

VIEILLISSEMENT, AIDE ET SOINS DE SANTE EN BELGIQUE



Jozef Pacolet, Denise Deliège,
Caroline Artoisenet, Griet Cattaert
Véronique Coudron, Xavier Leroy
Annick Peetermans, Christian Swine

Working paper DGSOC



No. 1
Mars 2005

Une publication
de la Direction générale Politique
sociale



Ce texte est une publication de la Direction générale Politique sociale du SPF Sécurité sociale, dans le cadre de sa série *Working Papers DGSOC*.

Les Working Papers DGSOC rassemblent des articles, des rapports de recherche, des documents d'information et des analyses de la Direction générale Politique sociale du Service public fédéral Sécurité sociale. Cette série a pour objectif de communiquer au public toute information produite par ou pour le compte de la Direction générale Politique sociale. La DGSOC entend, par là, contribuer à une meilleure connaissance et à un meilleur fonctionnement de la sécurité sociale en Belgique.



ISSN 1781-5290

D/2005/10.528/1

© Direction générale Politique sociale - SPF Sécurité sociale
Place Victor Horta 40, boîte 20
1060 Bruxelles
dg-soc@minsoc.fed.be

Les travaux signés ou reproduits sous le couvert d'une indication de source dans cette publication n'engagent que la responsabilité de leur auteur et ne reflètent pas nécessairement la position ou l'opinion du Service public fédéral Sécurité sociale.

Working Paper DGSOC N0. 1

VIEILLISSEMENT, AIDE ET SOINS DE SANTE EN BELGIQUE

Rapport de synthèse pour le SPF Sécurité Sociale, Direction générale Politique Sociale

Résumé : En exécution des décisions prises au Conseil des Ministres des 16 et 17 janvier 2004, le Service public fédéral de Sécurité sociale a confié au Hoger Instituut voor de Arbeid (HIVA) de la Katholieke Universiteit Leuven et au service d'études Socio-Economie de la Santé (SESA) de l'Université catholique de Louvain, une mission commune. Il a été demandé d'identifier les informations nécessaires pour que ce débat puisse se dérouler en toute objectivité, compte tenu des connaissances disponibles à l'étranger et d'identifier dans quelle mesure ces informations sont déjà disponibles en Belgique ; il convenait aussi d'examiner quelle pourrait être la position de notre pays, compte tenu de l'expérience acquise à l'étranger en la matière. Le rapport d'étude demandé doit aussi évoquer la manière d'organiser ce débat en Belgique.

Le présent document synthétise l'essentiel d'un rapport très fouillé. Celui-ci contient les bases de calcul, la méthode, les hypothèses et la bibliographie. Il peut être téléchargé à partir des sites Web du SPF Sécurité sociale et des équipes universitaires : www.socialsecurity.be, www.hiva.be, www.sesa.ucl.ac.be.

Préface

En exécution des décisions prises en Conseil des Ministres les 16 et 17 janvier 2004, le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a chargé le Service public fédéral de Sécurité sociale de rédiger un rapport d'étude sur l'impact exercé par le vieillissement sur les soins de santé et plus précisément sur l'aide à la dépendance (soins de longue durée). Cette étude devrait faciliter le lancement d'un débat de société portant sur les conséquences du vieillissement.

En exécution de cette décision, le Service public fédéral de Sécurité sociale a confié au Hoger Instituut voor de Arbeid de la Katholieke Universiteit van Leuven et au service d'études Socio-Economie de la Santé de l'Université catholique de Louvain, une mission commune : rédiger une étude de faisabilité faisant le point sur les informations nécessaires à l'organisation d'un large débat de société relatif à l'impact du vieillissement sur les soins de santé et les soins de longue durée. Il a été demandé d'identifier les informations nécessaires pour que ce débat puisse se dérouler en toute objectivité, compte tenu des connaissances disponibles à l'étranger et d'identifier dans quelle mesure ces informations sont déjà disponibles en Belgique ; il convenait aussi d'examiner quelle pourrait être la position de notre pays, compte tenu de l'expérience acquise à l'étranger en la matière. Le rapport d'étude demandé doit aussi évoquer la manière d'organiser ce débat en Belgique. Cette mission devait être terminée dans un délai très bref (quatre mois), d'où la nécessité de se servir d'études préexistantes, notamment de celles rédigées par les auteurs du présent rapport, lesquels avaient déjà abordé cette problématique à plusieurs reprises.

Bien que cette mission ait été conçue au départ comme une simple étude de faisabilité, nous avons constaté d'emblée l'abondance croissante des informations disponibles, tant au niveau national qu'international. Nous avons dès lors tenu à rendre compte au maximum de ces informations, de façon à ce que le débat puisse commencer immédiatement, pour autant qu'il ne soit pas déjà en cours. Nous ne souhaitons toutefois pas fournir un « instantané » purement statistique du passé, du présent et de l'avenir, mais avons considéré en tant qu'organisme de recherche académique, que notre devoir consistait en outre à fournir notre propre interprétation de ces informations, à les commenter, à émettre des suggestions en ce qui concerne la politique de santé, son financement et la collecte future d'informations.

Au fur et à mesure que nous avançons dans la rédaction et dans la collecte d'informations, nous avons à maintes reprises, compléter nos versions initiales, avec de nouveaux éléments jugés indispensables, et en relevant les nouvelles lacunes qui nous apparaissaient.

Bien que l'on dénombre plus de six cents pages de rapports et de documentation, une large partie de la discussion n'y a pas encore trouvé place. De nombreuses conclusions stratégiques restent ouvertes : le débat de société devra tenter d'y répondre. Nous avons approfondi les relations entre vieillissement, santé, besoins en matière de soins de santé, infrastructures de soins, offre de soins de santé, soins de professionnels, services informels, ainsi qu'avec la disponibilité, la faisabilité financière et la durabilité de notre système de soins de santé. Si on y trouve de nombreuses informations, tant au niveau des compétences fédérales que communautaires, les aspects suivants n'ont par contre guère été approfondis, car ils concernent le débat global du financement de la sécurité sociale et de la protection sociale dans son ensemble, à savoir : le financement des systèmes et les modalités techniques susceptibles d'améliorer l'efficience et l'efficacité du système.

De façon lapidaire, on peut dire que les soins de santé sont en grande partie consacrés aux personnes âgées. Mais précisons d'emblée que, si les coûts augmentent fortement avec l'âge et l'évolution de la population, le niveau global des dépenses ne résulte que faiblement du vieillissement, mais provient en majeure partie des progrès économiques et sociaux, lesquels constituent le moteur des progrès en matière d'espérance de vie et de qualité de vie. Ce secteur, représente actuellement à lui seul environ 10 % de notre économie, et ce pourcentage pourrait doubler au cours des cinquante prochaines années, jusqu'à s'approcher des 20 % ; il constitue à la fois une réelle opportunité de progrès pour l'avenir, grâce à la création de bien-être et de postes de travail, et aussi un défi pour ce qui est de l'efficacité et de l'efficience de ce secteur.

Les hommes politiques nous disent que la seule attitude possible en l'occurrence se situe à mi-distance entre optimisme et pessimisme : c'est le réalisme. Nous espérons qu'avec les faits et données chiffrées qu'il contient, les évolutions du passé qu'il retrace et les scénarios d'avenir qu'il évoque, le présent rapport permettra de se faire « une petite idée » de la situation réelle du pays. Pour nous, c'est à la fois la « force tranquille » des avancées concrètes - souvent méconnues - réalisées au cours du dernier quart de siècle et « la corne d'abondance » qui pourrait nous attendre, toutes choses restant égales par ailleurs. Ce rapport d'étude ne pourra donner qu'une « petite idée » de la situation réelle, parce que la mission était trop brève pour être exhaustive et parce qu'il s'agit d'un secteur extrêmement complexe. « Petite idée » également parce qu'on ne dispose pas de suffisamment d'informations en matière d'aide aux personnes âgées, ce secteur en pleine expansion commençant seulement à être confronté au « papy-boom », si bien que les situations et les idées peuvent évoluer très vite. Quiconque tente, sur base de projections, de formuler des prévisions à 50 ans, sait que ces perspectives doivent être continuellement remaniées, sur base des données nouvelles, des évolutions de société, des modifications du système et du progrès des connaissances.

Nous remercions le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Rudy Demotte qui nous a confié cette importante mission de recherches, touchant à l'essence même de ses compétences. Nous remercions également Ri de Ridder, Tom Auwers, Jan Bertels, Michel Eggermont et Koen Vleminckx qui, de l'Administration ou du Cabinet, ont suivi de près le déroulement de ces recherches. Nous les remercions d'avoir cru dans cette mission et d'avoir témoigné un intérêt enthousiaste pour l'apport potentiel de ces recherches. Nous espérons – et sommes en fait convaincus – que le matériel rassemblé par la présente étude relancera effectivement le débat.

Il nous reste à rendre hommage à la parfaite liberté scientifique dont nous avons - comme il se doit, c'est évident - disposé lors de la réalisation de ce rapport : à tout moment, chacun de nous a pu écrire ce qu'il pensait devoir écrire. C'est pourquoi les conclusions et les recommandations lient uniquement les auteurs, seuls responsables des interprétations et informations, ainsi que des erreurs et fautes éventuellement contenues dans le présent rapport. Tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes : les auteurs de la présente étude ont pu écrire ce qu'ils pensaient devoir écrire et le monde politique peut continuer à faire ce qu'il croit devoir faire.

Pour terminer, nous souhaitons remercier les membres des deux équipes de recherche, et particulièrement : Caroline Artoisenet (SESA), Griet Cattaert (HIVA), Véronique Coudron (HIVA), Xavier Leroy (SESA), Annick Peetermans (HIVA) et Christian Swine (SESA) pour la souplesse, l'implication et l'inspiration dont ils ont fait preuve lors de l'élaboration du présent rapport.

Prof. dr. Jozef Pacolet
Hoger Instituut voor de Arbeid
Katholieke Universiteit Leuven

Prof. ém. dr. Denise Delière
Socio-Économie de la Santé
Université catholique de Louvain

Table des matières

Préface	IV
1. Dépendance ?	1
1.1. Si on s'en tient aux âgés, la dépendance financière évolue moins vite que la dépendance démographique	1
1.2. La dépendance démographique :	2
1.3. La dépendance concerne aussi d'autres groupes socio-économiques	2
1.4. La dépendance totale inclut tous les « non-occupés »	3
1.5. Le financement des services publics	3
2. Ages à risque accru d'incapacité grave ?	4
3. Ages à risque accru de soins ?	5
4. Le « papy boom » : charge ou richesse ?	6
4.1. Charge parentale ?	6
4.2. Apport intergénérationnel des âgés	6
4.3. Effet positif du vieillissement	6
5. Santé et vieillissement.....	7
5.1. La santé se détériore avec l'âge	7
a) Santé autoperçue.....	7
b) Affections chroniques	7
c) Multimorbidité.....	7
d) Un problème particulier : les démences	8
5.2. Morbidité : croissance numérique même s'il y a compression ?.....	8
a) Evolutions récentes.....	8
b) L'avenir des maladies chroniques en général	9
c) L'avenir des démences	9
d) Impact réel sur les dépenses, même s'il s'agit d'un artefact.....	9
5.3. Les femmes : triple discrimination	9
6. L'incapacité : distinction à faire selon la gravité.....	10
6.1. Incapacité : résultats contrastés	10
6.2. Stratégies pour faire reculer l'incapacité	10
7. Qualité de vie.....	11
7.1. La santé subjective.....	11
7.2. Le bien-être social	11
a) Dégradation avec l'âge et lien avec la santé.....	11
b) Stratégies pour l'amélioration	11
8. « Profils » de consommation de soins des âgés.....	12
8.1. Les soins : médecins, dentistes, kinésithérapeute, médicaments.....	12
8.2. Services et institutions de soins	12
9. Perspectives d'avenir en volume	14
9.1. Facteurs d'évolution	14
9.2. Projections pour l'avenir (tous âges confondus)	14
10. Offre de services aux personnes âgées	16
11. Importance des soins informels et soutien à ce type de soins : 'Will you still need me, will you still feed me, when I am 64'	19

12. Soins professionnels et emploi	21
dans le secteur de la santé et de l'aide sociale	21
13. Combinaison privé-public dans le secteur « Santé et aide sociale »	25
14. Nécessité d'une assurance dépendance implicite ou explicite	28
15. Perspectives d'avenir en valeur.....	30
15.1. Scénarios en Belgique	30
15.2. Scénarios au niveau international	31
16. Evaluation macroéconomique du coût du vieillissement dans les soins de santé et les soins aux personnes âgées : impact important de l'âge.....	32
17. Décomposition des dépenses de soins : incidence limitée du vieillissement.....	37
18. Bases de discussion pour l'action	46
18.1. Comment faire face à la croissance des besoins de soins et d'aide ?	46
18.1.1. Politiques de ressources humaines	46
18.1.2. Infrastructures et services	47
18.1.3. Face à la croissance de la consommation	48
18.2. Objectif, stratégies et tactiques face à l'incapacité.....	49
☒ Objectif : Réduire la morbidité et l'incapacité et améliorer la qualité de vie.....	49
☒ Stratégies :	49
☒ Tactiques - Orientations (centrées sur la transition vers les incapacités)	49
19. Thèmes de recherche prioritaires	52
19.1. Démographie et coefficients pertinents	52
19.2. Indicateurs d'espérance de vie, morbidité et dépendance	52
19.3. Qualité de vie des aînés	52
19.4. Services aux aînés.....	52
19.5. Consommation de soins et de services	53
20. Systèmes d'information.....	54
20.1. Rapports.....	54
20.2. Tableaux de bord	54
20.3. Système d'information de statistiques documentées (CD ou Web).....	55
20.4. Importance d'un système de « comptes de la santé »	55

1. Dépendance ?

Les personnes âgées dépendent en grande partie des plus jeunes pour leurs pensions et leurs soins de santé.

De nombreux coefficients alarmistes circulent. Il importe de les relativiser.

NB L'incapacité résultant de problèmes de santé sera traitée à la section 6.

1.1. Si on s'en tient aux âgés, la dépendance financière évolue moins vite que la dépendance démographique

Tableau 1 - Coefficients de dépendance des âgés (en %) et index

	1950	2000	2010	2020	2030	2050	2050 / 2000
- démographique ^(a)	29	40,1	43,7	52,5	62,9	68,7	1,71
- socio-démographique ^(b)		47,2	47,7	57,5	70,8	81,1	1,72
- socio-économique ^(c)		54,1	53,6	63,6	76,9	87,7	1,62
- financier ^(d) : deux scénarios		15,1	14,2	16,2	18,6	19,4	1,28 - 1,36

(a) Coefficient de dépendance *démographique* : 60 + / 20-59 ans

(b) Coefficient de dépendance *socio-démographique* : Pensionnés / Actifs (au sens large : emploi + chômeurs, y compris chômeurs âgés non demandeurs d'emploi)

(c) Coefficient de dépendance *socio-économique* (Pensionnés / Actifs occupés)

(d) Coefficient de dépendance *financier des personnes âgées* (Masse des pensions / masse salariale) : augmentation réduite davantage, car le taux de remplacement de la pension salariée se dégrade.

Source : Englert M et al, Bureau Fédéral du Plan, 2002, p 58 et 104.

Si l'on parvient à augmenter le taux d'activité des aînés :

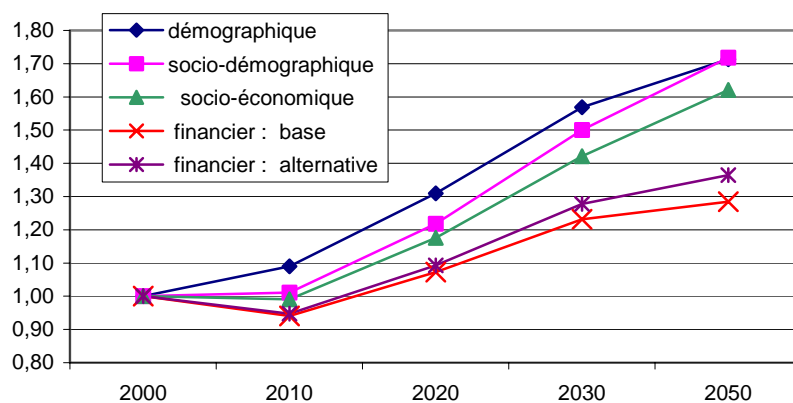
- L'indicateur de dépendance *démographique* devra être redéfini (20 ans et 60 ans seront-ils encore les seuils d'âge pertinents ?) et
- l'évolution de la dépendance *socio-économique* des âgés sera moindre que celle de la dépendance démographique.

La dépendance *financière* évoluera encore moins vite :

Pour 2000 = 100, - l'index des coefficients *financiers* en 2050 est de ± 130

- celui du coefficient de dépendance *démographique* : 171

Figure 1 - Coefficients de dépendance des âgés (Index pour 2000 = 1)



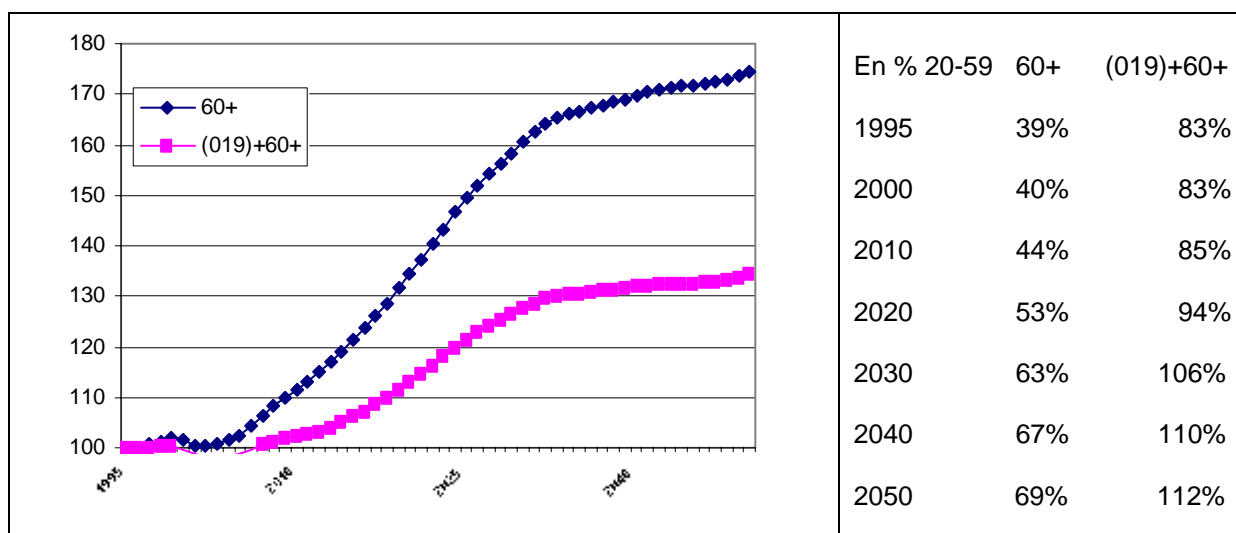
Source : Englert M et al, Bureau Fédéral du Plan, 2002, pp. 58 et 104, Graphique UCL

1.2. La dépendance démographique :

l'évolution est moindre si on tient compte aussi des jeunes (0-19)

Index (pour 2000 = 100), en 2050 : $\left| \frac{[(0-19)+60+]}{135} \right|$ au lieu de $\left| \frac{60+}{171} \right|$

Figure 2 -Rapport de classes d'âges versus la population d'âge actif (20-59) - Index pour 2000 = 100



Source : UCL/SESA sur base des projections de population 200-2050 de l'INS et du BFP

1.3. La dépendance concerne aussi d'autres groupes socio-économiques

Prépensionnés + Chômeurs + Invalides

Evolutions moins graves que celles relatives aux seuls âgés

	En 2050 (pour 2000 = 100)	Divers allocataires	Pensionnés seuls
Index <i>socio-démographique</i>		147	au lieu de 171
Index <i>socio-économique</i>		138	162
Index <i>financier</i>		112	± 130

Tableau 2 - Coefficients de dépendance : âgés et adultes allocataires sociaux (en %)

	2000	2010	2020	2030	2050	2050/2000
- socio-démographique (a)	66,9	67	76,4	88,1	98,1	1,47
- socio-économique (b)	76,8	75,2	84,5	95,6	106,2	1,38
- financier hors soins de santé (c)	21,2	19,7	21,4	23,2	23,7	1,12
- financier avec soins de santé (d)	31,9	31,5	34,4	37,3	39,8	1,25

(a) Pensionnés + prépensionnés + chômeurs + Invalides / Actifs au sens large : emploi + chômeurs (y compris âgés et non demandeurs d'emploi)

(b) Pensionnés + prépensionnés + chômeurs + Invalides / Emploi

(c) Pensions + prépensions + allocations de chômage et d'incapacité de travail / Revenus du travail

(d) Idem au précédent plus dépenses de santé

Source : Englert M et al, Bureau Fédéral du Plan, 2002, p. 104.

Ici aussi, l'évolution prévisible des coefficients financiers se révèle moins inquiétante que celle des nombres de personnes.

1.4. La dépendance totale inclut tous les « non-occupés »

$$= \frac{\text{Jeunes} + \text{âgés} + \text{allocataires} + \text{personnes au foyer}}{\text{Par rapport à l'emploi total}} \quad (\text{malgré l'apport de ces dernières à l'économie})$$

Cet index s'est détérioré au début des années '80, et à nouveau au début des années 2000 (cf. Tableau 3).

1.5. Le financement des services publics

Le secteur public contribue à la valeur ajoutée du PIB, notamment en ce qui concerne les services de santé ; néanmoins, le **circuit de financement** diffère, vu qu'il requiert un passage par les finances publiques (impôts, cotisations, ...).

En globalisant ces activités avec le nombre de personnes non occupées, on crée un ensemble hybride, dont on peut néanmoins suivre l'évolution par rapport au secteur privé, établissant ainsi un indicateur intéressant en termes de circuit de financement (il s'agit d'un *proxy*, vu que le secteur public contribue aussi à ce financement). De 1970 à 1999, le secteur privé a perdu 5 % d'emploi, tandis que le secteur public a cru de 43 %. Par contre, le ratio s'est amélioré entre 1985 et 1999, mais pas au début des années 2000 (cf. tableau 3).

Selon les statistiques de l'Institut des Comptes nationaux, en 2001 et en 2002, l'emploi intérieur a chuté dans l'agriculture, l'industrie, la construction et le commerce (surtout l'industrie : - 7 % en 2 ans). Il a continué à croître dans les services (sauf le commerce), et notamment dans les services publics (en ce compris l'enseignement) : + 2 % en deux ans. Au total : - 1/2 % en deux ans (- 1 % pour les seuls secteurs privés).

Tableau 3 – Deux Ratio à suivre

	1970	1985	1990	1995	1999	2001 *	2003
Ratio personnes non occupées / personnes occupées (emploi officiel)	1,66	1,77	1,65	1,73	1,66	1,48	1,52
Ratio (Personnes non occupées + occupés secteur public**) / Personnes occupées dans le secteur privé, indépendants et aidants	2,29	2,80	2,58	2,69	2,59	2,04	2,10

* Rupture de série : nouvelle comptabilisation de l'emploi à partir de 2001 (ICN). Encore à vérifier : le nombre d'emplois est-il supérieur au nombre de personnes (doubles emplois éventuels).

** Administration publique et enseignement à partir de 2001. Cependant ces personnes cotisent aussi et créent de la valeur ajoutée.

Source : calculs UCL/SESA sur base de données du Ministère de l'Emploi et du Travail (jusqu'en 1999), puis de l'Institut des Comptes nationaux sur site web de l'INS.

Les autorités soulignent actuellement la nécessité d'améliorer les taux d'activité, notamment ceux des aînés ; à cette fin, il convient de mettre l'accent non seulement sur l'attractivité de l'emploi, mais surtout sur le nombre d'emplois et la poursuite de la croissance.

2. Ages à risque accru d'incapacité grave ?

Selon certains indicateurs, la prévalence des incapacités graves diminue au fil du temps (cf. section 6).

Si cette amélioration de santé se confirme, les seuils de 65 ans et de 80 ans ne seront dès lors plus pertinents.

Le seuil habituellement retenu pour le risque accru d'incapacité est actuellement de 80 ans. Le nombre de personnes atteignant cet âge triplera d'ici 2050.

Par contre, en adaptant ce seuil à l'évolution prévue de l'espérance de vie (censée se répercuter sur les incapacités), la croissance du nombre de personnes concernées par le risque d'incapacité grave serait réduite d'environ un tiers en 2050 : doublement au lieu de triplement.

Tableau 4 – Evolution du nombre d'octogénaires et de personnes concernées par le risque d'incapacité grave, en cas d'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité (EVSİ) - 2000-2050.

En milliers	2000	2010	2050	Index 2050 pour 2000=100
Nombre d'octogénaires	337	539	1135	301
Nombre selon seuil d'âge adapté (en cas d'amélioration de l'EVSİ)		487	821	218

Source : Population : Perspectives 2000-2050, INS, BFP.

Choix des seuils : UCL selon données de Robine pour la France et évolution de l'espérance de vie in : Mestdagħ et al (2003), tableau 27.

Notons bien qu'il s'agit d'un *proxy* pour estimer une population particulièrement à risque.

En réalité, la fraction de personnes effectivement touchées par une incapacité grave est relativement faible : 6 à 15 % parmi les 75+ et seulement 3 à 4 % dans l'ensemble de la population (en ce qui concerne les incapacités liées à une maladie chronique, mais hors démences). Au total (en tenant compte aussi des jeunes), les projections pour cet indicateur laissent entrevoir pour l'avenir des nombres de personnes âgées réellement atteintes d'incapacité grave nettement inférieurs à ceux apparaissant au Tableau 4 (voir section 6). L'évolution relative aussi sera nettement moindre.

3. Ages à risque accru de soins ?

Les enquêtes de santé en Belgique confirment une étude de Robine et al (1998b) : la prévalence des maladies chroniques augmente beaucoup plus tôt dans la vie que celle des incapacités.

Figure 3 - Personnes avec incapacité sévère ou modérée causée par maladie chronique (%)

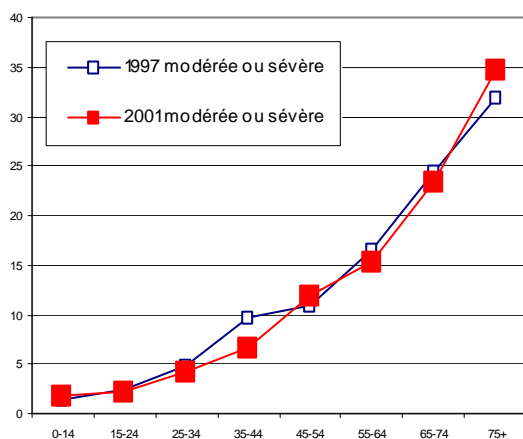
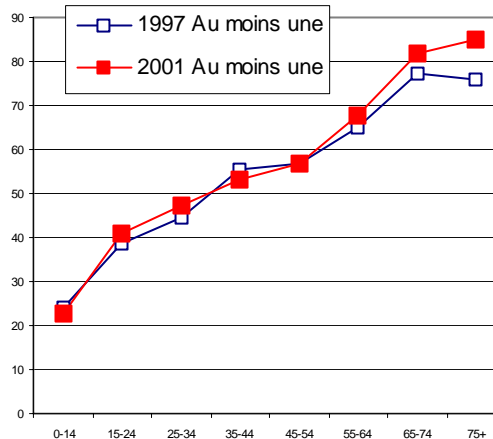


Figure 4 - Affections chroniques au cours de l'année écoulée, par groupe d'âges (%)



Source : UCL, sur base des enquêtes de santé (en abrégé : « HIS »), 1997 et 2001

Ces graphiques correspondent de très près à ceux publiés par Robine (cf. rapport complet) :

Pourcentage de population de 55 ans atteinte de :	Incapacité	Maladie chronique
Belgique 1997-2001	± 10- 15 %	± 60-70 %
France, Femmes 1991	± 10 %	± 58%
Age où ± 25 % de la population est atteinte de :	Incapacité	Maladie chronique
Belgique 1997-2001	± 65-74 ans	dès ± 15 ans (?)
France, Femmes 1991	± 70 ans	± 35 ans

L'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé permet d'espérer un recul de l'âge à risque. Le critère et le seuil d'âge à risque accru de soins restent à définir.

Suggestion : **le critère pourrait être l'âge à risque accru de multimorbidité** (très onéreuse).

Pour un seuil fixé au départ à 65 ans, et en l'adaptant à l'évolution prévue de l'espérance de vie (censée se répercuter sur la santé), la croissance du nombre de personnes âgées concernées par un risque accru de soins serait réduite d'environ un tiers en 2050 : + 29 % au lieu de + 68 %. Toutefois, en ce domaine, le nombre de personnes réellement affectées sera supérieur à celui des 65+, vu la fréquence de ces affections parmi les classes d'âges plus jeunes (cf. section 5.2). L'infléchissement des recours démarre plus tôt : 45 ans pour les hommes, 55 ans pour les femmes. Aussi, le seuil de 65+ n'est-il sans doute guère adapté pour caractériser ce risque accru, sauf pour ce qui est des soins liés à la multimorbidité.

Tableau 5 - Evolution du nombre de personnes de 65 ans et plus et de ce seuil d'âges adapté selon l'amélioration de l'espérance de vie (2000-2050)

En milliers	2000	2010	2050	Index 2050 pour 2000=100
Nombre de 65 +	1 731	1 855	2 899	168
Nombre selon seuil d'âge adapté		1 720	2 228	129

4. Le « papy boom » : charge ou richesse ?

4.1. Charge parentale ?

L'évolution prévisible du *coefficient dit de « charge parentale »* $[(P_{80+} / P_{45-64}) * 100]$ est fortement à la hausse, ce qui a pu provoqué des commentaires alarmants. *Toutefois ce coefficient est doublement fallacieux.*

- a) Si on s'en tient au seuil de 80+ pour calculer la « charge parentale », celle-ci semble exploser (surtout en Flandre). Mais ce coefficient surestime l'évolution ; en effet, il néglige le recul attendu de l'âge de la dépendance (et on se trompe donc sur le seuil d'âge à considérer pour calculer un tel coefficient pour le futur).

En tenant compte de cette amélioration, le coefficient de charge parentale potentielle sera quasi inchangé en 2020 ; il doublera néanmoins en cinquante ans (au lieu de tripler) : de 17 % à 31 %.

- b) En réalité, la charge effective ne concernera qu'une faible fraction de la population âgée. En Belgique, on ne recense parmi les 75+ que 10 % d'incapacités graves liées à une maladie chronique (ISP, Enquête de Santé 2001). En France : seuls 15 % des 80 + sont non autonomes (Robine). En ce qui concerne les octogénaires, la charge réelle pourrait donc se limiter à 1,5 – 5 % (hors démences) ! Ceci devrait toutefois être vérifié sur base d'indicateurs de dépendance en matière d'actes de la vie quotidienne.

4.2. Apport intergénérationnel des âgés

Les personnes âgées constituent aussi une richesse dont il faut mesurer l'apport.

Notamment , en matière de garde d'enfants, laquelle favorise l'activité des jeunes mères, souhaitée par les économistes.

Nous proposons un coefficient nouveau : « d'apport intergénérationnel des âgés » (ou « apport parental des âgés ») :

$$(P_{60-79} / P_{25-44}) * 100$$

Tableau 6 - Coefficient d'apport intergénérationnel des âgés $(P_{60-79} / P_{25-44}) * 100$

1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050
58 %	62 %	71 %	85 %	97 %	97 %	94 %

Les seuils d'âge devraient être validés et l'apport effectif devrait être mesuré dans toutes ses facettes : économique, social et culturel.

4.3. Effet positif du vieillissement

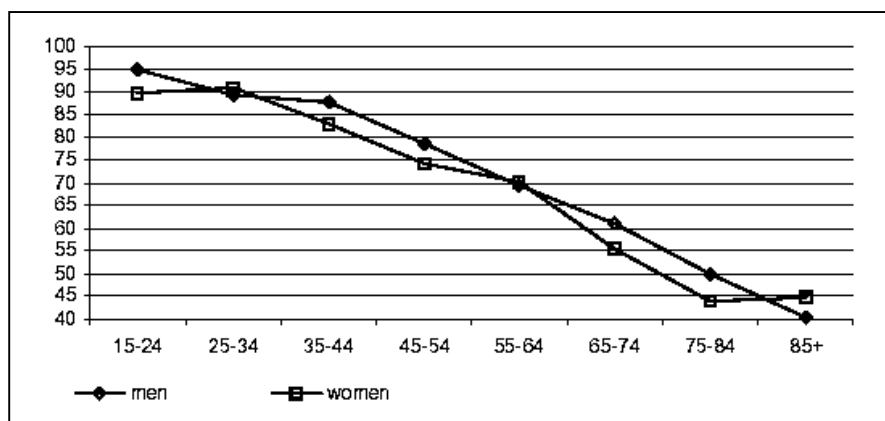
Le « vieillissement » n'est pas seulement un facteur d'augmentation des dépenses de santé, il en est aussi une conséquence heureuse. Le progrès médical, couplé à l'amélioration des conditions de vie, contribue à allonger l'espérance de vie, ainsi que l'espérance de vie sans incapacité. Nous vivons plus longtemps et en meilleure forme.

5. Santé et vieillissement

5.1. La santé se détériore avec l'âge

a) Santé autoperçue

Figure 5 - Population en bonne santé par groupe d'âges et genre, 2001 (%)



Source : Health Interview Survey, 2001, in Mestdagh et al, Agir Project, 2003.

La baisse avec l'âge est substantielle : de 90 % ou plus de satisfaits de leur santé vers 20 ans, à 40-45 % à partir de 85 ans.

Or notons d'emblée que la morbidité (bien reflétée par la santé perçue) est le principal moteur de la consommation de soins.

b) Affections chroniques

La fraction de personnes atteintes d'affections chroniques et le nombre moyen d'affections chroniques déclarées augmentent fort avec l'âge ; le nombre est même sous estimé car il n'inclut pas les démences. De plus, contrairement aux incapacités graves, elles sont très fréquentes.

Tableau 7 - Affections chroniques selon l'âge - 2001

	Avant 65 ans	64-65	75 +
% de personnes atteintes d'au moins une affection chronique	23 à 68 %	82 %	85 %
Nombre moyen d'affections chroniques au cours de la dernière année	0,3 à 1,7	2,5	3

Source : ISP, Enquête de Santé - 2001, Basé sur une liste de 34 maladies, hors démences

c) Multimorbidité

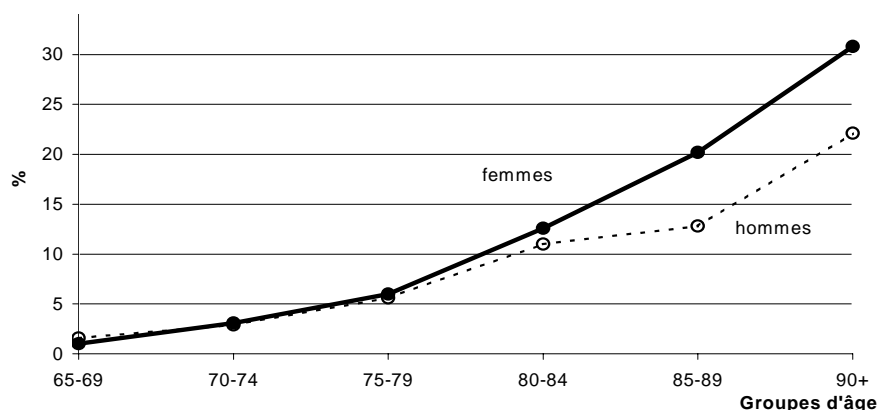
La multimorbidité est nettement plus fréquente avec l'âge : de 8 à 10 % à 25-34 ans ; 30-40 % à 65-74 ans ; 40-50 % au-delà (enquêtes de santé 1997 et 2001).

Or le coût de la multimorbidité est très élevé : pour un homme de 65 ans, la première maladie ajoute 360 € par an à la dépense toutes choses étant égales par ailleurs, la deuxième 620 € et la quatrième 1830 € (France, Grignon, 2003).

d) Un problème particulier : les démences

L'augmentation des démences est très forte aux âges élevés : si la prévalence est quasi nulle avant 70 ans, elle dépasse 20 % à partir de 90 ans chez les hommes et même 30 % chez les femmes (étude européenne, cf. Figure 6).

Figure 6 - Prévalence des démences toutes causes par groupe d'âges et genre.



Source : Lobo, 2000 (« Pooled analyse », Europe).

5.2. Morbidité : croissance numérique même s'il y a compression ?

L'évolution de la morbidité diffère de celle de sa composante « incapacité » (cf. section 6). Mais, comme pour l'incapacité, les progrès de santé éventuels peuvent freiner la croissance du nombre d'affections. Cependant, en ce domaine, la croissance numérique restera forte.

a) Evolutions récentes

Selon les enquêtes de santé, entre 1997 et 2001 :

- Le nombre de personnes déclarant une maladie chronique a augmenté, de même que le nombre de maladies déclarées (de 20 % en quatre ans).
- La multimorbidité aussi a crû, surtout parmi les âgés : pour les 75 +, le % de personnes souffrant d'au moins 3 maladies chroniques de longue durée est passé de 40 à 50 %.

Par contre, la santé subjective s'est améliorée.

Ces résultats restent à confirmer par les enquêtes de santé ultérieures, vu le faible intervalle entre les deux années d'observations et le nombre relativement bas de personnes âgées interrogées.

b) L'avenir des maladies chroniques en général

A prévalence inchangée, le nombre total de personnes atteintes de maladie chronique (hors démences) aura augmenté de quelque 450 000 individus en 2020 et de 700 à 800 000 en 2050, et ce malgré la contraction des classes jeunes (également touchées par ces affections). Cette croissance concerne essentiellement des personnes âgées. Globalement, les dépenses de soins continueront donc à croître, même si la propension à consulter restait stable. L'évolution pourrait être moindre, en cas de succès des mesures préventives (styles de vie, vaccinations, contrôle des risques, détection précoce, ...). Par contre, si l'expansion des maladies chroniques se confirmait, leur nombre croîtrait encore davantage à l'avenir.

La perspective de soins accrus présente cependant des aspects positifs : non seulement ces soins améliorent la qualité de vie, mais ils contribuent sans doute aussi à atténuer la croissance des soins de long terme liés à la dépendance, en favorisant le recul des incapacités graves. Il reste à établir le bilan du coût de ces soins (de court terme), par rapport aux bénéfices, en termes de santé et de dépenses de long terme évitées.

c) L'avenir des démences

D'environ 70 à 90 000 (en 1995), le nombre de démences pourrait croître. Selon les taux par âge livrés par diverses méta analyses, leur nombre se situerait en 2000 entre 100 000 et 136 000 ; si ces taux restaient stables, ce nombre pourrait croître d'un tiers à la moitié en vingt ans, pour atteindre 135 000 à 200 000 cas en 2020. La littérature confirme aussi la croissance. Cependant, des progrès médicaux en cours pourraient incurver cette sombre perspective.

d) Impact réel sur les dépenses, même s'il s'agit d'un artefact

En France, le nombre de personnes atteintes d'au moins une des maladies étudiées (parmi 13 groupes de maladies chroniques potentiellement invalidantes) a augmenté entre 1981 et 1991, de même que le nombre de maladies par malade, avec concentration des hausses parmi les âgés. Robine suggère toutefois qu'il pourrait s'agir d'un artefact, suite au sous-diagnostic, au sous-dépistage et à la sous-information en 1981.

Néanmoins, l'évolution en ces domaines stimule la propension à consulter et peut donc accroître la consommation de soins, même en l'absence d'une réelle croissance de la morbidité.

5.3. Les femmes : triple discrimination

Les femmes souffrent d'une triple discrimination :

- Elles passent une plus large proportion de leur vie en mauvaise santé.
 - Elles endossent plus souvent la lourde charge d'aidante.
 - Elles se retrouvent plus souvent seules dans la vie quand vient la dépendance.
- L'amélioration attendue de la mortalité masculine ne comblera pas l'écart : en 2020 il y aura toujours encore 1,9 femmes de 80 ans ou + pour un homme, et 1,5 en 2050.

Se pose donc la question d'une juste compensation, non seulement pour les difficultés subies, mais aussi pour le service rendu à la communauté, grâce à leur apport à la prise en charge de la dépendance. Faut-il envisager une rétribution spécifique ? Une modulation des conditions de retraite en fonction des services rendus ? Une organisation plus soutenue de services aux aînés ?

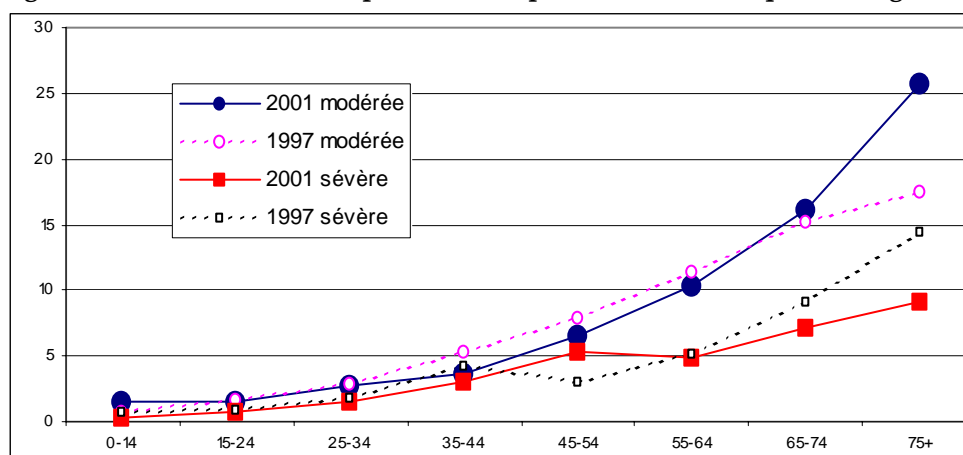
6. L'incapacité : distinction à faire selon la gravité

6.1. Incapacité : résultats contrastés

- Une compression est avérée selon la littérature (revue arrêtée à 2002).
- En Belgique (mais ces résultats sont à confirmer par les enquêtes de santé suivantes) :
 - o Le score moyen d'incapacité physique SF36 s'est aggravé
 - o Un indicateur conforte la théorie de l'équilibre dynamique de Manton (cf. fig. 7) :

Pour les incapacités liées à une maladie chronique (probablement hors démences), les incapacités modérées ont augmenté en nombre, contrairement aux incapacités graves

Figure 7 - Personnes avec incapacité causée par maladie chronique, selon gravité (% par classe d'âges)



Source : ISP, Enquêtes de santé (HIS), 1997 et 2001, Graphique UCL

A prévalence inchangée d'incapacité grave liée à une maladie chronique, le nombre de 65+ qui en souffrent augmentera, sans que la projection soit alarmante : + 28 % en 20 ans, + 75 % en 50 ans. La croissance *globale* sera à peine atténuée par la contraction des classes jeunes, soit au total + 50 à 65 000 cas supplémentaires en 2020 et + 100 à 150 000 en 2050 (respectivement +15 à + 28 %). Mais si on y ajoute les démences, ce nombre sera probablement doublé en 2020.

Si la compression se poursuit, ces perspectives seront moindres. Ainsi, si parmi les 65+, on passait de 9 % d'incapacité grave (estimation 2000) à 7 % en 2020, la croissance du nombre de personnes âgées atteintes serait nulle d'ici là (toujours hors démences) et ne dépasserait pas 30 % si ce seuil était atteint en 2050 ! Pour affiner les projections, des données par catégories d'âges plus fines seraient nécessaires.

6.2. Stratégies pour faire reculer l'incapacité

- **Formation** des soignants à la problématique du grand âge,
- **Promotion de la santé** : styles de vie sains, logements adaptés (prévention des chutes, ...),
- **Prévention** (notamment la détection précoce des maladies potentiellement invalidantes, telles que glaucome, insuffisance cardiaque, ...),
- **Surveillance systématique de la fragilité** (en première ligne et à l'hôpital),
- Renforcement des **soins et de l'aide à domicile** et
- Incitation à la mise sur pied de **structures de transition** (cf. 18.1.3.).

NB Ces stratégies seront développées à la section 18.2.

7. Qualité de vie

7.1. La santé subjective

La santé subjective **se dégrade avec l'âge** et le nombre de plaintes augmente (HIS-2001 ou 1997) :

- 55 % des 75+ sont insatisfaits de leur état de santé (contre 10 % avant 35 ans),
- 31 % signalent une détérioration de leur état de santé (contre 13 % en moyenne) et
- les 75+ déclarent en moyenne 6,9 plaintes (contre 4,8 chez les 15-24 ans).

Or, la santé subjective « a une **relation étroite avec les chances de survie** et constitue un prédicteur de morbidité, du statut fonctionnel, de l'invalidité et de la consommation de soins » (ISP, Enquête de Santé 2001).

NB Pour les personnes âgées, il serait pertinent d'ajouter une catégorie dans les possibilités de réponses sur la satisfaction de sa santé : « parfois bien, parfois mal » (cas fréquents).

7.2. Le bien-être social

a) Dégradation avec l'âge et lien avec la santé

Le bien-être social est lié de façon très significative à la perception de son état de santé, et ce quel que soit l'indicateur : contacts sociaux rares et insatisfaisants, réseau social restreint et faible niveau de support social instrumental et fonctionnel.

Les 75+ sont plus nombreux que leurs cadets à rendre compte d'une situation défavorable en ce domaine (ISP, enquête de santé 2001) : 10 % se disent insatisfaits de leurs contacts sociaux ; 21 % présentent un réseau relationnel restreint, 16,3 % un faible niveau de support social instrumental et 11,7 % un soutien fonctionnel de faible qualité (15 % chez les 65-74 ans).

Le passage à la retraite crée une rupture importante et le modèle fondé sur le cycle ternaire de vie (formation – travail – retraite) est remis en question.

b) Stratégies pour l'amélioration

Diverses stratégies d'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées sont envisageables, dont :

- **Vieillessement actif** : pluriactivités à tout âge (favorisées par de nouvelles réglementations du travail).
- **Solidarité** : stimuler le volontariat et favoriser la pensée positive.
- **Prévention** et accueil de jour (cf. section 18.2).
- Favoriser les **lieux de rencontre intergénérationnels** : crèches avec centre de jour pour personnes âgées, transports vers des réunions, adoption de grand-parents, services de « matching » d'adultes éloignés géographiquement et prenant soin de leurs parents respectifs, ...

8. « Profils » de consommation de soins des âgés

8.1. Les soins : médecins, dentistes, kinésithérapeute, médicaments

- Le *généraliste* : les recours deviennent plus fréquents avec l'âge.

Les 65 + ont deux à trois fois plus de contacts avec le généraliste.

Ils privilégient très nettement les visites à domicile plutôt que les consultations (mais la part des visites à domicile diminue avec le temps, y compris pour les âgés).

Près de la moitié des contacts des 75+ se font à l'initiative du généraliste.

- Le *spécialiste*

Les différences de recours au spécialiste selon l'âge sont faibles (profils 1997, à confirmer).

Le rapport des contacts généralistes / spécialistes est à la baisse dans le temps (données INAMI) et s'accroît fortement avec l'âge (HIS-2001) : les hommes de 75 ans ou + ont en moyenne cinq fois plus de contacts avec le généraliste qu'avec le spécialiste (4,6 fois plus chez les femmes).

- Les *soins « spéciaux »* : recours plus fréquents avec l'âge (données INAMI).

Les soins spéciaux forment une partie importante de l'activité des spécialistes. Leur croissance (+ 3 à 9 % par an) est nettement plus rapide que celle des recours de la population.

- Le *dentiste* : le recours et le nombre moyen de contacts sont moins fréquents avec l'âge

26 % des 75+ déclarent avoir rencontré leur dentiste depuis moins d'un an (versus 58 % des 15-24 ans) (ISP, enquête de santé 2001).

En Belgique, comme en France, le nombre de recours annuel au dentiste des personnes âgées augmente en moyenne avec le temps.

- Le *kinésithérapeute* : les recours deviennent nettement plus fréquents avec l'âge

22 % au-delà de 74 ans en 2001, contre 6 % chez les enfants et adolescents, surtout chez les femmes âgées (25 %, *versus* 15 % d'hommes).

La diminution des recours par rapport à 1997 touche davantage les 75+.

S'agit-il seulement d'un moindre confort ou met-on en péril les possibilités de réadaptation ?

- Les *médicaments*

- *prescrits* : ils sont plus fréquents avec l'âge

89 % au cours des deux dernières semaines chez les 75+ *versus* 25,2 % chez les 25-34 ans ;

- *non prescrits* : ils sont moins fréquents avec l'âge

18 % chez les 75+, à comparer aux 25-34 ans : 32 % des hommes et 47 % des femmes (ISP, enquête de santé 2001).

- Les *soins en fin de vie*

Particularité : à l'approche du décès, les soins diminuent d'intensité à mesure que l'âge avance.

8.2. Services et institutions de soins

- Les *admissions hospitalières*

Les admissions hospitalières ont enregistré une croissance importante de 1984 à 1993, puis une stabilisation uniquement dans les hôpitaux généraux ; la croissance perdure dans les hôpitaux psychiatriques (données du Ministère de la Santé publique).

De 1993 à 1997, les admissions des moins de 60 ans sont en baisse ; tandis que celles des personnes âgées augmentent de 8 %, leur proportion parmi les hospitalisés passant de 37 à 40 %. Cette croissance peut être due à l'intensité du vieillissement.

En 2000, on constate une croissance des *taux* d'admissions avec l'âge, à partir de 45 ans pour les hommes ou de 50 ans pour les femmes (RCM).

- *La durée de séjour et les journées en hôpital*

Le nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques a diminué depuis 1982, de même que la durée de séjour.

La durée moyenne de séjour augmente très fort avec l'âge : 5,6 jours chez les 16-35 ans ; 17,5 à partir de 80 ans.

Tableau 8 - Séjours, durée et journées d'hospitalisation, selon l'âge (INAMI, 2001)

	Séjours par 100	Durée	Jours par personne
16-35	11,9	5,6	0,67
70-79	35	12,8	4,48
80+	51	17,5	8,93
Total	16,4	9,2	1,51

Source : Données INAMI, Exposé de De Cock, in Lanjri, 2004

- *Maisons de repos et MRS*

Les taux d'hébergement en maison de repos (MRS et MRPA) croissent très fort avec l'âge :

85-89 ans : 23 %, 90-94 ans : 47 %, 95 ans et + : 77 % (2003).

Le taux d'hébergement des 60+ est moindre en Flandre (4,4 %, *versus* 5,8 % en Wallonie et 6,8 % à Bruxelles) ; il en va de même pour des seuils d'âges supérieurs.

Ce taux inférieur en Flandre est à rapprocher du fait que la Communauté flamande a créé des service-flats dès 1990 et le niveau de recours aux SIAD y est plus élevé.

- *Soins infirmiers à domicile (SIAD)*

De même, la consommation en soins infirmiers à domicile (en montants moyens INAMI) est fortement croissante avec l'âge : entre les 65-69 et les 90 +, le rapport est de un à quatorze ; et ce à des niveaux différents dans chaque Région : bas à Bruxelles, moyen en Wallonie et élevé en Flandre.

Trois types de profils de consommation peuvent être distingués, dont un seul de longue durée (toute l'année et consommation 5,7 fois la moyenne), plus fréquent en Flandre. Dans l'ensemble, ce profil ne concerne que \pm 9 % des bénéficiaires de SIAD (données d'enquête).

L'urbanisation ne semble pas un facteur explicatif des différences régionales : après correction pour l'âge et le sexe, nettement plus de personnes font appel aux soins à domicile dans les grandes villes de Flandre et de Wallonie qu'à Bruxelles (HIS 2001) ; les différences entre ces villes et les zones semi-urbaines et rurales ne sont pas significatives. Leroy propose trois éléments potentiellement explicatifs des différences entre Bruxelles et les deux autres régions :

- la structure socio-professionnelle de la population bruxelloise (plus d'employés, cadres, indépendants et de professions libérales et moins d'ouvriers) : selon HIS-2001, les catégories socioprofessionnelles supérieures consomment moins de SAD ;
- l'offre insuffisante de SAD et de SIAD par manque de financement et de personnel ;
- présence d'une population étrangère peu habituée à ce type de service.

On peut aussi subodorer les problèmes de sécurité, de circulation et de stationnement.

- *Services pour seniors*

Les services pour seniors sont utilisés par 24 % des 60 ans et + ne vivant pas en maison de repos (ISP, enquête de santé 1997). Ici encore, la Flandre fournit plus d'aide à domicile.

9. Perspectives d'avenir en volume

Nous présenterons ici les facteurs d'évolution et les résultats des projections, laissant les propositions d'action pour la section 18.

9.1. Facteurs d'évolution

- Effet *mécanique*

L'effet mécanique du vieillissement est dû à la déformation de la pyramide d'âges :

- son effet sur la croissance des recours aux soins est faible globalement ;
- mais important pour les besoins de services spécifiques aux âgés

Pour évaluer ce type d'effet, on utilise les taux de consommation actuels pour les appliquer aux structures de population à venir. Pour calculer l'effet net, il faut aussi tenir compte des évolutions parmi les classes jeunes (lesquelles diminueront en nombre à l'avenir).

- Effet *morbidité/incapacité*

La morbidité s'aggravant avec l'âge, le vieillissement aura un effet à la hausse sur les dépenses. Mais l'espérance de vie s'allonge et aussi l'espérance de vie sans incapacité grave. L'existence de cet « effet morbidité » (volet « incapacité ») nécessite l'élaboration d'hypothèses alternatives pour les services spécifiques aux âgés et allègera la croissance des besoins en la matière.

- Effet *société*

Par effet société, on entend une croissance de la consommation à tous âges, de par l'influence de divers facteurs : progrès technologiques, attentes des patients, normes de pratique, influence des médias, pression des lobbies, ...

- Effet *génération*

L'effet génération signifie que les vieux d'aujourd'hui consomment plus que ceux d'hier. L'écart s'accroîtra ainsi, avec l'arrivée aux âges avancés de générations habituées à se soigner.

9.2. Projections pour l'avenir (tous âges confondus)

- *Recours au médecin*

- Recours au *généraliste* par habitant : - 4 % de 1999 à 2019, sur base des tendances récentes
Cette réduction probable résultera de la désaffection graduelle à l'égard du généraliste, laquelle sera partiellement compensée par le vieillissement (Deliège, 2003).

- Recours au *spécialiste* par habitant : + 24 % de 1999 à 2019

L'effet mécanique du vieillissement paraît quasi nul (les profils par âge seront à vérifier sur base des enquêtes de santé ultérieures) ; le développement potentiel des recours qui apparaît très rapide, se produira sous la poussée d'autres facteurs.

- *Soins spéciaux et soins en fin de vie*

On pourrait s'attendre à une croissance des soins spéciaux de par les progrès technologiques et l'élargissement progressif des indications.

Par contre, vu l'amélioration de l'espérance de vie, l'âge au décès s'élève; les soins en fin de vie (particulièrement coûteux) croîtront donc moins vite, vu que leur intensité diminue avec l'âge.

- *Effectifs de médecins*

Compte tenu de la hausse des recours, de la baisse prévisible d'activité (féminisation et retraites plus précoces) et de la surmédicalisation, on a pu chiffrer les besoins à venir en effectifs de médecins à 9 % en vingt ans du côté francophone (de + 3 à + 13 % selon les scénarios).

- *Personnel infirmier et soignant*

Le besoin en personnel infirmier et soignant pour faire face à l'évolution envisagée du système de santé est considérable : progression importante (résultats non montrés). Par conséquent, une pénurie future est possible si des hypothèses hautes de croissance des soins se réalisaient.

- *Hospitalisations : admissions et durée de séjour*

Une forte croissance d'admissions des hospitalisés très âgés est prévisible (multiplication des 80+ par 1,7 entre 2000 et 2020, triplement en 2050), selon une hypothèse de stabilité des taux par âge de 2001 (données INAMI) ; mais elle sera partiellement compensée par la diminution des admissions dans les classes plus jeunes. Tous âges confondus, la croissance moyenne des admissions peut être évaluée à + 0,5 % par an (2000-2050). L'augmentation des journées sera plus importante : + 0,9 %. En 2050, un patient hospitalisé sur deux aura au moins 65 ans ; un sur trois, 75 ans.

Figure 8 : Journées d'hospitalisation selon l'âge, 2000-2050, Belgique (indices pour 2000=100)

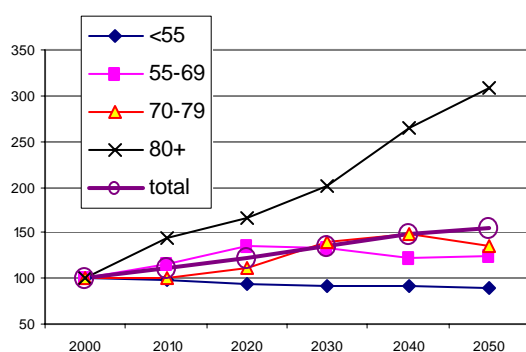
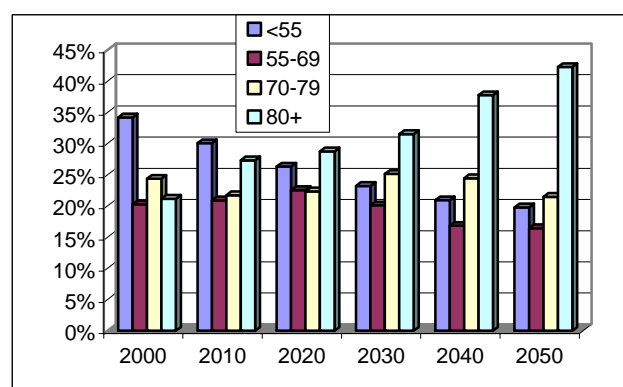


Figure 9 : Part de chaque groupe d'âges dans le total des journées (2000-2050, Belgique) - % à taux par âge constants



Source : Projections UCL selon profils par âge (INAMI (taux constants) et perspectives de population INS)

En outre, on peut penser que d'autres secteurs d'activité importants à l'hôpital continueront à se développer : plus de patients externes, d'hospitalisations de jour et d'urgences. Par conséquent, le personnel et les dépenses hospitalières croîtront plus vite que le nombre d'admissions.

- *Hébergement des personnes âgées*

Les besoins futurs en hébergement des personnes âgées sont importants, quel que soit le scénario : + 43 000 à + 56 000 places supplémentaires de 2000 à 2020, selon la prise en compte (ou non) d'une possible amélioration de l'espérance de vie sans incapacité. Des investissements considérables sont donc à prévoir, surtout en Flandre (+ 29 à 36 000, soit + 47 à 58 %), moins en Wallonie (+ 13 à 18 000), quasi nuls à Bruxelles. Dans les trois régions, la qualité devrait être améliorée (par un nombre accru de chambres particulières) et les progrès devraient s'accompagner d'une politique active en matière d'habitat adapté, de soins à domicile, d'environnement, de styles de vie et de conditions de vie.

- *Soins infirmiers à domicile (SIAD)*

Une augmentation de SIAD est à prévoir entre 2000 et 2020 : de + 29 % à + 40 % selon que l'on prenne en compte ou non une amélioration de l'espérance de vie sans incapacité. En outre, si les taux d'utilisation en Wallonie et à Bruxelles, qui accusent un retard en ce domaine, s'alignaient sur celui de la Flandre (1999), c'est une multiplication par 1,7 en Wallonie et par 3,4 à Bruxelles en 20 ans qui serait à organiser, malgré le recul attendu des incapacités graves !

- *Médicaments* : la part relative de l'INAMI augmente dans les dépenses pharmaceutiques globales ; ce mouvement pourrait perdurer (vieillesse et nouveaux traitements disponibles).

10. Offre de services aux personnes âgées

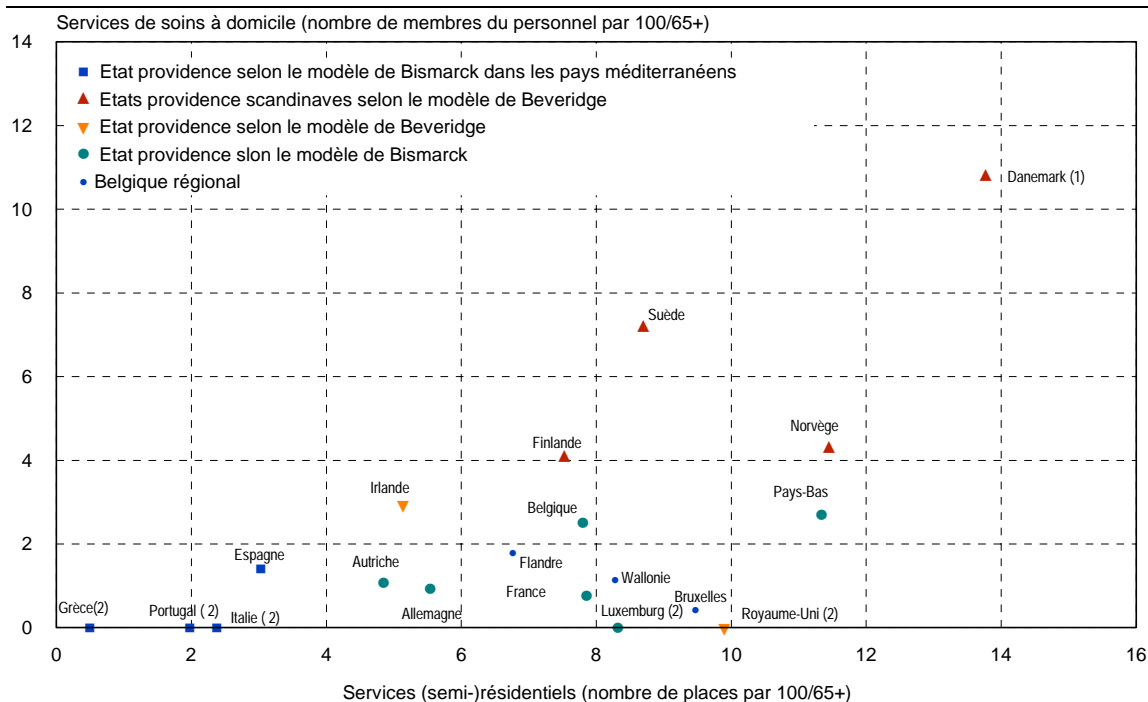
Les services aux personnes âgées peuvent être subdivisés en services résidentiels, transmuraux ou semi-résidentiels et services à domicile.

Sur le plan du développement des services, la Belgique se situe parmi les pays avancés et l'évolution en ce sens perdurera. Pourtant, on distingue de nombreux signes de substitution entre les soins institutionnels et les soins à domicile et aussi nombre de besoins non couverts.

Comparé à la situation au niveau international, la Belgique est plutôt orientée vers des solutions institutionnelles. Avec environ 7 places par 100 personnes de 65 ans ou plus, la Belgique se situe parmi les pays avec un bon développement de **soins résidentiels**.

La Flandre se situe plus bas, mais ceci se voit compensé par davantage de résidences-services ; la Wallonie et surtout Bruxelles se situent plus haut. Les différences sont moins prononcées si on les corrige pour l'âge : dans ce cas, la situation de l'institutionnalisation devient comparable entre les trois régions. En Flandre, il y a relativement plus de lits MRS, en Wallonie plus de lits MRPA. Globalement, si en Flandre le taux d'institutionnalisation atteignait celui de Wallonie et Bruxelles, il se situerait 1,5 point de pour cent plus haut (soit + 25 %!). Les résidences-services compensent en partie cette différence. Ceux-ci, combinés avec une forme limitée d'aide à domicile, constituent vraisemblablement une alternative valable pour une partie des soins institutionnels.

Le prix de journée relativement élevé des soins résidentiels entraîne aussi un frein implicite à l'institutionnalisation. Malgré tout, dans une perspective internationale, la Belgique se situe parmi les pays qui connaissent un taux élevé d'institutionnalisation.



(1) Chiffres pour le Danemark non comparables (les soins à domicile comprennent le personnel dans les services résidentiels et les services résidentiels et les services résidentiels comprennent les logements pour personnes âgées)

(2) Pas d'informations disponibles au sujet du personnel des soins à domicile

* Pour les chiffres régionaux (Flandre, Wallonie et Bruxelles), les services de nettoyage ne sont pas inclus, pour la Belgique ils le sont.

Source: Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 1998

Figure 10 Développement des services résidentiels et des services de soins à domicile pour personnes âgées en Europe

Par ailleurs, on note des différences importantes au plan des **soins à domicile**. En Wallonie ceux-ci se situent à la moitié du niveau atteint en Flandre ; à Bruxelles à un quart de ce niveau. Au plan des dépenses, les différences sont moins prononcées. En ce qui concerne les aides familiales aussi, les services fournis, exprimés en heures par personne de 65 ans et plus, s'élèvent en Flandre à plus du double du niveau atteint en Wallonie. Au sein même des régions, les différences peuvent également être considérables. Il y a là un signe indiquant qu'un niveau plus élevé de soins infirmiers à domicile, éventuellement complétés par des aides familiales, peuvent éviter des soins en institution.

A long terme, les deux systèmes de soins se développeront, complétés aussi par nombre de soins informels.

Les perspectives relatives au développement continu ne sont pas claires. Outre la différence manifeste de développement des soins entre les régions indiquée plus haut, on observe aussi des différences notables au sein des régions. En Flandre par exemple, des différences de développement de ces soins existent entre les provinces. Moyennant des corrections pour la structure par âge, on observe dans certaines provinces jusqu'à 50 % de soins à domicile supplémentaires par rapport au reste de la Flandre, tandis que les soins institutionnels peuvent être inférieurs de près d'un quart. Un certain nombre d'enquêtes illustrent le fait que l'offre de soins à domicile est encore insuffisante. Selon certaines d'entre elles, le besoin pourrait avoisiner les 10 % ; mais les pouvoirs publics flamands eux-mêmes ont proposé dans un passé récent une opération de rattrapage de 20 % pour l'aide familiale. Il est remarquable de constater que, même dans les régions bien dotées en soins à domicile, il y a aussi une demande

supplémentaire, ce qui illustre que l'offre crée sa propre demande, sans signifier pour autant que cette offre ne réponde pas à des besoins réels. D'autres études ne fournissent pas de résultats concordants quant au caractère suffisant ou non de l'offre.

Le débat relatif à l'encadrement et aux besoins en personnel du secteur n'est pas terminé. En Flandre, on a pris comme point de référence, la comparaison des niveaux de soins offerts, d'une part aux personnes âgées et, d'autre part, aux personnes handicapées, avec une nette différence dans l'encadrement qui est meilleur pour les handicapés). Ici aussi, on constate l'existence de besoins insatisfaits en matière de soins. Dans d'autres domaines également, on note des différences dans les services de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées (par exemple le budget d'assistance personnelle), et entre les MSP – maisons de soins psychiatriques et les MRS, écarts qui peuvent, il est vrai, se justifier par des différences au niveau de la durée des soins nécessaires et de l'incidence sur les moyens financiers.

Par ailleurs, un mouvement a vu le jour, en Belgique et ailleurs, en faveur du paiement de soins informels et de la création de congés pour la prise en charge de l'assistance. De tels systèmes existent déjà sur une grande échelle dans certains pays scandinaves, surtout pour l'accueil des enfants, mais ils sont beaucoup moins évidents en fin de vie (soins aux personnes âgées et soins palliatifs). En effet, la situation de l'aidant proche de personnes âgées est différente, comme l'est aussi d'ailleurs celle des soins aux personnes handicapées. Grâce à de tels systèmes, les soins informels occupent une grande place dans les soins prodigués aux enfants et aux personnes handicapées. C'est moins le cas pour les soins aux personnes âgées, pour lesquels bien souvent, l'aidant principal n'exerce plus d'activité professionnelle (voir aussi point suivant).

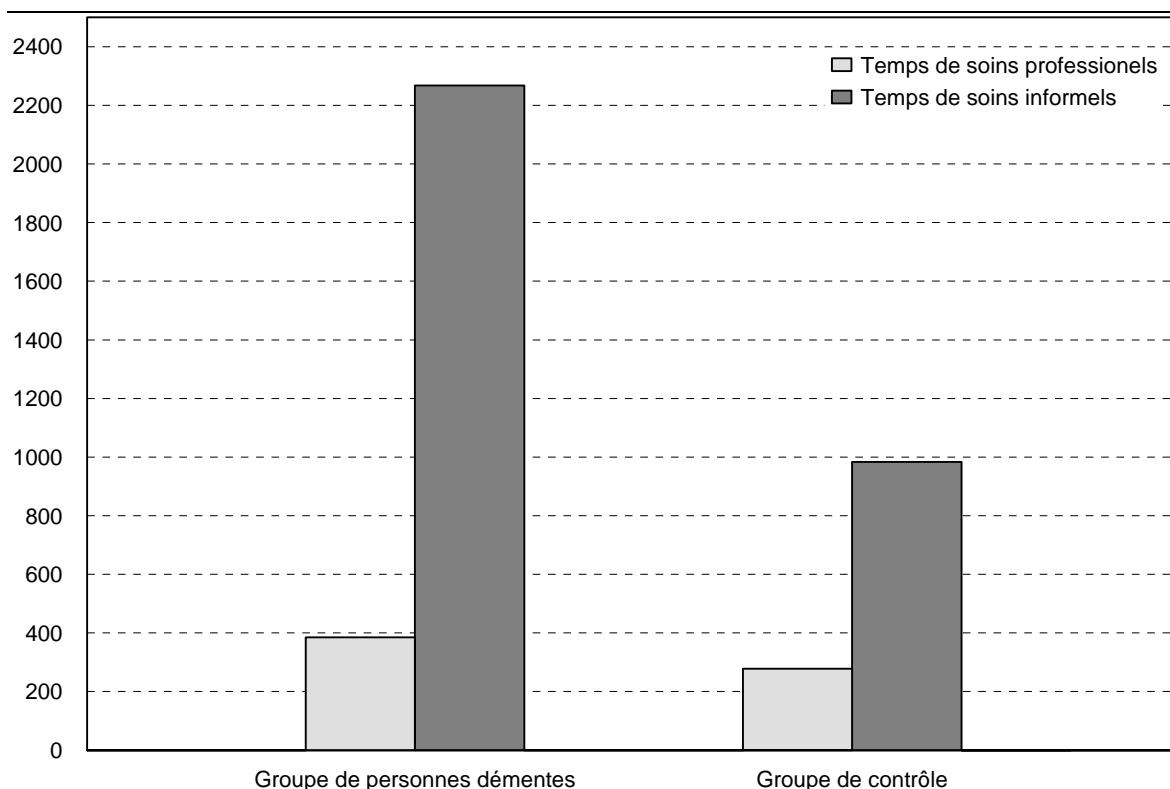
La politique explicite de la qualité dans le secteur est de date récente. Elle est axée sur les procédures, sur les résultats et également sur une plus grande implication du patient/client. Le contrôle de l'application de la réglementation, des normes et de l'encadrement est tout aussi indispensable. Des paramètres objectifs peuvent être utilisés pour l'évaluation de la qualité dans le secteur des soins aux personnes âgées. A cet égard, un paramètre important à prendre en compte est le fait qu'il existe encore toujours un grand nombre de chambres communes dans les soins résidentiels et que, dans le contexte hospitalier, il apparaît qu'un nombre de plus en plus élevé de personnes demandent une chambre particulière. Avec le temps, il faudra donc non seulement répondre aux besoins de développement de l'infrastructure, mais aussi prévoir la demande de rénovation et de mise à niveau. En outre, un encadrement de personnel adéquat est une garantie de qualité des soins. Même quand la croissance quantitative en matière d'infrastructures ralentira, il subsistera la nécessité de leur revalorisation qualitative (suppression des chambres communes, construction de résidences de soins et de résidences-services), lesquels nécessiteront des investissements supplémentaires.

11. Importance des soins informels et soutien à ce type de soins : ‘Will you still need me, will you still feed me, when I am 64’

Dans certains cas, les soins informels aux personnes âgées existent, dans d’autres non, auquel cas ils peuvent difficilement être créés à partir de rien. Des systèmes d’indemnisation ou d’encouragement des soins à domicile ne créeront pas directement des soins complémentaires, mais ils peuvent constituer une forme de considération sociale et, dès lors, ils augmentent dans de nombreux pays. Il est important de noter la complémentarité entre les soins professionnels et informels, les premiers soutenant ceux-ci. Pour les situations où les soins informels font défaut, les soins professionnels constituent le seul recours.

Les soins professionnels sont estimés à huit heures par jour pour une situation de soins à domicile moyenne ; pour les soins informels par contre, le temps de soins moyen est de quarante heures par semaine. Pour les personnes démentes, les soins informels, qui incombent souvent à l’aidant proche, atteignent jusqu’à 60 heures par semaine dans les cas les plus lourds. Ces chiffres peuvent fluctuer selon les groupes-cibles, mais des ordres de grandeur analogues reviennent systématiquement. Quant aux aidants proches, ils interviennent partout selon une séquence identique: il y a d’abord le partenaire ; ensuite, viennent les enfants, les beaux-enfants et, beaucoup moins fréquemment, l’aide du reste de la famille ou de bénévoles peut intervenir.

Nous donnons ci-dessous l’évaluation la plus récente des soins informels et professionnels pour les personnes démentes, comparée à un groupe de contrôle.



Source: Misplon, Pacolet, Hedebouw, 2004, Etude Qualidem

Figure 11 Moyenne du temps de soins professionnels et informels, chez les personnes démentes dans les soins à domicile, en minutes par semaine (2002)

En Flandre, de plus en plus de personnes âgées peuvent vieillir avec leur partenaire grâce à l'amélioration de l'espérance de vie, laquelle bénéficie d'ailleurs actuellement un peu plus aux hommes, de sorte que les femmes risqueront, moins que par le passé, de perdre leur partenaire suite à leur décès. Néanmoins, un grand écart subsistera encore longtemps (voir § 5.3). Dans le groupe d'âge le plus âgé, le nombre d'isolés augmente mais, de son côté, l'autonomie progresse. Une étude à long terme sur la population âgée en Flandre (étude LOVO) confirme que l'autonomie progresse et aussi que, au plan de l'aide ménagère, le besoin d'aide diminue. Mais l'aide ménagère demeure le premier type d'aide auquel on fait appel, de sorte que cette aide peut être un requis pour d'autres formes de soins à domicile (soins infirmiers) et pour pouvoir rester le plus longtemps possible à la maison.

A propos des soins informels, on peut aussi mentionner de nombreux régimes qui sont élaborés dans le cadre de notre sécurité sociale, en vue de faciliter de tel soins : l'interruption de carrière, les congés d'assistance et certaines formes d'allocations. En ce domaine, la Belgique rejoint à nouveau les pays scandinaves où, après avoir organisé l'accueil professionnel des enfants, on a finalement plutôt opté pour des congés parentaux pour assumer ces tâches. Cette discussion a aussi été transposée aux soins aux personnes âgées, bien que la situation soit fort différente en ce domaine, non seulement en ce qui concerne la nature des soins, mais également en ce qui concerne la situation de l'aidant proche : celui-ci est alors beaucoup moins souvent en situation professionnelle active ; par contre, il est surtout déjà un partenaire plus âgé. Les congés d'assistance peuvent à l'avenir jouer un rôle, si des générations d'enfants doivent assumer des tâches pour leurs parents, alors qu'ils seront encore actifs professionnellement, mais le recul de l'âge auquel on a besoin d'aide peut également avoir pour résultat que le besoin de congés d'assistance restera limité (cf. sections 4.1 et 6).

12. Soins professionnels et emploi dans le secteur de la santé et de l'aide sociale

L'inquiétude grandit au sujet d'une pénurie de personnel dans le secteur de la santé des services aux personnes âgées. D'une part, on assiste à une croissance de la demande et, par conséquent, de personnel soignant et, d'autre part, le secteur compte lui-même une population active vieillissante qui devra être remplacée, alors que l'afflux de jeunes sur le marché du travail va diminuer. Vu que, dans ce secteur, peu de gain de productivité s'annonce à l'horizon, le nombre de personnes actives dans le secteur devra encore augmenter. Face à cela, il règne une impression de désintérêt pour la profession et des déclarations stigmatisent le fait que les profils de qualification des effectifs soient inadaptés.

Cette discussion n'est pas nouvelle et elle existe dans de nombreux pays, pour divers secteurs ; elle est par conséquent fort ambiguë. Seuls les faits peuvent nous mener à des conclusions. Une étude prospective que nous avons menée sur une série de métiers de soins et l'évaluation de ce qui s'est réellement produit dans le passé et se produit actuellement permettent de dédramatiser la situation :

- il n'y a jamais eu autant de personnel, et de personnel hautement qualifié, actif dans ce secteur ;
- il n'y a jamais eu un aussi grand intérêt pour nombre de formations dans les métiers médicaux, paramédicaux et d'autres métiers de soins ;
- tant et si bien qu'un numerus clausus a même été instauré pour un certain nombre de professions – et le débat n'est pas clos – ou que l'on a proposé des rationalisations dans la structure de formation (formations en kinésithérapie supprimées en Flandre, discussion sur le rôle de la formation d'infirmier breveté, etc.) ;
- la croissance du secteur de la santé et de l'aide sociale est récente, si bien que le secteur comporte encore une population active relativement jeune, qui restera encore assez longtemps sur le marché du travail ; aussi, les chiffres du passé relatifs aux sorties du secteur des soins (départs ou retraites) ne peuvent-ils pas être extrapolés pour l'avenir ;
- par ailleurs, le débat sur la répartition des tâches entre les diverses catégories professionnelles vient à peine de commencer : les zones de recouvrement tant entre les activités des médecins et des infirmiers que celles entre les activités des infirmiers et des aides soignantes n'ont pas encore été clarifiées ;
- de nombreux signaux soi-disant inquiétants sont exagérés : on reste fidèle au secteur des soins ; ce secteur a connu des améliorations considérables en matière de conditions de salaire et de travail et il est notamment en avance sur le reste de l'économie en ce qui concerne le temps de travail des travailleurs âgés ; il peut même être qualifié d'exemplaire.

Une pénurie éventuelle dans le secteur de la santé et de l'aide sociale doit donc être interprétée dans le contexte de la situation générale du marché du travail. Jusqu'à la fin de cette décennie, nous serons encore dans la période où les « écho-babyboomers » (les enfants des baby-boomers) fréquentent en masse, puis quittent le système scolaire et se mettent en quête de travail. Dès lors, le chômage restera élevé jusqu'à la fin de la décennie actuelle, même si la création d'emplois augmente.

Face au chômage persistant, particulièrement dramatique en Wallonie et à Bruxelles, le système d'enseignement est confronté en première ligne au défi d'offrir et de promouvoir des formations adaptées pour le secteur de la santé et de l'aide sociale, avec des chances suffisantes de réussite et des perspectives d'intégration dans le marché du travail. Ainsi, le système d'enseignement

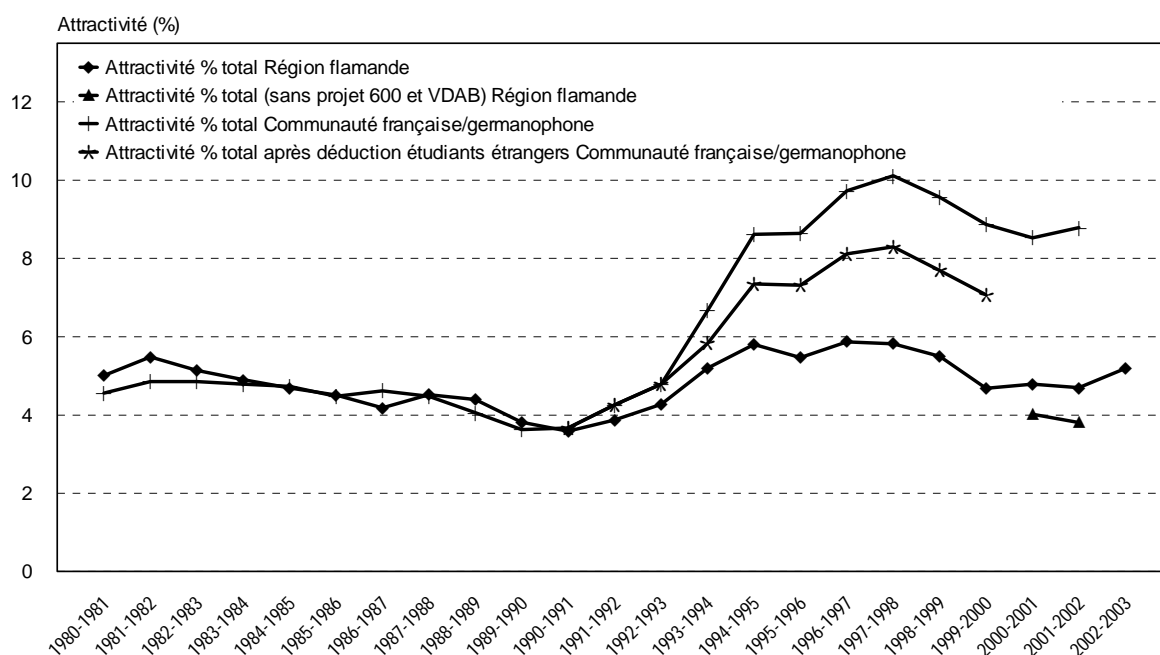
sera prêt à affronter le défi de la décennie suivante, celui de fournir des effectifs professionnels adéquats. Cela signifie que le rationnement dans l'afflux doit être modulé de façon dynamique et flexible et qu'il faut prévoir un afflux total important à chaque niveau de formation. Par conséquent, un dialogue permanent entre le secteur des soins et le monde de l'enseignement s'impose.

Il faut prévoir les conséquences de la transition en cours d'un système où prédominent les soins aigus vers un système où les soins chroniques et ceux aux personnes âgées prendront une importance accrue. Dans nos scénarios pour 2020, le personnel de soins et des services aux personnes âgées rattrapait déjà celui du secteur hospitalier, sans même tenir compte des modifications dans la structure de l'emploi dans les hôpitaux eux-mêmes. Par conséquent, il faut s'attendre à une augmentation importante du nombre de personnes actives, de façon exclusive et intensive, dans le domaine des soins aux personnes âgées et de leurs besoins spécifiques.

Dans notre étude prospective sur la planification des personnels de santé, nous sommes arrivés à la conclusion que la réponse viendra principalement du système d'enseignement lui-même : celui-ci devra offrir davantage de possibilités, parmi toute la gamme des formations proposées, pour les métiers de soins, depuis les aides soignantes jusqu'aux médecins et aux spécialistes, en passant par divers types de travail infirmier (Pacolet e.a., 2002). Un groupe non négligeable entre dans ce secteur dès la fin de l'enseignement secondaire ou doit pouvoir bénéficier de passerelles vers des formations appropriées offrant des possibilités de réussite pour les intéressés et des perspectives prometteuses d'emploi de qualité. La reconnaissance grandissante dont jouit le secteur non marchand en termes d'importance macro-économique, en tant que moteur de création d'emplois et en tant que créateur de soins, de santé, d'allongement de la vie et d'amélioration de la qualité de celle-ci ne peut plus laisser planer le moindre doute à ce sujet.

A plus long terme, nous assisterons à une création d'emplois exceptionnellement importante dans le secteur des soins (santé et services sociaux) ; ces emplois sont déjà passés de 3,5 % de l'emploi total à environ 10 % actuellement et ils atteindront 11,5 % en 2008. Vers 2020, nous estimons que l'emploi dans le secteur pourra atteindre environ 14 % de l'emploi total, avec plus ou moins la moitié dans des effectifs supplémentaires pour les professions de soins et d'aide. Ce défi est plus facile à relever que ce qui a été réalisé ces 20 dernières années, à savoir une expansion du secteur des soins entre 1980 et 2000 de 5 points de pour cent (% d'emplois supplémentaires par rapport à l'emploi total), dont la moitié spécifiquement dans des professions de soins. Toutefois, cela ne sera possible que si le système d'enseignement fournit un effort pour maintenir le niveau d'attractivité actuel des professions de soins. Le graphique 12 illustre le fait que cette attractivité peut être élevée, mais qu'il faut continuer à la soutenir par une politique appropriée en matière d'enseignement.

Le débat souffre d'un manque d'information. Les évolutions observées à l'étranger ne peuvent être extrapolées telles quelles à notre pays, même si elles ont déjà été bien documentées. Le cycle de vie du secteur des soins lui-même, la situation générale du marché du travail, la mesure dans laquelle un pays connaît un phénomène d'immigration, font que l'on dispose ou non de réserves permettant d'attirer des effectifs vers le secteur des soins. Ainsi, dans certains pays tels que les pays scandinaves, où le secteur a été développé bien plus tôt, le problème du remplacement par de nouveaux effectifs se posera plus tôt – dès maintenant. Les pays où le plein-emploi est atteint ont moins de possibilités de trouver du nouveau personnel pour le secteur de la santé et de l'aide sociale. Un certain nombre de pays sont traditionnellement des pays d'immigration, et l'immigration de personnel soignant étranger est également imaginable. En Belgique, mais aussi dans de nombreux autres pays européens, cette question est à peine abordée. Pourtant 8 % des médecins belges seraient d'origine étrangère. Pour d'autres professions de soins, la mobilité est jusqu'à présent demeurée plus réduite en Belgique.



Source : Pacolet, Leroy, Cattaert, Coudron, 2004 : calculs HIVA/K.U.Leuven sur la base de Ministère de la Communauté flamande, Département Enseignement, Annuaire de statistiques et statistiques de population INS, Ministère des Affaires sociales (2002) et Fonds intersectoriel des services de santé (2002) et calculs SESA/UCL sur la base de Direction de la Santé, Ministère de la Culture et des Affaires sociales, Communauté française et Enquêtes SESA/UCL, 1996-2001.

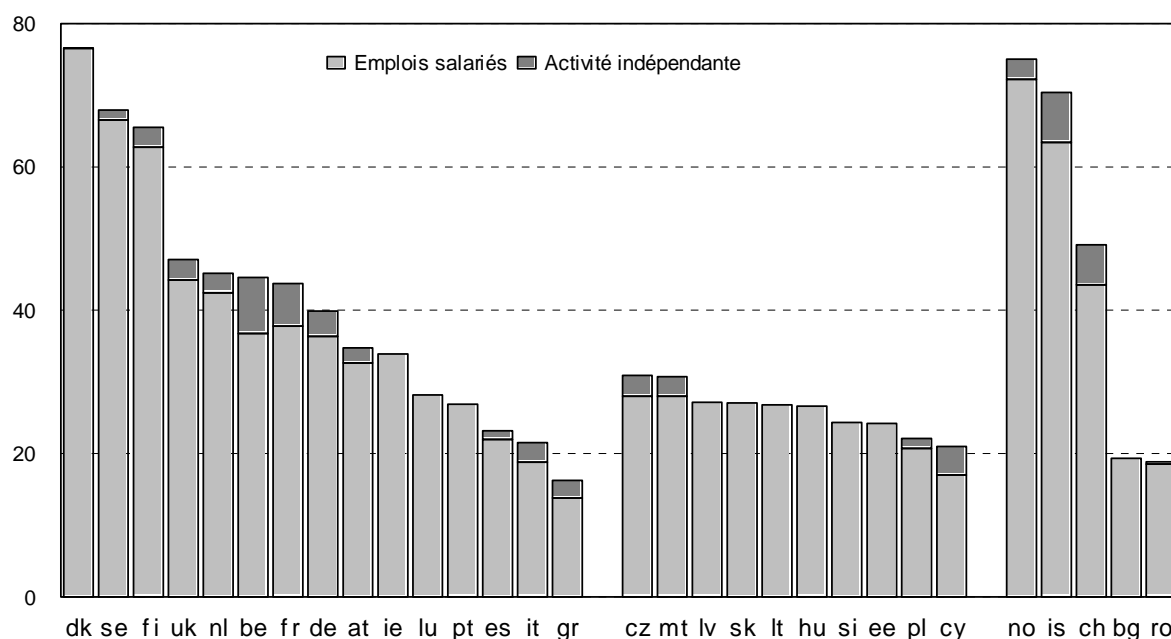
Figure 12 Evolution du taux d'attraction de l'enseignement en soins infirmiers (formations de l'enseignement supérieur paramédicale et enseignement secondaire professionnel du 4^e degré), selon le régime linguistique, 1980-2000

En réalité, la situation est plus complexe encore. Le secteur de la santé et de l'aide sociale peut être confronté à une pénurie pour certaines catégories professionnelles ou certaines régions, alors que certaines régions et catégories de population connaissent encore aujourd'hui un chômage massif. Avec ses emplois valorisant et de qualité, ce secteur constitue un excellent ascenseur pour la mobilité sociale (cf. par exemple le besoin de revalorisation de l'enseignement professionnel et technique, l'évitement du *numerus clausus*) ; mais il est insuffisamment mis à profit, de même que la mobilité régionale a, elle aussi, été négligée.

Tant à court qu'à long terme, le secteur devra rester en conformité avec les tendances générales de la croissance économique, de sorte que les conditions de salaire et de travail du secteur devront être comparables avec celles du reste de l'économie.

Comme beaucoup d'autre, nous avons souligné à plusieurs reprises, que notre système de sécurité sociale n'est viable que moyennant un âge raisonnable pour le départ effectif à la retraite et un taux d'activité plus élevé dans la population. Moyennant ces conditions, l'offre de travail dans le secteur des soins pourra augmenter. Les systèmes élaborés dans le passé pour réduire l'offre de travail, et réduire ainsi le chômage, ne seront pas tenables à l'avenir. La création d'emplois dans le secteur de la santé et de l'aide sociale contribuera à susciter cette offre de travail plus élevée. Chacun des deux problèmes contient la clé pour résoudre l'autre.

Au plan international, la Belgique ne se situe pas dans le peloton de tête, en ce qui concerne la création d'emplois dans le secteur, mais dans un groupe intermédiaire, dans lequel on retrouve également des pays voisins, tels que les Pays-Bas, la France et le Royaume Uni. Le fait que le volume de travail en équivalents temps-plein ne soit pas beaucoup moins élevé qu'aux Pays-Bas pourrait surprendre car, en termes de nombre de travailleurs salariés, ce pays se rapproche plutôt du peloton de tête (celui des pays nordiques) ; ce fait est compensé par un recours très élevé au temps partiel dans le secteur des soins, tandis que la Belgique est championne au niveau de l'UE en matière d'activité indépendante dans ce secteur ; ces emplois indépendants sont caractérisés par une durée de travail supérieure à la moyenne ; en outre, en Belgique, les salariés sont moins souvent à temps partiel qu'aux Pays-Bas. Le fait que les pays nordiques atteignent un niveau nettement supérieur en matière de création d'emplois dans le secteur de la santé et de l'aide sociale illustre le fait que ces activités peuvent encore se développer de manière importante, tout comme l'illustre le cas des Etats-Unis, où les dépenses pour les soins sont bien plus élevées. Actuellement en Belgique, l'emploi en ETP dans ce secteur n'est pas beaucoup plus élevé (ni moins élevé d'ailleurs) qu'aux Pays-Bas, où les listes d'attente sont une source d'inquiétude, ou en France et au RU, où l'on est déjà arrivé à la conclusion que le secteur des soins doit se développer. On a déjà souligné le souci que pourrait susciter une éventuelle pénurie de personnels de santé ; l'examen de la situation au plan international, pose à nouveau la question de savoir si le secteur est suffisamment développé.



1. Italie et Royaume-Uni : chiffres de population 2001.
2. Pays-Bas, Malte et Islande : chiffres 2002 ; Luxembourg : chiffres 2000 ; pour le Danemark, l'Irlande, le Luxembourg, le Portugal, l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie, la Hongrie, la Slovaquie et la Bulgarie : pas de chiffres fiables disponibles pour le travail indépendant.

Source : Calculs Pacolet et Coudron (HIVA-K.U.Leuven) sur la base d'Eurostat, chiffres de l'emploi

Figure 13 Emplois salariés et activité indépendante dans le secteur de la santé et de l'aide sociale, en équivalents temps-plein (standardisés sur 38 heures) par 1 000 habitants– Pays européens, 2003

13. Combinaison privé-public dans le secteur « Santé et aide sociale »

La combinaison privé-public dans le secteur de la santé et de l'aide sociale peut être envisagée de deux façons.

- a) La structure de propriété de l'offre dans le secteur des soins : offre privée/commerciale versus secteur non marchand public et privé.
- b) Le financement, où les moyens publics (assurance maladie, autorités fédérales, Communautés et autorités locales) peuvent être mis en rapport avec les participations privées (tickets modérateurs, dépenses personnelles et remboursements pris en charge par des assurances complémentaires privées).

Le secteur de la santé comporte une importante part d'initiative privée sous la forme de professions libérales (médecins, professions paramédicales, infirmiers, ...). Leur part dans l'emploi total du secteur s'élève à 40 %. En outre, il existe une offre croissante du non marchand, privé et public, dans le secteur de la santé et de l'aide sociale. Les parts de marché des deux groupes sont restées assez constantes au cours des trente dernières années, si l'on considère le secteur de la santé et le secteur du bien-être séparément. Vu le glissement des services de santé vers les services de bien-être, au sein desquels le non marchand privé était relativement davantage présent, la part du non marchand privé augmente. Le circuit commercial le plus important en matière de soins aux personnes âgées concerne les maisons de repos et les soins à domicile (infirmiers indépendants). Si on tient compte en outre des nouvelles formes de services de proximité, tels les titres-services, on pourrait y voir une forme supplémentaire de privatisation en ce domaine.

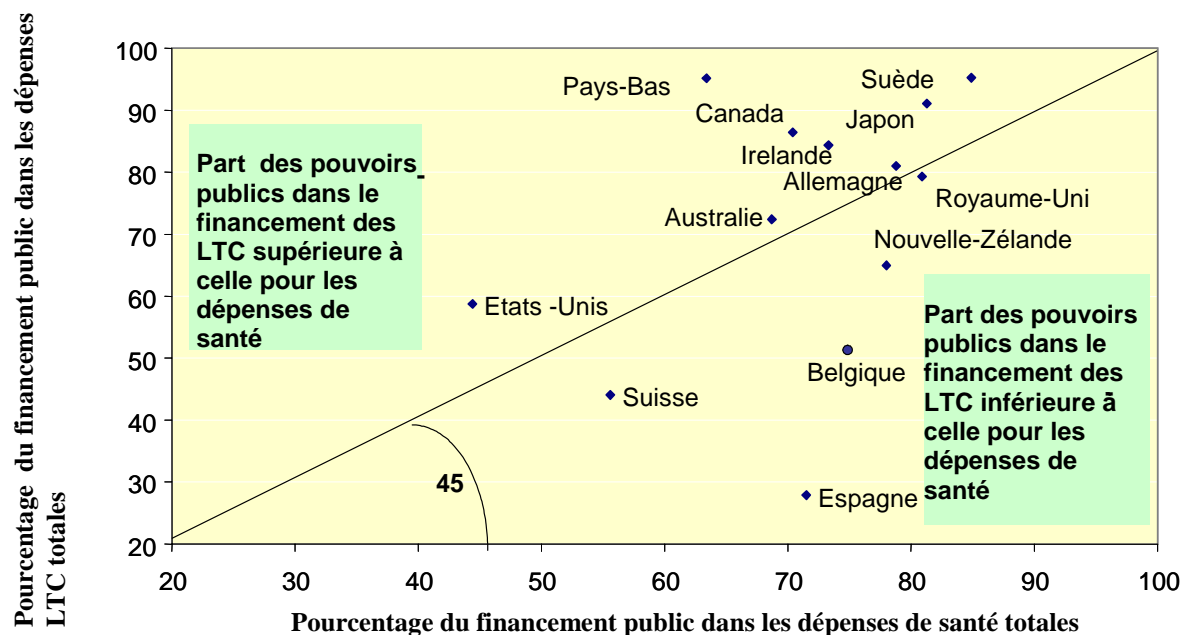
S'agissant du financement, la participation personnelle est relativement limitée, sauf pour les soins résidentiels aux personnes âgées, pour lesquels se pose un réel problème, ce type de service étant quasi inabordable pour les personnes touchant une pension peu élevée. De manière globale, les participations personnelles dans l'assurance soins de santé sont restées limitées en termes macro-économiques, mais elles peuvent demeurer lourdes pour les malades de longue durée et les personnes ayant des revenus modestes. Les systèmes tels que la franchise sociale et fiscale et le maximum à facturer doivent y remédier. Par ailleurs un problème se pose vu l'importance croissante des dépenses personnelles ('out-of-the-pocket'), au-delà de ce qui est remboursé par l'assurance soins de santé ou en raison d'une consommation autonome.

Ce sont principalement les soins résidentiels aux personnes âgées qui sont insuffisamment financés par le circuit collectif, alors que les alternatives (les assurances privées) les financent à peine. A l'origine, certaines formes privées d'assurance de soins devaient couvrir ce risque, mais les sociétés d'assurances ont peu répondu à cet appel, ou bien elles n'offrent qu'une couverture limitée. De précédentes études ont montré qu'en Belgique, le risque de besoin de soins de longue durée était particulièrement sous-assuré, alors qu'à l'étranger, de nombreux systèmes de protection sociale fournissent une couverture plus élevée en ce domaine et/ou ont créé une assurance dépendance explicite à cette fin.

En Belgique, les dépenses privées en matière de soins de santé constituent 25 à 30 % des dépenses totales, tandis que pour les soins de longue durée ('long-term care'), ces dépenses privées représentent 30 à 55 %, selon que l'on y intègre ou non les services aux personnes handicapées. En Flandre, l'introduction de l'assurance dépendance a de facto déjà compensé une partie des frais (en volume, on atteint déjà 20 % des dépenses privées, mais l'assurance

dépendance ne couvre pas exactement le même groupe-cible). Au niveau fédéral, l'allocation d'aide aux personnes âgées couvre aussi partiellement ces frais pour les personnes à faibles revenus, essentiellement grâce au fait que, depuis janvier 2003, a été supprimée la réduction de 2/3 de l'allocation en raison d'un séjour en institution.

Le graphique ci-dessous illustre le fait que la Belgique constitue une exception en ce qui concerne la prise en charge des soins de longue durée (LTC) : dans la plupart des Etats-Providence, la prise en charge publique est plus importante pour les soins dits de longue durée que pour les autres soins de santé, car on les considère comme un risque plus important. En Belgique par contre, la maison de repos et la MRS ont été intégrées dans les petits risques.



Source : Hennessy, Huber, 2004, OCDE et ajout propre à la Belgique

Figure 14 La combinaison de financement privé-public dans les soins de santé et les soins de longue durée (LTC)

Le problème des tickets modérateurs dans les soins de santé a été compensé par la franchise sociale et fiscale, puis par le maximum à facturer. Celui-ci parvient, avec des moyens relativement limités mais de manière hautement sélective, à limiter la charge de la participation personnelle pour les malades chroniques à faibles revenus. Il existe également des limites à ces participations personnelles, pour que l'on n'en arrive pas à une sorte de privatisation des soins. Cette tendance a cependant été déjà amorcée. De plus en plus, il est fait appel à des assurances complémentaires pour éviter les participations personnelles. Une double évolution est en cours sur ce point. D'une part, l'assurance complémentaire pour les petits risques des indépendants sera intégrée dans le régime légal à partir de 2006, tandis que, d'autre part, de plus en plus de personnes contractent des assurances complémentaires dans ce domaine. Le secteur des assurances évalue déjà ce nombre d'assurés à six millions, soit 60 % de la population, dont deux millions via des mutualités et quatre millions via des assurances privées.

La part des tickets modérateurs et des dépenses personnelles est estimée entre 1/4 et 1/3 des dépenses totales. En comparaison avec le secteur des pensions, où 35 % de la population active avait une assurance pension complémentaire en 1999, chiffre estimé à 50 % actuellement, les montants des pensions complémentaires se montent déjà à plus d'un quart des pensions légales.

Ce niveau est supérieur à celui atteint dans le domaine des soins de santé, et il ne semble pas y avoir convergence.

Un des principaux motifs de souscription à une assurance complémentaire semble résider dans les suppléments requis pour les chambres individuelles en cas d'hospitalisation. Il faut se demander si les chambres individuelles ne devraient pas faire partie de la formule de base d'un système de soins de santé d'avant-garde.

14. Nécessité d'une assurance dépendance implicite ou explicite

La participation personnelle ou le prix de journée à charge des personnes âgées nous amène au débat sur l'assurance dépendance. Le risque non couvert et le coût croissant des soins de longue durée pour les personnes âgées a lancé, dans la plupart des Etats Providence modernes, le débat sur la nécessité d'une assurance complémentaire de ce type ('long-term care insurance'). En étudiant la situation en Europe, on relève trois types de situation : ou ce risque est déjà couvert dans les dépenses existantes en matière de maladie et de bien-être, et le sujet ne nécessite pas l'ouverture d'un nouveau débat, ou on est favorable à un nouveau pilier explicite dans la sécurité sociale, ou, enfin, le débat n'a pas encore été lancé parce que les autres systèmes de protection sociale étaient encore en plein développement. Dans une série de système d'orientation bismarckienne, comme en Allemagne, en Autriche et au Luxembourg, une assurance dépendance explicite a été introduite, parfois après près d'une décennie de débats. En Belgique, on pouvait s'attendre à un tel régime explicite également et cela fait plus de dix ans que le débat est en cours. En fin de compte, la Belgique est devenue le siège d'un système mixte, dans le sens où l'on a cherché un régime explicite mais où, de facto, une partie importante des nouveaux risques ont été intégrés dans l'assurance soins de santé elle-même tandis que l'allocation d'aide aux personnes âgées, qui existait déjà, a aussi pu remplir partiellement ce rôle ; certains ont d'ailleurs parfois argué qu'elle en tenait lieu.. Au sein de l'assurance soins de santé, les budgets pour les soins à domicile, les MRPA et les MRS ont considérablement augmenté. Pour les soins résidentiels, une partie de l'augmentation des coûts a été compensée par des forfaits-soins plus élevés et par la reconversion de places MRPA en places MRS. Cependant, le financement INAMI ne couvre pas le coût total du personnel de soins (entre autres les infirmiers et les aides soignantes) et la demande de reconnaissances supplémentaires de places MRS persiste. Mais le prix de journée reste trop élevé pour un certain nombre de personnes âgées par rapport à leurs revenus. L'assurance soins de santé belge devrait s'aligner ici sur les systèmes étrangers pour que l'on puisse parler d'une véritable assurance dépendance explicite. Entre temps, l'allocation d'aide aux personnes âgées a aussi été fort améliorée et les moyens ont considérablement augmenté dans les années nonante à ce jour, notamment grâce à l'élargissement, évoqué plus haut, de l'indemnité pour les personnes vivant en institution. Par ailleurs, la demande d'une assurance explicite, pour ce que l'on appelle les frais non médicaux, a été satisfaite par la création d'une assurance dépendance au niveau de la Flandre. Un régime 'sui generis' a été créé qui a pu, malgré des moyens relativement limités tant du point de vue budgétaire que de la participation demandée à la population, réaliser une couverture importante. Actuellement, près de 140 000 personnes qui en ont le plus besoin touchent une allocation de 90 et 125 par mois, respectivement pour les soins à domicile et les soins en institution, tant en Flandre et qu'à Bruxelles en ce qui concerne les Néerlandophones.

A ce jour, il n'existe encore qu'un intérêt limité pour le développement d'une assurance dépendance dans les Communautés française et germanophone. Récemment, une équipe de recherche interuniversitaire a été chargée par la Région wallonne, la Région de Bruxelles-Capitale et les Communautés française et germanophone d'étudier en détails cette problématique ; un certain nombre de conclusions allaient dans le sens du développement de ce type d'assurance au niveau fédéral, mais les avantages et désavantages de l'assurance dépendance flamande ont été également abordés. Ce débat n'est clos dans aucune des deux parties du pays. Ces études récentes menées du côté francophone illustrent toutefois le fait que,

plus le système sera établi en Flandre, plus la question pourrait revenir à l'ordre du jour dans les Communautés française et germanophone.

Dans les discussions menées à l'étranger, un point important concernait le fait que de l'« argent frais » soit disponible pour l'assurance dépendance: sans moyens supplémentaires, le débat était impossible et l'on ne pouvait obtenir de progrès dans le développement de la protection sociale. Ce fait a été vérifié de manière tragique en France, où les conséquences dramatiques de la canicule de 2003 (15 000 décès supplémentaires chez les personnes âgées) ont été nécessaires pour que soit introduit un refinancement du système d'assurance, entre autres par la mise en place d'une journée de la solidarité, le jour férié du lundi de Pentecôte ayant été supprimé pour financer les soins. C'est là aussi la principale conclusion à tirer de l'impact du vieillissement sur l'ensemble des dépenses de santé et d'aide sociale: on ne pourra échapper à de nouvelles participations, primes d'assurances privées ou publiques, ou modalités alternatives de financement, afin que davantage de fonds publics soient affectés au secteur des soins. Des craintes existent notamment au sujet d'une possible explosion des coûts et du financement, qui pourra difficilement se passer de contributions supplémentaires et devra par conséquent provenir de fonds publics. C'est pourquoi nous parlons d'un « miracle flamand » pour le fait remarquable qu'avec des moyens limités, l'assurance dépendance flamande ait pu toucher à court terme, un vaste groupe-cible; par ailleurs nous parlons de la force tranquille ('stille kracht')¹ de l'élargissement fédéral des moyens destinés aux soins de longue durée par l'intermédiaire de l'INAMI et de l'allocation d'aide aux personnes âgées; des chiffres exhaustifs en montants absolus et en % du PIB figurent dans le rapport de base. Les deux exemples illustrent le fait que, même dans les périodes d'orthodoxie et d'austérité budgétaire, de nouveaux moyens ont pu être trouvés pour financer ce nouveau risque.

Des questions surgissent aussi quant à la forme de l'allocation, qui est actuellement payée en espèces, de sorte que les garanties sont trop faibles, quant à la mise à disposition réelle de soins accrus. Des subventions directes pour l'offre nous semblent préférables.

Les récentes discussions qui ont eu lieu, tant au Royaume Uni et en Allemagne qu'aux Pays-Bas et en France, au sujet de la nécessité de moderniser les soins de santé et les soins aux personnes âgées, nous apprennent en outre que les deux systèmes restent nettement séparés dans tous ces pays, et que cette séparation se retrouve dans les projections pour l'avenir. Nous ne sommes donc pas surpris de voir l'OCDE constater le manque fréquent d'un plan global pour ces réformes, alors même que, sur le terrain, la nécessité se fait sentir d'une meilleure coordination entre les soins de santé et les soins aux personnes âgées. Entre-temps, chacun des deux systèmes est le laboratoire des réformes nécessaires à l'autre, de sorte qu'une augmentation de la communication et de l'échange d'informations entre les deux systèmes est nécessaire. En Belgique, l'intégration importante du financement de nombreux services dans l'assurance soins de santé peut constituer un atout, à condition que soit garantie une meilleure coordination entre la santé ('cure') et les soins ('care'). Cela suppose aussi une plus grande coordination entre les matières fédérales et communautaires.

¹ D'après le roman de Louis Couperus

15. Perspectives d'avenir en valeur

15.1. Scénarios en Belgique

a) **% du PIB, scénario de base** (Bureau fédéral du Plan et Comité d'Etudes sur le Vieillissement)

Tableau 9 – Perspectives d'avenir des dépenses de santé, en % du PIB (2003-2030)

Scénario de base du BFP	2003	2010	2030	Différence 2003-2030
Dépenses totales de santé :	9,2	10,2	12,5	+ 3,3
Dépenses publiques de santé :	6,9	7,8	9,3 (9,6-10,8)	+ 2,4
Croissance des dépenses de sécurité sociale (dit « Coût budgétaire du vieillissement ») :				+ 3,4

En moins de 30 ans, les dépenses de santé, les dépenses publiques de santé et l'ensemble de la sécurité sociale représenteront une part nettement plus importante du PIB.

Comme, dans le même temps, le PIB aura fortement augmenté aussi (+ 66 %), les sommes en jeu sont considérables. Le secteur pourrait ainsi plus que doubler en valeur constante.

- Pour ce scénario, les hypothèses suivantes ont été retenues par le CEV (2004, pp 44 et 49)

- Croissance du PIB : + 1,9 % par an ;
- Création nette d'emploi (+ 0,1 % par an) ;
- Taux d'emploi global (15-64 ans) passant de 62 % à 69 %, d'où :
- Forte amélioration des taux d'activité des aînés et des femmes ;
- Dépenses de santé selon scénario de base.

Ces hypothèses établies pour 2003-2030 sont-elles réalistes ? Certains le contestent. L'OCDE par exemple prévoit une décline d'emploi (- 0,1 % par an).

- Certaines perspectives font espérer un allègement de la croissance des dépenses de santé :

- allongement de l'espérance de vie en bonne santé,
- élévation de l'âge au décès, atténuant la croissance des dépenses de fin de vie d'une génération, vu la moindre intensité de ces soins à mesure que l'âge au décès est plus élevé.

Mais de tels allègements sont implicitement intégrés dans le scénario de base du BFP, vu que l'élasticité des dépenses de santé au PIB est progressivement ramenée à 1.

- D'autres éléments laissent craindre que les dépenses de santé croîtront plus rapidement :

- Si les profils de dépenses de santé par âge se creusaient.

Un élargissement des écarts a déjà été observé dans le passé.

Il pourrait s'accroître avec l'arrivée de générations âgées habituées à se soigner.

- Si l'élasticité des dépenses de santé au PIB ne diminuait pas à partir de 2020 et/ou restait supérieure à un au-delà de 2030 (cette élasticité atteignait : 1,6 dans le passé, 1,2 récemment). Plusieurs facteurs continueront à pousser vers une croissance forte :

progrès technologiques, pression sur les salaires et les tarifs (vu l'offre raréfiée),
pression sur la demande (attentes et effet génération).

NB Les études à l'étranger confirment les effets conjoints des facteurs multimorbidité, âge et génération.

b) **Scénario alternatif du BFP** : si la croissance des dépenses de santé perdure à + 4,5 % / an : l'impact du coût budgétaire du vieillissement doublerait : + 6,7 % du PIB au lieu de + 3,4 % (2003-30)

15.2. Scénarios au niveau international

Tableau 10 - Perspectives d'avenir des dépenses de santé

	Taux de croissance par an		
	Belgique 2009-2030 Scénario de base Y compris effet « prix »	Europe 2000-2020 Hors croissance salariale	OCDE 1995-2020
Total	+ 2,9 % (a)	+ 3 %	+ 4,1 %
Effet mécanique du vieillissement	+ 0,7 %	+ 0,5 %	+ 0,8 %
Effet volume de population	+ 0,2 %		+ 0,3 %
Effet tendance lourde	+ 2,1 %		
Effet morbidité et possibilité de traiter		+ 0,5 %	
Effet attentes accrues des consommateurs		+ 0,75 %	
Effet progrès des connaissances/technologie		+ 1,25 %	+ 3 %

(a) + 4.4 % par an de 2004 à 2008

Sources : - Conseil supérieur des Finances, Comité d'Etude sur le Vieillissement, rapport annuel 2004,
- Lister (in Barnard, 2003),
- Mayhew (2000)

Comme le BFP, les études internationales concluent à un effet minime du vieillissement sur la croissance des dépenses de santé ².

Par contre, elles diffèrent quant au rôle des facteurs non démographiques :

Ces facteurs sont jugés plus importants dans les scénarios internationaux :

+ 2,5 % à 3 % par an, hors croissance salariale versus

+ 2.1 % par an, avec effet prix en Belgique.

Ceci confirme que les scénarios du BFP pourraient être minimalistes.

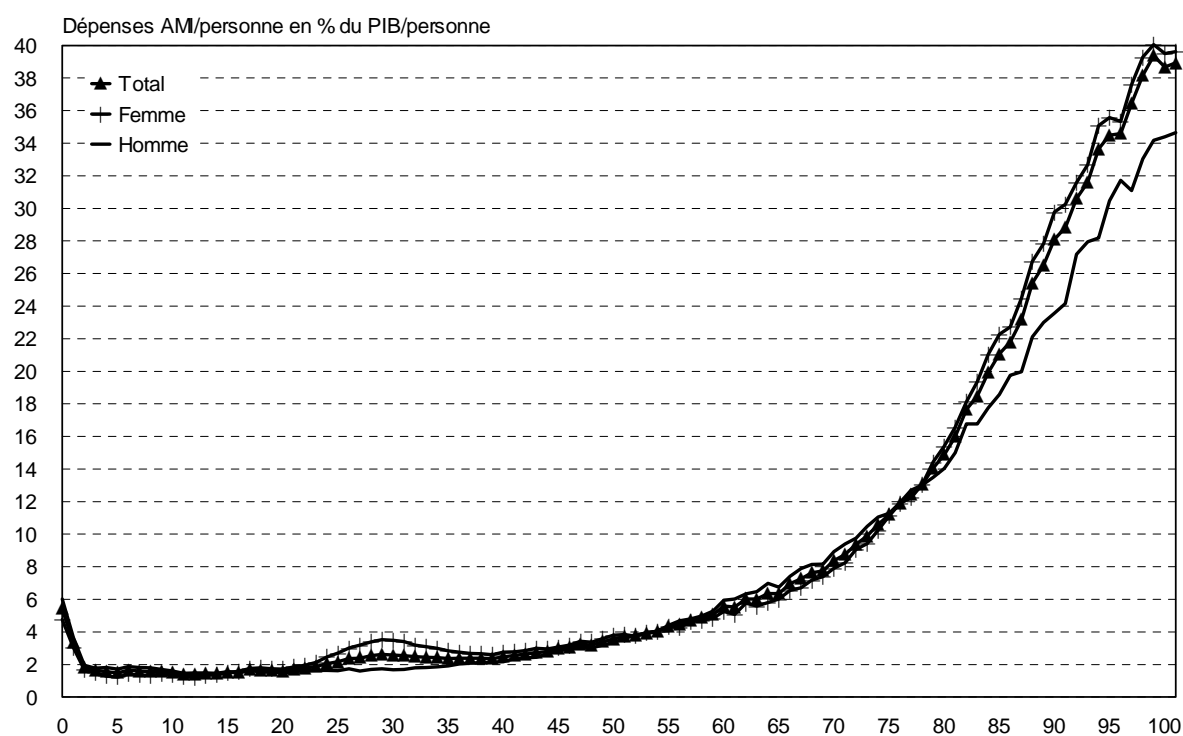
² Néanmoins, du fait de la liaison entre dépenses de santé et PIB, le BFP conclut que l'élargissement de la part de ces dépenses de santé dans le PIB est essentiellement dû au vieillissement (Englert et al, 2002). Ces distinctions subtiles seront analysées en détails aux sections 16 et 17.

16. Evaluation macroéconomique du coût du vieillissement dans les soins de santé et les soins aux personnes âgées

Impact important de l'âge

Le vieillissement constitue une cause importante de l'augmentation de la part des soins dans le PIB, mais il ne constitue pas le facteur principal du niveau actuel ni de la croissance à venir de ces dépenses.

L'âge des individus et le vieillissement de la population ont un impact important que nous expliquons dans la présente section et dans la section 17 qui suit. Schématisant, la figure 15 illustre la progression des dépenses de soins de santé, y compris le « long terme care » en fonction de l'âge : les dépenses par personne augmentent fortement avec l'âge. A la section suivante, nous tenterons d'expliquer le niveau de cette courbe et comparerons les évolutions chronologiques de ces dépenses à celles du revenu national.

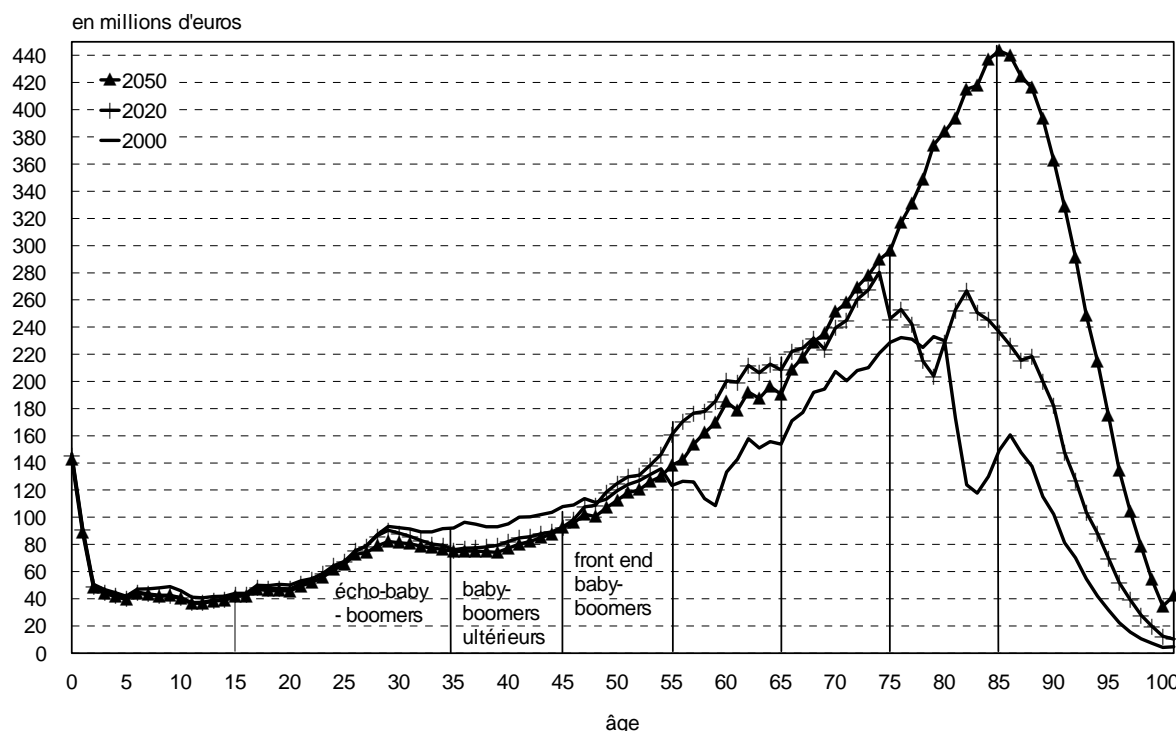


Source: Calculs Pacolet et Cattaert (HIVA-K.Uleuven) sur la base de données provenant des CM

Figure 15 Total des dépenses AMI par personne en % du PIB, ventilées par sexe et âge, 2000

Dans un premier temps, il est possible, de calculer l'effet purement mécanique du vieillissement, en extrapolant à partir de ce profil par âges, le total des dépenses futures en soins de santé par âge. Le graphique suivant permet de comparer les profils de 2000, 2020 et 2050. Bien que dans ces scénarios, les dépenses par personne selon l'âge restent constantes, le total des dépenses augmentera fortement sous l'influence du vieillissement de la population, lequel propulsera des cohortes humaines de plus en plus importantes dans les catégories d'âge correspondant à la plus forte augmentation des dépenses. Considéré à lui seul, l'effet démographique (vieillissement et croissance de la population) entraînerait une augmentation d'environ 50 % des dépenses soins de santé au cours des cinquante prochaines années (voir rapport de base, chapitre 6). Si en termes réels, ces dépenses par personne augmentaient à la même vitesse que le PIB, le

vieillesse constituerait le seul facteur qui ferait augmenter la part des dépenses soins de santé dans le PIB.



Source: Calculs Pacolet et Cattaert (HIVA-K.Uleuven), sur base de données provenant des Mutualités chrétiennes et prévisions démographiques INS 2000-2050

Figure 16 Total des dépenses AMI par tranche d'âge en Belgique, 2000-2020-2050

Dans ce genre de graphiques, on distingue plusieurs âges de référence importants, à savoir : 65 ans, actuellement âge légal de la pension dans de nombreux pays, mais également environ l'âge où une personne sur deux a des problèmes de santé, 75 ans, âge où une personne sur deux devient dépendante (n'est plus autonome) et enfin 85 ans, âge où actuellement une personne sur deux est décédée (interprétation des chiffres, selon Gillet et Bonneur, séance d'audition Chambre des Représentants, voir rapport de base p. 435).

Les personnes âgées (65 ans ou +) forment actuellement environ 16 % de la population ; la part de leurs soins de santé dans l'ensemble des soins de la population globale est passée de 35 % au milieu des années '80 à environ 47 % à la fin des années '90 et, en extrapolant à partir de ces chiffres, on obtient pour l'avenir 53 % en 2020 et 65 % en 2050 (pour 26 % de la population ayant atteint au moins 65 ans). Ceci illustre le fait que la plus grande partie des dépenses de soins de santé, et certainement celles liées aux structures de soins pour personnes âgées, constituent en fait des dépenses pour les générations les plus âgées. Le graphique 16 illustre aussi la rapidité avec laquelle les générations successives en feront usage.

Le graphique ci-dessus permet de situer les générations successives, notamment celles issues des baby-booms, où l'on distingue les 'front-end babyboomers', nés entre 1945 et 1954, et les 'babyboomers ultérieurs', nés entre 1955 et 1964. Dans la courbe des dépenses de soins de santé, ces babyboomers se situent en 2000 encore dans la tranche d'âges 35-55, à laquelle correspondent des dépenses relativement faibles. Vingt ans plus tard, on les retrouve dans la tranche des 55 - 75 ans, et on constate qu'il y a manifestement un lien entre cette tranche d'âges et les dépenses supplémentaires. On remarque que les dépenses supplémentaires pour ces babyboomers (du fait de leur nombre et de la structure d'âge, exclusion faite de toute hypothèse

relative à l'effet générationnel) ne représentent qu'une partie de l'augmentation totale, la plus grande partie des dépenses supplémentaires étant engendrée par la génération née entre les deux guerres (catégorie des personnes ayant dépassé 80 ans). En 2050, on aura tout juste dépassé le maximum des dépenses occasionnées par les babyboomers, lesquels auront alors atteint ou dépassé les 85 ans. Le graphique illustre que, à cette date, ce ne sont plus eux qui occasionnent la plus grosse partie des dépenses : ils auront alors été dépassés par leurs enfants, les 'echo-babyboomers', qui, à leur tour, engendreront la plus grosse partie des dépenses. Ces trois courbes successives étalées sur 50 ans illustrent, sur trois générations successives, à qui bénéficient les dépenses de soins de santé. Ces courbes contredisent l'assertion selon laquelle le vieillissement pourrait impliquer des conflits entre les générations, car, si le graphique illustre clairement que les dépenses de soins de santé sont de plus en plus le fait des tranches les plus âgées de la population, il illustre encore davantage la rapidité avec laquelle des générations toujours nouvelles bénéficieront des avantages de ce système : benjamins aujourd'hui, les 'echo-babyboomers' sont les aînés de demain. Ceci montre parfaitement comment, en moins de cinquante ans, trois générations, bénéficieront d'un système qu'elles auront elles-mêmes contribué à financer lorsqu'elles étaient plus jeunes, ce qui constitue l'essence même d'un système de répartition.

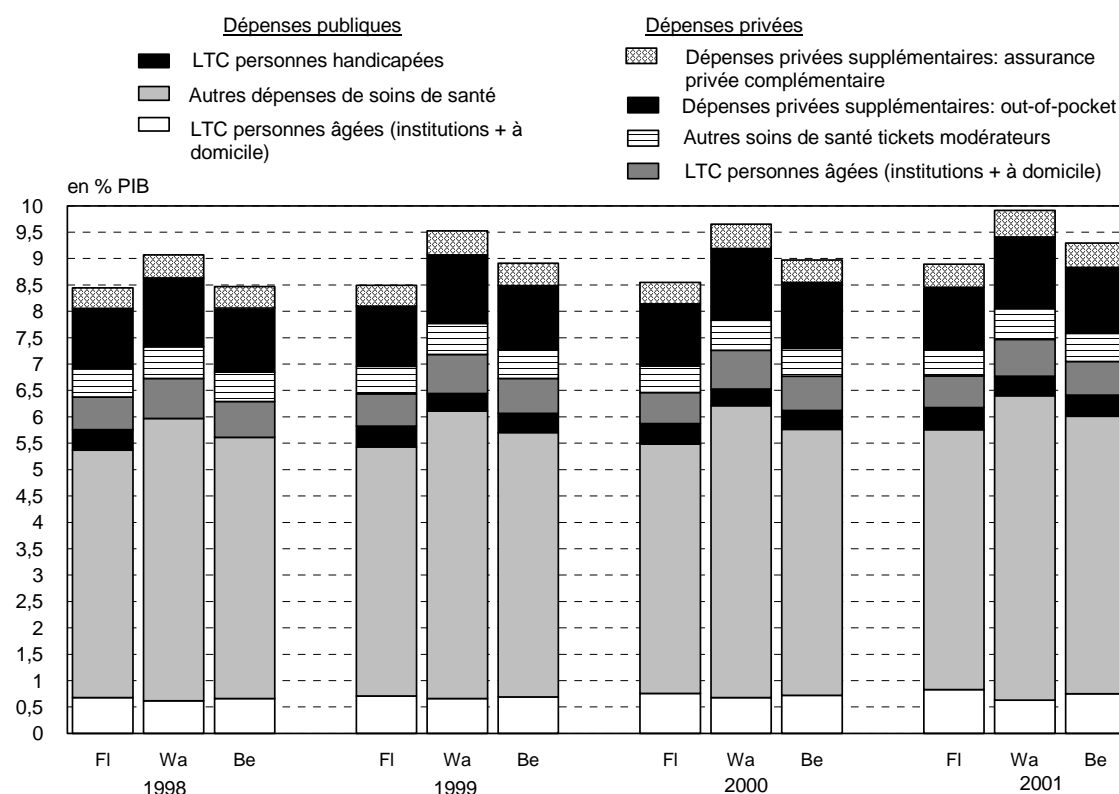
L'importance sans cesse croissante des tranches d'âges les plus âgées accroît progressivement la place des soins chroniques dans le système des soins de santé, par rapport à celle des soins aigus. Ainsi, la part du budget de l'INAMI consacrée aux structures résidentielles pour personnes âgées et aux soins infirmiers à domicile est passée de 9 % en 1994 à 12 % en 2004, tandis que celle consacrée au secteur des maisons de repos (MRPA et MRS) passait de 1.4 % en 1985 à 7.9 % en 2004. On assistera parallèlement à l'augmentation d'autres dépenses pour soins médicaux chroniques, principalement au niveau communautaire.

La question de savoir ce que recouvre exactement la notion de « LTC » est encore assez floue, tant dans le contexte européen que dans celui de l'OCDE. Parfois on y inclut l'aide aux personnes âgées, aux familles et aux personnes présentant un handicap, avec le système de remboursement propre à chacune de ces composantes.

Il ne suffit pas de savoir que la part des dépenses des soins de santé aux personnes âgées est passée de 35 % dans les années '80 à 50 % actuellement (et à 65 % en 2050, si le profil actuel des dépenses par âge demeure inchangé) ; il est aussi important d'identifier les autres dépenses liées au vieillissement ³. De plus en plus, on mentionne explicitement à côté des soins de santé ce que l'on appelle le 'long term care' (LTC), concept dont le contenu sémantique ne coïncide pas parfaitement avec celui de « soins chroniques », ni avec celui de « soins pour les personnes âgées », mais qui les chevauche en grande partie, d'où de fréquentes confusions. Tous ces systèmes de soins ne sont pas exclusivement orientés vers les soins de longue durée. Ainsi, si les soins infirmiers à domicile sont souvent dispensés pour de courtes périodes, c'est surtout dans les situations de soins chroniques qu'ils représentent un risque important pour l'assurance soins de santé, ce qui incite généralement à les classer dans la catégorie LTC. La mesure dans laquelle les structures pour personnes handicapées sont (ou non) incluses dans les comptes, exerce un impact important sur le total et sur le taux des contributions personnelles. Au niveau international, on distingue généralement les soins en institution et les soins à domicile. Il n'existe pas suffisamment de données chiffrées à ce sujet en Belgique. Les données de l'INAMI, ainsi que les affectations des Communautés et des pouvoirs locaux, n'ont pas encore été étudiées à fond. On peut toutefois estimer qu'en ce qui concerne la Flandre, les dépenses publiques en LTC pour les personnes âgées s'élèvent à environ 1 % du PIB, pourcentage qui a

³ En Belgique, l'assurance soins de santé couvre déjà une grande partie des soins dits LTC ; cette part est déjà incluse dans les données traitées ici.

nettement augmenté ces dernières années, alors que les autres dépenses publiques en matière de soins aux personnes handicapées stagnaient au niveau de 0,45 % du PIB. Les autres dépenses publiques de soins de santé s'élèvent à environ 5,8 % du PIB. Bien que s'inscrivant dans la ligne de ceux de l'EPC (Economic Policy Committee de l'UE), ces chiffres sont légèrement supérieurs à ceux de l'EPC (0,8 %) en ce qui concerne le LTC. Dans une perspective internationale, ceci place la Flandre/Belgique à un niveau raisonnable et situe la Belgique parmi les pays disposant d'un système relativement bien développé de soins pour les personnes âgées. La proportion des frais couverts par des deniers publics est plus élevée lorsqu'il s'agit de soins à domicile, ce qui devrait illustrer le fait qu'une certaine priorité serait accordée aux soins à domicile. Mais lorsque l'on considère l'ensemble des budgets, la part des deniers publics (INAMI et Communautés) consacrés aux soins résidentiels aux personnes âgées est légèrement supérieure, alors que les soins aux personnes handicapées sont quant à eux largement orientés vers les soins résidentiels.



Source: Calculs Pacolet et Cattaert (HIVA-K.U.Leuven)

Figure 17 Financement public et privé, ventilé par Communautés, des soins pour les personnes âgées, des soins de santé et des soins pour personnes handicapées, 1998-2001

En termes macro-économiques, les perspectives relatives aux dépenses LTC sont en général relativement peu élevées et pourraient l'être encore moins si l'on tenait compte des hypothèses prévoyant une incapacité en baisse et une meilleure autonomie. Il se pourrait toutefois que l'on assiste à une augmentation des besoins d'aide. Les diverses controverses à ce sujet pouvant influencer sensiblement les scénarios futurs, il conviendra de suivre de près ces phénomènes dans le contexte du débat sur le vieillissement.

Au plan international, on est frappé de constater qu'en Belgique, les structures résidentielles sont particulièrement sous-assurées. Ceci renforce la prise de conscience de la place croissante des soins LTC dans les soins de santé et du fait que les dépenses inhérentes à ces soins LTC sont de plus en plus concentrées sur une partie limitée de la population, mais pour des coûts élevés et avec une forte variabilité ; ceci semble indiquer qu'il serait logique de solidariser le risque. À

l'étranger, ce risque est en général mieux assuré par l'assurance maladie que les autres soins de santé, ce qui explique qu'il existe si peu d'assurances privées en matière de 'long term care insurance'.

Dans la catégorie des soins pour les personnes âgées, ceux pour les personnes atteintes de démence sont particulièrement lourds pour l'aidant informel, et notamment lorsque la personne démente est soignée à domicile (étude Qualidem). Dans des études précédentes, nous étions partis de l'hypothèse selon laquelle, sur les quelque 100 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, environ 60 000 étaient soignées à domicile et 40 000 en institution. L'étude Qualidem a estimé que les coûts directs des soins dont bénéficient les personnes atteintes de démence étaient compris entre 12 000 euro par an pour les personnes soignées à domicile et 20 000 euro pour celles soignées en MRS, ce qui impliquerait un coût total (à charge des pouvoirs publics et des intéressés eux-mêmes) de 1,5 milliard en 2002. Cette somme ne couvre pas l'ensemble des coûts de protection sociale pour ces personnes. Tout compte fait, en termes économiques, tout ceci relativise l'ampleur, et donc le caractère financièrement supportable, de la charge que représente cette importante maladie gériatrique : pour 1 % de la population, cela se traduirait en coûts de soins directs (publics et privés) de l'ordre de 0,58 % du PIB. Dans l'hypothèse où le nombre de personnes atteintes continuerait à croître et se serait accru de 50 % en 2020, et dans l'hypothèse où les coûts inhérents à ces soins augmenteraient à la même vitesse que le PIB, quelque 150 000 personnes pourraient être atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2020, pour lesquelles il conviendrait de consacrer environ 0,87 % du PIB, soit une augmentation de 50 % de cette part. Selon certaines estimations, la prévalence de la démence serait nettement supérieure (+ 50 %, voire + 100 %) à celle évoquée ci-dessus pour la maladie d'Alzheimer. Des chiffres circulent selon lesquels environ 150 000 personnes pourraient être atteintes de démence en Belgique en 2000, et 200 000 en 2020 (cf. point 5.1). Pour l'ensemble du groupe de personnes atteintes de démence, le coût proportionnel pourrait passer de 0,87 % du PIB à 1,16 % du PIB en 2020. Il va de soi que les chiffres cités plus haut relatifs à l'évolution des dépenses soins de santé et autres dépenses pour soins chroniques comprennent déjà ces coûts, ce qui signifie que les dépenses supplémentaires pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, estimées ci-dessus à environ 0,29 % du PIB, sont incluses dans l'augmentation totale des dépenses de soins de santé. Ces chiffres confirment une fois encore l'image que nous avons des coûts 'LTC' : ils sont élevés au niveau individuel, mais relativement limités à l'échelle macro-économique.

17. Décomposition des dépenses de soins : incidence limitée du vieillissement

A la section précédente, nous avons vu que les soins de santé et les LTC, ainsi que l'évolution dans le temps sont largement déterminés par le profil de soins de la population en fonction de l'âge, et donc de la morbidité et de la dépendance, qui en découlent. Mais le niveau de ces dépenses de santé, et également l'évolution, sont aussi fortement déterminés par le progrès économique, les améliorations techniques (en matière de soins) et le progrès social. A mesure que l'économie s'est enrichie et que l'Etat Providence s'est développé, davantage de moyens ont été consacrés aux soins de santé. Les moyens affectés au secteur des soins ne suivent pas seulement le progrès social et économique, mais ils l'ont même souvent dépassé dans le passé, indépendamment de l'incidence démographique. Cette constatation peut être faite tant au niveau international qu'au plan national. Pour bien analyser cet effet dans le temps, il doit être distingué de l'effet démographique. Cette décomposition du facteur démographique et des autres facteurs déterminants des dépenses de soins n'est pas un exercice facile.

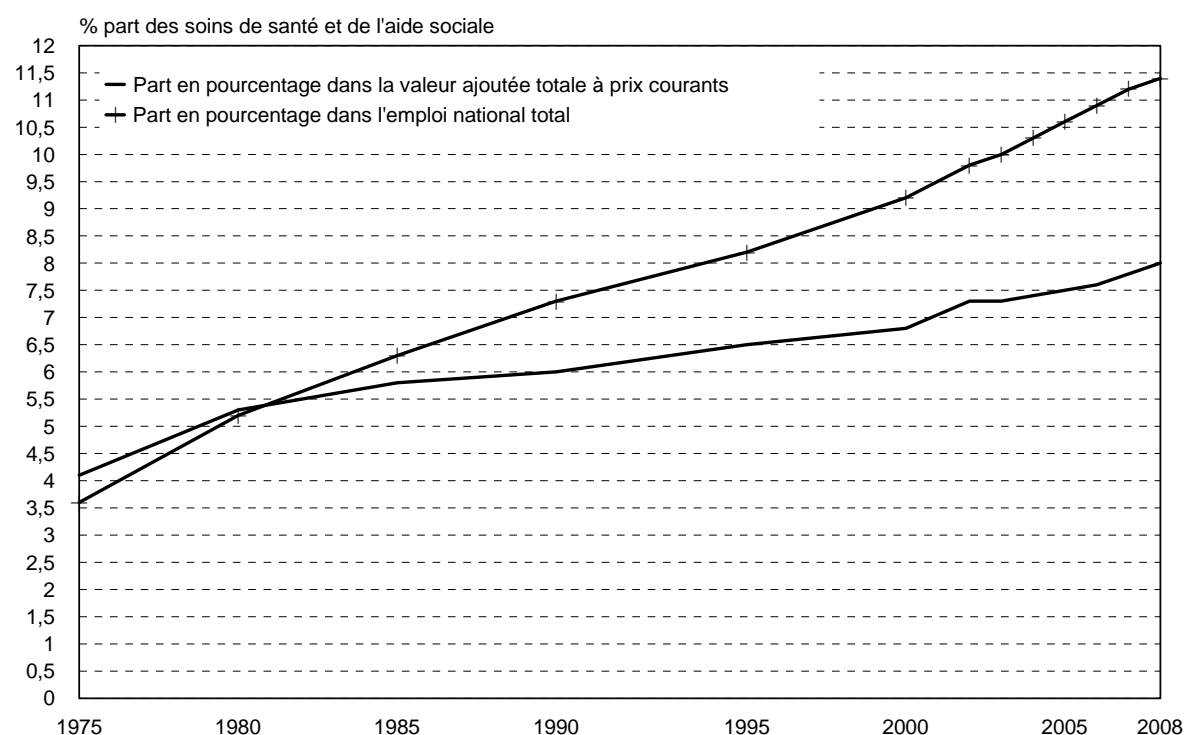
Nous tenterons de scinder l'évolution des dépenses en matière de soins du passé et pour l'avenir en une composante démographique, un effet de volume et d'éventuels effets de prix. La composante démographique est généralement subdivisée, d'une part, en un effet de la croissance démographique (augmentation du nombre d'habitants, ou – si on limite l'analyse aux plus de 65 ans – augmentation du nombre de 65+) et, d'autre part, l'effet de la structure d'âges modifiée (vieillissement au sein de la population totale ou 'double vieillissement': augmentation du nombre de personnes très âgées dans le groupe des 65+). Il est difficile d'identifier l'effet de volume et de prix, tant au plan conceptuel qu'empirique, bien que cette distinction soit capitale au plan politique. Les perspectives à long terme en matière de soins font la distinction entre la tendance des dépenses et l'effet démographique précité (nombre et vieillissement).

Dans le passé, les dépenses de santé ont augmenté considérablement par rapport à ce que l'on aurait pu attendre des évolutions démographiques et les dépenses ont également augmenté plus rapidement que le PIB. Ceci illustre l'existence d'une certaine tendance à la hausse, supérieure à celle de l'évolution réelle du PIB, du moins en ce qui concerne les dépenses pour soins de santé. Vu que les dépenses ont été corrigées pour le déflateur du PIB, une partie des dépenses peut résulter d'augmentations de prix nominales, supérieures dans le secteur des soins par rapport aux autres secteurs ⁴. En examinant la valeur ajoutée des soins de santé et des autres types d'aide sociale (définition large du secteur des « soins »), on constate que l'augmentation de la valeur ajoutée reste en deçà de la croissance de l'emploi pour la période de 1980 à ce jour ; les perspectives d'avenir du Bureau du Plan vont dans le même sens pour les années proches. Entre 1975 et 2008, l'emploi (travailleurs salariés et travailleurs indépendants) dans le secteur des soins de santé et de l'aide sociale passerait de 3,5 à 11 %, mais la part dans la valeur ajoutée (y compris les rémunérations des travailleurs salariés et les revenus des travailleurs indépendants) n'augmenterait que de 4 à 8 % (chiffres jusqu'en 2008 basés sur les perspectives à moyen terme du Bureau fédéral du Plan).

En comparant la croissance de l'emploi et l'augmentation des dépenses, on constate une évolution très analogue, ce qui témoigne d'une augmentation considérable en volume, mais sans

⁴ En dressant avec plus de précision les comptes de soins selon le type de dépenses, les sources de financement et l'âge, l'évaluation de ces effets de prix et de volumes pourra être affinée à l'avenir.

inflation exagérée des prix. La différence entre l'évolution de la valeur ajoutée dans le secteur des soins et les affectations totales en matière de dépenses de soins peut s'expliquer par l'apport d'autres secteurs, particulièrement en ce qui concerne les dépenses pour médicaments, lesquelles sont bel et bien incluses dans les dépenses de soins, mais non dans la valeur ajoutée du secteur des soins. Par ailleurs, ces graphiques montrent que la croissance du secteur des soins (et de la valeur ajoutée en son sein) correspond dans une large mesure à celle de l'emploi, une corrélation qui n'apparaît pas au niveau de la croissance totale de l'économie et de l'emploi total. Dès lors, la part que l'emploi du secteur de la santé et de l'aide sociale occupe dans l'emploi total, augmente davantage que celle de la valeur ajoutée de ce secteur dans le PIB.



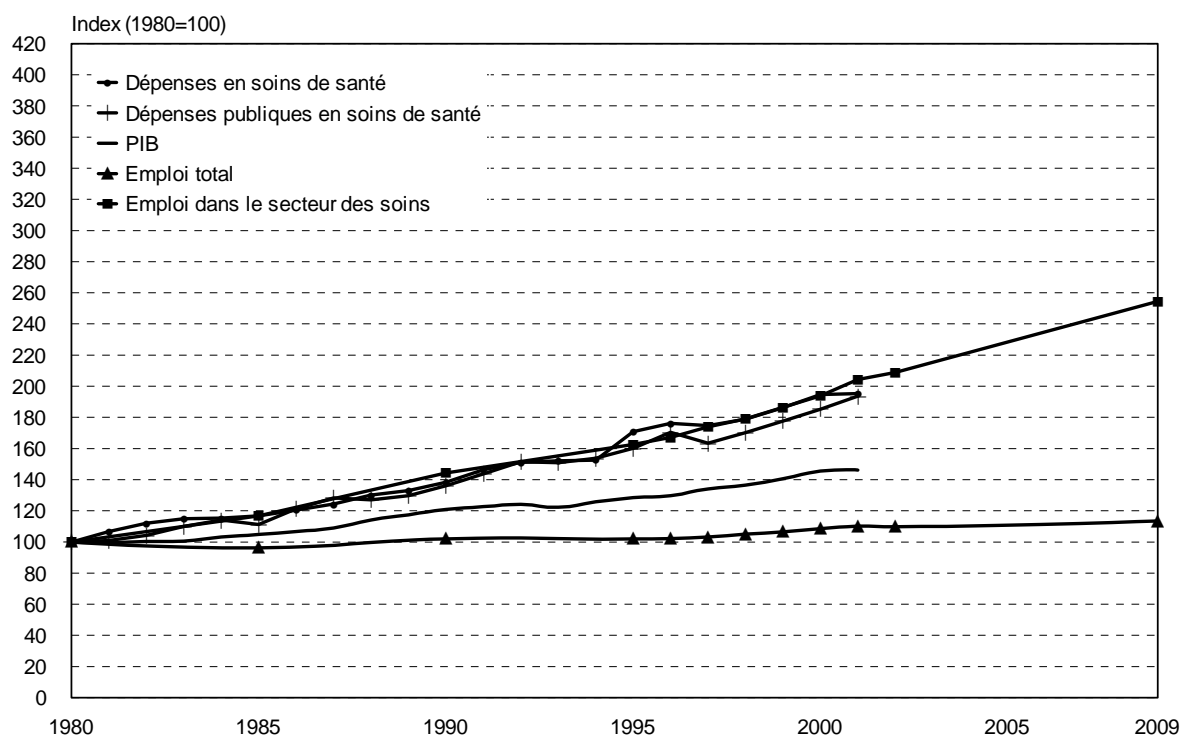
Source: Rapport annuel Comité d'études sur le Vieillissement, Conseil supérieur des Finances, 2004

Figure 18 Evolution de la valeur ajoutée et de l'emploi dans le secteur des soins de santé et de l'aide sociale, 1975-2008

Les analyses prospectives du Bureau du Plan projettent principalement la composante démographique et un facteur de tendance. En fait, celui-ci peut être littéralement interprété comme une 'conformité à la tendance' dans le secteur des soins, dans lequel on peut s'attendre non seulement à une indexation nominale des prix-revenus (faute de quoi il y aurait un réel recul), mais aussi à des revenus/tarifs qui suivent l'évolution du niveau général de prospérité.

Nous sommes loin de l'effet dit 'Baumol' ⁵ selon lequel les soins de santé nécessitent une part sans cesse croissante des facteurs de production et de la valeur ajoutée. Cependant, cet effet se vérifie partiellement, surtout parce que davantage de services et une valeur ajoutée supplémentaire sont développés dans ce secteur. Par ailleurs, il apparaît, – ce qui était d'ailleurs l'essence même de l'effet Baumol, – qu'il subsiste bien plus de moyens pour le reste de la consommation, comme nous allons le montrer ci-après pour la période 1970-2050.

⁵ Selon l'économiste W.J.Baumol qui a décrit ce phénomène pour la première fois.



Sources: Calculs Pacolet et Cattaert (HIVA-K.U.Leuven)

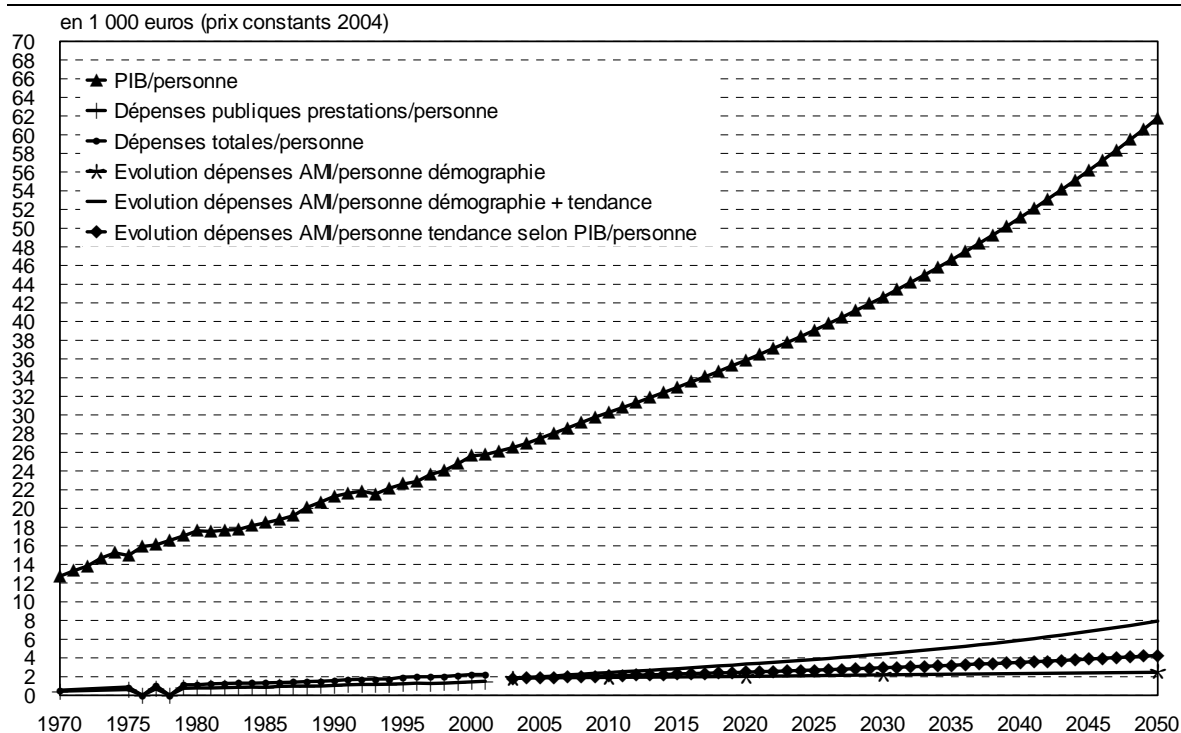
Figure 19 Evolution des dépenses de soins de santé, PIB et emploi, Indices 1980-2009 (1980=100)

Pour la période 1970-2000, nous constatons l'augmentation tant du PIB par personne que des dépenses en soins de santé (en prix constants) (cf. figure 20). Les dépenses ont fortement augmenté, mais des moyens supplémentaires du PIB sont disponibles pour d'autres dépenses et ce pour des sommes bien plus élevées. Ce constat est extrapolé pour les dépenses futures.

Le Bureau du Plan extrapole cette tendance et table sur une croissance supplémentaire prudente par rapport à l'évolution du PIB. Nous projetons ci-après le PIB et la consommation médicale dans l'avenir, sur la base d'une composante purement démographique (d'ailleurs la même que celle du Bureau du Plan) et de deux hypothèses de poursuite de tendance dans les autres secteurs économiques (voir figures 19 et 20 plus loin). a) D'une part, nous appliquons aux dépenses publiques (de l'assurance soins de santé) 'la tendance de l'évolution réelle du PIB/personne', à savoir la conformité à la croissance en général. b) D'autre part, nous appliquons aux dépenses publiques 'la tendance' des scénarios du Bureau fédéral du Plan, c.-à-d. une croissance encore toujours supérieure à la seule évolution du PIB. La courbe 'tendance (du Bureau du Plan)' se situe dès lors au-dessus de la courbe 'tendance du PIB'. Enfin, en vue d'estimer les dépenses totales, nous majorons l'évolution des dépenses publiques (celle des dépenses selon la tendance proposée par le Bureau du Plan) par un facteur 1,46 (le rapport que nous constatons aujourd'hui entre les dépenses totales pour soins et les dépenses publiques). Nous présentons ci-dessous quelques-uns de ces scénarios en chiffres absolus et en % du PIB par personne.

D'un point de vue purement démographique, la consommation totale augmenterait (à peine !) de l'indice 100 en 1999 à l'indice 150 en 2050. Vu l'existence d'une croissance limitée de la population, la consommation par personne serait un peu moindre : elle passerait à l'indice 140. Il se dit parfois que le vieillissement se fera à l'avenir davantage ressentir en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles. C'est exact, mais un calcul explicite de ce facteur montre toutefois que l'évolution des dépenses totales n'est pas si différente en Flandre et en Wallonie, car un effet lié aux chiffres de la population s'ajoute à l'effet du vieillissement. Les dépenses totales augmenteront d'environ 50 % dans la Communauté française et dans la Communauté germanophone, comme dans la Communauté flamande. Alors que cette croissance est due en Flandre pratiquement dans sa totalité au vieillissement, seuls 70 % de l'augmentation due au facteur démographique est à attribuer au vieillissement en Wallonie ; par ailleurs, la population totale augmente également, ce qui entraînera des dépenses de soins supplémentaires. La mesure dans laquelle ces dépenses pourront être facilement supportées dépendra de la situation économique, une population croissante pouvant effectivement augmenter le taux d'activité en Wallonie.

En résumé, les dépenses publiques et privées pour soins de santé sont présentées à la figure ci-dessous en prix constants pour la période de 1970 à nos jours et les projections jusqu'en 2050 sous une forme stylisée, d'une part la composante purement démographique et, d'autre part, en tenant compte de la tendance propre à divers scénarios en Belgique. Pour les projections, plutôt que d'en rester aux seules dépenses pour soins de santé, nous avons utilisé pour les projections, les dépenses totales pour l'ensemble de la santé et de l'aide sociale.

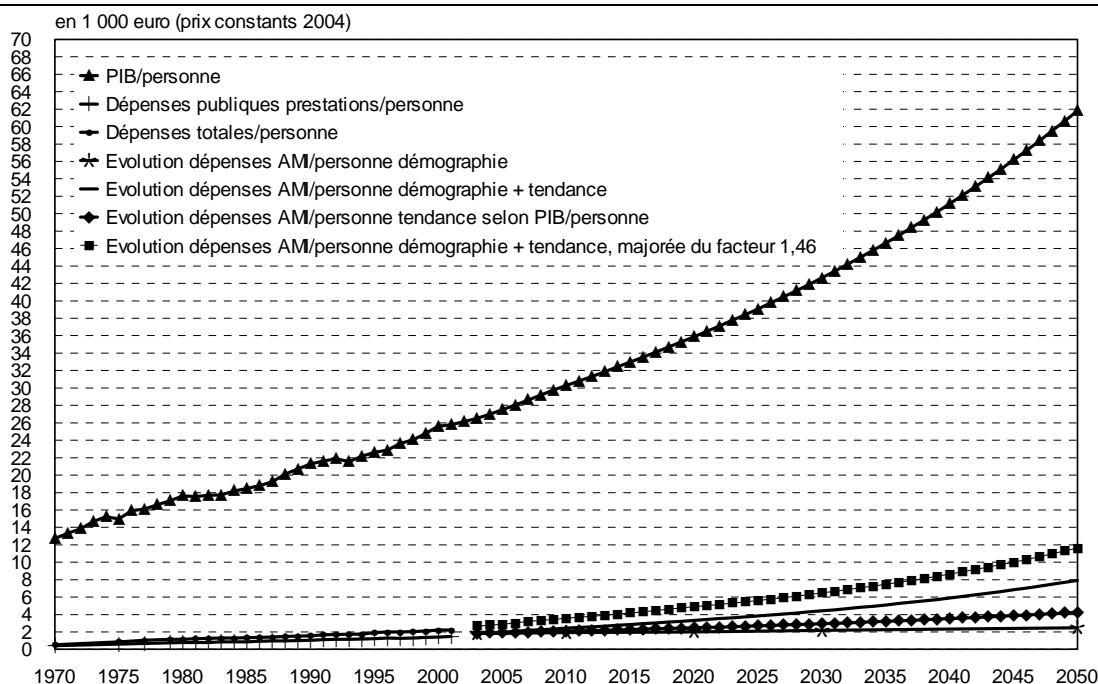


Note: L'évolution calculée des dépenses AMI/personne sur une base démographique a été alignée sur les dépenses réelles et a été convertie en prix constants de 2004. Les perspectives concernent les soins et l'aide sociale (concept large comme à la figure 17).

Source: Calculs Pacolet et Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) sur base des Comptes nationaux, des statistiques démographiques de l'INS et de prévisions démographiques, Prévisions économiques Bureau fédéral du Plan, Comité d'études sur le Vieillissement, données des Mutualités chrétiennes

Figure 20 'La corne d'abondance', évolution du PIB/personne, dépenses totales et dépenses publiques en matière de santé et d'aide sociale et projection des dépenses publiques par personne, à prix constants de 2004, 1970-2050, en euros, Belgique

Nous constatons qu'en termes réels, les dépenses publiques en la matière pourraient augmenter (en prix actuels) de 1 900 euros par personne aujourd'hui à 8 000 euros en 2050. Les dépenses totales par personne pourraient passer d'un montant actuel d'environ 2 800 euros à 11 600 euros en 2050, en prix actuels. Mais, sur base des hypothèses des scénarios de croissance pour les perspectives à long terme, le revenu national augmentera encore bien plus en pouvoir d'achat absolu. Indépendamment des soins, les générations actuelles disposent d'environ 24 200 euros par personne pour leurs dépenses, tandis que les générations futures pourront y consacrer environ 50 200 euros (en euros de 2004). Le graphique 20 évoque la 'corne d'abondance', qui n'est pas mise en péril par l'expansion du secteur des soins. Qui plus est, le développement du secteur des soins contribue à la création totale de prospérité aujourd'hui et dans le futur. Ces courbes infirment en outre le préjugé selon lequel la prospérité des générations futures sera sacrifiée sur l'autel de la protection sociale de la génération du baby-boom. En 2050, on pourra dépenser par personne, en pouvoir d'achat réel et indépendamment des soins, le double du budget actuellement disponible

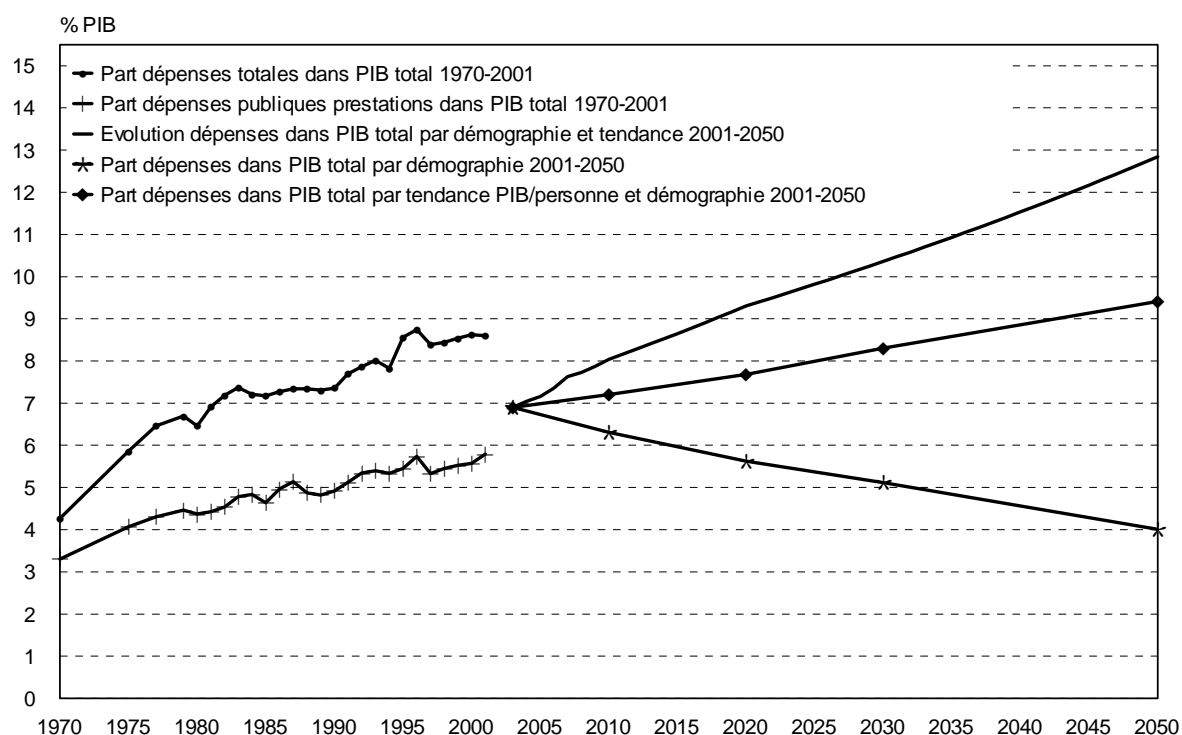


Note: - L'évolution calculée des dépenses AMI/personne sur une base démographique a été alignée sur les dépenses réelles et a été convertie en prix constants de 2004. Les perspectives concernent les soins et l'aide sociale (concept large comme à la figure 17).

- L'évolution des dépenses AMI/personne basée sur la démographie et la tendance a été majorée par un facteur 1,46 (le rapport entre les dépenses publiques et les dépenses totales) et correspond aux dépenses **totales** dans l'avenir, dans le prolongement des dépenses totales dans le passé.

Source: Calculs Pacolet. et Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) sur la base des Comptes nationaux, des statistiques démographiques de l'INS et de prévisions démographiques, Prévisions économiques Bureau fédéral du Plan, Comité d'études sur le vieillissement, données des Mutualités chrétiennes

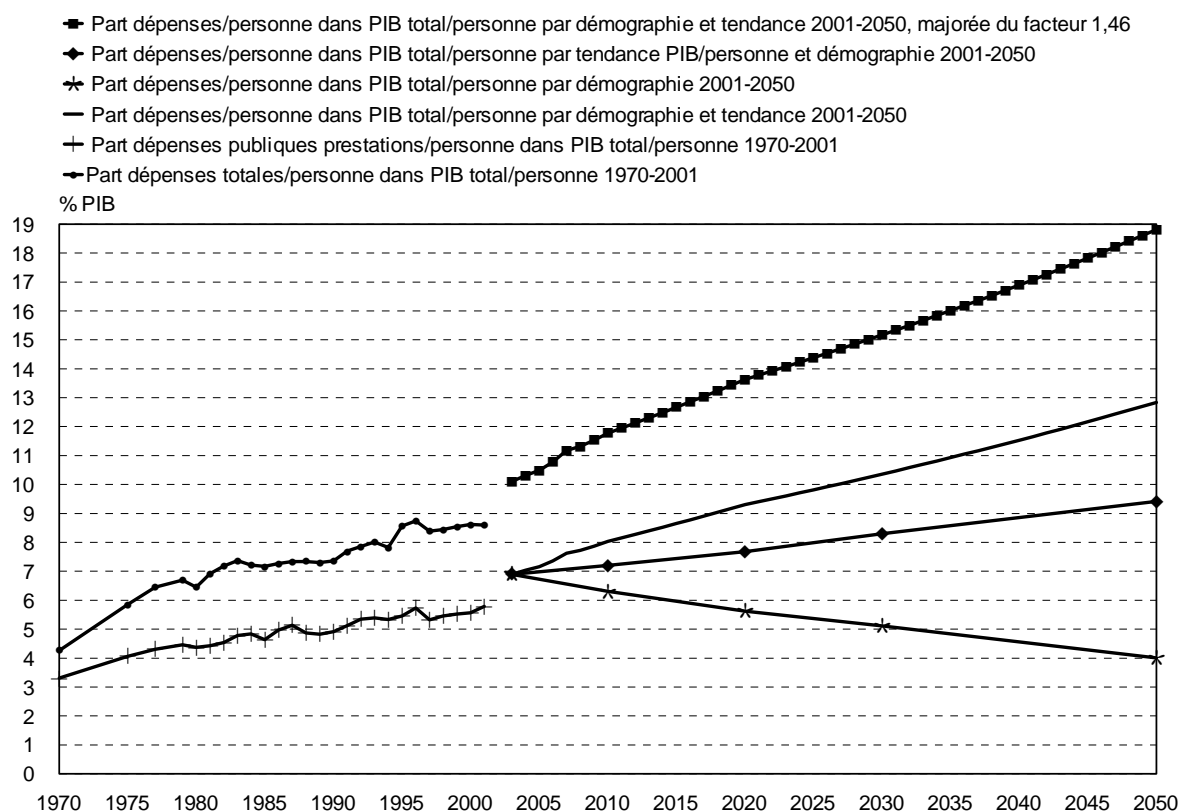
Figure 21 'La corne d'abondance', évolution du PIB/personne, dépenses totales et dépenses publiques en matière de santé et d'aide sociale et projection des dépenses publiques et totales par personne, à prix constants de 2004, 1970-2050, en euros, Belgique



Note L'extrapolation pour l'avenir ne porte que sur les dépenses publiques. Les perspectives concernent les soins et l'aide sociale (concept large comme à la figure 17).

Source: Calculs Pacolet et Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) sur la base des Comptes nationaux, des statistiques démographiques de l'INS et de prévisions démographiques, Prévisions économiques Bureau fédéral du Plan, Comité d'études sur le vieillissement, données des Mutualités chrétiennes

Figure 22 Part des dépenses totales pour soins de santé/personne dans le PIB/personne, et part des pouvoirs publics pour les prestations/ personne dans le PIB/personne, 1970-2050, en %



Note: La part des dépenses/personne dans le PIB total/personne en raison de la démographie et de la tendance 2001-2050 a été majorée par un facteur 1,46 (rapport entre les dépenses publiques et les dépenses totales). Les perspectives concernent les soins et l'aide sociale (concept large comme à la figure 17).

Source: Calculs Pacolet et Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) sur la base des Comptes nationaux, des statistiques démographiques de l'INS et de prévisions démographiques, Prévisions économiques Bureau fédéral du Plan, Comité d'études sur le vieillissement, données des Mutualités chrétiennes

Figure 23 Part des dépenses totales/personne dans le PIB/personne, et
Part des pouvoirs publics prestations/ personne dans le PIB/personne, 1970-2050, en %

En termes relatifs, nous constatons en trente ans une augmentation des dépenses publiques pour les soins de 3 points de % du PIB, les portant à 9-10 % vers 2030 (hypotheses du Bureau du Plan et du Comité d'études sur le vieillissement) ; à plus long terme, les dépenses publiques augmenteront encore, jusqu'à 13 % peut-être en 2050.

Ces éléments montrent que les hypothèses du scénario de base du Comité d'études sur le Vieillissement (elles-mêmes basées sur les scénarios du Bureau fédéral du Plan) sont minimalistes, vu que la croissance totale des dépenses pour soins de santé, en tant que part du PIB, est liée dans une large mesure au facteur démographique et au fait que la tendance d'évolution du PIB se prolonge. Cette conformité à la tendance implique en soi que la croissance réelle de l'économie au cours du prochain demi-siècle se manifestera également dans le secteur des soins, un élément non négligeable en tant qu'indicateur de progrès. Les scénarios finalement utilisés par le Comité d'études sur le Vieillissement tablent sur une croissance encore supérieure, principalement parce que l'hypothèse de croissance de 4,5 %, actuellement privilégiée par les pouvoirs publics pour les années proches nous situe à ce niveau supérieur. Nous en arrivons finalement à porter un jugement nuancé au sujet de ces perspectives d'avenir et de nouvelles études devront venir corroborer les divers paramètres utilisés, en vue d'adapter ces scénarios vers le haut ou vers le bas.

Quelles que soient les hypothèses, ces graphiques permettent aussi de ne pas dramatiser la situation pour l'avenir. Le mode de présentation est inspiré de l'effet 'Baumol', déjà cité dans la discussion au niveau belge, prévoyant une productivité relativement moindre dans le secteur de la santé et de l'aide sociale, un secteur qui absorbera une part sans cesse croissante des dépenses. Mais il ajoutait la conclusion selon laquelle, malgré l'augmentation des dépenses dans ce secteur, il subsistera nombre d'autres réelles possibilités de consommation dans une économie en croissance. Si l'on souhaite développer les soins, ceux-ci, estime-t-il, nécessiteront des dépenses plus importantes, sans pour aucun créer un problème, car, en termes réels, il existera bien davantage de moyens pour les autres types de consommation. Les responsables politiques devront dès lors oser faire ce choix et seront peut-être critiqués de toutes parts. Mais il conclut ⁶: 'Here is a problem for public choice that is likely to prove critical for our quality of life. An unfortunate choice in this arena does indeed threaten to bring us an economy, in the words of the poet, "where wealth accumulates and men decay"'. Ce choix de 'new money' pour le secteur des soins et le progrès social n'est pas incompatible avec le développement du progrès économique ; au contraire, il en fait même partie. Il n'empêche que d'autres possibilités d'améliorer la performance du système doivent être recherchées et que le mode de financement du secteur des soins et de la protection sociale en général doit faire l'objet d'un large débat de société. Les deux pistes, à savoir la recherche d'une efficience accrue et la recherche de modes de financements supplémentaires, ont une incidence si considérable, qu'elles méritent d'être examinées, ce qui n'a pas été possible dans le cadre du présent rapport.

⁶ W.J. Baumol, 1993, 'Health care, education and the cost disease: A looming crisis for public choice', *Public Choice*, p. 27. Le poète auquel il est fait référence est le poète anglo-irlandais Oliver Goldsmith (1730-1774).

18. Bases de discussion pour l'action

Nous présenterons d'abord diverses propositions générales en vue de faire face à l'évolution des besoins de soins et d'aide sociale : formation, développement d'infrastructures et de services et, afin d'optimiser l'utilisation des moyens disponibles, maîtrise de la croissance générale de la consommation de soins (laquelle n'est pas spécifique au vieillissement, car on l'observe à tous âges). Nous détaillerons ensuite une série de stratégies spécifiques, susceptibles de répondre à l'incapacité et à la dépendance, plus fréquentes au grand âge.

18.1. Comment faire face à la croissance des besoins de soins et d'aide ?

18.1.1. Politiques de ressources humaines

a) La **formation** nous paraît constituer une priorité majeure :

- Une **formation** dans le domaine des soins aux personnes âgées (gériatrie et gérontologie), s'impose dans toutes les professions de santé et d'aide sociale : notamment en médecine générale et pour le personnel des institutions de long séjour. Cette formation doit être intégrée au cursus de base et faire l'objet d'une formation continue.

NB A l'hôpital, un patient sur deux aura au moins 65 ans en 2050 et un sur trois, 75 ans.

b) Des **formations spécifiques** sont à développer :

- Mettre sur pied une formation de **spécialistes en gériatrie**. Comme il s'agirait d'une spécialité nouvelle, il serait souhaitable de la placer hors quota, à l'instar de la solution retenue en faveur de la psychiatrie infantile.
- Organiser une formation spécifique relative au **dépistage de la fragilité fonctionnelle** pour les médecins généralistes (cf. 1.8.2).
- Développer une **formation adéquate des aides-soignants** pour seconder les infirmières :
Leurs compétences spécifiques devraient être valorisées, notamment grâce à la reconnaissance de leurs fonctions (un certificat de formation conditionnerait le droit de travailler dans le type de service correspondant). Un renforcement de leur formation, ainsi que celles des aides familiales, couplé à un meilleur financement de leurs activités, et à une clarification de leurs champs d'action respectifs (soutien pour les ADL et les AIDL), devrait permettre une réduction du chômage des travailleurs moins qualifiés.
- Formation de **professionnels de santé spécialisés**,
Formation spécialisée pour des infirmiers (évaluation des besoins), des ergothérapeutes (aménagement du domicile), des kinésithérapeutes (exercices en groupe).

c) **Force de travail et numerus clausus en médecine**

Respecter au moins le critère adopté par la Commission de Planification en 1996 : la stabilisation au niveau national de la force de travail, ce qui n'équivaut pas à accroître l'offre, mais qui implique (au moins transitoirement) un certain élargissement des quota ; cette solution permet le rapprochement graduel des densités entre Communautés, grâce à la clé 40/60.

18.1.2. Infrastructures et services

• Pour le *parc hospitalier* : la croissance prévue sera relativement lente ; elle pourra sans doute être absorbée peu à peu par une amélioration de productivité et moyennant adaptations (cf. infra) ; par conséquent, aucun investissement supplémentaire en infrastructures ne semble actuellement nécessaire au plan global.

MAIS un tel moratoire nécessite *des adaptations*, à savoir :

- Augmenter le *nombre de lits gériatriques G* et
 - financer le *programme gériatrique* des hôpitaux.
- Optimiser la *durée de séjour des très âgés* (moteur d'une croissance des journées bien supérieure à celle des admissions), voire diminuer cette durée si les conditions de sécurité sont remplies, à savoir en les orientant d'emblée vers les services adaptés et en leur offrant des alternatives, telles que : hospitalisation de jour gériatrique, centre de jour gériatrique ; services de moyen séjour et de réadaptation; services de soins palliatifs gériatriques et soutien aux soins palliatifs à domicile, ...
- Accorder une *attention particulière aux patients déments* : formation spécifique du personnel, création de structures de long séjour adaptées (« cantous ») et création de structures d'accueil spécifiques en milieu hospitalier (unités “problèmes médicaux chez patients avec démence”).
- Revoir les *normes de personnel* et les *conditions de financement*, car la charge par lit va augmenter.
- Analyse de l'impact de la demande croissante de chambres particulières sur l'infrastructure hospitalière. Faut-il inclure cette demande dans le paquet de base de l'assurance ? Si oui, avec quelle implication et quel impact sur le financement des hôpitaux ?

• Pour *l'hébergement*

- *Poursuivre les reconversions des maisons de repos en maisons de repos et de soins*. A la mi 2003, 43 % des résidents B ou C n'étaient pas encore en MRS et ne bénéficiaient donc pas d'un encadrement correspondant à leur besoin d'aide ni d'un forfait soins y adapté.
- Prévoir des *investissements* substantiels pour l'ouverture de *maisons de repos et de maisons de repos et des soins*, surtout en Flandre (pas à Bruxelles). Dans les trois régions : améliorer la qualité en augmentant le nombre de chambres d'une seule personne.
- Développer des *habitats alternatifs* adaptés aux personnes âgées : résidences-services, habitat évolutif, habitat groupé participatif (Abbeyfield), aides aux adaptations au logement (intervention de l'ergothérapeute à domicile, domotique, télévigilance, ...).

• Pour *les services à domicile*

- Etendre les *soins infirmiers à domicile* (SIAD), vu une certaine substitution probable entre et SIAD et hébergement en maison de repos ; cette politique est bénéfique tant pour la qualité de vie que pour la maîtrise des dépenses.
- Améliorer aussi l'offre des *autres services à domicile*.

A cette fin, il faudra peut-être négocier avec d'autres secteurs, afin d'améliorer certaines conditions de travail : sécurité, stationnement,

• **L'organisation des soins :**

- Favoriser les mesures visant à prévenir et à répondre à l'incapacité (cf. section 18.2).

18.1.3. Face à la croissance de la consommation

La croissance de la consommation est une tendance lourde du système ; elle s'observe à tous âges et ne résulte que partiellement du vieillissement. Cette évolution est normale dans une société de services ; elle est source de bien-être et créatrice d'emploi. Néanmoins, il importe d'en maîtriser le rythme de croissance, notamment dans un système où le prix ne joue pas son rôle classique de régulateur, ceci afin de pouvoir orienter les moyens disponibles vers les besoins nouveaux. ; ceci concerne tant le système public que le système privé où les objectifs doivent d'efficacité, d'efficience et de parcimonie doivent être de mise. La stratégie en ce domaine mérite une étude particulière qui dépasse le cadre du présent rapport ; on se contentera d'énoncer ici quelques pistes.

• **Recours** de la population : cette demande de soins est automatiquement rencontrée dans notre système. Cette liberté est appréciée. Aussi la croissance du secteur perdurera-t-elle. On peut cependant tenter d'en canaliser certaines évolutions et constituer des groupes de réflexion en la matière. Exemples de questions qui se posent :

- Comment réagir face à la désaffection graduelle à l'égard de la médecine générale ? Faut-il un échelonnement ou au moins une inscription ? Des tickets modérateurs plus bas ? Des actes réservés au généraliste ? Une formation et un acte de la nomenclature pour le dépistage de la fragilité fonctionnelle ?
- La raréfaction de l'offre en Communauté française créera peu à peu des files d'attente. Au début, ceci permettra de diminuer une surproduction. Jusqu'où peut-on aller ?
- Pour les personnes âgées : la moitié des recours se fait à l'initiative du médecin. Est-ce adéquat ?

• **Soins spéciaux :**

- Organiser une réflexion au sujet des « FAVAS » (actes à faible valeur ajoutée de santé).
Exemple : radio du thorax pré-opératoire ; dès 1983, cet acte fut jugé inutile par l'OMS (sauf indications précises) ; néanmoins, il est resté pendant 15 ans au top du hit-parade.
Y a-t-il des exemples analogues ? Comment les identifier ? Comment favoriser le remplacement d'actes ou produits obsolètes au bénéfice d'autres plus efficaces/efficaces ?
- Organiser des groupes de consensus (avec des experts étrangers) : guides de bonne pratique, et aussi des incitants (affichage obligatoire, nomenclature, ...)
- Promouvoir les **médicaments** génériques, une meilleure information du prescripteur et de la population, la responsabilisation du prescripteur. Etudes à mener sur la taille des conditionnements, l'efficacité, le prix et le remboursement des médicaments.
(NB Les médicaments à « service médical rendu insuffisant » sont très présents dans la prescription des médecins en France, selon une étude de l'IRDES)
- Organiser un groupe de travail sur les **modalités de financement du système** : en vue de permettre la croissance, et d'optimiser l'usage des moyens disponibles. Quelles sont les meilleures voies, sans peser sur la compétitivité de nos entreprises ? Faut-il favoriser des

financements complémentaires ? Exemples à discuter : modulation des tickets modérateurs en fonction des revenus ? accises sur les produits provoquant de l'obésité ?

18.2. Objectif, stratégies et tactiques face à l'incapacité

✚ Objectif : Réduire la morbidité et l'incapacité et améliorer la qualité de vie

→ **Privilégier la qualité de vie** (« plus de vie aux années »), plutôt que son allongement à tout prix. Ceci implique d'accompagner les transitions de santé, de retarder le seuil clinique des maladies chroniques et celui des incapacités, mais aussi d'éviter l'acharnement thérapeutique.

Avantages : - pour les individus (vie de qualité) et
- pour les finances publiques: soulager les besoins croissants de soins à long terme.

✚ Stratégies :

Promouvoir la santé (vie saine)

Education à la santé, actions communautaires et mesures structurelles

Intensifier la prévention

Dépistage précoce et action sur les facteurs de risque en amont

Traiter les maladies chroniques et prévenir leurs séquelles

Améliorer la qualité de vie et la fonctionnalité

Augmenter le taux de récupération des fonctions perdues

Améliorer le bien-être social

Offrir un environnement plus adapté aux besoins des personnes âgées

✚ Tactiques - Orientations (centrées sur la transition vers les incapacités)

a) Au plan de la politique de santé

◆ Promouvoir la santé

Promouvoir une vie saine : les attitudes saines en termes d'exercice, de nutrition, et d'activités sociales sont réputées favorables à un vieillissement optimal. Elles peuvent être encouragées, non seulement par des programmes d'information et d'éducation, mais aussi par l'organisation d'activités de groupe au niveau local, et par des législations nouvelles (par exemple des accises, des politiques anti-tabac et contre l'abus d'alcool, ...).

◆ Développer des actions préventives

Les mesures de prévention (vaccinations, etc.) restent opérantes aux âges avancés. Il n'est jamais trop tard pour faire de la prévention ; les plus fragiles en bénéficient même le plus.

- Dépister et agir sur les **facteurs de risques des maladies chroniques** (exemples : hypertension artérielle, fibrillation auriculaire), dont le traitement peut prévenir l'évolution vers l'insuffisance cardiaque.
- Dépister et agir sur la **fragilité et le risque de déclin fonctionnel** (cf. infra).
- **Prévenir, dépister et traiter les maladies chroniques invalidantes** : mettre l'accent sur l'insuffisance cardiaque, l'ostéoporose, les démences, les AVC et le Parkinson. Promouvoir des programmes d'évaluation et d'intervention ciblés, afin d'éviter des hospitalisations et des institutionnalisations et d'améliorer la qualité de vie des patients et des aidants.
- Promouvoir des programmes locaux **d'exercices physiques en groupe** organisés par un kiné (prévention primaire et secondaire des chutes).
- Réfléchir et répondre aux **problèmes conduisant à l'incapacité** (chutes, dénutrition, perte de masse musculaire, ⁷ ...).
- Développer des **programmes de récupération et de réadaptation** (incapacités réversibles) : *revalider, réadapter, recours aux aides mécaniques et technologiques.*

◆ Intégrer et coordonner les soins

- Créer, développer et soutenir le **programme gériatrique des hôpitaux (en intégration)**.
- Développer des **réseaux extrahospitaliers**.
- **Intégrer transversalement l'hospitalier et l'institutionnel**.
- **Créer des centres de référence** à cet égard : évaluation des situations, établissement de plans de soins et coordination.

◆ Développer et diversifier des services formels

- **Habitat adapté** (cf. supra, section 18.1.2. : hébergement) ;
- Aides à **domicile** et services infirmiers à domicile : à organiser sur le modèle de soins intégrés (H Bergman, 2003, R Bernabei, 1998) ;
- Financer des unités **d'évaluation gériatrique** (plans de soins)
- Incitants pour la **prévention des réadmissions** (plans de sortie)
- En institution (moyen et) long séjour) : établir des **évaluations** d'admission et des plans de soins ; intégrer avec le réseau de soins.

- *Dépistage, évaluation et actions sur la fragilité* :

Dans la phase qui précède l'incapacité ou son aggravation, la personne âgée est « fragile » (7 à 15 % des âgés). Il s'agit d'une démarche d'évaluation gériatrique à populariser auprès des médecins généralistes A partir d'un seuil (à déterminer), il faut organiser des interventions visant à prévenir le déclin fonctionnel, et donc à éviter/retarder les placements et les hospitalisations :

⁷ Les chutes peuvent en partie être évitées par des programmes d'interventions pluridimensionnelles (Tinetti) ; le syndrome confusionnel aigu à l'hôpital peut être prévenu par des programmes simples (Inouye) ; la dénutrition peut être dépistée et corrigée par des programmes adaptés (Vellas), etc.

- dans des réseaux centrés sur les soins à domicile (soins intégrés), en collaboration avec des unités d'évaluation gériatrique et d'orientation hors de l'hôpital et en lien avec des programmes gériatriques transmuraux ;
- à l'hôpital, le risque est significatif chez 41 % des personnes admises de plus de 70 ans ; le surcroît de soins induit peut sans doute être atténué par le programme « gériatrie », intégré avec les autres unités et moyennant une évaluation gériatrique dès l'admission.
- A cette fin : développer les outils d'évaluation, accorder un n° de nomenclature.

b) Au plan de la politique du troisième âge : services informels et mesures structurelles

◆ **Développer des services informels :**

- **Soulager les aidants proches** : soutien financier et matériel (allocations, régime fiscal),
- Développement **d'expériences nouvelles** d'aides non formelles encadrées (exemple : « baluchonneuses » du Québec, personnes remplaçant l'aidant proche à domicile pour quelques semaines, afin de lui offrir un répit),
- Aide aux associations de soutien, valorisation du **bénévolat** (statut spécial pour les bénévoles, frais payés, allocations minimales ⁸), envisager un service civil.

◆ **Promouvoir une image positive et réaliste du vieillissement et améliorer le bien-être social :**

- **Valoriser les apports des âgés**, sensibiliser le public (adopter l'indicateur nouveau de solidarité intergénérationnelle des âgés, chiffrer l'apport social, économique et culturel des âgés, ...) ;
- **Renforcer la solidarité entre générations**, notamment :
Intégrer les personnes âgées, dont celles souffrant d'incapacités. Favoriser les réseaux de contacts : pluriactivités, adoption de grands parents, « matching » d'enfants géographiquement éloignés, programmes et lieux plurigénérationnels,

◆ **Actions sur les conditions de vie :**

- Revalorisation du Revenu garanti aux personnes âgées (un des plus bas d'Europe, selon Béa Cantillon, 2004), péréquation des retraites, amélioration des pensions de survie,
- Statut de l'aidant proche,
- Vie urbaine : transports, aires de repos, adaptation des trottoirs et des signalisations, ...

⁸ Une loi sur le bénévolat est en préparation : Chambre, "Projet de loi relative aux droits des bénévoles", Doc.51/0455/001, <http://www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/0455/51K0455001>

19. Thèmes de recherche prioritaires

Parmi les multiples thèmes intéressants (cf. rapport complet), les thèmes prioritaires sont identifiés ci-dessous.

19.1. Démographie et coefficients pertinents

- Modulation de **l'âge de la retraite** :
 - o **critères** : durée de carrière ? espérance de vie ?
 - o **système** : bonus-malus, cumul d'activité et de retraite, implications juridiques, socio-économiques et financières.
- Modalités de **maintien au travail des aînés** : avantages supérieurs (pour les attirer) ou moindres (vu la diminution des charges de famille) ; incitation accrue de maintien au travail pour les entreprises. Avantages et inconvénients : impact sur l'emploi des jeunes, impact sur les profils de consommation et la santé des aînés, impact sur les dépenses de santé et la charge des pensions.

19.2. Indicateurs d'espérance de vie, morbidité et dépendance

- Clarifier les **relations complexes entre morbidité chronique et incapacité** et élaboration d'un nouvel indicateur **d'espérance de vie sans multimorbidité (EVSM)** ou sans risque accru de soins.

19.3. Qualité de vie des aînés

- **L'intégration** :
 - o Insertion des personnes âgées dans la **vie économique**, rôle au plan économique, notamment les apports des âgés et l'impact sur l'économie.
 - o Insertion dans la **vie sociale et culturelle**, relations intergénérationnelles, amélioration du bien-être social et impact sur la santé et les dépenses de santé.

19.4. Services aux aînés

- **Dépistage et évaluation gériatrique**
 - a) **Fragilité** : Développement d'indicateurs composites (fonctionnels et biologiques) de la fragilité et du risque de déclin fonctionnel.
 - b) **Dépistage de la fragilité** : tester la faisabilité d'une évaluation annuelle simple faite par le généraliste des facteurs de risques de déclin fonctionnel. Vulgarisation d'un tel dépistage auprès des généralistes et des hospitaliers.

c) Instruments d'évaluation fonctionnelle standardisés : poursuivre la recherche et l'implémentation d'instruments visant à décrire les besoins en soins et à élaborer un plan de soins (projet INTERFACE).

- **Soins intégrés à domicile et à l'hôpital :**

a) A domicile, partant de réseaux locaux (soins à domicile, généralistes, services G), tester une filière de soins intégrés (par rapport à la filière classique) pour examiner l'effet sur le déclin fonctionnel, la polymédication, la consommation en hospitalisation, en placements et en soins médicaux et infirmiers de personnes âgées vivant à domicile. Fournir les moyens de réaliser un processus d'évaluation et de soins multidisciplinaires à domicile avec le médecin traitant (actions coordonnées par une infirmière gériatrique assistée de ressources pluridisciplinaires : gériatre, kiné, psychologue, travailleur social).

b) A l'hôpital : tester l'effet d'une évaluation gériatrique à l'hôpital sur le déclin fonctionnel et la consommation de soins ultérieure. Développer ce projet dans un processus de gériatrie de liaison piloté par le programme gériatrie et en collaboration avec le service des urgences. Les séjours de personnes de plus de 80 ans hors des services gériatriques aigus hospitaliers (près de 200 000 en 2002) ont-ils bénéficié d'une évaluation gériatrique ? Etudier l'épidémiologie des hospitalisations depuis les MRS, leur impact financier et leur pertinence. Dégager des lignes directrices pour les prévenir et les optimiser.

- **Alternatives à l'institutionnalisation** des personnes âgées : types de services et évaluation socio-économique de leur apport. Notamment : ampleur des « crédits-temps » consacrés aux soins et épargne de soins formels correspondante.

19.5. Consommation de soins et de services

- **Substitutions** entre services faisant face à la dépendance : SAD-Hospitalisation-MRS, évaluer l'impact économique, mieux comprendre les différences régionales et promouvoir leur optimisation.
- Calculer les **intégrales de consommation attendue** à divers âges et sous diverses hypothèses (avec et sans prévention des incapacités, avec ou sans recul des incapacités sévères). Distinction selon le type de consommation (court et long terme, avec ou sans institutionnalisation). Etablir s'il existe un âge (ou des paliers d'âges) à « risque accru de soins » (en complément à celui plus usité de « risque accru d'incapacité grave »).
- Définition et identification des « **Favas** » (services à faible valeur ajoutée de santé), critères pour leur détection et politiques à mener à cet égard.
- **Critères de surconsommation et/ou de surproduction**. Calculs des profils de production selon le nombre de patients (et non par contact). Examen des profils excentriques par des réviseurs médecins. Examen avec les mutuelles sur les modes de dialogue et les moyens de donner suite de façon plus active.

20. Systèmes d'information

Pour monitorer les évolutions et permettre la prise de décision fondée sur des données objectives, un système d'information est indispensable. Il peut prendre quatre formes :

- l'accès aux rapports pertinents ;
- la disponibilité de « tableaux de bord » ;
- la disponibilité de statistiques pertinentes, harmonisées, mises à jour (séries chronologiques) et dûment documentées ;
- la comptabilité des agrégats subdivisée par âge (les « comptes de la santé et de l'aide sociale », pour le pays, par région et par Communauté).

Quel qu'il soit, le système doit être maintenu et mis à jour, sous peine de devenir rapidement obsolète et de perdre l'investissement consenti.

20.1. *Rapports*

Il est envisageable de développer un site web consacré au vieillissement. On y placerait

- la copie de la littérature grise pertinente et
- des liaisons vers les sites web les plus pertinents en Belgique et à l'étranger.

Ce type d'accès doit être « indexé », c'est à dire accompagné d'un codage par mot-clefs, permettant l'identification aisée des documents pertinents par rapport à une problématique du moment.

20.2. *Tableaux de bord*

Il s'agit d'un document de synthèse réalisant un point de situation dans un domaine donné et selon un schéma particulier : état des connaissances, évolutions (statistiques chronologiques et évolutions récentes), fixation d'objectifs chiffrés à atteindre pour améliorer les situations mises en évidence et stratégies à cette fin.

Utilité :

- a) Document de référence (base pour un débat) : identifiant les problèmes et présentant des pistes pour des politiques ad hoc.
- b) Suivi des événements, afin de fonder des décisions pertinentes relatives aux modifications éventuelles d'objectifs, d'adaptation des stratégies et/ou de moyens nécessaires à dégager.

20.3. Système d'information de statistiques documentées (CD ou Web)

Selon le but 35 de l'OMS dans "*Les buts de la santé pour tous*"⁹, des systèmes d'information sanitaire devraient soutenir la "gestion de la santé", en facilitant "l'évaluation des actions et des services de développement sanitaire, l'évaluation des progrès réalisés aux niveaux national, régional et mondial en direction de la Santé pour tous" et en diffusant des renseignements scientifiques pertinents.

Le contenu doit couvrir les aspects démographiques de la population et les divers champs du système de santé, comme suit :

- La **population** et les prévisions de population.
- Des **facteurs de santé** : conditions de vie, comportements.
- Des **indicateurs de santé** : espérance de vie, mortalité, morbidité, paramètres.
- Des **services de santé** : infrastructures, personnels, activités, profils, RCM,...
- **L'économie de la Santé**.

Sa mise en œuvre nécessite des choix informatiques (base relationnelle, ...) et l'adoption de concepts uniformisés : tableaux/ variables/ critères/ valeurs de critères/ ventilations,...¹⁰.

Divers systèmes de ce type ont été mis en place de par le monde. En Belgique, Info-Santé a été développé¹¹ ; cette base contient 485 variables (subdivisées en 1841 ventilations) et une documentation équivalent à ± 900 pages. Elle est accessible via un logiciel générique (ARIS). Un module « Vieillesse » pourrait y être greffé.

20.4. Importance d'un système de « comptes de la santé »

Le débat au sujet de l'impact du vieillissement peut, dans toutes ses dimensions, en ce qui concerne l'âge, le type de dépenses, la structure de financement, la productivité et l'impact sur les ressources humaines, le coût et les effets de volume, déboucher sur l'instauration d'un type de 'comptes nationaux' ou de 'comptes satellites' pour les soins de santé et les autres dépenses de santé et d'aide sociale. Au niveau international (OCDE et Eurostat), le 'System of Health Accounts' (SHA) et les 'Health Labour Accounts' (HLA) ont été créés à cet effet. Ces systèmes doivent être développés en priorité en Belgique, afin d'affiner l'évaluation ('benchmarking') du système de soins belge dans ce domaine.

⁹ Organisation mondiale de la Santé, *Les buts de la Santé pour tous, Buts de la stratégie régionale européenne de la Santé pour tous*, Copenhague, 1985, p.161.

¹⁰ Delière D, Debacker Ch, Smeesters S, Knani H, Neirynck I, De Clercq E, *How to set up an Information System ? Application to the health domain*, in : *E-Health in Belgium and in the Netherlands*, Studies in Health Technology and Informatics, vol. 93, IOS Press, 2002 : 9-17.

¹¹ www.sesa.ucl.ac.be, rubrique Info-Santé.