

## Qui sont les résidents des maisons de repos : en quoi l'évolution des profils de résidents représente des défis pour l'avenir des maisons de repos?

Rebekka Verniest, Gauthier Vandeleene et Hervé Avalosse - Service d'études

### Résumé

*Ces dernières années, les soins aux personnes âgées dans les maisons de repos se sont retrouvés plus d'une fois dans l'œil du cyclone. Les témoignages concernant la qualité insuffisante des soins dans certains établissements, ainsi que le lourd tribut payé au Covid-19, ont incité certains à s'interroger sur l'avenir des maisons de repos. Ces questions existent depuis longtemps, mais la crise du Covid-19 les a ravivées.*

*Nous sommes convaincus que les maisons de repos restent un maillon indispensable dans les soins aux personnes âgées. Il est cependant important de poursuivre le débat sur la façon de garantir des soins de qualité et accessibles dans ce cadre.*

*La MC souhaitant participer à ce débat, nous avons analysé les données des dernières années relatives aux soins résidentiels pour les personnes âgées. Nous avons constaté que les personnes âgées sont admises en maison de repos de plus en plus tard. Elles nécessitent également des soins de plus en plus importants. Nous retenons de ces faits l'importance d'un encadrement en personnel adéquat, dont le nombre et les compétences puissent répondre aux besoins en soins évoluant avec le profil des résidents. De cette manière, la qualité de vie, la qualité des soins et une fin de vie digne pourront être garanties. La responsabilité de la réalisation de cet objectif est portée par les autorités compétentes et par les acteurs du terrain.*

**Mots-clés :** Soins aux personnes âgées, maisons de repos, profil des résidents, qualité de vie, qualité des soins, fin de vie digne

### 1. Contexte

Dans les années futures, la population belge continuera à vieillir. Le Bureau fédéral du Plan prévoit que le pourcentage de personnes de plus de 67 ans au sein de la population, qui était de 18% en 2018, augmentera à 20% en 2030 et 23% en 2070. Notamment en raison de ce vieillissement, la demande de soutien et de soins chroniques pour les personnes âgées dans les années à venir sera en hausse. Actuellement, l'aide et les soins sont dispensés soit à domicile, dans l'environnement de la personne âgée, soit en maison de repos. Il est également possible de combiner les soins à domicile avec des soins semi-résidentiels lorsque les personnes se rendent dans un centre d'accueil de jour ou effectuent un court séjour dans une maison de repos. Par ailleurs, d'autres formes plus innovantes d'habitat associé à des soins se développent également sur le terrain, aussi bien au sein des maisons de repos (comme l'habitat à petite échelle pour les personnes souffrant de démence) qu'en alternative aux maisons de repos (par exemple les maisons Abbeyfield, les habitations kangourous ou duplex) (Fransen A., 2009).

Même lorsqu'elles commencent à nécessiter des soins, les personnes âgées préfèrent rester le plus longtemps possible chez elles et y recevoir les soins et l'assistance dont elles ont besoin (= « aging in place ») (Fondation Roi Baudouin, 2017 ; Beirnaert, 2017). Pouvoir rester chez soi est synonyme pour la plupart des personnes âgées d'une meilleure qualité de vie, notamment car elles conservent leur réseau social et la familiarité de leur environnement. L'admission en maison de repos est associée à des éléments négatifs (issue négative, risque de décès accru, qualité de vie amoindrie). Le prix élevé des maisons de repos effraie également. Grâce à la vaste offre de soins et d'assistance, ainsi qu'à l'engagement d'aidants proches et de bénévoles, les soins à domicile sont devenus pour beaucoup une option réaliste.

La plupart des personnes âgées voient encore la maison de repos comme la dernière option, quand il n'y a plus aucune autre possibilité. Au niveau social, la question du rôle des maisons de repos dans le large éventail des soins aux personnes âgées est également régulièrement posée.

Puisque nous vieillissons tous, notre société doit continuer à réfléchir à l'avenir des soins aux personnes âgées. Quels soins souhaitent nos personnes âgées et leurs aidants proches ? Comment les soins aux personnes âgées seront-ils organisés ? Quelle est la place de la maison de repos dans l'offre de soins aux personnes âgées et quels soins y ont leur place ?

Pour pouvoir répondre à ces questions, nous devons prendre en compte de nombreux facteurs. Que veut la personne elle-même ? Comment prendre en compte les tendances d'intégration des soins dans la société ou l'attention croissante consacrée à la qualité des soins ? Et comment garantir que chacun puisse bénéficier d'une vie de qualité, même à un âge plus avancé ? Ces questions sont complexes et il faut les considérer sous différents angles. D'un point de vue politique, il faut se demander pourquoi on choisit une forme de soins particulière.

Ce point de vue est très précieux dans une perspective stratégique. Il permet en effet de prendre des initiatives ciblées pour jouer sur les facteurs qui influencent l'entrée en maison de repos, afin de la retarder, voire l'éviter, quand c'est possible. C'est pourquoi cet article donnera d'abord une vue globale des facteurs étroitement liés aux admissions en maison de repos. Ensuite, nous examinerons, pour certains de ces facteurs, les conclusions que l'analyse des données de la MC nous permet de tirer.

Par ailleurs, il est important d'avoir une vision de la qualité de vie dans une maison de repos. Un aspect important de la qualité de vie est la dignité de la fin de vie. La maison de repos sera pour de nombreuses personnes âgées le dernier endroit où elles déménageront. La crise du Covid-19 a soulevé à nouveau cette question. Nous nous y consacrerons dans cet article en étudiant les hospitalisations des résidents de maisons de repos et le lieu de leur décès.

La crise du Covid a mis sous le feu des projecteurs les soins résidentiels pour les personnes âgées. Le rôle de la maison de repos dans les soins aux personnes âgées, la qualité des soins fournis et la qualité de vie des personnes âgées ont été plus d'une fois remis en question. Mais ce n'est pas nouveau. Ces questions font déjà depuis longtemps l'objet de débats, la crise les a réactualisées. En tant que mutualité santé, la MC veut contribuer à ce débat. Par l'analyse des données du passé, nous voulons attirer l'attention sur un certain nombre de points importants pour la politique future.

## 2. Quels facteurs sont associés à l'admission en maison de repos ?

Bien que les gens préfèrent vieillir chez eux, les maisons de repos restent un maillon essentiel de l'offre de soins aux personnes âgées. Au niveau individuel, sont associés à l'institu-

tionnalisation aussi bien la prédisposition aux soins, que les possibilités de soins et les besoins de soins (Luppa et al., 2010).<sup>1</sup>

- La « **prédisposition** » aux soins (caractéristiques démographiques et sociales, conviction et attitude relatives à la maladie et aux soins) où le grand âge et le fait de ne pas être propriétaire de son habitation s'avèrent surtout déterminants. Le célibat ou le fait de ne disposer que d'un réseau social limité jouent aussi un rôle, bien que dans une moindre mesure.
- Les **possibilités de soins** (la connaissance individuelle et les ressources pour avoir recours à des soins, ainsi que la possibilité de soins, informels et formels, pour l'individu).
- Le **besoin de soins** (l'état de santé ressenti et attesté), avec principalement la santé subjective et les limitations fonctionnelles et cognitives, mais aussi la démence diagnostiquée.

Sur la base des informations fournies par la littérature, Luppa et al. ont conclu que la prise en charge dans une maison de repos résulte principalement de la présence de limitations cognitives et fonctionnelles sévères. Les maladies jouent en elles-mêmes un moindre rôle, ce sont surtout leur gravité et leur impact sur les limitations qui sont importantes. Il y a ainsi un lien étroit entre la prise en charge et le diagnostic de démence (risque + 17%), surtout si la maladie a déjà fort évolué ou si des problèmes comportementaux et psychologiques sont présents.

On constate également un lien entre des facteurs comme le grand âge ou l'absence de soins (informels) et l'admission en maison de repos. Mais on ne peut pas considérer que l'influence de ces facteurs est totalement indépendante de la présence de limitations sévères.

Ce ne sont pas seulement les caractéristiques de la personne admise dans une maison de repos qui sont déterminantes. L'existence ou non de soins informels ou d'un aidant proche est également cruciale. Et au-delà de la présence d'un aidant proche, la charge qui lui incombe détermine aussi la possibilité de poursuivre l'assistance à domicile. Ainsi, Buhr (2006) a montré que pour le choix de la poursuite de la vie à domicile d'une personne âgée souffrant de démence, aussi bien les soins et le soutien plus spécialisés que l'aidant proche estimait nécessaires, que la santé personnelle de l'aidant proche et les problèmes comportementaux dus à la démence de la personne nécessitant les soins étaient déterminants.

Nous avons mis jusqu'à présent l'accent sur les éléments déterminants liés à la personne âgée elle-même ou à son aidant proche. Nous pouvons également considérer les soins aux personnes âgées dans une perspective plus globale. Dans leurs recherches, Stolz et ses collègues (2019) sont également arrivés à la conclusion que c'est surtout le besoin individuel de soins qui détermine la prise en charge. Mais ils constatent en même temps des différences d'utilisation des soins institutionnels pour personnes âgées selon les pays, expliquées en large par-

1. Basé sur le modèle comportemental d'utilisation des services de santé d'Andersen et Aday.

tie par la différence de moyens attribués par les autorités aux soins résidentiels de longue durée. La politique menée a donc également une incidence sur le choix individuel.

En outre, il semble ne pas falloir exclure le fait que les différences de politique d'admission des institutions jouent un rôle. Souvent, c'est un ensemble de facteurs qui conduira à une admission en maison de repos. C'est un fait que la décision de prise en charge dans une maison de repos est généralement « contrainte par les circonstances » (Plessers, 2010).

### 3. Méthodologie

Nous avons cherché si le profil des résidents de maisons de repos, établi sur la base de nos données, confirmait les facteurs induisant une prise en charge mentionnés ci-dessus. Pour cette étude, nous avons analysé les données de facturation et celles relatives au profil des membres de la MC qui ont séjourné au moins un jour entre 2004 et 2018 dans une maison de repos, en excluant les prises en charge de court séjour et les séjours de résidents de la catégorie Cc<sup>2</sup>. Les codes spécifiques d'application depuis 2014 pour les personnes présentant une sclérose multiple, une sclérose latérale amyotrophique ou la maladie de Huntington n'ont également pas été repris dans l'analyse<sup>3</sup>.

Analyser les données à partir de 2004 permet des comparaisons entre années. En 2004, un nouveau système de financement a en effet régi les maisons de repos (Verniest, 2004 et Verniest, 2011). À partir de cette année, la réglementation est restée relativement stable, si ce n'est l'introduction à partir de 2013 dans les maisons de repos pour personnes âgées<sup>4</sup> de la catégorie D pour les résidents avec un diagnostic confirmé de démence mais une dépendance physique (plus) limitée. Nous avons arrêté l'analyse aux données de 2018 car cette année-là, la sixième réforme de l'État a transféré la compétence relative aux maisons de repos aux autorités régionales et la réglementation n'est plus exécutée par les mutualités.

Les mutualités ne disposent pas non plus d'informations détaillées sur l'état de santé (problèmes de santé, maladies, comorbidité, santé subjective, ...) des résidents. Les informations relatives aux conditions concrètes de logement et de vie des personnes ne sont également pas connues (sont-elles célibataires, quelle est la qualité de leur logement, ont-elles le soutien d'un aidant proche ?).

C'est pourquoi, pour les analyses relatives à la charge des soins, nous nous basons sur les données dont nous disposons, à savoir la catégorie de dépendance facturée qui donne une indication de la dépendance telle qu'elle est évaluée avec l'échelle de KATZ<sup>5</sup>. Lors de la prise en charge dans une maison de repos, le degré de dépendance de chaque nouveau résident est déterminé (annexe 1). En fonction de l'évolution de l'état de santé et de l'impact de la santé sur l'autonomie, la dépendance peut être réévaluée pendant la prise en charge dans la maison de repos.

Les données ont été examinées par sexe, âge et région (Flandre, Wallonie et Bruxelles). Le statut social du résident (bénéficiaire ou non de l'intervention majorée), ainsi que le statut de l'institution (CPAS, ASBL, privé), ont été analysés. Enfin, la durée du séjour, les hospitalisations précédant l'admission et celles durant le séjour en maison de repos, ainsi que le lieu de décès ont également été étudiés.

Lors de l'interprétation des données, il est important de tenir compte du fait que la majorité des données proviennent d'institutions flamandes. En 2018, 85.546 membres de la MC ont séjourné au moins un jour dans une maison de repos, dont 3,6% dans une structure d'accueil située à Bruxelles, 75,6% en Flandre et 20,8% en Wallonie. Cette même année, il y a eu 9.366 nouvelles admissions (2,6% à Bruxelles, 79,4% en Flandre et 18% en Wallonie). La part des membres de la MC résidant dans une maison de repos bruxelloise est donc plutôt restreinte. Une certaine prudence s'impose donc, certainement pour les analyses par sous-groupes. Les données concernant la Wallonie reprennent aussi celles des structures d'accueil de la Communauté germanophone.

2. La catégorie Cc, introduite le 1er janvier 2006, est prévue pour les patients en coma. Il s'agit de personnes étant dans un état végétatif ou de coma. Seuls quelques établissements ont un agrément pour accueillir quelques patients en coma.
3. Dans le cadre de la sixième réforme de l'État et de la régionalisation de la compétence des soins résidentiels aux personnes âgées, des codes de facturation spécifiques pour ces groupes sont d'application depuis 2014 étant donné que cette offre de soins est restée sous la compétence des autorités fédérales. Ces séjours étaient auparavant facturés avec les codes existants et ne pouvaient donc pas être isolés. Seules quelques institutions ont un agrément pour accueillir quelques personnes présentant un stade avancé de sclérose multiple, de sclérose latérale amyotrophique ou de la maladie de Huntington et de ce fait, leur impact sur les données est relativement limité.
4. Dans une maison de repos, deux types d'accueil résidentiel peuvent être reconnus : l'accueil sans agrément supplémentaire (les maisons de repos pour personnes âgées) et celui avec agrément supplémentaire (les maisons de repos et de soins).
5. L'échelle de Katz est un formulaire d'évaluation qui mesure la dépendance en matière de soins pour les activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, aller à la toilette, l'incontinence et manger). Pour chaque activité, un score est donné en fonction de l'aide dont la personne a besoin pour l'accomplir. De plus, la capacité d'orientation dans le temps et dans l'espace est également mesurée. Pour chaque domaine, une note de 1 à 4 est attribuée en fonction du degré de dépendance aux soins constaté. On est considéré comme dépendant quand on obtient une note de 3 ou 4. En fonction de la combinaison des scores pour les huit éléments évalués, on attribue à la personne une catégorie de dépendance particulière (= un forfait).

## 4. Résultats

### 4.1. Importance des soins au moment de l'admission et profil de soins général

#### 4.1.1. Dépendance lors de l'admission

Nous savons que ce sont surtout les limitations fonctionnelles ou cognitives sévères qui déterminent l'admission dans une maison de repos. Les données de la MC montrent qu'en 2018,

83,1% des personnes âgées étaient déjà fortement dépendantes de soins lors de leur admission : 40,4% des nouveaux résidents se sont vu attribuer la catégorie B, 25,1% la catégorie Cd et 17,6%, la catégorie C (figure 1). 15% des nouveaux résidents nécessitent une moins grande prise en charge (3,8% sont dans la catégorie O et 11,2% dans la catégorie A).

Nous voyons de plus que la charge des soins a augmenté depuis 2004, surtout par la hausse du nombre de résidents à qui la catégorie B a été attribuée, dont le pourcentage passe de

Figure 1 : Évolution de 2004 à 2018 du pourcentage de chaque catégorie de dépendance attribuée aux résidents de maisons de repos lors de leur admission

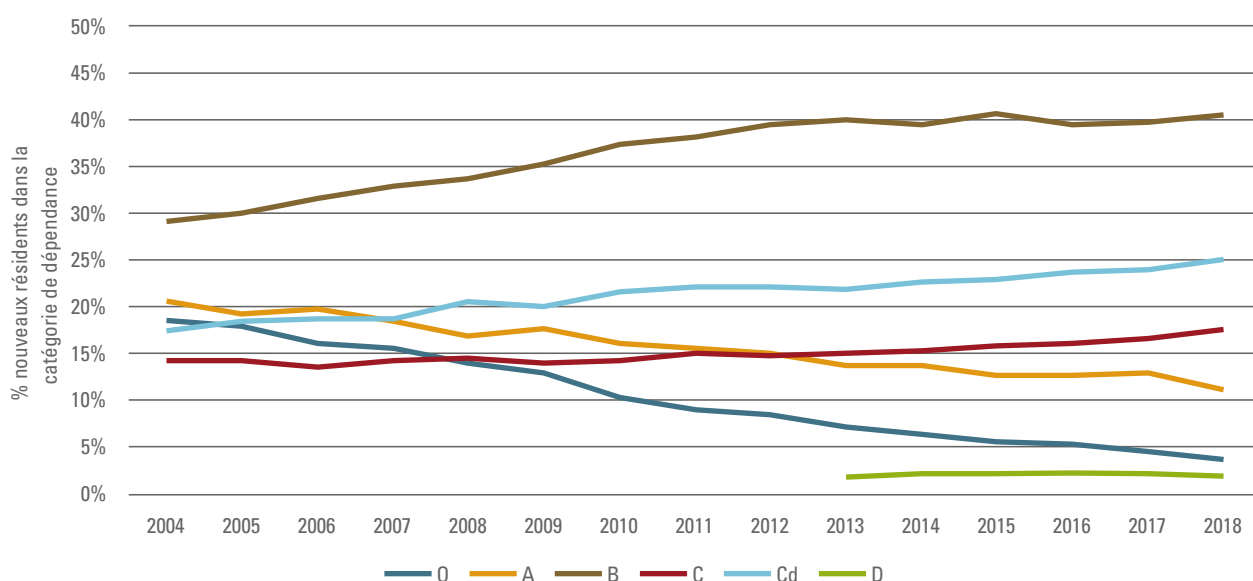
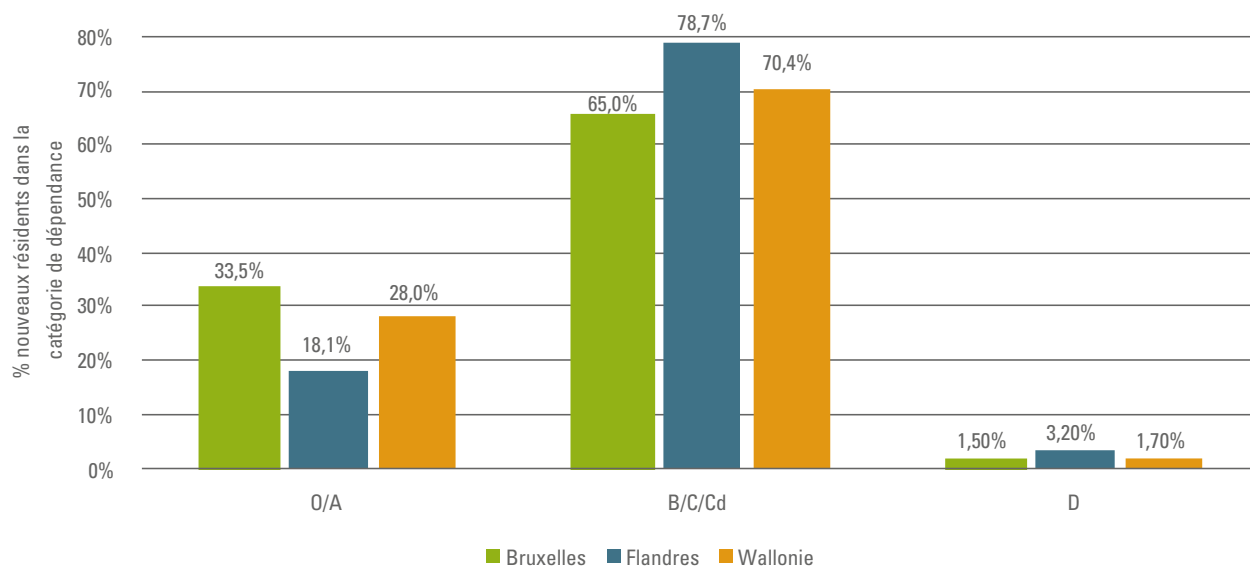


Figure 2 : Répartition des membres de la MC en fonction de leur catégorie de soins, par région, en 2018



29,1% à 40,4%. Le pourcentage de résidents en catégories C et Cd a également augmenté. En même temps, le pourcentage des personnes ne nécessitant que peu de soins, et surtout de celles en catégorie O, a baissé (de 18,6% à 3,8%).

La figure 2 montre la répartition des résidents affiliés à la MC en 2018 en fonction de leur catégorie de soins, par région. Bien que le pourcentage des personnes nécessitant beaucoup de soins soit élevé dans chaque région, des différences claires s'observent. Les structures d'accueil flamandes connaissent le taux le plus élevé de dépendance. Dans les institutions bruxelloises par contre, 33,5% des résidents ont une dépendance plus légère, en Wallonie, 28% (catégories O et A). Cela indique que, surtout dans ces deux régions, ce ne sont pas seulement les limitations physiques et cognitives sévères qui interviennent dans la décision d'admission (voir point 5.2).

La proportion des personnes en catégorie D reste partout relativement limitée. Cela peut signifier également que les personnes chez lesquelles une démence a été diagnostiquée ne sont généralement prises en charge dans une maison de repos qu'au moment où apparaissent des limitations fonctionnelles et cognitives très importantes (catégories Cd ou B<sup>6</sup>).

48% des membres de la MC qui ont passé au moins un jour dans une maison de repos en 2018 ont séjourné dans une structure sans but lucratif (ASBL), 29% dans une structure

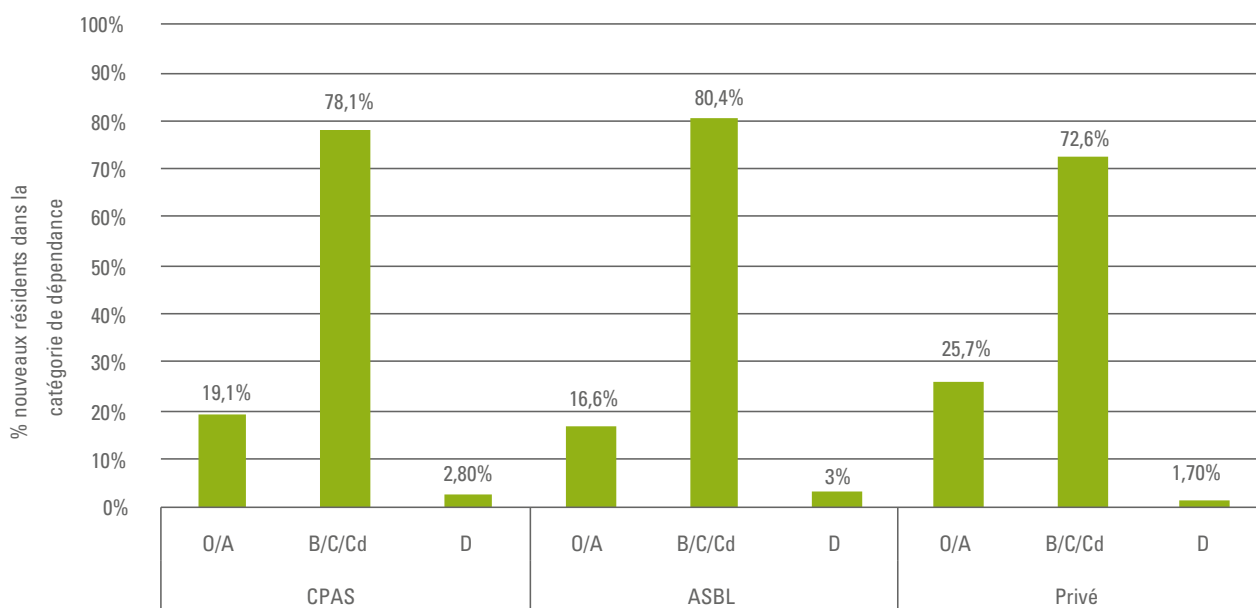
commerciale privée et près de 29% dans une structure dépendant d'un CPAS.

Le profil de soins des résidents varie aussi selon le statut des institutions. Les personnes séjournant dans des structures du CPAS et des ASBL ont un profil de soins plus lourds (figure 3). Les forfaits facturés pour 78% des résidents des CPAS sont le B, le C ou le Cd. Dans les ASBL, ces forfaits sont facturés pour un peu plus de 80% des résidents, dans les institutions commerciales privées, pour 72,6% des résidents. Dans les institutions commerciales, c'est surtout le pourcentage de résidents en catégorie A qui est plus élevé et celui en catégorie Cd qui est plus bas. Cela peut indiquer des différences dans la politique d'admission.

#### 4.1.2. Hospitalisations précédant l'admission

La présence de problèmes de santé sévères au moment de l'admission en maison de repos peut aussi être déduite des informations relatives aux hospitalisations au cours de la période précédant cette admission. Le tableau 1 montre qu'entre 2004 et 2018, le pourcentage de nouveaux résidents ayant été hospitalisés pendant au moins un jour dans les 50 jours ayant précédé leur admission n'a fait qu'augmenter. En 2004, il était de 41%, en 2018, il s'élevait à 48%. Ces chiffres donnent aussi une indication du degré croissant de besoin de soins au fil des ans lors de l'admission dans une maison de repos. Ils peuvent également constituer un signal supplémentaire de la préfé-

Figure 3 : Répartition des membres de la MC en maisons de repos en 2018 selon leur catégorie de soins et le statut de la structure d'accueil



6. Dans les structures d'accueil sans agrément supplémentaire, un résident pour lequel un bilan de démence a été établi est toujours dans la catégorie D, sauf si sa dépendance physique est suffisamment importante pour qu'il soit admis dans la catégorie Cd. Dans les structures avec agrément supplémentaire, la catégorie D n'est pas mise en place. Quand la dépendance physique est suffisamment importante, un résident pour lequel un bilan de démence est établi est admis en catégorie Cd. Si ce n'est pas possible, la catégorie B ou C est attribuée sur la base des scores obtenus sur l'échelle de Katz.

**Tableau 1 : Pourcentage des nouveaux résidents ayant connu au moins une hospitalisation dans la période précédant leur entrée dans une maison de repos – évolution de 2004 à 2018**

Année	Dans les 50 jours précédant l'admission en maison de repos	Dans les 100 jours précédant l'admission en maison de repos	Dans les 200 jours précédant l'admission en maison de repos
2004	40,9%	60,1%	71,4%
2005	41,8%	61,6%	72,8%
2006	42,1%	61,1%	72,6%
2007	42,7%	62,0%	73,4%
2008	43,0%	63,0%	75,0%
2009	42,3%	61,6%	73,1%
2010	43,9%	63,0%	74,5%
2011	43,0%	62,4%	74,3%
2012	44,6%	63,5%	74,9%
2013	45,5%	63,9%	74,9%
2014	45,1%	63,1%	74,0%
2015	45,8%	63,8%	73,8%
2016	45,7%	63,8%	73,8%
2017	47,4%	64,6%	74,2%
2018	47,7%	64,5%	74,2%

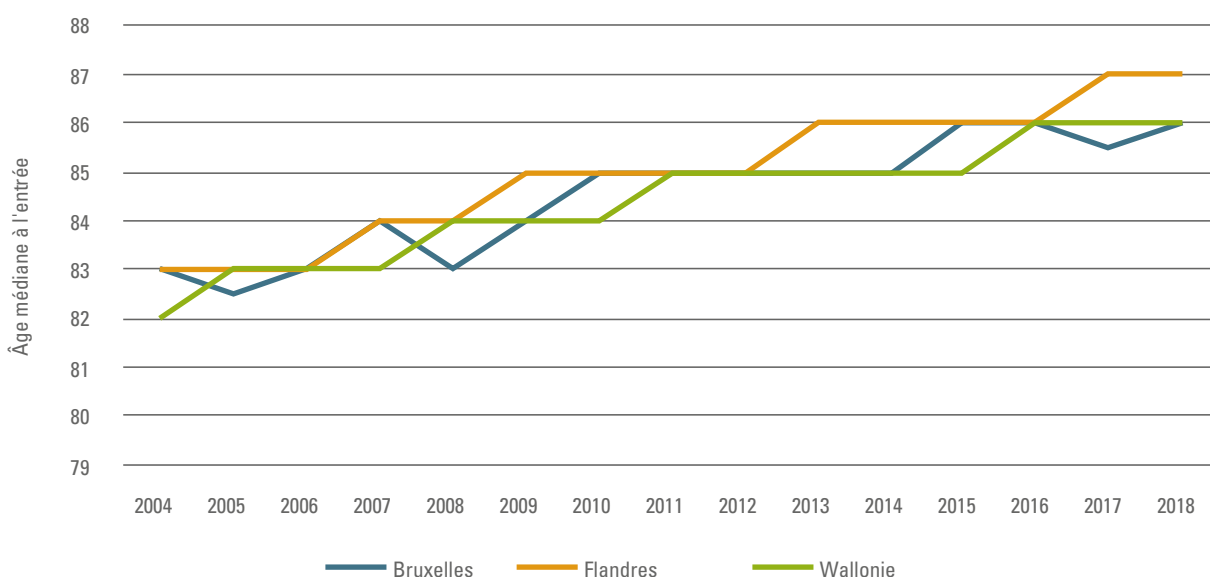
rence individuelle et sociale pour les soins à domicile. Ce sera par exemple un problème aigu de santé (comme une chute), donnant d'abord lieu à une hospitalisation, qui nécessitera ensuite une admission dans une maison de repos, de par la plus grande vulnérabilité de la personne âgée ou de sa perte d'autonomie.

#### 4.2. Âge lors de l'admission et profil général de l'âge

En lien avec l'apparition de limitations sévères, le grand âge joue aussi un rôle dans l'institutionnalisation. Les données de la MC confirment que la majorité des nouveaux résidents en 2018 - avec un âge médian de 86 ans lors de leur admission - sont très âgés. Seuls 391 membres de la MC sont entrés en maison de repos à moins de 70 ans et 120 à moins de 60 ans. En Flandre, les personnes entrent plus tard en maison de repos qu'en Wallonie et à Bruxelles. Les personnes isolées<sup>7</sup> y entrent généralement aussi un peu plus tard que les personnes ayant encore un partenaire (âge médian 88 ans versus âge médian 85 ans).

La figure 4 montre la tendance à la hausse de l'âge à l'entrée en maison de repos entre 2004 et 2018. En 2004, l'âge médian était encore de 83 ans à Bruxelles et en Flandre et de 82 ans en Wallonie. En 2018, il était respectivement de 86, 87 et 86 ans. Le vieillissement de la population des maisons de repos se remarque aussi dans toutes les catégories de dépendance.

**Figure 4 : Évolution de l'âge médian des membres de la MC lors de leur admission en maison de repos entre 2004 et 2018, selon la région**



7. Proxy sur la base du MAF.



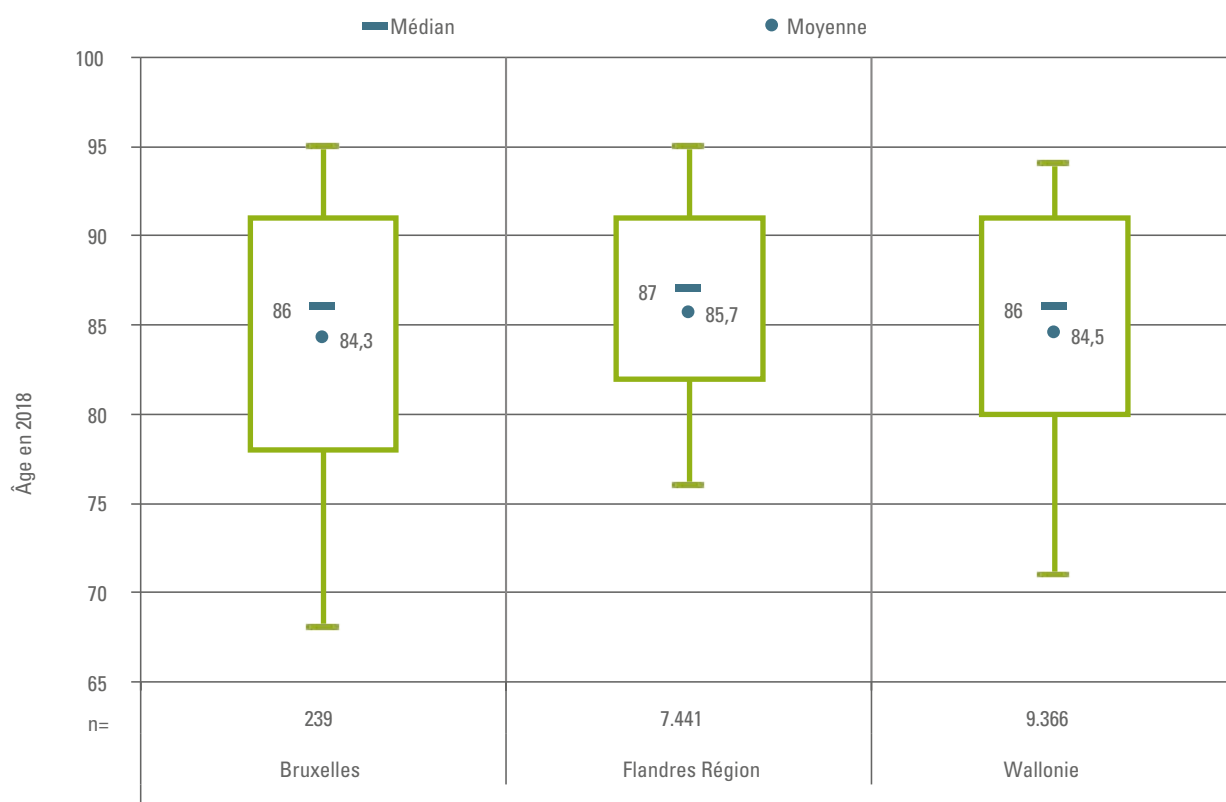
Des différences régionales existent par rapport à l'âge lors de l'admission. C'est en Flandre que les valeurs les plus élevées sont observées, aussi bien pour l'âge moyen que pour l'âge médian.

L'âge lors de l'admission diffère aussi en fonction de la catégorie de dépendance. Plus la dépendance est élevée, plus l'âge moyen lors de l'admission est également élevé. Surtout, les personnes qui sont en catégorie 0 lors de leur entrée en maison de repos sont habituellement un peu plus jeunes.

Pour les catégories Cd et D, l'âge moyen est aussi un peu plus bas. Ces observations correspondent aux conclusions d'une autre recherche montrant que les personnes atteintes de démence sont prises en charge en moyenne plus tôt, en raison de l'évolution souvent rapide de cette affection (Luppa).

L'âge élevé lors de l'admission et la tendance à la hausse de cet âge se traduisent par le vieillissement important de la population des maisons de repos (figure 5).

**Figure 5 : Étalement des membres de la MC dans les maisons de repos en fonction de leur âge et de la région (2018)**



#### 4.3. Fragilité financière au moment de l'admission

En 2018, 48% des membres de la MC entrant en maison de repos bénéficiaient de l'intervention majorée<sup>8</sup> (figure 6). Ce pourcentage est supérieur à celui qu'on trouve pour l'ensemble des membres de la MC de 65 ans et plus (24,1%) ou de 80 ans et plus (37,2%).

Il est frappant de voir que le pourcentage de nouveaux résidents ayant droit à l'intervention majorée a fortement diminué ces 15 dernières années : il est passé de 57% en 2004 à 48% en 2018. Cette baisse s'explique au moins en partie par la ten-

dance générale à la baisse qui s'observe chez les membres de la MC de 65 ans et plus, et surtout chez ceux de 80 ans et plus (figure 6), entre autres en conséquence de meilleurs revenus d'une grande partie des personnes âgées.

À Bruxelles, on assiste cependant à une autre évolution. Le nombre des membres de la MC de 65 ans et plus ayant droit à l'intervention majorée y reste relativement stable et chez les personnes de plus de 80 ans, après une légère diminution entre 2004 et 2013, leur nombre s'est également stabilisé. Le pourcentage de nouveaux résidents de maisons de repos ayant droit à l'intervention majorée dans les institutions

8. L'intervention majorée est octroyée aux personnes ayant un revenu faible. Voir aussi : <https://www.mc.be/la-mc/reduire-facture/intervention-majorée>

bruxelloises baisse cependant autant que dans les autres régions.

dan un jour cette année-là. Ce pourcentage varie selon les régions, la catégorie de dépendance et le statut de la structure d'accueil.

#### 4.4. Hospitalisations durant le séjour en maison de repos

Près de 16% des membres de la MC qui ont séjourné en 2018 dans une maison de repos ont été hospitalisés<sup>9</sup> au moins pen-

Avec 17,4% de résidents hospitalisés, la Flandre se situe en-dessous du chiffre des maisons de repos bruxelloises (19,9% de personnes hospitalisées) et des maisons de repos wallonnes (19,4%). La figure 7 détaille ces chiffres en mon-

Figure 6 : Pourcentage des nouveaux résidents, des membres de la MC de 65 ans et plus et de ceux de 80 ans et plus ayant droit à l'intervention majorée, par région – évolution de 2004 à 2018

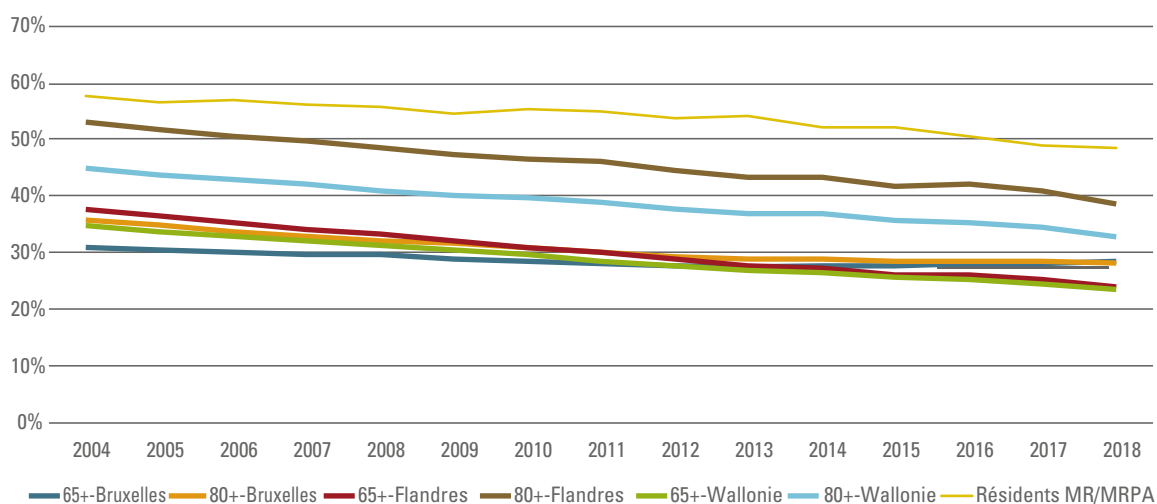
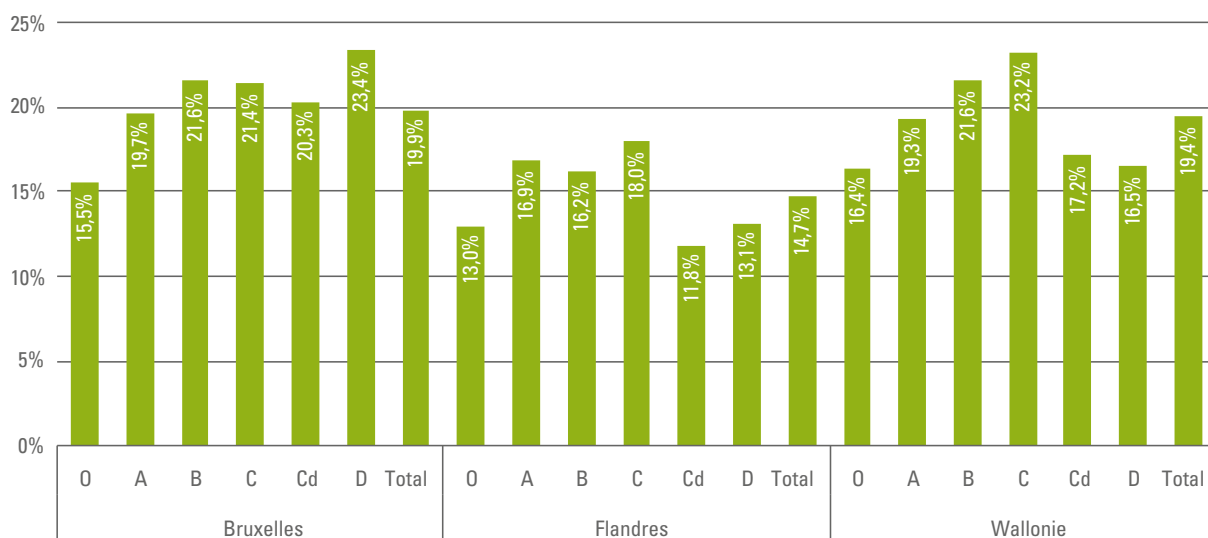


Figure 7 : Pourcentage de résidents ayant été hospitalisés au moins une fois en 2018, par région et par catégorie de dépendance



9. Il s'agit seulement ici d'hospitalisations classiques comprenant au moins une nuit. Les admissions en hôpital de jour ne sont pas prises en compte.



trant pour chaque région le pourcentage de personnes hospitalisées par catégorie de dépendance, ce qui souligne les différences.

Pour toutes les régions, le pourcentage le plus bas de résidents hospitalisés est celui des personnes en catégorie O. Ce n'est pas étonnant, étant donné qu'on peut partir du principe que les résidents dans cette catégorie de dépendance ne sont pas allés en premier lieu dans une maison de repos pour des raisons de santé, mais que des considérations sociales ont joué un rôle important dans leur décision. On observe cependant que le pourcentage varie selon les régions.

Dans toutes les régions, les hospitalisations de résidents en catégorie C ont été fréquentes. Mais ici aussi, le pourcentage dans les structures flamandes est inférieur (18% en Flandre, 21% à Bruxelles et 23% en Wallonie). Les différences sont plus grandes pour la catégorie B<sup>10</sup>.

Nous ne disposons cependant pas de suffisamment d'informations pour expliquer ces différences. Il est nécessaire d'approfondir l'étude pour pouvoir déterminer si d'autres facteurs que l'état de santé interviennent.

**Tableau 2 : Pourcentage des résidents hospitalisés selon le statut de la structure d'accueil (2018)**

	Distribution des résidents membres de la MC selon le statut de la maison de repos	Distribution des résidents membres de la MC hospitalisés selon le statut de la maison de repos
CPAS	28,7%	28,0%
ASBL	47,9%	44,2%
Privé	23,4%	27,8%

L'analyse du pourcentage de personnes hospitalisées en fonction du statut de la structure d'accueil révèle également des différences frappantes (tableau 2<sup>11</sup>). Si nous mettons en parallèle la répartition des résidents en fonction du statut de la maison de repos et la répartition des résidents hospitalisés en fonction du statut de la maison de repos, nous constatons que dans les ASBL, il y a globalement moins d'hospitalisations et que dans les institutions commerciales privées, il y en a globalement plus. Mais ces différences nécessitent une étude supplémentaire pour les expliquer.

Il n'est pas à exclure que les résidents de maisons de repos doivent être hospitalisés en raison de leur mauvais état de

santé, par exemple des problèmes de santé aigus graves, et lorsque les soins nécessaires ne rentrent pas dans le cadre de la mission de la maison de repos ou que celle-ci est insuffisamment équipée pour les dispenser elle-même. La littérature montre que ce sont d'abord les infections (surtout pulmonaires) et les fractures (surtout de la hanche) qui donnent lieu à des hospitalisations (Krüger, 2011). Il existe cependant un consensus sur le fait que les déplacements entre institutions doivent rester le plus limités possible. Dans les maisons de repos vivent des personnes âgées vulnérables, souvent proches de la fin de leur vie. Une hospitalisation représente pour elles un évènement bouleversant qui peut également avoir une influence négative sur l'état de santé général. Chaque décision d'hospitalisation se prend donc de manière réfléchie, de préférence avec le patient et son entourage.

L'étude a également montré qu'il existe souvent des possibilités de diminuer le nombre d'hospitalisations et que certaines admissions peuvent être évitées. C'est entre autres possible en misant sur la planification précoce des soins, les soins palliatifs et la pratique de trajets de soins. En outre, l'engagement de professionnels supplémentaires et plus spécialisés, ainsi que les mesures de prévention, notamment des infections et de leur propagation, ont également un effet positif (Graverholt et al, 2014).

#### 4.5. Durée du séjour et lieu du décès

Les personnes entrent de plus en plus âgées en maison de repos et sont généralement plus dépendantes de soins qu'il y a 10 ou 15 ans. Cette tendance se traduit-elle par une durée de séjour en maison de repos plus courte ? Nous avons calculé la durée de séjour de toutes les personnes qui ont résidé au moins un jour en maison de repos durant une année déterminée et sont décédées au cours de cette année. Les périodes d'hospitalisations sont décomptées.

En 2018, la durée médiane de séjour s'élevait à 831 jours, soit un peu plus de 2 ans et 3 mois. Entre 2004 et 2008, la durée médiane du séjour a clairement augmenté (figure 8). Depuis, il semble y avoir une légère baisse, atteignant environ deux mois en 2018. Nous constatons que pour au moins trois quarts des résidents (p75), la durée du séjour a baissé depuis 2014.

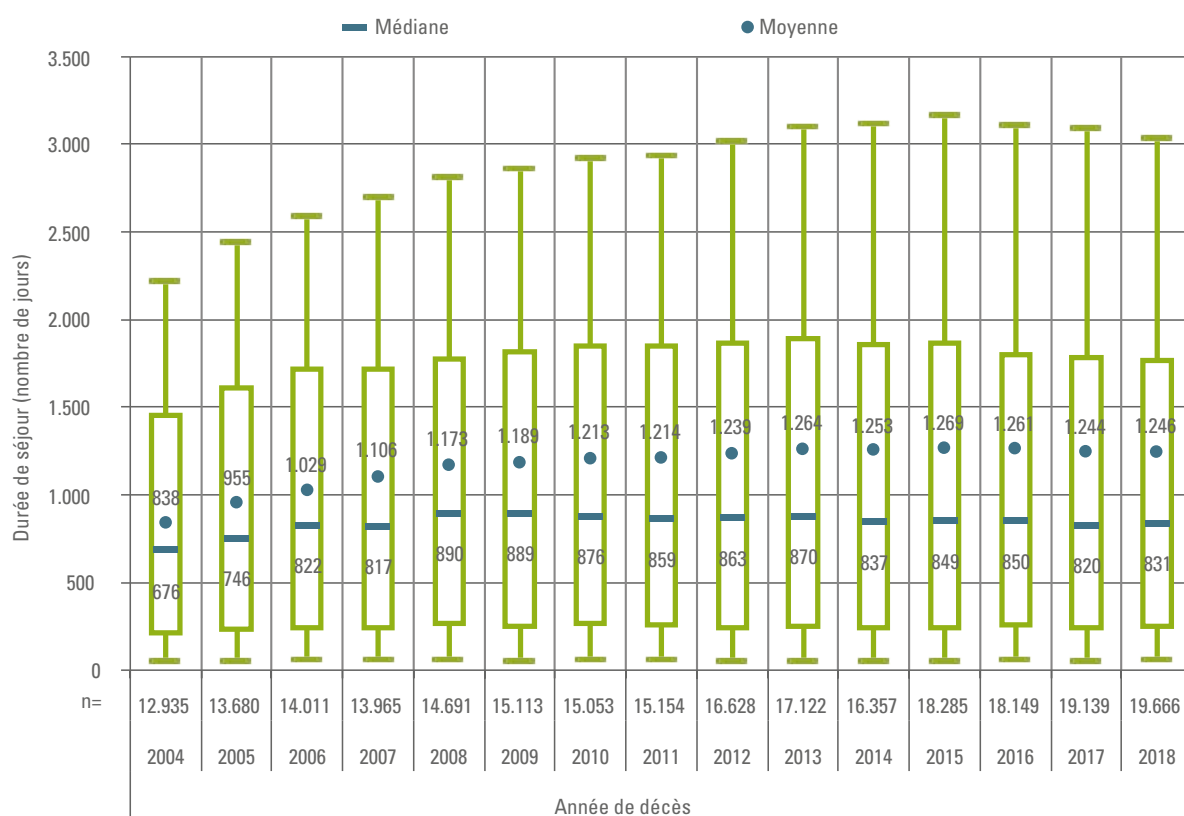
Nous voyons cependant que la durée moyenne de séjour a augmenté ces dernières années. Cela indique que certaines personnes restent très longtemps en maison de repos.

Le lieu de décès est considéré comme un indicateur important de la qualité des soins de fin de vie. Nous savons que les gens préfèrent faire leurs adieux dans l'environnement qui leur est le plus familier. Pour les personnes résidant en maisons

10. Nous n'approfondissons pas la catégorie D en raison du nombre limité d'observations concernant les établissements bruxellois.

11. Les établissements pour lesquels les informations concernant leur statut n'étaient pas disponibles n'ont pas été intégrés dans l'analyse.

Figure 8 : Évolution de l'étalement de la durée de séjour (en jours) en maison de repos entre 2004 et 2018



de repos, cela signifie que c'est à cet endroit qu'elles doivent si possible vivre la dernière étape de leur vie. C'est pourquoi nous avons aussi analysé le lieu du décès. On a examiné, par région, par catégorie de dépendance et par statut d'institution, le pourcentage de résidents en maison de repos qui sont décédés en 2018 et combien d'entre eux sont décédés à l'hôpital.

Parmi les 85.546 membres de la MC qui séjournaient en maison de repos en 2018, 19.053 sont décédés au cours de cette année (22,27%). Le nombre de décès en Flandre est légèrement supérieur à celui des autres régions (22,7%, par rapport à 20,3% à Bruxelles et 21% en Wallonie), ce qui peut partiellement s'expliquer par l'âge moyen plus élevé des résidents des maisons de repos flamandes et leur profil de soins plus lourd.

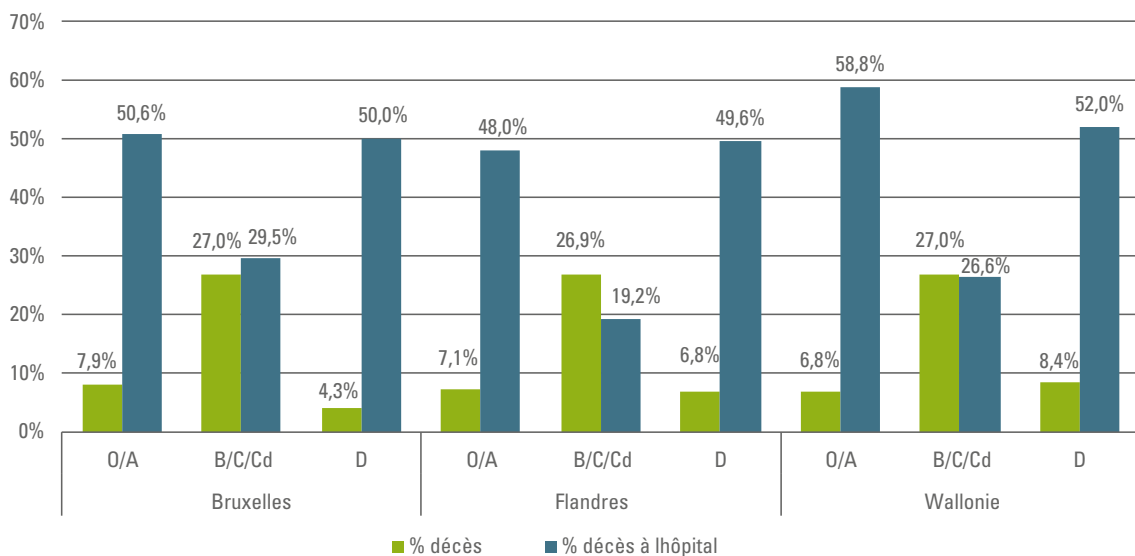
Ce qui est frappant, c'est le pourcentage de décès à l'hôpital en Flandre, nettement inférieur à celui de la Wallonie et de Bruxelles. En effet, 32,4% des résidents de maisons de repos bruxelloises morts en 2018, sont décédés à l'hôpital. En Flandre, ce pourcentage est de 21,1% et en Wallonie de 29,7%. La différence entre Bruxelles et la Wallonie d'une part et la

Flandre d'autre part se manifeste surtout pour les résidents ayant besoin de plus de soins. La figure 9 montre, par région, pour chaque catégorie de dépendance, le pourcentage de résidents décédés en 2018. Il est précisé quel est le pourcentage de ces décès qui ont eu lieu à l'hôpital. Ainsi, à Bruxelles en 2018, 7,9% des résidents en catégorie 0 sont décédés et la moitié d'entre eux, à l'hôpital. Il est frappant de constater que si le pourcentage de décès en 2018 des personnes nécessitant beaucoup de soins est comparable dans les trois régions, en Flandre, leur décès a moins souvent lieu à l'hôpital.

Une analyse plus détaillée a montré que seule une minorité des résidents décédés à l'hôpital étaient pris en charge dans un service de soins palliatifs. On remarquera cependant que ce pourcentage est plus élevé à Bruxelles (7%) et en Wallonie (6,2%) qu'en Flandre (3,8%). La plupart des personnes âgées, au moment de leur décès, se trouvaient dans le service de gériatrie ou en revalidation.

Ici aussi, des études supplémentaires sont nécessaires pour pouvoir expliquer correctement les différences entre régions.

**Figure 9 : Pourcentage des décès et pourcentage des décès en hôpital, selon la région et selon la charge de soins (2018)**



## 5. Discussion

### 5.1. Les personnes entrent en maison de repos de plus en plus âgées et nécessitant de plus en plus de soins

Les données de la MC confirment les résultats d'autres études<sup>12</sup> montrant que les personnes âgées entrent en maison de repos de plus en plus tard et qu'à leur admission, elles ont également de plus en plus besoin de soins (ING & Probis, 2018). Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de ce phénomène.

À la base, on trouve l'augmentation de l'espérance de vie et le fait que les personnes âgées sont confrontées de plus en plus tard à des limitations sévères. L'enquête sur la santé de 2018 nous a également appris que « Le pourcentage de personnes de 65 ans et plus qui, pour des raisons de santé, sont limitées dans les activités que les gens font habituellement, diminue au fil du temps. » (Van der Heyden J., 2019). On y constate qu'une personne de 65 ans en 2018 peut encore vivre quelque 12,5 ans en bonne santé. L'espérance de vie sans limitations pour ce groupe d'âge a augmenté entre 2004 et 2018 d'1,4 an pour les femmes et de 2,7 ans pour les hommes<sup>13</sup>. Comme indiqué, ce sont les limitations sévères qui sont les plus déterminantes pour une institutionnalisation dans une maison de repos.

La durée du séjour en maison de repos a diminué pour une grande partie des résidents au cours des dernières années.

Cette tendance peut être liée à la préférence personnelle et sociale pour le maintien le plus long possible à domicile. Si les besoins de soins augmentent, les personnes âgées veulent que les soins et l'aide nécessaires soient d'abord organisés de manière formelle et informelle chez elles. L'admission dans une maison de repos représente pour beaucoup la dernière option. Couplée à ce choix, la politique d'investissement dans les soins à domicile des dernières années, permettant ainsi un maintien plus long à domicile pour plus de personnes, a également eu un impact. Cette politique permet aux pouvoirs publics non seulement de répondre à une préférence de nombreuses personnes âgées, mais aussi de garder les dépenses sous contrôle.

Le besoin global de soins toujours plus important des résidents de maisons de repos est une donnée importante dont aussi bien les politiques que les responsables de structures d'accueil doivent tenir compte. Il est essentiel que l'encadrement en personnel soit adéquat pour répondre aux besoins (en soins) de ces personnes. Il faut tout d'abord suffisamment de personnel autour de la personne âgée. Mais il faut aussi veiller à la composition de l'équipe. Elle doit permettre que les soins soient basés sur une vision large de la santé. Il est crucial d'apporter une attention continue aux besoins très divers des résidents (et des collaborateurs) sur le plan de la santé et du bien-être - et d'y répondre. Nous devons réfléchir à la multiplicité des facteurs qui peuvent avoir un impact dans ces domaines. Lorsque c'est nécessaire, il faut encore plus diversi-

12. Voir entre autres 'Almaar ouder naar rusthuis, maar levenseinde blijft taboe' In: De Standaard, 18 juillet 2018 ([https://www.standaard.be/cnt/dmf20180617\\_03567038](https://www.standaard.be/cnt/dmf20180617_03567038))

13. <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/levensverwachting-en-levenskwaliteit/gezonde-levensverwachting> - consulté le 22 septembre 2020.

fier l'équipe et établir de collaborations interprofessionnelles pour réaliser les expertises qui s'imposent dans des domaines spécifiques. Ainsi, de petits pas seront accomplis pour que la qualité de vie de chacun soit améliorée.

## 5.2. Qualité de vie, qualité des soins et fin de vie digne

Pour les personnes âgées, la maison de repos est en premier lieu l'endroit où elles habitent et où elles vivent la dernière étape de leur vie. Il faut dès lors mettre l'accent sur leur qualité de vie et tenir compte de tous les domaines de la vie qui sont importants pour elles (= « active ageing »). Les soins ne sont qu'un volet de ces domaines. Un environnement agréable, des activités qui ont du sens, la participation également, contribuent à créer cette qualité de vie (Van Malderen L., 2016).

Cela n'empêche qu'il faut veiller en permanence à garantir des soins ciblés et de qualité. Ceux-ci ne se limitent pas aux soins curatifs, les soins préventifs en font partie intégrante. Ils peuvent en effet contribuer à éviter des hospitalisations (Krüger, 2011). Pensons simplement aux mesures qui préviennent des chutes ou des infections (et leur propagation).

Nous ne pouvons pas non plus éluder le fait que les personnes âgées en maison de repos sont généralement dans la dernière phase de leur vie. Assurer une fin de vie digne doit dès lors constituer un des objectifs majeurs des soins et du soutien aux personnes âgées et à leur famille. La voix des personnes âgées doit être au cœur de la démarche. Nous avons déjà indiqué que les hospitalisations étaient traumatisantes pour les personnes âgées fragiles et qu'il fallait donc ne les envisager qu'après mûre réflexion. Nous avons cependant constaté dans nos chiffres que de nombreux résidents de maisons de repos continuaient à être hospitalisés et que beaucoup d'entre eux mouraient à l'hôpital. Nous avons également noté de grandes différences selon les structures d'accueil, entre autres selon leur région et leur statut. Nous ne disposons toutefois pas de suffisamment d'informations pour juger si ces hospitalisations étaient nécessaires ou non. La littérature nous apprend qu'il y a généralement encore moyen de diminuer le nombre d'admissions et de décès à l'hôpital lors de la dernière phase de vie des personnes âgées (voir aussi les points 5.3 et 5.4) (Reyniers T. et al., 2016 ; Stulens et al., 2015), entre autres en intensifiant la planification précoce des soins et les soins palliatifs.

Il est dès lors judicieux que ce débat concernant la fin de vie et la planification précoce des soins soient menés en concertation avec les personnes âgées, leurs aidants proches et tous les secteurs concernés, et d'introduire ces principes dans les maisons de repos. Ainsi, la manière dont il faudra agir dans les situations graves avec un pronostic défavorable, dans le respect des souhaits de la personne âgée, sera plus claire pour la famille et les soignants. Cette discussion peut se dérouler avant qu'une personne entre en maison de repos, mais elle doit à nouveau être engagée au moment de l'admission. Cet entretien peut être actualisé en fonction de l'évolution

de l'état de santé de la personne. Les points importants auxquels il faut veiller pour ces entretiens sont la formation des collaborateurs impliqués dans les soins, la consignation claire des informations échangées et leur communication aux soignants, l'implication de la personne âgée elle-même lorsque c'est possible, le rôle du médecin traitant et l'acceptation par la famille.

La mise en pratique du principe de la planification précoce des soins doit aller de pair avec la mise à disposition de moyens suffisants pour organiser des soins palliatifs, également au sein de la maison de repos. Ces mesures doivent permettre au personnel des structures d'accueil de pouvoir garantir, avec les familles, une fin de vie digne.

## 5.3. Différences régionales

L'analyse de plusieurs variables a mis en évidence de nettes différences régionales :

- Dans les structures flamandes, les résidents sont globalement plus âgés et ont besoin de plus de soins qu'à Bruxelles et en Wallonie.
- En Flandre, les résidents de maisons de repos sont moins hospitalisés qu'à Bruxelles et en Wallonie.
- En comparaison avec la Flandre, les résidents de structures bruxelloises ou wallonnes meurent plus fréquemment à l'hôpital.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différences.

On trouve dans un premier temps l'impact de la politique.

Il faut en effet tenir compte des différences dans les *conditions d'admission* pour analyser les données concernant l'âge lors de l'admission. Lorsqu'à Bruxelles et en Wallonie (jusqu'au 31 décembre 2018), les maisons de repos s'adressaient aux personnes à partir de 60 ans, en Flandre, l'âge minimum d'admission était de 65 ans. Bien qu'en Flandre, il existe des exceptions à cette règle, celle-ci peut avoir un impact sur l'âge d'admission.

Par ailleurs, les autorités flamandes ont beaucoup investi ces dernières années, plus que dans les autres régions, dans une politique de maisons de repos et de soins, stimulant ainsi financièrement l'accueil de personnes nécessitant beaucoup de soins, qui sont généralement un peu plus âgées (ING & Probis, 2018). On sait aussi que la Flandre a organisé depuis longtemps déjà un système de soins à domicile très développé et qu'elle dispose de plus de structures de soutien aux soins à domicile (comme des logements assistés ou des courts séjours) que les autres régions. Rester plus longtemps chez soi, en bénéficiant du soutien nécessaire, devient ainsi peut-être envisageable pour un plus grand nombre de personnes âgées. En même temps, le rapport ING indique une offre excédentaire de logements dans les maisons de repos à Bruxelles, ce qui peut conduire à un large recrutement de nouveaux résidents, parmi lesquels également des personnes plus jeunes et né-

cessitant moins de soins, afin d'assurer un taux rentable d'occupation.

Une recherche de l'ULB sur les maisons de repos bruxelloises (Carbonelle, 2017) fait également état d'une offre spécialisée insuffisante, en dehors des maisons de repos, pour les personnes ayant des besoins de soins ou une fragilité spécifiques (personnes avec un handicap, des problèmes psychiques, sans abri). Au moment où il n'est plus possible de rester à domicile, l'admission dans une maison de repos constitue souvent la seule solution, même lorsqu'il s'agit de personnes plus jeunes ou dont le profil de soins est plus léger selon l'échelle de Katz.

La littérature fait également référence à des différences dans la culture médicale du nord et du sud du pays. Cela explique en partie les différences constatées dans les hospitalisations et le lieu de décès. Dans son étude sur les décisions relatives à la fin de vie, ayant peut-être ou certainement un effet sur l'espérance de vie, Van den Block (2009) a recherché les différences entre la Flandre et la Wallonie. Concernant la décision de ne plus traiter ou d'opter pour un traitement plus puissant de la douleur ou d'autres symptômes, la chercheuse a constaté que de telles décisions étaient plus souvent prises en Flandre qu'en Wallonie, également après avoir vérifié d'éventuelles différences entre les caractéristiques des patients. Ces différences se manifestent surtout chez les patients en soins à domicile ou en maisons de repos et moins à l'hôpital. En Wallonie, la prévalence de sédation profonde, avec laquelle on n'attend ni ne recherche en principe l'abrègement de la vie, est plus élevée. La chercheuse conclut sur la base de ses résultats qu'en Wallonie, les traitements visant la guérison ou le prolongement de la vie semblent privilégiés et qu'on y a davantage recours. Cette caractéristique est expliquée par une différence de culture médicale entre la Wallonie et la Flandre, cette dernière s'alignant plus sur la culture germanique du nord de l'Europe où les interventions pouvant mener à un abrègement de la vie sont plus fréquentes qu'en Wallonie, région dominée par la culture franco-latine des pays du sud où on applique plus souvent des traitements visant à prolonger la vie et des techniques sédatives. Houttekier et ses collègues (2009) signalent également la forte proportion de décès en hôpitaux de résidents bruxellois éligibles aux soins palliatifs. Ils analysent ce fait comme un indicateur possible d'un manque d'orientation vers les soins palliatifs dans certaines structures d'accueil bruxelloises pour des soins de longue durée ou, au moins, à un manque dans ces structures de capacité d'offre de soins de fin de vie adéquats qui pourraient éviter un transfert à l'hôpital.

Les différences d'hospitalisations peuvent aussi être liées aux différences de l'offre de soins hospitaliers. En comparaison avec la Flandre et la Wallonie, on trouve à Bruxelles une plus grande concentration de lits d'hôpitaux, de surcroît proches, et donc facilement accessibles.

Les différences d'offre selon le statut des structures d'accueil jouent aussi un rôle (voir aussi le point 5.3).

Troisièmement, une partie de l'explication peut résider dans les disparités de densité de l'habitat. Surtout en Wallonie, où l'on trouve des territoires d'une moindre densité, cela peut avoir un impact sur les possibilités d'autonomie (par exemple, offre de diverses commodités à proximité immédiate), les possibilités de faire appel à des soins à domicile et donc la possibilité de rester à la maison (ING & Probis).

Enfin, certaines maisons de repos jouent aussi un rôle social et prennent en charge des personnes âgées vulnérables qui ne sont encore confrontées que dans une moindre mesure à des limitations sévères. Plusieurs de ces motivations « sociales » de prise en charge sont fortement liées au contexte des grandes villes. Le logement dans une habitation ancienne et inadaptée aux besoins physiques, un loyer élevé, le sentiment de vivre dans un quartier ou parmi des communautés peu sûrs ou inhospitaliers, l'isolement social et la solitude sont tous des éléments qui jouent un rôle dans les admissions de personnes ayant un profil de soins légers (Carbonelle, 2017). Et c'est dans les chiffres de Bruxelles que cela se manifeste le plus fortement.

#### 5.4. Statut de la structure d'accueil

Nos analyses ont également mis en lumière quelques différences sensibles entre les structures d'accueil en fonction de leur statut. Comparées aux ASBL et aux structures du CPAS, les institutions privées accueillent globalement plus de personnes ayant une dépendance moins importante. Un plus grand pourcentage de leurs résidents ont été hospitalisés en 2018 et sont morts à l'hôpital. Sur la base de nos données, il n'est pas possible d'interpréter ces différences de manière concluante. Les recherches ultérieures devront montrer dans quelle mesure les facteurs démographiques ou relatifs à la santé en sont à l'origine, ou si la forme de l'organisation et les choix qui en découlent présentent un lien avec ces différences.

Nous savons actuellement que de nombreuses institutions, quel que soit leur statut, investissent dans du personnel supplémentaire, au-delà des normes de financement prévues. L'engagement d'un personnel qualifié supplémentaire peut contribuer à une diminution du nombre d'hospitalisations. Cependant, tous les types de maisons de repos n'investissent pas de la même manière dans du personnel qualifié supplémentaire. Les chiffres de 2012 montrent en effet que le secteur commercial investit le moins dans ce domaine (15,8% au-dessus de la norme pour le secteur commercial vs 40% dans le secteur public). Dans le secteur sans but lucratif, l'investissement dans des forces de travail supplémentaires est proportionnellement comparable (17,3%), la principale différence étant que l'on y engage du personnel plus qualifié (Pacolet J., 2015).

La taille de l'équipe et la diversité des qualifications peuvent aussi intervenir dans la politique d'admission et le choix d'ac-



cueillir, ou non, surtout les personnes âgées les plus dépendantes. En outre, la composition de l'équipe détermine indirectement la décision d'assurer certains soins dans l'institution, ou de transférer les personnes qui en ont besoin à l'hôpital (Van Camp-Van Rensbergen G., 2005). Comme les soins de fin de vie exigent des compétences supplémentaires du personnel, ses qualifications, ainsi que les formations (complémentaires) qu'il a suivies, seront déterminantes dans la décision de déléguer ou non ces soins à l'hôpital, bien qu'on connaisse l'impact négatif et bouleversant d'une hospitalisation sur la personne mourante.

Il est important d'étudier plus en détail les différences entre les institutions en fonction de la forme de leur organisation et de continuer à les surveiller. Nous pourrions ainsi non seulement continuer ensemble à veiller à la qualité de vie et des soins, mais aussi à travailler à une fin de vie digne et à l'accessibilité financière des soins pour toutes les personnes âgées.

### 5.5. Accessibilité financière

Nous avons constaté que dans les institutions bruxelloises également le pourcentage de nouveaux résidents ayant droit à l'intervention majorée a fortement diminué entre 2004 et 2018, alors que chez les membres bruxellois de la MC de 65 ans et plus, ce n'est pas le cas. Ces différences d'évolution nécessitent toutefois une étude supplémentaire pour être expliquées. Elles peuvent être le signe d'un problème d'accessibilité aux soins résidentiels et le fait que les personnes âgées vulnérables et dépendantes de soins aient plus difficilement accès aux maisons de repos, malgré la large offre en maisons de repos de la capitale. Cela peut être dû au prix moyen par jour supérieur à Bruxelles et à la proportion des institutions commerciales qu'on y trouve, dans lesquelles on sait que le coût à charge des résidents est en moyenne encore plus élevé. Ce prix journalier est entièrement à charge du résident. En ce qui concerne les institutions reconnues par la Flandre, c'est à Bruxelles que leur prix moyen mensuel était le plus élevé en 2019, avec 1.943 euros, tandis qu'il était de 1.720 euros dans la province la meilleure marché, la Flandre orientale. Toujours pour les institutions reconnues par la Flandre, ce sont pour les structures des CPAS qu'on trouve le coût moyen le plus bas (1.747 euros par mois). Dans les ASBL, le coût moyen est de 1.796 euros par mois et dans les structures privées, de 1.967 euros. Il faut ici tenir compte du fait qu'à Bruxelles, il y a proportionnellement plus d'institutions privées que dans les autres régions (tableau 3), tandis que la population y est généralement plus vulnérable financièrement.

L'analyse du nombre de nouveaux résidents ayant droit à l'intervention majorée selon la région et le statut de l'institution nous donne aussi une indication du problème d'accessibilité. Nous constatons en effet qu'à Bruxelles, une plus petite partie des nouveaux résidents a droit à l'intervention majorée que dans les autres régions. Et là où dans les institutions des CPAS, elle représente encore 43%, et dans les ASBL, 40%,

**Tableau 3 : Répartition de l'offre de maisons de repos par région, selon leur statut (2018)**

	Bruxelles	Flandre	Wallonie
CPAS	19,0%	25,1%	25,2%
ASBL	12,4%	53,9%	20,8%
Privé	68,6%	21,0%	53,9%

elle atteint à peine 20% dans les structures privées. Dans les autres régions, la différence de proportion de nouveaux résidents ayant droit à l'intervention majorée est moins grande ou inexistante entre les différents types d'institutions.

L'accessibilité financière générale des soins aux personnes âgées reste donc aussi une préoccupation importante à laquelle les autorités compétentes doivent veiller.

L'accessibilité peut devenir réalité en continuant à améliorer les revenus des personnes âgées et en réduisant ou en compensant suffisamment leurs dépenses propres pour les soins et l'assistance, avec une attention particulière aux plus vulnérables.

## 6. Conclusion

Le vieillissement de la population et la demande grandissante de soins chroniques qui l'accompagne nous obligent à poursuivre la réflexion sur l'édification d'un système solide de soins aux personnes âgées pour l'avenir. Depuis de nombreuses années, on débat de la place de la maison de repos dans les soins. La qualité des soins dans une partie des institutions a également été à plusieurs reprises le sujet de controverses. Ces débats se sont ravivés ces derniers mois avec la crise du Covid-19 qui a singulièrement touché les maisons de repos.

Avec son analyse des chiffres des dernières années, la MC veut participer au débat sur l'avenir des soins aux personnes âgées et l'orienter. Nous sommes convaincus que dans une société vieillissante qui connaît une demande croissante de soins chroniques, la maison de repos représente un maillon important des soins aux personnes âgées. Nous déduisons de nos données que la population des résidents de maisons de repos est de plus en plus âgée et dépendante de soins. Il est essentiel que toutes les parties concernées en tiennent compte afin de permettre au personnel des établissements d'offrir réellement aux personnes âgées la meilleure qualité de vie possible. Par ailleurs, nous devons continuer à chercher à garantir des soins à la fois de qualité et accessibles financièrement, également à l'approche de la fin de vie.

Les soins de qualité et accessibles pour les personnes âgées

relèvent d'une responsabilité partagée. Il est du ressort des autorités compétentes de fournir un cadre réglementaire adéquat, avec les incitants nécessaires et, lorsqu'il le faut, des systèmes de surveillance. Elles doivent en outre investir suffisamment de moyens dans les soins résidentiels aux personnes âgées. Après la sixième réforme de l'État, cette mission est devenue en première instance une compétence des autorités régionales, mais la concertation et la collaboration avec les autres niveaux de pouvoir restent indispensables. Par ailleurs, il en va également de la responsabilité des institutions elles-mêmes de concrétiser ces soins, dans ce cadre et avec le soutien des pouvoirs publics.

## Bibliographie

- Beirnaert, A. and Frenier, I. (2017). Aangepast thuis blijven wonen voor ouderen, voor iedereen mogelijk?
- Buhr Gwendolen T., Kuchibhatla Maragatha and Clipp, E. C. (2006). Caregivers' Reasons for Nursing Home Placement: Clues for Improving Discussions With Families Prior to the Transition. *The Gerontologist*, 46(1), 52–61.
- Carbonelle, S. (2017). *Les profils des résidents O et A\* en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours, logiques d'orientation, d'accueil et alternatives*. Bruxelles: Institut de Sociologie – ULB.
- Franssen, A., Gillis, O. and Verniest, R. (2009). Formes alternatives et innovations en matière de logement, de services et de soins pour les aînés. *MC Informations*, 237.
- Graverholt et al. (2014). Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 14, 36.
- Nygaard, H.A. and Albrektsen G. (1992). Risk factors for Admission to a Nursing Home: A study of elderly people receiving home nursing. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 10(2), 128-133, DOI: 10.3109/02813439209014049
- Houttekier, D., Cohen, J., Bilsen, J., Deboosere, P., Verduyck, P. and Deliëns, L. (2009). Determinants of the Place of Death in the Brussels Metropolitan Region. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(6), 996-1005.
- Houttekier, D., Cohen, J., Surkyn, J. and Deliëns, L. (2011). Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: a shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health*, 11, 228.
- Fondation Roi Baudouin, ZOOM: Choix de vie des plus de 60 ans, septembre 2017.
- ING & Probis, Woonzorgcentra: Trends en indicatoren (2018).
- Lippa, M., Luck, T., Weyer, S., König, H. and Riedel-Heller, S. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39, 31–38.
- Overbeek, A., Van den Block, L., Korffage, I., Penders, Y., van der Heide, A. and Rietjens J. (2017). Admissions to inpatient facilities in the last year of life of community-dwelling older people in Europe. *European Journal of Public Health*, 27(5), 814-821.
- Pacolet, J. and De Coninck, A. (2015). Financiering van de residentiële ouderenzorg: het perspectief van de voorzieningen. Steunpunt WVG, Rapport 31.
- Pannecoucke, I. and De Decker, P. (2017). *Woonsituatie en dynamieken bij ouderen: blijven of verhuizen?* Leuven: Steunpunt Wonen.
- Plessers, L. and Geerits, L. (2010). 'WZC Sint-Jozef Neerpelt. Hoe kijken bewoners zelf aan tegen hun leven in het rusthuis?' Studiedag verpleegkundigen ethiek NVKVV.
- Reyniers, T., Deliëns, L., Roeline, H., Pasman, W., Roeline, H., Pasman, H. and Cohen, J. (2016). Appropriateness and avoidability of terminal hospital admissions: Results of a survey among family physicians. *Palliative Medicine*, 31(5). DOI: 10.1177/0269216316659211
- Stolz, E., Mayerl, H., Rasky, E. and Freidl, W. (2019). Individual and country-level determinants of nursing home admission in the last year of life in Europe. *PLoS ONE*, 14(3), e0213787. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213787>
- Stulens, J., Vantroyen, D., Lisaerde, J. and De Lepeleire, J. (2015). Vroegtijdige zorgplanning in een woonzorgcentrum. Analyse van implementatie en zorginhoud. *Huisarts Nu*, 44, 101-106.
- Van Camp-Van Rensbergen, G. (2005). Onderzoek naar de frequentie en oorzaken van ziekenhuisopnamen van residenten in rust- en verzorgingstehuizen. *Archives of Public Health*, 63, 35-56.
- Van den Bock, L., Deschepper, R., Bilsen, J., Bossuyt, N., Van Casteren, V. and Deliëns L. (2009). Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. *BMC Public Health*, 9, 79.
- Van der Heyden, J., Charafeddine, R., Demarest, S., Drieskens, S., Nguyen, D., Tafforeau, J., Gisle, L., Braekman, E. and Berete, F. (2018). *Enquête Santé 2018: santé et qualité de vie. Résumé des résultats*. Bruxelles: Sciensano. Rapport numéro: D/2019/14.440/33. Disponible sur : <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports.aspx>
- Van Malderen, L., De Vriendt, P., Mets, T. et al. (2016). Active ageing within the nursing home: a study in Flanders, Belgium. *European Journal of Ageing*, 13, 219–230. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0374-3>
- Van Rensbergen, G. and Nawrot, T. (2010). Conditions of Nursing Home Admissions. *BMC Geriatrics*, 10, 46.
- Verniest, R. (2004). Fiche Info : Le financement des MRPA-MRS. *MC Informations*, 211.
- Verniest, R. and Peltier, A. (2011). Fiche Info : Financement par l'INAMI des soins résidentiels aux personnes âgées. *MC Informations*, 244.



**Annexe 1 : Catégories de dépendance dans les maisons de repos – situation en 2018**

Maison de repos pour personnes âgées	Maison de repos et de soins	Dépendance exigée
O	-	Indépendance totale au niveau physique et pas de démence ;
A	-	Dépendance physique : - dépendance pour se laver et/ou s’habiller ; Dépendance psychique : - désorientation dans le temps et dans l’espace, et - indépendance physique totale ;
B	B	Dépendance physique : - dépendance pour se laver et s’habiller, et - dépendance pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette ;
B	B	Dépendance psychique : - désorientation dans le temps et dans l’espace, et - dépendance pour se laver et/ou s’habiller ;
D	-	Diagnostic de démence établi sur la base d’un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie et dépendance physique insuffisante pour que la catégorie Cdem soit attribuée
C	C	Dépendance physique : - dépendance pour se laver et s’habiller, et - dépendance pour les transferts et déplacements et pour aller à la toilette, ainsi que - dépendance à cause d’une incontinence et/ou pour manger ;
Cdem	Cdem	Dépendance psychique : - désorientation dans le temps et dans l’espace, ou diagnostic de démence établi sur la base d’un bilan diagnostique spécialisé de la démence par un médecin spécialiste, et - dépendance pour se laver et s’habiller, et - dépendance en raison d’une incontinence, et - dépendance pour les transferts et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.
-	CC	Forfait pour le financement de soins adaptés pour des patients dans un état végétatif persistant ou dans une situation de conscience minimale (coma)