être moins favorable

(Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024). Il semble donc que les personnes âgées s'adressent facilement à un-e généraliste, que ce soit pour un problème spécifique ou pour des raisons préventives. De plus, des études antérieures ont montré que les médecins généralistes jouissaient d'un niveau de confiance élevé, ce qui les plaçait au cœur des soins aux personnes âgées (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2019).

Néanmoins, du point de vue du-de la patient-e, nous ne devons pas être aveugles aux **obstacles en matière de sensibilité**. En effet, la capacité à reconnaître les problèmes de santé est influencée par plusieurs facteurs, dont le degré de vulnérabilité socio-économique, le niveau de littératie en santé et le réseau social. La littérature montre que les personnes âgées de 75 ans et plus obtiennent des résultats nettement inférieurs en matière de littératie en santé (Charafeddine, Demarest, & Berete, 2019) et que 32% d'entre elles estiment que leur réseau social est limité (De Witte & Van Regenmortel, 2019). Cela augmente le risque de passer à côté de problèmes de santé (Cès, 2021).

Par conséquent, **les prestataires de soins partagent la responsabilité** d'identifier les besoins et d'initier le traitement, par exemple en accordant suffisamment d'attention aux problèmes de santé et de perte d'autonomie et en en discutant lors d'un contact avec le-la patient-e. Ils-elles jouent également un rôle important en matière de **prévention** : un-e prestataire de soins (par exemple, un-e médecin généraliste, un-e infirmier-e à domicile ou un-e pharmacien-ne) peut, entre autres, informer de manière proactive les gens de l'importance de la **vaccination antigrippale**. Dans la présente étude, nous avons en effet observé une couverture vaccinale contre la grippe de seulement 62% chez les personnes âgées vivant à domicile en 2023, avec une proportion plus faible encore chez les 65-74 ans, les BIM et en Wallonie et à Bruxelles. Et bien que la couverture vaccinale soit supérieure à la moyenne européenne de 43% (Belgium.be, 2024a), notre pays se situe largement en dessous de la norme de 75% fixée par l'OMS (WHO, 2003) et adoptée par le Conseil européen (Europese Raad, 2009). Pourtant, l'OMS décrit la vaccination comme « le moyen de prévention le plus efficace contre la maladie ou ses conséquences graves » (OMS, 2009, notre traduction) et recommande la vaccination pour les groupes à risques, dont les personnes âgées et celles ayant des problèmes de santé (WHO, 2018), étant donné le risque plus élevé d'évolution sévère de la maladie, d'hospitalisation et même de décès (Sciensano, 2024; WHO, 2022). Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) cite également la couverture vaccinale insuffisante contre la grippe en Bel-

gique comme un signal d'alarme en matière de prévention (Gerken, et al., 2024a).

D'autres études renvoient au rôle du-de la médecin généraliste dans la détection des **besoins en soins à domicile**, notamment les problèmes liés à la réalisation des activités de base de la vie quotidienne. Ce rôle n'est pas suffisamment assuré à l'heure actuelle : 41% à 58% des personnes ayant des difficultés à se laver et ne bénéficiant pas de soins infirmiers à domicile se rendent au moins une fois par mois chez leur généraliste (Cès, et al., 2016).

Dans le domaine des **soins dentaires**, en particulier dans le cas des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, les prestataires de soins ont également un rôle important à jouer. Dans notre étude, nous avons constaté qu'en 2023, malgré une augmentation depuis 2016, à peine la moitié des 65 ans et plus ont eu un contact avec un-e dentiste. Ceci est préoccupant compte tenu de l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire et de son lien avec la santé générale et le bien-être des personnes âgées (Dibello, et al., 2021). La littérature nous apprend que la sous-utilisation des soins dentaires chez les personnes âgées peut être due, entre autres, à une sensibilisation insuffisante à une bonne hygiène bucco-dentaire ou au fait que les problèmes dans ce domaine sont perçus comme secondaires lorsqu'il existe d'autres problèmes de santé graves (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019). Ce dernier point peut expliquer la proportion plus faible de personnes âgées ayant bénéficié d'au moins une visite chez le dentiste parmi les résident-es des maisons de repos ou les personnes recevant des soins infirmiers à domicile, étant donné que ces personnes sont généralement en moins bonne santé. Il est donc essentiel que les prestataires de soins continuent à sensibiliser les personnes âgées et leurs proches à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire, en les aidant, si nécessaire, ou en les orientant vers des soins appropriés. Les informations du baromètre de prévention flamand sur les soins dentaires montrent qu'il existe déjà des initiatives dans ce sens sur le terrain : 65% des maisons de repos participantes informent les résident-es et les proches sur la santé bucco-dentaire, 40% ont nommé un-e coordinateur-ice de soins bucco-dentaires et plus de 80% veillent à ce que les résident-es disposent du matériel adéquat et les encouragent par rapport aux soins bucco-dentaires quotidiens ou prennent en charge ces soins si nécessaire (Willems, 2023). De futures études devraient révéler l'impact de ces mesures sur le terrain. Une formation adéquate et continue des prestataires de soins sur l'importance des soins bucco-dentaires et sur les points d'attention spécifiques

de ces soins chez les personnes âgées est également importante, car la littérature a montré qu'il y a aussi des progrès à faire dans ce domaine (Janssens, et al., 2017; Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019).

4.1.2. Disponibilité

L'accessibilité des soins est également déterminée par la mesure dans laquelle les services sont disponibles et atteignables. L'offre de soins et de services doit donc être suffisamment importante, diversifiée et répartie, ainsi que facile d'accès tant sur le plan physique qu'organisationnel (heures d'ouverture, moyens de les contacter, etc.). Les services doivent pouvoir être adaptés pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient-e (langue, accessibilité pour les personnes à mobilité réduite, etc.). Bien que les données disponibles ne nous permettent pas de juger si les différences observées dans l'utilisation des soins sont dues à des problèmes de disponibilité et dans quelle mesure les utilisateur-ices effectif-ves ont rencontré des problèmes dans ce domaine, il est intéressant d'examiner certains résultats au regard de cette dimension de l'accessibilité.

Les résultats de la présente étude indiquent, par exemple, que le-la **médecin généraliste est largement disponible** : la plupart des personnes âgées entrent en contact avec lui-elle une ou plusieurs fois au cours d'une année, et en 2023, près d'un tiers des plus de 65 ans ont reçu une **visite à domicile**, une proportion qui est en outre plus élevée chez les 85 ans et plus (74%), les BIM (54%) et les personnes isolées (48%). Le-la médecin généraliste est également davantage disponible à des heures non régulières lorsque l'âge augmente et pour les personnes âgées BIM. Ces constats positifs semblent indiquer que les généralistes sont prêt-es à se déplacer chez un-e patient-e lorsqu'il-elle ne peut plus se rendre lui-elle-même au cabinet médical, par exemple en raison d'une perte d'autonomie, et que les généralistes sont également disponibles dans une certaine mesure pour des consultations urgentes « en dehors des heures ». Cependant, ici, un point important est à remarquer : la **tendance à la baisse** observée depuis 2016 dans la proportion de personnes âgées qui ont reçu au moins une visite à domicile sur l'année : globalement, de 42% à 31% ; parmi les 85 ans et plus, de 83% à 74%. Une explication possible pourrait être la combinaison de la pénurie de médecins généralistes et de la demande croissante de soins due au vieillissement de la population, de sorte que les médecins disposent peut-être de moins de temps pour les visites à domicile. Parallèlement, nous avons constaté que cela n'est pas compensé par une augmentation de l'utilisation des postes de garde.

La diminution du nombre de visites à domicile influence la « **disponibilité** » **attendue des patient-es** en ce sens qu'ils-elles devront alors se rendre plus souvent au cabinet du-de la généraliste par leurs propres moyens. Par exemple, nous constatons déjà une augmentation de la part de personnes âgées de 85 ans et plus ayant bénéficié d'au moins une consultation et une baisse significative de la proportion de celles ayant bénéficié d'au moins une visite à domicile. Et, quel que soit le groupe d'âge ou le statut BIM, le volume de visites à domicile par personne a également diminué sur une base annuelle. Pour la population étudiée, cela augmente le risque d'être confronté à un *besoin non satisfait* (*unmet need*) car certaines personnes âgées ne disposent pas des moyens de transport nécessaires ou ont plus de difficultés à se déplacer en raison de leurs problèmes de santé. Cet **obstacle** joue également pour les soins dispensés par les spécialistes et les dentistes par exemple, et certainement pour la kinésithérapie (Cès, et al., 2016) et la rééducation fonctionnelle. En kinésithérapie, le défi est d'autant plus grand que ces soins sont nécessaires plus fréquemment, comme l'indique le nombre annuel de séances de kinésithérapie pour les pathologies chroniques et lourdes. En matière de rééducation, un obstacle potentiel supplémentaire est le fait que l'offre de certains soins spécialisés est regroupée dans un nombre limité de centres, ce qui rend la distance à parcourir importante pour certaines personnes âgées. Le **risque** existe donc que **des personnes âgées n'accèdent pas aux services nécessaires** et ce risque est **plus important pour les plus vulnérables**.

Pour se rendre chez les prestataires de soins, de nombreuses personnes âgées **dépendent d'autres personnes**, comme un-e aidant-e proche, bien que cela ne doive pas être considéré comme une solution définitive. Les aidant-es proches, souvent le-la partenaire ou les enfants, ne sont pas toujours disponibles, par exemple en raison de leur propre problème de perte d'autonomie ou bien d'autres obligations professionnelles ou familiales. De plus, la disponibilité des aidant-es proches devrait diminuer au cours des prochaines décennies pour plusieurs raisons (réduction de la taille de la famille, éloignement des proches, participation accrue des femmes au marché du travail, etc.) (Belgium.be, 2024c). En outre, il existe un gradient socio-économique selon lequel les groupes moins privilégiés assument moins le rôle d'aidant-e proche (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Par ailleurs, l'enquête de santé de Sciensano montre que, par rapport aux jeunes, les personnes âgées perçoivent plus souvent la qualité du soutien social comme faible ou modérée (Braekman, Berete, Driessens, & Charafeddine, 2020).

Les transports en commun ne constituent pas non plus une alternative adéquate en raison de leur disponibilité insuffisante, de leur inadéquation avec la localisation des prestataires de soins et de leur inadaptation aux personnes âgées en perte d'autonomie. Le Conseil flamand des personnes âgées (*Vlaamse Oudenrenraad*), par exemple, a critiqué le nouvel horaire de De Lijn parce qu'il menace de laisser les personnes âgées dans une situation de pénurie de transport. Le Conseil a averti que la suppression de nombreux arrêts rendait les services sociaux moins accessibles et que, entre autres, une visite chez le-la médecin devenait beaucoup plus complexe, voire infaisable (*Vlaamse Oudenrenraad*, 2024). La CAS (Coordination des Associations de Seniors), une organisation francophone pluraliste de défense des personnes âgées, a plaidé en 2016 pour une répartition équitable de la mobilité sur le territoire. Elle demande d'éviter une fragmentation excessive des transports publics qui obligent les gens à combiner plusieurs modes de transport, car cela représenterait un défi physique trop important pour de nombreuses personnes âgées ou à mobilité réduite. La CAS souligne en outre que, malgré les efforts déjà consentis, l'accessibilité physique des transports en commun (gares, quais, véhicules) est encore souvent insuffisante pour ce groupe cible (CAS, 2016).

Sur le terrain, de nombreuses initiatives cherchent à répondre aux problèmes de disponibilité, notamment en proposant des **soins d'outreaching** où les prestataires de soins se rendent auprès des patient-es. Par exemple, tant en Belgique qu'à l'étranger, il existe des cabinets mobiles où des dentistes se rendent au domicile de personnes vulnérables ou dans des maisons de repos et dispensent des soins bucco-dentaires préventifs et curatifs¹². Tant en Belgique qu'aux Pays-Bas, par exemple, il existe aussi des initiatives qui prévoient le recours à de **nouveaux types de prestataires de soins**, comme les hygiénistes bucco-dentaires qui peuvent effectuer certaines prestations de dentisterie, en particulier au niveau des soins préventifs¹³. Il existe également des services de transport, organisés par les mutualités et les autorités locales, entre autres, qui proposent, grâce à **l'aide de volontaires, un transport non urgent de patient-es** moins mobiles vers un traitement médical. Mais cette dernière initiative n'est pas non plus une solution structurelle. En effet, l'offre n'est pas transparente ni suffisamment coordonnée, pas toujours adaptée

aux besoins du-de la patient-e, l'utilisation est soumise à des conditions qui ne permettent pas à tous-tes d'y avoir recours ou alors les coûts de transport ne sont pas acceptables en raison d'une vulnérabilité financière (*Observatorium chronische ziekten*, 2021).

Enfin, certaines **différences régionales** peuvent également être mises en évidence en ce qui concerne la dimension de la disponibilité. Pour le-la **généraliste** par exemple, la proportion d'utilisateur-rices est plus faible et le nombre de contacts sur une base annuelle est plus limité chez les Bruxellois-es. La proportion de Bruxellois-es qui consultent un-e **spécialiste** au cours d'une année est plus limitée que dans les autres régions, mais parmi les utilisateur-rices, le nombre de contacts est alors plus élevé que dans les autres régions. Une partie de l'explication peut résider dans l'offre plus importante de spécialistes à Bruxelles, compte tenu de la présence de plusieurs hôpitaux. Parallèlement, une étude a calculé que, selon le scénario retenu, le nombre de quartiers présentant une pénurie potentielle de médecins généralistes à Bruxelles en 2018 varie de 41 à 67 (Missinne & Luyten, 2018). La plus grande disponibilité des hôpitaux peut aussi expliquer la proportion plus élevée de Bruxellois-es de plus de 65 ans qui se rendent au moins une fois par an au **service des urgences** d'un hôpital. En revanche, ici, aucune différence n'a été observée quant au nombre de contacts avec les autres régions. Un autre domaine où l'offre explique en partie les différences régionales est celui des soins infirmiers à domicile. Nous avons observé une utilisation plus intense chez les plus de 65 ans en Flandre, où cette offre est traditionnellement plus développée (Belgium.be, 2024b).

4.1.3. Acceptabilité

Pour que les gens acceptent de se faire soigner, il faut que les soins soient acceptables et donc qu'il y ait une garantie d'un **niveau minimum de qualité perçue** (à la fois médicale et personnelle). L'analyse des données de facturation de la MC ne permet évidemment pas de dire dans quelle mesure les soins sont acceptables pour les gens. Seule une enquête directe auprès des personnes âgées et d'autres parties concernées permettra d'en savoir plus à ce sujet. Néanmoins, certains résultats peuvent être envisagés à partir de la dimension de l'accessibilité.

12 Voir par exemple : Gerodent (UZ Gent, 2024), <https://www.rtbef.be/article/projet-pilote-wallon-wavre-va-mettre-en-place-la-premiere-equipe-mobile-de-soins-dentaires-11164511>, Si tu ne viens pas au dentiste, le dentiste ira à toi ! - Fédération des maisons médicales et Fiche expérience régionale - SMS Dent | Gérotopôle Sud.

13 Pour plus d'informations, voir notamment <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/mondhygienisten> et ABN AMRO Bank sectorspecialisten Mondzorg (2024).

Par exemple, un recours fréquent à un-e **généraliste** peut indiquer que les personnes âgées jugent ses soins et son soutien acceptables. L'enquête de santé montre également que les personnes, quel que soit leur niveau de formation, évaluent positivement les contacts avec les médecins généralistes et estiment que le-la généraliste prend suffisamment de temps, explique les choses de manière compréhensible, laisse de la place pour discuter des questions ou des préoccupations et implique le-la patient-e dans les décisions concernant les soins et le traitement. C'est moins vrai pour les contacts avec des **spécialistes**, où ce sont particulièrement les personnes peu qualifiées qui sont moins satisfaites par rapport à ces aspects, à l'exception du temps consacré (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2019).

Pour **les soins et l'aide à domicile**, la littérature montre qu'il existe également des seuils d'acceptabilité et que le refus de demander de l'aide peut être attribué, entre autres, à l'insatisfaction quant à la qualité de l'aide. C'est, par exemple, lié à l'organisation, où le rythme de la personne nécessitant des soins n'est pas pris en compte lors de la planification d'un contact ou bien lorsque la manière dont les soins sont prodigués est perçue comme désagréable. Des recherches menées par Ces et al. (2016) ont déjà mis en évidence une sous-utilisation des soins à domicile. Les chercheur-euses ont constaté qu'à peine 37% des personnes ayant un besoin manifeste de soins d'hygiène recevaient régulièrement des soins infirmiers d'hygiène¹⁴. Un grand nombre de personnes âgées ayant besoin de soins et ayant un-e aidant-e proche âgé-e (75 ans et plus) ne reçoivent malgré tout pas de soins formels : 31% des personnes âgées souffrant d'incontinence et de graves troubles fonctionnels mais pas de problèmes cognitifs et encore 17% lorsque la personne nécessitant des soins a également des problèmes cognitifs. Ces situations sans soins formels présentent un risque à la fois pour l'aidant-e proche (épuisement, problèmes de santé et sociaux, etc.) et pour la personne nécessitant des soins (maltraitance, besoins essentiels non satisfaits, etc.). Parmi les obstacles, l'étude mentionne le fait que la qualité des soins est parfois perçue comme insuffisante, ce qui conduit les gens à préférer renoncer aux soins plutôt que de recevoir des soins qui ne répondent pas à leurs attentes. De plus, pour certaines personnes nécessitant des soins, il n'est pas facile de déléguer certains soins à des professionnel·les (par exemple les soins intimes), ou bien elles redoutent le jugement d'un-e soignant-e. Enfin, les personnes ne sont pas

toujours bien informées des soins auxquels elles peuvent faire appel.

Un autre exemple est celui des centres de soins de jour où les activités proposées ne correspondent pas toujours aux besoins de l'utilisateur·rice (Cès, et al., 2016). Une étude de la MC a mis en lumière le fait que le recours limité aux soins de répit, tels que les centres de soins de jour, est également dû en partie à des raisons subjectives telles que la résistance personnelle des personnes âgées ou de leurs aidant·es proches ou la crainte d'un jugement de l'entourage (Gérain & Avalosse, 2020).

Enfin, pour les **maisons de repos**, il y a aussi un problème d'acceptabilité et cela explique pourquoi les personnes âgées, même lorsqu'elles ont besoin de soins, veulent rester dans leur environnement familial le plus longtemps possible. Une enquête de la Fondation Roi Baudouin montre ainsi que 38% des personnes interrogées ont une vision négative de ce type d'institution et que 71% espèrent ne jamais avoir à y vivre. De plus, les répondant·es ne savent pas si le maisons de repos pourra répondre à leurs attentes. L'image de ces institutions est en outre plus négative chez les personnes qui bénéficient de peu de soutien social, qui vivent dans l'isolement social et qui se sentent souvent seules (Borgers, et al., 2022).

Sur le terrain, certaines initiatives peuvent contribuer à améliorer l'acceptabilité des soins nécessaires. Par exemple, les *Community Health Workers* (Facilitateurs en Santé) ont pour mission de fournir l'accompagnement nécessaire aux personnes en situation de vulnérabilité sociale, de les informer et de les orienter vers les services de soins et de bien-être et de les aider à les utiliser. Ce faisant, ils-elles adoptent une approche proactive et d'*outreaching* (« aller vers »)¹⁵. De plus, ces *Community Health Workers* contribuent à rendre les soins plus accessibles en se concentrant également sur leurs autres dimensions (sensibilité, disponibilité - par exemple, en aidant les personnes à prendre rendez-vous ou à se rendre à une consultation - et accessibilité financière, notamment en orientant et en accompagnant les personnes vers les interventions ou les systèmes auxquels elles ont droit). Les mutualités participent également activement à cette initiative.

14 Au cours du mois précédant l'évaluation des limitations fonctionnelles à l'aide de l'outil d'évaluation BelRAI Home Care.

15 Voir <https://www.chw-intermut.be/>.

4.1.4. Accessibilité financière

En ce qui concerne la quatrième dimension de l'accessibilité, à savoir l'accessibilité financière, il est essentiel que les parts personnelles (tickets modérateurs, suppléments, etc.) à payer par les patient-es pour les soins et l'assistance soient suffisamment limitées pour ne pas constituer un obstacle à l'accès aux soins nécessaires. Par ailleurs, le recours aux soins ne doit pas entraîner un risque de difficultés financières. Dans cette étude, l'accent n'a pas été mis sur l'analyse du coût des soins à charge des personnes âgées. Néanmoins, sur la base des résultats relatifs à l'utilisation des soins, nous détectons quelques préoccupations et points d'attention.

La quasi-totalité des personnes âgées consulte le-la **médecin généraliste** chaque année, le nombre de contacts étant croissant en fonction de l'âge. Un cinquième d'entre elles ont reçu des **soins infirmiers à domicile** en 2023, avec un nombre croissant d'utilisateur-rices et de contacts selon l'âge et le statut BIM, ce qui peut s'expliquer par un état de santé moins bon et donc un besoin de soins plus élevé. Il semble donc que les soins du-de la médecin généraliste et de l'infirmier-e à domicile sont financièrement accessibles aux patient-es, en partie grâce aux coûts à charge des patient-es limités et au taux élevé de prestataires entièrement conventionnés. Chez les généralistes, ce taux est de 89% (De Wolf, Willaert, & Landtmeters, 2023), et chez les infirmières de 86% (Germonpré & Willaert, 2023), ce qui fait que le risque de facturation de suppléments est faible. Le KCE a également conclu que les soins de médecine générale sont accessibles et que l'intervention majorée, combinée au système du tiers payant pour les personnes ayant ce statut, est une mesure efficace pour éliminer les obstacles. Il reste toutefois des points d'attention. Ainsi, selon le KCE, les personnes non BIM avec un risque de pauvreté rencontrent encore des obstacles (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Cela s'explique en partie par le fait que l'octroi de ce droit n'est pas automatique, ce qui oblige certain-es à entreprendre eux-mêmes des démarches pour l'obtenir. Goedemé et al. (2022) estiment que le non-recours (*non-take-up*) au statut BIM parmi les personnes éligibles de plus de 65 ans se situe, en 2019, entre 17% et 32%, la charge administrative associée à cette demande jouant un rôle.

Pour les **soins ambulatoires de spécialistes**, la situation est différente : le taux de conventionnement global est de 67%, mais avec de grandes différences selon la spécialisation. Parmi les gériatres et les médecins internes, la grande majorité est totalement conventionnée (90%), mais parmi

les rhumatologues (68%) et les cardiologues (65%), ce n'est le cas que de deux sur trois et parmi les chirurgien-nés orthopédiques, d'à peine un tiers (35%) (De Wolf, Willaert, & Landtmeters, 2023). Le risque de dépenses plus élevées en raison de la facturation de suppléments, combiné à la chronicité des pathologies et au besoin accru de soins, menace donc l'accessibilité financière des soins spécialisés. Nos données ne permettent toutefois pas de déduire si c'est également la (principale) explication du recours moindre à ces soins dans la tranche d'âge la plus élevée. D'autres facteurs peuvent aussi jouer un rôle, comme le besoin non perçu de ces soins, les éventuels problèmes d'accessibilité et de disponibilité (listes d'attente), etc.

Le **risque de coûts de santé élevés** peut certainement expliquer en partie les résultats sur le recours aux soins de spécialistes en fonction du statut BIM. Après avoir constaté que la proportion des BIM qui consultent un-e spécialiste en ambulatoire au cours d'une année est inférieure à celle des personnes n'ayant pas ce statut (Ackaert, Avalosse, & Verniest, 2024), nous avons vu dans cette étude qu'au contraire, le volume de soins spécialisés chez les 65 ans et plus ne diffère pas selon le statut BIM. Compte tenu de l'état de santé moins favorable des personnes BIM, ce résultat ne correspond pas à ce que l'on pourrait attendre. C'est également la conclusion d'un rapport du KCE qui parle d'un **fairness gap**, soit « l'écart entre le recours aux soins observé chez un individu et le recours aux soins attendu si l'on se réfère simplement aux besoins de soins de cet individu, indépendamment de ses revenus, de son niveau d'éducation et d'autres caractéristiques qui entraînent des inégalités injustifiées » (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020, p.10). Ceci est à mettre en relation avec, entre autres, les soins spécialisés où aucune différence socio-économique n'a été identifiée dans le nombre de consultations, alors que le besoin de soins est plus élevé (Gerkens, et al., 2024a). Les chercheur-euses concluent dans le même temps que cela peut être compensé par un plus grand nombre de contacts avec le-la généraliste : « Un nombre plus élevé de contacts avec un médecin généraliste en faveur des groupes les plus défavorisés est, d'une part, un signal positif concernant l'accessibilité financière des soins de médecine générale, mais peut, d'autre part, être une compensation des inéquités observées pour les soins spécialisés et doit donc également être considéré comme un signal d'alarme concernant les obstacles à l'accessibilité pour d'autres types de soins » (Gerkens, et al., 2024a, p. 76).

Dans la littérature, le recours plus limité aux **soins dentaires** chez les personnes âgées est également attribué

en partie à des barrières financières (Janssens, Duyck, De Visschere, & Declerck, 2019), peut-être dues au taux de conventionnement plutôt limité des dentistes dans notre pays. En 2022, à peine un-e dentiste généraliste sur trois était entièrement conventionné-e, ce qui rend le risque de suppléments élevé (De Wolf & Willaert, 2023). Le rapport du KCE évaluant la performance du système de santé belge pointe également l'inégalité importante et croissante des soins dentaires pour lesquels un gradient social majeur a été identifié. De plus, en 2023, un peu plus de 4% des plus de 65 ans ont déclaré un besoin non satisfait de soins dentaires. 61% des personnes qui n'ont pas reçu de soins dentaires en Belgique alors qu'elles en avaient besoin invoquent leur coût comme raison (Statbel, 2024a). Le KCE a conclu que l'accès aux soins dentaires comporte également d'autres obstacles que les obstacles purement financiers (Gerken, et al., 2024a). En effet, la littérature mentionne d'autres raisons telles qu'une sensibilisation insuffisante à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire en raison de son lien avec la santé générale.

Plus généralement, le rapport du KCE indique que le droit à l'intervention majorée pour les soins dentaires et les soins de spécialistes était moins efficace pour garantir l'accès à ces soins et que le taux de conventionnement plus limité parmi ces prestataires en est l'une des causes. Pour les soins dentaires, il met également en évidence les services qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire soins de santé. Dans le cadre de notre étude, nous attirons ici l'attention sur la **parodontologie**. Nous avons constaté que pour un nombre croissant de personnes âgées, la prestation permettant d'établir l'index parodontal (DPSI) est facturée. Il s'agit toutefois de la seule prestation en parodontologie qui soit remboursée pour les personnes âgées. Si un besoin de soins parodontologiques est identifié sur la base de ce diagnostic, les frais de traitement seront entièrement à la charge du/de la patient-e, car les traitements parodontologiques au-delà de 65 ans ne sont pas remboursés, alors qu'il existe bel et bien des besoins objectifs.

Un autre point d'attention en rapport avec l'accessibilité financière est le risque plus élevé, chez les personnes âgées, d'un montant total élevé de parts personnelles restant à leur charge. Compte tenu de l'augmentation de la comorbidité et des problèmes de perte d'autonomie en fonction de l'âge, ils-elles ont souvent recours à de multiples prestataires de soins et services d'aide, ce qui peut rendre **la somme totale des parts personnelles élevée**. Selon l'enquête sur le budget des ménages, dans les familles dont le membre le plus âgé a entre 64 et 75 ans, 4,4% du budget familial (1.140 euros en moyenne) sont consacrés aux soins de santé sur une

base annuelle. Cette proportion s'élève à 7% (2.400 euros en moyenne) pour une famille dont le membre le plus âgé a 75 ans ou plus (Statbel, 2023).

4.2. Qualité des soins

Un autre indicateur clé d'un système de santé performant est la qualité des soins, définie comme « la capacité de dispenser des soins qui augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances scientifiques du moment » (Belgium.be, 2024d). Comme les données des mutualités ne contiennent pas d'information sur les pathologies et les problèmes de santé, ni sur d'autres facteurs intervenant dans les choix de traitement, cette étude ne permet pas de procéder à une évaluation complète et objective de la qualité des soins. Toutefois, nous pouvons souligner quelques résultats sous l'angle de la qualité, à savoir ceux concernant la **polymédication et l'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés**, deux indicateurs associés à l'observance thérapeutique, aux effets secondaires, aux interactions médicamenteuses et à une vulnérabilité accrue (Gerken, et al., 2024a; Renom-Guiteras, Meyer, & Thürmann, 2015).

Dans notre population d'étude, la prévalence de la **polymédication** est globalement de 38%. Elle est croissante avec l'âge (51% chez les plus de 85 ans) et est plus élevée chez les BIM (49%). Ceci est conforme aux données du rapport du KCE évaluant la performance du système de santé belge dans lequel la polymédication est reprise comme indicateur de la « qualité des soins » dans le sous-indicateur « adéquation des soins » (=soins de santé adaptés aux besoins cliniques, eu égard aux connaissances scientifiques du moment) (Belgium.be, 2024d). Selon ce rapport, la prévalence globale de la polymédication en 2022 était de 42%, augmentant avec l'âge et plus élevée chez les personnes plus vulnérables (Gerken, et al., 2024a). Le KCE considère le résultat global de la Belgique comme moyen, tout en précisant que « le nombre de patients polymédiqués reste relativement élevé par rapport à d'autres pays, mais a légèrement diminué au fil du temps » (Gerken, et al., 2024a, p. 117).

Ce qui est frappant dans notre étude, c'est la différence de prévalence de la polymédication **selon le lieu de résidence** : 31% chez les personnes âgées vivant à domicile sans soins infirmiers contre 52% pour celles résidant dans une institution de soins et même 59% pour celles qui vivent chez elles tout en bénéficiant de soins infirmiers. Ces différences peuvent s'expliquer en partie par un état de santé moins bon et donc un besoin de médicaments potentiellement plus élevé chez les

personnes admises dans une institution de soins ou recevant des soins infirmiers à domicile. D'ailleurs, la prévalence plus élevée dans les institutions, en l'occurrence les maisons de repos, a également été documentée dans la littérature. Mais des recherches supplémentaires sont nécessaires sur la prévalence plus élevée chez les personnes âgées recevant des soins infirmiers à domicile par rapport à celles qui séjournent en institution, bien que cela puisse être lié à la prévalence plus faible de la polymédication chez les personnes âgées de 90 ans et plus (Gerkens, et al., 2024a), en conjonction avec l'âge avancé des résident-es en maison de repos.

Les résultats sur **l'utilisation de médicaments potentiellement inappropriés** peuvent également être examinés dans le cadre de la qualité des soins. Nous avons constaté que plus de deux personnes âgées de 65 ans et plus sur trois se voient prescrire des médicaments qui ne sont peut-être pas le traitement le plus approprié. Cette proportion est nettement plus élevée chez les personnes âgées vivant à domicile et bénéficiant de soins infirmiers à domicile (84%). C'est également le cas des résident-es en institution de soins où la proportion est de 83%, un pourcentage que l'on retrouve également dans la littérature (Anrys, et al., 2018).

Il existe déjà des initiatives sur le terrain visant à l'utilisation rationnelle des médicaments. Quelques exemples : la campagne gouvernementale sur l'utilisation des antibiotiques (Belgium.be, 2025), la revue de médication par un-e pharmacien-ne pour les personnes polymédiquées vivant à domicile (BCFI, 2023) et les projets flamands grâce auxquels des conseiller-ères en processus soutiennent les maisons de repos par rapport à la politique de psychopharmacie (Vlaams Instituut Gezond Leven, 2025). **Néanmoins, nos résultats combinés aux conclusions de la littérature scientifique suggèrent que l'utilisation des médicaments doit faire l'objet d'une plus grande attention.**

Les résultats de notre étude ne permettent pas de conclure à une garantie de **continuité des soins**, qui fait également partie de la qualité des soins (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020). Néanmoins, nous aimerions souligner un point d'attention pertinent dans ce contexte. Nous avons observé une diminution de la durée moyenne de séjour dans les hospitalisations classiques et une augmentation des admissions en hôpital de jour, ce qui est conforme aux constats de la littérature. Le fait que les personnes âgées, dans la mesure du possible, **restent moins longtemps à l'hôpital** est une évolution positive, car une admission hospitalière est un événement majeur (Bakerjian, 2024). Cela signifie qu'il faut continuer à accorder une attention suffisante à la gestion des sorties et **à la garantie du suivi des soins à domicile.**

5. Recommandations

Afin de répondre de manière adéquate aux défis identifiés en termes d'accessibilité et de qualité des soins aux personnes âgées, nous formulons quelques recommandations, destinées à la fois aux décideur-euses politiques, aux prestataires de soins et de services et aux organisations de la société civile.

5.1. Sensibilité

Recommandations aux prestataires de soins, aux responsables politiques et aux organisations de la société civile pour une plus grande sensibilité aux besoins de soins :

- Être suffisamment attentif aux problèmes de santé des personnes âgées et faire en sorte qu'ils fassent l'objet d'une discussion.
- Investir dans des initiatives qui renforcent la littératie en santé des personnes âgées, notamment en fournissant des informations suffisantes et accessibles sur la gamme existante de soins et d'aides disponibles.
- Accorder encore plus d'attention aux soins préventifs. Informer, par exemple, les patient-es de l'importance de la vaccination contre la grippe, d'une bonne hygiène bucco-dentaire et des soins dentaires préventifs et curatifs.
- Continuer à investir dans des campagnes de sensibilisation des prestataires de soins, ainsi que la société dans son ensemble, dans des domaines où des améliorations sont encore possibles, tels que le recours aux médicaments, la vaccination contre la grippe et les soins bucco-dentaires préventifs.

5.2. Disponibilité

Recommandations aux prestataires de soins et aux responsables politiques en vue d'une plus grande disponibilité des soins :

- Dresser une carte détaillée des besoins de soins, à la fois par type ainsi que selon leur ampleur et adapter l'offre en conséquence.
- Investir dans l'attractivité des professions de soins et envisager la délégation des tâches et l'utilisation efficace et complémentaire de prestataires de soins, compte tenu de la pénurie (imminente) de certains profils (Janssens & Lavergne, 2024). En ce qui concerne l'utilisation complémentaire de prestataires de soins, dans le domaine des soins dentaires, les projets actuels concernant les hygiénistes bucco-dentaires devraient être évalués. Il

convient d'examiner comment ils peuvent être intégrés et financés de manière structurelle. En effet, ils peuvent contribuer à renforcer les soins dentaires préventifs et à soutenir les personnes vulnérables pour lesquelles les soins dentaires ne sont actuellement pas suffisamment accessibles, et pas seulement au sein des cabinets dentaires.

- Améliorer l'accessibilité physique des soins grâce à des mesures de soutien et investir dans des solutions innovantes telles que les soins d'*outreaching*.
- Garantir la disponibilité durable des aidant-es proches et les soutenir en supprimant les obstacles financiers et organisationnels et en renforçant les congés pour soins prodigués par des aidant-es proches. Dans le même temps, il faut veiller à ce que les soins d'aidant-es proches restent un choix volontaire et ne soient pas le résultat de problèmes de disponibilité, d'accessibilité ou d'accessibilité financière des soins et de l'aide professionnels.

5.3. Acceptabilité

Recommandation aux responsables politiques, aux prestataires de soins et aux organisations de la société civile pour une meilleure acceptabilité des soins :

- Monitorer plus en détail les seuils d'acceptabilité des soins chez les personnes âgées et y répondre de manière adéquate. Examiner le rôle que peuvent jouer à cet égard les acteurs intermédiaires tels que les organisations de la société civile et les initiatives existantes comme les *Community Health Workers*.

5.4. Accessibilité financière

Recommandations aux responsables politiques pour une plus grande accessibilité financière des soins :

- Garantir des soins et un soutien abordables en continuant d'investir dans une offre suffisante et différenciée où les parts personnelles à payer par les patient-es restent acceptables. Un point d'attention particulier est de garantir la sécurité tarifaire pour les patient-es, par exemple en interdisant les suppléments ou par le biais d'initiatives qui contribuent à augmenter le taux de conventionnement des prestataires.
- Améliorer l'accessibilité financière en élargissant l'application du système du tiers payant obligatoire ainsi que l'octroi automatique de mécanismes de protection tels que l'intervention majorée.
- Pour la parodontologie en particulier, poursuivre sa mise

en œuvre progressive dans le but, à terme, de supprimer la limite d'âge pour le remboursement de ce traitement.

- Plus généralement, prendre des décisions *evidence based* qui prennent également en compte les besoins réels en matière de soins.

5.5. Qualité des soins

La qualité des soins, notamment l'utilisation des médicaments, doit rester un point d'attention permanent pour les décideur-euses politiques et les prestataires de soins ; pour ces dernier-ères, quand nécessaire, dans le cadre d'une consultation pluridisciplinaire et chacun-e à partir de sa propre expertise. Il faut continuer à investir dans des campagnes et des initiatives visant à une utilisation plus rationnelle des médicaments. Des besoins objectifs et des lignes directrices sur les traitements et le soutien adéquats devraient être les points de départ de ce genre de démarche.

Conclusion

Sur la base des données de facturation de la MC, cette étude a examiné plus en détail l'utilisation des soins par les personnes âgées de 65 ans et plus, membres de la MC, en se concentrant également sur le volume annuel des soins. Il n'est pas simple de discuter de cette utilisation réelle des soins à partir des quatre dimensions de l'accessibilité des soins, complétées par la dimension de la qualité. Néanmoins, en partie grâce à la combinaison de ce cadre d'analyse et de la littérature, nous avons pu mettre en évidence certains résultats notables, tels que des besoins non satisfaits (*unmet need*) en matière de soins dentaires, des risques potentiels associés au recours aux médicaments et la couverture vaccinale insuffisante contre la grippe. La question du degré de correspondance entre l'usage réel des soins et les besoins objectifs de soins des personnes âgées, ainsi que les obstacles en matière d'accessibilité aux différentes formes de soins, nécessite toutefois des études complémentaires à l'aide d'autres méthodes de recherche.

Les résultats de la présente étude illustrent les principaux défis que devra relever la future politique des soins aux personnes âgées en matière de sensibilité, de disponibilité, d'acceptabilité et d'accessibilité financière, ainsi qu'en matière de qualité. Une réponse adéquate, partant des besoins et des souhaits des personnes âgées elles-mêmes, est la responsabilité partagée de tous les acteur-rices de la société.

Bibliographie

- ABN AMRO Bank sectorspecialisten Mondzorg. (2024). *Mondzorg in beeld*. Amsterdam: ABN AMRO Bank.
- Ackaert, K., Avalosse, H., & Verniest, R. (2024). Profil de santé de nos aînés. *Santé & Société*, 9, 4-43.
- Anrys, P., Strauven, G., Foulon, V., Degryse, J.-M., Henrard, S., & Spinewine, A. (2018). Potentially inappropriate prescribing in Belgian nursing homes: prevalence and associated factors. *Journal of the American medical directors association*, 19(10), 884-890.
- Bakerjian, D. (2024). *Soins hospitaliers et personnes âgées*. Consulté le 7 janvier 2025, sur <https://www.msmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/soins-aux-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/soins-hospitaliers-et-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>
- BCFI. (2023). Medicatienazicht door de huisapotheker: een nieuw initiatief. *Folia Pharmacotherapeutica*, 50(4), 1-4. Consulté le 21 janvier 2025, sur <https://www.cm.be/nl/diensten-en-voordelen/terugbetaling-geneesmiddelen#huisapotheker>.
- Belgium.be. (2023). *Evolutie en kenmerken ziekenhuisverblijf*. Consulté le 8 janvier 2025, sur Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/activiteit/evolutie-en-kenmerken-ziekenhuisverblijf>
- Belgium.be. (2024a). *Preventieve zorg*. Consulté le 10 décembre 2024, sur Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/preventieve-zorg?highlight=WYJtYWtlIiwibWFrZXMiLCJ-tYWtpbmciLCJiZWxlaWRzbWFrZXJzIiwibWFrZW4iLCJvbmdlbWFrliwidmVyZ2VtYWtrZWxpamt0liwiZ2VicnVpa21ha2Vuliw>
- Belgium.be. (2024b). *Spreiding van zorgpersoneel*. Consulté le 10 décembre 2024, sur Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/toegankelijkheid-van-de-zorg/spreiding-van-zorgpersoneel#A-11>
- Belgium.be. (2024c). *Zorg voor ouderen*. Consulté le 10 décembre 2024, sur Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/specifieke-zorgdomeinen/zorg-voor-ouderen#OLD-3>
- Belgium.be. (2024d). *Zorgkwaliteit*. Consulté le 10 décembre 2024, sur Naar een gezond België: <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/zorgkwaliteit/zorgkwaliteit>
- Belgium.be. (2025). *Praatoverantibiotica*. Consulté le 21 janvier 2025, sur <https://praatoverantibiotica.be/>.
- Borgers, A., Sanders, C., Samyn, W., Minnebo, J., Steyaert, J., Lagrou, R., . . . Verbelen, J. (2022). *Levenskeuzes op latere leeftijd bij niet hulpbehoevende personen*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid - synthese*. KCE Reports 334As. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2023). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium*. Copenhagen: World Health Organization - European Region.
- Braekman, E., Berete, F., Drieskens, S., & Charafeddine, R. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: sociale gezondheid*. Brussel: Sciensano.
- CAS. (2016). *La mobilité des seniors en Belgique: travaux de la Coordination des Associations de Seniors*. Charleroi: CAS.
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A.-S., Pauwen, N., & Macq, J. (2016). *Mantelzorgers van thuiswonende ouderen in België: een cruciale en complexe rol*. Data-onderzoek. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., & Berete, F. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: opname in het ziekenhuis*. Brussel: Sciensano.
- Charafeddine, S., Demarest, S., & Berete, F. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: gezondheidsvaardigheden*. Brussel: Sciensano.
- De Visschere, L., Janssens, B., De Reu, G., Duyck, J., & Vanobbergen, J. (2016). An oral health survey of vulnerable older people in Belgium. *Clinical Oral Investigations*, 20(8), 1903-1912.
- De Witte, J., & Van Regenmortel, T. (2019). *Loneliness and social isolation among elderly. An empowerment perspective*. Leuven: HI-VA-KULeuven.
- De Wolf, F., & Willaert, D. (2023). *Volume van de ambulante activiteit in tandzorg volgens conventionering van de zorgverstreker. Actualisatie gegevens 2022*. Brussel: IMA Intermutualistisch Agentschap.
- De Wolf, F., Willaert, D., & Landtmeters, B. (2023). *Volume van de ambulante activiteit volgens conventionering van de arts. Actualisatie gegevens 2022*. Brussel: IMA Intermutualistisch Agentschap.
- Demarest, S., Charafeddine, R., Drieskens, S., & Berete, F. (2019). *Gezondheidsenquête 2018: Patiëntervaringen*. Brussel: Sciensano.
- Dibello, V., Zupo, R., Lozupone, M., Castellana, F., Dibello, A., Daniele, A., . . . Panza, F. (2021). Oral frailty and its determinants in older age: a systematic review. *The Lancet Longevity*, 2, 507-520.
- Europese Raad. (2009). Council recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination. *Official Journal of the European Union*, 348, 71-72.
- Federaal Planbureau & Statbel. (2024). *Bevolkingsvooruitzichten*. Consulté le 10 décembre 2024, sur STATBEL: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/bevolkingsvooruitzichten>
- FOD Volksgezondheid. (2022). *Ziekenhuisverblijven patiënten 65 jaar en ouder*. Brussel: FOD Volksgezondheid.
- Gérain, P., & Avalosse, H. (2020). Comprendre les aidants proches, leur bien-être et leur recours aux services de soutien et de répit. *MC-Informations*, 282, 4-19.

- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024a). *Performance of the Belgian health system: Report 2024*. KCE Reports 376C. Brussels: KCE.
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024b). *Performance of the Belgian health system: Report 2024 – Supplement: technical sheets for indicators – domains*. KCE Reports 376S. Brussels: KCE.
- Germonpré, S., & Willaert, D. (2023). *Remgeld in de thuisverpleging. Nulmeting en simulatie van de kosten voor de patiënt*. Brussel: Inter mutualistisch Agentschap IMA-AIM.
- Goedemé, T., Janssens, J., Derboven, J., Van Gestel, R., Lefevère, E., Verbist, G., . . . Verschueren, I. (2022). *Take: reducing poverty through improving take up of social policies. Final report*. Brussels: Belgian Science Policy Office.
- Guillot, J., Maumus-Roberta, S., & Bezina, J. (2020). Polypharmacy: a general review of definitions, descriptions and determinants. *Therapies*, 75(5), 407-416.
- IBSA. (2024). *Offre de soins de santé et offre d'hébergement pour personnes âgées*. Consulté le 2 décembre 2024, sur IBSA: <https://ibsa.brussels/themes/sante/offre-de-soins-de-sante-et-offre-d-hebergement-pour-personnes-agees>
- IMA. (2024a). *IMA-Atlas (Gemiddeld aantal bij een huisarts per rechthebbende)*. Consulté le 11 décembre 2024, sur IMA-AIM: <http://atlas.ima-aim.be/databanken>
- IMA. (2024b). *Polyfarmacie in België*. Consulté le 10 décembre, 2024, sur IMA-AIM: <https://ima-aim.be/Polyfarmacie-in-Belgie?lang=nl>
- IMA. (2025). *IMA-Atlas (Kubus geen tandartsbezoek)*. Consulté le 8 janvier, 2025, sur AIM-IMA: <http://atlas.ima-aim.be/databanken>
- INAMI. (2025). *Statistiques sur les personnes affiliées à une mutualité*. Consulté le 20 janvier 2025, sur INAMI: <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/fr/analytics/Portal/public>
- Janssens, B., Vanobbergen, J., Petrovic, M., Jacquet, W., Schols, J., & De Visschere, L. (2017). The oral health condition and treatment needs of nursing home residents in Flanders (Belgium). *Community Dental Health Journal*, 34(3), 143-151.
- Janssens, H., & Lavergne, T. (2024). Pénurie des infirmier-es et crise du 'prendre soin'. *Santé & Société*, 10, 4-37.
- Janssens, L., Duyck, J., De Visschere, L., & Declerck, D. (2019). *Gezonde Mond: Factsheet mondgezondheid bij kwetsbare ouderen*. Brussel: Vlaams Instituut Mondgezondheid.
- Kossioni, A. (2023). Baby boomers in Europe: demography, socioeconomic and health status, and oral health needs. *Special care in dentistry*, 43(3), 304-312.
- Kovács, N., Liska, O., Idara-Umoren, E., Mahrouseh, N., & Varga, O. (2023). Trends in dental care utilisation among the elderly using longitudinal data from 14 countries: a multilevel analysis. *PLOS ONE*, 18(6), 1-12.
- Malkouti, S., Javan-Naoughabi, J., Yousefzadeh, N., Rezapour, A., Mortavzavi, S., Jahangiri, R., & Moghri, J. (2021). A systematic review of potentially inappropriate medication use and related costs among the elderly. *Value in Health Regional Issues*(25), 172-179.
- MC. (2024a). *Fondements pour un meilleur Produit de Bien-être brut. Elections 2024*. Bruxelles: Mutualité chrétienne.
- MC. (2024b). *Traitement de kinésithérapie*. Consulté le 10 décembre 2024, sur MC.be: <https://www.mc.be/fr/professionnels/traitements-kinesitherapie>
- Missinne, S., & Luyten, S. (2018). *Huisartsen in het Brussels Gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn mogelijke tekorten?* Brussel: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn GGC.
- Nascimento, T., Andrade, A., Cabrita, C., Pais, S., & De la Puerta, R. (2024). Prevalence of potentially inappropriate medication use in older adults with chronic diseases. *Proceedings*, 99(7), 1-4.
- Nie, J., Wang, L., Tracy, C., Moineddin, R., & Upshur, R. (2008). Health care service utilization among the elderly: findings from the Study to Understand the Chronic Condition Experience of the Elderly and the Disabled (SUCCEED project). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(6), 1044-1049.
- Niessen, D., van der Sanden, W., & van Mourik, K. (2013). The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study. *BMC Oral Health*, 13(61), 1-12.
- Noirhomme, C., & Lambert, L. (2020). La consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maison de repos reste importante. *MC-Informations*, 280, 44-52.

Observatorium chronische ziekten. (2021). *Antwoord van de Raadgevende afdeling van het Observatorium voor chronische ziekten op de vraag omtrent ziekenvervoer van Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke*. Brussel: RIZIV.

Renom-Guiteras, A., Meyer, G., & Thürmann, P. A. (2015). The EU(7)-PIM list: A list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 71(7), 865-875.

RIZIV. (2011). *Pilootproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN)*. Brussel: RIZIV.

RIZIV. (2025). *Nomenclatuur en pseudonomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen*. Consulté le 10 janvier 2025, sur Nomensoft: <https://webapps.riziv-inami.fgov.be/Nomen/nl/109012>

Sciensano. (2024). *Influenza*. Consulté le 10 décembre 2024, sur sciensano: <https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/influenza#complicaties-en-sterfte>

Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale*, 24(188), pp. 457-458.

Statbel. (2023). *Budget des ménages*. Consulté le 10 décembre 2024, sur STATBEL: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/budget-des-menages>

Statbel. (2024a). *Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale*. Consulté le 10 décembre 2024, sur STATBEL: https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/Huishoudens/10.7%20Inkomen%20en%20levensomstandigheden/10.7.1%20Armoederisico/Publication_Silc_STATBEL_FR.xlsx

Statbel. (2024b). *Structure de la population*. Consulté le 2 décembre 2024, sur STATBEL: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population#news>

UZ Gent. (2024). *Gerodent*. Consulté le 10 décembre 2024, sur UZ Gent: <https://www.uzgent.be/patient/zoek-een-arts-of-dienst/tandmond-en-kaakziekten/gerodent>

Van der Heyden, J., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Gezondheidsenquête 2018: Ambulante zorg door artsen en tandartsen*. Brussel: Sciensano.

Verniest, R., Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2020). Qui sont les résidents des maisons de repos : en quoi l'évolution des profils de résidents représente des défis pour l'avenir des maisons de repos ? *MC-Informations*, 282, 30-45.

Vlaams Instituut Gezond Leven. (2025). *Het wzc wil een procesbegeleider psychofarmaca*. Consulté le 21 janvier 2025, sur Een gratis project voor procesbegeleiding in WZC en LDC?: <https://www.gezondleven.be/projecten/procesbegeleiding-voor-preventie-in-woonzorgcentra/psychofarmaca>

Vlaamse Ouderenraad. (2024). *Laat ouderen niet achter in vervoersarmoede*. Consulté le 10 décembre 2024, sur Vlaamse Ouderenraad: <https://www.vlaamse-ouderenraad.be/wat-denken-we/mobiliteit/laat-ouderen-niet-achter-vervoersarmoede>

WHO. (2002). *Active ageing. A policy framework*. Geneva: WHO.

WHO. (2003). *World Health Assembly resolution 56.19. Prevention and control of influenza pandemics*. Geneva: WHO.

WHO. (2009). *Influenza*. Consulté le 10 décembre 2024, sur WHO: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/influenza>

WHO. (2018). *Influenza vaccination – 7 things to know*. Consulté le 10 décembre 2024, sur WHO: <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/influenza-vaccination-7-things-to-know>

WHO. (2019). *Medication Safety in polypharmacy: Technical report*. Genève: World Health Organization.

WHO. (2022). *Vaccines against influenza: WHO position paper*. Geneva: WHO.

Willems, B. (2023). *Preventiepeiling in woonzorgcentra 2023*. Brussel: Vlaams Instituut Gezond Leven.

Zacarin, A., Strumia, M., Piau, A., & Bagheri, H. (2020). Les médicaments potentiellement inappropriés : adaptation de la liste EU(7)PIM à la pratique médicale française. *Thérapies*, 75(6), 663-673.