

# Partie V : Offre et consommation de soins

Comme on l'a vu dans les chapitres précédents, les soins de santé ne constituent qu'un déterminant de la santé parmi beaucoup d'autres. Il n'en reste pas moins que l'offre et l'utilisation des soins font partie intégrante d'une politique de santé et sont d'importants déterminants de l'accès aux soins.

Dans une étude récente (1), l'INAMI constate qu'après correction pour l'âge, le sexe et le statut social, la dépense moyenne annuelle par bénéficiaire bruxellois est inférieure de 42 € à la moyenne du pays. Il subsiste cependant des particularités régionales : en Région bruxelloise on

consomme moins de soins à domicile, on s'affilie moins à un DMG, mais on recourt plus à la médecine spécialisée, aux soins dentaires, aux maisons de repos et aux hôpitaux que dans le reste du pays.

Le sujet de l'offre et de la consommation de soins est vaste, et seuls quelques secteurs seront explorés dans ce chapitre : les médecins généralistes, les consultations préventives pour enfants, les hôpitaux et l'hébergement des personnes âgées.

## 1. Les professionnels de la santé

Connaître le nombre de professionnels de la santé en activité en Belgique n'est pas facile. Par exemple, répondre à la question «Combien de médecins exercent la médecine générale en Région bruxelloise ?» est moins simple qu'il n'y paraît. Pourtant, au vu des défis en santé en Région bruxelloise, l'importance de la première ligne de soins est plus que jamais réaffirmée et les décideurs manquent d'éléments concrets quant à l'identification de leurs interlocuteurs cibles<sup>(1)</sup>.

Actuellement, en l'absence de réel cadastre des professionnels de santé, il est difficile

- de savoir si la personne est réellement active en première ligne : en effet, il se peut que certains médecins aient arrêté de travailler, aient émigré, se soient spécialisés,

travaillent à l'hôpital... De plus, il serait intéressant de connaître leurs prestations en termes d'équivalent temps plein (ETP). Toutes ces informations ne sont pas disponibles actuellement de façon automatique

- de savoir où la personne travaille : pour les médecins par exemple, seule l'adresse de contact est connue de l'INAMI, qu'elle soit professionnelle ou privée. De plus, certains médecins ont des activités professionnelles en plusieurs lieux. La répartition par région ne reflète donc pas la réalité de la pratique médicale.

On trouvera ci-dessous le nombre et l'évolution du nombre de professionnels de la santé répertoriés, qu'ils soient **actifs ou non actifs** (sources : INAMI, IBSA)<sup>(2)</sup>. Ce tableau recouvre donc une population très hétérogène en termes d'activité.

**Tableau 5-01** Évolution du nombre de professionnels de la santé actifs et non actifs en Région bruxelloise et en Belgique, 1995-2007

	Région bruxelloise					Belgique				
	1995	2000	2005	2006	2007	1995	2000	2005	2006	2007
Total médecins (1)	5 707	5 953	6 142	6 087	6 134	35 947	39 519	42 176	42 426	42 839
Médecins généralistes	2 232	2 390	2 351	2 263	2 238	16 515	17 974	18 216	18 027	17 933
Médecins spécialistes	2 812	2 883	3 133	3 140	3 210	16 049	18 104	20 372	20 801	21 459
Médecins stagiaires	663	680	658	684	686	3 383	3 441	3 588	3 598	3 447
Pharmaciens (2)	1 253	1 379	1 499	1 516	1 549	9 499	10 724	11 882	12 109	12 305
Dentistes (2)	1 153	1 260	1 219	1 224	1 194	7 852	8 465	8 655	8 714	8 350
Sage-femmes (2)	293	251	259	268	275	4 026	4 508	5 300	5 467	5 505
Infirmiers (2)	3 860	3 006	3 282	3 343	3 002	48 639	55 406	64 191	65 952	62 700

(1) selon adresse de contact

(2) selon lieu de travail

Source : INAMI, IBSA

**1** Il est indispensable de pouvoir identifier les médecins actifs, par exemple pour planifier l'accès à la profession, pour disposer d'un dénominateur afin d'évaluer la pénétration des outils de revalorisation de la médecine générale (aide à l'installation, accréditation, DMG, trajets de soins...), pour organiser le maintien coordonné à domicile etc.

**2** Pour plus d'information sur les critères ayant présidé à l'inclusion, se référer à la partie méthodologique du chapitre 14 des Indicateurs statistiques de la Région de Bruxelles-Capitale, Edition 2007, IBSA.

Depuis 2005, le service de Recherche, Développement et promotion de la Qualité de l'INAMI réfléchit à la manière d'estimer au mieux l'activité des médecins. Dans le rapport 2007 de l'INAMI (2), les critères pris en compte pour qualifier un médecin d'**actif** sont «500 contacts et plus dans l'année»

ou «actif en maison médicale» (ceci concerne les médecins agréés ou non ; les médecins encore en formation ne sont pas inclus).

Sur base de l'adresse de contact, la répartition suivante par région est obtenue<sup>[3]</sup>.

<b>Tableau 5-02 Évolution du nombre de médecins généralistes actifs par région, 2005-2007</b>				
	<b>Région bruxelloise</b>	<b>Wallonie</b>	<b>Flandre</b>	<b>Total</b>
2005	1 191	4 086	6 112	11 389
2006	1 184	4 033	6 106	11 323
2007	1 171	3 992	6 122	11 285

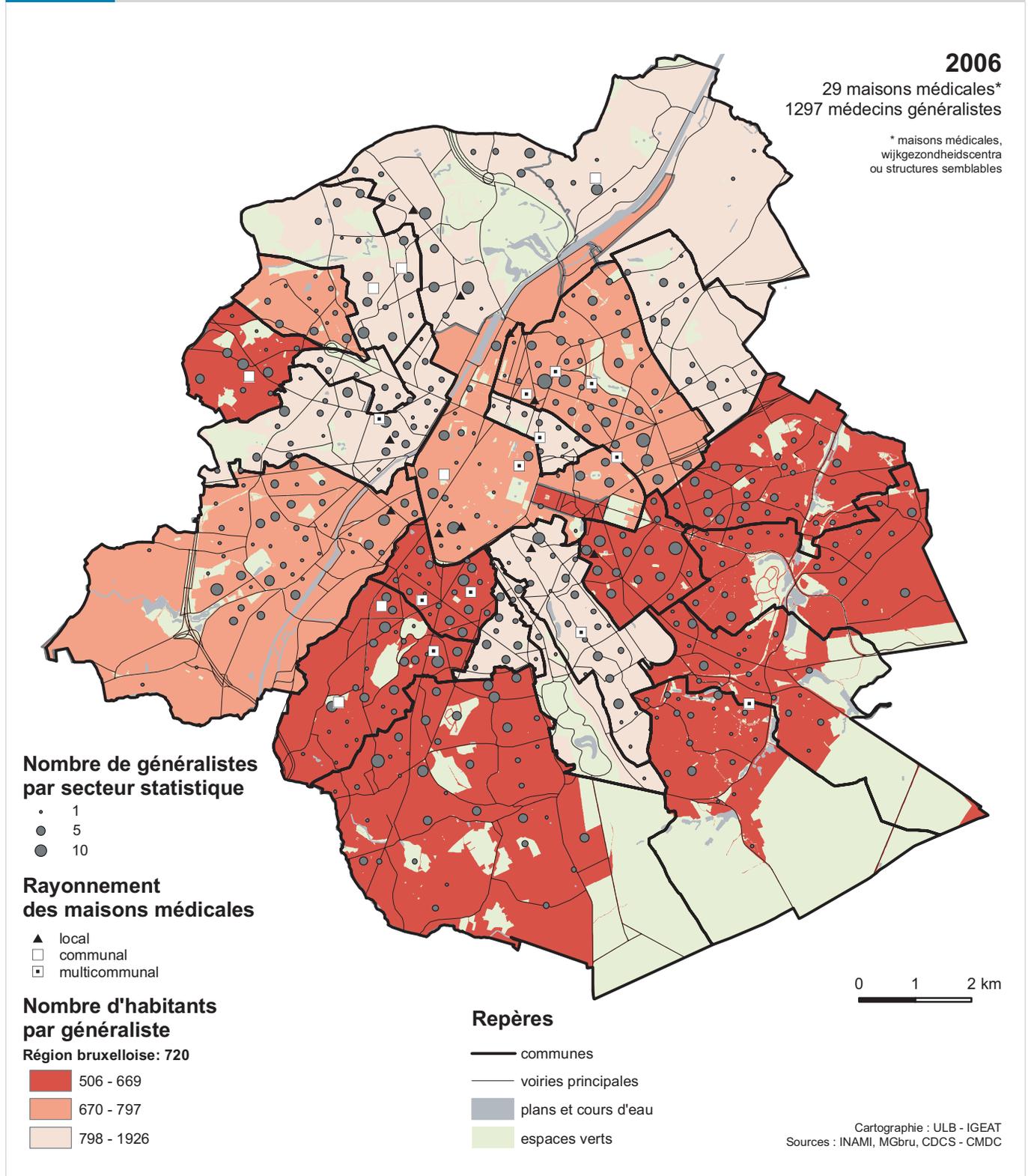
*Source : INAMI*

En 2006, l'Observatoire de la Santé et du Social évaluait à 1 297 le nombre de médecins exerçant une activité de médecine générale en Région bruxelloise, sur base de la confrontation de différentes bases de données : la liste INAMI 2006 de médecins «actifs», la liste des médecins généralistes francophones disponible sur le site MGBru et l'annuaire des médecins inscrits à l'ordre des médecins (5). Cette estimation est donc proche de celle de l'INAMI, et toutes deux sont bien inférieures aux chiffres répertoriés dans le tableau 5-01.

**3** Source : réponse par l'INAMI à la question parlementaire n° S 4-2163 posée au SPF le 16/12/2008.

En ce qui concerne la **répartition spatiale** des médecins généralistes en Région bruxelloise, on observe une densité de médecins plus élevée dans le sud de la région et à Berchem-Sainte-Agathe.

Carte 5-01 Médecins généralistes actifs en Région bruxelloise, 2007

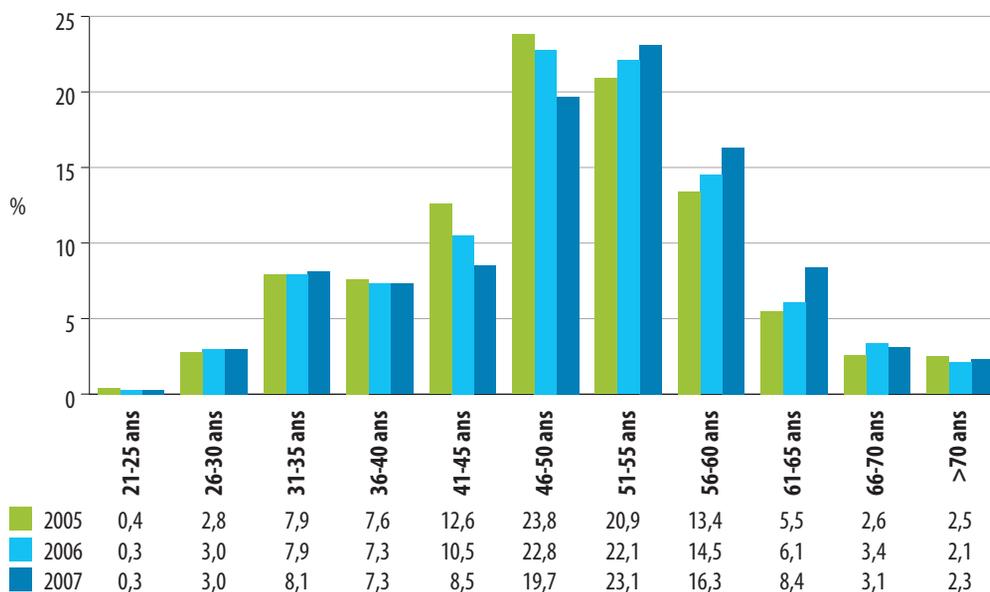


Selon l'INAMI, la **proportion de femmes** parmi ces médecins généralistes actifs est de 34,5 % en 2007 (versus 33,8 % en 2005). C'est plus élevé qu'en Région wallonne (28,8 %) et qu'en Flandre (28,3 %) (Source : INAMI). C'est

une information importante car les médecins femmes sont moins souvent occupés à temps plein<sup>[4]</sup>.

Quant à la **distribution par âge**, on assiste à un vieillissement de la profession en Région bruxelloise.

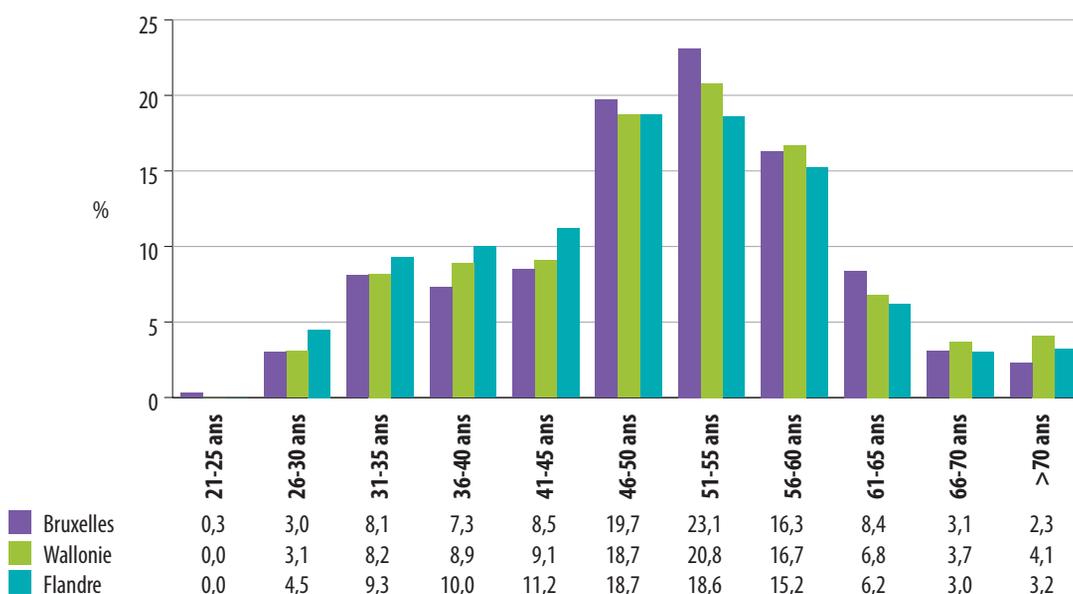
**Figure 5-01** Évolution de la distribution des médecins généralistes actifs par âge, Bruxelles, 2005-2007



Source : INAMI

Si l'on prend en compte uniquement les médecins actifs à plein temps, la moyenne d'âge en 2005 était de 50 ans à Bruxelles pour 49 ans en Wallonie et 48 ans en Flandre (INAMI 2007).

**Figure 5-02** Distribution des médecins généralistes actifs par âge et par région, 2007



Source : INAMI

*Sur les près de 1 300 médecins actifs en Région bruxelloise, plus d'un tiers sont des femmes.*

<sup>4</sup> 86 % des médecins actifs à plein temps en 2005 sont des hommes (INAMI 2007).

## 2. La fréquentation des structures préventives de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et de Kind & Gezin (K&G)

L'ONE et K&G jouent un rôle important dans l'accès aux soins en assurant aux femmes enceintes et aux enfants jusqu'à six ans un suivi médical et social qui, s'il est censé se limiter à la prévention, n'en constitue pas moins une source d'informations, d'indications et de conseils pour les parents de jeunes enfants. On ne s'intéressera ici qu'au suivi ayant lieu dans les consultations pour enfants ; ne sont pas repris les suivis ayant lieu dans les maisons d'enfants et les crèches.

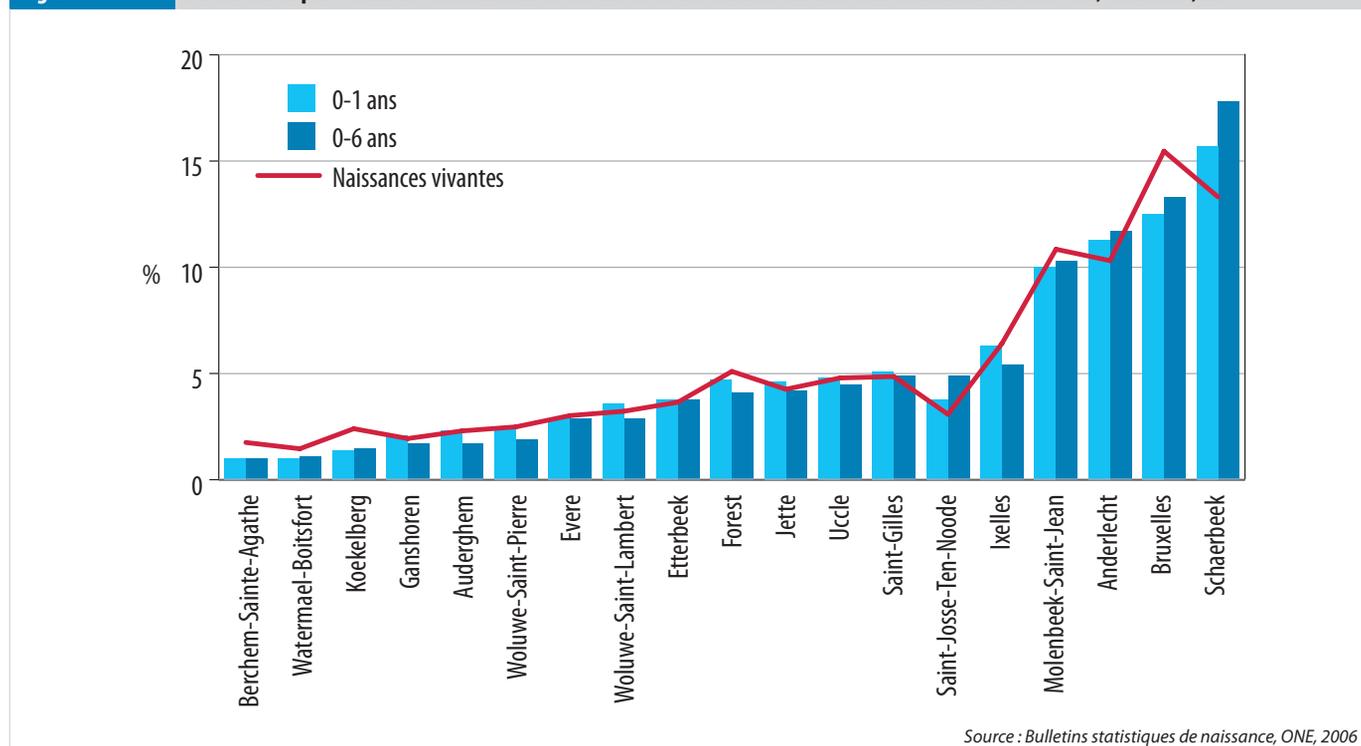
En 2006, 84 bureaux de consultation pour enfants ONE fonctionnaient en Région bruxelloise, répartis dans les 19 communes. Il existe une répartition inégale entre les communes du nombre de bureaux de consultations (non illustré) et du nombre d'enfants suivis. L'ouverture et le maintien par l'ONE de consultations dans les communes

dépend des caractéristiques propres à la commune (nombre de naissances, niveau socio-économique), du nombre de travailleuses médico-sociales (TMS) disponibles et de la fréquentation par les parents de ces consultations.

En 2006, 46 923 enfants étaient inscrits aux consultations de l'ONE pour l'ensemble de la Région bruxelloise et 131 056 consultations ont été effectuées.

On retrouvera dans la figure suivante la répartition par commune du nombre d'enfants inscrits en 2006. Cette répartition est pratiquement similaire à la répartition des naissances en 2006 par commune. Quatre communes totalisent plus de la moitié des inscrits (Molenbeek, Anderlecht, Bruxelles et Schaerbeek).

Figure 5-03 Distribution par commune des naissances vivantes et des enfants inscrits aux consultations de l'ONE, Bruxelles, 2006

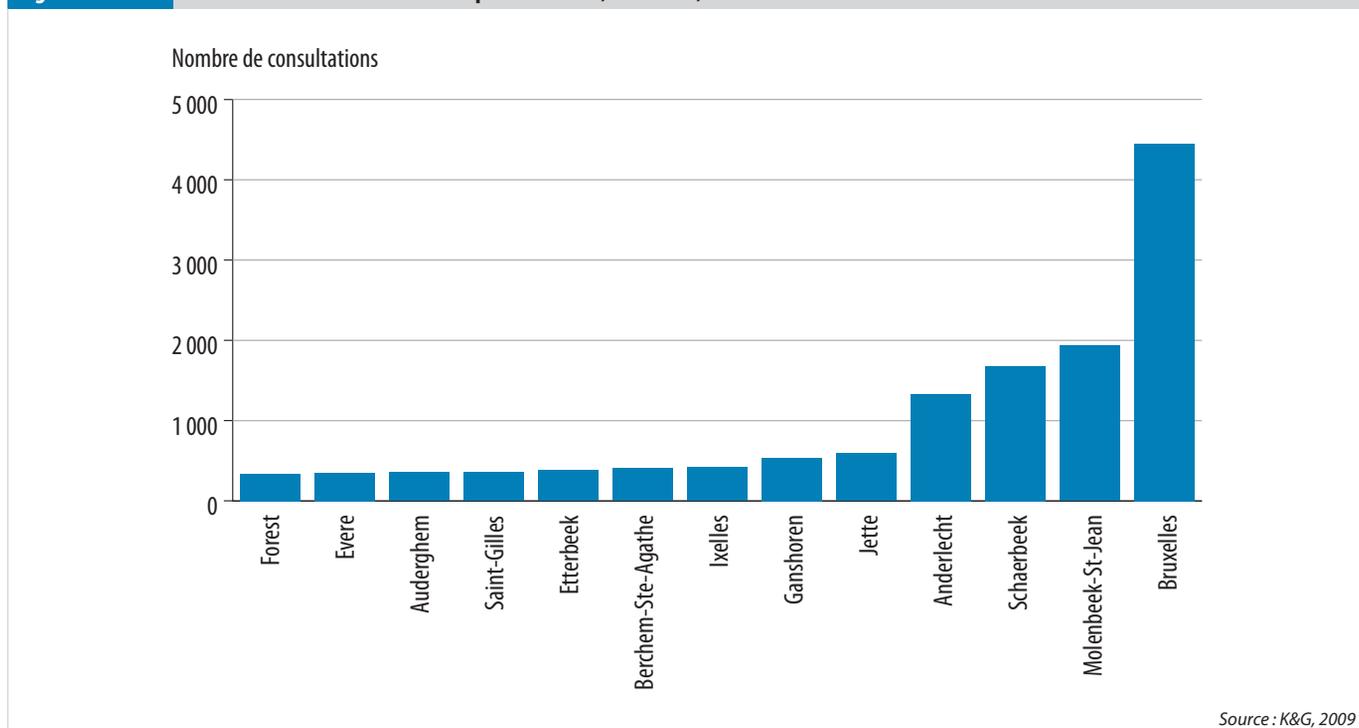


Kind & Gezin opère lui dans 21 bureaux de consultations répartis dans 13 des 19 communes de Bruxelles en 2007. Si l'on se réfère au nombre de consultations effectuées par commune <sup>5</sup>, c'est à Bruxelles, Molenbeek, Schaerbeek et Anderlecht qu'on retrouve le plus de consultations, comme

à l'ONE. Ces quatre communes concentrent plus de 70 % des consultations de K&G en 2007.

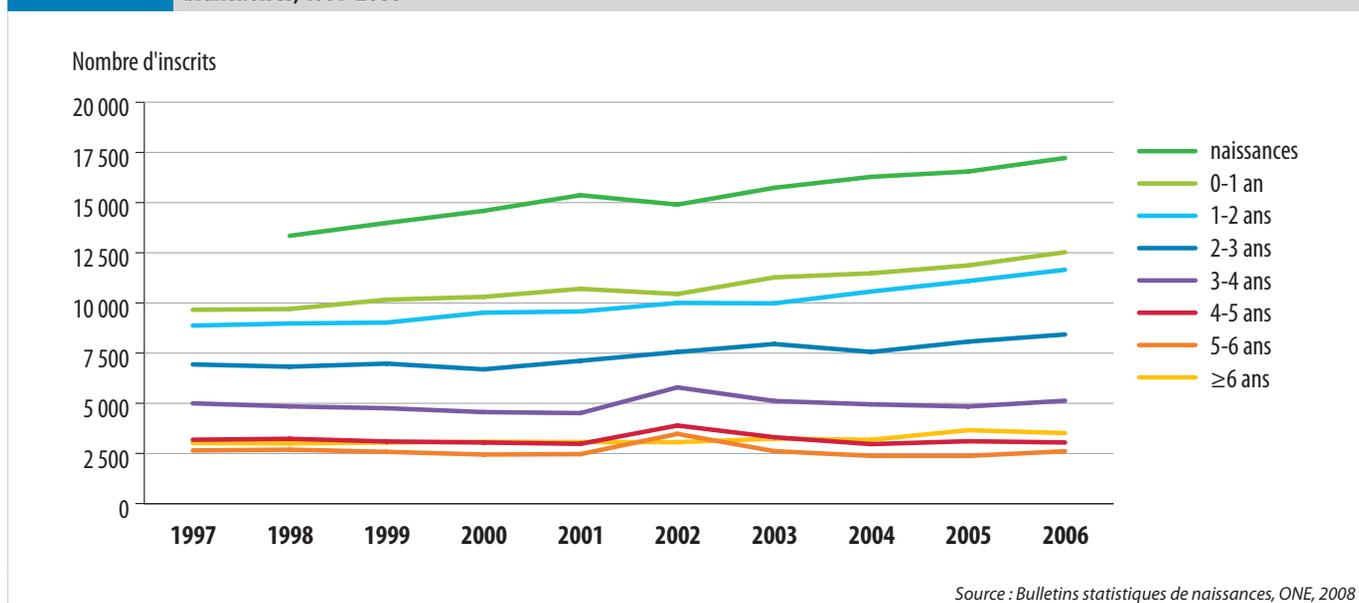
En 2007, 4 324 enfants étaient inscrits à K&G en Région bruxelloise et 13 143 consultations ont été réalisées.

**Figure 5-04** Nombre de consultations à K&G par commune, Bruxelles, 2007



Le nombre d'inscrits aux consultations de l'ONE n'a cessé de croître au cours des dernières années, particulièrement pour les enfants dans leurs premières années de vie, suivant en cela l'augmentation des naissances observées en Région bruxelloise.

**Figure 5-05** Évolution du nombre d'inscrits aux consultations ONE bruxelloises par tranche d'âge <sup>6</sup> et évolution du nombre de naissances bruxelloises, 1997-2006



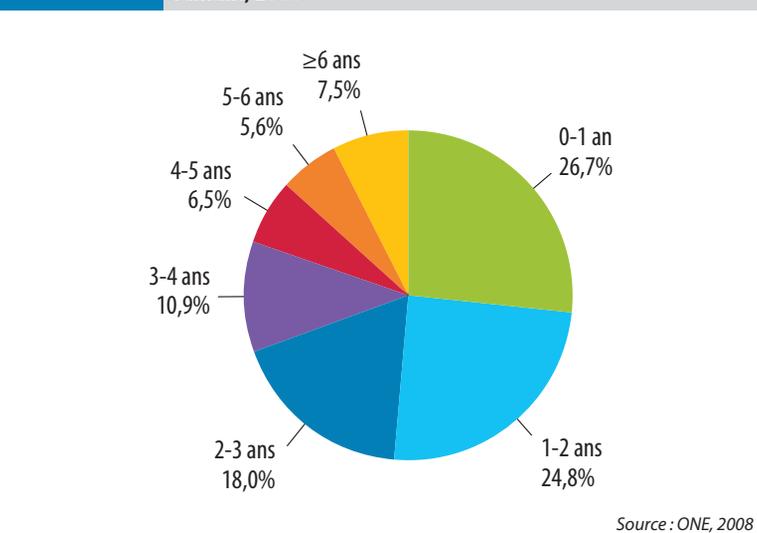
<sup>5</sup> Nous ne disposons pas des données concernant le nombre d'inscriptions par communes pour K&G.

<sup>6</sup> Attention, ici il ne s'agit pas d'une cohorte mais bien d'enfants d'âge différents.

Plus les enfants avancent en âge, moins ils sont inscrits aux consultations: ceci s'explique par le calendrier vaccinal (une fois les vaccinations terminées, les motifs de consultations sont moins nombreux), par l'âge de scolarisation (le relai est alors pris par les services de Promotion de la Santé à l'École) mais aussi par l'«expérience» des parents (au plus l'enfant est grand, au moins les parents sont demandeurs de conseils).

Si le nombre d'enfants inscrits ainsi que le nombre de séances (plage horaire réservée aux consultations) ont augmenté entre 1997 et 2006 à l'ONE, on constate cependant une diminution du nombre d'enfants vus, tant au total que par séance. Cela s'explique entre autres par la réforme des consultations qui modifie à partir de 2002 la fréquence recommandée de consultation pour les enfants plus grands et diminue le nombre d'enfants pouvant être inscrits par séance (de 20 à 12 enfants par séance).

**Figure 5-06 Répartition des enfants inscrits à l'ONE en fonction de l'âge de l'enfant, 2006**



<b>Tableau 5-03</b>	<b>Évolution de la fréquentation des consultations pour enfants en Région bruxelloise, ONE, 1997-2006</b>									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nb d'inscrits	39 335	39 277	39 654	39 662	40 434	44 237	43 495	43 093	45 029	46 923
Nb de consultations	151 068	148 652	148 306	147 488	146 489	150 464	143 526	122 400	126 595	131 056
Nb de séances	9 488	9 493	9 507	9 420	9 242	9 186	9 261	9 237	9 357	9 655
Nb moyen d'enfants/séance	15,9	15,7	15,6	15,7	15,9	16,4	15,5	13,3	13,5	13,6

Source : ONE, 2008

Pour Kind & Gezin, entre 2000 et 2007, le nombre d'enfants inscrits, le nombre de consultations et le nombre de séances augmentent régulièrement.

<b>Tableau 5-04</b>	<b>Évolution de la fréquentation des consultations pour enfants en Région bruxelloise, K&amp;G, 2000-2007</b>								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Nb d'inscrits	3 218	3 274	4 059	3 682	3 860	4 070	4 155	4 324	
Nb de consultations	11 540	11 586	12 779	12 269	12 726	13 396	13 543	13 143	
Nb de séances	978	1 013	1 047	1 027	1 045	1 043	1 103	1 132	
Nb moyen d'enfants/séance	11,8	11,4	12,2	11,9	12,2	12,8	12,3	11,6	

Source : K&G, 2009

*En 2006, près de 51 000 enfants étaient inscrits à l'ONE ou K&G en Région bruxelloise ; ce nombre augmente régulièrement parallèlement aux naissances.*

## 3. Les hôpitaux

### 3.1 L'OFFRE HOSPITALIÈRE

En Belgique, les hôpitaux peuvent être subdivisés en deux catégories : les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques<sup>[7]</sup>. Au 01/07/2009, on compte 27 hôpitaux à Bruxelles, dont 18 hôpitaux généraux et 9 hôpitaux psychiatriques.

#### Catégorisation des hôpitaux (nombre en Région bruxelloise)

##### 1. Les hôpitaux généraux

###### Les hôpitaux aigus :

- Les hôpitaux aigus non universitaires, qui traitent un large éventail de pathologies y compris psychiatriques (6)
- Les hôpitaux universitaires, qui en plus d'une fonction de soins, assument une fonction d'enseignement et de recherche scientifique ; ils sont désignés comme tels par arrêté royal et dépendent d'une université qui dispose d'une faculté de médecine (3)
- Les hôpitaux généraux à caractère universitaire qui assurent l'ensemble des soins, mais ont en plus des arrangements spécifiques de collaboration avec des hôpitaux universitaires pour la formation des professionnels de la santé et pour des soins spécialisés (3)

Les hôpitaux spécialisés traitent uniquement certaines affections et dispensent des soins de traitement et de réadaptations (spécialisé dans cœur et poumons, locomoteur, neurologie, soins palliatifs, spécialités chroniques, psycho-gériatrie...) (1)

Les hôpitaux gériatriques sont destinés exclusivement aux soins spécifiques aux personnes âgées (5)

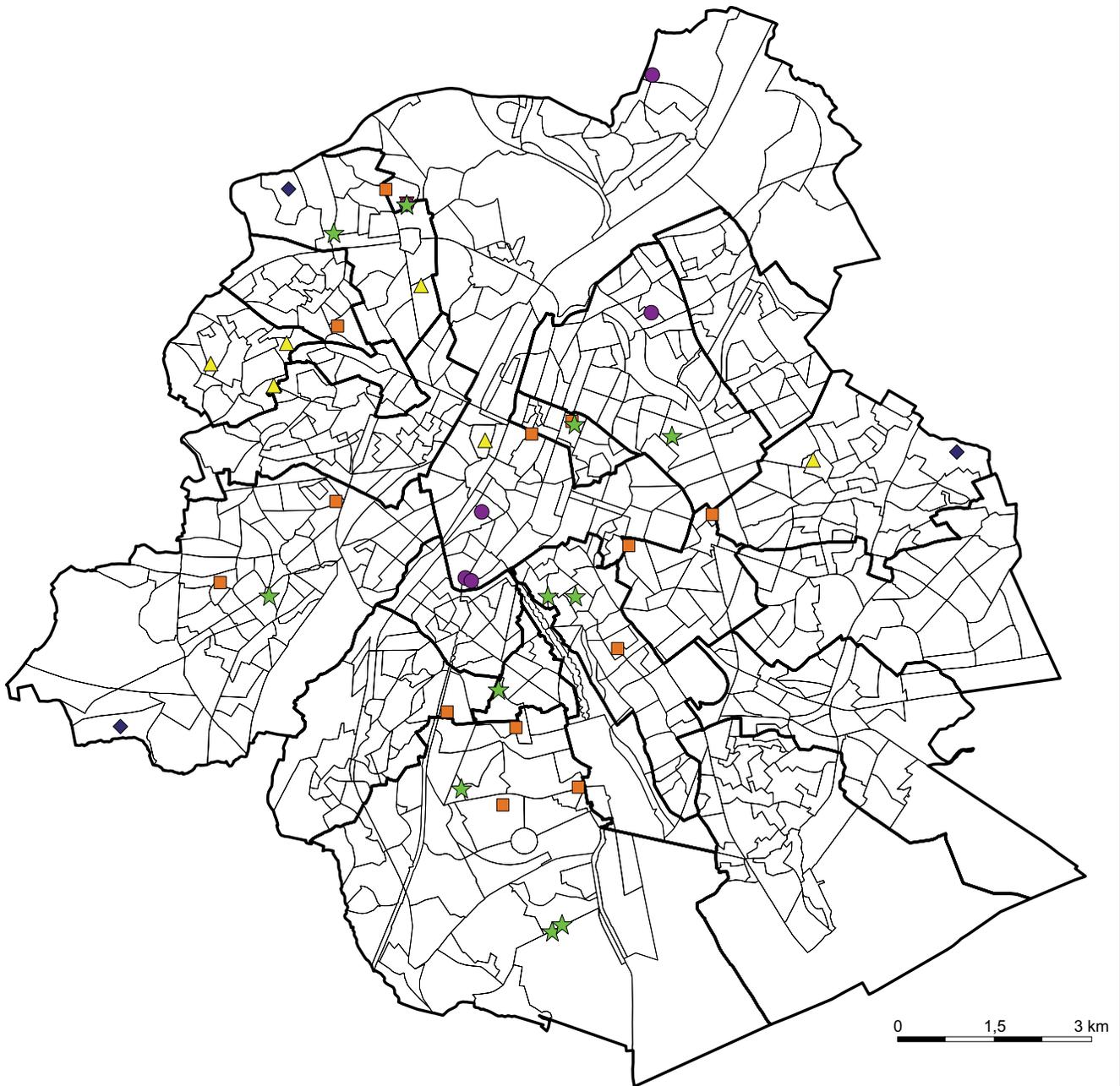
##### 2. Les hôpitaux psychiatriques

Les hôpitaux psychiatriques assurent l'ensemble des soins psychiatriques à l'aide d'équipes multidisciplinaires (psychiatre, psychologue, ergothérapeute, infirmier, travailleur social ...) (9).

<sup>7</sup> Source : [http://www.belgium.be/fr/sante/soins\\_de\\_sante/services\\_medicaux/hopitaux/index.jsp](http://www.belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/services_medicaux/hopitaux/index.jsp)

On trouvera ci-dessous la localisation des différentes implantations <sup>[8]</sup> hospitalières en Région bruxelloise (carte 5-02).

**Carte 5-02 Localisation des hôpitaux généraux et psychiatriques (implantations) en Région bruxelloise, 2009**



### Implantations hospitalières

■ Hôpitaux généraux	(13)
● Hôpitaux à caractère universitaire	(6)
◆ Hôpitaux universitaires	(3)
▲ Hôpitaux gériatriques et spécialisés	(6)
▼ Hôpitaux spécialisés	(1)
★ Hôpitaux psychiatriques	(11)

Source : Commission communautaire commune, SPF Santé Publique (situation au 01/07/2009)

**8** Certains hôpitaux comportent plusieurs implantations, ce qui explique la différence entre les chiffres du texte et le nombre de localisations sur la carte.

La programmation de l'offre hospitalière est régie selon des critères définis par le SPF Santé publique ; depuis 1982, il existe un moratoire qui ne permet plus la croissance du secteur hospitalier et impose fermeture et fusions des

entités. On assiste en Région bruxelloise, comme dans le reste de la Belgique, à une diminution du nombre d'hôpitaux et du nombre de lits (tableau 5-05).

Tableau 5-05	Évolution du nombre d'hôpitaux* et du nombre de lits** dans les hôpitaux généraux et psychiatriques en Région bruxelloise et en Belgique, 1996-2009 (1 <sup>er</sup> janvier)											
	Région bruxelloise						Belgique					
	1996	2001	2005	2006	2007	2009	1996	2001	2005	2006	2007	2009
<b>Hôpitaux généraux</b>												
Nombre d'hôpitaux	35	22	20	21	21	18	224	164	146	147	146	Not available
Privé	20	13	11	12	12	10	138	100	97	98	93	n.a.
Public	15	9	9	9	9	8	86	60	49	49	53	n.a.
Nombre de lits	8 249	7 991	8 174	8 161	8 073	7 627	58 382	56 549	55 644	n.a.	55 050	n.a.
<b>Hôpitaux psychiatriques</b>												
Nombre d'hôpitaux	10	10	10	10	10	9	70	68	68	68	69	n.a.
Privé	9	9	9	9	9	8	59	58	58	58	58	n.a.
Public	1	1	1	1	1	1	11	10	10	10	11	n.a.
Nombre de lits	1 109	1 109	1 040	1 040	1 040	1 040	16 767	16 303	15 375	n.a.	15 620	n.a.
<b>TOTAL</b>												
Nombre d'hôpitaux	45	32	30	31	31	27	294	228	214	215	215	n.a.
Privé	29	22	20	21	21	18	197	158	155	156	151	n.a.
Public	16	10	10	10	10	9	97	70	59	59	64	n.a.
Nombre de lits	9 358	9 100	9 214	9 201	9 113	8 667	75 149	72 852	71 019	70 609	70 670	n.a.

\* Unités : nombre d'hôpitaux = nombre d'implantations principales  
 \*\* Unités : nombres de lits = somme des lits de toutes les implantations  
 Source : SPF Santé Publique

Il ne sera pas effectué de comparaison avec les autres régions en termes de nombre de lits par habitants car, comme on le verra dans le chapitre suivant, Bruxelles attire, de par son statut de région capitale et de par son offre en

soins spécialisés, beaucoup de patients des autres régions : plus d'un tiers des séjours dans les hôpitaux bruxellois sont le fait de non-Bruxellois (3).

## 3.2 FACTEURS INFLUENÇANT L'HOSPITALISATION

De nombreux éléments peuvent influencer l'hospitalisation, touchant tant aux caractéristiques des personnes qu'à l'organisation des soins médicaux.

### 3.2.1 Caractéristiques de la population

#### Évolution démographique

Comme nous l'avons décrit dans la première partie, la population bruxelloise évolue différemment de celle du reste du pays : entre 1998 et 2008, la part des personnes âgées y a diminué alors que les jeunes adultes et les jeunes enfants augmentent (augmentation du taux de natalité et baisse de la mortalité).

Les projections du Bureau Fédéral du Plan prévoient à l'horizon 2020 une augmentation des moins de 15 ans (+49 000), des plus des 65 ans (+13 000) et des plus de 80 ans (+2 000) (4).

La Région bruxelloise est également sujette à des phénomènes de migrations internes au pays (transrégionales) et de migrations internationales (transfrontalières).

Même si les phénomènes de migration sont difficilement prévisibles, il est utile de s'intéresser à l'évolution des Bruxellois qui ne sont pas belges, notamment dans les tranches d'âge les plus concernées par les soins de santé. Ils peuvent en effet présenter des types de problème de santé différents, des trajectoires de soins différentes, des besoins spécifiques en matière de médiation interculturelle dans les hôpitaux etc.

Lors de l'enquête socio-économique de 2001, on relevait parmi les 50-54 ans, 34 % de non-Belges à la naissance et parmi les 80-84 ans, quelque 13 %. En considérant que l'espérance de vie, les migrations etc. restent stables, on aura en 2011 un décalage de ces proportions et, parmi les personnes nécessitant le plus de soins, une part importante de personnes issues de l'immigration.

## Évolution épidémiologique

Comme on l'a vu dans les chapitres précédents, on assiste à une modification de l'incidence ou de la prévalence de certaines maladies. Pour une série d'affections, comme le SIDA et de nombreux cancers, l'amélioration des traitements médicaux allonge la durée de vie des malades chroniques ; la prévalence de ces affections augmente donc dans la population.

L'incidence de certains problèmes de santé sont en augmentation : les problèmes de santé mentale, les problèmes liés à notre style de vie (obésité, diabète, naissances prématurées). D'autres sont en diminution (cancer du poumon chez l'homme). Toutes ces évolutions influent sur les besoins hospitaliers.

## Évolution sociologique

L'évolution sociologique a une influence indéniable sur les besoins en matière de soins et le type de recours aux soins. La précarité et l'isolement (fréquents en Région bruxelloise) augmentent le risque d'hospitalisation et la durée de séjour à l'hôpital. Or la population bruxelloise qui entre aujourd'hui dans les classes d'âges où les problèmes de santé sont les plus importants, est dans une situation plus précaire que la population âgée actuelle (5). Pour les personnes qui ont eu des conditions de vie difficile, l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'une plus longue période de vie en mauvaise santé (6).

Il existe également une précarisation importante de la jeunesse (voir Partie IV «Cycle de vie»), ce qui influe sur leur santé future.

### 3.2.2 Facteurs liés aux soins

#### L'attractivité des hôpitaux bruxellois

Les Bruxellois vont très rarement se faire soigner en dehors de Bruxelles. Par contre, lors d'une étude publiée en 2004 (données RCM 2000 et 2002), on estimait que 38% des séjours dans un hôpital bruxellois sont le fait de non-résidents (3). Près de deux tiers des non-Bruxellois provenaient de la périphérie proche et subissaient des interventions semblables à celles subies par les Bruxellois ; 35% des hospitalisations des non-Bruxellois étaient le fait de personnes issues d'arrondissements plus éloignés, essentiellement de Wallonie, (3 ; 7). Dans les données 2006 des RCM, la part des non-Bruxellois dans les séjours en hôpital général à Bruxelles s'élève à 24,8%.

*En 2006, pour un quart des séjours dans un hôpital général bruxellois, le patient habite en dehors de la Région bruxelloise.*

## L'évolution des pratiques

S'il paraît évident que les mesures de prévention peuvent contribuer à la diminution des hospitalisations, en nombre et en durée (par exemple par prévention de la déshydratation chez l'enfant, ou de la dénutrition chez la personne âgée), il en résulte aussi parfois une augmentation. Une étude menée en France prévoit ainsi une augmentation des hospitalisations liées au dépistage du cancer colorectal (8).

L'amélioration des traitements contribue également souvent à la diminution des hospitalisations, mais on prévoit par exemple une augmentation du nombre d'hospitalisations pour des hémorragies liées à l'amélioration des traitements des maladies cardio-vasculaires (effets secondaires des médicaments). Dans le même ordre d'idée, les traitements contre les cancers, plus nombreux, plus efficaces mais aussi plus lourds, allongeront la durée des séjours en hôpital, et l'augmentation du nombre de césariennes contribue à l'augmentation de la durée des hospitalisations en maternité.

## L'évolution de l'organisation des soins

Maints facteurs influencent l'hospitalisation : les places respectives de la première ligne de soins et de l'hôpital<sup>[9]</sup> dans le continuum des soins ; l'utilisation de soins ambulatoires (hôpital de jour) ; le développement des soins à domicile et des soins palliatifs hors hôpital ; l'accessibilité culturelle et financière de ces soins non hospitaliers ; etc.

En ce qui concerne la **première ligne**, la population bruxelloise est celle qui consulte le moins un médecin généraliste ou qui possède le moins un Dossier Médical Global (Enquête nationale de santé 2004), même si l'évolution de ces dernières années est positive à cet égard.

Les **soins à domicile** sont encore insuffisamment développés : les dépenses moyennes liées aux soins à domicile sont 2,7 fois moins élevées à Bruxelles qu'en Flandre et 2,1 fois moins qu'en Wallonie. Une des raisons réside probablement en la difficulté de coordination de ce type de soins en Région bruxelloise : difficultés institutionnelles, difficultés liées à la coexistence de plusieurs réseaux etc.

La création des Services Intégrés de Soins à Domicile (SISD bicommunautaire créé en 2008) et le fonctionnement régulier de la Plate-forme première ligne / soins à domicile ont pour but d'améliorer cette coordination.

Les projets d'alternative de soins et de soutien aux soins, financés par l'INAMI dans le cadre du troisième protocole d'accord relatif aux soins aux personnes âgées (voir plus loin), sont également des pratiques qui devraient diminuer à terme le recours de ces personnes à l'hospitalisation.

*Les Bruxellois consultent moins le médecin généraliste, possèdent moins souvent un DMG, et utilisent nettement moins les soins à domicile, que les habitants des deux autres régions.*

<sup>9</sup> Par exemple, les Bruxellois décèdent plus souvent à l'hôpital que dans les autres régions (voir Partie IV Cycle de vie).

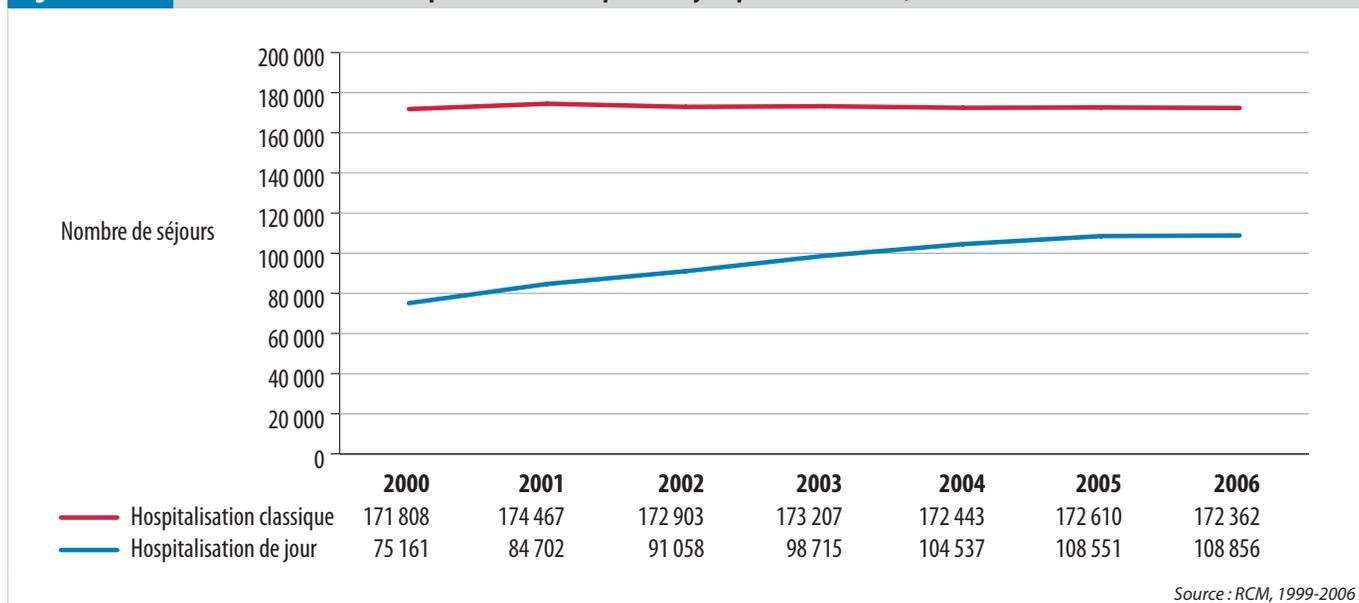
### 3.3 LES CARACTÉRISTIQUES DES SÉJOURS HOSPITALIERS

Les Résumés Cliniques Minimum <sup>[10]</sup> (RCM, voir Partie VI «Sources et éléments de méthodologie») permettent d'analyser différentes caractéristiques des séjours hospitaliers. Les analyses ci-dessous ont été effectuées à partir des données des années 2000 à 2006 et concernent uniquement les Bruxellois hospitalisés (à Bruxelles et hors Bruxelles).

#### 3.3.1 Hospitalisation classique et hospitalisation de jour

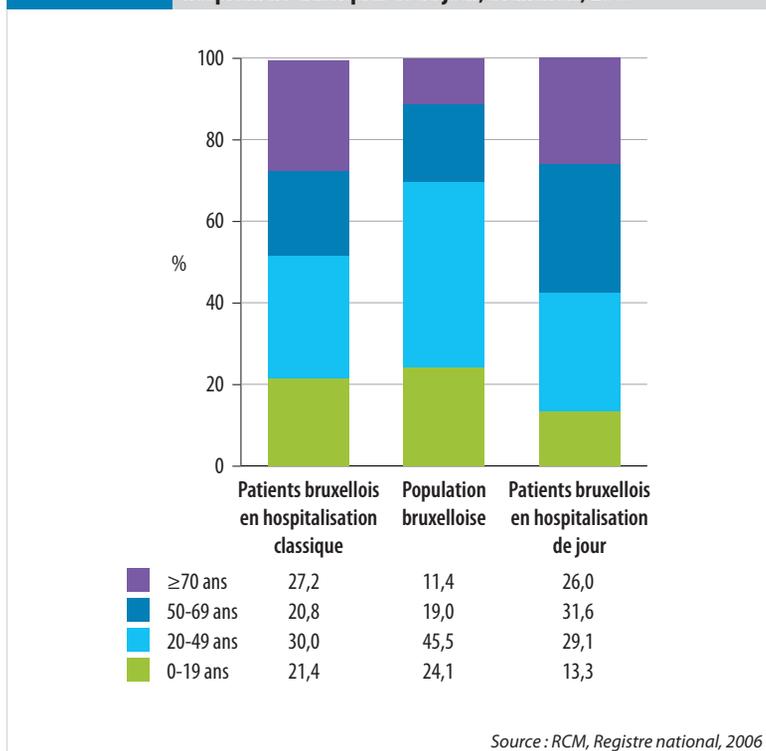
De 1999 à 2006, le nombre de séjours hospitaliers classiques (séjour avec au moins une nuit à l'hôpital) est resté stable ; le nombre d'hospitalisations de jour a augmenté significativement. Le nombre de séjours hospitaliers total a donc augmenté entre 1999 et 2006.

**Figure 5-07** Évolution du nombre d'hospitalisations classiques et de jour pour les Bruxellois, 1999 à 2006



La distribution par âge du nombre de séjours hospitaliers est différente selon qu'il s'agit d'une hospitalisation classique ou de jour ; elle diffère aussi de la distribution par âge de la population bruxelloise. Les plus de 70 ans, qui représentent 11 % de la population bruxelloise, représentent 27 % des hospitalisations classiques et 26 % des hospitalisations de jour. Les 50-69 ans, qui représentent 19 % de la population bruxelloise, représentent 32 % des hospitalisations de jour (figure 5-08).

**Figure 5-08** Distribution par âge de la population et du nombre de séjours hospitaliers classiques et de jour, Bruxellois, 2006

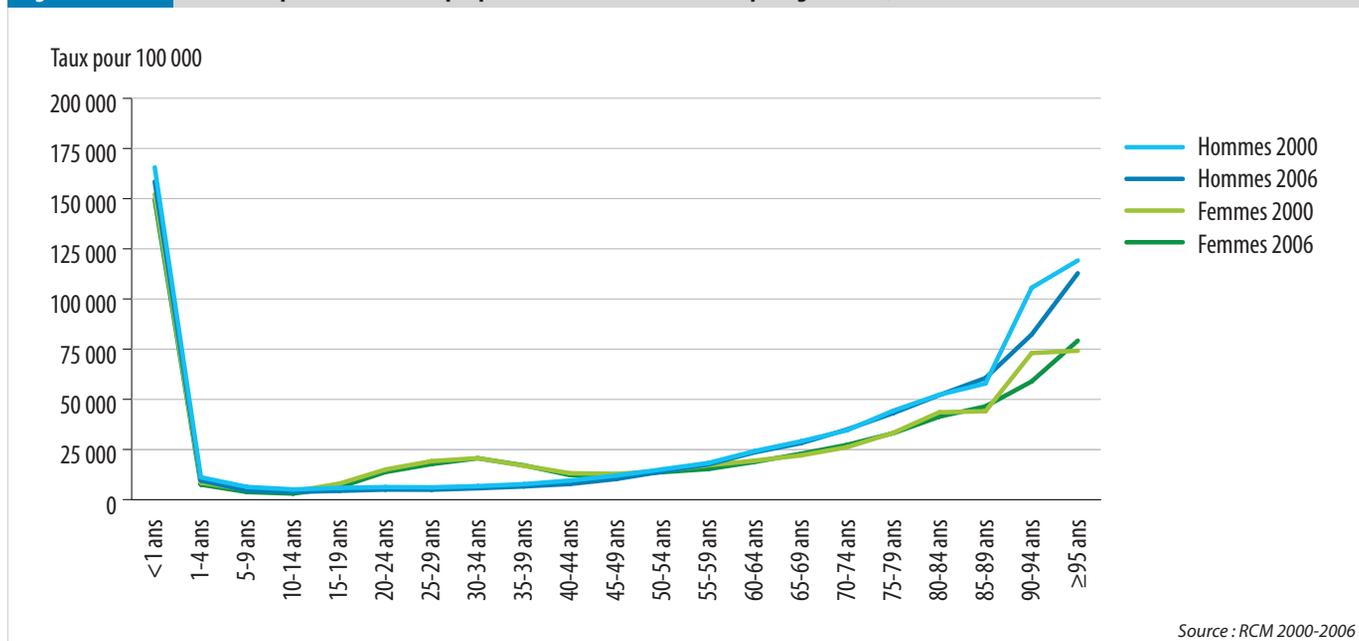


**10** Le SPF Santé Publique gère la base de données des enregistrements des hôpitaux généraux : chaque hospitalisation de plus de 24h donne lieu à un Résumé Clinique Minimum qui rassemble les informations clés concernant chaque séjour hospitalier.

Dans la figure 5-09, on observe des **taux d'hospitalisation classique** très élevés pour les moins d'un an, étant donné l'inclusion dans les données des séjours des naissances. Entre 20 et 40 ans, l'augmentation pour les femmes est principalement due aux accouchements. À partir de 50 ans, les taux sont plus élevés pour les hommes.

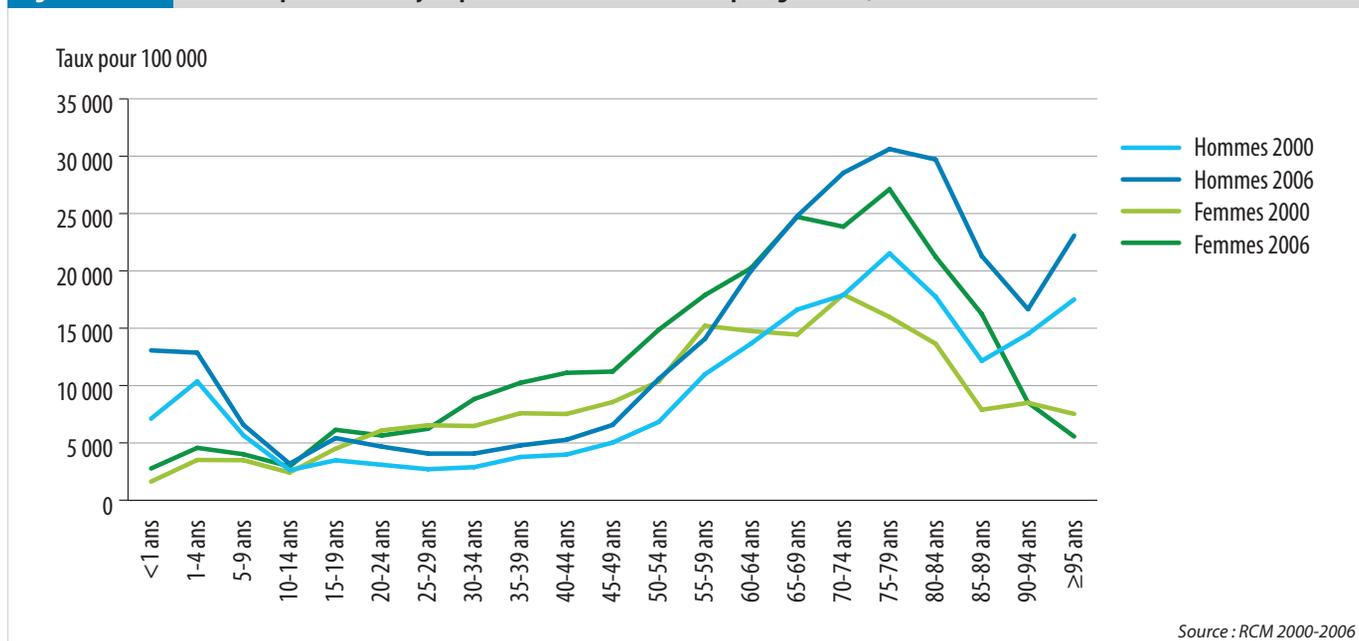
Entre 2000 et 2006, les taux d'hospitalisation classiques à Bruxelles ont légèrement diminué pour les hommes et les femmes de 85 ans et plus.

**Figure 5-09** Taux d'hospitalisation classique pour les résidents à Bruxelles par âge et sexe, 2000 à 2006



En revanche, les **taux d'hospitalisation de jour** augmentent significativement entre les deux périodes pour les deux sexes et toutes les classes d'âge (sauf pour les femmes âgées de plus de 95 ans).

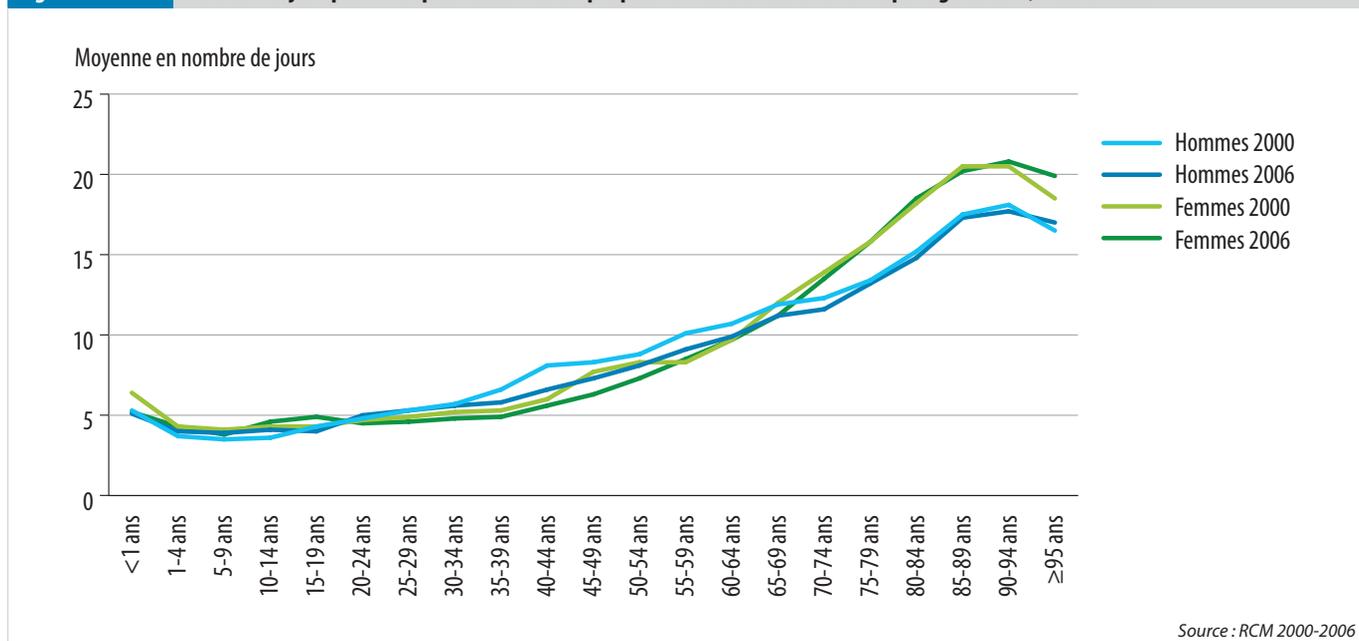
**Figure 5-10** Taux d'hospitalisation de jour pour les résidents à Bruxelles par âge et sexe, 2000 à 2006



### 3.3.2 Durée du séjour

L'évolution de la durée de séjour pendant la période 2000-2006 montre une légère diminution du nombre moyen de jours d'hospitalisation pour les hommes et les femmes adultes, plus marquée pour les hommes que pour les femmes. L'évolution du nombre de séjours hospitaliers classiques et de la durée de séjour ne permet pas de conclure, sans une étude plus approfondie, quant à un transfert des hospitalisations classiques de courte durée vers les hospitalisations de jour.

**Figure 5-11** Durée de séjour pour l'hospitalisation classique pour les résidents à Bruxelles par âge et sexe, 2000 à 2006



## 4. Aide et hébergement des personnes âgées

### 4.1 OPTIONS POLITIQUES

En Belgique, les compétences en matière d'aide aux personnes âgées sont réparties entre les différents niveaux politiques. En vue de parvenir à une politique cohérente en la matière, un groupe de travail intercabineaux (GTI) «soins aux personnes âgées» a été créé au sein de la Conférence Interministérielle «Santé Publique», laquelle réunit des représentants des autorités fédérales, des communautés, des régions et des différentes administrations.

Les options politiques dessinées par ce groupe de travail ont été traduites en trois protocoles d'accord entre les autorités concernées (1997, 2003 et 2005). Ces accords ont pour objectif central de proposer une aide aux soins et des soins adaptés aux personnes âgées, mais aussi de développer des formes alternatives de soins. Permettre à la personne âgée de continuer à résider le plus longtemps possible à son domicile est l'une des priorités.

À Bruxelles, l'offre de soins aux personnes âgées s'étend donc actuellement des soins ambulatoires (censés permettre aux personnes âgées de continuer à demeurer chez elles) aux dispositifs de soins résidentiels (les soins étant alors entièrement pris en charge par une institution). Il existe des solutions intermédiaires recherchant un équilibre entre soins et autonomie, sous la forme de formules de logement alternatives comme les résidences service (appelées aussi seniorities, voir plus loin 4.3.1), l'habitat groupé ou les maisons kangourou<sup>[11]</sup>.

### 4.2 AIDE ET SOINS À DOMICILE

Il existe une vaste gamme de services de soins et de services permettant aux personnes âgées bruxelloises de continuer à résider chez elles aussi longtemps que possible. Cette offre est organisée et soutenue par différentes autorités. En 2007, ce thème fut le sujet de la vaste étude publiée par l'Observatoire en collaboration avec le CMDC-CDCS «Vivre chez soi après 65 ans. Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles» ([www.observatbru.be](http://www.observatbru.be)). L'offre y était décrite, en passant en revue 24 besoins que peuvent avoir les personnes âgées.

Cette offre est organisée par 404 acteurs des plus divers : mutuelles, centre de services locaux, services sociaux des communes ou du CPAS, organisations de quartier, associations socioculturelles, ALE, paroisses, maisons médicales,...

**11** «Le terme "kangourou" se réfère à la poche du kangourou, dans laquelle le jeune marsupial se sent en sécurité, à l'abri. Concrètement, la personne âgée s'installe au rez-de-chaussée d'un habitat tandis qu'un jeune ménage ou une famille occupe le reste de la maison» (L'habitat kangourou, Question-santé, 2007) (téléchargeable sur [www.questionsante.be](http://www.questionsante.be)).

En dépit d'une offre étendue, variée et bien répartie, l'inventaire montre toutefois que certains besoins sont insuffisamment couverts ou trop peu accessibles. C'est le cas notamment des surveillances de nuit de la personne âgée à domicile, dont le coût reste élevé.

Pour certains besoins, des barrières à l'accès doivent être enlevées (langue, barrières financières, soucis administratifs). De manière générale, il faudrait améliorer la coordination entre les services et le respect de la liberté de choix des personnes âgées.

### 4.3 HÉBERGEMENT

#### 4.3.1 Une diversité de formules de logement

Lorsqu'une personne âgée ne peut plus résider seule à son domicile, plusieurs formules de logement adaptées s'offrent à elle en fonction de son état de santé et de son degré d'indépendance (ONP, 2009, (9)). Ces solutions vont des structures résidentielles dans lesquelles les seniors bénéficient jour et nuit de services au sein de l'établissement, aux structures semi-résidentielles où ces prestations ne sont assurées que pendant une partie de la journée (de nuit ou en journée).

La **Maison de repos** (MR) est une institution publique ou privée ouverte aux plus de soixante ans qui y résident de manière permanente. Elle offre le gîte mais fournit également des services collectifs, propose une aide dans le cadre de la vie quotidienne et, si nécessaire, des soins de santé et des soins paramédicaux. Les personnes âgées qui y résident présentent une dépendance légère à modérée.

La **Maison de repos et de soins** (MRS) est une MR qui compte un certain nombre de lits de soins. Ceux-ci sont destinés à des seniors à haut degré de dépendance et demandant des soins importants. Certaines MRS disposent d'une aile adaptée aux personnes désorientées.

L'**hébergement «court-séjour»** vise à assurer la sécurité matérielle, affective et psychologique des personnes âgées pendant un court laps de temps au sein d'une maison de repos et de soins. Le séjour peut durer de quelques jours à plusieurs semaines.

Les **Résidences-services** sont des formules de logement alternatives qui ont pris de plus en plus d'importance au cours de ces dernières années. Elles reprennent certaines caractéristiques de diverses autres formules et sont, de ce fait, difficiles à classer dans une catégorie bien précise. Les résidences se situent dans un ou plusieurs bâtiments qui constituent un ensemble fonctionnel. Elles offrent une habitation individuelle adaptée aux plus de soixante ans qui vivent de façon indépendante mais qui peuvent, en fonction de leurs besoins, faire appel à divers services et équipements collectifs (repas, aide ménagère, services paramédicaux,

animation, etc.). Il s'agit donc d'une solution intermédiaire pour les personnes âgées qui souhaitent dans une certaine mesure rester indépendantes, mais qui ne sont plus à même de vivre tout à fait seules chez elles.

Les **Centres de jour** offrent un accueil non médicalisé en journée aux plus de soixante ans valides.

Les **Centres de soins de jour** sont en lien avec une MR ou une MRS et accueillent en journée les plus de soixante ans en perte d'autonomie, afin de les aider à rester ou à redevenir autonomes. Ceci leur permet de demeurer plus longtemps dans leur environnement et, si nécessaire, d'y être soignés. En outre, le centre de soins de jour prévoit au besoin un encadrement thérapeutique et social.

### 4.3.2 L'offre à Bruxelles

L'offre **semi-résidentielle** se limite à dix centres de jour proposant un accueil de jour à 170 personnes. Neuf de ces centres sont des centres de soins de jour qui assurent donc, outre l'accueil, diverses prestations de soins.

L'offre **résidentielle** est plus importante. Fin 2008, la Région de Bruxelles-Capitale comptait 197 structures résidentielles pour personnes âgées offrant une capacité totale de 16 745 lits ; 176 maisons de repos<sup>[12]</sup> offrent une capacité de 15 502 lits, tandis que 21 résidences-services complètent l'offre résidentielle avec 1 243 résidences ou appartements pour 1 ou 2 personne(s)<sup>[13]</sup>.

### Évolution de l'offre résidentielle

Au cours de la décennie passée, l'offre résidentielle a continuellement baissé (figure 5-12), tant pour ce qui est du nombre d'établissements que du nombre de lits. En 2008, l'offre de structures résidentielles pour personnes âgées comptait 76 institutions et 927 lits de moins qu'en 1997.

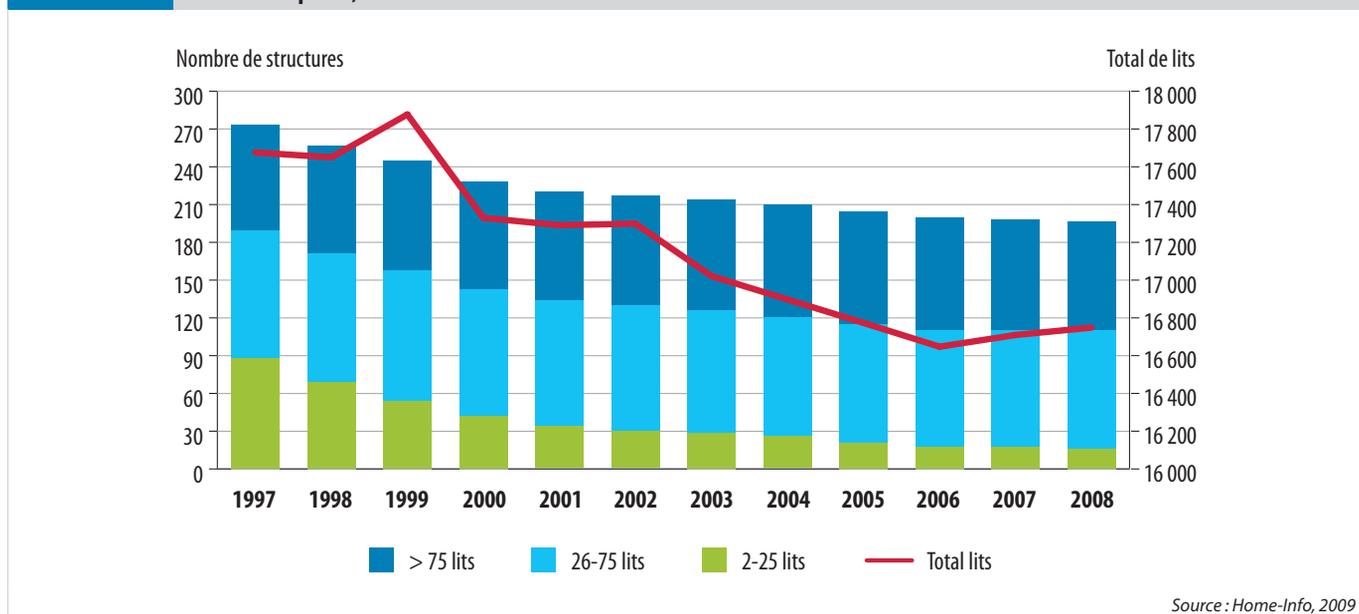
Cette diminution importante du nombre de maisons de repos (-84 maisons de repos, -976 lits) est partiellement compensée par une augmentation du nombre de résidences-services (+8 résidences, +49 lits). De plus, il semblerait que cette baisse se stabilise ces dernières années. Depuis 2006, nous observons même à nouveau une hausse du nombre total de lits (10).

Ce sont principalement les plus petites structures qui disparaissent. Alors que l'offre diminue dans son ensemble, le nombre de maisons de repos et de résidences-services de taille moyenne ou importante reste stable (figure 5-12).

Par contre, le nombre de petits établissements connaît une chute vertigineuse, passant de 88 à 16. Dès lors, la proportion de petites structures subit le même sort : alors qu'en 1997, un tiers des maisons de repos et résidences-services (32 %) offraient une capacité limitée de 2 à 25 lits, ce n'est plus le cas en 2008 que pour une minorité d'entre elles (8 %).

Inversement, la proportion de maisons de repos et résidences-services plus importantes (> 75 lits) a fortement augmenté, passant de 31 % à 44 % de l'offre résidentielle totale.

**Figure 5-12** Évolution de la taille des structures résidentielles pour personnes âgées (maisons de repos et résidences-services), Région de Bruxelles-Capitale, 1997-2008



Source : Home-Info, 2009

**12** Nous emploierons le terme générique de «maisons de repos» pour désigner l'ensemble des MR et des MRS. S'il est judicieux d'établir une distinction entre MR et MRS, nous le signalerons.

**13** Infor-Homes Bruxelles asbl signale la difficulté de donner le nombre précis de lits en résidence-service, étant donné que ces structures permettent une souplesse d'accueil qui leur est propre (flats et/ou appartements susceptibles d'accueillir une ou deux personnes). Infor-Homes choisit de tenir compte du nombre de chambres et non du nombre de lits dont ces institutions disposent.

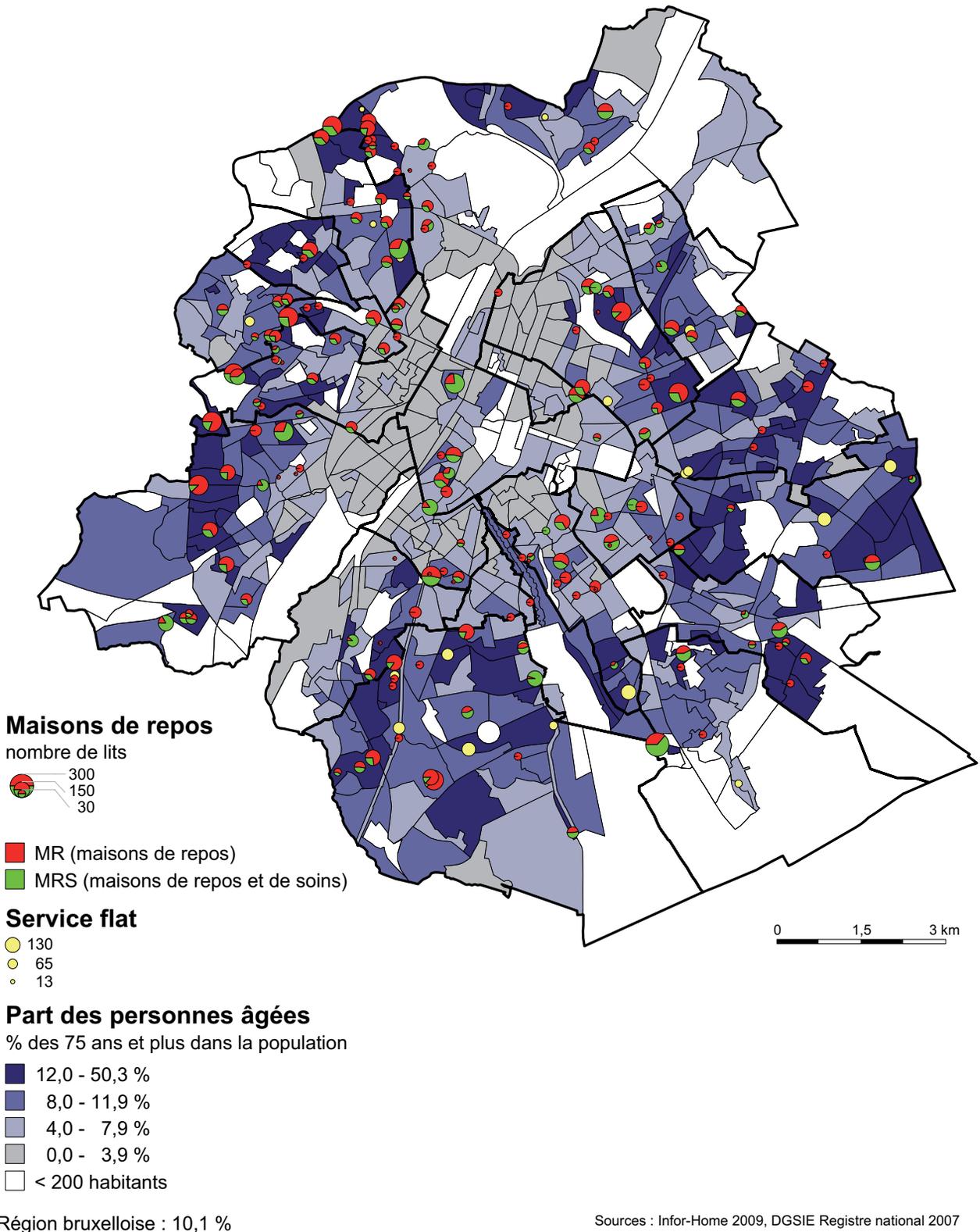
*L'offre résidentielle a subi une baisse ces dix dernières années, du fait de la disparition de nombreux petits établissements ; cette baisse est partiellement compensée par une augmentation du nombre de seniorités.*

## Répartition de l'offre au sein de la Région

La carte 5-03 donne la répartition géographique des structures résidentielles pour personnes âgées sur le territoire bruxellois par rapport à la répartition de la population âgée.

Les personnes âgées sont surreprésentées dans la deuxième couronne. Au contraire, au centre-ville et dans la ceinture du 19<sup>ème</sup> siècle, les proportions de personnes âgées sont en général relativement faibles. Cependant, même si elles n'y représentent qu'une faible part de la population totale, un nombre important, en termes absolus, de personnes âgées vivent dans les quartiers densément peuplés des zones les

Carte 5-03 Part des personnes âgées de 65 ans et plus et structures d'hébergement (MR, MRS et résidences-services) en Région bruxelloise, 2009



plus défavorisées de la Région de Bruxelles-Capitale (Atlas Vivre chez soi après 65 ans, 2007, p. 23).

De plus, le nombre – limité – de résidences-services (21) se concentre dans quelques communes. La moitié des communes ne disposent pas de résidences-services tandis qu'Uccle comprend un quart de l'offre de résidences-services sur son seul territoire.

La répartition spatiale des maisons de repos semble bien refléter la présence proportionnelle des plus de 65 ans dans la population. Outre un certain nombre de grandes structures pour personnes âgées au sein du pentagone, nous retrouvons en effet la plupart des maisons de repos dans la deuxième couronne (carte 5-03).

Toutefois, si nous tenons compte de la densité de population (et donc du nombre absolu de personnes âgées), nous constatons que l'implantation des maisons de repos ne correspond pas tout à fait à la répartition réelle des personnes âgées. Nous sommes surtout surpris par l'absence de maisons de repos dans les quartiers densément peuplés de la zone la plus défavorisée de la Région bruxelloise où vit pourtant, comme on l'a dit plus haut, un nombre considérable, en termes absolus, de personnes âgées. À l'inverse, nous observons l'établissement de nombreuses

maisons de repos dans des quartiers présentant un faible nombre absolu de personnes âgées (par exemple, Uccle, Watermael-Boitsfort et Auderghem). Enfin, l'implantation de nombreuses institutions dans l'ouest de la deuxième couronne (mais aussi à Etterbeek, au sud d'Ixelles et à l'ouest de Woluwe-Saint-Lambert) correspond bien, elle, à une présence importante (tant proportionnellement qu'en termes absolus) de personnes âgées. Ceci étant dit, les personnes sont libres de choisir une maison de repos hors de leur commune et nous ne connaissons pas l'ampleur du phénomène.

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, il y a en moyenne un lit en maison de repos disponible pour 10 personnes de plus de 65 ans. Dans les communes de Saint-Josse-Ten-Noode (1 lit pour 13 personnes), Forest (1 lit pour 15 personnes), Ganshoren (1 lit pour 17 personnes), Woluwe-Saint-Pierre (1 lit pour 19 personnes) et Woluwe-Saint-Lambert (1 lit pour 23 personnes), l'offre est inférieure à la moyenne de la Région. Par contre, Bruxelles-Ville, Molenbeek-Saint-Jean et Watermael-Boitsfort obtiennent de meilleurs scores avec une moyenne d'un lit en maison de repos pour respectivement sept, sept et huit personnes de plus de 65 ans.

**Tableau 5-06** Nombre de lits MR et MRS par commune, Bruxelles, 2009

	65 ans et plus (1/01/2008)	% 65+ dans la commune	Nombre de lits MR et MRS (juin 2009)	lits / 65+	65+ / lit
Anderlecht	15 695	16 %	1 573	0,10	9,98
Auderghem	5 424	18 %	491	0,09	11,05
Berchem-Sainte-Agathe	3 590	17 %	419	0,12	8,57
Bruxelles	18 586	12 %	2 414	0,13	7,70
Etterbeek	5 283	12 %	615	0,12	8,59
Evere	5 997	17 %	506	0,08	11,85
Forest	7 124	15 %	473	0,07	15,06
Ganshoren	4 552	21 %	270	0,06	16,86
Ixelles	9 037	11 %	841	0,09	10,75
Jette	7 666	17 %	901	0,12	8,51
Koekelberg	2 710	14 %	324	0,12	8,36
Molenbeek-Saint-Jean	11 110	13 %	1 619	0,15	6,86
Saint-Gilles	4 537	10 %	461	0,10	9,84
Saint-Josse-Ten-Noode	1 958	8 %	147	0,08	13,32
Schaerbeek	12 830	11 %	1 460	0,11	8,79
Uccle	14 682	19 %	1 525	0,10	9,63
Watermael-Boitsfort	4 616	19 %	554	0,12	8,33
Woluwe-Saint-Lambert	9 013	18 %	392	0,04	22,99
Woluwe-Saint-Pierre	7 635	20 %	400	0,05	19,09
<b>Région bruxelloise</b>	<b>152 045</b>	<b>15 %</b>	<b>15 385</b>	<b>0,10</b>	<b>9,88</b>
				Moins de lits que la moyenne	
				Plus de lits que la moyenne	

Source : Home-Info, Infor-Home et Registre national 2008

### Conversion des lits MR en lits MRS

Ces dernières années, de plus en plus de maisons de repos ont évolué vers des maisons de repos et de soins par une conversion de lits MR en lits MRS. Cette reconversion a été déterminée dans les protocoles d'accord (voir plus haut) et s'intègre dans l'idée de ne plus offrir un accueil résidentiel qu'aux personnes requérant le plus de soins. Pour les personnes réclamant moins de soins, on encourage les alternatives semi-résidentielles et ambulatoires. Le développement des résidences-services entre également dans ce cadre.

Alors qu'en 1996 <sup>[14]</sup>, la grande majorité des institutions (88 %) ne proposaient que des lits MR, cette proportion a, en 2008, reculé à 39 % (69 établissements avec une capacité de 3 248 lits).

La majorité des structures (59 %) fonctionne aujourd'hui comme des MR offrant également des lits MRS (104 établissements avec une capacité totale de 12 045 lits). Les 2 % de structures restantes ne proposent que des lits MRS (209 lits). La proportion de lits MRS augmente continuellement depuis 1997 et représentait 36 % (5 515 lits) de l'offre totale en 2008.

### Cadre institutionnel et administratif

La grande majorité des structures résidentielles pour personnes âgées sont issues du secteur privé ; 73 % des maisons de repos bruxelloises sont des institutions privées (soit 63 % des lits), 12 % d'entre elles sont gérées par une

asbl (13 % des lits). Enfin, 15 % des maisons de repos (25 % des lits) relèvent du secteur public et sont gérées par un CPAS. La proportion du nombre de lits du secteur public est donc un peu plus importante que la proportion d'établissements.

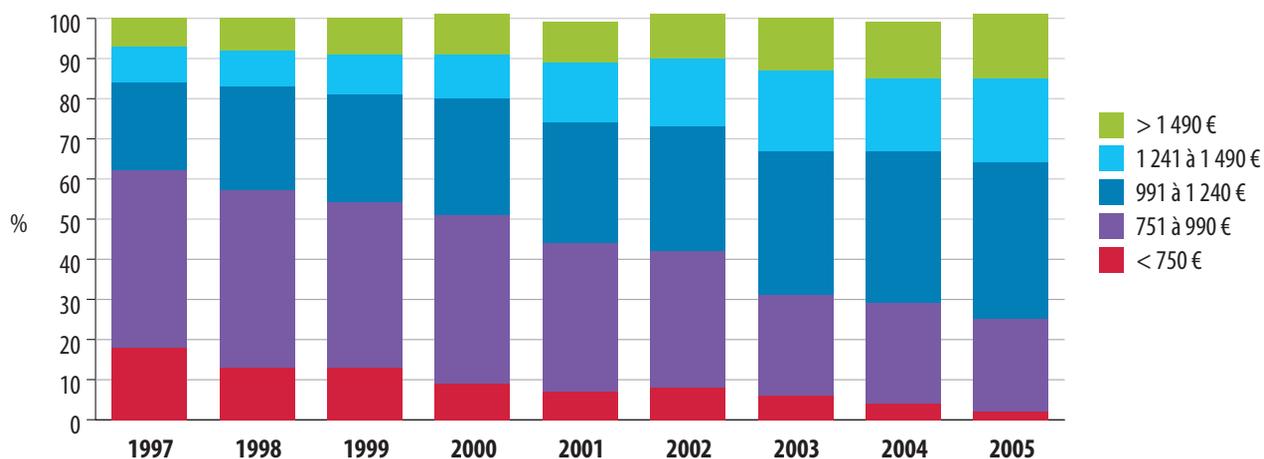
La majorité des maisons de repos (70 %) relèvent de la compétence de la Commission communautaire commune (bilingue). Moins d'un tiers (29 %) sont sous la responsabilité de la Commission communautaire française tandis que deux maisons de repos (1 %) sont sous la compétence de la Communauté flamande.

Le prix mensuel fixe ne comprend que les frais de séjour, le logement et les soins. Les services supplémentaires doivent être payés en sus. Près de la moitié des établissements (48 %) affichent un prix mensuel compris entre 1 101 € et 1 500 €. Plus d'un quart d'entre eux (27 %) demandent entre 751 € et 1 100 €. Enfin, 32 maisons de repos (16 %) facturent entre 1 501 € et 2 000 € et 16 d'entre elles (8 %) plus de 2 000 € par mois (10).

Il est difficile d'observer l'évolution du prix d'un séjour en maison de repos mais nous constatons toutefois qu'au cours de la décennie passée, ce dernier est devenu de plus en plus cher. La part des maisons de repos bon marché (< 990 euros) a beaucoup diminué entre 1997 et 2005 (figure 5-13). À titre d'information, le montant de la garantie de revenu aux personnes âgées était de 670,59 euros pour un isolé au 01/08/2005.

Figure 5-13

Évolution du prix des structures résidentielles pour personnes âgées (maisons de repos et résidences-services), Région de Bruxelles-Capitale, 1997-2005



Source : Home-Info, 2009

*La part de maisons de repos à moins de 990 € par mois est passée de plus de 60 % à moins de 25 % en 8 ans.*

<sup>14</sup> Soit une année avant la conclusion du premier protocole d'accord sur la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées.

## Références

- (1) Torres R., De Ridder R. Géographie de la consommation médicale - Variations des dépenses de l'assurance soins de santé en Belgique - Données 2006. INAMI, 2010.
- (2) INAMI. Rapport d'activité INAMI 2007. 4e partie exposés thématiques. Registre des médecins généralistes : nombre et profil des médecins généralistes en 2005. INAMI, 2008.
- (3) Rossi-Turck D., Wrincq J. Projection de l'utilisation des lits hospitaliers aigus au niveau national et par arrondissement : Horizons 2005-2010-2015. FUCM, 2004.
- (4) Bureau Fédéral du Plan, Direction Générale statistiques et Information économique. Perspectives de population 2007-2060. 1-136, 2008.
- (5) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (rédaction), Vivre chez soi après 65 ans : Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles, Bruxelles, 2007, Commission communautaire commune.
- (6) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2008. Commission communautaire commune, 2008.
- (7) Vandermotten C. Rapport final de l'étude «analyse des flux interrégionaux dans les soins de santé». Institut de Gestion de l'Environnement et d'Aménagement du Territoire, Université Libre de Bruxelles, 1999.
- (8) Mouquet M.C., Oberlin O. Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030. Dossiers solidarité et santé [4], 2008.
- (9) ONP/RVP. Guide pratique du pensionné 2009-2010. Région de Bruxelles-Capitale. 2009.
- (10) Infor-Homes Bruxelles. Situation des maisons de repos bruxelloises en 2008, 2008.