

& SANTÉ SOCIÉTÉ

Recherches et analyses du Service d'études
de la Mutualité chrétienne

06 Le recours aux soins des personnes âgées

38 La fracture numérique et l'accessibilité des soins de santé

13

avril 2025

Des soins difficiles à atteindre

Des soins difficiles à atteindre

Edito



On dit souvent que les soins de santé n'ont qu'un impact limité sur la santé, qu'ils ne représenteraient que 10% des déterminants qui influencent l'état de santé. Or, l'existence d'obstacles à l'accès aux soins représente un risque sanitaire important pour une fraction non négligeable de la population. Dans les faits, notre état de santé est donc moins la résultante des soins de santé eux-mêmes, que celle des interactions complexes entre ces soins, leur accessibilité, notre environnement global et les caractéristiques socio-économiques des patient-es.

Pouvoir se déplacer jusqu'à un cabinet, pouvoir payer sa consultation, savoir qu'un-e spécialiste peut prodiguer des soins préventifs, savoir utiliser le site sur lequel s'inscrire pour réserver une consultation sont autant de potentiels obstacles à l'accès aux soins, même dans une situation où les soins seraient effectivement fournis. Ce numéro de Santé & Société est donc une nouvelle opportunité de rappeler l'importance d'une prise en considération de la santé dans toutes les politiques (*health in all policies*) avec une approche d'universalisme proportionné, y compris dans les soins de santé. Investir dans l'outreach, investir dans les transports en commun vers les institu-

tions de soin, investir dans la formation numérique sont autant d'outils qui diminuent le seuil d'accès à la santé, et peuvent donc renforcer la santé publique.

Ce numéro zoome sur deux enjeux spécifiques : les publics âgés et la digitalisation des services de santé. Notre première étude, *Le recours aux soins des personnes âgées*, analyse l'utilisation effective des soins de santé chez les membres de la MC âgés de 65 ans et plus. Cet article nous permet d'identifier les différences régionales ou liées à l'âge ou au statut social. De plus, de nombreuses différences sont aussi à imputer à des difficultés d'accès. L'étude souligne plusieurs enjeux cruciaux en matière d'accessibilité et de qualité des soins. La baisse des visites à domicile suggère que la charge de la mobilité repose de plus en plus sur les patient-es, ce qui peut être un obstacle pour les personnes en perte d'autonomie qui dépendent souvent de services formels et d'aide informelle pour pouvoir bénéficier de soins : un-e parent-e ou un-e volontaire qui fait le trajet jusqu'au cabinet médical, une infirmière qui prodigue des soins à domicile, un-e dentiste qui se rend en maison de repos et de soins.

Or, avec la perte d'autonomie, le besoin de soins augmente. C'est donc toute une organisation des soins qui doit se faire et qui vient se surimprimer sur le système tel qu'il est disponible. Une telle coordination des acteur-trices et des trajets de soin ne va pas de soi et produit de grandes inégalités selon que les services formels sont ou non disponibles et en vertu de la situation d'isolement ou non de la personne. Beaucoup de prises en charge en institution sont liées au fait que les soins à distance ne peuvent pas

être garantis. C'est la raison pour laquelle nous sommes alarmés par le fait que le nombre de visites chez ces patient-es a tendance à diminuer au profit des consultations. De la même manière, on constate que les soins dentaires pour ces patient-es restent un vrai défi. Seulement 52% des patient-es de 65 ans et plus ont eu au moins un contact avec un-e dentiste au cours de l'année 2023. Et ce alors que le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire est crucial pour éviter certaines complications cardiaques ou respiratoires. Les services parodontologiques, peu reconnus et peu remboursés, ne sont pas assez accessibles pour les personnes âgées. L'inégalité d'accès aux spécialistes et aux soins dentaires, en partie liée aux coûts et à la disponibilité des prestataires, appelle des mesures pour garantir la tarification conventionnée et améliorer l'offre de soins. Or, les soins dentaires pour les personnes âgées sont cruciaux pour leur garantir une vie de qualité : les problèmes dentaires peuvent conduire à une dénutrition et à des carences graves.

Nous nous sommes également concentrés sur la polymédication des personnes âgées. Pour cet indicateur encore, nous constatons que 38% des patient-es recourent à au moins cinq médicaments différents (à raison de plus de 80 DDD par an). Or, il existe peu d'études sur les interactions résultant de la combinaison d'autant de molécules. En matière de qualité, la prévalence élevée de la polymédication et de l'usage de médicaments potentiellement inappropriés interpelle sur le suivi des prescriptions et la coordination des soins. La continuité des soins est également un enjeu, notamment avec la réduction de la durée des hospitalisations et la nécessité d'un accompa-

gnement adapté post-hospitalisation. Face à ces constats, il est essentiel de renforcer les stratégies de prévention, d'assurer un meilleur accompagnement des plus vulnérables et de garantir une organisation des soins qui prenne en compte les besoins spécifiques des personnes âgées, tant en termes de disponibilité que de qualité des prestations.

Afin de garantir une accessibilité et une qualité optimales des soins pour les personnes âgées, il est essentiel d'adopter une approche globale, tenant compte des différentes dimensions identifiées. L'enjeu principal réside dans la capacité à développer des politiques et des pratiques qui allient sensibilité aux besoins spécifiques, disponibilité effective des services, acceptabilité des soins et accessibilité financière. Cela implique non seulement des adaptations structurelles — telles que le renforcement des soins préventifs et la prise en compte des besoins non satisfaits en matière de soins dentaires ou de vaccination — mais aussi une réflexion sur la manière dont les acteurs et les actrices de terrain peuvent mieux répondre aux attentes des patient-es. Investir dans la littératie en santé, rendre l'information plus accessible, soutenir davantage les prestataires de soins sont autant de leviers qui permettront de réduire les inégalités d'accès et d'assurer une meilleure prise en charge des personnes âgées.

Enfin, garantir une accessibilité financière réelle exige un engagement fort des autorités publiques en matière de tarification et de mécanismes de protection sociale. L'interdiction des suppléments et la généralisation du tiers payant obligatoire constituent des avancées majeures qui

doivent être renforcées pour éviter que des patient-es renoncent à se soigner pour des raisons économiques. La parodontologie illustre bien l'importance d'une approche progressive et fondée sur les besoins réels de la population. Plus largement, l'ensemble des décisions prises dans ce domaine doivent s'appuyer sur des données probantes, en veillant à ce qu'elles répondent efficacement aux défis identifiés. L'amélioration continue de la qualité des soins repose sur une démarche rigoureuse et pluridisciplinaire, intégrant à la fois les expertises médicales et les retours des patient-es, dans une logique de co-construction des politiques de santé.

Le deuxième domaine où nous avons réalisé une analyse méthodique de l'impact d'une évolution de l'environnement des soins sur l'accessibilité est la digitalisation. La digitalisation et l'évolution des technologies numériques impactent drastiquement les soins de santé. De nouvelles modalités de consultations, et de suivi des dossiers des patient-es s'accompagnent de nouvelles fractures pour ceux et celles qui ne peuvent ou ne savent pas utiliser ces nouveaux dispositifs. L'étude *La fracture numérique et l'accessibilité des soins de santé* que nous présentons dans ce numéro interroge les dépendances croisées de l'accès aux soins et de la digitalisation.

La digitalisation transforme profondément l'accès aux soins, parfois pour une plus grande et plus diverse modalité de disponibilité (par exemple en facilitant la prise de rendez-vous ou en multipliant les canaux de contact), mais elle creuse aussi les inégalités. Malgré l'amélioration progressive de l'accès aux outils numériques, une

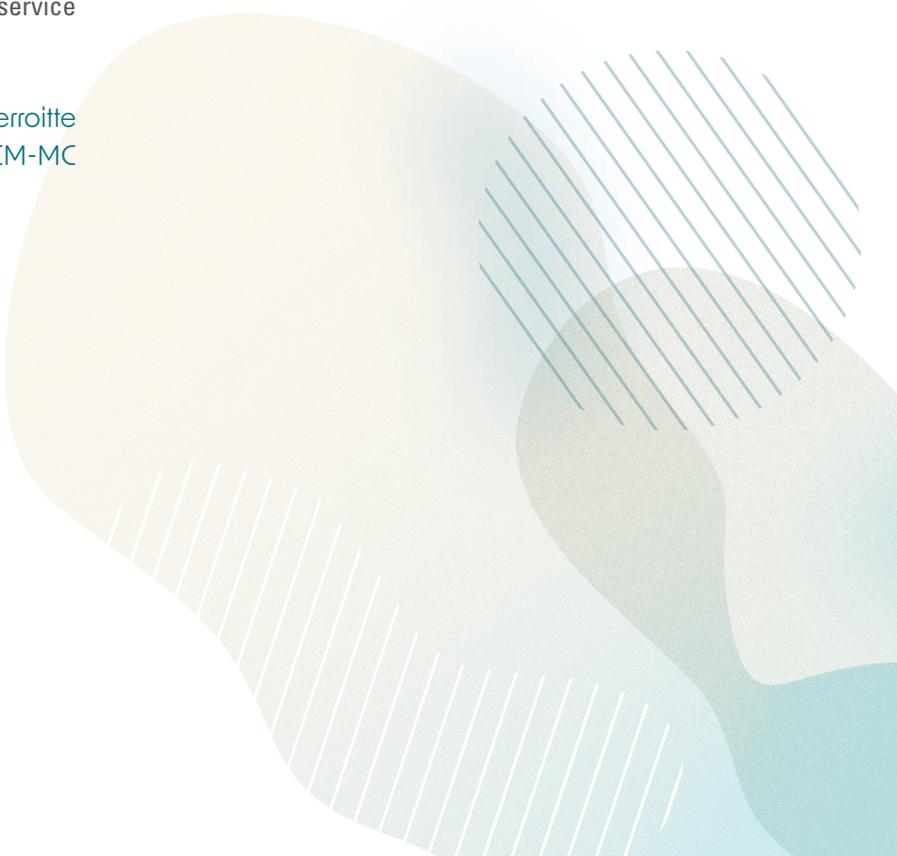
partie de la population, en particulier les personnes en situation de vulnérabilité, reste en marge de cette évolution. Il ne s'agit pas seulement d'un manque de compétences techniques, de connexions Internet ou de dispositifs numériques, mais aussi d'une question d'acceptabilité et de confiance envers ces technologies. Si certain-es voient dans la digitalisation une opportunité pour un suivi plus efficace de leur santé, d'autres, en raison d'un manque de familiarité ou d'un choix personnel, se trouvent désavantagés, risquant ainsi de voir la qualité de leur accessibilité se détériorer dans un système de soins à deux vitesses.

Loin d'être une simple question d'accès, la digitalisation redéfinit profondément le rôle des patient-es et des soignant-es. Elle transforme les interactions, réduit la place du contact physique et modifie la nature des soins. L'émergence du-de la « patient-e digitalement impliqué-e » pose de nouvelles attentes : suivi en temps réel, collecte de données personnelles, interactions dématérialisées. Cette évolution, si elle peut favoriser l'autonomie de certain-es, peut aussi générer de l'anxiété et renforcer des inégalités d'accès aux soins. De plus, le déplacement des lieux de soins vers les espaces numériques entraîne un changement de paradigme, où l'hôpital et la consultation médicale ne sont plus les seuls espaces de suivi de la santé. L'enjeu se situe au sein de ces technologies d'abord, afin d'éviter que ces dernières ne renforcent des inégalités existantes (par exemple, en utilisant des algorithmes qui ne sont pas représentatifs de la diversité de la population) ou les erreurs médicales. Y compris dans le respect de l'acceptabilité de l'utilisation des technologies pour le-la patient-e, par exemple dans le choix du partage

de ses données de santé ou dans le type de suivi qui lui est proposé. Il se situe ensuite dans la continuité de la qualité de service en dehors de ces technologies : nous l'évoquons dans la première étude, certain-es patient-es qui ont un besoin important d'avoir recours au système de soins tel-les que les personnes âgées ou malades chroniques ou porteuses de handicap, sont aussi celles qui peuvent être particulièrement exclues ou vulnérables face à des outils numériques.

Face à ces défis, il est essentiel d'adopter une approche inclusive qui garantisse une accessibilité équitable aux soins. Cela passe par le maintien d'alternatives non numériques, une attention particulière aux besoins des utilisateur-rices, et une régulation stricte en matière de protection des données. La digitalisation ne doit pas être une fin en soi, mais un outil au service d'une santé plus accessible et plus efficace. Il est donc impératif d'intégrer ces enjeux dans l'évaluation et la conception des politiques de santé numérique afin d'éviter de nouvelles fractures sociales et de garantir que la technologie reste au service des individus, et non l'inverse.

Élise Derroitte
Vice-Présidente CM-MC



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 manière 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 : <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>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) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>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).</p> <p>Parodontologie : prestation 301254 (détermination de l'index parodontal DPSI⁶), seule prestation de parodontologie remboursée aux 65 ans et plus.</p>
Médicaments	<p>Médicaments ambulatoires remboursables et délivrés par les officines publiques.</p> <p>Volume de médicaments : nombre de DDD⁷ par personne et par an.</p> <p>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).</p> <p>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).</p> <p>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).</p>
Soins hospitaliers	<p>Par personne et par an :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>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).</p> <p>Par type d'institution : pourcentage d'utilisateur-rices et nombre de jours par personne et par an au sein de ces institutions.</p> <p>Détection sur base de pseudo-codes de nomenclature⁸.</p>
Rééducation fonctionnelle	<p>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.</p> <p>Certaines conventions font partie de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale. Détection sur base des pseudo-codes appartenant au code comptable N88.</p> <p>Certaines conventions ont été régionalisées. Détection sur base de pseudo-codes de nomenclature⁸.</p> <p>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.</p>

* 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 Département 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-factoreren> 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

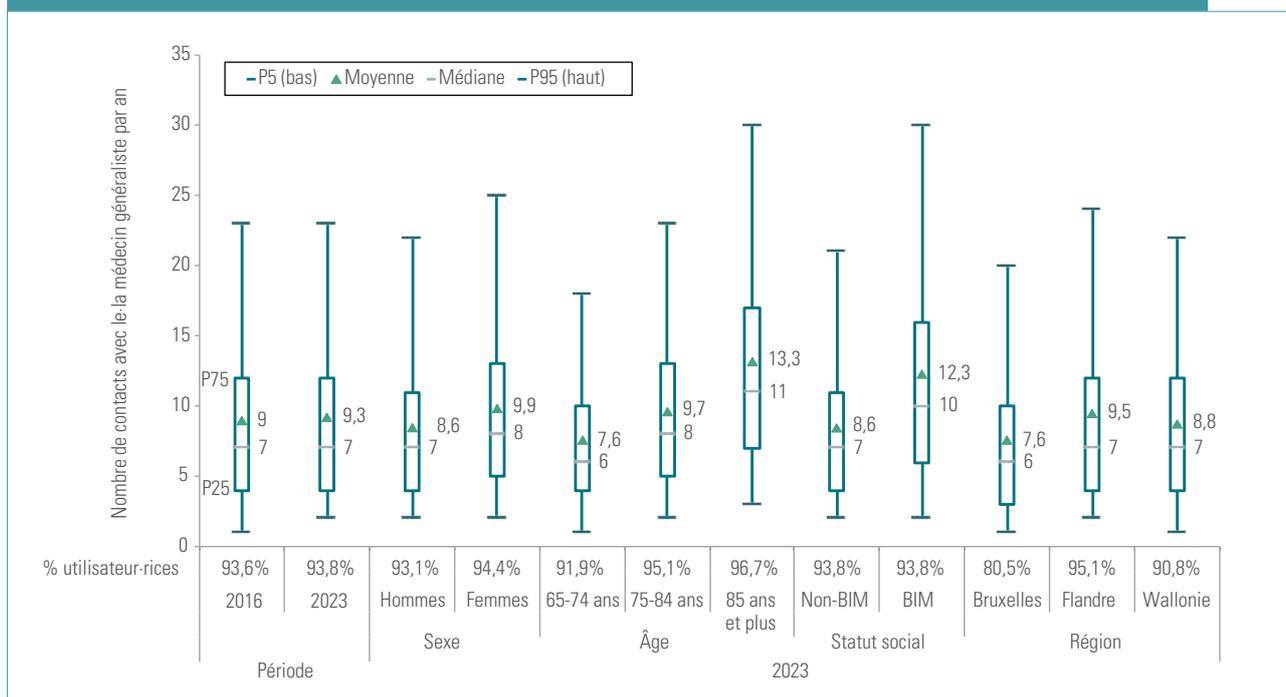
3.1.1. Médecin généraliste

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-la 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-de la 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						
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)

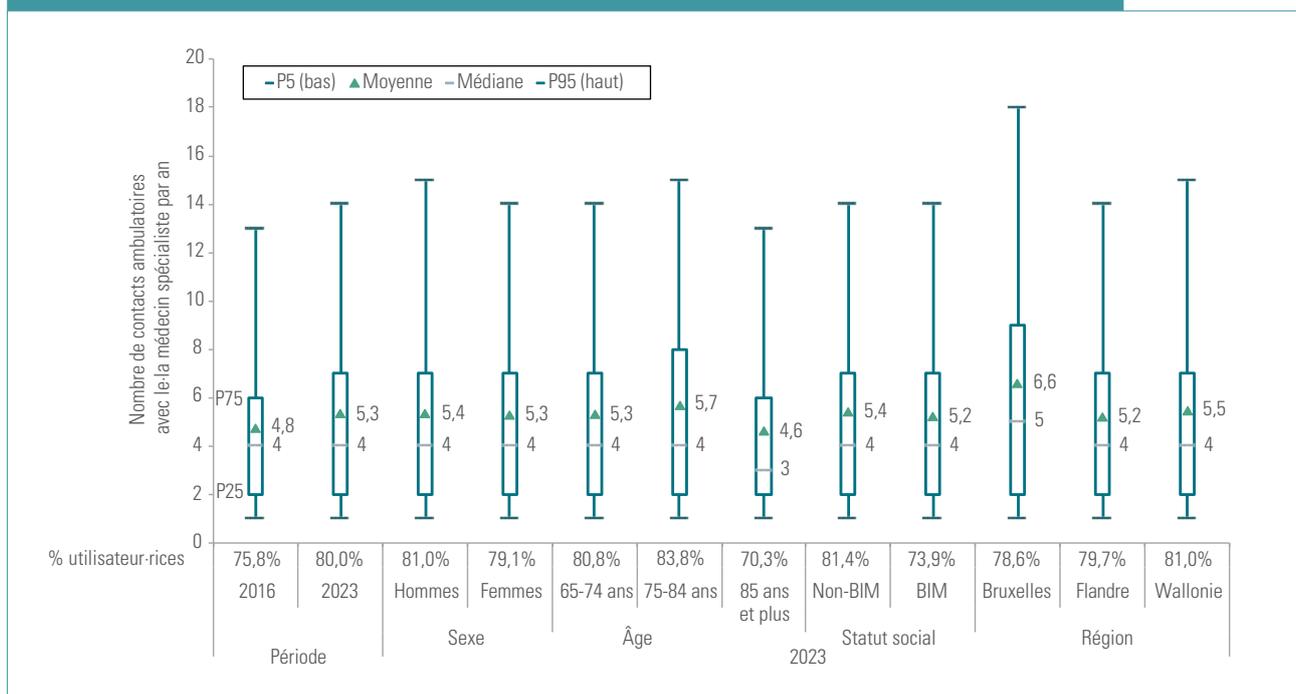
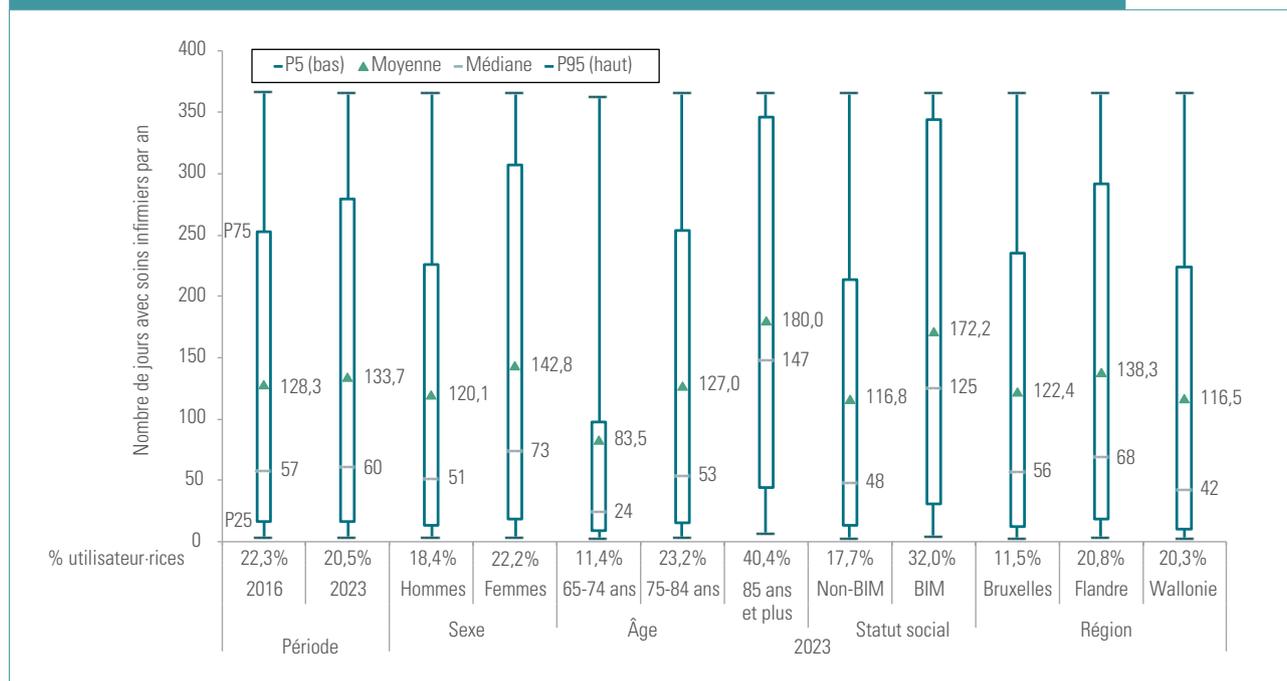


Figure 3: Distribution du nombre de jours avec soins infirmiers à domicile par personne et par an, pour les membres de la MC âgés de 65 ans et plus, selon le sexe, l'âge, le statut BIM et la région (Source : MC)



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,

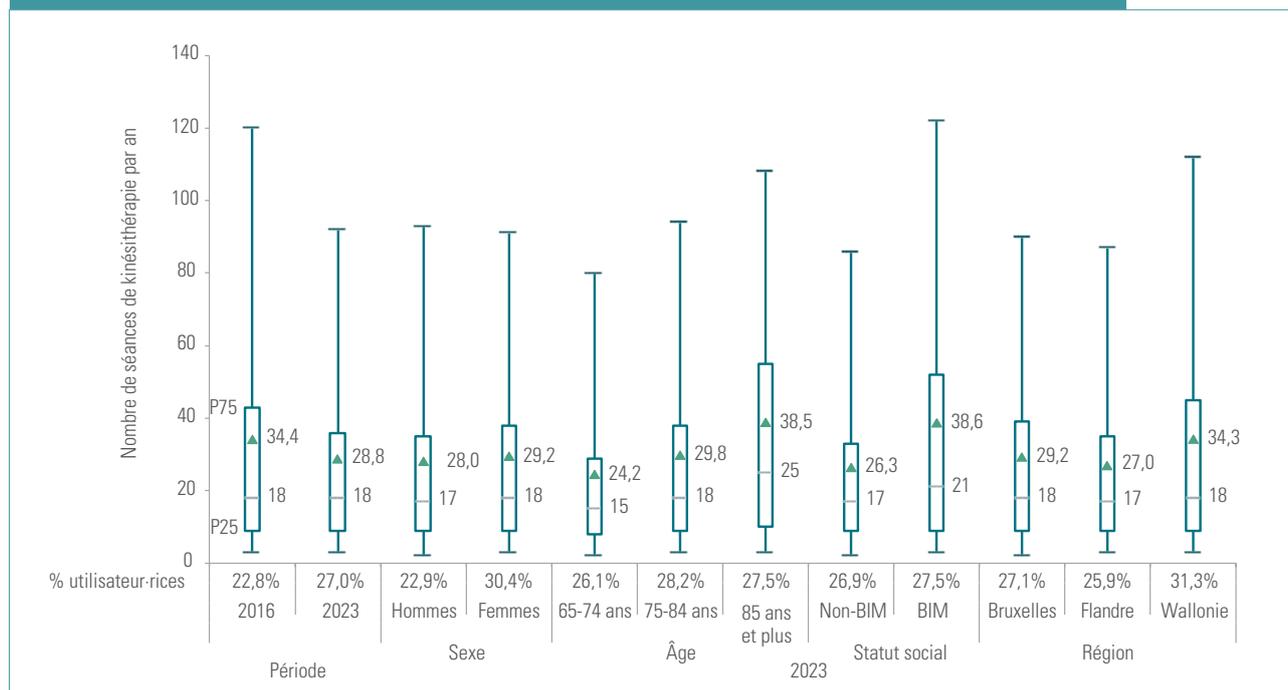
11,4% d'entre eux-elles ont eu recours aux soins à domicile en 2023, avec maximum 24 jours de soins à domicile pour la moitié des personnes de cette tranche d'âge. Chez les 75-84 ans, la proportion de personnes bénéficiant de prestations d'un-e infirmier-e à domicile double : 23,2%, de même que le volume 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)

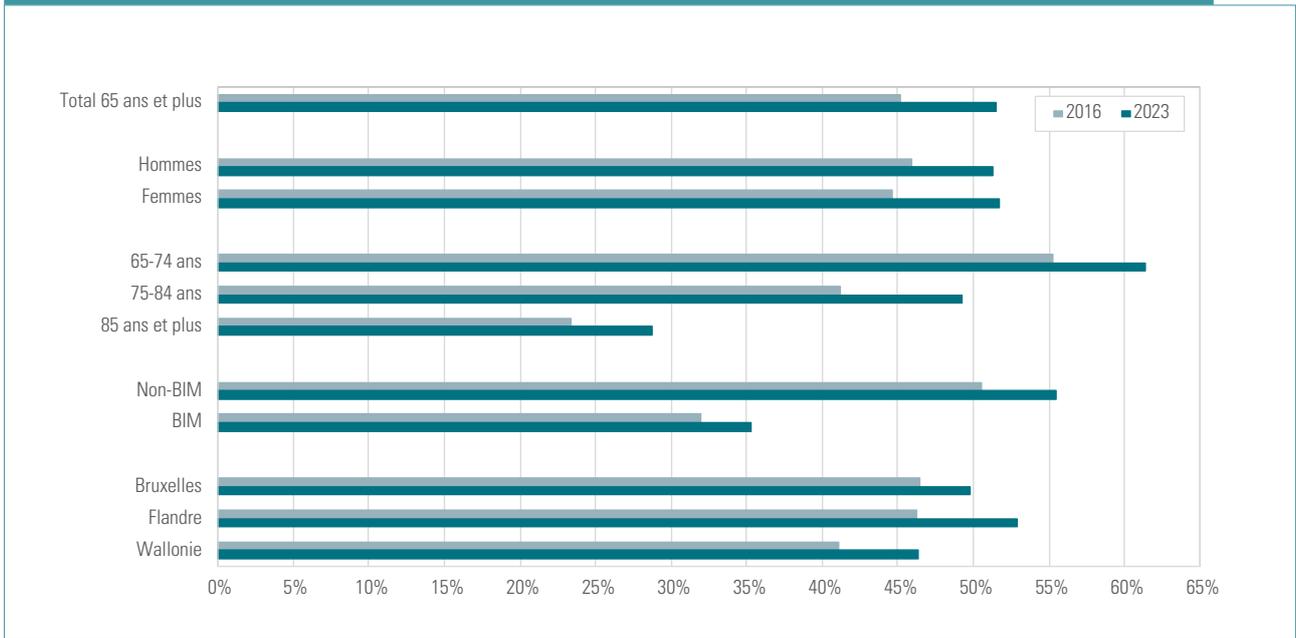
		Moyenne	Médiane	
Prestations courantes	Total 65 ans et plus	12,3	9	
	Statut social	Non BIM	12,2	9
		BIM	13,2	10
	Âge	65-74 ans	12,1	9
		75-84 ans	12,5	9
85 ans et plus		13,0	10	
Pathologies aiguës (liste Fa)	Total 65 ans et plus	27,0	23	
	Statut social	Non BIM	26,6	23
		BIM	28,3	24
	Âge	65-74 ans	26,4	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 élevée

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'aîné-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 bénéficié

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)

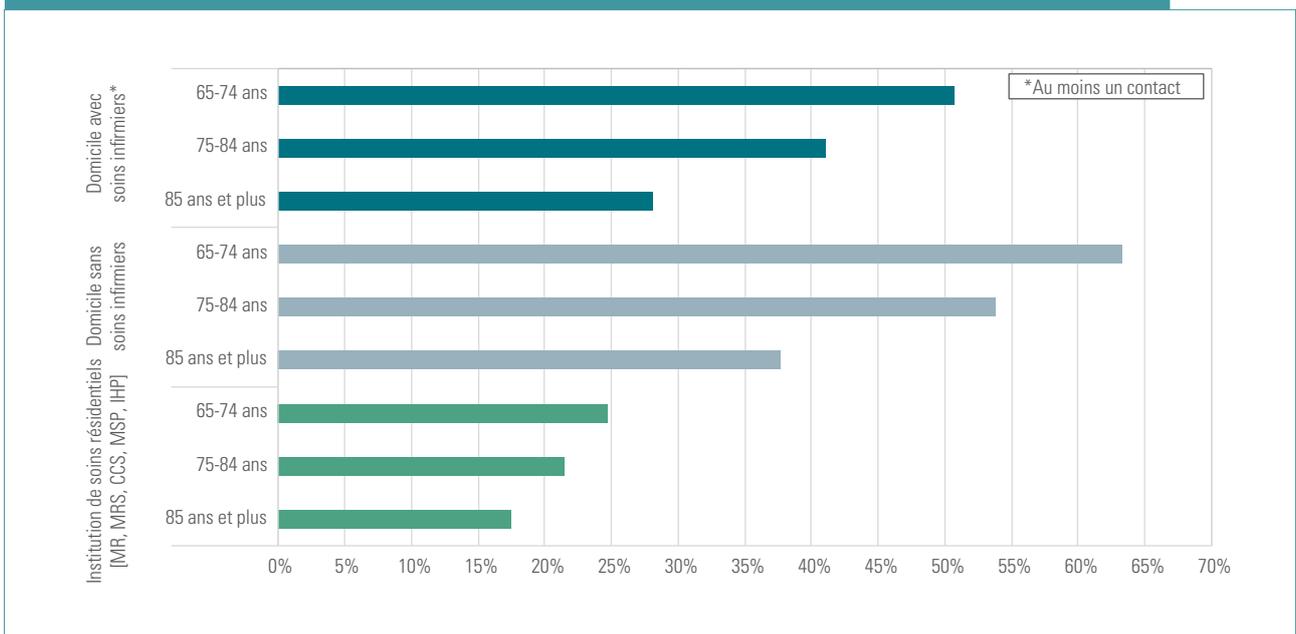
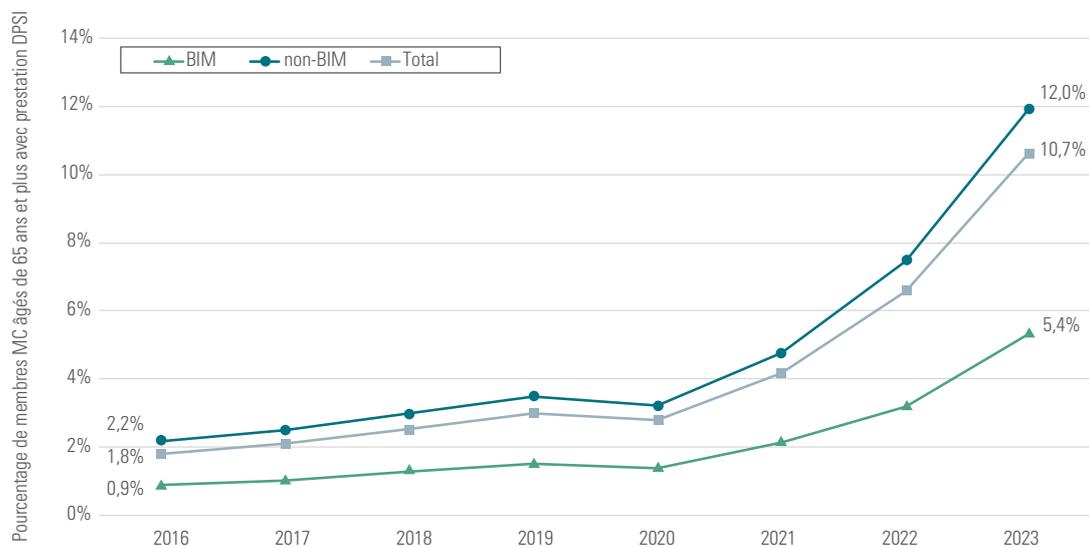


Figure 7: Pourcentage de membres de la MC âgés de 65 ans et plus ayant eu recours à la prestation permettant la détermination de l'index parodontal DPSI, selon le statut BIM, de 2016 à 2023 (Source : MC)



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).

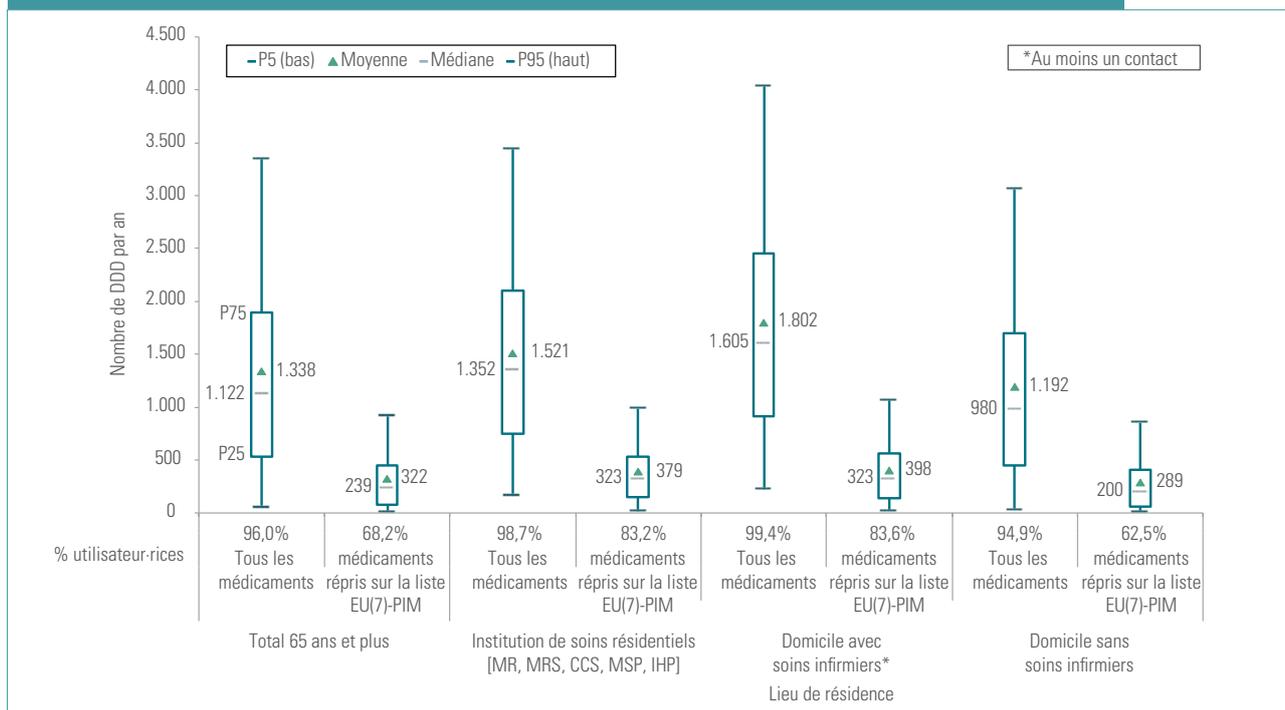
Ce volume global varie selon le sexe (moyenne : 1.389 et 1.298 DDD, respectivement pour les hommes et les femmes), selon l'âge (moyenne : 1.171 DDD pour les 65-74 ans, 1.512 DDD pour les 85 ans et plus), selon le statut BIM (moyenne : 1.579 et 1.279 DDD, respectivement pour les BIM et non BIM) et selon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

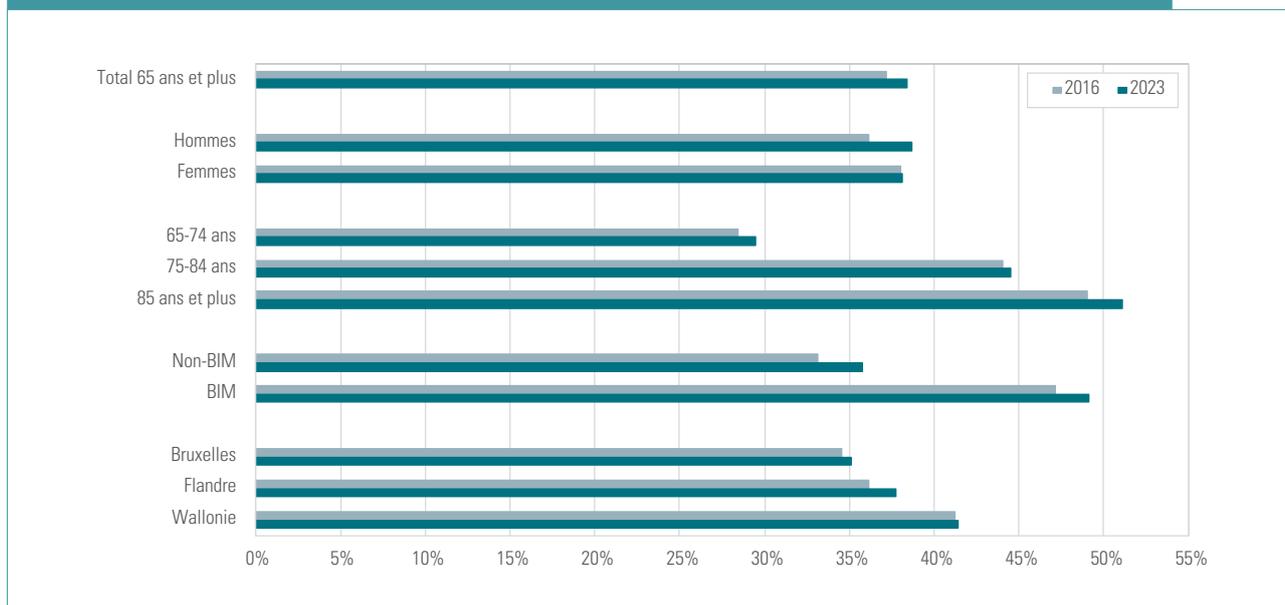


3.2.2. Polymédication

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 pourcentage

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%).

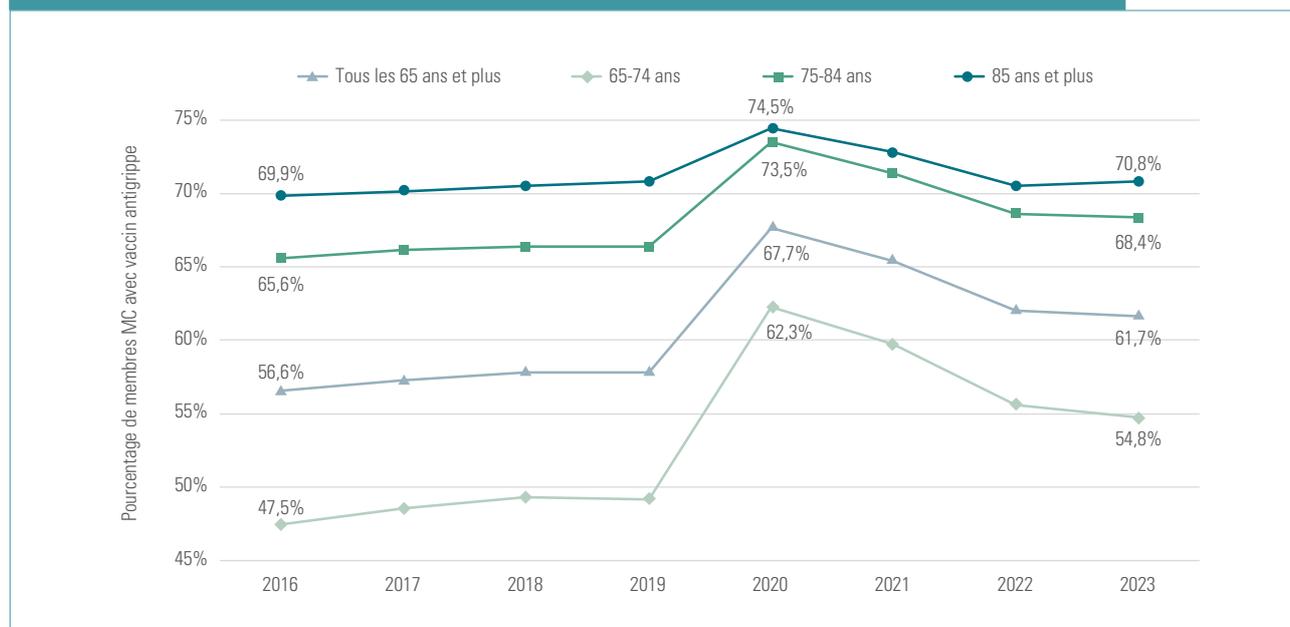
3.3. Soins hospitaliers

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).

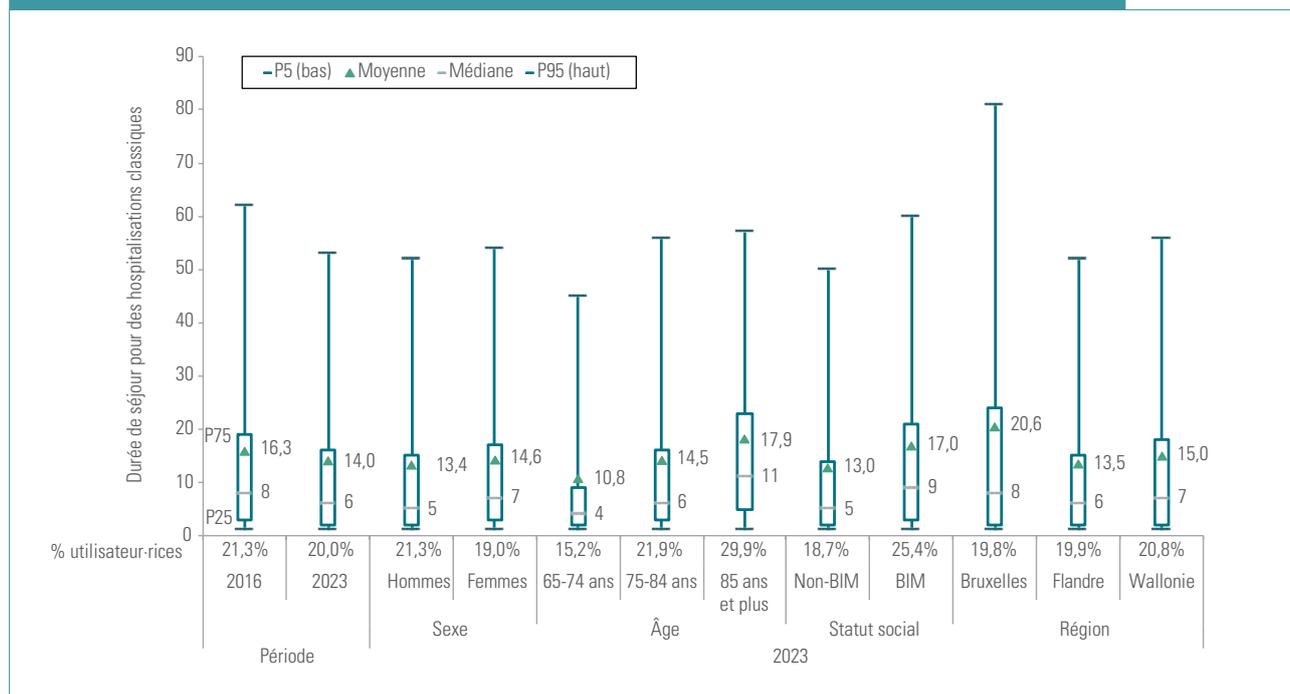
Pour l'hôpital de jour non chirurgical, les différences sont plus prononcées : une augmentation globale de 4,0%, mais de seulement 1,2% à Bruxelles contre une augmentation de 4,1% en Flandre et de 3,8% en Wallonie.

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-riche 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-rices 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 | Gérontopôle Sud.

13 Pour plus d'informations, voir notamment <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/mondhygienisten> et ABN AMRO Bank sectoerspecialisten 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-riche (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 les 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-nes 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-es 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/professionnel/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-tYWtpbmcilCJiZWxlaWRzbWFrZXJzIiwibWFrZW4iLCJvbmdlbWFrIiwidmVtZWVtYVtrZWxpamt0Iiwiz2VicnVpa2Iha2Vuliv>
- 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*. Kopenhagen: 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: Intermutualistisch Agentschap IMA-AIM.
- Goedemé, T., Janssens, J., Derboven, J., Van Gestel, R., Lefevère, E., Verbist, G., . . . Verschuere, 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-eeen-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.

La fracture numérique et l'accessibilité des soins de santé

Stijn Vos — Service d'études MC

Résumé

Sur la base de chiffres récents, cette étude examine comment la fracture numérique peut influencer l'accès aux soins de santé en Belgique. Les technologies numériques peuvent apporter des changements majeurs en termes de capacité du système de santé à identifier les besoins des personnes, de sa disponibilité, de son accessibilité financière et de l'acceptabilité des soins de santé.

Cette étude présente une revue narrative des sources les plus récentes disponibles sur l'utilisation des moyens numériques, en particulier dans le domaine de la santé, par la population belge. Des différences significatives subsistent entre les différents groupes de population : les personnes défavorisées sur le plan socio-économique sont les plus exposées au risque d'exclusion numérique. Ce sont aussi celles pour qui l'accès aux soins est déjà le plus difficile.

Dans de bonnes conditions, certains groupes vulnérables peuvent bénéficier des évolutions technologiques. Une numérisation poussée peut toutefois également entraîner des inégalités en matière de santé. Pour l'éviter, il est essentiel que les technologies numériques soient aussi accessibles que possible à tous et à toutes et que l'utilisation des outils numériques ne compromette pas la qualité des soins prodigués et des relations thérapeutiques. Il est également nécessaire que les personnes disposent de compétences numériques suffisantes. Enfin, les questions liées à la protection des données, à l'utilisation éclairée des moyens numériques et aux reconfigurations imprimées par ces technologies sont centrales si la numérisation se veut une opportunité vers un accès renforcé aux soins de santé.

Mots-clés : Digitalisation, eHealth, fracture numérique, compétences numériques en matière de santé, inégalités de santé, accessibilité, revue narrative

Introduction

La transformation numérique des soins de santé a conduit à l'intégration d'une large gamme de technologies numériques. Elles peuvent améliorer considérablement la coordination et l'accessibilité des données sur la santé, mais présentent également des risques importants, notamment en matière de respect de la vie privée et d'exclusion des groupes vulnérables sur le plan numérique.

La digitalisation est un phénomène large qui prend diverses formes. Nous ne pouvons toutes les traiter ici. Dans cet article, nous concentrerons donc notre analyse sur les applications et mises en œuvre digitales suivantes.

La **téléconsultation** permet aux patient-es de recevoir des soins médicaux à distance par vidéoconférence, ce qui peut s'avérer particulièrement utile pour les personnes vivant dans des régions éloignées ou dont la mobilité est réduite, par exemple. En outre, elle permet aux patient-es d'accéder plus facilement à des soins spécialisés sans avoir à effectuer de longs trajets. Cependant, un problème important réside dans le fait que tout le monde ne dispose pas d'outils ou des compétences numériques nécessaires pour utiliser la téléconsultation de manière effective. Cela peut conduire à des inégalités dans l'accès aux soins, en particulier au détriment des personnes âgées, des personnes vulnérables sur le plan socio-économique et des personnes ayant des compétences numériques limitées.

Masanté.be¹ est un portail qui permet aux citoyen-nés d'accéder à leurs données de santé et à leurs dossiers médicaux, et de participer de manière plus proactive à la gestion de leurs propres soins de santé. Cette plateforme peut faciliter considérablement la gestion des informations de santé, mais il existe un risque que tous et toutes n'aient pas les compétences numériques nécessaires pour l'utiliser réellement. Cela peut conduire à une répartition inégale des avantages que cette technologie peut offrir.

Les **services publics en ligne** tels que *myHandicap*², une plateforme qui aide les personnes handicapées à gérer leurs droits et avantages, et les dossiers médicaux électroniques offrent des moyens standardisés de gérer les informations de santé. Toutefois, ces systèmes peuvent creuser le fossé entre les personnes qui maîtrisent le

numérique et celles qui le maîtrisent moins bien. Les personnes qui ne sont pas familiarisées avec les technologies numériques ou qui n'ont que peu ou pas d'accès à l'internet risquent d'être exclues de ces services, ce qui peut limiter leur accès aux soins et au soutien.

Dans cet article nous présentons une revue narrative de la littérature scientifique et de la littérature grise qui se concentre sur deux questions clés. Premièrement, **quelle est la situation en termes de fracture numérique en matière de santé en Belgique** ? Deuxièmement, **comment la fracture numérique peut-elle influencer l'accessibilité des soins de santé numériques** ? Pour déterminer l'état actuel de la fracture numérique en matière de santé en Belgique, il est important d'analyser les données les plus récentes sur le sujet et l'accès à l'internet en Belgique de façon plus générale. Ces données sont ensuite discutées, afin d'évaluer la façon dont la digitalisation peut renforcer ou au contraire fragiliser l'accessibilité des soins.

1. Revue de la littérature

La fracture numérique désigne les inégalités dans l'accès et l'utilisation des technologies numériques et de l'internet. Ces inégalités peuvent entraîner des différences significatives en matière d'éducation, d'économie et de santé. Dans cette étude, nous nous concentrons sur les principaux déterminants de la fracture numérique, l'impact de la pandémie de COVID-19 et les groupes spécifiques particulièrement vulnérables à l'exclusion numérique.

La fracture numérique est déterminée avant tout par la disponibilité des outils et des technologies digitales. Le coût des appareils (ordinateurs, smartphones, etc.) peut donc constituer un frein à leur utilisation. De même **l'accès à l'internet à large bande et son caractère abordable** jouent un rôle crucial. L'analyse d'une enquête communautaire montre que les obstacles économiques et les contraintes d'infrastructure sont des facteurs majeurs qui entravent l'accès à l'internet à large bande (Reddick, Enriquez, Harris, & Sharma, 2020). Ces facteurs sont particulièrement importants dans les zones rurales et les communautés dont le niveau de richesse est inférieur à la moyenne.

1 <https://www.masanté.belgique.be/>.

2 <https://handicap.belgium.be/nl/myhandicap>.

La recherche montre que la fracture numérique est déterminée également par **la capacité des individus à utiliser effectivement cette technologie**. Un examen systématique des connaissances sur la fracture numérique met en évidence le rôle du niveau de formation, de l'âge et du statut socio-économique dans la détermination des compétences et de l'utilisation de l'internet (Lythreathis, Singh, & El-Kassar, 2022). Les personnes ayant un niveau de formation et un statut socio-économique plus élevés ont tendance à avoir un meilleur accès à la technologie et à développer des compétences numériques plus avancées.

La **pandémie de COVID-19** a renforcé les inégalités numériques existantes et exposé de nouvelles formes de vulnérabilité. Une étude sur les profils de risque d'exposition au COVID-19 montre que certaines populations, telles que les personnes âgées et les communautés défavorisées sur le plan socio-économique, ont été touchées de manière disproportionnée par l'exclusion numérique pendant la pandémie (Robinson, et al., 2022; Khilnani, Schulz, & Robinson, 2020). Cela a limité l'accès à des services essentiels tels que la télésanté, l'enseignement à distance et les possibilités de travail en ligne.

Le passage rapide aux services en ligne pendant la pandémie a mis en évidence la nécessité d'améliorer les compétences numériques et l'accès à ces services. Un examen de l'impact du COVID-19 sur la fracture numérique montre que la pandémie a accru les inégalités numériques existantes, en particulier parmi les groupes vulnérables tels que les personnes peu qualifiées, les personnes âgées et les habitants des zones rurales (Litchfield, Shukla, & Greenfield, 2021).

Les personnes âgées éprouvent des difficultés considérables à utiliser les technologies numériques, ce qui les exclut d'un monde de plus en plus numérisé. Selon Mubarak et Suomi (2022), la « **fracture numérique grise** » est un problème croissant, car de nombreuses personnes âgées ont du mal à suivre les évolutions technologiques et n'ont donc qu'un accès limité aux services en ligne essentiels.

En outre, il existe d'importantes **inégalités de genre** dans l'accès et l'utilisation des applications numériques. Une analyse systématique de la littérature montre que globalement les femmes accèdent aux technologies numériques et les utilisent moins que les hommes (Acilar & Sæbø,

2023). Il en résulte des inégalités en matière d'éducation, d'emploi et de développement personnel.

La **fracture numérique liée à la santé** est un autre aspect important de l'inégalité numérique. La recherche montre que les interventions en matière de santé en ligne ne ciblent souvent pas proportionnellement les groupes socialement vulnérables, ce qui entraîne des résultats inégaux en matière de santé (Cheng, Beauchamp, Elsworth, & Osbourne, 2020). Les interventions qui prennent en compte les compétences numériques et les possibilités d'accès de ces groupes sont essentielles pour favoriser l'égalité des résultats en matière de santé.

Cet aperçu de la littérature montre que la **fracture numérique est un problème complexe et multidimensionnel** qui affecte divers aspects de la vie. Les recherches futures pourraient se concentrer sur des interventions qui ne se contentent pas de fournir des solutions technologiques, mais qui s'attaquent également aux déterminants socio-économiques sous-jacents.

2. La digitalisation en Belgique

Afin de cartographier la fracture numérique en Belgique, nous avons utilisé les chiffres des trois principaux rapports d'étude sur l'utilisation des applications numériques par la population en Flandre, en Wallonie et en Belgique en général.

Le **Baromètre de l'inclusion numérique** (Brotcorne & Ponnet, 2024) est une publication de la Fondation Roi Baudouin (FRB) qui suit l'évolution des inégalités numériques en Belgique depuis 2020. Ce baromètre fournit un point de référence qui permet de cartographier l'inclusion numérique dans la société en Belgique.

Le **imec.digimeter** (De Marez, et al., 2024) est un rapport de recherche annuel réalisé par l'imec³ sur base des données d'une enquête consacrée aux tendances en matière de possession et d'utilisation des médias et de la technologie en Flandre. Depuis 2009, ce rapport fournit des informations approfondies sur les habitudes, les compétences, les

3 L'imec ou Interuniversitair Micro-Electronica Centrum est une asbl et un centre de recherche indépendant dans le domaine de la microélectronique, les nanotechnologies, l'intelligence artificielle, les méthodes de conception et les technologies pour les systèmes ICT. Pour plus d'informations, voir <https://www.imec.be/nl>.

attitudes et les tendances technologiques de la population flamande.

Le **Baromètre de maturité numérique 2023 des citoyens wallons** (Agence du Numérique, 2023) est une étude quantitative visant à comprendre les compétences numériques et l'utilisation des technologies numériques par la population de Wallonie. Le baromètre *Digital Wallonia* recueille également des données sur les attitudes de la population wallonne à l'égard des médias numériques. Sur la base de ces données, cinq profils sont définis : les experts, les indécis optimistes, les indécis pessimistes et les distants.

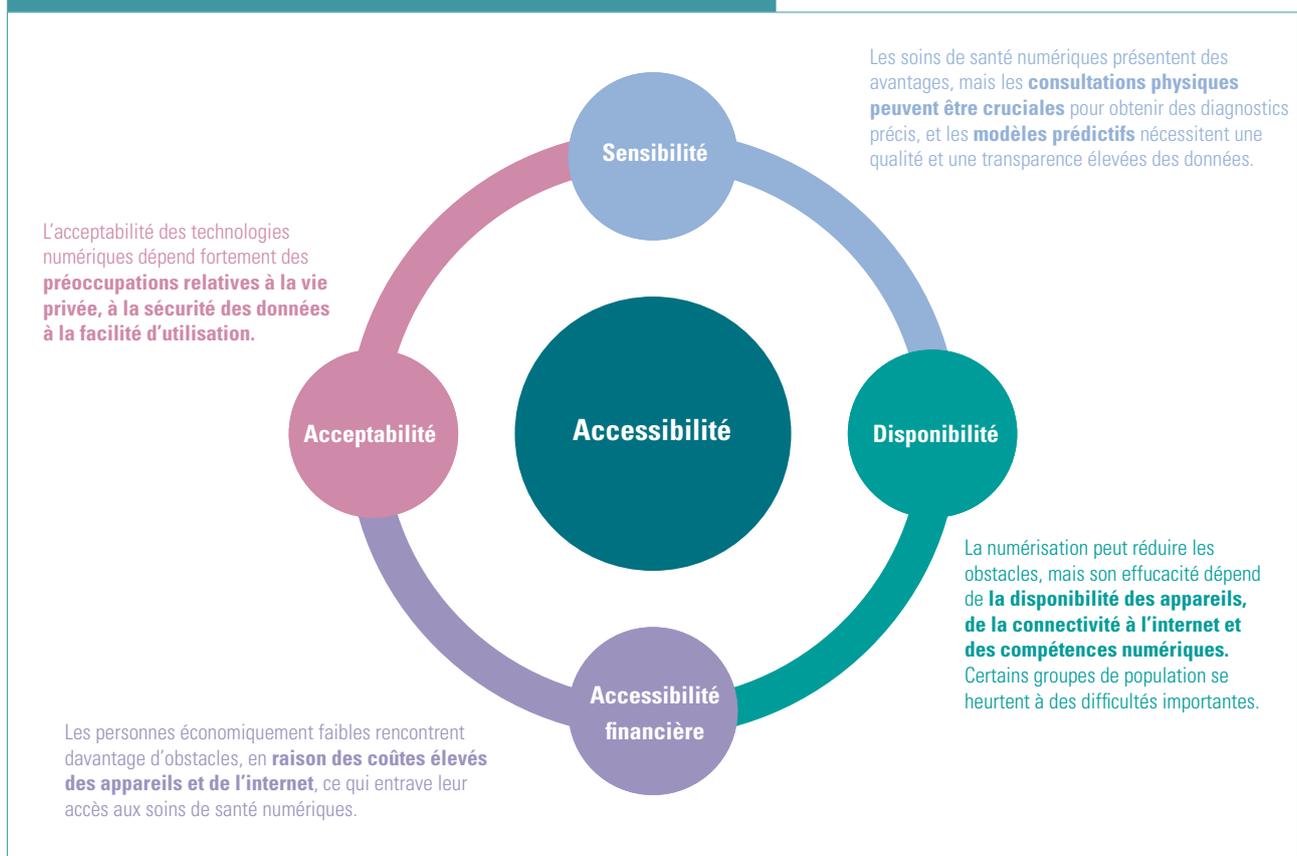
Pour cartographier l'utilisation de l'identification électronique (eID) pour les interactions en ligne avec les services publics, nous avons utilisé les données d'**EUROSTAT** pour l'année 2023 pour la Belgique (EUROSTAT, 2025).

3. L'accès aux soins de santé dans un contexte digital

Nous proposons d'aborder le sujet de l'accessibilité des soins de santé selon quatre dimensions décrites par Cès (2021). Chacune de ces dimensions peut être analysée (voir Figure 1) du point de vue de l'offre de soins et de la demande de soins de la population.

La dimension '**sensibilité**' fait référence à la capacité du système de soins de santé, des individus eux-mêmes ou de leurs proches à identifier et à comprendre les problèmes de santé ou les risques d'un individu ou d'une communauté. Il s'agit de la capacité à réagir à l'évolution des besoins et des priorités de la population en matière de santé, et à fournir des services qui correspondent à leurs besoins et à leurs attentes spécifiques.

Figure 1: Soins de santé numériques et accessibilité



La **'disponibilité'** désigne la mesure dans laquelle les services de santé sont physiquement, temporellement et effectivement accessibles aux personnes qui en ont besoin. La disponibilité peut être influencée par des facteurs tels que la situation géographique, les heures d'ouverture des services et la capacité à fournir des services à distance, par exemple via des téléconsultations.

La dimension **'accessibilité financière'** fait référence aux aspects financiers de l'accès aux soins de santé. Il s'agit du coût des services de santé et de la mesure dans laquelle ce coût constitue un obstacle à l'obtention des soins dont les personnes ont besoin. L'accessibilité financière signifie également que l'utilisation des services de santé ne doit pas exposer les patient-es à des difficultés financières ou à l'endettement.

La dimension **'acceptabilité'** porte sur la mesure avec laquelle les patient-es considèrent que les soins fournis sont adéquats et suffisants. Il s'agit d'aspects tels que la qualité des soins, l'interaction entre les prestataires de soins et les patient-es, et la mesure selon laquelle les soins correspondent aux valeurs, à la culture et aux préférences personnelles du-de la patient-e. L'acceptabilité est essentielle pour garantir la satisfaction des patient-es et promouvoir leur engagement dans les soins de santé.

3.1. Sensibilité

Dans le domaine des soins de santé numérisés, la sensibilité joue un rôle crucial. Elle signifie que les outils et les plateformes numériques doivent pouvoir répondre à l'évolution des besoins et des priorités de la population en matière de santé, et soutenir des soins qui reflètent fidèlement les besoins et les attentes spécifiques des patient-es.

La sensibilité d'une **téléconsultation** varie et dépend fortement du contexte et des personnes impliquées. Quand bien même certains problèmes médicaux peuvent être détectés et traités par téléconsultation, **de nombreuses situations s'y prêtent moins** et nécessitent une présence physique pour un examen plus approfondi et plus précis.

Par exemple, la gestion des maladies chroniques, telles que le diabète ou l'hypertension, peut se faire en partie à distance grâce à des contrôles réguliers, des ajustements de médicaments et des évaluations de symptômes (Maguza, 2016; van Steenkiste, Verberk, Versmissen, Dohmen, & Jainandusing, 2024). Les conseils psychologiques, tels que la thérapie et le *counseling*, peuvent également être

aussi efficaces qu'en personne dans certains cas, car certain-es patient-es trouvent même plus confortable de se confier en étant dans leur environnement familial (Morisens, Verniest, Noirhomme, & Sholokhova, 2022; Poletti, et al., 2021). Des études montrent que la télémédecine peut être efficace (Bashshur, et al., 2016). Les conseils médicaux et les suivis qui ne nécessitent pas d'examen physique peuvent donc se prêter à des téléconsultations. Par ailleurs, pour les affections aiguës sans gravité, comme un rhume, l'évaluation initiale et les conseils pourraient être donnés par téléconsultation. Le renouvellement d'ordonnances existantes ou la prescription de nouveaux médicaments pour des affections déjà connues pourraient également être gérés à distance.

La présence physique est essentielle pour un diagnostic dans la plupart des cas. Les pathologies médicales nécessitent un examen physique approfondi qui ne peut être effectué à distance. La prise du pouls, l'écoute des bruits du cœur et des poumons à l'aide d'un stéthoscope ou l'examen d'une blessure physique ne sont que quelques exemples courants d'actions cruciales pour un diagnostic correct. De plus, les consultations physiques permettent d'effectuer des tests diagnostiques directs, tels que des analyses de sang ou des radiographies, qui peuvent être nécessaires pour obtenir une image complète de l'état de santé du-de la patient-e. Il existe également des indices non verbaux et des changements subtils au niveau du-de la patient-e qui peuvent échapper aux téléconsultations, alors qu'ils sont souvent plus clairement observables dans une configuration physique. Par conséquent, il est important de reconnaître que si les téléconsultations peuvent être utiles dans certains cas, les diagnostics seraient encore mieux établis par un contact personnel et une interaction physique avec un médecin. Il en va de même pour les troubles mentaux.

La sensibilité joue également un rôle important dans l'utilisation de technologies telles que les **modèles prédictifs** dans le domaine des soins de santé. Ces modèles, qui peuvent utiliser à la fois des données historiques et des données en temps réel, permettent de prédire les effets potentiels de divers paramètres sur la santé. Ils peuvent être appliqués dans différents domaines, comme l'anticipation des épidémies, la prévision des résultats possibles pour les patient-es après une intervention chirurgicale et l'identification des patient-es à risque pour certaines pathologies. Toutefois, la fiabilité de ces modèles dépend fortement de la qualité des données sur lesquelles ils sont basés.

La qualité et la précision des données utilisées dans les modèles prédictifs sont cruciales pour leur performance. C'est parce que les modèles prédictifs s'appuient sur des données historiques pour identifier des modèles et faire des prédictions. Si les données sont incomplètes ou obsolètes, les prévisions peuvent être peu fiables, voire nuisibles. Il existe également un risque élevé de biais dans les données historiques disponibles ; dans de nombreux cas, moins de données sont disponibles pour les personnes vulnérables (Oh, et al., 2015) (Zhang, et al., 2017). Par conséquent, les données de ces personnes peuvent être sous-représentées dans les modèles, ce qui se traduit par de moins bonnes prévisions et une aggravation des inégalités en matière de santé. Cela souligne l'importance de pratiques rigoureuses de gestion des données et d'une évaluation et d'une validation continues des modèles pour s'assurer qu'ils sont exacts et qu'ils présentent un minimum de signes de biais. Par ailleurs, des protocoles stricts de sécurité des données et de protection de la vie privée doivent être mis en place pour garantir que les informations sensibles ne soient pas exposées à un accès non autorisé ou à un usage inapproprié.

La transparence joue également un rôle majeur dans la promotion de la confiance dans les modèles prédictifs. Cela signifie que les prestataires de soins et les patient-es doivent être en mesure de comprendre comment un modèle parvient à ses prédictions. La transparence algorithmique permet d'identifier les biais potentiels et de garantir que les prédictions sont réalisées de manière cohérente et équitable. Il est essentiel de favoriser une culture de la transparence et de la responsabilité au sein des organisations qui développent et utilisent des modèles prédictifs afin d'accroître à la fois l'acceptation et la confiance dans ces technologies. En fin de compte, ces modèles devraient servir d'outils qui soutiennent les médecins, mais ne les remplacent pas, l'expertise et le jugement humains étant toujours au centre des décisions en matière de soins.

3.2. Disponibilité

De quelle manière la numérisation impacte-t-elle la disponibilité des services de soins de santé ? Tout d'abord, les technologies numériques ont un effet potentiel de réduction des seuils d'accès à ces services. Elles peuvent conduire à une meilleure disponibilité des soins pour les personnes qui éprouvent des difficultés à accéder aux services de santé. Par exemple, **les téléconsultations** peuvent rendre les soins plus accessibles aux personnes qui se heurtent à des obstacles aux visites physiques (Moris-

sens, Verniest, Noirhomme, & Sholokhova, 2022) telles que les personnes souffrant d'un handicap qui les empêche de se déplacer physiquement, les personnes souffrant de troubles anxieux graves ou les personnes vivant dans des zones où l'offre de soins de proximité est insuffisante.

Les **services publics en ligne** contribuent également à rendre le système de soins plus accessible. Songez par exemple à la demande d'indemnités ou à la déclaration de changement d'adresse via les guichets numériques. Cela peut simplifier le processus et le rendre plus accessible aux personnes qui ont des difficultés à se rendre physiquement au guichet, comme les personnes âgées ou les personnes à mobilité réduite, et pour lesquelles les moments de contact prévus sur place sont moins adaptés. En utilisant les technologies numériques, les gouvernements peuvent alléger la charge administrative qui pèse sur les citoyens et améliorer l'accès aux services essentiels.

Deuxièmement, la numérisation peut également n'avoir aucun effet sur la disponibilité parce que, pour bénéficier de ces avantages potentiels, certaines conditions préalables doivent être remplies. Ainsi, l'accès aux applications de santé numérique est fortement influencé par la disponibilité des appareils et des connexions internet (stables). Selon le Baromètre de l'inclusion numérique, le pourcentage de ménages disposant d'une **connexion internet** en Belgique est passé de 92% en 2021 à 94% en 2023. Cette augmentation met en évidence les progrès constants de la connectivité numérique et souligne l'accès de plus en plus large du grand public aux services internet. Toutefois, malgré cette tendance positive, un pourcentage de la population n'a toujours pas accès à l'internet à domicile, ce qui peut poser des problèmes pour l'inclusion numérique et l'accessibilité des services en ligne (Brotcorne & Ponnet, 2024).

Mais le fait de disposer d'une connexion internet n'est pas une condition suffisante pour l'inclusion numérique. En outre, la **variation des compétences numériques (en matière de santé)** joue un rôle crucial dans la disponibilité des soins numériques. Le Baromètre de l'inclusion numérique, entre autres, montre que de nombreuses personnes, en particulier les personnes âgées et les personnes vulnérables sur le plan socio-économique, peuvent ne pas avoir les compétences nécessaires pour utiliser effectivement les services de soins numériques (Brotcorne & Ponnet, 2024). Le manque de connaissances sur la manière d'utiliser la technologie ou de naviguer dans une application numérique peut entraîner une frustration et une réticence à utiliser ces outils, ce qui aggrave encore la fracture nu-

mérique. Selon le Baromètre de l'inclusion numérique, la proportion de la population belge qui est **numérique-ment vulnérable** (qui n'a pas ou a peu de compétences numériques) était de 46% en 2021, 7% des répondant-es étant des non-utilisateurs et 39% ayant de faibles compétences. En 2023, ce pourcentage tombe à 40%, avec 5% de non-utilisateurs et 35% de personnes ayant de faibles compétences numériques. Selon les statistiques de l'imec. digimeter, 57% des personnes interrogées ont indiqué qu'il leur était facile d'utiliser les technologies numériques, un pourcentage identique à celui du précédent digimeter (De Marez, et al., 2024). Dans la tranche d'âge des 65-74 ans, 3% estiment que les technologies numériques sont faciles à utiliser, soit une hausse de 2%. Pour le groupe des 75 ans et plus, le pourcentage est de 19%, ce qui représente une augmentation limitée de 1% par rapport à l'édition précédente du digimeter.

Le Baromètre de l'inclusion numérique montre que les compétences en matière de **résolution de problèmes numériques** suivent une tendance légèrement positive entre 2019 et 2023 (Brotcorne & Ponnet, 2024). En 2019, 10% des répondant-es ont déclaré n'avoir aucune compétence dans ce domaine, tandis que 33% ont des compétences de base et 57% des compétences avancées. En 2021, la part des personnes sans compétences est tombée à 7%, et la part des personnes ayant des compétences de base et avancées a augmenté pour atteindre respectivement 32% et 61%. Cette tendance positive s'est poursuivie en 2023, avec 6% de personnes n'ayant aucune compétence, 31% possédant des compétences de base et 63% des compétences avancées.

Or, l'évolution des compétences pour **créer des contenus numériques** montre une tendance mitigée. En 2019, 25% des répondant-es n'avaient aucune compétence, 24% avaient des compétences de base et 51% des compétences avancées. En 2021, le pourcentage de personnes sans compétences est passé à 28%, tandis que le pourcentage de personnes possédant des compétences de base est tombé à 21%. Le pourcentage de la population ayant des compétences avancées est resté le même, à savoir 51%. En 2023, la situation s'est améliorée, avec 22% des personnes sans compétences, 23% des personnes ayant des compétences de base et 55% des personnes ayant des compétences avancées.

Les **compétences en communication numérique** sont restées relativement stables entre 2019 et 2023. En 2019, seul 1% des répondant-es n'avait aucune compétence, tandis que 9% avaient des compétences de base et 90% des

compétences avancées. En 2021, ces taux ont légèrement augmenté, avec 2% de personnes sans compétences, 11% avec des compétences de base et 87% avec des compétences avancées. En 2023, les pourcentages sont restés pratiquement inchangés (2% sans compétences, 10% avec des compétences de base et 88% avec des compétences avancées). Cette stabilité indique un niveau élevé et constant de compétences en communication numérique au sein de la population.

Les compétences en **gestion numérique de l'information** se sont améliorées entre 2019 et 2023. En 2019, 9% des répondant-es ont déclaré n'avoir aucune compétence dans ce domaine, 18% ont des compétences de base et 73% ont des compétences avancées. En 2021, le pourcentage de répondant-es sans compétences est resté inchangé à 9%. Toutefois, le pourcentage de personnes ayant des compétences de base a légèrement diminué pour atteindre 15%, tandis que le pourcentage de personnes ayant des compétences avancées a légèrement augmenté pour atteindre 76%. En 2023, la situation s'est encore améliorée, le pourcentage de personnes sans compétences tombant à 7%. La proportion de répondant-es ayant des compétences de base est restée stable à 15%, et le pourcentage de répondant-es ayant des compétences avancées a légèrement augmenté pour atteindre 78%.

Les **compétences en matière de e-sécurité**, en particulier, sont essentielles pour une utilisation sûre des plateformes de santé en ligne. Les compétences en matière de e-sécurité concernent la protection des données personnelles, l'utilisation de mots de passe sécurisés, la reconnaissance des tentatives de *phishing* et d'autres formes de cyber-attaques, ainsi que la compréhension de la nécessité des mises à jour des logiciels ainsi que de l'usage des logiciels de sécurité. Les statistiques de 2021 ont montré que 30% des personnes n'avaient aucune compétence en matière de *e-sécurité*, tandis que 28% n'avaient que des compétences de base. Une légère amélioration est visible en 2023 ; le pourcentage de personnes n'ayant aucune compétence en matière de *e-sécurité* est tombé à 28%, tandis que le pourcentage de personnes ayant des compétences de base est passé à 30%. Le pourcentage de la population ayant des compétences avancées est resté le même, à savoir 42%. Ces chiffres montrent que les compétences en matière de e-sécurité restent un point faible.

Les possibilités de **services de santé en ligne (prise de rendez-vous en ligne, consultation de données en ligne)** peuvent améliorer la disponibilité des soins de santé. Les rendez-vous en ligne permettent aux patient-es de prendre

rendez-vous rapidement et facilement (s'ils disposent des compétences nécessaires). Les plateformes de santé en ligne telles que *myhealth.be* peuvent être utilisées pour accéder aux données et aux dossiers médicaux. La possibilité d'accéder aux dossiers médicaux sous forme numérique permet aux patient-es d'être mieux informés de leur état de santé et des options de traitement en cours. Cela favorise l'autogestion et l'implication dans leur propre processus de soins. La prise de rendez-vous en ligne peut constituer une valeur ajoutée, car les patient-es peuvent facilement accéder à leurs prestataires de soins sans passer par téléphone. Toutefois, il apparaît clairement que l'accessibilité de ces services de santé en ligne est étroitement liée aux compétences numériques générales de l'utilisateur et qu'une partie non négligeable de la population n'obtient toujours pas de résultats suffisants dans ce domaine.

L'égalité d'accès aux services de santé en ligne n'est donc pas garantie. Cela se reflète également dans les chiffres du Baromètre de l'inclusion numérique. En 2023, 75% des personnes ayant des compétences numériques de base ou avancées ont utilisé des services de santé en ligne. Il s'agit d'une augmentation par rapport à 2021, où 69% de ce groupe avait utilisé ces services. Toutefois, pour les personnes ayant de faibles compétences numériques, l'utilisation des services de santé en ligne est nettement plus faible. En 2023, seuls 48% des membres de ce groupe ont utilisé des services de santé en ligne, ce qui représente toutefois une augmentation significative par rapport à 2021, où seuls 21% des personnes ayant de faibles compétences ont utilisé des services de santé en ligne. L'augmentation de l'utilisation des services de santé en ligne parmi les personnes ayant de faibles compétences numériques entre 2021 et 2023 est un signe encourageant. Néanmoins, malgré ces progrès, il subsiste un écart important entre les groupes possédant des compétences de base ou avancées et ceux dont les compétences sont faibles. Plus précisément, le **manque de compétences en matière d'e-sécurité** a des conséquences importantes sur l'accessibilité des services de santé en ligne. Quand les utilisateurs n'ont pas les compétences nécessaires pour gérer leurs données en toute sécurité, ils peuvent être réticents à utiliser ces services. L'accès aux informations et aux services de santé essentiels peut s'en trouver restreint. Les utilisateurs qui n'ont pas de compétences suffisantes en matière d'e-sécurité sont également plus vulnérables aux violations de données et à l'usurpation d'identité. Par crainte d'une fuite de données ou d'une cyberattaque, certains utilisateurs peuvent choisir de ne pas utiliser du tout les services de santé numériques. Cela limite leur accès

à des informations importantes sur la santé, la communication avec les prestataires de soins et la possibilité de prendre des rendez-vous en ligne.

Pour utiliser la plupart des services de santé en ligne (en particulier les plateformes telles que *masante.be*), il est nécessaire d'utiliser une **identification électronique**. Les données d'EUROSTAT concernant l'utilisation des identités électroniques (eID) (EUROSTAT, 2025) pour se connecter aux applications publiques numériques en 2023 indiquent des différences significatives dans l'usage en fonction du niveau de formation. Les personnes peu qualifiées affichent un taux d'usage de seulement 36,2%. En revanche, l'utilisation de l'eID est nettement plus élevée chez les personnes moyennement qualifiées, avec un taux d'usage de 55,1%. Toutefois, le niveau du recours le plus élevé est observé chez les personnes ayant une formation longue, avec un taux d'adoption de 76,5%. Ces données suggèrent une **corrélation claire entre le niveau de formation et l'utilisation des technologies d'identification numérique**.

Les services publics en ligne liés à la santé offrent potentiellement aux citoyens un accès à un large éventail d'informations et de services liés à la santé via des plateformes numériques. Ces services sont conçus pour faciliter l'interaction avec les instances sanitaires et améliorer l'efficacité des processus de soins grâce à la numérisation. **MyHandicap** est un exemple de service public en ligne lié à la santé. La plateforme est conçue pour aider les personnes porteuses d'un handicap en leur donnant accès à des informations et des services pertinents. Grâce à cette plateforme, les utilisateurs peuvent accéder à leur dossier médical, modifier leurs données personnelles et demander des indemnités et des services d'assistance. Cette plateforme permet de centraliser les informations et de simplifier les processus administratifs, ce qui peut améliorer la capacité des citoyens handicapés à gérer leurs besoins en matière de santé et de bien-être.

Toutefois, l'accessibilité des **services publics en ligne** varie considérablement. Selon l'imec.digimeter, 23% des gens éprouvent des problèmes généraux pour demander une indemnité en ligne (De Marez, et al., 2024). Ce pourcentage augmente de manière significative chez les personnes âgées, avec 40% des 65-74 ans et 61% des plus de 75 ans qui rencontrent des difficultés. D'autres résultats montrent que 49% des personnes doivent soumettre plusieurs fois les mêmes données à l'administration. **Seuls 30% des gens pensent que les sites web du gouvernement sont clairs et accessibles**, et seulement 19% pensent que le gouvernement est transparent sur ce qu'il fait avec les

données personnelles. Cependant, **80% des personnes souhaitent un lieu central en ligne** pour tous les formulaires et documents gouvernementaux.

Lorsque ces services publics ne sont pas accessibles, des problèmes majeurs peuvent survenir pour les citoyens concernés. Les personnes avec un handicap, par exemple, ne seraient pas en mesure d'accéder à leur dossier, ce qui pourrait entraîner des retards dans les soins et éventuellement aggraver leur état de santé. Le manque d'accès signifierait également qu'elles auraient des difficultés à demander des indemnités et des services d'aide, ce qui pourrait entraîner une insécurité financière et une diminution de la qualité de vie. De plus, en l'absence de telles plateformes numériques, il serait plus difficile pour ces personnes de se tenir au courant des changements politiques et réglementaires importants qui influencent leurs droits et leurs avantages. Le fait de ne pas avoir accès à ces plateformes alourdirait la charge administrative et pourrait accroître les inégalités en matière de soins. L'inaccessibilité accroît également leur dépendance à l'égard d'autres personnes pour accéder aux plateformes nécessaires.

3.3. Accessibilité financière

En Belgique, l'accès financier aux soins de santé est principalement déterminé par les dépenses restantes à la charge du/de la patient-e (le ticket modérateur et les éventuels suppléments) et la capacité de l'individu à couvrir ces dépenses. Un faible revenu, une situation financière instable et une forme de dépendance ont un impact direct sur la capacité financière de la personne. Lorsqu'il s'agit d'utiliser des outils numériques, les personnes économiquement défavorisées sont doublement pénalisées car elles sont également plus exposées au risque d'exclusion numérique.

Le **caractère abordable des connexions internet et des appareils informatiques** varie considérablement entre les différents groupes de revenus. En 2023, 89% des personnes ayant un revenu mensuel inférieur à 1.400 euros avaient accès à une connexion internet à domicile, contre 99% des personnes ayant un revenu mensuel supérieur à 3.200 euros. En 2021, ces pourcentages étaient respectivement de 82% et 98%, ce qui représente une légère amélioration pour les groupes à faible revenu, contre une situation quasi stable pour les groupes à revenu élevé. L'*imec.digimeter* montre également que le coût des appareils (ordinateurs, smartphones, etc.) constitue souvent un obstacle, en particulier pour les personnes à faible revenu

(De Marez, et al., 2024). Ainsi, 2% des personnes à faible revenu ont déclaré qu'elles n'avaient pas de smartphone en raison de son coût. Parmi les ménages à haut revenu, ce taux est de 1%. La situation est comparable pour les ordinateurs (6% contre 1%), les tablettes (8% contre 2%) et les connexions internet à domicile (1% contre 0%). L'internet mobile semble également être une affaire coûteuse : 3% des personnes à faible revenu ont déclaré ne pas en disposer en raison du coût, contre 1% des personnes à revenu élevé. En outre, 25% des ménages à faibles revenus ont déclaré avoir besoin d'un ordinateur ou d'une tablette supplémentaire, contre seulement 13% pour les ménages à hauts revenus. Par ailleurs, 48% des personnes à faible revenu pensent qu'une meilleure connectivité est trop chère, contre 13% seulement pour les personnes à revenu plus élevé.

En ce qui concerne l'accès à plusieurs appareils digitaux (**multi-connectivité**), le Baromètre de l'inclusion numérique montre qu'en 2023, 66% des personnes ayant un revenu mensuel inférieur à 1.400 euros avaient accès à plusieurs appareils, tandis que parmi les personnes ayant un revenu supérieur à 3.200 euros, le pourcentage était de 89% (Brotcorne & Ponnet, 2024). Les personnes à faible revenu sont également plus souvent totalement dépendantes de leur smartphone pour accéder à l'internet : 25% contre 7%. En 2021, ces pourcentages étaient respectivement de 43% et 29% pour les revenus les plus faibles et de 89% et 10% pour les revenus les plus élevés, ce qui indique à nouveau une **fracture numérique importante**.

Les différences d'accès aux appareils numériques et aux connexions internet entre les groupes de revenus ont des implications directes sur la mesure avec laquelle les individus peuvent participer aux soins de santé numériques, en particulier à l'utilisation des **services de santé en ligne**. Comme 48% des personnes à faible revenu considèrent qu'une meilleure connectivité est trop chère (De Marez, et al., 2024), il devient plus difficile pour ce groupe de participer aux services de soins de santé numériques. La prise de rendez-vous en ligne peut nécessiter que les utilisateurs et les utilisatrices disposent de connexions internet rapides et fiables et de plusieurs appareils afin de pouvoir accéder facilement aux consultations et aux informations médicales. Les statistiques confirment donc l'existence d'une importante fracture numérique entre les différents groupes de revenus, qui affecte leur capacité à participer aux soins de santé digitaux.

En 2023, 49% des personnes ayant un revenu inférieur à 1.400 euros **ont utilisé des services de santé en ligne**, tels

que la prise de rendez-vous en ligne (Brotcorne & Ponnet, 2024). Ce pourcentage est faible par rapport aux 74% de personnes ayant des revenus supérieurs à 3.200 euros qui ont utilisé ces services. En 2021, les pourcentages étaient respectivement de 42% pour les personnes à faible revenu et de 62% pour les personnes à revenu élevé, ce qui indique une légère amélioration, en particulier dans les groupes à faible revenu. Bien qu'il y ait une augmentation de l'utilisation des services de santé en ligne dans les groupes à faible revenu entre 2021 et 2023, il reste un **écart significatif entre les différents niveaux de revenu**. Les niveaux d'accès plus élevés aux appareils numériques et aux connexions internet dans les groupes à revenus élevés contribuent à une utilisation plus large des services de santé en ligne.

Les personnes sans accès internet peuvent passer à côté d'informations importantes sur leurs soins de santé, les mesures préventives et les traitements disponibles. Cela peut conduire à un manque d'*agency* sur leur état de santé. Ils sont donc moins à même de prendre des décisions éclairées et de répondre de manière adéquate à leurs besoins en matière de santé, ce qui peut, en fin de compte, se traduire par de moins bons résultats de santé. La fracture numérique accroît donc les inégalités non seulement dans l'accès aux soins de santé, mais aussi dans la qualité des soins reçus. L'accessibilité financière joue un rôle crucial à cet égard. **Le coût des appareils numériques et des frais de connexion à l'internet peut constituer un obstacle majeur pour les personnes à faible revenu, les empêchant d'avoir accès à ces outils importants**. Cela accroît encore les inégalités, car l'accès aux services de santé numériques reste inabordable financièrement pour ces personnes.

3.4. Acceptabilité

L'acceptabilité des technologies numériques est essentielle si on considère qu'elles peuvent être utilisées dans le cadre des services publics. Les attitudes négatives et les sentiments d'inconfort lors de l'utilisation de données numériques personnelles peuvent influencer de manière significative la volonté des citoyens et des citoyennes d'utiliser ces services et inversement.

Les **attitudes** à l'égard de l'utilisation des technologies numériques pour le suivi (para)médical varient considérablement au sein de la population. Si certaines personnes estiment que les consultations à distance n'influencent pas la relation thérapeutique, d'autres continuent à pré-

férent une consultation physique avec un-e prestataire de soins. Certain-es sont sceptiques en raison de préoccupations concernant la vie privée, la sécurité des données et la qualité des soins, tandis que d'autres préfèrent pouvoir consulter leur dossier médical directement en ligne parce qu'ils considèrent que c'est une solution sûre.

L'*imec.digimeter*2023 montre que 68% des personnes interrogées pensent que les technologies numériques facilitent la vie, bien que cela représente une baisse de 3 points de pourcentage par rapport à la mesure précédente (De Marez, et al., 2024). 63% des personnes pensent en outre que l'utilisation des technologies numériques est agréable, ce qui représente une baisse de 2 points de pourcentage. Par ailleurs, 62% se disent intéressés par les technologies numériques, ce qui représente une baisse de 2%.

Outre les perceptions positives, les **technologies numériques suscitent également des inquiétudes importantes**. Environ 15% des personnes déclarent ne pas faire confiance à la technologie en général, ce qui représente une augmentation de 3 points de pourcentage. 56% des personnes interrogées se sentent par ailleurs dépendantes de la technologie dans leur vie quotidienne, un pourcentage qui n'a pas changé. Et 51% estiment que les changements technologiques et les innovations se succèdent trop rapidement, ce qui représente une augmentation de 2 points de pourcentage.

Les mêmes tendances se reflètent dans les différents **profils numériques** de la population. Tant l'*imec.digimeter* que le *Baromètre de maturité numérique des citoyens wallons* identifient différents types en fonction de leurs attitudes à l'égard des technologies numériques. L'analyse des profils du digimeter de 2022 et 2023 montre que les attitudes à l'égard de la technologie sont restées globalement stables au cours de cette période (De Marez, et al., 2024). Ainsi, le pourcentage de répondant-es se décrivant comme des passionnés de technologie reste constant à 17% pour les deux années. Ce groupe comprend des personnes enthousiastes à l'égard des dernières évolutions technologiques et qui les adoptent activement.

La catégorie des répondant-es ayant une relation '**amoureuse**' à l'égard de la technologie est également restée constante à 25%. Cela indique la persistance de sentiments mitigés à l'égard de l'intégration des technologies dans la vie quotidienne. Cette ambivalence peut résulter à la fois d'expériences positives et de frustrations face aux avancées technologiques. Le pourcentage de répondant-es entretenant une 'relation platonique' avec la tech-

nologie a légèrement diminué, passant de 22% en 2022 à 21% en 2023. Cela suggère un changement marginal dans la manière dont certains individus perçoivent la technologie. La part du groupe ayant une relation '**LAT**' (*Living Apart Together*) avec la technologie reste stable à 23%. Un autre constat intéressant est la légère augmentation du nombre de personnes qui déclarent n'avoir **aucune relation** avec la technologie, qui passe de 13% en 2022 à 14% en 2023. Cette croissance, bien que très limitée, peut indiquer qu'un groupe croissant d'individus évite la technologie, peut-être en raison d'une aversion technologique ou pour d'autres raisons personnelles. Bien que de petits changements aient été observés, comme la diminution des '**relations platoniques**' et l'augmentation des personnes n'ayant aucune relation avec la technologie, les proportions restent pratiquement les mêmes dans la plupart des catégories.

L'étude *Digital Wallonia* classe également les répondant-es en différents profils en fonction de leur attitude à l'égard de la digitalisation (Agence du Numérique, 2023). Les **expert-es** (14%) sont de fervents utilisateurs et utilisatrices de la technologie, qui l'utilisent de manière intensive et ont une grande confiance dans le potentiel des nouvelles technologies et de l'intelligence artificielle. Ce profil est majoritairement masculin, avec deux hommes sur trois, et est composé en grande partie de personnes de moins de 50 ans, souvent même de moins de 30 ans. Les expert-es sont généralement des personnes hautement qualifiées, souvent titulaires d'un diplôme universitaire, et qui jouissent d'un niveau de vie confortable sans difficultés financières importantes. Il s'agit d'étudiant-es, de travailleur-euses et d'entrepreneurs. Ces amateurs et amatrices de technologie (experts) s'intéressent fortement aux avancées technologiques et ont une grande confiance dans la technologie, qu'ils considèrent comme une source cruciale d'information et de confort important. Ils croient fermement aux possibilités de l'intelligence artificielle. Bien qu'ils soient prêts à partager leurs données personnelles si cela présente des avantages, ils reconnaissent également leur dépendance à l'égard de leurs smartphones et des médias sociaux. Ils naviguent facilement dans le monde numérique et sont toujours prêts à essayer de nouvelles applications.

Les indécis (57%) ont généralement une relation positive avec la digitalisation, bien que leur attitude varie entre l'optimisme et le pessimisme. Les **indécis optimistes** (45%) adoptent la technologie avec une vision équilibrée, reconnaissant à la fois ses avantages et ses inconvénients. Ils sont curieux, conscients des défis de la dépendance numérique et préoccupés par les aspects négatifs de la technologie. Sans différence entre les sexes, ces optimistes ap-

partiennent à différentes tranches d'âge, avec une légère préférence pour les jeunes et les adultes d'âge moyen. Ils-elles ont généralement un niveau d'éducation allant de l'enseignement secondaire supérieur à l'enseignement supérieur et éprouvent peu de difficultés financières. Les **indécis pessimistes** (12%) ne rejettent pas la technologie, mais préfèrent garder une certaine distance. Ils profitent occasionnellement des outils numériques. Ils sont majoritairement des hommes (59%) et se trouvent dans toutes les tranches d'âge, avec une fréquence légèrement plus élevée parmi les générations plus âgées. Leur parcours est diversifié en termes d'éducation et ils jouissent généralement d'une stabilité ou d'un confort financier.

Les **distants** (29%) sont réticents à l'égard de la technologie et en ont parfois peur. Ils-elles préfèrent une utilisation limitée et cherchent à se protéger des risques potentiels. Ce groupe comprend plus de femmes (61%) que d'hommes et se compose principalement de personnes âgées de plus de 50 ans, bien que l'on y trouve aussi des jeunes. Elles sont généralement titulaires d'un diplôme de l'enseignement primaire ou secondaire, mais une proportion importante d'entre elles n'ont aucun diplôme. Leur situation financière est variable, et on les retrouve souvent parmi les étudiant-es et les pensionné-es. Elles s'intéressent peu aux médias sociaux, reconnaissent les avantages de l'internet pour se faciliter la vie et rester bien informés, mais leur intérêt pour les nouvelles technologies est modéré. Elles sont dépendantes de leur smartphone et sont préoccupées par les « *fake news* », l'impact de l'intelligence artificielle et la protection des données personnelles. Elles se montrent curieuses des avancées technologiques, mais s'inquiètent de l'impact global de la numérisation sur la société.

En ce qui concerne les services, la **préférence pour les services hors ligne** est nettement plus marquée dans les groupes à faibles revenus, 28% des personnes à faibles revenus accédant à leurs données de santé de cette façon, contre 18% des personnes à revenus élevés. Les chiffres de l'imec.digimeter montrent que 38% des personnes estiment que les technologies numériques leur sont imposées par la société, avec un pourcentage plus élevé chez les 65-74 ans (53%) et chez les plus de 75 ans (58%) (De Marez, et al., 2024). Cela indique une certaine résistance et un certain inconfort à l'égard des outils numériques.

Ces chiffres montrent que, bien que l'acceptation et l'intérêt envers les technologies numériques existent, il y a également des inquiétudes et des attitudes négatives significatives. Un constat préoccupant est le fait que **l'évolution des attitudes vis-à-vis des technologies numériques est stable,**

voire légèrement négative en général. L'acceptabilité des technologies numériques de santé, telles que la prise de rendez-vous en ligne, varie considérablement. La sensibilité des données de santé personnelles joue ici un rôle majeur. Les préoccupations relatives à la protection de la vie privée et à la sécurité des données, de problèmes techniques ou d'expériences négatives antérieures sont souvent à la source du manque de confiance envers les services numérique. Il existe aussi une crainte de faire des erreurs en utilisant des applications numériques.

4. Les reconfigurations profondes induites par la digitalisation

La **fracture numérique reste un problème persistant**, même si l'accès aux technologies et à internet s'améliore lentement. Comme nous l'avons vu dans la troisième partie de cet article, de plus en plus de personnes développent leurs compétences numériques. Mais l'évolution est lente, surtout pour les personnes socialement et économiquement vulnérables. Ces personnes sont souvent les plus à risque de se trouver dans une situation d'exclusion numérique, si elles ne s'y trouvent pas déjà, ce qui souligne la nécessité d'accorder à ce groupe l'attention qu'il mérite lors de l'élaboration des soins de santé de l'avenir. Outre les aspects techniques et liés aux compétences de chacun et chacune, la dimension de « l'acceptabilité », c'est-à-dire le fait de considérer que les soins prodigués répondent aux critères de qualité attendue par les patient-es, est souvent négligée dans les discussions sur la digitalisation. Dans le cas où ces critères ne sont pas rencontrés, les personnes risquent de reporter, voire de renoncer aux soins. **Il est essentiel d'éviter que les soins de santé ne se transforment en un système à deux vitesses**, où les personnes vulnérables sur le plan numérique ont de moins bons résultats en matière de santé.

De plus, nous devons garder à l'esprit que la fracture numérique n'est pas près de se résorber, et qu'il est donc important que des alternatives hors ligne restent disponibles à tout moment. Le principe « **click, call, connect** » peut aider ici. Ce principe permet une approche flexible de l'utilisation des canaux numériques et non numériques. Pour ceux et celles qui maîtrisent les outils numériques, des plateformes et des applications en ligne conviviales peuvent être disponibles pour trouver des informations, prendre des rendez-vous et communiquer avec les prestataires de soins.

Pour les personnes qui préfèrent d'autres formes de communication, il devrait toujours être possible de contacter les prestataires de soins et les services d'assistance par téléphone. Pour ceux et celles qui ont encore des difficultés avec les options numériques et téléphoniques, les lieux physiques et les rencontres en face-à-face doivent rester disponibles afin que chacun et chacune puisse accéder aux soins dont il a besoin.

Notre analyse de la littérature montre que la question de la numérisation est souvent comprise dans un contexte étroit, où des questions sont posées sur des facteurs spécifiques, toutes choses étant égales par ailleurs ou presque. On se concentre par exemple sur l'impact de l'âge (Mubarak & Suomi, 2022) ou du sexe (Acilar & Sæbø, 2023) sur la fracture numérique. Ces études illustrent une tendance plus générale observée dans la littérature par Lythreath et al (2022) et Cheng et al (2020), où la recherche actuelle se concentre sur l'identification de liens de causalité relativement simples entre un paramètre observé et l'ampleur de la fracture numérique, comme les caractéristiques sociodémographiques ou le type de technologie utilisée, par exemple.

Bien que ces études soient utiles, elles pourraient certainement être enrichies par une **réflexion plus systémique sur la manière dont la digitalisation réorganise la capacité des individus à agir** (Botrugno, 2021). En effet, la numérisation remodèle en partie la manière de soigner (téléconsultation), de demander des soins ou de l'aide (rendez-vous en ligne ; *MyHandicap*), de consulter les données de santé et de surveiller l'état de santé personnel (*masante.be*), voire de produire de nouvelles données de santé (monitoring digital), redéfinissant le concept de soins, d'autosoins et la manière dont chacun-e se déplace et peut agir dans ce domaine en pleine évolution. À cet égard, la recherche en sociologie des sciences et des technologies ouvre d'autres perspectives.

Tout d'abord, la numérisation des pratiques de soins s'inscrit dans une évolution plus large de la virtualisation des corps, qui redéfinit **les rôles des patient-es et des prestataire de soins, ainsi que leur relation**. Pour certain-es patient-es, la présence physique du ou de la prestataire peut être fondamentale, en donnant un sens aux détails techniques, aux symptômes perçus et aux douleurs évoquées, ou en permettant d'établir une relation thérapeutique plus efficace (Botrugno, 2019). D'autres, au contraire, se sentent plus à l'aise dans une relation thérapeutique à distance, où ils-elles ne se sentent pas limités par la « vision médicale » de leur corps ou de leur mode de vie (Lupton, 2013). Il en va de même pour les prestataires de soins, pour lesquels

la relation avec les patient-es évolue parce qu'ils-elles ne peuvent plus se fier à tous leurs sens et à leur jugement « en situation » pour évaluer la santé du-de la patient-e au sens large, et doivent se limiter à des représentations, des images et des chiffres (Mort, May, & Williams, 2003). Si les outils numériques permettent de transmettre plus facilement des informations sur les soins ou la santé, ils modifient également la nature des informations fournies et reçues, en raison de la perte de contact physique entre le-la patient-e et le-la prestataire, les regards, les attitudes et les non-dits. Les réflexions sur la digitalisation des soins ne peuvent ignorer ces aspects et les changements dans la relation thérapeutique.

Deuxièmement, **la numérisation redéfinit le concept de « patient-e », le transformant en un-e « patient-e digitalement engagé »**. Cela signifie que les patient-es doivent être activement impliqués numériquement (Greene & Hibbard, 2012). Dans cette nouvelle approche, qui justifie l'essor de la numérisation dans les soins, le-la patient-e est appelé-e à jouer un rôle actif dans ses propres soins. Il est considéré comme un entrepreneur de sa propre santé, qui doit être « activé » s'il n'est pas suffisamment impliqué dans le suivi numérique de sa santé et la collecte de données sur son propre état de santé. Plusieurs études ont montré que le suivi de sa propre santé par le biais de diverses applications de télésurveillance aide certaines personnes à prendre conscience de leur corps et leur donne un sentiment de contrôle et de sécurité. D'autres éprouvent une profonde anxiété lorsque les valeurs mesurées contredisent leurs attentes et leurs sensations (Lupton, 2013). Des études ethnographiques, proches des pratiques de terrain, montrent également que la formation d'un-e patient-e numériquement engagé-e nécessite parfois un accompagnement étroit « en personne » de la part des prestataires de soins (Oudshoorn, 2007). Ces aspects apparemment paradoxaux ne doivent pas être ignorés.

Enfin, **la digitalisation transforme les sites de soins et les connaissances sur notre santé**. Alors que ces lieux étaient auparavant dispersés et parfois éloignés - comme une visite chez le-la médecin, à l'hôpital ou à la pharmacie - les principaux éléments de la santé d'une personne sont désormais rassemblés sur quelques appareils numériques. L'hôpital est déplacé vers le domicile des personnes, et chacun-e est censé-e produire ses propres données de santé depuis son domicile, dans le cadre d'un paradigme de soins de santé entièrement nouveau, où le regard direct et parfois intimidant des prestataires de soins est aboli, et le diagnostic devient permanent et peut même devenir intrusif (Nettleton, 2004).

En résumé, **la numérisation des soins peut à la fois renforcer le pouvoir des patient-es et accroître leur vulnérabilité,**

rendre les soins plus disponibles et aggraver les inégalités de santé existantes. Il n'est donc pas surprenant que, comme le note Lupton dans son ouvrage (Lupton, 2013), les patient-es ont parfois une relation inattendue ou conflictuelle avec les technologies de la santé. Ils-elles utilisent certaines applications avec enthousiasme et en rejettent résolument d'autres. Au fur et à mesure que les technologies de santé qui sous-tendent cette numérisation deviennent davantage portables et mobiles, elles peuvent s'intégrer de plus en plus dans nos vies, faisant potentiellement de notre santé une préoccupation de tous les instants (Lupton, 2013). Que nous le voulions ou non, il est important que nous osions, au moins, le remettre en question.

5. Recommandations

Promouvoir une transformation numérique inclusive des soins de santé nécessite une approche holistique et coordonnée sur plusieurs fronts. Cela implique notamment d'améliorer l'accès aux technologies numériques, de garantir l'égalité des chances pour tous les groupes de population et d'élaborer des politiques visant à réduire la fracture numérique. Voici quelques points d'attention et stratégies qui peuvent être utiles à cet égard.

La digitalisation reconfigure l'accessibilité des soins dans des directions parfois paradoxales. Si ce phénomène est en marche, il importe alors de formuler les recommandations suivantes afin d'éviter certains effets pervers impliquant finalement le renforcement des inégalités de santé et d'accès aux soins déjà observés actuellement.

Pour ce faire, il faut sans doute d'une part agir sur la réduction de la fracture numérique :

1. S'engager à **améliorer les compétences numériques (en matière de santé)** : il est essentiel de promouvoir la littératie et les compétences numériques pour que chacun et chacune ait la possibilité de participer aux soins de santé numériques. Les compétences en matière de santé sont également cruciales pour que les gens utilisent au mieux les services numériques et les informations disponibles. Cette étude montre également qu'une attention particulière doit être accordée aux compétences en matière d'*e-sécurité*.
2. **Attention aux utilisateurs et aux utilisatrices** : l'inclusion numérique ne consiste pas seulement à améliorer les services numériques, mais aussi à cibler les personnes

auxquelles ces services sont destinés. Nous constatons qu'aujourd'hui, de nombreuses personnes trouvent que les applications en ligne ne sont pas suffisamment accessibles. Placez toujours au centre le confort final de l'utilisateur ou utilisatrice, et ce dès le développement de nouvelles applications (*inclusion by design*).

Dans la mesure où il est très peu probable que la fracture numérique disparaisse complètement dans un avenir proche, nous devons également encadrer cette digitalisation de certains principes parmi les suivants :

3. Il convient de continuer à miser sur **un accompagnement personnalisé des personnes vulnérables sur le plan numérique** (mise en œuvre du principe « *click, call, connect* »). Ce sont surtout les plus vulnérables qui ont besoin d'un soutien plus individuel, c'est pourquoi nous plaçons pour un universalisme proportionnel.
4. **La cybersécurité et la protection des données comme priorité** : il est essentiel de garantir la sécurité des systèmes numériques pour protéger les données de santé sensibles et pour que le public ait confiance dans ces systèmes.
5. Des **soins de santé humains** : il est important de continuer à reconnaître le facteur humain, en particulier dans un secteur comme les soins de santé où la dimension de l'acceptabilité est constitutive pour l'accessibilité. La technologie doit rester au service des personnes, et non l'inverse.
6. **La digitalisation comme outil pour un meilleur échange de données** : le passage aux systèmes numériques présente des avantages pour l'échange de données dans le domaine des soins de santé. Les technologies numériques peuvent améliorer la communication entre les prestataires de soins. Toutefois, il existe un risque que, en raison des différents fournisseurs de services numériques, de plus en plus de données soient collectées dans des « silos » distincts. Il serait préférable d'utiliser ces données de manière holistique afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour le-la patient-e.
7. La digitalisation, la centralisation des données et l'accessibilité étendue des données (notamment dans le cadre de la mise en œuvre du Règlement Européen sur l'Espace Européen de Données de Santé - EHDS) est mieux mise en œuvre si l'on accorde une attention particulière aux piliers suivants.
 - a. **Vie privée** : il est nécessaire de veiller à ce que toutes les données de santé des patient-es soient protégées grâce à la conformité au RGPD et à des protocoles de sécurité appropriés.

- b. **Liberté thérapeutique** : il est crucial que la numérisation des données de santé n'interfère pas avec la liberté thérapeutique du-de la patient-e. Cela signifie que les patient-es doivent avoir accès à leurs propres données de santé et pouvoir collaborer avec les prestataires de soins de leur choix, sans rencontrer d'obstacles dans le système.
- c. **Confiance dans le système de santé** : il est important de susciter et entretenir la confiance des patient-es et des prestataires de soins dans le système de santé. La transparence sur la manière dont les données sont utilisées et partagées, ainsi que l'implication de tous les acteurs et actrices dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'EHDS, sont cruciales.

Conclusion

Bien que la fracture numérique se réduise progressivement, l'évolution reste lente. Cette tendance varie également dans toutes les couches de la société. Cela implique qu'il est peu probable que la fracture numérique se résorbe complètement, surtout dans un avenir proche. Ce sont les inégalités structurelles qui caractérisent la société actuelle. Alors que les applications de santé numérique sont de plus en plus nombreuses, il est important de réfléchir à leurs implications pour l'accessibilité des soins de santé.

Les compétences numériques en matière de santé sont essentielles dans un monde qui s'appuie de plus en plus sur la technologie pour le partage d'informations sur la santé, les consultations médicales, le suivi, la prévention et la (auto) gestion des maladies. Le manque d'accès, mais aussi d'intérêt et/ou de compétences pour utiliser efficacement les outils numériques peut creuser l'écart déjà existant entre les différents groupes de population en matière de santé ou même créer de nouvelles inégalités.

Il est vrai que les applications numériques offrent également des avantages et de nouvelles possibilités. De nombreuses personnes peuvent bénéficier de l'utilisation des outils numériques, y compris les groupes vulnérables dans certains cas. Dans des circonstances appropriées, les outils numériques peuvent permettre d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé et contribuer à l'évolution vers des soins de santé plus préventifs. Il est donc crucial que les technologies numériques soient aussi accessibles que possible à tous et à toutes. Quoi qu'il en soit, il est important que des alternatives suffisantes restent disponibles pour les applications de santé numériques.

Bibliographie

- Acilar, A., & Sæbø, Ø. (2023). Towards understanding the gender digital divide. A systematic literature review. *Global Knowledge, Memory and Communication*, 72(3), 233-249.
- Agence du Numérique. (2023). *Baromètre de maturité numérique 2023 des citoyens wallons*. Jambes: Digitalwallonia.be.
- Bashshur, R. L., Howell, J. D., Krupinski, E. A., Harms, K. M., Bashshur, N., & Doarn, C. R. (2016). The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. *Telemedicine and e-Health*, 22(5), 342-375.
- Botrugno, C. (2019). Towards an ethics for telehealth. *Nursing Ethics*, 26(2), 357-367.
- Botrugno, C. (2021). Information and Communication Technologies in Healthcare: A New Geography of Right to Health. *Journal of Legal Philosophy*, 163-188.
- Brotcorne, P., & Ponnet, K. (2024). *Barometer digitale inclusie 2024*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Cès, S. (2021). Toegang tot gezondheidszorg, definitie en uitdagingen. *CM-Informatie*, 286, 4-22.
- Cheng, C., Beauchamp, A., Elsworth, G., & Osbourne, R. (2020). Applying the electronic health literacy lens. Systematic review of electronic health interventions targeted at socially disadvantaged groups. *Journal of medical Internet research*, 22(8), 1-20.
- De Marez, I., Sevenhant, R., Denecker, F., Georges, A., Wuyts, G., & Schuurman, D. (2024). *imec.digimeter 2023. Digitale trends in Vlaanderen*. Leuven: Imec.
- EUROSTAT. (2025, Januari 23). *Use of electronic identification*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/isoc_eid_ieid__custom_15123954/default/table?lang=en
- Greene, J., & Hibbard, J. H. (2012). Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationship Between Patient Activation and Health-Related Outcomes. *Journal of General Internal Medicine* (27), 520-526.
- Khilnani, A., Schulz, J., & Robinson, L. (2020). The COVID-19 pandemic: new concerns and connections between eHealth and digital inequalities. *Journal of Information Communication and Ethics in Society*, 18(3), 393-403.
- Litchfield, I., Shukla, D., & Greenfield, S. (2021). Impact of COVID-19 on the digital divide: a rapid review. *BMJ Open*, 11(10), 1-9.
- Lupton, D. (2013). The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital era. *Social Theory & Health*, 11(3), 256-270.
- Lythreatis, S., Singh, S., & El-Kassar, A.-N. (2022). The digital divide: A review and future research agenda. *Technological Forecasting and Social Change*, 175.
- Maguza. (2016). *Telemonitoring: nieuwe evolutie bij diabeteszorg*. <https://maguza.be/technologie/artikel/telemonitoring-nieuwe-evolutie-bij-diabeteszorg>

- Morissens, A., Verniest, R., Noirhomme, C., & Sholokhova, S. (2022). Impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren in België. Een kwalitatief onderzoek bij professionals over behoeften, hindernissen en oplossingen op het gebied van geestelijke gezondheid. *Gezondheid & Samenleving*, 3, 52-75.
- Mort, M., May, C., & Williams, T. (2003). Remote doctors and absent patients: acting at a distance in telemedicine? *Science, Technology & Human Values*, 28(2), 274-295.
- Mubarak, F., & Suomi, R. (2022). Elderly forgotten? Digital exclusion in the information age and the rising grey digital divide. *Inquiry*, 59, 1-7.
- Nettleton, S. (2004). The Emergence of E-Scaped Medicine. *Sociology*, 38(4), 661-679.
- Oh, S. S., Galanter, J., Thakur, N., Pino-Yanes, M., Barcelo, N. E., White, M. J., . . . Powe, N. R. (2015). Diversity in Clinical and Biomedical Research: A Promise Yet to Be Fulfilled. *PLOS Medicine*, 12(2), e1001918.
- Oudshoorn, N. (2007). Diagnosis at a distance: the invisible work of patients and healthcare professionals in cardiac telemonitoring technology. *Sociology of Health & Illness*, 30(2), 272-288.
- Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., . . . Silani, V. (2021). Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 352-367.
- Reddick, C. G., Enriquez, R., Harris, R. J., & Sharma, B. (2020). Determinants of broadband access and affordability: An analysis of a community survey on the digital divide. *Cities* (106), 102904.
- Robinson, L., Schulz, J., Khilnani, A., Ono, H., Cotten, S., McClain, N., . . . Tolentino, N. (2022). Digital inequalities in time of pandemic: COVID-19 exposure risk profiles and new forms of vulnerability. *First Monday*, 25(7), 1-34.
- van Steenkiste, J., Verberk, I., Versmissen, J., Dohmen, D., & Jainandunsing, S. (2024). Home blood pressure telemonitoring in the Netherlands: a pilot study in GP practices. *BMC Digit Health*, 2(16), 1-9.
- Zhang, X., Pérez-Stable, E., Bourne, P. E., Peprah, E., Duru, O. K., Breen, N., . . . Denny, J. (2017). Big Data Science: Opportunities and Challenges to Address Minority Health and Health Disparities in the 21st Century. *Ethnicity & Disease*, 27(2), 95-106.

Coûts à charge des patient-es pour les admissions dans les hôpitaux généraux

Résumé des résultats du suivi par l'Agence intermutualiste - Analyses 2024 concernant les admissions à l'hôpital en 2022 et 2023

Mieke Dolphens — Service d'études MC

Résumé

En 2024, l'Agence Intermutualiste (AIM) a publié des mises à jour sur les coûts à charge des patient-es pour les admissions à l'hôpital, avec une attention particulière aux suppléments sur les honoraires médicaux remboursables. Les analyses, basées sur les données de facturation relatives aux hospitalisations en 2022 et 2023, montrent à nouveau que l'accessibilité financière des admissions à l'hôpital est sous pression, que les patient-es courent un risque réel d'être confrontés à des dépenses (très) élevées et qu'il existe de grandes différences entre les hôpitaux et au sein de ceux-ci. Cela peut entraîner un report ou une limitation des soins nécessaires, des difficultés financières dans l'utilisation des soins de santé ou encore une aggravation des inégalités dans l'accès aux soins.

Globalement, en 2022 et 2023, les suppléments d'honoraires et de chambre pour les hospitalisations ont continué d'augmenter. Des différences significatives existent entre les hôpitaux ; néanmoins tous les hôpitaux ne doivent pas être mis dans le même panier. Il est important de noter que ce n'est pas seulement dans les admissions classiques en chambre individuelle que les contributions personnelles peuvent être élevées, mais aussi dans les admissions en chambre double ou commune (par exemple en raison de coûts d'implants ou de la facturation des montants non remboursables) et dans les hospitalisations de jour (où, par définition, le-la patient-e ne passe pas la nuit à l'hôpital). En outre, les montants à charge du-de la patient-e pour les soins de santé ne se limitent pas aux contributions personnelles pour l'admission à l'hôpital.

Avec cette analyse annuelle, qui en est à sa huitième édition, l'AIM souhaite informer les décideurs politiques, les chercheurs et le grand public sur les montants facturés aux patient·es pour les hospitalisations (avec nuit facturée ou sans nuit facturée), l'impact des suppléments sur la facture du·de la patient·e et leurs évolutions. Elle encourage également les discussions et les actions autour de la transparence, de la prévisibilité des coûts à charge des patient·es et de l'accessibilité financière des soins hospitaliers. Par ailleurs, la mise à jour annuelle des chiffres alimente l'atlas de l'AIM et les sites internet des mutualités en informations sur le coût des interventions fréquentes pour les patient·es (par hôpital, par type de chambre et par type de titulaire).

Cet article résume les principaux résultats des publications, complétés par les recommandations des auteurs et quelques conclusions de la MC.

Mots-clés : AIM, hôpitaux, accessibilité, sécurité tarifaire, transparence, suppléments, lu pour vous

Introduction

Depuis 2017, l'Agence Intermutualiste (AIM) publie chaque année son baromètre hospitalier, une analyse des montants facturés aux patient-es pour les admissions dans les hôpitaux généraux aigus (y compris universitaires) en Belgique (L'Agence Intermutualiste, 2024). La dernière mise à jour de cette étude compare les chiffres de 2023 avec ceux des années précédentes (2017-2022). Des données historiques jusqu'en 2006 sont disponibles pour les suppléments sur les honoraires médicaux remboursables.

Ces analyses se basent sur les données de facturation de l'assurance maladie obligatoire pour les soins médicaux (AO) des sept mutualités en Belgique¹. Cette base de données contient notamment pour toutes les personnes ayant droit au remboursement par l'AO, le détail des montants facturés à charge de l'AO et à charge du-de la patient-e. Les contributions personnelles du-de la patient-e comprennent les tickets modérateurs, les suppléments et les frais pour les services et produits non couverts également appelés « montants non remboursables ». Dans le présent article nous nous concentrons sur les admissions classiques (avec au moins une nuit facturée à l'hôpital) et les hospitalisations de jour (sans nuit facturée à l'hôpital) pour lesquelles il existe une intervention de l'AO. Les hospitalisations de jour comprennent ici les hospitalisations de jour chirurgicales, non chirurgicales et oncologiques. Comme toute étude, celle-ci présente des limites qui sont décrites dans le rapport publié sur le site Internet de l'AIM.

Les évaluations annuelles fournissent des informations plus approfondies sur les coûts à charge des patient-es liés aux admissions à l'hôpital, en abordant notamment le montant total des contributions personnelles, l'ampleur et la variabilité de la facture du-de la patient-e par admission ainsi que l'évolution des suppléments sur les honoraires médicaux remboursables et d'autre suppléments.

Les résultats doivent être lus dans un contexte changeant qui va au-delà de la partie hospitalisation du système de soins de santé. Pour interpréter les chiffres, il faut notamment tenir compte des facteurs suivants : (1) le gel des taux maximaux des suppléments d'honoraires (et des rétrocessions) pour les admissions à l'hôpital, en vigueur depuis le 28 janvier 2022 et prolongé jusqu'à fin 2024 d'un commun accord entre les médecins et les hôpitaux (Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2024)² ; (2) la réforme de l'hôpital de jour, y compris l'augmentation du financement de base de l'hôpital de jour chirurgical depuis le 1er juillet 2022 et l'élargissement de la liste des services de l'hôpital de jour chirurgical depuis le 1er janvier 2023 (Direction générale Soins de Santé: Service Financement des hôpitaux, 2022) ; (3) l'évolution du Budget des Moyens Financiers, source importante de financement du fonctionnement des hôpitaux (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2024) ; (4) l'augmentation de l'activité d'hospitalisation, les hospitalisations de jour augmentant à la fois en nombre et en part (environ 60% des admissions) et les admissions classiques continuant à diminuer en nombre et en durée (moyenne) de séjour, et (5) la mise en place de l'hospitalisation à domicile depuis le 1er juillet 2023 (INAMI, & Service des Soins de Santé, 2023).

Les résultats du dernier baromètre hospitalier de l'AIM objectivent - une fois de plus - les coûts élevés à charge des patient-es lors d'un séjour à l'hôpital et les variations importantes de ceux-ci (à la fois entre les hôpitaux et au sein d'un même hôpital), avec un risque réel de factures (très) élevées pour les patient-es. Ce risque s'applique non seulement aux admissions classiques en chambre individuelle, mais aussi - quoique moins fréquemment - aux admissions en chambre double et commune (à cause, par exemple, des coûts matériels ou des montants non remboursables) et aux admissions de jour.

Les résultats du dernier baromètre hospitalier de l'AIM sont résumés ci-dessous. Nous terminons par les recommandations des auteurs et les conclusions de la MC.

1 La base de données source du baromètre hospitalier AIM comprend l'ensemble des assurés sociaux belges (plus de 11,5 millions de personnes sont affiliées à une mutualité en Belgique) et est donc plus large que celles qui alimentaient auparavant les baromètres hospitaliers des mutualités individuelles, comme le baromètre hospitalier MC (membres MC) ; la quinzième et dernière édition du baromètre hospitalier MC a été publiée en 2019 (Dolphens, Wantier, Rousseau, Ghyselen, & Landtmeters, 2020).

2 Il s'agit du *standstill* dans le cadre de la réforme en cours de l'organisation et du financement des hôpitaux, de la réévaluation de la nomenclature et du contrôle des suppléments, en tant qu'étape intermédiaire vers une limitation légale des suppléments d'honoraires facturables (Vandenbroucke, 2022).

1. Coûts élevés à charge des patient-es pour les admissions à l'hôpital

Pour les admissions à l'hôpital en 2023, les patient-es ont payé ensemble **1,51 milliard d'euros**. Cela représente une augmentation de 9,7% par rapport au montant de 1,38 milliard d'euros en 2022. Sur ce montant à charge du-de la patient-e, **70% (1,06 milliard d'euros) sont des suppléments et des montants non remboursables** auxquels ne s'appliquent pas les mesures de protections actuelles au sein de l'AO, telles que le maximum à facturer (MAF) et l'intervention majorée (IM). Par rapport à 2022, les suppléments et les montants non remboursables ont **augmenté de 115 millions d'euros** (+88 millions d'euros en admissions classiques ; +27 millions d'euros en admissions de jour).

Cela correspond à une croissance de 12,1%. Les tickets modérateurs n'ont augmenté que de 5,3%. Ces tickets modérateurs - auxquels s'appliquent les mesures de protection de l'AO - s'élèvent à 449 millions d'euros en 2023, soit moins d'un tiers (30%) des contributions personnelles pour les admissions à l'hôpital.

En répartissant les contributions personnelles par type de dépenses (frais de séjour, honoraires, pharmacie, matériel, suppléments de chambre et « autres »), on constate que, tous les séjours confondus, ce sont les **suppléments de chambre**

(133 millions d'euros en 2023) qui affiche **la plus forte augmentation en pourcentage** (+16,0% par rapport à 2022), suivi des honoraires en cas d'hospitalisation (+11,6%, de 772 millions d'euros en 2022 à 861 millions d'euros en 2023). La hausse des suppléments d'honoraires et des montants non remboursables (+13,0%) sont nettement plus prononcée que celle des tickets modérateurs sur honoraires (+2,6%). En hospitalisation de jour, la croissance des montants sous la rubrique "**autres**" est particulièrement élevée (+24,7%, de 6,9 millions d'euros en 2022 à 8,6 millions d'euros en 2023).

2. Risque d'une facture élevée pour le-la patient-e lors de l'admission à l'hôpital

Les coûts élevés à charge des patient-es lors d'un séjour à l'hôpital sont au moins en partie dus aux suppléments facturés, malgré les restrictions existantes (par exemple, l'interdiction des suppléments d'honoraires et de chambre dans les chambres doubles et commune) et les mesures visant à empêcher toute nouvelle augmentation des suppléments d'honoraires.

Pour les hospitalisations, la facture du-de la patient-e varie beaucoup selon le choix de la chambre. Il faut toute-

Tableau 1 : Les coûts moyens et la répartition des montants à charge du-de la patient-e pour les admissions à l'hôpital en 2023 (par admission) dans les hôpitaux généraux de soins aigus en Belgique selon le type d'admission et le type de chambre, en euros (Source : AIM, 2024)

	Moyenne				Répartition				
	2019	2022	2023	2023/2022	P5	P25	P50	P75	P95
Admission classique									
• Chambre individuelle	€ 2.119	€ 2.426	€ 2.619	+7,9%	€ 391	€ 1.229	€ 2.016	€ 3.181	€ 6.862
• Chambre double ou commune	€ 286	€ 306	€ 321	+4,8%	€ 22	€ 88	€ 180	€ 364	€ 1.059
Admission de jour									
• Avec facturation de suppléments d'honoraires	€ 722	€ 781	€ 826	+5,8%	€ 13	€ 218	€ 679	€ 1.205	€ 2.174
• Sans facturation de suppléments d'honoraires	€ 55	€ 58	€ 60	+4,3%	€ 1	€ 7	€ 20	€ 48	€ 216

Abréviations : P5 = percentile 5 ; P25 = percentile 25 ; P50 = percentile 50 ou médiane ; P75 = percentile 75 ; P95 = percentile 95

fois préciser que les suppléments d'honoraires, comme les suppléments de chambre, ne peuvent être facturés que pour des hospitalisations en chambre individuelle. En 2023, la facture est en moyenne **huit fois plus élevée** en chambre individuelle qu'en chambre commune, en hospitalisation classique (voir Tableau 1). En hospitalisation de jour, la différence de tarif entre les admissions avec facturation de suppléments d'honoraires et sans, est encore plus prononcée. Cette **différence liée au type de chambre augmente d'année en année**. En moyenne en 2023, le montant à charge du-de la patient-e pour une admission classique en chambre individuelle s'élève à 2.619 euros, soit 7,9% plus cher qu'en 2022 ; pour une admission chirurgicale de jour avec facturation de suppléments d'honoraires, le montant à charge du-de la patient-e s'élève en 2023 à 1.111 euros en moyenne, soit 9,3% de plus qu'en 2022.

Comme nous pouvons le voir au tableau 1, il y a des variations importantes entre les montants moyens à charge du-de la patient-e. Cela concerne également **les séjours en chambres communes où des coûts des implants ou les montants non remboursables peuvent être facturés** et gonfler la facture. Ainsi, en 2023, la facture du-de la patient-e a dépassé 1.059 euros pour 1 sur 20 des hospitalisations classiques en chambre commune. En ce qui concerne les admissions chirurgicales du jour, le montant facturé au-à la patient-e s'élève au moins à 313 euros pour 5% des séjours à l'hôpital sans facturation de suppléments d'honoraires.

En 2023, les contributions personnelles dépassant **3.000 euros ont eu lieu pour 93.213 admissions à l'hôpital** ; en 2022, ce montant concernait 'seulement' 76.530 admissions. Par admission, les montants à charge du-de la patient-e ont dépassé 10.000 euros pour 6.084 hospitalisations classiques et 63 hospitalisations de jour. Cela ne prend pas en compte les éventuelles accumulations des contributions personnelles (par exemple, en cas d'hospitalisations multiples au cours de la même année, de frais ambulatoires, etc.).

Il ressort clairement de cette analyse et des précédents baromètres hospitaliers que, outre le type de chambre et la pathologie ou l'intervention, d'autres facteurs peuvent contribuer à déterminer la facture des patient-es. Il s'agit notamment de l'hôpital (variation des pratiques tarifaires entre les hôpitaux), le type d'admission (hospitalisation classique ou de jour, dont on sait qu'elle varie d'un hôpital à l'autre, même pour la même intervention), le statut social du-de la patient-e et les caractéristiques ou préférences du-de la patient-e (voir Figure 1, <https://www.mc.be/fr/actualites/quel-est-le-cout-dune-hospitalisation> (L'Agence InterMutualiste, 2024, 2025).

En ce qui concerne **les suppléments de chambre, une augmentation** peut être observée dans le **montant moyen par jour** pour une chambre individuelle (+8,4% de 2022 à 2023 ; voir Figure 2).

Figure 1: Coût moyen à charge du-de la patient-e en 2023 pour un accouchement par voie basse (admission classique) et un dégagement du canal carpien (admission de jour) par hôpital et par type de chambre (Source: L'Agence InterMutualiste, 2024)

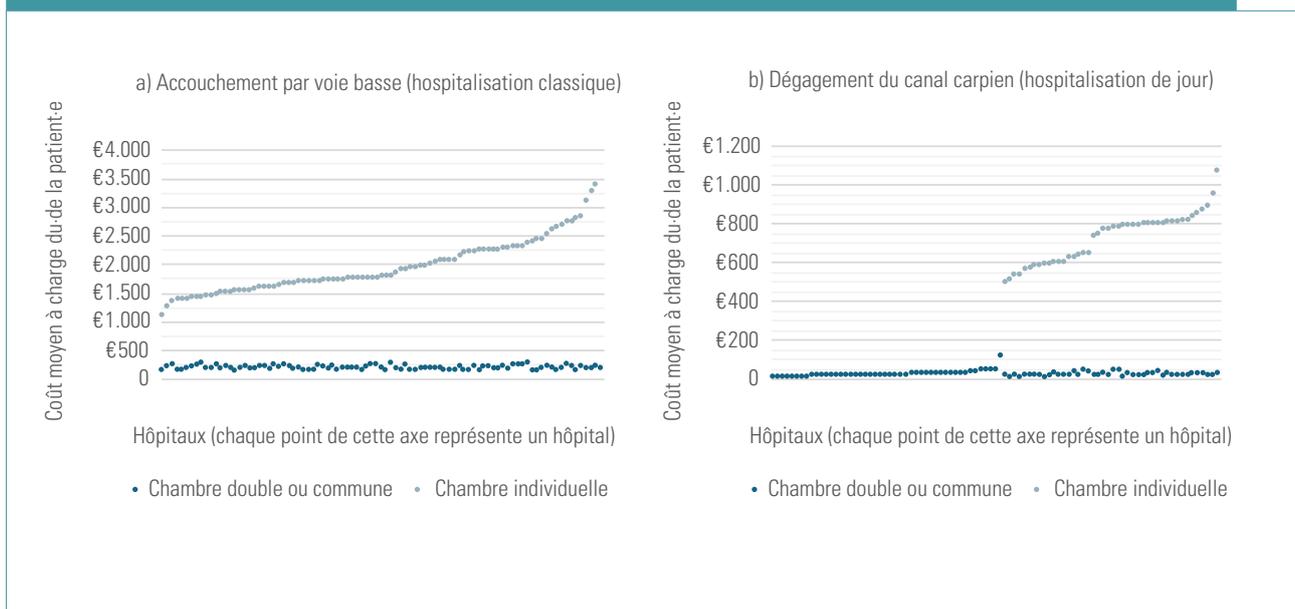
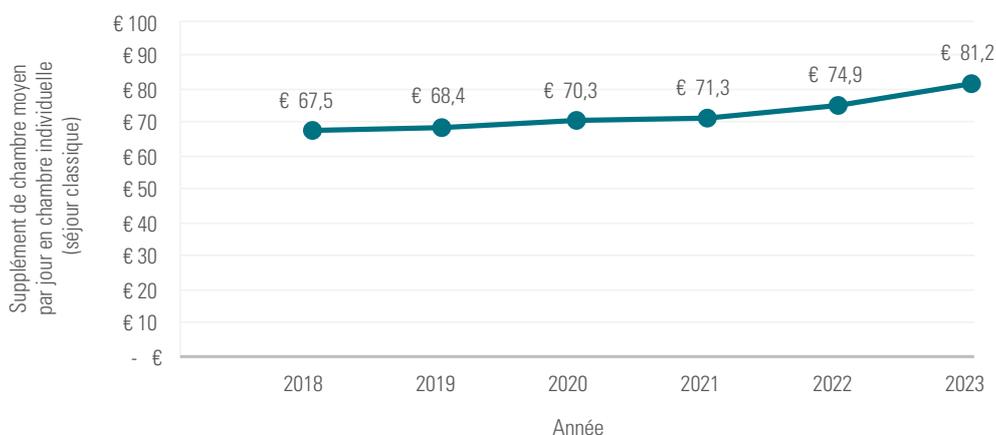


Figure 2: Évolution 2018-2023 du tarif moyen du supplément de chambre (en euros, par jour) pour une hospitalisation classique en chambre individuelle (Source: L'Agence InterMutualiste, 2024)



3. Suppléments sur les honoraires médicaux remboursables

Les suppléments sur les honoraires médicaux remboursables représentent les deux tiers (66%) de tous les suppléments et montants non remboursables facturés au ou à la patient-e et près de la moitié (46%) des contributions personnelles lors d'un séjour à l'hôpital. Sur le montant total des suppléments d'honoraires médicaux s'élevant à **697 millions d'euros en 2023**, 571 millions d'euros (82%) concernent les admissions classiques et 125 millions d'euros (18%) les admissions de jour.

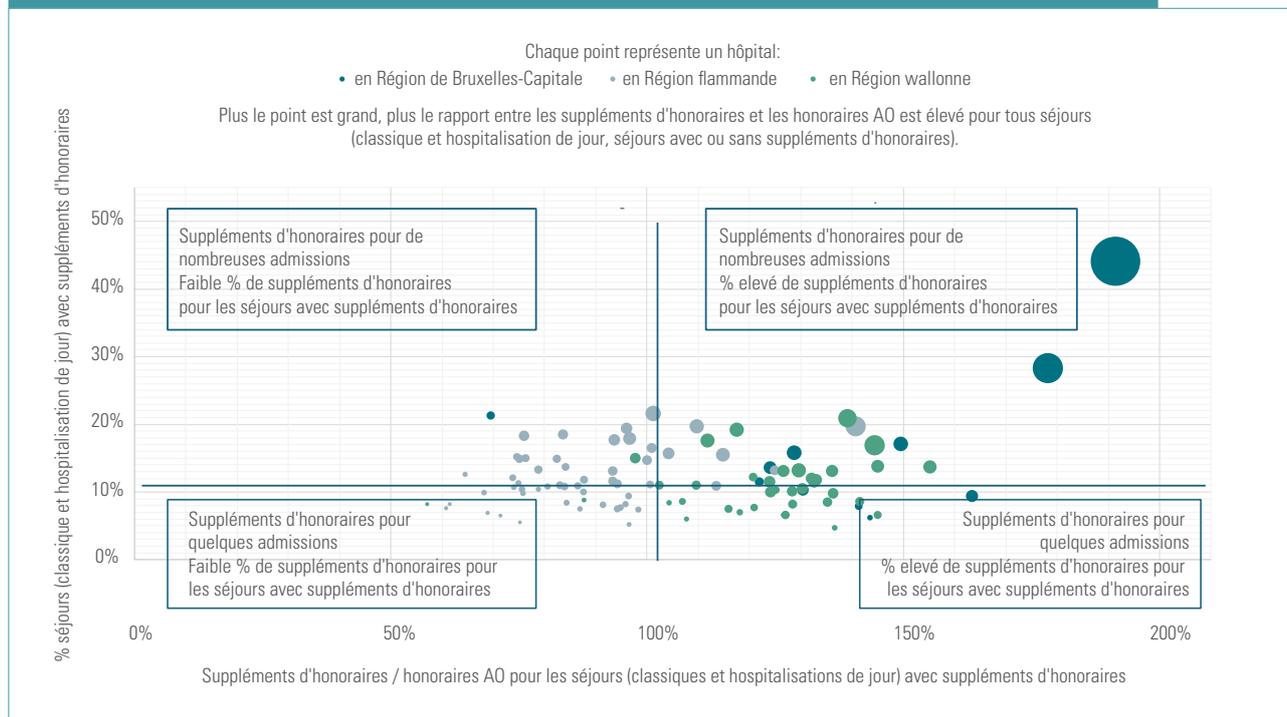
En valeur absolue, le montant total des suppléments d'honoraires médicaux dans les hospitalisations en 2023 **est supérieur de 81 millions d'euros à celui de 2022 (+13,1% par rapport à 2022)** (+63 millions d'euros dans les hospitalisations classiques, +16 millions d'euros dans les hospitalisations de jour). **Ces suppléments croient plus fortement que des honoraires AO (dépenses à charge de l'AO + tickets modérateurs) dans les hospitalisations (+8,7% ; 3,7 milliards d'euros en 2023, tous types de chambres et d'admissions confondus)**. Pour les admissions classiques en particulier, la croissance des suppléments d'honoraires par rapport à 2022 (+12,5%) est nettement plus élevée que celle des honoraires AO (+5,4%). Tous types de chambres et d'hospitalisations confondus, le rapport entre les suppléments d'honoraires et les honoraires AO augmente d'année en année (18,2% en 2015 ; 19,6% en 2017 ; 20,6% en 2019 ; 21,6% en 2023).

En ne considérant que les hospitalisations pour lesquelles des suppléments d'honoraires sont facturés (= 19,9% de séjours classiques et 7,1% de séjours de jour), on constate que le montant total des suppléments d'honoraires comparé à celui des honoraires AO (1) a continué d'augmenter (107,4% en 2023 contre 106,1% en 2022), et (2) est plus élevé dans les hospitalisations de jour que dans les hospitalisations classiques (128,7% dans les hospitalisations de jour ; 103,6% dans les hospitalisations classiques).

Dans 28,5% des admissions de jour pour lesquelles des suppléments d'honoraires ont été facturés en 2023, les **suppléments d'honoraires ont dépassé 1.000 euros. Ces suppléments ont dépassé 3.000 euros par admission dans 13%** (n=44.431) **d'hospitalisation classiques pour lesquelles des suppléments d'honoraires ont été facturés et dans 6% de ces hospitalisation** les suppléments d'honoraires s'élèvent à plus de 10.000 euros (n=2.789).

Les résultats du baromètre hospitalier AIM mis à jour confirment à nouveau qu'il existe **de grandes différences de pratiques entre hôpitaux et entre prestataires de soins de santé** (même au sein d'une même spécialité) dans la proportion de séjours à l'hôpital où des suppléments d'honoraires sont facturés, dans le pourcentage de suppléments d'honoraires appliqué par rapport aux tarifs AO et dans les montants des suppléments d'honoraires (même pour une même intervention au sein d'un même établissement hospitalier). Dans le cas le plus extrême - qui n'est pas représentatif de l'ensemble du secteur - des suppléments d'honoraires (en moyenne très élevés) sont facturés dans plus de 44% des admissions (classique et jour confondus),

Figure 3: Pourcentage d'admissions (classique + jour) avec facturation des suppléments d'honoraires comparé au pourcentage moyen des suppléments d'honoraires par rapport aux tarifs AO pour les admissions avec facturation des suppléments d'honoraires (chambres individuelles), par hôpital, admissions 2023 (Source : Atlas AIM)



ce qui se traduit par la facturation de 95,3 euros supplémentaires pour 100 euros d'honoraires AO facturés dans les admissions (quel que soit le type de chambre). À l'autre extrémité du spectre, on trouve des hôpitaux qui facturent des suppléments d'honoraires dans moins de 5% des admissions, dans lesquels le rapport entre les suppléments d'honoraires et les honoraires AO pour les admissions en chambre individuelle est de 57,1% ou dans lesquels le pourcentage global de suppléments d'honoraires (tous types de chambres et d'admissions confondus) est de 7,5%, ce qui signifie que pour 100 euros d'honoraires AO facturés dans les admissions, nous avons 7,5 euros supplémentaires facturés au-à la patient-e (voir Figure 3).

4. Recommandations des auteurs du baromètre hospitalier AIM

Les principales recommandations issues de cette étude portent sur l'importance d'une **bonne information financière adaptée au-à la patient-e**, le **renforcement de l'ac-**

cessibilité financière et la sécurité tarifaire pour le-la patient-e, et l'amélioration de la transparence.

- Le-la patient-e doit être informé-e à l'avance, correctement et en fonction de ses besoins, du coût de son admission, y compris en montants absolus, avec une différenciation selon le type de chambre et le statut social ;
- La protection contre les factures élevées des patient-es devrait être renforcée, y compris dans les cas de complications ;
- Accessibilité financière doit être améliorée, quel que soit le type de chambre, en cas d'hospitalisation ;
- Il faut évoluer vers un tarif fixe pour le-la patient-e pour certaines procédures ou interventions, afin qu'il-elle sache à l'avance ce qu'il-elle doit payer ;
- Meilleure transparence doit être garantie:
 - Transparence totale sur tous les coûts à charge du-de la patient.e, y compris pour les soins ambulatoires ;
 - Transparence sur les suppléments, les rétrocessions et leur utilisation ;
 - Des informations diagnostiques, qui permettraient d'affiner les analyses.

Conclusion de la Mutualité Chrétienne

Les résultats du baromètre hospitalier AIM publiés en 2024 mettent en évidence une fois de plus que l'accessibilité financière des hospitalisations est sous pression et que les patient-es sont confronté-es à un risque réel des coûts (très) élevés, résultant en partie des suppléments qui leur sont facturés. Le fait que ces contributions personnelles puissent être aussi élevés réduit non seulement la transparence des prix et la sécurité tarifaire mais aussi les efforts de la communauté en matière d'assurance maladie et nuit à son efficacité. Des frais élevés à charge du-de la patient-e pèsent sur l'accessibilité des soins de santé, ils peuvent conduire au report des soins et accroître les inégalités dans l'accès aux soins. Nous sommes face à la médecine à deux vitesses en plein essor car le problème de l'augmentation des suppléments (d'honoraires) n'est clairement pas encore résolu, malgré le *standstill* convenu par et avec les prestataires de soins de santé, mais qui a expiré le 31 décembre 2024. Nous constatons également que d'autres suppléments continuent à augmenter tels que les suppléments de chambre et les honoraires non remboursables. D'autres facteurs, tels que les montants non remboursables et les coûts des matériaux, peuvent également influencer la facture du-de la patient-e, quel que soit son choix de chambre.

Il en ressort également de la comparaison avec d'autres pays qu'en Belgique (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023; OECD Health Statistics, 2022; Gerkens, et al., 2024) :

- (1) les dépenses de santé à charge des patient-es sont élevées ;
- (2) les contributions personnelles pour les soins médicaux par rapport à la consommation totale des ménages est plus élevée que la moyenne de l'UE ;
- (3) la part des dépenses de soins de santé pour les soins intra-muros (qui comprennent entre autres les hôpitaux) et les soins de longue durée (soins avec séjour, incluant les soins de rééducation curatifs, hospitalisation ou non) est élevée ;
- (4) les contributions personnelles pour les hospitalisations classiques sont plus élevées que les moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27 ;
- (5) le nombre de lits de soins aigus pour 1.000 habitants est supérieur à la moyenne de l'UE.

La MC soutient pleinement les recommandations de l'étude AIM. Selon elle, ce baromètre hospitalier AIM démontre une fois de plus la nécessité de poursuivre sans délai la réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux (y compris réenrichissement de la nomenclature et le contrôle des suppléments), et même de redéfinir l'ensemble du paysage des soins. Cette réforme doit dépasser les limites de compétences actuelles, en utilisant le **Quintuple Aim** comme guide. En effet, malgré les dépenses publiques très importantes dans le secteur hospitalier, les contributions personnelles pour les hospitalisations restent élevés et imprévisibles pour le ou la patient-e. Cela n'empêche pas, comme le montre l'analyse MAHA (Belfius, 2024), que le secteur hospitalier belge soit financièrement fragile (les coûts d'exploitation augmentent plus que les revenus), et qu'il soit confronté à des défis en matière de personnel, comme d'autres secteurs. Les transferts potentiels de coûts ou de risques (financiers) vers le-la patient-e (par exemple vers des postes de coûts actuellement peu réglementés, vers le milieu ambulatoire ou vers d'autres acteurs de l'écosystème des soins) devraient non seulement faire l'objet d'une surveillance étroite et proactive, mais aussi être plafonnés (légalement) s'ils dérivent. Il s'agirait d'un premier pas vers **l'élimination progressive des suppléments d'hospitalisation**, en supprimant également les différences déraisonnables des contributions personnelles du-de la patient.e liées au type de chambre. En effet, la MC-CM estime qu'à l'avenir, **les chambres individuelles devraient devenir la norme dans les admissions hospitalières classiques**, alors qu'il s'agit actuellement de chambres à deux ou plusieurs personnes. D'un point de vue plus général, la MC préconise **des indicateurs de qualité publics pour les soins hospitaliers** afin que les patient-es puissent faire des choix en connaissance de cause. Par ailleurs, il convient d'investir dans la **rééducation, les centres de convalescence et les services de transport adaptés** pour les personnes en perte d'autonomie ou présentant des vulnérabilités particulières afin qu'elles puissent accéder aux services de santé. Après tout, l'accessibilité ne se limite en aucun cas à l'accessibilité financière.

La MC continue sans relâche à fournir de bonnes informations financières à ses membres (y compris via le site web MC <https://www.mc.be/fr/actualites/quel-est-le-cout-dune-hospitalisation>) et à prendre des mesures politiques pour améliorer la sécurité tarifaire, l'accessibilité (financière) des soins hospitaliers et la transparence. Des études futures sont également prévues, notamment sur les soins ambulatoires, où il y aura bientôt plus de transparence sur la contribution personnelle du-de la patient-e (INAMI, 2023) - ce qui faisait défaut - du moins en partie - jusqu'à présent.

Bibliographie

Accord national médico-mutualiste 2022-2023. (MB 8 février 2022).

Belfius. (2024). *Analyse sectorielle MAHA*. Récupéré de <https://www.belfius.be/publicsocial/FR/notre-expertise/nos-etudes/maha/index.aspx>.

Bruyneel, L., Kestens, W., De Wolf, F., Di Zinno, T., Dolphens, M., & Landtmeters, B. (2024). *Baromètre hospitalier AIM - État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient en hôpital général : données 2022*. Bruxelles : AIM.

Direction générale Soins de Santé: Service Financement des hôpitaux. (2022). *Circulaire à l'attention des gestionnaires, directeurs généraux et financiers et médecins en chef des hôpitaux généraux. Réforme du financement de l'hôpital de jour à partir du 1er janvier 2023*. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Dolphens, M., Wantier, M., Rousseau, B., Ghyselen, E., & Landtmeters, B. (2020). Baromètre hospitalier MC 2019. *MC-Informations*, 279, 12-19.

Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024). *KCE Report 376A. Performance du système de santé belge: rapport 2024*. Bruxelles : KCE.

INAMI. (2023). *Médecins: facturation électronique et informations à transmettre aux mutualités pour davantage de transparence*.

INAMI, & Service des Soins de Santé. (2023). *Circulaire aux hôpitaux généraux (CIRC. HOP. 2023/09)*.

Loi de 6 novembre 2023 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé (MB 24.11.2023). *Moniteur belge*, 109991-2.

MC. (2023). *Mémoire MC-CM Fondements pour un meilleur Produit de Bien-être Brut. Elections fédérales, régionales, communales et européennes 2024*. Bruxelles : Mutualités Chrétiennes.

OCDE Health Statistics. (2022). *Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database*.

OCDE, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Belgique: Profils de santé par pays 2023, State of Health in the EU*. Paris : OECD Publishing.

Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2024). *Convention collective 2024 sur la stabilisation des suppléments d'honoraires et des rétrocessions*.

L'Agence InterMutualiste. (2024). *Coûts hospitaliers à la charge du patient*. Récupéré de L'Agence InterMutualiste Site web: <https://aim-ima.be/Couts-hospitaliers-a-la-charge-du?lang=fr>.

L'Agence InterMutualiste. (2025). *IMA Atlas*. Récupéré de IMA Atlas: <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>.

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2024). *Chiffres et rapports*. Récupéré de Evolution de BMF 1er juillet par sous-partie et par type budgétaire: <https://www.health.belgium.be/fr/23-evolution-du-bmf-1er-juillet-par-sous-partie-et-par-type-budgetaire>.

Vandenbroucke, F. (2022). *Réforme de l'organisation et de financement des hôpitaux*.

Santé & Société est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être.

Le fichier d'adresses est utilisé exclusivement pour la distribution du magazine et il est géré et conservé conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Vous pouvez demander à tout moment d'accéder à vos données personnelles, de les modifier ou de les supprimer. Vous pouvez également faire corriger sans frais des données incorrectes ou incomplètes. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, vous pouvez consulter la politique de traitement des données personnelles de la MC sur notre site internet <https://www.mc.be/fr/clauses/politique-confidentialite-mc>

Si vous avez des questions sur le traitement licite et légal de vos données personnelles, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données.

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention du délégué à la protection des données à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek, Belgique
- Soit par mail : à l'adresse privacy@cm.be

Si vous souhaitez déposer une plainte, vous pouvez le faire auprès du Médiateur

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention du médiateur de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek
- Soit par mail : à l'adresse mediateur@mc.be

Si vous ne souhaitez plus recevoir *Santé & Société*, vous pouvez nous le signaler :

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention de Mieke Hofman à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Service d'études, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek
- Soit par mail : à l'adresse SanteEtSociete@mc.be

Sommaire

Édito : Des soins difficiles à atteindre · 02

Étude : Le recours aux soins des personnes âgées · 06

Revue de la littérature · 07

Méthode · 09

Résultats · 12

Discussion des résultats · 26

Recommandations · 33

Étude : La fracture numérique et l'accessibilité des soins de santé 38

Revue de la littérature · 39

La digitalisation en Belgique · 40

L'accès aux soins de santé dans un contexte digital · 41

Les reconfigurations profondes induites par la digitalisation · 48

Recommandations · 50

Lu pour vous :

Coûts à charge des patient-es pour les admissions dans les hôpitaux généraux (AIM) · 54

Colophon

Editeur responsable

Luc Van Gorp, chaussée de Haecht 579, boîte 40, 1031 Bruxelles

Rédacteur en chef

Nicolas Rossignol

Rédaction finale

Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest

Comité de rédaction

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Nicolas Rossignol, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest

Mise en page

Gevaert Graphics

Impression

Albe De Coker

Adresse de retour

MC-CM Service d'études, Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579, boîte 40, 1031 Bruxelles

Copyright

Les études de Santé & Société sont publiées sous Licence Creative Commons "by/nc/nd"