

SOINS RÉSIDENTIELS POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE : PROJECTIONS 2011-2025

SYNTHÈSE



SOINS RÉSIDENTIELS POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE : PROJECTIONS 2011-2025

SYNTHÈSE

KAREL VAN DEN BOSCH, PETER WILLEMÉ, JOANNA GEERTS, JEF BREDÁ, STEPHANIE PEETERS, STEFAAN VAN DE SANDE, FRANCE VRIJENS,
CARINE VAN DE VOORDE, SABINE STORDEUR



■ PRÉFACE

Le vieillissement de notre société résonne comme une plainte qui domine tous les discours sur l'avenir de la sécurité sociale et des soins de santé. Celle-ci rappelle inlassablement qu'il faut absolument prendre des mesures aujourd'hui si on veut éviter des catastrophes demain. Pour justifier ce cri d'alarme, des statistiques fusent, censées prouver l'urgence de la situation. Mais pour définir une politique valable à long-terme, mieux vaut disposer d'un modèle de projection solide, de telle manière que les investissements pour l'avenir soient basés sur les estimations les plus réalistes.

Tous les acteurs impliqués dans les soins aux personnes âgées sont bien conscients que le moratoire qui limite la croissance des places en secteur résidentiel ne pouvait être maintenu indéfiniment. Toutefois, il n'était pas évident de définir précisément par quoi il fallait le remplacer. Aussi, le KCE a-t-il été sollicité pour conduire une étude qui permette d'estimer l'ampleur de l'utilisation des structures de soins par les personnes âgées pour les 10 à 15 prochaines années.

La construction de modèles de projection exige une expertise spécifique. Le partenariat avec les experts du Bureau fédéral du Plan a permis de disposer du savoir-faire nécessaire pour ce type d'études. Grâce à leur apport scientifique et à l'exploitation de diverses bases de données, nous pouvons proposer aujourd'hui un modèle de projection performant.

Il s'efforce d'apporter des réponses aux questions posées, conjointement à l'estimation des effets possibles de scénarios alternatifs reposant sur des hypothèses. Par ce travail, nous espérons avoir contribué à l'élaboration d'une politique scientifiquement fondée pour les soins aux personnes âgées dans les décennies à venir.

Jean-Pierre CLOSON
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général

■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|--------|--|-----------|
| 1. | INTRODUCTION | 4 |
| 2. | ORGANISATION ET FINANCEMENT DES SOINS DE LONGUE DUREE EN BELGIQUE..... | 4 |
| 3. | LES PRINCIPAUX SERVICES DE SOINS DE LONGUE DUREE..... | 5 |
| 4. | GESTION ET RESPONSABILITÉS..... | 7 |
| 4.1. | RÉPARTITION DES RESPONSABILITÉS | 7 |
| 4.2. | PROTOCOLES D'ACCORD..... | 7 |
| 4.3. | DIFFERENCES REGIONALES AU NIVEAU DES CRITERES DE PROGRAMMATION POUR LES MAISONS DE REPOS POUR PERSONNES AGEES ET LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS8 | |
| 5. | TENDANCES EN MATIERE D'OFFRE ET D'UTILISATION DE SOINS DE LONGUE DUREE..... | 9 |
| 6. | OBJECTIFS DE L'ÉTUDE | 10 |
| 7. | ELABORATION D'UN MODELE DE PROJECTION A LONG TERME..... | 10 |
| 7.1. | ETUDE DE LA LITTERATURE : LES DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES SOINS DE LONGUE DUREE PAR LES PERSONNES AGEES..... | 10 |
| 7.1.1. | Variables prédisposantes..... | 11 |
| 7.1.2. | Les variables relatives aux besoins | 11 |
| 7.1.3. | Variables facilitantes | 11 |
| 7.2. | ETUDE DE LA LITTÉRATURE : MODÈLES DE PROJECTION POUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE | |
| | 11 | |
| 7.2.1. | Caractéristiques des modèles..... | 11 |
| 7.2.2. | Résultats des modèles..... | 13 |
| 7.3. | BASES DE DONNEES DISPONIBLES EN BELGIQUE POUR CONSTRUIRE UN MODELE DE PROJECTION..... | 13 |
| 7.4. | SPÉCIFICATION DU MODÈLE..... | 14 |
| 7.5. | MODELISATION DE L'INCAPACITE EN UTILISANT L'ENQUETE DE SANTE PAR INTERVIEW .. | 15 |
| 7.6. | TRANSITIONS DE MODELISATION DANS DES SITUATIONS DE SLD..... | 16 |
| 7.6.1. | Stratégie d'estimation..... | 16 |



| | | |
|-----------|--|-----------|
| | 7.6.2. Probabilités de transition | 16 |
| 8. | EVOLUTION PREVUE DANS LES STRUCTURES RESIDENTIELLES..... | 18 |
| 8.1. | EVOLUTION GLOBALE, SCÉNARIO DE BASE | 18 |
| | 8.1.1. Caractéristiques du scénario de base..... | 18 |
| | 8.1.2. Résultats du scénario de base..... | 18 |
| 8.2. | SCÉNARIOS ALTERNATIFS | 22 |
| | 8.2.1. Scénarios alternatifs pour l'incapacité..... | 22 |
| | 8.2.2. Scénarios alternatifs à propos de la situation familiale | 22 |
| | 8.2.3. Scénario alternatif à propos des soins à domicile..... | 23 |
| | 8.2.4. Résultats des scénarios alternatifs | 23 |
| 9. | CONCLUSIONS GÉNÉRALES..... | 26 |
| 9.1. | EXIGENCES DE CAPACITE POUR LES ETABLISSEMENTS DE SOINS POUR LA PERIODE 2010-2025..... | 26 |
| 9.2. | VARIATIONS GÉOGRAPHIQUES..... | 26 |
| 9.3. | SENSIBILITE A DES HYPOTHESES ALTERNATIVES RELATIVES A L'INCAPACITE ET A LA SITUATION FAMILIALE | 27 |
| 9.4. | DEVELOPPER LES SOINS A DOMICILE ? | 27 |
| 9.5. | LES PROJECTIONS À LONG TERME | 28 |
| 9.6. | REUNION DES PARTIES PRENANTES DU SECTEUR..... | 29 |

1. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population dans les prochaines décennies devrait avoir des effets significatifs sur les besoins futurs et le recours aux soins de longue durée (SLD) dans la plupart, voire tous les pays industrialisés. La Belgique ne fait pas exception à cette tendance démographique. Si l'on en croit les dernières projections démographiques réalisées par le Bureau fédéral du Plan (2011), la proportion de personnes âgées (65 ans et plus) dans la population totale devrait passer de 17% environ en 2010 à 21% en 2025, voire à près de 26% en 2050. La proportion des personnes les plus âgées (85 ans et plus) progressera de manière encore plus spectaculaire, de 2,2% en 2010 à près de 3% en 2025 et à 5,8% en 2050. Hormis un changement radical dans la prévalence des incapacités liées à l'âge, cette tendance démographique induira une augmentation proportionnelle du nombre de personnes âgées devant bénéficier d'une aide dans leurs activités quotidiennes, que ce soit à leur domicile ou dans des institutions de soins résidentielles.

Dans la perspective de ce vieillissement de la population et eu égard au partage des responsabilités entre les instances publiques régionales et fédérales, trois protocoles d'accord ont été conclus entre le pouvoir fédéral et les instances régionales (en 1997, 2003 et 2005), qui formulent des objectifs communs en termes de SLD des personnes âgées et qui imposent un moratoire sur le nombre de lits. Ces protocoles ont pour objectif de remplacer progressivement les lits en maisons de repos (MRPA) pour résidents peu dépendants par des lits en maisons de repos et de soins (MRS) pour résidents très dépendants. Par ce biais, les décideurs politiques ambitionnent de garantir un meilleur financement des résidents très dépendants, mais dans les limites fixées par le moratoire. Le troisième protocole d'accord (2005) portait sur six ans. Il fixe un cadre politique commun fondé sur les principes suivants : aider les personnes âgées à rester autonomes et à continuer à vivre chez elles aussi longtemps que possible; encourager la prise en charge informelle de proximité; garantir l'accès à des soins professionnels abordables; améliorer la coordination et l'intégration des soins. Le moratoire a expiré le 1^{er} octobre 2011.

La présente étude a été commanditée par le Service Public Fédéral pour la Santé publique, la Sécurité de la Chaîne alimentaire et l'Environnement,

dans le but de disposer d'une estimation scientifiquement fondée de l'évolution du nombre de demandeurs de soins résidentiels. Cette estimation sera utilisée par les décideurs politiques lors de la négociation d'un nouveau protocole d'accord et de la fixation du nombre maximum de lits résidentiels durant la période 2011-2025.

2. ORGANISATION ET FINANCEMENT DES SOINS DE LONGUE DUREE EN BELGIQUE

L'objectif général de la politique des Soins de Longue Durée (SLD) en Belgique consiste à offrir un accès généralisé à des soins abordables et de haute qualité. Comme dans la plupart des pays européens, le système belge des SLD a pour but premier de permettre aux personnes âgées de continuer à vivre chez elles aussi longtemps que possible. Le système public des SLD consiste en un large éventail d'interventions financières et matérielles, aux niveaux fédéral, régional et communal, liées à la prestation de services sociaux et de soins. Les villes et les communes interviennent également dans le financement de la construction des structures résidentielles pour personnes âgées. La majorité des prestations de SLD sont fournies dans le cadre du système obligatoire d'assurance maladie à l'échelon national, qui est essentiellement financé par les cotisations sociales et les impôts. La presque totalité de la population étant couverte par l'assurance maladie nationale, la couverture des SLD est également pratiquement universelle. Toutefois, les prestations de SLD dispensées par le biais du système d'assurance maladie ne couvrant que les soins infirmiers (ainsi que les soins paramédicaux et de révalidation) et une partie des soins individuels aux personnes dépendantes, un éventail complet de prestations sont organisées et dispensées aux niveaux régional et local. Les pouvoirs publics régionaux ont promulgué des décrets qui régissent de multiples matières liées aux prestations de SLD : l'agrément de structures telles que les maisons de repos et de soins et les centres de jour, l'intégration et la coordination des services au niveau local, les dispositifs de contrôle de la qualité, etc. Là où l'assurance maladie nationale couvre toutes les tranches d'âge, de nombreux services de SLD en Belgique ciblent spécifiquement la population âgée. Des dispositions distinctes existent



quant aux prestations et services spécifiquement destinés aux personnes de moins de 65 ans frappées d'incapacité.

Le système belge de SLD se présente sous la forme d'un dispositif mixte, à savoir de multiples services de soins professionnels financés par l'État, qui complètent une prise en charge informelle de proximité assurée essentiellement par la famille.

Dans les structures résidentielles, le financement des soins par l'assurance maladie publique est fondé sur le principe du case-mix, le niveau de financement variant en fonction du profil de dépendance des résidents et du nombre de membres du personnel qualifiés. En d'autres termes, les structures qui accueillent les cas lourds bénéficient d'un financement supérieur. Le coût de l'hébergement et des repas n'est pas couvert par l'assurance maladie publique.

Le remboursement par l'assurance maladie publique des soins à domicile est fondé sur un système mixte de rémunération à l'acte (pour les prestations infirmières techniques), et de paiement forfaitaire (pour les prestations infirmières dispensées aux patients souffrant de limitations dans les activités de la vie quotidienne).

Deux dispositifs financiers principaux ont pour finalité d'alléger la charge financière liée aux dépenses non médicales supportées par les bénéficiaires de SLD: 1) A l'échelon fédéral, l'Allocation pour l'Aide aux Personnes âgées, financée par les impôts, est une allocation mensuelle versée aux personnes âgées de 65 ans et plus souffrant de limitations dans la réalisation des activités de la vie quotidienne; 2) A l'échelon régional, la Flandre a instauré un dispositif d'assurance de SLD distinct, par lequel une allocation mensuelle forfaitaire est versée aux personnes requérant des soins, indépendamment de leur âge, de leurs revenus et de leur degré de dépendance. L'éligibilité à ce système est restreinte au territoire flamand, les personnes domiciliées dans la Région de Bruxelles Capitale ayant la possibilité d'y adhérer. Cette couverture est financée partiellement par les impôts et par une contribution payée par tout résident adulte à un fonds idoine.

Par ailleurs, des allocations mensuelles ou annuelles spécifiques sont versées par l'assurance maladie fédérale afin de couvrir les dépenses non médicales des personnes souffrant d'une maladie chronique: allocation

annuelle pour le matériel d'incontinence, allocation annuelle de soins, allocation pour soins palliatifs, allocation aux personnes dans un état neuro-végétatif persistant ou en état pauci-relationnel. Les communautés et les régions financent aussi d'autres services tels que les aides familiales et la distribution des repas.

Le total des dépenses de SLD s'est élevé en 2006 à 5,7 milliards d'euros (soit 1,8% du PIB), financé à raison de 98% par une combinaison d'impôts (39%) et de cotisations de sécurité sociale (59%). En termes très généraux, la part des SLD couverte par le système d'assurance maladie universel (soins résidentiels et soins à domicile) est essentiellement financée par les cotisations de sécurité sociale (sans affectation spécifique) payées par les travailleurs, les employeurs et les pensionnés (3,3 milliards d'euros), et dans une moindre mesure par les impôts (1,5 milliard d'euros), tandis que les soins à domicile organisés au niveau régional sont majoritairement financés par les impôts (728 millions d'euros) et dans une moindre mesure par la quote-part des patients (99 millions d'euros) et des cotisations spécifiques (environ 54 millions d'euros de contributions au programme d'assurance santé flamand, alloués aux soins à domicile).

3. LES PRINCIPAUX SERVICES DE SOINS DE LONGUE DUREE

Le système de soins de longue durée comprend les services principaux suivants: soins à domicile, assistance familiale, centres de soins de jour et centres de court séjour, maisons de repos et maisons de repos et de soins.

Les soins infirmiers à domicile sont accessibles aux personnes souffrant de restrictions faibles à sévères dans leurs AVQ et/ou de problèmes cognitifs, quel que soit leur âge. Les soins prodigués par les infirmiers à domicile comprennent les interventions infirmières techniques et les soins infirmiers de base. Ces derniers chevauchent partiellement les soins prodigués par les services d'assistance familiale, qui sont subventionnés par les instances régionales.

Le système de SLD vient en aide aux personnes âgées souffrant d'une restriction de leur capacité à accomplir des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), élémentaires ou instrumentales, qu'elles soient affectées ou non d'un handicap cognitif (désorientation spatiale ou temporelle). Les AVQ sont les actes posés quotidiennement de manière autonome, tels que l'hygiène personnelle, l'habillage et le déshabillage, les repas, les déplacements fonctionnels (par exemple du lit au fauteuil roulant, l'utilisation des toilettes, etc.). Les Activités instrumentales de la Vie quotidienne (AIQV) permettent à une personne de vivre de manière autonome au sein d'une communauté et comprennent des actes tels que le ménage, la prise de médicaments conformément à une prescription, la gestion de son argent, les achats d'aliments et de vêtements, etc.

Les centres de soins de jour et les centres de court séjour dispensent des soins infirmiers et personnels aux personnes âgées souffrant de restrictions modérées à sévères dans leurs AVQ et/ou de problèmes cognitifs, qui vivent toujours chez elles, mais qui ne bénéficient (provisoirement) pas des soins informels adéquats ou dont les aidants proches ont besoin d'une période de répit. Dans les centres de soins de jour, les personnes âgées sont prises en charge un ou plusieurs jours de la semaine, mais elles passent la nuit chez elles. Les centres de court séjour proposent aux personnes âgées des services résidentiels pendant une période limitée, afin de soulager temporairement les aidants de proximité. Par ailleurs, les personnes âgées qui ne requièrent pas ou peu de soins peuvent séjourner en 'résidences-services' ou dans des structures équivalentes, qui combinent les logements individuels et les prestations collectives (repas, aide ménagère, etc.).

Lorsque les limitations dans les AVQ deviennent trop handicapantes et qu'une aide à domicile (tant formelle qu'informelle) n'est pas disponible ou insuffisante, la personne dépendante devrait avoir accès à une structure de soins résidentiels adéquate et abordable. Dans le secteur résidentiel, les maisons de repos (MRPA) délivrent des soins infirmiers et personnels, et constituent des centres de vie avec services de soutien aux personnes âgées dépendantes. La responsabilité médicale de la prise en charge est assumée par un médecin généraliste.

Les personnes âgées qui sont fortement dépendantes de soins, mais qui ne nécessitent pas de prise en charge hospitalière permanente, sont admises dans des Maisons de Repos et de Soins (MRS). Chaque MRS doit nécessairement avoir un lien fonctionnel avec un hôpital et doit en outre disposer d'un médecin coordinateur responsable de la coordination de la continuité des soins délivrés par les médecins généralistes, du dossier médical de chaque résident, des activités médicales liées aux affections dangereuses pour les résidents et le personnel, de l'utilisation du formulaire pharmaceutique et des activités de formation du personnel (hygiène, soins palliatifs,...). Les MRS doivent également collaborer avec le service de gériatrie de l'hôpital et avec un service spécialisé en soins palliatifs.

Dans les structures résidentielles, les frais d'hébergement sont supportés par le résident, tandis que les frais médicaux et des soins sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (en fonction d'une évaluation objective du niveau de soins requis).

Les services de soins résidentiels sont dispensés par les Centres publics d'Aide Sociale, par les Intercommunales et par des organisations privées tant caritatives que commerciales.

La diversification des services de SLD s'accompagne de multiples initiatives visant à optimiser la collaboration entre les prestataires de soins dans les différents cadres (résidentiel, semi-résidentiel, à domicile) et à fournir des services intégrés orientés vers le patient. Au niveau fédéral, les Services intégrés de soins à domicile (SISD) coordonnent la fourniture de soins dans des zones géographiques définies de manière relativement large. Ces services organisent et facilitent la coopération multidisciplinaire entre les dispensateurs de soins primaires, principalement les médecins généralistes, le personnel infirmier et les professionnels paramédicaux. En Flandre, la coordination des soins à domicile fait l'objet d'une coordination ultérieure par les 'Initiatives de coopération en soins de première ligne' (Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnszorg, ou SEL). En Wallonie, leurs homologues sont les 'Centres de Coordination de Soins et Services à Domicile' ou CSSD. A Bruxelles, une autre initiative de coopération pour les soins à domicile a été prise par la Commission Communautaire Française (COCOF).



4. GESTION ET RESPONSABILITÉS

4.1. Répartition des responsabilités

L'organisation des services de soins de longue durée est divisée entre les niveaux fédéral, régional et local en vertu de la répartition des responsabilités prévue par la Constitution belge. Les principaux protagonistes sont le Parlement fédéral (qui publie les principaux textes de loi qui régissent le système), le Ministère de la Santé et des Affaires sociales, l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) et les mutuelles. En collaboration avec l'INAMI, les Ministères fédéraux de la Santé et des Affaires sociales sont responsables du budget global des SLD (essentiellement les soins résidentiels et les soins infirmiers à domicile qui font partie du régime public d'assurance maladie), de la planification de la capacité globale (principalement le nombre de lits dans les maisons de repos et de soins), des honoraires et du niveau d'intervention publique (via des négociations avec les organisations de dispensateurs de soins). Un volet du budget correspondant au nombre maximum de lits fixé au niveau fédéral est attribué aux régions, qui peuvent décider d'affecter ces sommes à des services dans différentes configurations semi-résidentielles et résidentielles ou de soutenir les soins à domicile. Les services de soins à domicile sont réglementés au niveau régional et sont organisés au niveau local.

4.2. Protocoles d'accord

Les responsabilités en matière de planification et d'agrément des établissements de soins (maisons de repos pour personnes âgées et maisons de repos et de soins) sont réparties entre les différents niveaux politiques, les autorités régionales détenant l'essentiel des compétences.

Cette répartition des responsabilités génère ses propres problèmes de coordination qui sont abordés dans le cadre de conférences interministérielles. Depuis 1997, trois protocoles d'accord (1997, 2003 et 2005) ont été conclus entre le gouvernement fédéral et les autorités régionales. Ces protocoles formulent des objectifs communs en matière de SLD pour les personnes âgées et imposent un moratoire sur le nombre de lits. Les protocoles avaient pour objectif de remplacer progressivement les

lits en maisons de repos (MRPA) pour résidents peu dépendants par des lits en maisons de repos et de soins (MRS) pour résidents très dépendants. De cette façon, les politiques visaient à garantir un meilleur financement des résidents dépendants de soins, tout en respectant les marges établies par le moratoire. Les protocoles autorisaient chaque autorité à décider de manière autonome de la mise en œuvre des objectifs communs, en tenant compte des besoins démographiques locaux.

Le principal objectif du premier protocole d'accord (1997) était de permettre aux personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible tout en leur garantissant en même temps un accès aux établissements de soins en cas de besoin. D'autres priorités du protocole consistaient à harmoniser la programmation fédérale et régionale de même que les politiques d'agrément; de promouvoir l'échange d'informations entre les autorités fédérales et régionales; de limiter l'offre en nouveaux lits dans les maisons de repos pour personnes âgées. Le premier protocole d'accord couvrait une période de 5 ans. Il était prévu de convertir chaque année 5 000 lits de maisons de repos pour personnes âgées en lits de maisons de repos et de soins. De la sorte, les politiques visaient à assurer une meilleure qualité des soins, les lits dans les maisons de repos et de soins recevant davantage de financement et d'encadrement que les lits dans les maisons de repos pour personnes âgées. Toutefois, pour maîtriser les dépenses, un moratoire a été imposé en parallèle, limitant le nombre de nouveaux lits dans les structures résidentielles.

Le deuxième protocole d'accord (2003) mettait en avant le principe de l'autonomie régionale au niveau de la mise en œuvre des objectifs fixés d'un commun accord et de l'adaptation des actions aux besoins locaux. A la fin de la période d'effet du deuxième protocole, le 31 décembre 2005, la capacité totale dans les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins ne pouvait pas dépasser, respectivement, 81 264 et 47 587 lits.

Le troisième protocole d'accord (2005) couvrait une période de 6 ans. Il définissait un cadre politique commun basé sur les principes suivants : un soutien aux personnes âgées afin de leur permettre de vivre chez elles de manière autonome le plus longtemps possible; un appui aux soignants de proximité; un accès garanti aux soins dispensés par des professionnels, accessibles financièrement; une amélioration de la coordination et de l'intégration des soins. Il fut décidé de convertir 28 000 lits de maisons de

repos pour personnes âgées et de consacrer au moins 20% des ressources libérées par cette conversion à des formes alternatives de soins et d'encadrement, notamment les services d'accueil de crise et d'accueil de nuit, les services de soutien à des configurations d'hébergement intergénérationnel ou les initiatives en matière d'itinéraires de soins. Le moratoire est arrivé à échéance le 1^{er} octobre 2011 et de nouvelles propositions doivent être formulées pour l'avenir.

Selon le moratoire, le nombre total de lits dans les maisons de repos et de soins de même que dans les maisons de repos (y compris les lits pour les personnes se trouvant dans un état neuro-végétatif persistant ou en état pauci-relationnel et les lits de court séjour) ne pouvait pas dépasser 140 049 lits (communication du SPF Santé publique).

Le 1^{er} janvier 2011, le nombre total de lits dans les structures résidentielles était de 129 732 (maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins et lits pour patients dans le coma), de 131 489 (en y ajoutant les courts séjours) ou de 133 370 (en y ajoutant les places pour accueil de jour), en fonction du type de lits /places considérés.

4.3. Différences régionales au niveau des critères de programmation pour les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins

Le gouvernement flamand réglemente les établissements de soins pour personnes âgées sur la base du 'Woonzorgdecreet' ('Décret sur les soins résidentiels et à domicile') du 13 mars 2009 (M.B. 14/05/2009). Ce décret a pour vocation de créer une réglementation intégrée pour tous les services de soins pour les personnes âgées et les soins à domicile.

Dans sa programmation, la Flandre établit une différenciation en fonction de l'âge. Le nombre maximal de centres d'aide résidentielle s'élève à:

- 1 centre pour 100 seniors âgés de 65 à 74 ans;
- 4 centres pour 100 seniors âgés de 75 and 79 ans;
- 12 centres pour 100 seniors âgés de 80 à 84 ans;
- 23 centres pour 100 seniors âgés de 85 à 89 ans;
- 32 centres pour 100 seniors âgés de 90 ans et plus.

Le nombre obtenu de centres d'aide résidentielle est multiplié par 1,047 de manière à permettre un ajustement de la récente augmentation du critère

d'âge pour entrer en centre d'aide résidentielle de 60 à 65 ans. Les chiffres de programmation sont calculés du niveau régional jusqu'au niveau municipal.

Avec l'Arrêté du 30 avril 2009 concernant l'hébergement et l'accueil des personnes âgées (M.B. 16/07/2009), le gouvernement wallon a pour objectif d'introduire une programmation et une réglementation intégrées de l'offre diversifiée en infrastructures pour les personnes âgées. La programmation ne concerne que les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les centres de court séjour et les centres de jour. L'Arrêté insiste sur une répartition régionale plus homogène des services de même que sur le libre choix entre le secteur public et les secteurs à but lucratif et sans but lucratif. La capacité maximale dans les maisons de repos pour personnes âgées est fixée à 47 546 lits, y compris les lits de maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) convertis en lits de maisons de repos et de soins (MRS). La programmation par arrondissement tient compte de la population âgée de 75 ans et plus. Le nombre de lits dans une institution doit être compris entre 50 et 150, y compris les lits de court séjour et les lits de MRS. Au minimum 29% des lits sont réservés au secteur public, 21% au secteur sans but lucratif et au maximum 50% au secteur à but lucratif.

Dans la Région de Bruxelles Capitale, la programmation pour chaque catégorie d'établissements de soins pour les personnes âgées est déterminée par la Commission Communautaire française (COCOF). La programmation prend en considération les besoins des personnes âgées de même que leur état de santé, l'évolution démographique, les règles en matière de programmation de certaines catégories d'institutions résidentielles et la répartition géographique des institutions et services existants. Le gouvernement flamand programme également des établissements de soins dans la Région bilingue de Bruxelles Capitale. La Commission Communautaire Commune (COCOM) détermine la programmation des infrastructures pour personnes âgées dans la Région bilingue de Bruxelles Capitale. Les critères de programmation sont des règles et des formules arithmétiques pour quantifier les besoins en tenant compte, entre autres, des données démographiques, de la structure d'âge, des indicateurs socio-économiques, de la morbidité et d'une répartition équitable des services.



S'agissant de la programmation des infrastructures de soins, les régions appliquent des critères similaires, notamment l'âge et la répartition géographique. Il y a cependant une différence significative, à savoir que pour le gouvernement wallon, le statut juridique de l'opérateur est pris en compte dans la répartition de la programmation : au minimum 29% des lits sont réservés pour le secteur public, 21% au moins pour le secteur sans but lucratif et au maximum 50% pour le secteur à but lucratif.

La législation ne prévoit pas beaucoup de critères d'éligibilité. Les établissements de soins pour personnes âgées sont destinés aux seniors de 60 ans et plus en Wallonie. L'âge d'accès est passé de 60 à 65 ans en Flandre, dans le droit fil de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé pour les personnes âgées. Par ailleurs, aucun critère d'admission standard n'a été établi par les établissements.

En 2010, le nombre de lits dans les maisons de repos pour personnes âgées par 100 habitants de 65 ans et plus / 75 ans et plus était considérablement plus élevé en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre; le ratio de couverture pour les maisons de repos et de soins ne varie pas beaucoup entre les régions. Dans l'ensemble, le nombre de lits dans les établissements résidentiels par rapport à la population des seniors est nettement plus élevé en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre.

5. TENDANCES EN MATIERE D'OFFRE ET D'UTILISATION DE SOINS DE LONGUE DUREE

Des conventions successives entre les gouvernements fédéral et régionaux ont eu pour objectif de remplacer progressivement les lits en maisons de repos (MRPA) pour résidents peu dépendants par des lits en maisons de repos et de soins (MRS) pour résidents très dépendants. Un nombre limité de lits dans les maisons de repos et de soins ont été convertis en ce que l'on a appelé les « lits coma », c'est-à-dire réservés aux personnes se trouvant dans un état neuro-végétatif persistant ou en état pauci-relationnel. Par voie de conséquence, le nombre de lits dans les maisons de repos pour personnes âgées a accusé une diminution constante au cours des dix dernières années, pour passer d'environ 88 000 en 2000 à 64 000 en 2011, tandis que le nombre de lits dans les

maisons de repos et de soins a quant à lui pratiquement doublé, de quelque 33 000 à 65 000 au cours de la même période (Tableau 1). Par rapport à la population des personnes âgées, la disponibilité en lits dans les maisons de repos et de soins est pratiquement égale dans les trois régions.

Ce glissement s'est effectué en parallèle avec une augmentation du nombre total de résidents éligibles pour une couverture par le système d'assurance maladie publique^a (de 115 965 en 2000 à 126 720 en 2010), de même qu'une hausse de la part des résidents présentant des limitations fonctionnelles modérées ou élevées (niveaux de dépendance des soins B, C et Cd), de 60% en 2000 à 65% en 2010.

La disponibilité en places dans les établissements de soins semi-résidentiels, tels que les centres de court séjour et les centres de jour, a augmenté de manière considérable au cours de la même période (Tableau 1), mais reste assez limitée. Ni le nombre de lits de court séjour ni le nombre de places dans les centres de jour ne dépassent 1,5 pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus ou 2,5 pour 1 000 sujets âgés de 75 ans et plus.

S'agissant des soins à domicile, le nombre d'utilisateurs âgés de plus de 60 ans est passé de 107 985 en 2000 à 157 280 en 2011. Un senior dans le besoin a plus de chances d'utiliser les soins ambulatoires ou de séjourner dans une résidence-service en Flandre par rapport à la Wallonie et à Bruxelles. En revanche, la probabilité est moindre de le voir devenir résident d'une maison de repos pour personnes âgées. Les probabilités ne divergent pas pour ce qui concerne l'utilisation des lits de MRS. De toute évidence, les différentes autorités régionales mènent leur propre politique régionale.

^a Les personnes qui vivent en Belgique mais qui sont assurées sous un système de sécurité sociale à l'étranger, de même que les personnes couvertes par le système belge d'assurance-maladie mais qui résident en dehors de la Belgique, ne sont pas incluses dans ces statistiques.

Tableau 1. Evolution du nombre de lits /places disponibles dans les infrastructures pour personnes âgées, 2000-2011.

| Année | Maisons de repos et de soins | Maisons de repos pour personnes âgées | Lits pour patients comateux | Lits de court séjour | Places dans les centres de jour |
|-------|------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------|
| 2000 | 33 103 | 87 940 | 0 | 241 | 713 |
| 2011 | 65 325 | 64 255 | 152 | 1 757 | 1 881 |

Au cours de la dernière décennie, une palette plus diversifiée de services de soins a vu le jour, des services davantage taillés sur mesure par rapport aux besoins des personnes âgées dépendantes de soins. Le changement vers les soins dispensés à domicile plutôt que dans des établissements de soins est frappant : durant les dix dernières années, le nombre d'utilisateurs de soins infirmiers à domicile a augmenté de plus de 40% tandis que le nombre d'utilisateurs d'aides aux familles s'est accru de plus de 20%.

En revanche, l'augmentation des utilisateurs d'établissements de soins est inférieure à 10%. Cela étant, les résidences-services sont plus répandues en Flandre qu'en Wallonie qui ne dispose que de 10% du nombre des résidences-services disponibles en Flandre.

6. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif de la présente étude est de développer un modèle de projection qui tienne compte des variables liées à la structure de la population en termes de sexe et d'âge, à la composition familiale et à la disponibilité d'aidants informels, aux tendances au niveau de l'état de santé de la population (y compris la santé cognitive et physique) et l'utilisation des structures résidentielles (part de la population âgée, âge lors de l'admission, transitions entre les différents niveaux de prise en charge en SLD, etc.). Le modèle sera utilisé pour calculer le nombre de lits dans les structures résidentielles (MRPA et MRS) qui seront nécessaires pour les personnes âgées dans les quinze prochaines années (2011-2025) en Belgique.

Pour atteindre cet objectif, une réponse doit être apportée aux questions de recherche suivantes :

- Quels sont les déterminants du recours aux soins de longue durée formels dans les structures résidentielles et à domicile ?
- Quels modèles existent actuellement pour prévoir les besoins des personnes âgées en termes de soins ? Quelles variables additionnelles, pour lesquelles des données sont actuellement disponibles en Belgique, seraient utiles et à intégrer dans les modèles actuels de projection des besoins des personnes âgées ? Où et comment ces variables additionnelles peuvent-elles être obtenues ?
- Quelles prévisions relatives aux structures résidentielles répondant aux besoins des personnes âgées peuvent être effectuées sur la base d'un modèle de projection dynamique qui inclut ces variables additionnelles ?
- Quelles hypothèses doit-on formuler pour sous-tendre un modèle de projection dynamique (par exemple, le recours à des formes alternatives de prise en charge des personnes âgées, l'évolution de la structure de la population) ?

7. ELABORATION D'UN MODELE DE PROJECTION A LONG TERME

7.1. Etude de la littérature : les déterminants de l'utilisation des soins de longue durée par les personnes âgées

Nous avons passé en revue des études portant sur les déterminants des soins de longue durée afin de répondre à la question suivante : quels sont les déterminants du recours aux soins de longue durée formels dans les structures résidentielles (maisons de repos et de soins dans la littérature) et à domicile ?

D'abord, il importe de noter que s'il existe un nombre relativement important d'études de qualité élevée relatives à l'admission dans des maisons de repos et de soins, on s'intéresse nettement moins à la durée du séjour ou à la sortie de ces centres. Ensuite, on n'accorde qu'une attention relativement limitée au contexte socio-économique et politique dans lequel les personnes âgées vivent et recherchent des soins, contexte qui pourrait avoir une influence au niveau de l'impact des paramètres prédictifs sur les soins formels.



Troisièmement, seule une étude longitudinale est valide pour étudier les facteurs de risque de l'institutionnalisation. Quatrièmement, le modèle fréquemment utilisé, celui d'Andersen, fait la distinction entre les variables prédisposantes, facilitantes et relatives aux besoins en tant que facteurs prédictifs.

Cinquièmement, en comparaison avec les sujets indemnes de toute démence, parmi les personnes souffrant de démence, les facteurs prédictifs peuvent avoir des effets atténués sur l'admission en maison de repos et de soins, parce que la démence représente souvent en soi une raison suffisante d'institutionnalisation.

7.1.1. Variables prédisposantes

Parmi les variables prédisposantes, l'impact de l'âge et du statut de propriétaire d'un logement sur la probabilité d'une institutionnalisation semble bien établi. Le taux d'entrée dans les maisons de repos et de soins s'élève fortement avec l'âge, même si l'on prend en compte la santé, les déficiences fonctionnelles et les conditions de vie. Les propriétaires d'un logement sont nettement moins susceptibles d'être institutionnalisés que les autres. S'agissant des autres variables prédisposantes, y compris le sexe, l'éducation, les revenus, les ressources nettes, les autres possessions et le niveau d'urbanisation, les résultats sont incohérents entre les études ou se fondent sur un nombre trop limité d'études pour en tirer des conclusions définitives.

7.1.2. Les variables relatives aux besoins

Toute déficience fonctionnelle entraînant des restrictions au niveau des activités de la vie quotidienne (AVQ) constitue un élément prédictif très important de l'institutionnalisation. En revanche, les preuves sont moins certaines pour ce qui concerne les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) et leurs limitations. Les personnes qui souffrent d'une insuffisance cognitive sont exposées à une probabilité plus élevée de rejoindre une maison de repos et de soins. L'impact de la pathologie plus spécifique que constitue la démence est particulièrement fort. Les preuves en matière de santé subjective sont davantage mitigées. En raison des limites inhérentes aux études, il est difficile de tirer des conclusions non équivoques à propos des pathologies qui sont le plus fortement associées à l'institutionnalisation. Si la démence est la seule pathologie chronique qui soit universellement reconnue comme un élément prédictif très important

de l'institutionnalisation, d'autres éléments prédictifs potentiels comprennent l'accident vasculaire cérébral (AVC), le diabète, la fracture de la hanche, la maladie de Parkinson, la dépression et d'autres problèmes mentaux. Ces mêmes pathologies, plus l'arthrite, sont également identifiées dans la littérature comme éléments prédictifs potentiels d'une incapacité. S'agissant des éléments prédictifs suivants, les résultats ont été moins concluants : crise cardiaque et autres maladies cardiovasculaires, broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et asthme, déficience cognitive, déficience auditive, déficience visuelle, ostéoporose et hypertension.

7.1.3. Variables facilitantes

Le fait de vivre seul augmente fortement la probabilité d'institutionnalisation, en particulier pour les hommes, tandis que vivre avec un conjoint réduit cette probabilité de manière substantielle. Les preuves relatives à l'impact d'autres sources d'aide de proximité que le conjoint, y compris les enfants, sont moins concluantes. Les études ne parviennent pas à établir une relation de causalité claire entre une assurance publique ou privée et l'institutionnalisation. Le fait d'avoir séjourné précédemment dans une maison de repos et de soins constitue un élément prédictif fort d'une future admission.

7.2. Etude de la littérature : modèles de projection pour les soins de longue durée

L'objectif du projet de recherche étant de développer un modèle de projection du nombre de personnes âgées résidant dans des établissements de soins en Belgique jusqu'à 2025, la première étape du projet consistait à passer en revue les études qui utilisaient ou présentaient des modèles de projection pour les soins de longue durée, de même que leurs résultats. La recherche s'est concentrée sur les modèles qui fournissent des projections quantitatives du nombre de personnes âgées nécessitant, exigeant ou utilisant de tels soins, ou des coûts agrégés de tels soins, pour un pays ou une région.

7.2.1. Caractéristiques des modèles

Des modèles de projection des SLD ont été élaborés pour plusieurs pays développés, mais pas pour tous, loin s'en faut. Si on écarte les études internationales, des modèles ont été trouvés pour la Belgique, les Pays-

Bas, la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Autriche, la Suède et les Etats-Unis.

La période de temps sur laquelle porte la projection varie considérablement selon les modèles et les études. Il est intéressant de souligner que cette durée est même plus courte pour les grands modèles (par exemple, 2005-2030 pour VeVeRa III) que pour certains modèles à étude unique (par exemple, 2000-2050 pour le modèle Cass). Le choix de l'horizon temporel n'est que rarement, voire jamais, motivé de manière explicite. Les grands modèles contiennent de multiples variables prédictives dont il est malaisé de réaliser une projection à long terme. Par contraste, il est fréquent que les modèles à étude unique se fondent uniquement sur des projections de population qui sont relativement fiables jusqu'à un horizon éloigné.

Les variables projetées varient également. On peut les subdiviser en trois groupes :

1. Le nombre de personnes âgées en incapacité. Dans la pratique, cette variable est équivalente aux besoins en soins, puisque l'on considère que toute personne présentant un degré d'incapacité suffisamment sévère a besoin d'une forme de soins (formels ou informels) ;
2. Le nombre de personnes âgées requérant ou utilisant des soins formels. Si, d'un point de vue conceptuel, la distinction entre la demande et l'utilisation est importante et également très pertinente pour la politique, elle n'est mise en œuvre que dans peu de modèles étudiés. En général, les variables qui sont susceptibles d'influencer le passage d'une demande (potentielle) latente à une demande explicite d'utilisation concrète, ne sont pas incluses dans ces modèles.
3. Les coûts des soins (publics ou coûts publics + privés). Généralement, les coûts sont subdivisés entre les coûts formels à domicile et en institution ; parfois, tous les coûts sont agrégés.

La plupart des modèles de projection sont des macro-modèles statiques ('cell-based'). Les modèles de micro-simulation dynamiques des SLD sont essentiellement des modules ou des suppléments de modèles dynamiques élaborés à d'autres fins.

Tous les modèles utilisent des données émanant d'un vaste éventail de sources, puisque la base de données primaire ne contient jamais toutes les données nécessaires. Ces bases de données varient en termes de

représentativité et d'origine des données (administratives ou provenant d'enquêtes). Les projections de la population par âge et par sexe sont généralement puisées dans une source extérieure.

L'incapacité est pratiquement toujours imputée de manière 'statique', en utilisant les taux de prévalence par âge et par sexe (avec parfois des variables additionnelles), ou une équation logistique. Pour l'instant, seul le modèle français 'Destinie' contient une modélisation dynamique de l'incapacité. L'impact des tendances futures en termes d'incapacité est essentiellement exploré via différents scénarios. Les tendances observées par le passé en la matière sont rarement projetées dans l'avenir en tant que telles, mais elles sont utilisées pour définir des scénarios plausibles.

Les tendances futures en termes de situation familiale, notamment la présence d'un(e) partenaire, sont souvent intégrées dans les projections de population émanant d'une source extérieure. En général, la disponibilité en soins informels n'est pas modélisée (sauf parfois en tant que résultat, autrement dit l'utilisation de soins informels en tant qu'option de rechange aux soins formels). A une seule exception près, les projections présupposent un état de stabilité (tributaire des variables sous-jacentes) s'agissant de la tendance à dispenser des soins informels. L'impact potentiel de changements au niveau de la fourniture de soins informels est exploré par le truchement de scénarios dans lesquels la variable est le plus souvent ajustée de manière arbitraire.

Pratiquement tous les modèles formulent l'hypothèse implicite ou explicite selon laquelle les soins formels vont s'adapter pour répondre à la demande, ce qui implique que les résultats de la projection sont pilotés par des changements au niveau de la demande. D'autres variables sont parfois utilisées dans les projections : l'éducation, les revenus, le statut de propriétaire d'un logement, l'origine ethnique, le degré d'urbanisation, le prix des soins et, à titre exceptionnel (au niveau macro), l'immigration.

Compte tenu des projections des déterminants, la demande en / le recours aux soins sont projetés sur la base de taux de prévalence (subordonnés à ces déterminants) ou d'une équation économétrique (par exemple, logistique). Alors que, dans la plupart des modèles, on fait une distinction entre les soins formels à domicile et en institution, la relation entre ces formes de prise en charge n'est pas modélisée. Certaines études se penchent sur l'impact potentiel des changements de relations entre les soins à domicile et en institution via des scénarios.



Le modèle actuellement utilisé par le Bureau fédéral du Plan (BFP) pour les projections des coûts des soins de longue durée est un macro-modèle statique hiérarchique. Dans la modélisation de l'utilisation des soins, des distinctions assez détaillées sont établies entre les types de soins et l'intensité des soins. L'incapacité ne fait pas l'objet d'une modélisation explicite. Mise à part la répartition de la population par âge et par sexe, aucune tendance en matière de facteurs déterminants n'est extrapolée dans l'avenir.

7.2.2. Résultats des modèles

Toutes les études prédisent des augmentations importantes de la demande en / l'utilisation des soins formels, y compris les soins institutionnels, pendant les décennies qui viennent, une hausse qui est induite par le vieillissement de la population. La plupart des études considèrent qu'un scénario avec des taux de prévalence constants pour l'incapacité par catégories d'âge et de sexe comme étant trop pessimiste. La majorité des chercheurs estiment que la survenue de l'incapacité va reculer jusqu'à un âge ultérieur, mais nul ne sait avec certitude si ce glissement sera plus lent, aussi rapide ou plus rapide que l'augmentation escomptée de la longévité. Ces postulats sont équivalents aux hypothèses d'expansion de la morbidité, d'équilibre dynamique de la morbidité et de compression de la morbidité, respectivement. Divers scénarios contenant des hypothèses différentes à propos des tendances futures en matière d'incapacité fournissent des projections très différentes pour les soins de longue durée.

Les scénarios dans lesquels l'offre en soins informels est modifiée étant toujours totalement hypothétiques, il est malaisé de juger s'ils sont d'une quelconque manière réalistes. En tout état de cause, les résultats montrent que de telles modifications pourraient avoir d'énormes conséquences sur la demande en soins formels. Une substitution entre les différents types de soins formels pourrait également avoir des retombées de taille.

Les projections pour les coûts des soins de longue durée en Belgique indiquent que ces coûts pourraient augmenter d'environ 1,4% du PIB entre aujourd'hui et 2060, ce qui représente un doublement de ces coûts.

Si la micro-simulation dynamique peut en principe être supérieure à la micro-simulation statique dans l'objectif de modéliser les transitions entre états, elle exige des ressources humaines et en données qui n'étaient pas disponibles pour mener à bien ce projet de recherche. Un macro-modèle dynamique ('cell-based') utilisant l'enquête de santé par interview et l'échantillon permanent sera utilisé à sa place.

7.3. Bases de données disponibles en Belgique pour construire un modèle de projection

Les données qui seront utilisées pour élaborer un modèle de projection du nombre de personnes âgées dans les établissements de soins en Belgique jusqu'en 2025 doivent répondre aux critères suivants :

1. Elles doivent permettre la modélisation de l'impact d'un vaste éventail de facteurs de risque (par exemple, l'état de santé, les pathologies chroniques et l'incapacité, les indicateurs relatifs au mode de vie, les revenus, le niveau d'éducation et la situation familiale) sur les limitations fonctionnelles (besoins en soins) ;
2. Elles doivent autoriser l'élaboration d'un modèle établissant un lien entre les besoins en soins (limitations) et l'utilisation des soins formels, en tenant compte de variables médiatrices telles que la situation familiale ;
3. Elles doivent permettre de fournir des estimations des taux de transition entre les niveaux de soins et les lieux où sont délivrés les soins. De telles estimations exigent des données longitudinales sur un échantillon suffisamment large et portant sur une période d'un certain nombre d'années.

Les bases de données utilisables à ces fins sont :

1. L'Enquête de Santé par Interview est une enquête transversale qui a été menée en 1997, 2001, 2004 et 2008 sur un échantillon représentatif de la population belge. Cette base de données est la seule à contenir un nombre suffisant de personnes âgées institutionnalisées, en raison d'un sur-échantillonnage des tranches d'âges supérieures, de même que des informations sur les AVQ et les incapacités, les pathologies chroniques et les caractéristiques socio-économiques. Nous prendrons

en considération les enquêtes les plus récentes (2004 et 2008). Au total, 12 945 personnes en 2004 et 11 254 en 2008 ont été interviewées.

2. L'échantillon permanent (EPS), a été conçu par l'AIM (l'Agence Intermutualiste) et des partenaires gouvernementaux (INAMI) pour étudier et surveiller la consommation de soins de santé et les dépenses en soins de santé en Belgique. En mars 2011, cet échantillon contenait des données pour la période 2002-2009. La proportion de la population au sein de cet échantillon est de 1/40 pour la tranche d'âge 0-64 et de 1/20 pour les 65 ans et plus. L'échantillon permanent contient des données relatives aux codes de remboursement spécifiques par procédure, aux services, aux admissions, à la délivrance de médicaments, etc., y compris la date, le prestataire, l'institution et le coût. En outre, il contient des données à propos de l'âge, du sexe, du statut social dans le cadre du régime d'assurance maladie, du lieu de résidence et de la taille de la famille. L'EPS permet d'estimer les taux de transition entre les niveaux de soins et les lieux où les soins sont délivrés. L'incapacité a pu être imputée pour chaque sujet de 65 ans et plus en utilisant une équation estimée sur la base des données de l'enquête de santé par interview. Les pathologies chroniques prédictives de l'incapacité et de l'entrée en institutions résidentielles ont pu être identifiées dans les données EPS en utilisant les informations relatives aux traitements médicaux.

7.4. Spécification du modèle

Le modèle de projection est un macro-modèle de simulation ('cell-based'), partiellement dynamique. Dans ce type de modèles, la population est divisée en un certain nombre de cellules ou de groupes qui sont définis en fonction de combinaisons des catégories des différentes variables (par exemple, l'âge, le sexe, les conditions de vie, l'incapacité). Le modèle est dynamique en ce sens qu'il utilise des taux de transition pour les soins de longue durée, c.à.d. des taux qui indiquent la probabilité de se trouver dans une situation particulière en termes de soins de longue durée à un moment donné, compte tenu du fait que l'on se trouvait dans une situation particulière de soins de longue durée au cours de la période précédente. Les projections sont effectuées pour chaque année au cours de la période 2010 – 2025, et portent sur la population qui est incluse dans le système

belge d'assurance maladie et qui vit en Belgique. Les personnes qui vivent en Belgique mais qui sont assurées par un régime de sécurité sociale étranger ne sont pas reprises dans les projections actuelles puisqu'elles ne font pas partie de l'échantillon permanent. Une situation qui a pour regrettable corollaire que les personnes âgées françaises et néerlandaises qui vivent dans une maison de repos ou une maison de repos et de soins en Belgique et dont les soins sont remboursés par les régimes d'assurance néerlandais ou français ne sont pas incluses dans ces projections per se. On part de l'hypothèse selon laquelle la part de ces personnes, par rapport à la population totale institutionnalisée en Belgique, restera constante. Les personnes couvertes par le système belge d'assurance maladie mais résidant en dehors de la Belgique sont également exclues, puisque les projections de population se réfèrent aux personnes vivant en Belgique.

Le modèle de projection contient les variables les plus importantes qui déterminent le recours aux soins de longue durée :

1. La projection de la distribution future de la population en fonction de l'âge et du sexe ;
2. La situation de vie (disponibilité en soignants informels) des personnes âgées ;
3. Le niveau d'incapacité (limitations des AVQ) des personnes âgées.

La projection se déroule en cinq étapes :

- Etape 1. La répartition de la population totale des 65 ans et plus en Belgique, par âge, par sexe et par année de projection (2010 – 2025), en chiffres absolus. Les projections de population les plus récentes produites conjointement par le Ministère des Affaires économiques (Direction générale Statistique et Information économique) et le Bureau fédéral du Plan ont été utilisées.
- Etape 2. La répartition proportionnelle de la population par situation de vie, pour chaque catégorie d'âge et de sexe et pour chaque année de projection. Les situations de vie se réfèrent à la présence d'un/une partenaire, d'un fils ou d'une fille ou d'autres personnes dans le foyer des personnes âgées. Pour les années futures, nous avons utilisé les projections des situations de vie estimées par Michel Poulain (UCL, 2011), qui subdivisent les situations de vie en trois catégories : 1) vivre seul, c.à.d. dans un ménage qui ne compte pas d'autres membres;



2) vivre en couple, c.à.d. avoir un partenaire mais pas d'autres membres dans le ménage et 3) vivre avec d'autres, c.à.d. toutes les autres situations.

- Etape 3. La répartition proportionnelle de la population par niveau d'incapacité (ayant au moins une limitation des AVQ), pour chaque catégorie d'âge et de sexe, et pour chaque année de projection. Ceci a été imputé, en utilisant le modèle estimé sur la base des données de l'Enquête de Santé par Interview. Les variables indépendantes sont : l'âge, le sexe, des pathologies chroniques sélectionnées (BPCO, démence, diabète, fracture de la hanche, maladie de Parkinson) et la province.
- Etape 4. La répartition proportionnelle de la population sur dix catégories de soins de longue durée (absence de soins ; deux situations de soins à domicile « patients fortement dépendants » et « patient faiblement dépendants » ; cinq niveaux de soins en structures résidentielles - catégories O, A, B, C et Cd ; hospitalisation ; et enfin, le décès), pour chaque groupe d'âge et de sexe et pour chaque année de projection, en tenant compte des répartitions par situations de vie et par degré d'incapacité. Ces répartitions sont dérivées des estimations relatives aux probabilités de transition.
- Etape 5. Application des proportions en utilisant les soins de longue durée obtenus à l'étape 4 aux projections de population globale par âge et par sexe obtenues à l'étape 1 et en faisant la somme pour obtenir des résultats agrégés.

7.5. Modélisation de l'incapacité en utilisant l'Enquête de Santé par Interview

Ce chapitre décrit la manière dont le modèle qui est utilisé pour imputer l'incapacité dans les données de l'échantillon permanent (EPS) a été élaboré, en utilisant les données de l'Enquête de santé par interview.

Les enquêtes de 2004 et 2008 fournissent des données relatives à des problèmes rencontrés dans l'exécution de 6 AVQ (se coucher et se lever du lit, s'asseoir et se lever d'une chaise, s'habiller, se laver les mains et le visage, manger et couper ses aliments, se rendre aux toilettes et les utiliser). L'incapacité a été définie comme présentant au minimum une limitation dans les AVQ. La régression logistique a été utilisée pour

modéliser la présence de toute limitation dans les AVQ, codée 1 s'il y a une quelconque limitation et 0 dans le cas contraire. La prévalence mesurée de l'incapacité est inférieure de trois points de pourcentage en 2008 par rapport à 2004, probablement en raison du fait qu'en 2008, les items AVQ avaient quatre options de réponse alors qu'il y avait trois options de réponse en 2004. Le schéma de l'incapacité en fonction de l'âge et du sexe est très similaire pour les deux années, augmentant avec l'âge pour les personnes de 75 ans et plus, et supérieure chez les femmes par rapport aux hommes, quelle que soit la tranche d'âge considérée.

Les variables indépendantes utilisées sont l'âge, le sexe, un certain nombre de pathologies chroniques (leur sélection étant guidée par l'étude de la littérature), la province de résidence, le niveau d'éducation et de revenus.

Aux fins de l'estimation, seules les personnes âgées de 65 ans ou plus ont été retenues. Six modèles logistiques ont été estimés, dans lesquels les variables ont été incluses progressivement. Les modèles ont été estimés sur les données regroupées des enquêtes 2004 et 2008.

On a constaté que l'âge, le sexe, la province et certaines pathologies chroniques spécifiques (démence, maladie de Parkinson, fracture de la hanche, BPCO et diabète) avaient un impact significatif sur l'incapacité. Quant au niveau de revenus et d'éducation, il n'avait qu'un impact limité sur l'incapacité, en tenant compte de l'âge, du sexe et des pathologies chroniques. Dans l'ensemble, il s'est avéré que la province avait un effet faible mais significatif, bien qu'aucune des provinces n'ait un impact sur l'incapacité qui soit différent de celui de la Région de Bruxelles Capitale. En soi, les Régions (Bruxelles, Flandre, Wallonie) n'avaient pas d'effet significatif.

L'équation logistique avec des estimations des coefficients permet d'imputer l'incapacité dans l'échantillon permanent.

7.6. Transitions de modélisation dans des situations de SLD

Cette étape a consisté à construire un modèle qui estime les probabilités pour un sujet âgé de passer d'une situation en matière de soins de longue durée à une autre, d'une période (Q_0) à une autre (Q_1). En d'autres termes, ce modèle va estimer la probabilité pour un sujet âgé qui, à la période Q_0 , se trouve dans une situation de SLD spécifique, parmi les 10 situations de SLD définies (absence de soins, hospitalisation, décès, deux situations de soins à domicile et cinq niveaux de soins en structures résidentielles) d'évoluer vers une autre situation de SLD à la période Q_1 , en tenant compte de son âge, de son sexe, de son degré d'incapacité, de sa situation familiale (partenaire, fille, fils, parent, autre femme, autre homme disponible ou non pour des soins informels) et de sa province de résidence.

Certaines provinces ont été scindées en deux, dans le cas où des analyses préliminaires indiquaient que les effets des arrondissements au sein d'une province étaient très différents. Les scissions sont les suivantes :

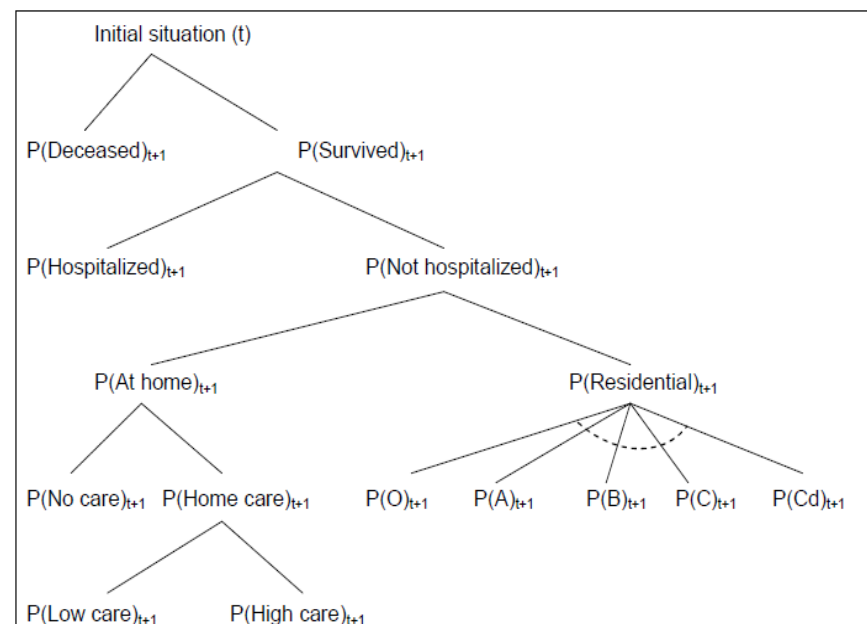
- Anvers : Anvers & Malines ; Turnhout
- Brabant flamand : Halle-Vilvorde ; Leuven
- Flandre occidentale : F Occ. Littoral (arrondissements en bordure du littoral) ; F. Occ. Intérieure (arrondissements ne se trouvant pas sur la côte)
- Flandre orientale : Gand et Alost ; autres arrondissements
- Hainaut : Charleroi, Mons & Soignies ; autres arrondissements
- Namur : Namur ; autres arrondissements

Ces scissions séparent les arrondissements qui sont davantage urbanisés de ceux qui le sont moins.

7.6.1. Stratégie d'estimation

La taille très importante de l'échantillon, l'utilisation de pondérations et le fait que les transitions ne sont pas statistiquement indépendantes ont fait que nous avons utilisé une série de modèles de régression logistiques binaires multinomiaux ordonnés de manière hiérarchique, comme le montre la Figure 1.

Figure 1. La structure hiérarchique du modèle de probabilité de transition.



7.6.2. Probabilités de transition

Les probabilités de transition sur une période d'une année sont calculées en commençant au premier trimestre de chaque année. La partie '5 ans' du Tableau 2 se réfère à la période 2004 Trimestre 1 – 2009 Trimestre 1. Chaque colonne du tableau montre, pour un certain état d'origine indiqué en tête de la colonne, la part de personnes qui arrivent à différents états de destinations, représentés dans les lignes du tableau (après un trimestre, une année et cinq ans, respectivement). La situation "absence de soins" (c.à.d, pas de soins de longue durée) est relativement stable ; même après cinq ans, pratiquement les deux tiers des personnes de cette catégorie y sont toujours.

La catégorie de sortie la plus courante est le décès. L'hospitalisation a été codée s'il y avait un séjour hospitalier de plus de 20 jours incluant le



dernier jour du trimestre. Les probabilités de transition vers des soins à domicile ou des soins résidentiels sont relativement faibles. La stabilité est nettement moindre dans toutes les autres situations en matière de SLD. Une fois que les sujets entrent dans le circuit des soins, leur risque de décès devient nettement plus important. Les personnes ayant recours aux soins à domicile, surtout dans le cas de soins assez intensifs, se trouvent exposées à un risque accru d'être déplacées vers des établissements de soins par rapport aux sujets ne recevant pas de soins.

Lorsque les soins à domicile représentent l'état initial, l'état de destination est le plus souvent une MRS-Cd que toute autre situation de SLD résidentielle.

Il existe des mouvements importants, dans les deux sens, entre les situations de soins à domicile pour patients faiblement dépendants et de soins à domicile pour patients fortement dépendants. Lorsque les sujets se trouvent dans des établissements de soins, les probabilités de passer à un échelon de soins supérieur sont importantes, même si c'est moins le cas pour l'échelon inférieur (MRPA-O) que pour les autres. Les probabilités de passer à un niveau inférieur sont nettement moindres et les chances de sortie (autres que le décès) sont très faibles. Les transitions vers une 'absence de soins' peuvent ne pas être réelles mais des artéfacts dans la construction de la variable. Il est frappant de noter que la probabilité d'une hospitalisation est plutôt faible pour les personnes dans des établissements de soins et qu'elle diminue avec le niveau de soins. Les personnes qui ont recours aux soins à domicile sont les plus susceptibles d'être hospitalisées. Après une hospitalisation d'au moins 20 jours, de nombreuses personnes entrent ou retournent dans un établissement de soins.

Pour toutes les personnes âgées, l'incapacité constitue l'élément prédictif le plus fort d'une admission dans une institution résidentielle.

Tableau 2. Transitions au niveau des situations de SLD après un trimestre, une année et cinq ans, données de l'échantillon permanent (EPS), 2004-09.

| Trimestre | Pas de soins | Soins à domicile légers | Soins à domicile intensifs | MRPA niveau O | MRPA niveau A | MR/MRS niveau B | MR/MRS niveau C | MR/MRS niveau Cd | Hôpital | Total |
|----------------------------|--------------|-------------------------|----------------------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|---------|--------|
| Pas de soins | 97,8 | 5,8 | 3,6 | 0,9 | 0,5 | 0,4 | 0,2 | 0,1 | 34,2 | 84,9 |
| Soins à domicile légers | 0,7 | 85,2 | 4,3 | 0,2 | 0,5 | 0,4 | 0,3 | 0,1 | 10,5 | 5,2 |
| Soins à domicile intensifs | 0,1 | 2,3 | 80,6 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,5 | 0,2 | 5,6 | 1,5 |
| MRPA niveau O | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 87,3 | 4,0 | 1,3 | 0,4 | 0,1 | 1,9 | 1,2 |
| MRPA niveau A | 0,0 | 0,5 | 0,3 | 4,6 | 79,7 | 3,7 | 1,4 | 0,3 | 2,6 | 1,1 |
| MRPA/MRS niveau B | 0,1 | 0,8 | 1,0 | 2,6 | 7,4 | 78,8 | 3,2 | 1,5 | 4,6 | 1,4 |
| MRPA/MRS niveau C | 0,0 | 0,2 | 0,8 | 0,8 | 1,8 | 3,0 | 78,6 | 1,0 | 3,0 | 0,7 |
| MRPA/MRS niveau Cd | 0,0 | 0,3 | 1,2 | 0,5 | 1,5 | 6,2 | 5,8 | 85,8 | 4,1 | 1,8 |
| Hôpital | 0,6 | 2,4 | 2,9 | 1,1 | 1,3 | 1,2 | 1,2 | 0,8 | 24,7 | 1,0 |
| Décès | 0,6 | 2,0 | 5,3 | 2,0 | 3,4 | 4,8 | 8,3 | 10,1 | 8,8 | 1,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| % dans l'état d'origine | 86,1% | 5,2% | 1,5% | 1,3% | 1,1% | 1,4% | 0,8% | 1,8% | 1,0% | 100,0% |

| 4 trimestres | Pas de soins | Soins à domicile légers | Soins à domicile intensifs | MRPA niveau O | MRPA niveau A | MR/MRS niveau B | MR/MRS niveau C | MR/MRS niveau Cd | Hôpital | Total |
|----------------------------|--------------|-------------------------|----------------------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|---------|--------|
| Pas de soins | 93,4 | 7,4 | 4,4 | 1,6 | 0,6 | 0,5 | 0,2 | 0,2 | 31,8 | 81,2 |
| Soins à domicile légers | 1,9 | 66,8 | 5,9 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,2 | 0,0 | 9,5 | 5,3 |
| Soins à domicile intensifs | 0,4 | 5,6 | 57,6 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,2 | 4,8 | 1,5 |
| MRPA niveau O | 0,2 | 0,8 | 0,2 | 85,7 | 7,0 | 2,3 | 0,7 | 0,1 | 2,7 | 1,2 |
| MRPA niveau A | 0,2 | 1,7 | 0,7 | 10,6 | 49,9 | 5,8 | 2,2 | 0,5 | 3,2 | 1,1 |
| MRPA/MRS niveau B | 0,3 | 2,6 | 2,3 | 6,4 | 15,8 | 48,5 | 5,0 | 1,9 | 5,0 | 1,4 |
| MRPA/MRS niveau C | 0,1 | 1,0 | 2,2 | 2,0 | 4,4 | 6,0 | 48,7 | 1,4 | 3,0 | 0,7 |
| MRPA/MRS niveau Cd | 0,2 | 1,5 | 3,1 | 1,9 | 4,7 | 15,2 | 12,6 | 60,2 | 4,8 | 1,8 |
| Hôpital | 0,7 | 2,5 | 2,1 | 1,0 | 1,0 | 0,9 | 0,8 | 0,5 | 12,9 | 0,9 |
| Décès | 2,7 | 10,3 | 21,4 | 10,5 | 16,2 | 20,3 | 29,4 | 35,0 | 22,4 | 4,9 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| % dans l'état d'origine | 86,1% | 5,1% | 1,5% | 1,3% | 1,1% | 1,4% | 0,8% | 1,8% | 1,0% | 100,0% |

| 5 ans (2004/1 - 2009/1) | Pas de soins | Soins à domicile légers | Soins à domicile intensifs | MRPA niveau O | MRPA niveau A | MR/MRS niveau B | MR/MRS niveau C | MR/MRS niveau Cd | Hôpital | Total |
|----------------------------|--------------|-------------------------|----------------------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|---------|--------|
| Pas de soins | 73,1 | 4,9 | 2,6 | 0,8 | 0,1 | 0,5 | 0,1 | 0,0 | 18,4 | 64,0 |
| Soins à domicile légers | 4,8 | 24,2 | 2,0 | 0,6 | 0,1 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 5,8 | 5,4 |
| Soins à domicile intensifs | 1,2 | 5,9 | 14,8 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 2,4 | 1,5 |
| MRPA niveau O | 0,8 | 1,3 | 0,2 | 21,7 | 4,1 | 0,6 | 0,0 | 0,0 | 1,4 | 1,1 |
| MRPA niveau A | 0,8 | 2,5 | 1,3 | 8,7 | 11,0 | 2,1 | 0,2 | 0,2 | 1,7 | 1,1 |
| MRPA/MRS niveau B | 1,0 | 4,7 | 2,1 | 7,5 | 9,4 | 8,2 | 2,0 | 0,7 | 3,5 | 1,5 |
| MRPA/MRS niveau C | 0,5 | 2,4 | 2,7 | 3,8 | 3,4 | 3,9 | 7,1 | 1,0 | 2,5 | 0,8 |
| MRPA/MRS niveau Cd | 1,1 | 4,7 | 4,2 | 5,0 | 7,5 | 14,1 | 8,5 | 12,2 | 4,3 | 1,8 |
| Hôpital | 0,8 | 0,9 | 0,5 | 0,5 | 0,2 | 0,4 | 0,3 | 0,0 | 4,8 | 0,8 |
| Décès | 16,1 | 48,6 | 69,9 | 51,5 | 64,2 | 69,9 | 81,8 | 85,8 | 55,2 | 22,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| % dans l'état d'origine | 86,9% | 4,7% | 1,3% | 1,3% | 1,0% | 1,2% | 0,8% | 1,8% | 1,1% | 100,0% |

Les personnes appartenant au groupe d'âge des 85 ans et plus sont nettement plus susceptibles d'être institutionnalisées que les personnes de moins de 85 ans, mais ceci est essentiellement dû à leur risque accru d'incapacité. C'est peut-être une surprise, mais les femmes sont légèrement *moins* susceptibles d'être admises dans des établissements de soins, en prenant en compte l'âge, l'incapacité et la situation familiale. Parmi les personnes recevant des soins à domicile intensifs ou qui ont été hospitalisées, l'effet de l'âge est moindre et généralement non significatif. Une incapacité augmente assez fortement les risques d'être admis dans un établissement de soins pour les personnes qui ne reçoivent actuellement pas de soins de même que pour celles qui se trouvaient hospitalisées. Les personnes qui vivent avec un/une partenaire ou un enfant sont moins susceptibles d'être institutionnalisées.

Il existe des différences importantes entre les provinces s'agissant des probabilités d'institutionnalisation, ces différences pouvant être liées aux variations au niveau de l'offre en établissements de soins.

S'agissant des personnes âgées qui vivent ou sont admises dans des établissements de soins, une probabilité accrue d'incapacité rend plus probable un passage à des niveaux supérieurs de SLD. Pour la même population, une transition inverse de retour à domicile n'est (pratiquement) pas associée à l'une des variables du modèle.

8. EVOLUTION PREVUE DANS LES STRUCTURES RESIDENTIELLES

L'évolution globalement prévue dans les établissements de soins sera, dans un premier temps, présentée pour le scénario de base et ensuite pour les scénarios alternatifs, en se fondant sur les diverses hypothèses relatives aux évolutions futures de la morbidité, de la situation familiale et de la disponibilité en soins informels, de même que l'évolution des soins formels à domicile.

Il est important de souligner le fait que les projections concernent la *demande* en établissements de soins, dans le sens de *l'utilisation future* de ces soins résidentiels, à la condition que toute contrainte possible en termes d'offre pour le futur ne soit ni plus ni moins contraignante qu'aujourd'hui. Bien évidemment, si dans les années qui viennent, l'offre

en établissements de soins ne suit pas la demande croissante, les projections ne se réaliseront pas.

8.1. Evolution globale, scénario de base

8.1.1. Caractéristiques du scénario de base

Le scénario de base présente les caractéristiques suivantes :

- Il utilise des projections de population réalisées par le Bureau fédéral du Plan (BFP) et l'Office des statistiques (ADSEI);
- La prévalence de cinq pathologies chroniques (BPCO, démence, diabète, fracture de la hanche, maladie de Parkinson) par âge, sexe et province reste inchangée, ce qui implique que la prévalence ou l'incapacité elle-même par âge, sexe et province reste également constante durant toute la période de projection;
- Les tendances prévues pour ce qui concerne la situation familiale ont été prises en considération (adaptation de Poulain, UCL, 2011);
- Tous les chiffres sont ajustés pour tenir compte du fait qu'un nombre important de lits dans les établissements de soins en Belgique sont occupés par des personnes qui ne sont pas couvertes par le régime d'assurance maladie belge (essentiellement des étrangers). L'hypothèse est celle-ci : la proportion de ces personnes par rapport au nombre global d'utilisateurs restera constante tout au long de la période de projection.

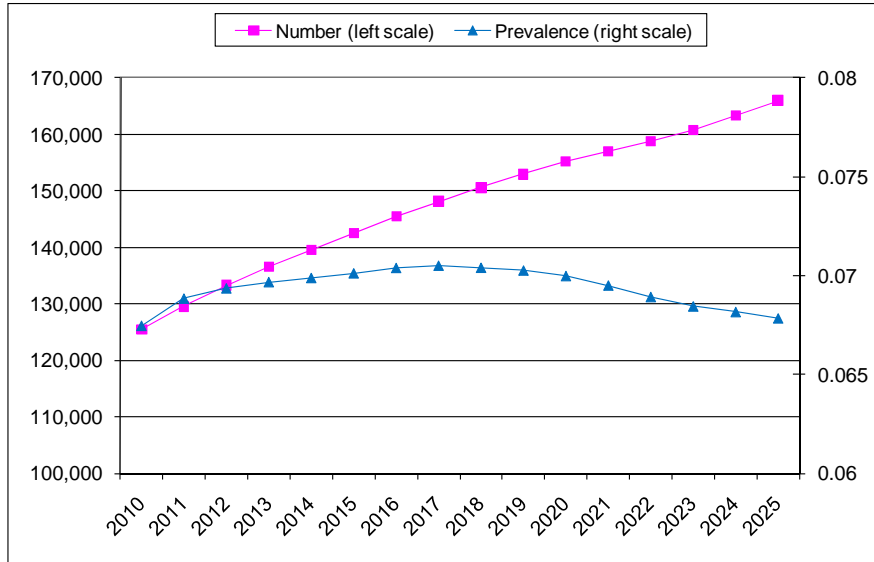
8.1.2. Résultats du scénario de base

Le nombre projeté de personnes âgées dans les établissements de soins augmente pour passer de 125 500 en 2010 à 166 000 en 2025, ce qui représente une hausse de 32% (Figure 2). Cette hausse est pratiquement entièrement induite par le vieillissement de la population. La prévalence des soins résidentiels (autrement dit, le nombre de personnes séjournant dans des établissements de soins divisé par le nombre total de personnes âgées de 65 ans ou plus) est pratiquement stable, en accusant d'abord une hausse d'un maximum de 7,1% en 2017 pour ensuite diminuer durant la période de projection, de sorte qu'en 2025, elle se situe pratiquement au même niveau (6,8%) qu'en 2010 (6,7%). La légère baisse du taux de prévalence après 2019 est due au fait que les cohortes relativement réduites nées à la période de la deuxième guerre mondiale commencent à



atteindre l'âge auquel la prévalence d'utilisation des établissements de soins est la plus élevée.

Figure 2. Prévalence prévue et nombre de personnes âgées dans les établissements de soins, Belgique 2010-2025, scénario de base.



Toutefois, la distribution des résidents des établissements de soins par niveau de soins ne va pas changer radicalement avec le temps. On observe une légère augmentation du pourcentage dans le niveau le plus intensif (Cd), qui passe de 28,8% en 2010 à 30,0% en 2025, un phénomène qui se produit essentiellement pendant la première moitié de la période de projection.

Dans les autres niveaux de soins, les pourcentages restent pratiquement inchangés. La quasi-constance de ces pourcentages découle bien entendu

de l'hypothèse d'une prévalence constante des pathologies chroniques associées à l'incapacité (et, partant, à l'incapacité elle-même).

La prévalence des soins résidentiels baisse dans de nombreux groupes sexe-âge (Tableau 3). La légère hausse chez les sujets masculins âgés de 65-79 ans et les femmes de la tranche des 65-69 ans est imputable à une augmentation de la proportion de personnes seules dans ces groupes d'âge, surtout parmi les hommes. L'augmentation de la longévité des hommes et des femmes est responsable d'une diminution du nombre de personnes isolées et de l'augmentation de la part des personnes ayant un partenaire au sein du groupe des 80 ans et plus. Cette dernière tendance induit une baisse de la prévalence des soins résidentiels dans certains groupes d'âge (les hommes de 85-95 ans et les femmes de 80-84 ans). Le constat selon lequel la diminution ne se produit pas dans tous les groupes d'âge est dû à ce qui se passe parmi les personnes sans partenaire qui vivent avec leurs enfants ou d'autres membres de la famille. Enfin, une impulsion importante à la part globale des soins résidentiels est induite par l'augmentation substantielle du nombre de femmes âgées de 90 ans ou plus, dont plus de la moitié sont institutionnalisées.

L'augmentation du nombre de personnes âgées dans les établissements de soins affiche une répartition inégale entre les provinces (Tableau 4). On observe de très fortes hausses dans quelques provinces (par exemple, le Limbourg) ainsi que des hausses limitées de moins de 25% dans quelques autres (par exemple, le Hainaut, Liège). D'autre part, on prévoit une baisse pour Bruxelles. De toute évidence, les raisons de ces évolutions contrastées sont de nature démographique. Ainsi, dans la Province du Limbourg, moins de 10% de toutes les personnes âgées ont actuellement plus de 85 ans et ce sont ces provinces qui connaîtront l'effet « vieillissement au sein du vieillissement » le plus marqué (à savoir une augmentation du nombre des grands vieillards). C'est dans la Région de Bruxelles Capitale que la proportion de personnes de 85 ans et plus est la plus élevée de toutes les provinces, mais cette proportion va en fait régresser durant la période de projection.

Tableau 3. Projections des caractéristiques des groupes sexe-âge, Belgique 2010-2025, scénario de base.

| Sexe | Age | Prévalence en établissements de soins | | Isolé* | | Avec partenaire* | | % de la population totale des 65+ | |
|------|-------|---------------------------------------|-------|--------|-------|------------------|-------|-----------------------------------|-------|
| | | 2010 | 2025 | 2010 | 2025 | 2010 | 2025 | 2010 | 2025 |
| M | 65-69 | 0.8% | 1.0% | 17.6% | 21.7% | 77.3% | 73.1% | 12.0% | 13.7% |
| M | 70-74 | 1.5% | 1.7% | 17.6% | 20.5% | 70.8% | 67.9% | 11.1% | 11.5% |
| M | 75-79 | 2.4% | 2.5% | 20.4% | 21.9% | 73.9% | 72.5% | 9.3% | 9.3% |
| M | 80-84 | 5.9% | 5.7% | 26.8% | 25.2% | 67.8% | 69.5% | 6.0% | 5.5% |
| M | 85-89 | 12.4% | 11.7% | 40.0% | 36.4% | 51.4% | 56.2% | 3.0% | 3.4% |
| M | 90-95 | 18.7% | 17.9% | 40.0% | 36.4% | 50.1% | 55.1% | 0.6% | 1.3% |
| M | 95+ | 26.8% | 26.6% | 42.8% | 39.6% | 44.9% | 49.7% | 0.1% | 0.3% |
| F | 65-69 | 0.8% | 0.9% | 27.3% | 29.0% | 66.6% | 65.0% | 13.1% | 14.6% |
| F | 70-74 | 1.6% | 1.6% | 33.7% | 32.6% | 57.2% | 58.8% | 13.2% | 12.7% |
| F | 75-79 | 5.0% | 4.6% | 44.2% | 39.6% | 45.7% | 51.2% | 12.6% | 11.1% |
| F | 80-84 | 13.2% | 12.4% | 58.2% | 53.9% | 30.2% | 35.4% | 10.0% | 7.4% |
| F | 85-89 | 28.3% | 28.3% | 73.8% | 73.2% | 12.7% | 16.4% | 6.5% | 5.5% |
| F | 90-95 | 48.0% | 48.2% | 73.8% | 73.2% | 12.0% | 15.8% | 1.8% | 2.8% |
| F | 95+ | 63.0% | 63.7% | 75.4% | 75.6% | 9.7% | 12.8% | 0.7% | 0.9% |

* 'Avec partenaire' = les personnes dont le ménage compte d'autres membres en plus du partenaire ; les personnes isolées sont celles dont le ménage ne compte pas d'autre membre.



Tableau 4. Projection des chiffres et de la prévalence dans les établissements de soins, pourcentage des 85+ et des personnes souffrant d'incapacité par (parties de) province, Belgique 2010-2025, scénario de base.

| | Prévalence en établissements de soins | | Nombre de personnes dans les établissements de soins | | Hausse en % | 85+ | | Incapacité %* |
|---|---------------------------------------|------|--|---------|-------------|-------|-------|---------------|
| | 2010 | 2025 | 2010 | 2025 | 2025 / 2010 | 2010 | 2025 | 2010 |
| Anvers-Malines | 6.6% | 6.5% | 15 294 | 19 563 | 27.9% | 12.9% | 15.0% | 6.4% |
| Turnhout | 5.2% | 5.5% | 3 472 | 6 142 | 76.9% | 9.7% | 13.0% | 6.0% |
| Bruxelles | 8.2% | 6.8% | 12747 | 12 223 | -4.1% | 16.2% | 14.2% | 7.7% |
| Halle-Vilvorde | 6.1% | 6.5% | 6 118 | 8 843 | 44.5% | 11.9% | 14.7% | 8.8% |
| Leuven | 5.9% | 6.0% | 4 824 | 7 069 | 46.5% | 12.4% | 14.8% | 9.1% |
| Nivelles | 7.3% | 6.8% | 4 111 | 6 082 | 48.0% | 13.1% | 13.7% | 10.1% |
| Flandre occidentale – Littoral | 6.0% | 6.2% | 7 772 | 11 711 | 50.7% | 12.1% | 14.1% | 9.4% |
| Flandre occidentale – Intérieure | 7.7% | 8.2% | 7 461 | 10 494 | 40.7% | 12.6% | 16.2% | 10.1% |
| Gand-Alost | 6.8% | 7.0% | 9 430 | 13 138 | 39.3% | 12.4% | 15.5% | 6.3% |
| Flandre orientale – Reste | 8.2% | 8.4% | 9 065 | 12 766 | 40.8% | 11.9% | 14.7% | 6.2% |
| Charleroi-Mons-Soignies | 7.4% | 6.4% | 10 471 | 11 753 | 12.2% | 13.4% | 12.3% | 9.5% |
| Hainaut - Autre | 9.4% | 8.5% | 7 211 | 8 706 | 20.7% | 14.4% | 13.9% | 10.0% |
| Liège | 7.9% | 7.1% | 14 195 | 17 186 | 21.1% | 12.8% | 13.1% | 5.9% |
| Limbourg | 4.3% | 4.9% | 5 571 | 10 390 | 86.5% | 9.6% | 13.0% | 9.3% |
| Luxembourg | 6.6% | 5.9% | 2 745 | 3 401 | 23.9% | 12.9% | 13.2% | 6.7% |
| Namur - Namur | 7.6% | 6.8% | 3 531 | 4 619 | 30.8% | 13.1% | 13.3% | 6.0% |
| Namur - Autre | 5.2% | 4.8% | 1 481 | 1 944 | 31.3% | 13.0% | 13.0% | 5.6% |
| Belgique - total | 6.4% | 6.4% | 125 500 | 166 000 | 32.3% | 12.6% | 14.1% | 8.4% |

Notes: Tous les % (à l'exception de la colonne 6 "Hausse...") sont lus en tant que % de toutes les personnes de 65 ans et plus. * Uniquement pour 2010 puisque l'hypothèse d'incapacité par âge, sexe et province reste inchangée.

8.2. Scénarios alternatifs

Dans le but de tester la sensibilité des résultats de la projection par rapport à d'autres hypothèses, nous avons exploré six scénarios alternatifs, dont deux concernent l'incapacité, deux ont trait aux soins informels et l'un porte sur les soins à domicile. Trois d'entre eux sont plus pessimistes que le scénario de base et trois sont plus optimistes. Les voici :

1. La prévalence des pathologies chroniques baisse en relation avec le niveau d'éducation accru de chaque nouvelle cohorte de personnes âgées ;
2. Le risque d'incapacité par âge et sexe va diminuer dans le futur, dans le sens que la moitié de l'accroissement projeté de la durée de vie est supposée être sans incapacité (compression de la morbidité) ;
3. La prévalence du diabète augmentera de 5% chaque année au cours de la période de projection ;
4. La situation familiale des personnes âgées par âge et par sexe ne va pas changer pendant la période de projection ;
5. Le nombre d'enfants vivant avec leurs parents âgés diminuera de moitié au cours de la période de projection ;
6. Les soins à domicile vont afficher une progression de 50% (au-delà de ce qui est requis par le vieillissement de la population).

8.2.1. Scénarios alternatifs pour l'incapacité

Alternative 1: Une "Meilleure éducation" induit une réduction significative de la prévalence des pathologies chroniques en Belgique durant la période de projection 2010-2025. Deux constats soutiennent ce scénario : d'abord, les estimations formulées en utilisant les données de l'enquête de santé par interview ont indiqué que la prévalence de la plupart des pathologies chroniques est inférieure, dans tout groupe d'âge et de sexe, parmi les personnes âgées ayant dépassé le stade de l'école primaire; deuxièmement, dans chaque cohorte, la proportion de personnes ayant étudié au-delà de l'école primaire est plus importante que dans la cohorte précédente. Ces constats impliquent qu'à l'avenir, le niveau d'éducation des personnes âgées sera supérieur à ce qu'il est actuellement. Cette tendance se trouve de surcroît renforcée par la mortalité différentielle, puisque les personnes au niveau d'éducation supérieur vivent plus longtemps. La diminution de la prévalence globale de ces pathologies

chroniques est néanmoins relativement faible : par exemple, de 11,9% en 2010 à 10,8% en 2025 pour le diabète et de 5,3% à 4,9% pour la démence.

Alternative 2: La "compression de la morbidité" suppose que l'accroissement de la durée de vie au cours de la période de projection sera accompagné par une survenue plus tardive des incapacités. Pour chaque année qui s'ajoute à l'espérance de vie (à l'âge de 65 ans), les taux d'incapacité sont supposés reculer à un âge plus avancé par demi-année. C'est le scénario de référence utilisé par l'Ageing Working Group du Comité de Politique Economique de l'Union Européenne (Commission européenne, 2009).

Alternative 3: Les tendances récemment observées en Belgique (Institut Pharmaco-Epidémiologique Belge, 2007) et à l'étranger (Royaume-Uni, Allemagne, Italie et France) suggèrent une "Epidémie de diabète ». Il est actuellement impossible d'obtenir des données solides relatives à la prévalence du diabète en Belgique. En conséquence, la prévalence est estimée par le truchement des médicaments pour le diabète (en 'doses quotidiennes déterminées'), tout en sachant que tous les patients diabétiques ne sont pas sous traitement. Nous partons de l'hypothèse d'une augmentation globale de la prévalence du diabète de 5% par an entre 2010 et 2025, cette hausse se produisant de manière uniforme dans tous les groupes par âge et par sexe. Ce qui signifie que la prévalence du diabète va plus que doubler au cours de la période de projection, pour atteindre 26% en 2025. Par contraste avec le scénario précédent, ce scénario-ci envisage une expansion de la morbidité.

8.2.2. Scénarios alternatifs à propos de la situation familiale

Alternative 4: Un scénario « Purement démographique » suppose que la situation familiale (présence d'un/une partenaire, d'enfants et/ou d'autres membres dans le ménage) ne changera pas durant la période de projection dans tout groupe par âge et par sexe.

Alternative 5: Le scénario "Moins d'enfants" part de l'hypothèse que moins d'enfants vivront sous le même toit que leurs parents. Concrètement, dans tout groupe par âge et par sexe, le nombre de personnes âgées vivant avec leurs enfants va diminuer de moitié durant la période de projection. Ce scénario est inclus afin de montrer la sensibilité des résultats de la projection à tout changement dans la disponibilité des soins informels.



8.2.3. Scénario alternatif à propos des soins à domicile

Alternative 6 : Afin de fournir une estimation de l'impact potentiel d'une expansion des soins à domicile, nous sommes partis du postulat qui veut que les soins à domicile additionnels équivalent aux soins dispensés par un/une partenaire, autrement dit, qu'ils ont le même impact sur la probabilité d'être institutionnalisés. La simulation des soins à domicile additionnels est ciblée sur les personnes isolées présentant une probabilité d'incapacité d'au moins 5%; les résultats d'un modèle de transition vers les soins à domicile indiquent que ceci constitue en fait un seuil au-dessus duquel les personnes âgées sont nettement plus susceptibles de commencer à recourir aux soins à domicile. De manière assez arbitraire, nous avons postulé une expansion des soins à domicile de 50%, en plus de l'augmentation déjà requise par le vieillissement de la population.

8.2.4. Résultats des scénarios alternatifs

Le scénario « Meilleure éducation » implique des taux de prévalence inférieurs pour les pathologies chroniques, de même qu'une tendance généralement à la baisse pour l'incapacité. Dans le scénario "Epidémie de diabète", l'incapacité est plus élevée et augmente au cours de la plupart des années. Toutefois, les différences entre les scénarios sont assez faibles puisqu'en 2025, la prévalence de l'incapacité n'est que de 0,4% moindre en suivant le scénario "Meilleure éducation" que dans le scénario de base, de 0,7% moindre selon le scénario de "Compression de la morbidité", tandis que dans le scénario "Epidémie de diabète", elle n'est supérieure que de 0,4%. Ce constat est dû à l'impact dominant de l'âge sur la probabilité de se retrouver en incapacité. Selon le scénario

"Meilleure éducation", il devrait y avoir, en 2025, 6 000 personnes âgées institutionnalisées de moins que dans le scénario de base, alors que selon le scénario de la compression de la morbidité, on compterait 14 000 personnes de moins dans les institutions. Au contraire, dans le scénario "Epidémie de diabète", le nombre de personnes institutionnalisées serait augmenté de 3 400. Dans le scénario "Purement démographique", la projection du nombre de personnes âgées en établissements de soins ne serait que légèrement supérieure par rapport au scénario de base; les différences sont d'environ 4 600 en 2025. Enfin, dans le scénario impliquant un important déploiement des soins à domicile, les projections pour le nombre de personnes âgées en établissements de soins seraient inférieures et estimées à quelque 149 000 en 2025, soit environ 17 000 de moins par rapport au scénario de base. De tels résultats montrent que des changements très importants sont nécessaires au niveau de l'offre en soins à domicile pour réduire de manière substantielle le nombre prévu de personnes dans les établissements de soins.

La Figure 3 compare les scénarios alternatifs au scénario de base. Les chiffres correspondants sont repris dans le Tableau 5. Les projections sont comprises entre environ 149 000 dans le scénario optimiste "Soins à domicile" et quelque 170 000 dans les scénarios pessimistes "Moins d'enfants" et "Epidémie de diabète". Si l'on suppose que les différences entre les scénarios s'additionnent, dans le pire des cas, avec « Moins d'enfants », "Une situation familiale inchangée" et une "Epidémie de diabète", le nombre de personnes dans les établissements de soins pourrait atteindre 177 400.

Figure 3. Projections relatives au nombre de personnes âgées dans les établissements de soins, Belgique 2010-2025, selon différents scénarios.

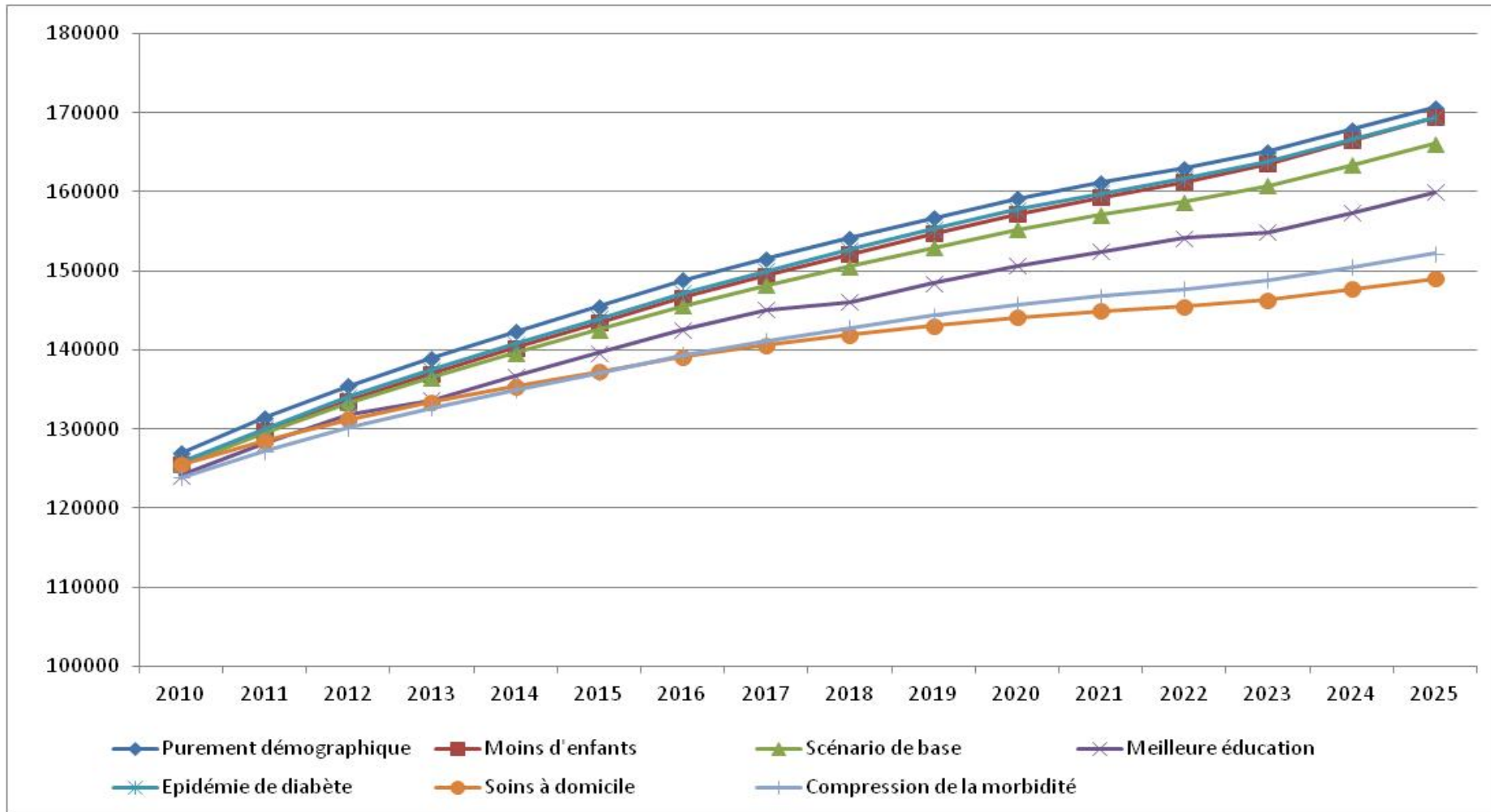




Table 5. Tendances prévues pour le nombre de personnes âgées en établissements de soins, Belgique 2010-2025, sur la base de différents scénarios.

| Année | Base | Purement démographique | Moins d'enfants | Meilleure éducation | Epidémie de diabète | Soins à domicile | Compression de morbidité |
|-------------|---------|------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|------------------|--------------------------|
| 2010 | 125 500 | 126 990 | 125 500 | 124 137 | 125 840 | 125 500 | 123 870 |
| 2011 | 129 558 | 131 464 | 129 712 | 128 156 | 130 090 | 128 554 | 127 199 |
| 2012 | 133 296 | 135 447 | 133 620 | 131 858 | 134 031 | 131 254 | 130 162 |
| 2013 | 136 547 | 138 965 | 137 047 | 133 666 | 137 497 | 133 431 | 132 712 |
| 2014 | 139 611 | 142 299 | 140 297 | 136 676 | 140 780 | 135 403 | 134 977 |
| 2015 | 142 558 | 145 527 | 143 436 | 139 580 | 143 953 | 137 239 | 137 118 |
| 2016 | 145 574 | 148 811 | 146 639 | 142 561 | 147 196 | 139 119 | 139 384 |
| 2017 | 148 167 | 151 551 | 149 445 | 145 126 | 150 014 | 140 584 | 141 205 |
| 2018 | 150 593 | 154 141 | 152 092 | 146 104 | 152 667 | 141 867 | 142 792 |
| 2019 | 152 957 | 156 702 | 154 694 | 148 420 | 155 258 | 143 074 | 144 333 |
| 2020 | 155 176 | 159 116 | 157 159 | 150 596 | 157 699 | 144 131 | 145 729 |
| 2021 | 157 063 | 161 176 | 159 284 | 152 463 | 159 785 | 144 883 | 146 783 |
| 2022 | 158 752 | 162 961 | 161 225 | 154 138 | 161 656 | 145 455 | 147 672 |
| 2023 | 160 778 | 165 112 | 163 528 | 154 852 | 163 858 | 146 315 | 148 827 |
| 2024 | 163 367 | 167 850 | 166 442 | 157 357 | 166 618 | 147 660 | 150 506 |
| 2025 | 166 030 | 170 666 | 169 442 | 159 927 | 169 421 | 149 038 | 152 210 |

9. CONCLUSIONS GÉNÉRALES

9.1. Exigences de capacité pour les établissements de soins pour la période 2010-2025

Le principal déterminant de la demande future en établissements de soins est, sans le moindre doute, le vieillissement escompté de la population belge. Le modèle élaboré dans cette étude se fonde sur des estimations des probabilités de transition entre les « états » de prise en charge, qui sont tributaires de l'âge, du sexe, de l'incapacité et de la disponibilité en soins informels pour les personnes âgées. Si l'on part de l'hypothèse d'une prévalence constante des pathologies chroniques qui sont associées à une incapacité, ces probabilités de transition restent pratiquement constantes pour toute la période de projection. Les résultats de la projection de référence sont dès lors similaires à ceux que l'on obtiendrait avec un modèle de prévalence constante en l'absence de toutes interventions politiques majeures. Un tel résultat semble plausible en ce sens qu'un écart considérable par rapport aux schémas passés et actuels en termes de SLD exigerait des changements très importants dans la prévalence future de l'incapacité, de la disponibilité en aidants informels et d'autres facteurs susceptibles d'avoir un impact sur l'utilisation des SLD. Peu d'informations objectives soutiennent de tels changements radicaux. Néanmoins, nous avons exploré des scénarios alternatifs qui fournissent des indications à propos de la sensibilité des résultats aux changements liés aux déterminants non-démographiques du recours aux SLD. Il faut également tenir compte du fait qu'un certain nombre de lits sont occupés par des personnes de moins de 65 ans qui ne sont pas incluses dans les projections.

Les projections sont basées sur l'hypothèse de politiques inchangées, dans le sens que les réglementations et l'échelle des prix qui prévalent durant la période d'observation sont implicitement maintenues constantes à l'horizon projeté, et que la capacité disponible en soins résidentiels, de même qu'en soins à domicile, sera développée parallèlement à la demande. De la même manière, les incitants financiers tels que les montants versés par l'INAMI pour couvrir les coûts liés aux soins ainsi que les montants versés par les résidents pour couvrir les coûts d'hébergement et de nourriture seront maintenus en termes réels. En

général, nous postulons que les prix principaux liés aux SLD ne changeront pas de manière importante au cours de la période de projection.

L'étude prévoit une forte augmentation du nombre des utilisateurs des établissements de soins, d'environ 125 500 à l'heure actuelle (âgés de 65 ans et plus) à quelque 166 000 en 2025 (y compris les étrangers qui ne sont pas couverts par le système belge d'assurance maladie), soit une hausse d'environ 40 500.

Compte tenu du fait que le nombre de lits dans les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins et les lits pour patients comateux était de 129 732 en 2011, il est manifeste que l'offre en établissements de soins doit faire l'objet d'une expansion considérable. En fonction des différents scénarios basés sur l'évolution de la morbidité, de la dépendance ou de la disponibilité des aidants informels (scénario de base et alternatives 1 à 5), il faudra ouvrir 27 000 (scénario 2) à 45 000 (scénario 4) lits supplémentaires dans le secteur résidentiel pour personnes âgées à l'horizon 2025, soit une augmentation annuelle comprise entre 1 800 et 3 000 lits (3 500 lits si l'on considère le cumul des scénarios pessimistes), ce qui est nettement plus que l'augmentation moyenne annuelle d'environ 790 lits observée entre 2000 et 2011.

D'autre part, le nombre de jours remboursés pour les établissements de soins a augmenté de 1,5% par an en moyenne pendant la période 2000 – 2009.

9.2. Variations géographiques

L'augmentation est répartie de manière inégale entre les provinces ou les parties de provinces. On observe de très fortes augmentations dans quelques provinces et des hausses de moins de 25% dans quelques autres. Par ailleurs, on prévoit une baisse pour Bruxelles.

Ces taux de croissance variables au niveau des personnes utilisant les établissements de soins sont induits par le rythme inégal de vieillissement de la population dans les provinces belges. Il convient de souligner le fait que dans ces projections, les différences actuelles entre les provinces quant à la probabilité d'intégrer un établissement de soins, compte tenu de l'âge, de l'incapacité et de la situation familiale, sont maintenues pendant toute la période de projection.



9.3. Sensibilité à des hypothèses alternatives relatives à l'incapacité et à la situation familiale

Hormis le sexe et l'âge, d'autres déterminants importants de l'utilisation des établissements de soins sont l'incapacité (autrement dit, les limitations au niveau des activités de la vie quotidienne) et la disponibilité en aidants informels. S'agissant de l'incapacité, les résultats indiquent que si la prévalence de cinq pathologies chroniques importantes (BPCO, démence, diabète, fracture de la hanche et maladie de Parkinson) diminuait, dans le droit fil du niveau d'éducation supérieur des cohortes futures de personnes âgées, cette baisse n'aurait qu'un effet limité sur le nombre escompté d'utilisateurs des établissements de soins. Si l'espérance de vie accrue était accompagnée d'une compression de la morbidité, c.à.d. un glissement de la survenue d'une incapacité à des âges plus avancés, l'augmentation du nombre futur de personnes institutionnalisées diminuerait de manière significative.

La présente étude n'a pu prendre en considération que la disponibilité en aidants informels dans le cadre du ménage telle que déterminée par la situation familiale, autrement dit, la présence d'un/une partenaire, d'enfants ou d'autres personnes. Nous avons observé que les projections en termes d'évolution au niveau de la situation familiale des personnes âgées, notamment une augmentation de la proportion des femmes très âgées qui sont mariées, ont un impact relativement faible sur le nombre prévu de personnes dans les établissements de soins, mais permettent de réduire ce nombre. Il est difficile de prédire dans quelle mesure les soins informels potentiels (délivrés au sein ou en dehors de la cellule familiale) seront effectivement fournis ; quelques observateurs s'attendent à une hausse considérable de la volonté de dispenser des soins informels. Il faut toutefois garder en mémoire que les pratiques actuelles de soins informels peuvent induire un coût social important, en raison du poids que représente le fait de soigner un proche sur la santé physique et mentale des aidants naturels. La charge représentée par la vie aux côtés d'un époux, d'une épouse ou d'un parent dément peut difficilement être surestimée.

En conclusion, il est fortement improbable que des scénarios réalistes relatifs à l'évolution future et à l'offre en soins informels mènent à une

tendance en termes d'utilisation des établissements de soins qui soit nettement inférieure à celle qui est prévue dans la présente étude.

Dans le scénario le plus favorable, le nombre escompté d'utilisateurs d'établissements de soins est estimé à quelque 149 000, ce que nous considérons comme le minimum absolu en termes de capacité requise. Le scénario le plus pessimiste table sur quelque 177 000 utilisateurs en 2025.

9.4. Développer les soins à domicile ?

Existe-t-il d'autres manières de répondre à la demande accrue en établissements de soins ? Une mesure évidente consisterait à développer l'offre en soins à domicile. Les mécanismes du modèle de projection rendent impossible toute projection des conséquences d'une expansion des soins à domicile de manière directe. Toutefois, une observation suggestive consiste à dire que si l'offre en soins à domicile augmentait de 50% (au-delà de l'augmentation déjà nécessaire pour suivre le rythme du vieillissement de la population) et offrait une prise en charge qui équivaut à celle assurée par le/la partenaire, le nombre projeté d'utilisateurs d'établissements de soins serait toujours de 149 000. Dans ce cas, 23 500 lits devraient encore être ouverts, soit 1 600 par an.

Le vieillissement escompté de la population va non seulement accroître le recours aux établissements de soins mais également stimuler fortement la demande en soins à domicile.

Ces deux défis seront difficiles à relever, même sans pression supplémentaire de la politique qui vise à ce que les personnes âgées continuent à vivre chez elles le plus longtemps possible. Dans le même ordre d'idées, on pourrait dire que la population résidentielle actuelle peu dépendante (environ 23 000 dans des MRPA-O) constitue un stock tampon de capacité résidentielle qui pourrait à l'avenir être mis à la disposition de patients présentant une incapacité plus importante. Une fois de plus, un tel objectif ne pourra être atteint que si des dispositions de cadre de vie idoines peuvent être offertes à ces personnes âgées, soit chez elles, soit dans des logements semi-résidentiels (résidences-services, centres de vie avec assistance, etc.).

9.5. Les projections à long terme

Il importe d'être conscient du fait que 2025 ne marquera pas le terme de l'expansion des établissements de soins pour les personnes âgées, ni des SLD de manière générale. Les Figures 4 et 5 montrent que le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus ne va commencer à s'élever considérablement qu'après 2030, lorsque les plus jeunes représentants de la génération du baby-boom auront atteint cet âge. Ce sont les membres de ce groupe d'âge qui sont les principaux utilisateurs des SLD.

En fait, s'agissant des SLD, les quinze à vingt prochaines années doivent être considérées comme une sorte de période de grâce dans l'ensemble du processus de vieillissement de la population, au cours de laquelle la demande ne va s'élever que modérément et qui devrait être mise à profit pour préparer la hausse nettement plus accentuée qui est susceptible de se produire après 2025.

Figure 4. Projection du nombre de personnes âgées en Belgique, 2000-2060, par fourchettes d'âge, hommes.

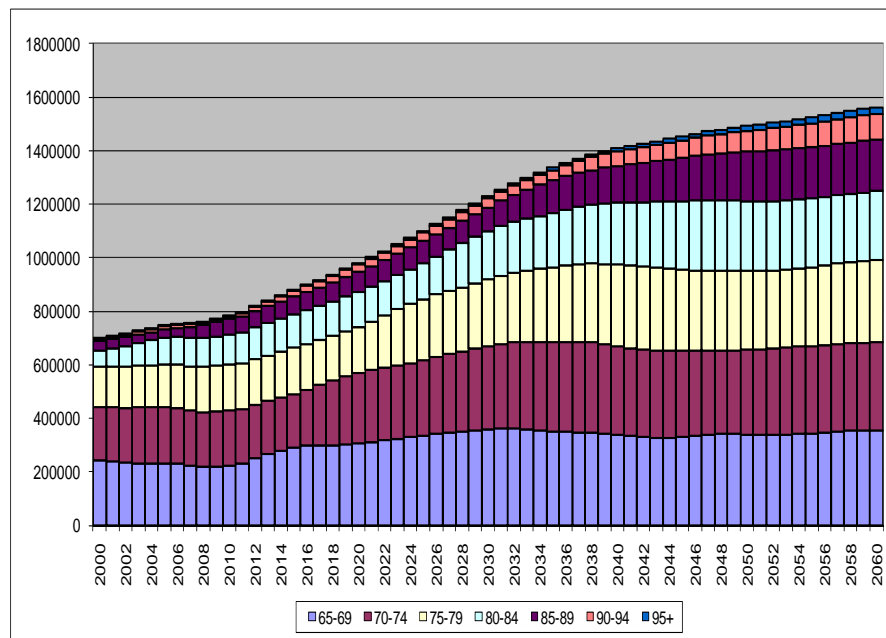
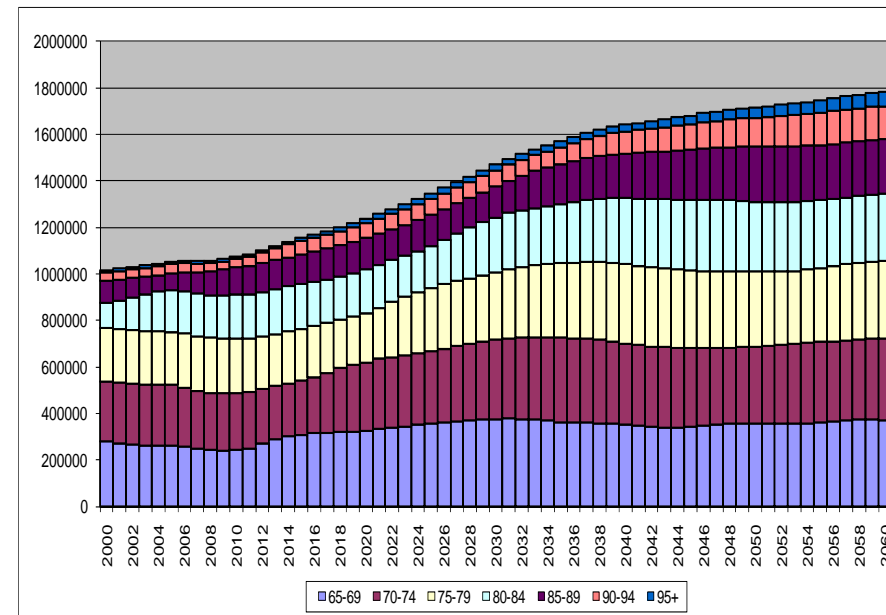


Figure 5. Projection du nombre de personnes âgées en Belgique, 2000-2060, par fourchettes d'âge, femmes.





9.6. Réunion des parties prenantes du secteur

Au terme du processus de recherche, une réunion des parties prenantes du secteur a été organisée le 10 octobre 2011, incluant les représentants des groupes suivants : décideurs politiques aux niveaux fédéral et régional, Fédérations des CPAS de l'Union des Villes et Communes, organisations professionnelles de soins (hôpitaux, maisons de repos et maisons de repos et de soins, soins à domicile), fournisseurs de service, mutuelles, SPF Santé publique et INAMI. Au total, 17 participants ont été présents à la réunion. Les objectifs principaux de cette réunion étaient de favoriser la transparence du processus de recherche et des résultats obtenus en termes de modèles de projection (scénario de base et scénarios alternatifs) et de faciliter l'acceptation des recommandations politiques qui seront formulées. Les participants ont demandé que les modèles de projection soient utilisés à l'avenir pour tester les politiques susceptibles d'influencer les probabilités de transition dans l'utilisation des SLD, et par là l'expansion requise du nombre d'institutions résidentielles. Néanmoins, les actions qui viseront à modifier les tendances actuelles d'utilisation des structures résidentielles en vue d'accroître la prise en charge à domicile auront des conséquences économiques et sociétales qu'il ne faudra pas négliger.

■ RECOMMANDATIONS^b

- En fonction des différents scénarios basés sur l'évolution de la morbidité, de la dépendance ou de la disponibilité des aidants informels (scénario de base et alternatives 1 à 5), il faudra ouvrir 27 000 (scénario 2) à 45 000 (scénario 4) lits supplémentaires dans le secteur résidentiel pour personnes âgées à l'horizon 2025, soit une augmentation annuelle comprise entre 1 800 et 3 000 lits (3 500 lits si l'on considère le cumul des scénarios pessimistes).
- Si l'offre de soins à domicile augmentait de 50% au-delà du développement requis par le vieillissement de la population (scénario 6), 23 500 lits devraient encore être ouverts, soit 1 600 par an.
- Le besoin en structures résidentielles sera plus aigu encore après 2025. Il est donc nécessaire d'anticiper cette évolution.
- Le développement de l'offre en structures résidentielles devra tenir compte de l'accroissement inégal des plus âgés (> 85 ans) ainsi que de l'offre existante au plan local.
- En cas de volonté d'infléchir le recours croissant aux structures résidentielles, des politiques d'encouragement du maintien des personnes âgées à domicile pourraient être envisagées (critères plus sévères d'accès aux structures résidentielles, introduction ou renforcement d'un système d'assurance dépendance, création d'un statut administratif et financier pour l'aidant 'naturel', relèvement des petites pensions, développement des soins à domicile ou de formes de logements adaptées pour personnes âgées, ...).
- L'impact de ces politiques sur les projections de besoins de nouvelles places dans le secteur résidentiel pourrait être évalué au moyen du modèle développé dans la présente étude, à condition de pouvoir préciser comment elles affecteraient les différentes probabilités de transition. L'estimation des nouvelles probabilités de transition pourrait résulter d'études analysant le résultat d'expériences pilotes, telle que l'étude relative aux alternatives à la prise en charge résidentielle des personnes âgées fragiles, financée par l'INAMI et conduite par un consortium universitaire (protocole 3).
- Il conviendrait également pour chacune de ces alternatives d'accorder une attention particulière à ce qu'elles impliquent en matière de besoins en personnel qualifié.
- Enfin, le KCE recommande de ne pas négliger dans l'évaluation des alternatives politiques les problèmes sociétaux et d'accessibilité financière que certaines réformes pourraient entraîner.

^b Le KCE reste seul responsable des recommandations faites aux autorités publiques



| | |
|------------------------|---|
| Titre : | Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011 – 2025 - Synthèse |
| Auteurs : | Karel Van den Bosch (Bureau fédéral du Plan), Peter Willemé (Bureau fédéral du Plan), Joanna Geerts (Bureau fédéral du Plan), Jef Breda (Universiteit Antwerpen), Stephanie Peeters (Universiteit Antwerpen), Stefaan Van De Sande (KCE), France Vrijens (KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Sabine Stordeur (KCE) |
| Relecture : | Raf Mertens (KCE), Jean-Pierre Closon (KCE), Kristel De Gauquier (KCE), Cécile Dubois (KCE), Stephan Devriese (KCE) |
| Experts externes : | Daniel Crabbe (INAMI), Patrick Deboosere (Vrije Universiteit Brussel), Thérèse Jacobs (Emeritus, Universiteit Antwerpen), Jean Macq (Université catholique de Louvain), Michel Poulain (Université catholique de Louvain), Erik Schokkaert (Katholieke Universiteit Leuven), Isabelle Van der Brempt (SPF Santé publique) |
| Remerciements : | Stephan Devriese (KCE), Ragna Préal (IMA) |
| Validateurs externes : | Patrick Festy (Institut National d'Etudes Démographiques, France), Pierre Pestieau (Université de Liège, Belgique), Isolde Woittiez (Sociaal en Cultureel Planbureau, Nederland) |
| Conflits d'intérêt : | aucun conflit déclaré |
| Layout : | Ine Verhulst, Sophie Vaes |

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| Date de publication : | 10 novembre 2011 |
| Domaine : | Health Services Research (HSR) |



MeSH : Forecasting, Health services for the aged, Frail elderly, Demography, Models, Statistics
Classification NLM : WX 162
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2011/10273/66

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van de Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeur S. Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011 – 2025 - Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 167B. D/2011/10.273/66

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

