



11 SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Le groupe des personnes âgées représente une part importante et croissante de la population. En 2022, 2,3 millions de Belges étaient âgés de 65 ans et plus, soit 19,6 % de la population totale. Selon les projections démographiques du Bureau fédéral du Plan, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus devrait encore augmenter pour atteindre 25,1 % en 2050.¹²⁴ Au cours de cette période (2022-2050), le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait augmenter de 39 % et le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait presque doubler.

Ce groupe de population a également besoin de services de santé particuliers. D'une part, l'avancée en âge est fortement corrélée à une augmentation de la demande de services médicaux et hospitaliers aigus, et d'autre part, de nombreuses personnes âgées ont besoin d'un accompagnement continu à long terme dans leurs activités quotidiennes.

Les **soins informels**, c'est-à-dire les soins fournis par la famille et les amis (en général, le conjoint et les enfants), ont toujours été une source importante de soins pour les personnes ayant des besoins en soins de longue durée. Si les soins informels ne sont plus suffisants, la personne doit recevoir des **soins formels**, prodigués par des professionnels. Dans un premier temps, les soins formels peuvent être dispensés à domicile, ce qui permet d'éviter l'institutionnalisation. Pour soutenir les activités principalement instrumentales de la vie quotidienne, il existe des **services d'aide à domicile**. Si la personne a plutôt besoin de soins infirmiers, elle peut recourir aux **soins à domicile**.

Si elle n'est plus capable de vivre seule à son domicile, la personne doit être placée en structure résidentielle. On distingue deux grands types de **structures résidentielles pour personnes âgées** en Belgique : les **maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)**, qui assurent des soins infirmiers et personnels à des seniors majoritairement confrontés à des limitations légères ou modérées (catégories O, A, B, C, Cd et D de l'échelle de Katz), et les **maisons de repos et de soins (MRS)**, destinées aux personnes fortement dépendantes mais ne nécessitant pas de soins hospitaliers permanents (catégories B, C, Cd et D de l'échelle de Katz). En plus des MRPA et des MRS, il existe des structures de soins (semi-

résidentielles), telles que des **centres de soins de courte durée** et des **centres de soins de jour**.

La Belgique compte également des **résidences-services**, où les personnes peuvent vivre de manière autonome dans un bâtiment adapté et sécurisé, avec une pièce commune destinée aux interactions avec les autres résidents, et où elles peuvent bénéficier de services de soins (y compris des repas partagés) au besoin.

En Belgique, la gouvernance des soins de longue durée est fragmentée entre le niveau fédéral et les entités fédérées (régions et communautés). La coordination entre les différents niveaux doit être gérée par des conférences interministérielles et des structures de coordination inter-administrations.¹²⁵

Les entités fédérées sont responsables de la programmation, de la reconnaissance, de la subvention et de la supervision des services d'aide à domicile et des services de soins à domicile. Cependant, pour les soins à domicile, un remboursement de l'INAMI est prévu (au niveau fédéral).

Depuis la sixième réforme de l'État de 2014, les entités fédérées sont également responsables de la programmation, de la supervision, de la reconnaissance, du financement/de la subvention et de la tarification des MRPA/MRS, des centres de soins de courte durée et des centres de soins de jour. L'INAMI ne fournit pas de remboursement pour le prix à la journée des séjours en MRPA/MRS, mais bien pour les interventions des professionnels de la santé tels que les médecins et les infirmiers dans ces structures, et pour les médicaments qui y sont administrés.

Les entités fédérées sont en outre responsables de la programmation, de la supervision et de la reconnaissance des résidences-services.

La réglementation des professions médicales dispensant des soins de santé (médecins, infirmiers) relève en revanche de la responsabilité du niveau fédéral (Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement).

La fragmentation des responsabilités a également un impact sur la disponibilité des données au niveau national, comme nous le verrons plus loin.



Accessibilité des services de soins de longue durée (OLD-1 et OLD-2)

Offrir une vie de qualité aux personnes âgées nécessite un accès aisé aux services de soins de longue durée, tant à domicile qu'en MRPA/MRS ou structure semi-résidentielle. Les premiers indicateurs de ce chapitre sont axés sur les soins résidentiels (OLD-1), les soins à domicile (OLD-2) et les soins informels (OLD-3). Ces indicateurs sont étroitement liés : plus la disponibilité des aidants informels et des services de soins à domicile est élevée, plus le besoin en soins résidentiels devrait être faible. Bien que les soins informels ne se substituent pas toujours aux soins formels, ils sont souvent fournis en complément, pour soutenir et compléter les soins formels.

Depuis le transfert (d'une partie) des soins de longue durée du fédéral aux entités fédérées, la centralisation des données sur la population en structure résidentielle (MRPA/MRS) a été problématique pour les années 2019-2020-2021, notamment pour Bruxelles et par conséquent aussi pour l'ensemble de la Belgique. Les données les plus récentes disponibles à partir de 2021 pour les régions flamande et wallonne montrent que 5 % de la population âgée de 65 ans et plus vivait en MRPA/MRS (OLD-1). La proportion de la population vivant en MRPA/MRS augmentait avec l'âge et les femmes étaient plus nombreuses que les hommes dans les structures résidentielles pour personnes âgées. Sur la base des données de 2018, nous constatons que dans la population âgée de 85 ans et plus, 14,0 % des hommes et 27,7 % des femmes vivaient en MRPA/MRS.

Les données plus détaillées figurant dans la fiche technique montrent en outre que l'âge moyen des personnes vivant en MRPA/MRS a légèrement augmenté au cours de la période 2008-2021. Durant cette période, il est passé de 86 à 87 ans pour les femmes et de 82 à 84 ans pour les hommes.

Les données concernant les soins à domicile sont quant à elles complètes pour toute la période. Ce secteur n'a pas été transféré aux entités fédérées et l'INAMI reste l'institut responsable du remboursement pour l'ensemble du pays. Les données montrent qu'en 2021, 7,6 % de la population belge âgée de 65 ans et plus a reçu des soins à domicile (OLD-2) (voir également la section 8.4 sur l'impact de la pandémie de COVID-19). Il est intéressant de souligner l'importante variabilité géographique dans le recours aux soins à

domicile. La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus recevant des soins à domicile était particulièrement élevée dans les provinces de Limbourg (11,7 %), de Flandre occidentale (9,9 %) et de Hainaut (9,8 %) et particulièrement faible à Bruxelles (4,2 %) et dans les provinces du Brabant wallon (4,2 %) et de Luxembourg (4,3 %).

La comparaison internationale est difficile en raison de la variation du type de soins de longue durée fournis aux personnes âgées. Sur la base des données disponibles de l'OCDE, la Belgique a montré un pourcentage relativement élevé par rapport aux autres pays européens en ce qui concerne la population vivant en MRPA/MRS, mais un pourcentage relativement faible en ce qui concerne les soins (infirmiers) à domicile.

Aidants informels (OLD-3)

Les aidants informels ont toujours apporté une contribution substantielle pour répondre aux besoins en soins de longue durée d'un pays. La dernière enquête SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe)¹²⁶ a montré que la Belgique était bien classée, avec 19 % de la population âgée de plus de 50 ans fournissant des soins informels sur une base quotidienne ou hebdomadaire (OLD-3) (voir également la section 7.1 pour les différences en fonction du statut socioéconomique). Il s'agit d'un des taux les plus élevés de l'enquête. L'évolution de ce paramètre devra cependant faire l'objet d'une surveillance attentive dans le futur. On s'attend par ailleurs à ce que, en raison de la diminution de la taille de la famille, de la mobilité géographique accrue et de l'augmentation des taux de participation des femmes au marché du travail, la disponibilité d'aidants informels diminue au cours des prochaines décennies en Belgique.

En Belgique, le soutien aux aidants informels est réparti entre les autorités fédérales et fédérées, les provinces et les communes¹²⁷. Ces dernières années, une étape importante a été franchie au niveau fédéral. Depuis septembre 2020, il est en effet possible d'obtenir une reconnaissance officielle en tant qu'aidant informel, à condition de prodiguer des soins au moins 50 heures par mois ou 600 heures par an. Cette reconnaissance permet à la personne de prendre un « congé pour soins informels » de trois



mois à temps plein ou pouvant s'étendre à six mois lorsqu'il est pris à temps partiel (mi-temps ou 1/5^e).¹²⁸

Capacité en lits dans les MRPA/MRS (OLD-4)

Entre 2018 et 2021-2022, le nombre total de lits dans les MRPA/MRS en Belgique est passé de 144 399 à 148 455. Pourtant, le nombre de lits pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus est passé de 68 à 65, ce qui signifie que la population âgée de 65 ans et plus a augmenté proportionnellement plus que le nombre de lits (OLD-4). Par ailleurs, alors que le nombre de lits dans les MRS a considérablement augmenté, le nombre de lits dans les MRPA a diminué, étant donné qu'une partie de ce dernier type de lits ont été requalifiés en lits de MRS.

Par rapport aux autres pays européens, la Belgique se classe relativement bien en matière de capacité en lits dans les MRPA/MRS. Seuls le Luxembourg et les Pays-Bas avaient une plus forte densité de lits (respectivement 86 et 85 lits pour 1 000 habitants âgés de 65 ans et plus). Pourtant, la croissance rapide prévue de la population âgée de 65 et 85 ans et plus au cours des décennies à venir est de plus en plus préoccupante en Belgique. Inutile de dire que cela conduira à une augmentation drastique des besoins en soins et en structures tant résidentielles qu'à domicile.

Outre la pénurie attendue de lits dans les MRPA/MRS au cours des années à venir, il existe également des préoccupations généralisées concernant :

- la disponibilité de personnel pour répondre aux besoins croissants (tant pour les soins à domicile que pour les soins résidentiels). Déjà à l'heure actuelle, ce secteur souffre d'une pénurie de personnel ;¹²⁹
- l'accessibilité financière des soins résidentiels aux personnes âgées. Pour de nombreuses personnes, la pension n'est pas suffisante pour couvrir la facture de la MRPA/MRS ;¹³⁰
- la privatisation croissante des soins résidentiels et les défis qui en découlent.¹³¹⁻¹³³

Profil de soins des personnes vivant en MRPA/MRS (OLD-5)

Afin d'aider à modérer l'augmentation des besoins en lits, il convient de veiller à ce que les lits disponibles soient utilisés en priorité pour des

personnes âgées nécessitant des soins intensifs. En particulier, on peut se demander si le placement en structure résidentielle est l'option la plus adéquate pour les personnes indépendantes (catégorie O de l'échelle de Katz) et les personnes présentant une faible dépendance aux soins (catégorie A). Au cours de la période 2011-2021, la proportion de patients de catégorie O ou A vivant en structure résidentielle n'a cessé de diminuer, passant de 32 % en 2011 à 20 % en 2021 (OLD-5). Ces données révèlent donc une évolution positive, mais les différences observées entre les régions indiquent qu'une amélioration est encore possible. À Bruxelles, 29 % des personnes vivant en MRPA/MRS avaient encore une certaine autonomie. En Wallonie, cette proportion était de 27 %. En Flandre, elle a été ramenée à 16 %.

Afin d'éviter une institutionnalisation trop précoce des personnes indépendantes ou présentant une faible dépendance aux soins, il est nécessaire d'explorer d'autres pistes que les soins à domicile et les résidences-services, notamment s'il s'agit de personnes nécessitant des soins de santé mentale ou un logement social, qui ne peuvent pas trouver une place ailleurs et pour lesquelles la structure résidentielle reste actuellement une solution de dernier recours¹³⁴.

Disponibilité de gériatres (OLD-6)

Le vieillissement de la population pèse non seulement sur les soins de longue durée mais aussi sur les soins aigus aux personnes âgées. C'est là que les gériatres et les infirmiers gériatriques jouent un rôle important. Avec l'indicateur OLD-6, nous suivons l'évolution du nombre de gériatres. En 2021, il y avait 377 gériatres en activité en Belgique. Au cours des quatre années précédentes, notre pays a connu une augmentation moyenne de 17 gériatres en activité par an. Cette croissance est trop faible par rapport aux recommandations de la Commission de planification de l'offre médicale du SPF Santé publique.^{135, 136} Ces dernières années, un certain nombre de mesures ont été prises pour motiver davantage d'étudiants en médecine à opter pour la gériatrie. Par ailleurs, de nouveaux codes de nomenclature INAMI ont été créés pour augmenter la rémunération des gériatres. Compte tenu de la croissance limitée du nombre de gériatres ces dernières années, d'autres mesures pourraient néanmoins s'avérer nécessaires.



Sécurité dans les soins résidentiels (OLD-7 et OLD-8)

Les **incidents de chute** sont une cause fréquente de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées. Seule la Communauté flamande dispose de données récentes à ce sujet, dans le cadre du projet flamand d'indicateurs de qualité dans les MRPA et MRS (*Vlaams indicatorenproject voor woonzorgcentra – VIP WZC*). Les données issues de ce projet indiquent qu'en 2021, 12,8 % (valeur médiane) des personnes résidant dans les MRPA/MRS flamandes ont connu un incident de chute au cours d'une période d'un mois (OLD-7). Ce pourcentage élevé souligne les besoins en soins importants des résidents de ces institutions et la nécessité de prendre d'autres mesures pour prévenir les lésions dues aux chutes dans cette population.

L'apparition d'**escarres**, également appelés « ulcères de décubitus », chez un patient (hospitalisé, en structure résidentielle ou à domicile) a un impact négatif important sur sa santé. Des soins infirmiers de bonne qualité permettent de prévenir ces lésions. L'apparition d'escarres est l'un des indicateurs de qualité mesurés dans le cadre du projet flamand d'indicateurs de qualité dans les MRPA et MRS. Ces données montrent qu'au 1^{er} juin 2021, en moyenne 2,9 % des résidents présentaient une escarre de stade II ou plus (OLD-8). Toutefois, ces escarres ne se sont développées en MRPA/MRS que chez 1,6 % des résidents. Sur la période 2018-2021, une légère baisse du pourcentage médian de résidents présentant des escarres a été observée. Cependant, si l'on ne considère que les escarres qui se sont développées en structure résidentielle, l'évolution au fil du temps s'avère plus ou moins stable.

Pour les incidents de chute et les escarres en MRPA/MRS, on ne dispose d'aucune donnée internationale récente permettant d'établir une comparaison. Il est recommandé de mesurer également ces indicateurs de qualité dans les autres régions de Belgique afin de suivre la situation et d'attirer l'attention sur la nécessité de poursuivre les efforts préventifs pour réduire le risque d'escarres et éviter leur évolution vers des formes graves et fatales.

Adéquation des soins

En raison de leurs effets secondaires, particulièrement marqués chez les personnes âgées, les **médicaments anticholinergiques** doivent être autant que possible évités dans cette population. Les données disponibles indiquent néanmoins qu'en 2021, plus de 80 DDD d'anticholinergiques ont été prescrites à 18,7 % de la population belge âgée de 65 ans et plus, ce qui indique un usage chronique de ces médicaments (OLD-10). La prescription d'anticholinergiques était plus fréquente chez les personnes âgées vivant en structure résidentielle que chez les personnes âgées vivant chez elles (45,5 % des personnes de 75 ans et plus vivant en MRPA/MRS, contre 18,0 % des celles vivant chez elles). Les données historiques disponibles depuis 2011 ont montré une légère évolution positive (de 23,1 % des personnes âgées de 65 ans et plus en 2011 à 18,7 % en 2021). En outre, d'importantes variations régionales ont été observées. Une amélioration est indispensable, et le comportement de prescription des médecins devrait être amélioré au travers de formations et d'un meilleur respect des recommandations.

Les **antipsychotiques** sont souvent prescrits pour des problèmes comportementaux chez les patients atteints de démence. Cependant, en raison des risques associés à ces médicaments, on recommande plutôt, en premier recours, des interventions non pharmacologiques. Les données indiquent qu'en 2021, des antipsychotiques (≥ 1 DDD) ont été prescrits à 5,5 % de la population âgée de 65 ans et plus. La Belgique était proche de la moyenne par rapport aux autres pays européens. Le problème semble particulièrement marqué dans les MRPA/MRS, où cette classe de médicaments a été prescrite à 27,3 % des personnes âgées de 65 ans et plus (OLD-11A), alors que c'était seulement le cas pour 4,4 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en dehors des MRPA/MRS (OLD-12A). La réduction de la surconsommation d'antipsychotiques en milieu résidentiel doit donc rester une priorité en Belgique. De plus, la prescription d'**antidépresseurs** était particulièrement élevée dans les MRPA/MRS (OLD-11B), où 48,3 % des personnes âgées de 65 ans et plus prenaient des antidépresseurs (≥ 1 DDD), contre seulement 18,1 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivant en dehors des MRPA/MRS (OLD-12B).



Polymédication chez les personnes âgées

De nombreuses personnes âgées prennent un grand nombre de médicaments différents, en particulier lorsqu'elles souffrent de maladies chroniques. Cependant, plus on prend de médicaments, plus le risque d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses, de non-conformité, de détérioration de l'état fonctionnel et de fragilité accrue est élevé chez les personnes très âgées. Un bon équilibre doit donc être trouvé entre la prise d'une quantité raisonnable de médicaments et la polymédication. Si la polymédication renvoie communément à la prise de plusieurs médicaments, il n'existe aucun consensus sur le nombre de médicaments qu'il faut prendre pour parler de polymédication. Dans la littérature, la polymédication a souvent été définie comme la prise concomitante d'au moins cinq médicaments.

Le pourcentage de la population assurée âgée de 65 ans et plus ayant pris 5 médicaments différents ou plus à raison de plus de 80 DDD était de 42 % en 2022. La polymédication augmentait avec l'âge jusqu'à la tranche d'âge des 85-89 ans (53 %), puis diminuait. Cependant, un potentiel d'amélioration a également été observé dans les groupes d'âge plus jeunes à partir de 65 ans, car il existait d'importantes variations entre les arrondissements. Une attention particulière doit être accordée aux personnes appartenant à des groupes socioéconomiques défavorisés, car elles étaient plus exposées au risque de polymédication (voir également la section 7.1). Aucun impact de la crise du COVID-19 n'a été observé sur la polymédication.

Tableau 24 – Indicateurs de soins aux personnes âgées

(ID) Indicateur	Score	Belgique	Année	Flandre	Wallonie	Bruxelles	Source	UE-14	UE-27
Accessibilité des services de soins de longue durée									
OLD-1 Soins de longue durée en MRPA/MRS (% de la population âgée de ≥ 65 ans)	C		2021	5,0	5,0		AIM		
		5,7	2018			7,6	AIM		
			2020				OCDE	3,2	3,0
OLD-2 Soins de longue durée à domicile (% de la population âgée de ≥ 65 ans)	C	7,6	2021	8,3	6,8	4,2	AIM		
			2020				OCDE	8,9	8,6
OLD-3 Aidants informels (% de la population âgée de ≥ 50 ans)	C	16,6	2018	15,9	18,1	14,8	HIS		
		23,5	2019				OCDE	14,4	12,8
OLD-4 Nombre de lits de soins de longue durée dans les MRPA/MRS (/1 000 habitants de ≥ 65 ans)	C	65,4	2022	58,9	69,6 ^a	103,9	Entités fédérées		
			2019				OCDE	49,4	44,5
OLD-5 Personnes présentant une faible dépendance aux soins vivant en MRPA/MRS (% des résidents)	C	20,2	2021	15,9	26,9	29,4	AIM	-	-
Accessibilité des soins aigus									



OLD-6	Gérialtres en activité (/10 000 habitants de ≥ 65 ans)	+	1,7	2021	1,6	1,6	2,6	INAMI	-	-
Sécurité dans les soins résidentiels										
OLD-7	Incident de chute au cours du dernier mois passé en MRPA/MRS (% des résidents en MRPA/MRS)	●	-	2021	12,8	-	-	VIKZ	-	-
OLD-8	Prévalence des escarres (de stade II-IV) en MRPA/MRS (% des résidents)	●	-	2021	2,9	-	-	VIKZ	-	-
Adéquation des soins										
OLD-10	Prescription de médicaments anticholinergiques > 80 DDD chez les personnes âgées (% de la population âgée de ≥ 65 ans)	+	18,7	2021	17,0	22,0	19,2	EPS (INAMI)	-	-
OLD-11A	Prescription d'antipsychotiques ≥ 1 DDD dans les MRPA/MRS (% des résidents âgés de ≥ 65 ans)	+	27,3	2021	29,7	26,3	21,6	AIM	-	-
OLD-11B	Prescription d'antidépresseurs ≥ 1 DDD dans les MRPA/MRS (% des résidents âgés de ≥ 65 ans)	●	48,3	2021	39,5	54,8	51,5	AIM	-	-
OLD-12A	Prescription d'antipsychotiques ≥ 1 DDD en dehors des MRPA/MRS (% de la population âgée de ≥ 65 ans)	→	4,4	2021	4,9	3,6	3,2	AIM ; OCDE	5,6 (> 0 DDD)	5,3 (> 0 DDD)
OLD-12B	Prescription d'antidépresseurs ≥ 1 DDD en dehors des MRPA/MRS (% de la population âgée de ≥ 65 ans)	→	18,1	2021	17,1	20,0	16,8	AIM		
OLD-13	Polymédication chez les personnes âgées (5 médicaments ou plus à raison de >80 DDD par an) (% de la population de ≥ 65 ans)	ST	42	2022	41	45	37	Pharmanet	-	-

Résultat bon (●), moyen (●) ou mauvais (●), globalement stable (ST), amélioration (+), détérioration (-) ou tendance non évaluée.

Pour les indicateurs contextuels (non évalués) : en hausse (↗), stable (→), en baisse (↘), pas de tendance (C).

HIS = Health Interview Survey (enquête de santé par interview) ; VIKZ = Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (Institut flamand pour la qualité des soins) ; EPS = Échantillon Permanent ; MRPA = maison de repos pour personnes âgées ; MRS = maison de repos et de soins. ^a Wallonie : Communauté germanophone incluse



Résumé des indicateurs spécifiques à la population âgée de plus de 65/75 ans et plus

Le Tableau 25 résume les indicateurs relatifs à la population âgée déjà rapportés dans d'autres sections, en comparant, dans la mesure du possible, la population vivant en MRPA/MRS et la population vivant à domicile (recevant ou non des soins à domicile).

De manière générale, le fait de recevoir des soins à domicile ou de vivre en structure résidentielle était associé à un taux plus élevé de vaccination contre la grippe (P-4), à une meilleure continuité des soins auprès du MG habituel (QC-2) et à une fréquence plus élevée des contacts avec un MG (QC-3). La prise d'un traitement antidépresseur de courte durée était moins fréquente dans les MRPA/MRS qu'en dehors (MH-8).

Le fait de vivre en MRPA/MRS était néanmoins également associé à une fréquence moins élevée des contacts avec un ophtalmologue chez les patients diabétiques (QA-1 et QA-2).

Le recours aux antibiotiques était plus élevé chez les personnes âgées (75 ans et plus) que dans la population générale (QA-4 et QA-5).

Conclusion

Les données sur les incidents de chute et les escarres ne sont disponibles que pour les MRPA/MRS de Flandre. Il est recommandé de mesurer également ces indicateurs de qualité dans les autres régions afin de suivre la situation et de continuer d'attirer l'attention sur la nécessité d'efforts en matière de prévention.

Trop de médicaments anticholinergiques sont prescrits aux personnes âgées, et trop d'antipsychotiques et d'antidépresseurs sont prescrits dans les MRPA/MRS. Il est nécessaire d'améliorer le comportement de prescription des médecins au travers de formations et d'un meilleur respect des recommandations. Enfin, le nombre de patients polymédiqués reste relativement élevé par rapport aux autres pays, mais a légèrement diminué au cours du temps.


Tableau 25 – Indicateurs déjà rapportés dans d'autres sections, spécifiques à la population âgée de ≥ 65 ans ou de ≥ 75 ans

(ID)	Indicateur	Année	Source	Belgique	Sans soins de longue durée (≥ 65 ans)	Avec soins à domicile (≥ 65 ans)	En MRPA/MRS (≥ 65 ans)
Prévention							
P-4	Vaccination contre la grippe (% de la population ≥ 65 ans)	2021	AIM	57,3	56,7	62,5	71,8*
Continuité des soins							
QC-2	Indice UPC (<i>Usual Provider Continuity</i>) ≥ 0,75 (% de la population ≥ 65 ans)	2021		60,3	59,6	77,0	64,6
QC-3	Contact avec le MG dans les 7 jours suivant la sortie d'hôpital (% des patients de ≥ 65 ans)	2021	AIM	43,5	34,6	54,0	56,6
Adéquation des soins							
QA-1	Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par insuline)	2021	AIM	43,1	45,8	35,2	17,9
QA-2	Suivi adéquat du diabète (% des adultes ≥ 18 ans vivant avec le diabète et traités par des antidiabétiques autres que l'insuline)	2021	AIM	17,1	17,4	14,6	6,5
QA-4	Recours aux antibiotiques au moins une fois dans l'année (% de la population ≥ 75 ans)	2021	AIM	39,8			
QA-5	Recours aux antibiotiques de 2 ^e intention (% du total des DDD d'antibiotiques dans la population âgée de 76-85 ans)	2021	INAMI	42,3			
Santé mentale							
MH-8	Prise d'un traitement antidépresseur de courte durée (< 3 mois) (% de la population ≥ 18 ans)	2020	Pharmanet	12,4	10,9	9,3	5,1

* Grippe : résultats pour les personnes âgées de 65 ans et plus vivant en MRPA/MRS à Bruxelles et en Wallonie uniquement (résultats pour la Flandre non disponibles dans les données de l'AIM). De plus, si les vaccins proviennent d'achats groupés effectués par les entités fédérées, ils ne sont pas inclus dans les données. Les données concernant les personnes vivant en MRPA/MRS doivent donc être utilisées avec prudence.