

& SANTÉ SOCIÉTÉ

Recherches et analyses du Service d'études
de la Mutualité chrétienne

04 Profil de santé de nos aîné·es

44 Budget des soins de santé 2024 : « d'abord le contenu »

9 - avril 2024

Un système sous tension

Un système sous tension

Edito



Chacun-e s'accorde sur le fait que le plus grand défi que nous devons affronter les prochaines années est le vieillissement de la population. Dans chaque aspect de nos vies, l'impact de l'allongement de l'espérance de vie, couplée à un ralentissement de la natalité, va se faire sentir. Cette évolution met en tension notre système de pension, redessine la manière dont nous menons notre carrière, change nos relations intergénérationnelles. Mais le premier lieu où cette évolution va se faire sentir est le système des soins de santé. Alors qu'on sait que 51% des dépenses de soins de santé que nous constatons dans nos données concernent le quart de nos affiliés, à savoir, les plus de 65 ans (sans tenir compte des coûts liés aux institutions pour les personnes âgées comme les maisons de repos) et que 44% des personnes de plus de 75 ans sont des malades chroniques, la prise en charge de la fin de vie sera le défi des prochaines décennies.

Dans ce domaine, des questions éthiques fondamentales vont se poser : à commencer par notre compréhension de ce qu'est la santé. Depuis les Lumières, la tradition philosophique occidentale a toujours associé le soi moderne à l'idée d'autonomie et dans la période industrielle à la productivité. Force est de constater que c'est cette anthropologie qui prédomine dans le domaine de la santé. Nous voyons les interventions en santé comme visant à réparer l'individu ou de lui permettre de reprendre un rôle actif dans

le système de production. Nous oublions les autres dimensions qui font la qualité de la vie humaine. Nous avons une grande difficulté à accepter pour nous-mêmes et pour les autres l'installation de dépendances, nous sous-valorisons les métiers du soin, nous ne reconnaissons pas le travail essentiel que font les infirmières et les aides familiales ou tous les aidants proches qui sacrifient souvent leur propre santé au soin d'autrui. Il nous faut changer radicalement notre approche de la fin de vie pour pouvoir proposer des '*passende zorg*' (soins appropriés) autour des besoins de la personne et des aidants qui l'entourent. Il faut arrêter de ne comprendre la santé que d'une manière aussi étroite et oser poser la question de la qualité de la vie telle que la personne souhaite en faire l'expérience. Comme mutualité santé, nous ne croyons pas qu'il y aura une approche qui conviendra à tous et à toutes : certain-es pourront rester à leur domicile et trouveront l'encadrement nécessaire, formel ou informel, certain-es devront être hospitalisés, certain-es vivront dans un lieu de vie collectif, d'autres dans des habitats intergénérationnels. L'important, pour mesurer la qualité de vie en fin de vie, sera de voir dans quelle mesure ces choix sont pleinement consentis ou contraints par des exigences externes telles que l'absence d'infrastructure disponible, la pénurie de personnel soignant, l'isolement ou la précarité financière.

Pour permettre un réel choix, nous devons étudier ce qui se passe en fin de vie du point de vue du soin aujourd'hui : nous y consacrons notre grande recherche sur les profils et les évolutions des situations des personnes en fin de vie. Notre étude *Profil de santé de nos aîné-es* en est la première partie. Nous avons choisi de commencer par dresser le profil des aîné-es : quelle différence y a-t-il entre les personnes plus précaires et les personnes les plus favorisées, quels sont les prestataires qu'ils voient le plus ? Consomment-ils beaucoup de médicaments ? Cette

première étude nous permettra de voir les constantes et les variations des groupes de patients âgés ainsi que l'évolution de ces groupes au cours des dernières années ainsi que dresser des recommandations sur la prise en charge de la fin de vie.

Vous l'aurez compris à la lecture du début de cet édito, il est impossible de délier la question de la fin de vie de la question de notre vision des soins de santé et des objectifs liés à ces derniers. Depuis maintenant deux ans, la MC assume la coordination intermutuelliste de la préparation du budget des soins de santé. Comme nous l'avons déjà expliqué dans l'étude *La co-construction des politiques de soins de santé* (Cès, 2022), nous soutenons l'idée que le budget ne doit pas être la continuation linéaire de ce qui le précède, mais traduire une vision pour l'avenir des soins de santé. Le nouveau cadre budgétaire pluriannuel a maintenant introduit dans la loi l'idée que le budget devait aussi soutenir la réalisation d'objectifs de soins de santé pour la population belge. En effet, il serait illusoire de croire que la prise en charge de la fin de vie ne sera résolue que grâce aux efforts des médecins sans impliquer les infirmières, à l'hôpital sans impliquer les maisons de repos et de soins, ou encore que la santé mentale des jeunes n'est que l'affaire des psychiatres ou des psychologues. Une politique de santé publique doit parvenir à mobiliser tous les acteurs et actrices vers une réalisation commune d'objectifs. Grâce à cette nouvelle politique, nous avons pu mettre en place un travail de coconstruction avec les prestataires afin de définir ensemble les objectifs transversaux pour le budget. Cette dynamique de co-construction, si elle est encore neuve pour tous les acteurs et actrices impliqués dans le processus budgétaire, nous a toutefois permis de dépasser les clivages entre les grands secteurs du budget et d'aborder ensemble comment soutenir les secteurs qui en avaient le plus besoin notamment en décidant ensemble

de solidariser la prime prévue pour le conventionnement et de l'affecter à certains secteurs prioritaires.

Nous sommes conscients du fait que nombreuses étapes sont encore à franchir. Nous espérons notamment que notre implication dans la commission des objectifs des soins de santé nous permettra d'aller encore plus loin dans la détermination d'objectifs pour tous les secteurs et nous espérons qu'elle se traduira dans des objectifs de santé qui dépasseront vite le seul secteur des soins de santé. Nous savons aussi qu'un changement de politique, notamment en intégrant plus de prévention dans les trajets de soins, prend du temps et que tous les efforts qui ont déjà été consentis doivent encore se traduire dans des gains en santé et dans une réduction des écarts de santé. Nous espérons seulement que notre vision des soins de santé continuera à se traduire dans des changements concrets afin de faire face ensemble aux nombreux défis pour ces prochaines années. Notre article *Budget des soins de santé 2024 : « D'abord le contenu »* fait le retour et dresse le bilan de l'exercice budgétaire 2024 et pose les balises pour le renforcement de ce cadre pour les années à venir.

Élise Derroitte
Directrice politique et études

Bibliographie

Cès, S. (2022). La co-construction des politiques de soins de santé. *Santé & Société, 2*, 18-37.

Profil de santé de nos aîné·es

Katte Ackaert, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest — Service d'études

Résumé

Telle une antienne, nous entendons continuellement : « la Belgique vieillit ». Mais que devons-nous comprendre par là ? Le fait que le nombre et la proportion de personnes âgées au sein de la population sont en croissance. Ainsi, les projections démographiques indiquent que le nombre de personnes de 80 ans et plus va doubler d'ici 2050. Pour tout un chacun, vieillir n'est pas forcément une mauvaise nouvelle : avoir la perspective d'une vie longue et épanouissante est plutôt positif. Toutefois, nous n'aurons pas tous et toutes l'opportunité de vieillir en bonne santé : beaucoup de personnes âgées feront face à des problèmes de santé (aigus et/ou chroniques) et de perte d'autonomie. Et comme le nombre de personnes âgées va s'accroître, le recours aux services de santé et d'aide va également s'intensifier. C'est donc à un défi sociétal considérable auquel nous devons faire face.

Comment s'y préparer ? D'abord en dressant le profil de santé de nos aîné·es. Dans quel état de santé sont-ils-elles ? Dans quelle situation sociale sont-ils-elles ? À quels soins font-ils-elles appel ? La MC a déjà publié bien des études sur les soins aux aîné·es. Mais elles étaient souvent partielles. Avec la présente étude, notre ambition est d'être systématique. Pour la première fois, nous analysons de façon globale le profil des aîné·es de la MC, soit la population de nos membres ayant 65 ans et plus, au cours de la période 2016 à 2022. Quelques résultats généraux ci-après.

Indicateurs d'état de santé

- Les affections cardiovasculaires sont le problème de santé le plus fréquent (62% des 65 ans et plus). Viennent ensuite les problèmes de thrombose (41%), le diabète (18%), des pathologies mentales (13%). Environ un cinquième de nos aîné·es ne présentent aucune des pathologies examinées dans cette étude.
- La proportion de personnes en soins palliatifs est assez faible : 1,5% pour les 65 ans et plus, 4% pour les 80 ans et plus.
- De l'ordre de 4% des 65 ans et plus (12% pour les 85 ans et plus) décèdent chaque année.


Indicateurs de vulnérabilité sociale

- La proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) est en diminution : de 29% en 2016 à 25% en 2022. En revanche, en 2022, près de 45% des 80 ans et plus sont BIM.
- La proportion de bénéficiaires du statut affection chronique est en augmentation : de 31% en 2016 à 37% en 2022.
- Près d'une personne âgée de 65 ans et plus sur trois vit seule (ménage unipersonnel). À Bruxelles, c'est près de la moitié.

Indicateurs de recours aux soins

- La médecine générale est, de loin, privilégiée : plus de neuf aîné-es sur dix y ont recours au moins une fois par an. Les contacts ambulatoires avec des spécialistes sont également très fréquents : en 2022, 78% des 65 ans et plus y ont eu recours au moins une fois. Environ 21% de nos aîné-es font appel aux soins infirmiers à domicile. Le recours aux médicaments ambulatoires est important : 86% des personnes âgées de 65 ans et plus consomment au moins 180 DDD par an.
- Une personne âgée de 65 ans et plus sur cinq a été hospitalisée en 2022 ou a fait appel aux urgences. Une personne sur quatre a eu au moins une hospitalisation de jour.
- Les centres de soins de jour sont peu utilisés en 2022 (0,5% des 65 ans et plus ; 1,1% des 85 ans et plus). Les centres de court séjour en maison de repos un peu plus : 1,3% des 65 ans et plus y ont eu recours au moins une journée en 2022 (4,3% des 85 ans et plus). Les personnes âgées séjournant durablement en maison de repos sont plus nombreuses : 7,3% des 65 ans et plus en 2022 (28% des 85 ans et plus).

Derrière ces tendances générales, il y a aussi diverses variations. Bien sûr, il y a des effets d'âge, comme on peut s'y attendre. Mais ce qui est davantage frappant, ce sont les effets liés au statut BIM. Les aîné-es qui sont BIM ont systématiquement des indicateurs de santé plus dégradés. Par exemple, la proportion de décès observés est 2,4 fois plus élevée chez les BIM



que chez les non BIM. La prévalence des pathologies chroniques est également plus élevée chez les BIM. Enfin, ces personnes font plus fréquemment appel aux médecins généralistes (mais moins souvent aux médecins spécialistes), aux soins infirmiers à domicile, aux urgences hospitalières, sont plus fréquemment inscrites en maison médicale, sont plus fréquemment admises à l'hôpital, résident plus souvent en maison de repos. On trouve aussi beaucoup de variations régionales. Ainsi les proportions de Bruxellois·es et Liégeois·es qui font appel aux médecins généralistes sont plus faibles, mais ceci est compensé par le fait que qu'ils·elles sont plus fréquemment inscrit·es en maison médicale. Les aîné·es de Bruxelles vont plus fréquemment que d'autres aux urgences hospitalières. De leur côté, les aîné·es du Limbourg et du Hainaut font plus souvent appel aux soins infirmiers à domicile.

Le profil des aîné·es est donc bien diversifié. En tenir compte, ainsi que des situations locales (tant sur le plan social que sur le plan de l'offre de soins) est un véritable défi qui s'adresse à tous les responsables politiques (aussi bien fédéraux que régionaux) et acteurs de terrain. D'ores et déjà, au vu de ce profil, se dessinent des pistes d'action pour l'avenir : continuer à investir dans les soins de première ligne, soutenir les aidants proches, avoir de l'attention pour les plus vulnérables et pour la qualité de vie de nos aîné·es.

Mots-clés : Soins aux personnes âgées, vieillissement, vulnérabilité, état de santé, recours aux soins, étude quantitative



Introduction : L'enjeu du vieillissement

Comme dans de nombreux autres pays, le vieillissement de la population se poursuivra en Belgique dans les années à venir. On entend par là le fait que la proportion et le volume de personnes âgées au sein de la population vont continuer à augmenter. Selon les projections démographiques du Bureau fédéral du Plan et de Statbel, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus va évoluer de la façon suivante : 19,6% en 2022, 22,2% en 2030, 24,4% en 2040, 25,1% en 2050. Et au sein de ces personnes âgées, le nombre de personnes de 80 ans et plus va considérablement augmenter : en 2022, on en comptait 643.700 (soit 5,6% de la population totale) ; en 2050 on en prévoit le double (1.272.500 personnes ayant 80 ans et plus, soit 10,1% de la population totale) (Bureau fédéral du Plan & Statbel, 2023).

Ce vieillissement de la population est dû à un double phénomène : d'une part une fécondité faible et qui le restera à long terme (de l'ordre de 1,6 enfant par femme en 2022 à 1,7 enfant par femme en 2050), d'autre part une augmentation de l'espérance de vie¹. En 2022, l'espérance de vie à la naissance est de 79,8 ans pour les hommes, 84,2 ans pour les femmes. En 2050, cette espérance de vie devrait atteindre 85,4 ans pour les hommes et 87,9 ans pour les femmes. Les gains d'espérance de vie sont également présents pour les personnes âgées. Ainsi, pour un(e) homme (femme) de 65 ans, son espérance de vie est de 18,4 années (21,4 années) en 2022 ; 19,7 années (22,4 années) en 2030 ; 21,0 années (23,4 années) en 2040 ; 22,3 années (24,3 années) en 2050.

Ce sont des tendances générales à l'échelle de la population belge. Mais le vieillissement n'est et ne sera pas homogène et se marque de différentes façons.

- Le vieillissement n'est pas identique selon les régions. Du côté de la natalité, en 2022, la fécondité wallonne est légèrement supérieure à celle observée en Flandre. Cela dit, ces dernières années, on observe une baisse de la fécondité dans toutes les régions. De plus, « une analyse par région met en évidence un double phénomène : une convergence depuis 2004 entre les fécondités wallonne et flamande, et une fécondité bruxelloise devenue inférieure aux autres régions depuis 2021, alors qu'historiquement elle leur était largement supérieure »

(IWEPS, 2023). Les différences régionales sont davantage marquées quand on regarde l'espérance de vie à la naissance : cette dernière est plus élevée en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles. De même, la proportion de personnes de 80 ans et plus au sein de la population est plus élevée en Flandre (6,1% en 2022) qu'en Wallonie (5,1% en 2022) et qu'à Bruxelles (3,8% en 2022). Les projections démographiques vers le futur indiquent que cette tendance est structurelle : la Flandre vieillit (et continuera à vieillir) plus vite que les deux autres régions du Royaume.

- Le vieillissement n'est pas identique non plus selon les groupes sociaux.

Des chercheur-euses de l'UCLouvain observent : « Entre 1992-1996 et 2011-2015, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté pour tous les groupes sociaux, tant chez les hommes que chez les femmes, mais pas au même rythme : plus élevé chez les plus favorisés, plus lent chez les moins favorisés. [...] Les mêmes conclusions valent pour les espérances de vie à 80 ans selon le groupe social » (Eggerickx, Sanderson, Vandeschrick, & Donadille, 2021, p. 113).

Si on peut se réjouir de voir l'espérance de vie globalement augmenter, il convient toutefois de s'interroger sur la 'qualité' du vieillissement : vieillit-on en bonne santé ? D'après Eurostat, en 2021 une femme âgée de 65 ans peut espérer vivre 11,3 années en bonne santé² (Eurostat, 2023). Par ailleurs, son espérance de vie totale est de 21,4 années (Bureau fédéral du Plan & Statbel, 2023). On en déduit qu'une femme âgée de 65 ans vivra, en moyenne, 10,2 années en mauvaise santé. Pour les hommes âgés de 65 ans, cette période de morbidité s'élève à 7 années. Une autre indication intéressante quant à l'état de santé de la population âgée est donnée par l'enquête de santé des Belges, organisée régulièrement par Sciensano. En 2018, environ 40% des 65-74 ans déclarent souffrir d'au moins une maladie ou affection chronique. Pour les 75 ans et plus, cette même proportion s'élève à 44% (Van der Heyden & Charafeddine, 2019).

Le vieillissement de la population ne sera donc pas neutre vis-à-vis des soins de santé. Tout le monde ne vieillira pas en bonne santé, beaucoup feront face à des problèmes de santé et de perte d'autonomie. Et, au vu du nombre croissant de personnes âgées, le recours aux soins (ainsi qu'à d'autres services d'aide, comme les aides à domicile) ne fera que s'accroître.

1 L'espérance de vie à la naissance est le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre, en moyenne, sur base des conditions de mortalité actuelles.

2 Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités / l'absence d'incapacités.

Pour faire face à leurs problèmes de santé, l'offre de soins et de soutien aux personnes âgées est très diversifiée. Tout d'abord, il existe des soins médicaux et paramédicaux importants, tant en ambulatoire qu'en milieu hospitalier (médecins généralistes, spécialistes, soins infirmiers, kinésithérapeutes, admission hospitalière classique, de jour, etc.). En outre, il existe de nombreux services d'aide à domicile tels que les aides familiales, les aides ménagères, les services de transport, les repas à domicile, etc. Par ailleurs, outre les soins aigus en milieu hospitalier, il existe des structures semi-résidentielles (diverses formes de soins de jour et de nuit, centres de convalescence, de réhabilitation, centres de court séjour) et enfin des centres résidentiels de soins de longue durée (maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées).

Du fait de cette offre diverse et complexe, on voit poindre différents enjeux. Comment veiller à la coordination et la continuité de tous ces soins et aides ? Comment répondre à la demande souvent exprimée par les personnes âgées de rester dans leur environnement familial (*'ageing in place'*) (Fondation Roi Baudouin, 2023a) ? Nombreux sont les dispositifs entrant dans le cadre de la politique de maintien à domicile qui rendent cette option réaliste, sans compter les efforts des proches et des volontaires. C'est d'ailleurs une priorité exprimée par bien des politiques. Ainsi, l'ancien ministre de la Santé Publique du Gouvernement flamand, M. W. Beke, déclarait dans sa note d'orientation politique : « Les gens veulent vivre chez eux le plus longtemps possible. Nous continuons donc à nous concentrer sur la possibilité de vivre à la maison ou dans le quartier le plus longtemps possible avec des soins appropriés, des infrastructures et des innovations technologiques » (Beke, 2019, p. 50, notre traduction). « Nous sommes fortement engagés dans le travail de quartier et la socialisation des soins » (Beke, 2019, p. 52, notre traduction). Idem en Wallonie : « Le Gouvernement fera une priorité du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie qui le souhaitent » (Gouvernement wallon, 2019, p. 92).

L'offre de soins est susceptible de connaître de grandes évolutions dans un proche avenir. En effet, de nombreux projets innovants se sont mis en place ces dernières années. Ainsi, douze projets de soins intégrés ont été développés à partir de 2018. Il s'agit de tester de nouveaux modèles de soins « dans lesquels les services de santé sont organisés de manière que les individus fassent l'expérience d'une continuité de prise en charge au sein de l'ensemble des prestations » (Integreo, 2023). Ces projets s'adressent surtout aux personnes souffrant de maladies chroniques. Par ailleurs, il existe également 19 projets de

formes alternatives de soins aux personnes âgées fragiles (INAMI, 2023a). L'expérience acquise grâce à tous ces projets va contribuer à l'élaboration d'un futur Plan inter-fédéral Soins Intégrés (INAMI, 2023b).

Le vieillissement de la population pose de grands défis à la société quant à l'évolution future de l'offre et de l'organisation des soins, ainsi que des services d'aide et d'assistance. Pour ce faire, il est important de connaître le profil des personnes âgées. Quel est leur profil socio-démographique ? Quel est leur état de santé ? Quel est leur recours aux soins ? Quelles sont les évolutions perceptibles ? Existe-t-il des différences en fonction de certains paramètres ? La MC a déjà publié bien des études autour de la santé et des soins de santé des aîné-es. Mais elles étaient souvent fragmentaires, s'intéressant à l'un ou l'autre secteur de soins (comme les maisons de repos, les médicaments) (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020; Noirhomme & Lambert, 2020). Pour la présente étude, notre ambition est d'être plus systématique. Sur base des données disponibles, nous avons procédé à une analyse exploratoire et descriptive du profil (socio-démographique et état de santé) et du recours aux soins des personnes âgées de 65 ans et plus (soins de première ligne, soins hospitaliers, soins résidentiels), ainsi que de leur évolution au cours de la période allant de 2016 à 2022. Ci-dessous, nous présentons d'abord la méthodologie utilisée, ensuite, les principaux résultats de l'analyse et la discussion. Sur cette base, nous formulons quelques conclusions et recommandations.

1. Méthodologie : Comment les données de la MC peuvent-elles fournir un aperçu du profil des aîné-es ?

1.1. Sélection de la population étudiée

Pour cette étude, les données de facturation de l'assurance obligatoire soins de santé reflétant l'utilisation du système de santé et les données de profil de tous les membres MC âgés de 65 ans ou plus au cours d'une année civile, au cours de la période 2016 à 2022, ont été analysées en 2023. Les personnes reprises dans notre base de données n'y sont pas nécessairement présentes sur l'ensemble de la période étudiée ou pendant une année civile complète. Les membres peuvent disparaître de la base

de données en raison d'une mutation sortante ou de leur décès. D'autre part, de nouveaux membres peuvent être ajoutés en cours d'année. Nous disposons d'un échantillon de 1.005.266 personnes âgées de plus de 65 ans en 2016 et de 1.096.495 personnes âgées de plus de 65 ans en 2022.

1.2. Opérationnalisation des variables

1.2.1. Profil de santé

Maladies chroniques

Les données à disposition des mutualités ne contiennent pas de données diagnostiques. Mais, à l'aide de données de facturation relatives aux médicaments ambulatoires (circuit de facturation Pharmanet) ou à certaines prestations précises, on peut détecter certaines pathologies. Pour la présente étude, nous avons retenus 22 pathologies (voir Tableau 1). Pour la plupart d'entre elles, la méthode de détection est celle utilisée dans le cadre de l'« *Echantillon Permanent Steekproef* » (dans le document 'EPS-flags'), une base de données de l'Agence Intermutualiste (AIM, 2019).

Pour les pathologies marquées par un astérisque, nous avons procédé de la façon suivante :

- Les affections cardiovasculaires ont été ventilées en deux catégories, la détection se faisant sur base des classes de médicaments suivantes : les antihypertenseurs³ (classes ATC⁴ : C02, C03, C07, C08 et C09), les thérapies cardiaques (C01) (MLOZ, 2013).
- La détection du diabète suit la méthode de l'*Atlas* de l'Agence Intermutualiste. Les personnes sont considérées comme diabétiques si elles ont recours aux médicaments antidiabétiques (A10) ou si au moins un des codes de prestation spécifiques aux patient-es qui souffrent du diabète (trajet de soins diabète, par exemple) est attesté.
- Les personnes souffrant d'une maladie rare sont détectées sur base de la liste de ceux et celles qui ont obtenu un accord du-de la médecin-conseil en vue d'un remboursement pour un médicament orphelin⁵.
- La détection du cancer combine divers critères : avoir eu au moins une des prestations spécifiques aux patient-es souffrant d'un cancer (consultation oncologique multi-

disciplinaire, radiothérapie, hospitalisation oncologique de jour), ou bien avoir eu recours aux médicaments utilisés dans le cadre de la chimiothérapie (L01).

- Les personnes souffrant de dépression, psychose, troubles anxieux sont détectées à l'aide des médicaments psychoanaleptiques (N06A, N06C), psycholeptiques (N05A, N05B).
- Pour la détection de l'insuffisance rénale, nous avons tenu compte à la fois des médicaments mentionnés dans le document 'EPS-flags' et des codes de prestation afférents à la dialyse.

Tableau 1 : Liste des pathologies retenues

1	Affections cardiovasculaire – hypertension * °
2	Affections cardiovasculaire – thérapies cardiaques * °
3	Thrombose – Antithrombotiques °
4	Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) °
5	Asthme °
6	Mucoviscidose °
7	Diabète *
8	Maladies pancréatiques exocrines °
9	Psoriasis °
10	Arthrite rhumatoïde, Maladie de Crohn, Colite ulcéreuse, Arthrite psoriasique °
11	Dépression, psychose, troubles anxieux * °
12	Maladie de Parkinson °
13	Épilepsie plus douleurs neuropathiques °
14	VIH °
15	Hépatite B et C chronique °
16	Sclérose en plaques °
17	Transplantation d'organe °
18	Maladie d'Alzheimer °
19	Insuffisance rénale * °
20	Affections de la thyroïde °
21	Maladies rares *
22	Cancer *

° Pour les médicaments, en tenant compte d'un volume minimum de 90 DDD sur base annuelle

3 Ces médicaments peuvent être utilisés préventivement pour les maladies cardiovasculaires.

4 Le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) est la classification internationale des médicaments recensée par l'Organisation mondiale de la Santé.

5 <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/orphelin/Pages/default.aspx#:~:text=Un%20m%C3%A9dicament%20orphelin%20est%20un,un%20b%C3%A9n%C3%A9fice%20significatif%20au%20patient.>

Soins palliatifs

L'utilisation de soins palliatifs se fait sur base de données de facturation spécifiques : forfait de soins infirmiers pour les patient-es palliatif-ves à domicile, forfait pour patient-e palliatif-ve en centre de soins de jour, visites d'un-e médecin généraliste à un-e patient-e palliatif-ve, séances de kinésithérapie pour les patient-es palliatif-ves à domicile, le forfait pour patient-es palliatif-ves (une intervention de 756 euros en 2023, renouvelable une fois), interventions des équipes d'accompagnement multidisciplinaires pour les soins palliatifs. Sont également prises en compte les personnes qui ont séjourné à l'hôpital dans un service spécialisé pour des affections chroniques nécessitant des soins palliatifs (service n°64). Ces données de facturation ne couvrent probablement pas l'entièreté des situations palliatives existantes.

Vulnérabilité

La vulnérabilité est approchée par trois indicateurs.

- Bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) – Ce statut social permet d'obtenir des remboursements plus élevés de la part de l'assurance obligatoire soins de santé. Il est octroyé aux ménages disposant de faibles revenus (en deçà d'un certain plafond de revenus). Avec cet indicateur, c'est la vulnérabilité économique qui est approchée.
- Bénéficiaire du statut affection chronique⁶ – Ce statut est octroyé à ceux et celles qui ont des dépenses de santé élevées (minimum 365 euros⁷ de dépenses de santé par trimestre pendant huit trimestres consécutifs), qui bénéficient du forfait malades chroniques⁸ ou qui souffrent d'une maladie orpheline. Grâce à ce statut, le plafond de tickets modérateurs à appliquer dans le cadre du Maximum À Facturer⁹ est diminué. Ce statut dénote plutôt un état de santé dégradé (ce qu'indiquent des dépenses de santé importantes et récurrentes).
- Ménage unipersonnel – Sur base de la composition familiale, on détecte les ménages composés d'une seule personne. La notion de ménage est celle utilisée dans le cadre du Maximum À Facturer. Elle correspond au ménage de fait, soit l'ensemble des personnes domiciliées à la même adresse au 1^{er} janvier de l'année concernée selon le registre national.

1.2.2. Indicateurs de recours aux soins

Soins de première ligne

Concernant les soins de première ligne, cette étude a examiné les prestations des médecins généralistes et des spécialistes. Seuls les codes de prestation indiquant un contact avec un-e médecin, en particulier les consultations, les visites et les avis, ont été pris en compte. Les contacts avec un-e médecin généraliste peuvent également avoir lieu au sein d'une maison médicale. Pour ces maisons médicales, nous ne disposons pas d'informations sur l'activité ou le volume de contacts dans notre base de données. Nous savons uniquement si un membre MC est inscrit dans une maison médicale ou non. Outre les contacts avec un-e médecin, nous disposons également d'informations relatives aux prestations de soins infirmiers à domicile. Il s'agit d'examiner si un membre de la population étudiée a bénéficié d'au moins une prestation facturée au cours d'une année civile.

Soins résidentiels et semi-résidentiels pour personnes âgées

Pour les maisons de repos (MR), les centres de court séjour (CCS) et centres de soins de jour (CSJ), nous examinons la proportion de membres MC âgés de 65 ans ou plus pour lesquels un séjour d'au moins une journée dans ces établissements a été facturée au cours d'une année civile. Le calcul du nombre de bénéficiaires a été effectué séparément pour chaque type d'établissement.

Soins hospitaliers

Parmi toutes les personnes âgées de 65 ans et plus de notre base de données, nous avons recherché lesquelles avaient été hospitalisées au cours d'une année (1^{er} janvier – 31 décembre). Les admissions classiques et les admissions en hôpital de jour ont été prises en compte. Pour les admissions classiques, il s'agit des personnes ayant passé au moins une nuit à l'hôpital. Une admission classique a été incluse dans l'ensemble de données d'une année civile donnée si la date d'admission a eu lieu au cours de l'année en question, quelle que soit l'année civile de la date de sortie.

Outre les admissions classiques et les admissions en hôpital de jour, les contacts avec les services des urgences des hôpitaux ont également été examinés. Pour chaque

6 Pour l'année 2022, les données analysées sont celles relatives à la situation de juin. Au moment de la réalisation de l'étude, seules ces données étaient disponibles.

7 Montant relatif à 2023.

8 <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/chroniques/Pages/intervention-forfaitaire-maladie-chronique.aspx>

9 [https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-factorer-\(maf\)-limite-depenses-soins-sante.aspx](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/maximum-factorer-(maf)-limite-depenses-soins-sante.aspx)

personne de plus de 65 ans qui s'est présentée au service des urgences, un seul contact par jour a été enregistré afin notamment de ne pas obtenir une vision faussée par des personnes se présentant deux fois au service des urgences le même jour.

Médicaments ambulatoires

Pour toutes les personnes de 65 ans et plus faisant partie de la population d'étude, nous avons examiné si elles avaient eu recours à des médicaments ambulatoires remboursables et délivrés par les officines publiques. On a également estimé le volume de médicaments, calculé en nombre de DDD par an et par personne. « DDD est l'acronyme de l'expression anglaise *defined daily dose* ou, littéralement, dose journalière définie. Elle est définie comme la dose d'entretien moyenne présumée par jour pour un médicament utilisé dans son indication principale chez l'adulte. [...] La DDD est attribuée par un bureau d'experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour chaque substance active appartenant à la classification internationale ATC des principes actifs » (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, p. 457).

Pour ceux et celles qui ont eu recours aux médicaments ambulatoires remboursables, sur base de leur volume annuel de DDD, on a construit les deux indicateurs suivants :

- 1) pourcentage de personnes qui ont eu recours à des médicaments ambulatoires et délivrés en officine publique, à raison de moins de 180 DDD par an ;
- 2) pourcentage de personnes qui ont eu recours à des médicaments ambulatoires et délivrés en officine publique, à raison de 180 DDD et plus par an.

1.3. Limites de cette étude

Une première limite est que seules les données des membres MC ont été analysées dans le cadre de cette étude. Bien que la MC détienne une part de marché de 40,1% de la population totale et de 46,3% des plus de 65 ans (INAMI, données 2022¹⁰), le profil des membres MC ne correspond pas nécessairement à celui des autres mutualités, et les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à la population belge âgée de 65 ans et plus. Ainsi, au sein de la population des membres MC, la proportion des plus de 65 ans est légèrement supérieure à celle observée au sein de la population belge. Cette proportion a augmenté de

manière plus significative ces dernières années au sein de la population des membres MC qu'au sein de la population belge (9% contre 7%, notre propre calcul, basé sur les données Statbel). En outre, il convient de tenir compte du fait que la population des membres MC est inégalement répartie dans le pays. Selon les données de l'INAMI¹¹, pour les 65 ans et plus, au 31 décembre 2022, 76,0% des membres MC vivaient en Région flamande, 20,3% en Région wallonne et 2,5% en Région de Bruxelles-Capitale¹². Compte tenu de la part de marché limitée de la MC à Bruxelles (17,5%), les résultats concernant cette région doivent être interprétés avec prudence.

Il existe ensuite certaines limites inhérentes au fait que les données des mutualités sont avant tout des données administratives collectées dans le cadre de la gestion des membres et de la facturation des soins de santé.

- Pour certaines caractéristiques telles que la vulnérabilité ou l'état de santé, les données ne comprennent pas d'indicateurs directs concernant notamment les revenus ou le patrimoine des membres, le niveau de formation ou les données cliniques ou diagnostiques. Pour ces dernières caractéristiques, nous utilisons des variables de substitution (proxy) qui apportent des informations pertinentes sur l'indicateur que nous voulons présenter. Néanmoins, il existe un risque que cela ne permette pas d'identifier dans nos bases de données tous les membres souffrant d'une pathologie particulière, qui sont vulnérables ou atteints d'une maladie chronique en tant que tels.
- Par ailleurs, les bases de données des mutualités ne contiennent que des données sur le recours aux soins de santé par leurs membres dans la mesure où ces soins sont remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale. Elles disposent également d'informations sur une partie des soins remboursés par les systèmes régionaux de protection sociale depuis la sixième réforme de l'État (par exemple, l'admission dans une maison de repos), à l'exception de la Communauté germanophone. Les mutualités ne disposent donc pas d'informations sur les soins non remboursés tels que les médicaments de catégorie D, ou sur les diverses formes de soins et d'aide organisées par les autorités régionales auxquelles les personnes âgées peuvent faire appel (par exemple, aide-ménagère, aide familiale, ser-

10 <https://www.inami.fgov.be/fr/programmes-web/statistiques-des-affilies-aux-mutualites>

11 *Ibid.*

12 Environ 1,2% de nos membres âgés de 65 ans et plus vivent à l'étranger.

vices de transport, autres formes d'accueils collectifs tels que les *CADO* en Flandre et les Centres de jour en Wallonie, etc.). Par conséquent, l'image esquissée quant au recours aux soins de santé est partielle.

- En ce qui concerne plus particulièrement les données relatives aux médicaments, nous soulignons en outre qu'il s'agit toujours de médicaments remboursés, délivrés au nom d'une personne et pour lesquels nous partons du principe qu'ils sont utilisés par la personne en question. Nos données ne permettent cependant pas de déterminer si la personne a effectivement pris ces médicaments, pour quelle indication exacte et avec quelle posologie. Pour cette étude, seuls les médicaments ambulatoires délivrés en officine publique ont été pris en compte.

Compte tenu de la pandémie de COVID-19, les données pour les années 2020 et 2021 doivent être interprétées avec précaution. Il n'est pas exclu que la crise sanitaire ait eu un impact sur le recours à certains soins. En outre, en raison de la surmortalité, en particulier dans les groupes les plus âgés, le profil de la population des membres MC peut différer dans les années qui suivent la période de pandémie de coronavirus par rapport au profil des années précédentes, y compris en termes d'âge et de profil de santé.

Enfin, nous souhaitons également souligner que la discussion des résultats mentionne quelques différences en fonction de certains paramètres, par exemple l'âge, le sexe, la région, etc. Il s'agit d'une simple description des constatations, sans affirmation concernant la causalité.

2. Résultats : Le profil des plus de 65 ans au sein de la MC

Dans cette partie, nous présentons les résultats des analyses sur le profil des membres MC âgés de 65 ans et plus et sur leur recours aux soins (en nous limitant à certaines formes de soins). Pour chaque type de soins, nous examinons la proportion de personnes âgées qui y ont eu recours chaque année, sans autre distinction au sein de ce type de soins. Par exemple, le fait qu'une personne âgée ait pris contact avec un-e médecin généraliste ou un-e spécialiste, qu'elle ait été soignée par une infirmière à domicile, qu'elle ait été admise à l'hôpital, etc., a été examiné, mais aucune autre distinction n'a été faite, par exemple selon le type de spécialiste, le type de contact (consultation, visite à domi-

cile, etc.), le service hospitalier, etc. Nous n'avons pas non plus effectué d'analyses permettant d'identifier les différences en termes de volume d'utilisation. Ces premières analyses exploratoires n'ont pas non plus examiné le recours simultané ou non à certaines formes de soins, ni le trajet de soins d'une personne âgée au cours d'une année ou d'une année à l'autre. Enfin, cette étude se concentre sur le recours aux soins et n'a pas examiné le coût de ces soins pour la personne concernée ou pour les systèmes de protection sociale.

2.1. Profil sociodémographique

Entre 2016 et 2022, la proportion de membres MC âgés de 65 ans ou plus dans la population totale des membres est passée de 22,1% à 24,2%. Cela indique un certain vieillissement de la population des membres. Cette augmentation est constatée tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les femmes, elle passe de 24,1% en 2016 à 26,1% en 2022, et chez les hommes de 19,9% à 22,1%. Un examen plus détaillé au sein de la population globale étudiée permet d'observer principalement une tendance à la hausse de la proportion de membres MC âgés de 85 ans et plus : de 16,5% en 2019 à 17,3% en 2022. La proportion des 65-74 ans est restée stable au cours de la même période, et celle des 75-84 ans a même connu une légère tendance à la baisse, passant de 34,3% à 33,2%. Cela indique un vieillissement au sein même de la population vieillissante. En 2022, l'âge médian du groupe des membres âgés de 65 ans et plus est de 75 ans et l'âge moyen de 76 ans. Un quart d'entre eux-elles ont entre 65 et 69 ans et autant ont 82 ans ou plus. Parmi ceux et celles qui bénéficient de l'intervention majorée, l'âge médian est de 79 ans, tandis que dans le groupe de membres ne bénéficiant pas de ce statut, il est de 74 ans.

En 2016, le groupe des membres MC âgés de 65 ans et plus se composait de 44,0% d'hommes et de 56,0% de femmes. Au cours des années suivantes, la proportion d'hommes a progressivement augmenté pour atteindre 44,7%. Une analyse plus détaillée par tranche d'âge et par sexe montre qu'au sein de la population étudiée, la proportion de femmes âgées de 85 ans et plus reste stable autour de 11%, tandis que la proportion d'hommes dans cette tranche d'âge augmente de façon linéaire, passant de 5,5% en 2016 à 6,0% en 2019 et à 6,2% en 2022. En outre, au cours de la même période, la proportion de femmes âgées de 75 à 84 ans a diminué, passant de 19,4% en 2016 à 18,3% en 2022, tandis que la proportion d'hommes dans cette tranche d'âge reste stable autour de 14,5%. Cela peut être dû au fait que l'écart

d'espérance de vie entre les hommes et les femmes s'est réduit ces dernières années (Statbel, 2023a).

Il ressort de l'analyse de l'évolution de la composition de la population des membres MC par région qu'à Bruxelles, la proportion des plus de 65 ans était de 16,6% en 2016, et qu'elle est restée relativement stable jusqu'en 2022. Dans les autres régions, une légère tendance à la hausse est observée. En Flandre, la proportion est passée de 22,4% en 2016 à 24,6% en 2022, et en Wallonie de 21,8% à 24,0%. Nous avons également constaté qu'en 2022, le vieillissement était plus important dans certaines provinces que dans d'autres. En Flandre, c'est le cas des provinces de Limbourg et de Flandre occidentale, où la proportion de membres MC âgés de 65 ans et plus est d'au moins 26%, tandis qu'en Flandre orientale, elle est de 23,1%. En Wallonie, les provinces de Hainaut et de Luxembourg se distinguent avec des proportions respectives de 24,6% et 25,3%, contre 23,3% à Namur, par exemple.

2.2. Profil de santé

2.2.1. Pathologies chroniques

Par rapport à la liste des 22 pathologies reprises au tableau 1, le nombre moyen de pathologies par personne est de 1,7 (médiane=2, P75=3). Ce nombre moyen est légèrement inférieur (moyenne=1,6, médiane=1, P75=2) pour ceux et celles qui ne bénéficient pas de l'intervention ma-

jorée, tandis qu'il est supérieur pour les bénéficiaires de ce statut (moyenne=2,0, médiane=2, P75=3). On constate également un effet d'âge : le nombre moyen de pathologies est de 1,4 pour les 65-74 ans (médiane=1, P75=2), 1,9 pour les 75-84 ans (médiane=2, P75=3), 2,1 pour les 85 ans et plus (médiane=2, P75=3). Cependant, on ne constate pas de différence entre hommes et femmes.

Une façon alternative de présenter les choses est de calculer le pourcentage de personnes qui n'ont aucune des maladies faisant partie de la liste des 22 pathologies retenues ci-dessus (voir Figures 1 et 2).

- En 2022, cette proportion est de 20,8% parmi les personnes de 65 ans et plus (donc 79,2% d'entre elles ont au moins une maladie faisant partie de la liste).
- Elle est plus élevée parmi les personnes qui ne sont pas BIM (23,0%). Le fait que la proportion observée chez les BIM soit plus faible (14,5%) tend à indiquer que ces personnes sont plus souvent malades (85,5% des BIM ont au moins une pathologie faisant partie de la liste).
- Il y a également un effet d'âge : la proportion observée parmi les 65-74 ans est plus élevée (28,6%) et diminue très fortement quand on passe aux classes d'âge 75-84 ans (14,9%) et 85 ans et plus (9,9%).
- On voit peu de différences entre hommes et femmes.
- En revanche, il y a des différences régionales : le pourcentage de membres n'ayant aucune maladie faisant partie de la liste est globalement moins élevé dans les provinces de Liège (16,8%), de Hainaut (17,0%), de Namur (17,1%), de Luxembourg (18,3%) et de Limbourg

Figure 1 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus n'ayant aucune maladie parmi la liste des 22 pathologies, par sexe, âge, statut BIM et province, en 2016 et 2022 (Source : MC)

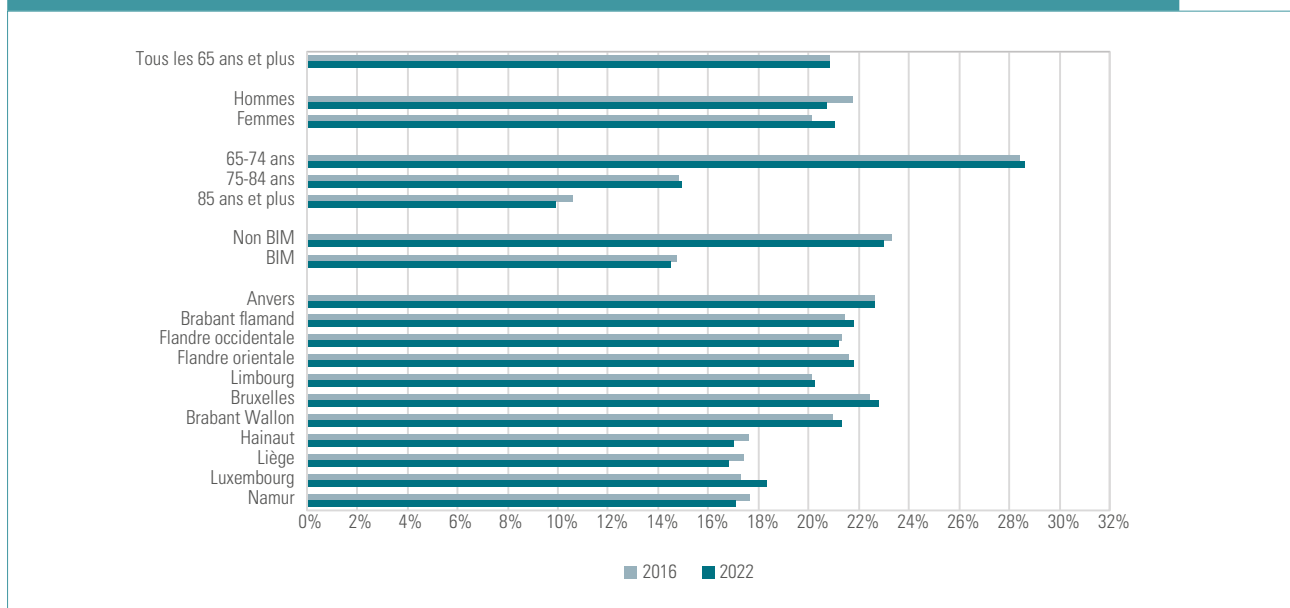


Figure 2 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus n'ayant aucune maladie parmi la liste des 22 pathologies, par âge et province, en 2022 (Source : MC)



(20,2%). C'est également vrai pour toutes les tranches d'âge.

- On notera également qu'à Bruxelles et dans la province d'Anvers, le pourcentage de membres âgés de 85 ans et plus et n'ayant aucune des maladies reprises dans la liste est plus élevé que le pourcentage observé à l'échelle du pays dans la même tranche d'âge.
- Tous ces pourcentages sont très stables au cours du temps.

Quelles sont les pathologies les plus fréquentes (voir Tableau 2) ?

- En 2022, les affections cardiovasculaires sont le problème de santé le plus fréquent parmi les personnes de 65 ans et plus. Près de 62,0% d'entre elles prennent des antihypertenseurs. Et si on ajoute les personnes qui prennent des médicaments de la classe C01 (thérapies cardiaques), alors ce pourcentage s'élève à 68,4%.
- Les problèmes de thrombose sont également très présents : un peu plus de 41,2% des personnes âgées de 65 ans et plus prennent des médicaments antithrombotiques.
- Ensuite, on trouve les pathologies suivantes, par ordre de fréquence : le diabète, des pathologies mentales (comme la dépression, la psychose, des troubles anxieux), la BPCO, les affections de la thyroïde, le cancer.

Avec quels facteurs varie la fréquence des pathologies ?

- La fréquence est toujours plus élevée pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, sauf pour le cancer. Ceci tend à indiquer un état de santé plus dégradé pour ceux et celles qui bénéficient de ce statut social.
- Pour certaines pathologies, la fréquence observée est plus élevée pour les femmes : c'est le cas pour les pathologies mentales (dépression, psychose, troubles anxieux), les affections de la thyroïde. À l'inverse, la fréquence est plus élevée chez les hommes pour les problèmes de thrombose, le diabète, la BPCO, le cancer.
- On observe également un effet d'âge pour certaines pathologies. Ainsi la fréquence de personnes souffrant d'affections cardiovasculaires, de problèmes de thrombose, de problèmes de santé mentale (dépression, psychose, troubles anxieux) augmente avec l'âge.

Est-ce que la fréquence varie au cours du temps ?

- Globalement, toutes les personnes de 65 ans et plus étant considérées ensemble, les fréquences sont relativement stables de 2016 à 2022.
- On note toutefois une fréquence en augmentation pour le diabète (16,4% en 2016, 18,0% en 2022) et la BPCO (8,6% en 2016, 9,8% en 2022).
- En revanche, la fréquence de personnes soignées pour des affections cardiovasculaires en recourant aux médicaments de la classe C01 (thérapies cardiaques) est en diminution : de 9,3% en 2016 à 6,4% en 2022.

Tableau 2 : Pathologies les plus fréquentes chez les membres MC âgés de 65 ans et plus, selon le statut BIM, le sexe et l'âge, en 2022 (Source : MC)

Pathologie	Tous les 65 ans et plus	BIM		Sexe		Classes d'âge		
		Sans	Avec	Hommes	Femmes	65-74	75-84	85 et plus
1 Affections cardiovasculaire – antihypertenseurs	62,0%	59,8%	68,5%	62,2%	61,9%	52,7%	68,9%	75,6%
3 Thrombose - Antithrombotiques	41,2%	38,7%	48,4%	47,3%	36,2%	29,5%	49,0%	59,5%
7 Diabète	18,0%	16,6%	22,0%	20,7%	15,8%	16,5%	20,4%	17,6%
11 Dépression, psychose, troubles anxieux	13,2%	11,5%	18,2%	8,9%	16,6%	11,6%	13,6%	17,0%
4 BPCO	9,8%	8,8%	12,5%	11,0%	8,8%	9,2%	10,3%	10,3%
20 Affections de la thyroïde	9,2%	8,9%	10,3%	4,0%	13,4%	8,9%	9,7%	9,2%
2 Affections cardiovasculaire – thérapies cardiaques	6,4%	5,8%	8,4%	6,9%	6,0%	3,6%	7,9%	11,8%
22 Cancer	4,4%	4,4%	4,3%	5,5%	3,5%	3,9%	5,3%	4,0%

2.2.2. Soins palliatifs

Dans l'ensemble, la proportion de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant recours aux soins palliatifs reste relativement faible. La tendance de cette proportion est légèrement à la hausse, passant de 1,1% en 2016 à 1,5% en 2022 (voir Figure 3).

Nous constatons des différences en fonction de certains paramètres.

- Sur l'ensemble de la période étudiée, cette proportion est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (1,6% contre 1,3% en 2022).

- Il y a clairement un effet d'âge. Alors que dans le groupe des 65-74 ans, la proportion en 2022 est d'à peine 0,7%, elle est de 3,7% dans le groupe des 85 ans et plus. L'augmentation globale de la proportion de personnes recourant aux soins palliatifs est également presque entièrement imputable à ce groupe de personnes les plus âgées (voir Figure 3), ce qui peut s'expliquer par le fait que l'état de santé se dégrade avec l'âge.
- Par région, on constate que la proportion de personnes ayant recours aux soins palliatifs à Bruxelles est légèrement inférieure à celle des autres régions (en 2022, 1,2% à Bruxelles contre 1,5% en Flandre et 1,4% en Wallonie).
- Par ailleurs, il existe également une différence frappante

Figure 3 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant recours à des soins palliatifs, par âge et statut BIM, en 2016 et 2022 (Source : MC)

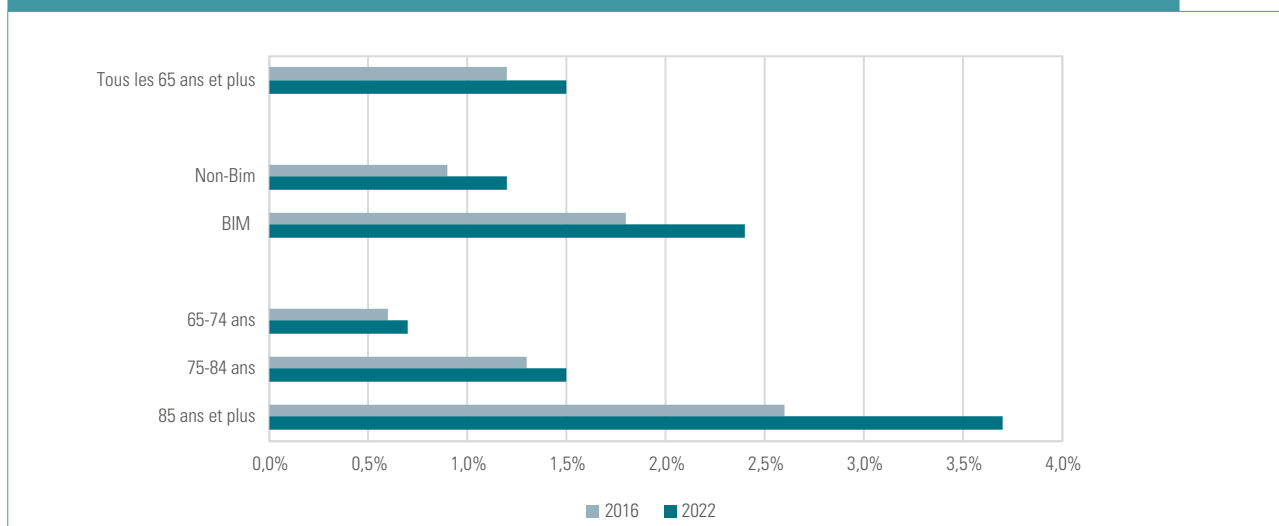
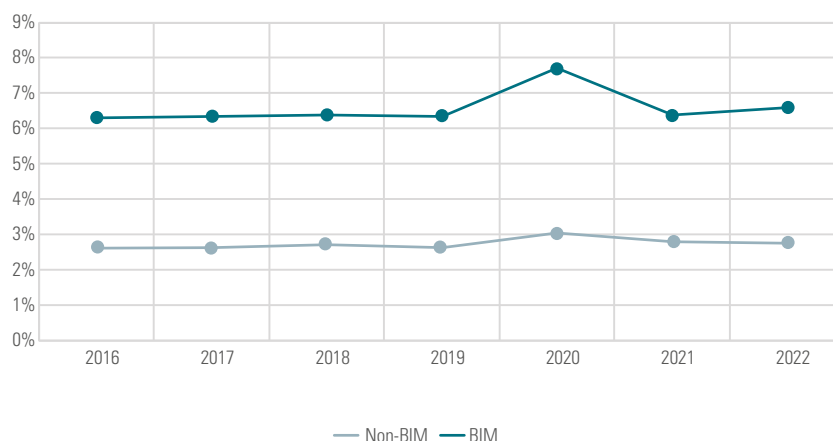


Figure 4 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus décédés selon le statut BIM, de 2016 à 2022 (Source : MC)



dans le recours aux soins palliatifs en fonction du statut social, la proportion observée parmi les membres MC âgés de 65 ans et plus bénéficiant de l'intervention majorée étant deux fois plus élevée que celle des personnes ne bénéficiant pas de ce statut.

pas de l'intervention majorée (voir Figure 4). Parmi les non BIM, la proportion de décès est de l'ordre de 2,6% à 2,8% (sauf l'année 2020). En revanche, la proportion de décès chez les BIM est de l'ordre de 6,3% à 6,6% (en excluant l'année 2020), soit plus du double que celle des non BIM.

2.2.3. Décès

Globalement, la proportion de décès au cours de l'année, parmi notre population d'étude, est de l'ordre de 3,7%. Cela dit, au cours du temps, ce pourcentage connaît un pic en 2020 : cette année-là, le pourcentage de décès est plus élevé (4,3%), cette augmentation étant due à la pandémie de coronavirus.

La proportion de décès varie selon divers facteurs.

- Comme on peut s'y attendre, la proportion de décès est croissante avec l'âge : elle est de l'ordre de 1,2% pour les 65-74 ans, de 3,2% à 3,4% pour les 75-84 ans, de 11,5% à 12% pour les 85 ans et plus. Pour cette dernière tranche d'âge, on remarque particulièrement l'impact de la pandémie de coronavirus : le pourcentage de décédés augmente de 17% par rapport à la moyenne des pourcentages observés les années précédentes.
- La proportion de décès est un peu plus faible chez les femmes que chez les hommes. Ceci reflète le fait que l'espérance de vie à 65 ans est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.
- La proportion de décès est plus faible en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles.
- Plus frappante est la différence observée dans les proportions de décès selon que les personnes bénéficient ou

2.2.4. Vulnérabilité

Bénéficiaire de l'intervention majorée

Examinons d'abord le pourcentage de membres âgés de 65 ans et plus qui bénéficient de l'intervention majorée (voir Figure 5).

- Globalement, sur la période 2016 à 2022, ce pourcentage est en baisse (de 29,0% à 25,3%). Comme on a pu le constater dans une autre étude de la MC, le statut BIM connaît un 'rajeunissement' : les 'jeunes' sont de plus en plus à risque d'être BIM, tandis que ce risque tend à diminuer pour les personnes plus âgées (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023).
- Les femmes sont plus souvent BIM (2022 : 29,7%) que les hommes (2022 : 19,9%).
- Au sein des 65 ans et plus, il y a aussi un effet d'âge : en 2022, 45,4% des 85 ans et plus sont BIM, tandis que ce pourcentage est plus faible chez les 75-84 ans (26,4%) et les 65-74 ans (17,5%).
- Il y a également des variations géographiques. Pour toutes les provinces, le pourcentage de BIM est en diminution de 2016 à 2022, mais pas à Bruxelles où il est en augmentation (de 30,5% à 32,5%). En 2022, les pourcentages les plus faibles sont observés dans le Brabant wallon (17,1%) et le Brabant flamand (19,2%). C'est à Bruxelles (32,5%) et en Flandre occidentale

Figure 5 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus et bénéficiaires de l'intervention majorée, par sexe, âge et province, en 2016 et 2022 (Source : MC)

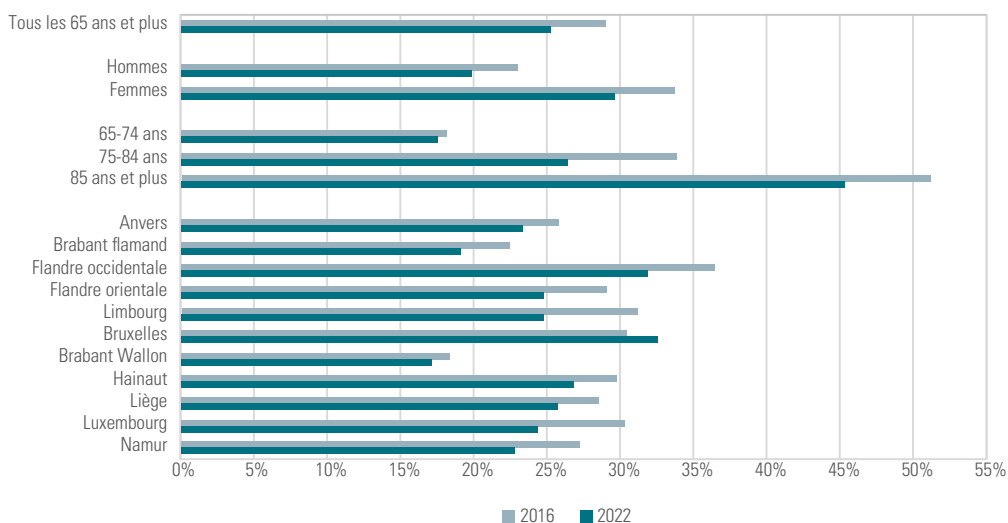
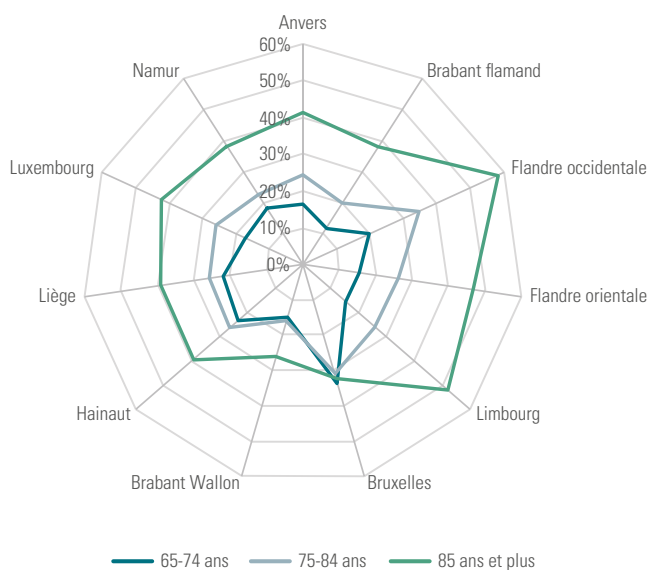


Figure 6 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus et bénéficiaires de l'intervention majorée, par âge et province, en 2022 (Source : MC)



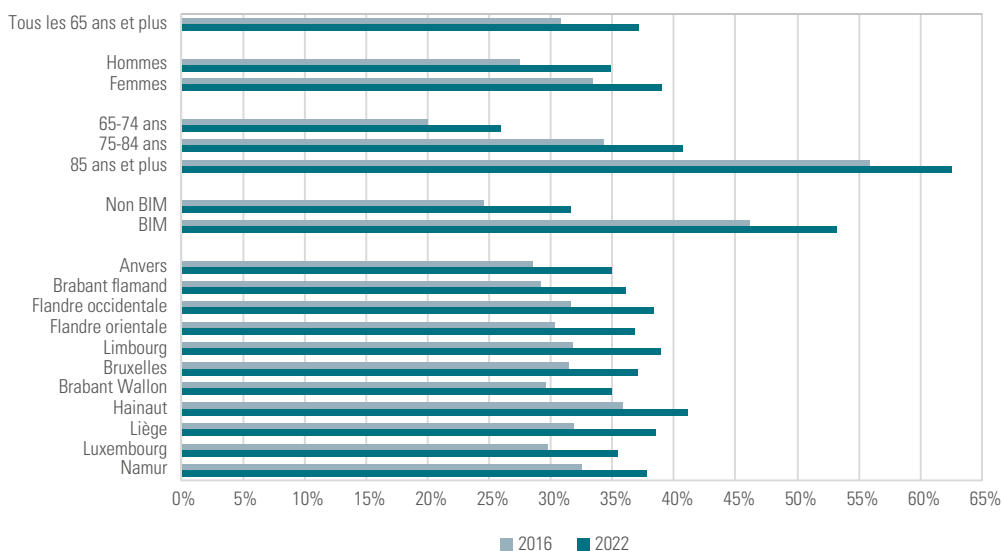
(31,9%) qu'on observe les pourcentages les plus élevés. Quand on combine les trois tranches d'âge et la province de résidence des membres (voir Figure 6), on constate que la Flandre occidentale et Bruxelles ont des profils atypiques. En Flandre occidentale, le pourcentage de BIM est supérieur dans toutes les tranches d'âge (par rapport aux moyennes nationales calculées par tranche d'âge). À Bruxelles, cependant, le pourcentage observé est plus faible pour les 85 ans et plus (par rapport à la moyenne nationale pour la même tranche d'âge).

Bénéficiaire du statut affection chronique

La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui bénéficient du statut affection chronique est, globalement, en augmentation : de 30,8% en 2016 à 37,1% en 2022 (voir Figure 7). Si on regarde plus avant les pourcentages observés en 2022, on constate les tendances suivantes.

- Les femmes sont plus souvent bénéficiaires du statut affection chronique que les hommes (39,0% versus 34,9%).
- Les personnes BIM sont plus nombreuses à bénéficier du statut affection chronique que les personnes non

Figure 7 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus et bénéficiaires du statut affection chronique, par sexe, âge, statut BIM et province, en 2016 et 2022 (Source : MC)



BIM (53,1% versus 31,7%).

- Les personnes faisant partie de la tranche d'âge 85 ans et plus sont majoritairement bénéficiaires du statut affection chronique (62,5%). En revanche, les pourcentages observés parmi les personnes faisant partie des tranches d'âge 75-84 ans et 65-74 ans sont plus faibles, respectivement 40,7% et 25,9%.
- Selon les provinces, le pourcentage de personnes bénéficiant du statut affection chronique est plus élevé dans le Hainaut (41,1%), le Limbourg (38,9%). Il est moins élevé dans le Brabant wallon (35,0%) et le Luxembourg (35,3%). C'est également le cas pour les trois tranches d'âge.

Ménage d'une personne

Globalement, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules (donc formant un ménage uni-personnel) est de l'ordre de 32%. Ce pourcentage est très stable de 2016 à 2022 (voir Figure 8). En guise de comparaison : la Belgique compte au 1^{er} janvier 2023 près de 1,84 million de ménages d'une personne (Statbel, 2023b). Si on rapporte ce nombre à celui de la population belge (11,58 millions), la proportion de personnes vivant seules est de l'ordre de 16%. Une personne âgée de 65 ans et plus a donc deux fois plus de risque de vivre seule (en comparaison avec la population générale).

Figure 8 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus vivant seuls, par sexe, âge, statut BIM et province, en 2016 et 2022 (Source : MC)

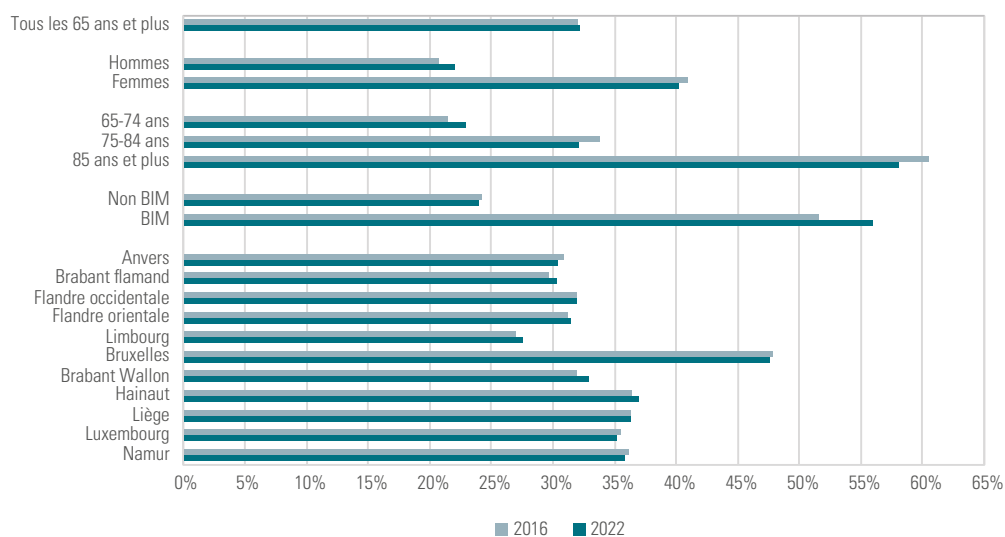
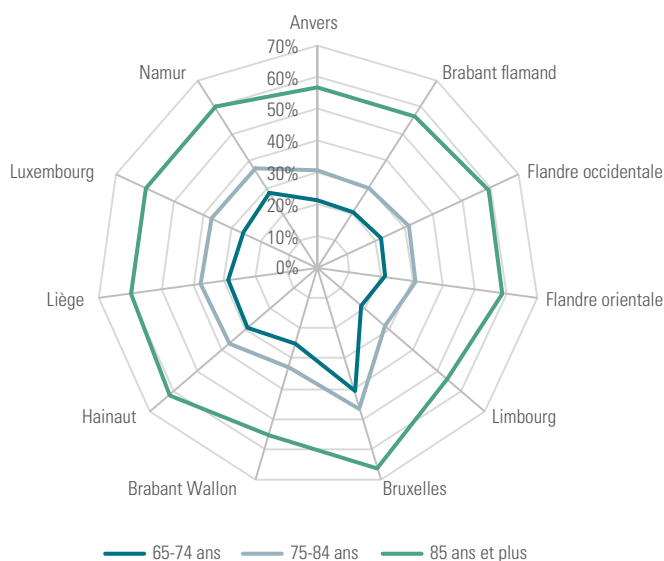


Figure 9 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus vivant seuls, par âge et province, en 2022 (Source : MC)



Examinons les pourcentages observés en 2022 pour nos membres âgés de 65 ans et plus (voir Figure 8).

- On remarque un effet d'âge : le pourcentage de personnes seules est nettement plus élevé chez les 85 ans et plus (58,1%), que chez les 75-84 ans (32,0%), les 65-74 ans (23,0%).
- La proportion de femmes vivant seules est plus importante (40,2%) que celle observée chez les hommes (22,0%).
- On trouve bien davantage des personnes seules parmi les BIM (55,9%), en comparaison avec les non BIM (24,0%).
- Il y a également des variations géographiques : la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent seules est nettement plus élevée à Bruxelles (47,6%) que dans toutes les autres provinces. Les provinces où cette proportion est plus élevée que la moyenne nationale sont : Hainaut (36,9%), Liège (36,3%), Namur (35,8%) et Luxembourg (35,2%). Les provinces où la proportion de personnes vivant seules est moins élevée que la moyenne nationale sont : Limbourg (27,5%), Anvers (30,4%) et le Brabant flamand (30,2%). Quand on combine les trois tranches d'âge avec les provinces (voir Figure 9), on remarque que les proportions observées à Bruxelles sont plus élevées que partout ailleurs pour les trois tranches d'âge. Même chose pour la province de Limbourg : les proportions observées y sont plus faibles que partout ailleurs pour les trois tranches d'âge.

2.3. Utilisation des soins de santé

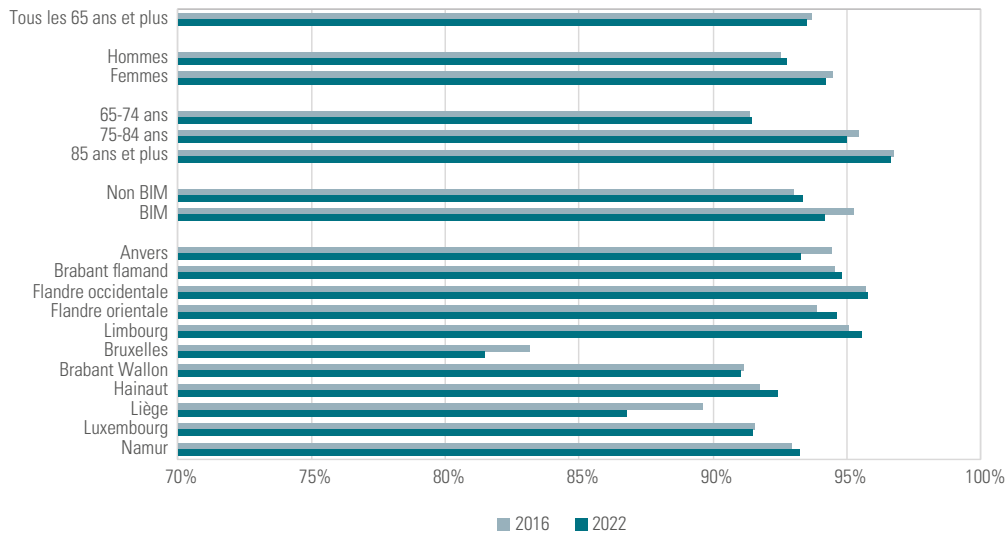
2.3.1. Soins de première ligne

Médecins généralistes

Près de 93,7% des plus de 65 ans ont eu au moins un contact (consultation, visite ou avis) avec un-e médecin généraliste en 2016. Au fil des années, cette proportion est restée stable avec une proportion de 93,5% en 2022. Des différences peuvent cependant être observées entre les groupes de personnes. On constate par exemple que les hommes âgés de 65 à 74 ans ayant le statut BIM ont eu moins de contacts avec un-e médecin généraliste dans la région de Bruxelles. Pour les années 2016 à 2022, moins de 70% (variation 67,1% - 69,8%) de ces hommes ont eu au moins un contact annuel avec un-e médecin généraliste. En revanche, en Flandre, les hommes et les femmes âgés de 85 ans et plus ayant le statut BIM ont presque tous (>98%) eu au moins un contact avec un-e médecin généraliste au cours de la même période.

- Il existe des différences entre les régions. En 2022, 81,5% des membres MC de Bruxelles âgés de 65 ans et plus, 90,7% des membres wallons et 94,7% des membres flamands ont pris au moins une fois contact avec un-e médecin généraliste. Ces différences peuvent également être observées au niveau provincial (voir Figure 10) : à Liège, 86,8% des personnes concernées ont eu au moins un contact avec un-e médecin généraliste en 2022, tandis que dans la province de Limbourg et en Flandre occiden-

Figure 10 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant pris contact au moins une fois avec un-e médecin généraliste, par sexe, âge, statut BIM et province, en 2016 et 2022 Source : MC)



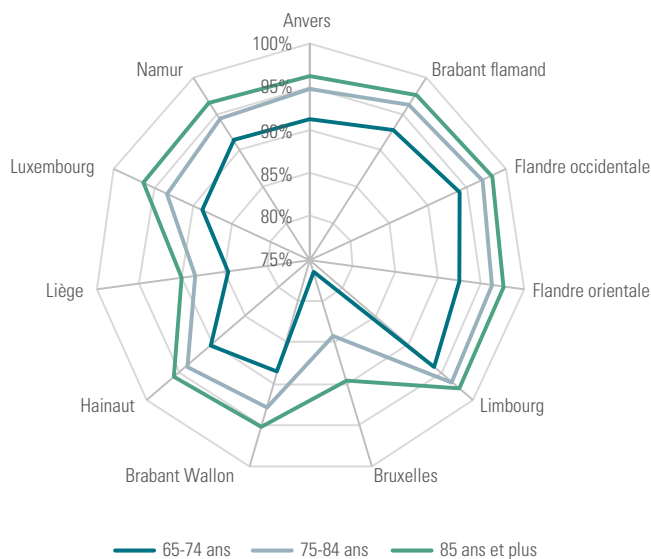
...tale, ce chiffre est respectivement de 95,5% et de 95,8%.

- Ici également, l'âge joue un rôle important : 91,4% des 65-74 ans ont pris contact au moins une fois avec un-e médecin généraliste en 2022, contre 95,0% et 96,6% respectivement pour les 75-84 ans et les plus de 85 ans.
- Il existe une légère différence selon le sexe : 94,2% des femmes ont pris contact au moins une fois avec un-e médecin généraliste en 2022, contre 92,7% pour les hommes. À Bruxelles, cette différence était légèrement plus importante : 83,9% contre 78,4%.

- Aucune différence selon le statut BIM n'a été constatée.

Lorsque nous combinons les trois tranches d'âge avec les provinces, nous observons des résultats différents, en particulier pour Bruxelles et la province de Liège, concernant le pourcentage de membres MC qui contactent un-e médecin généraliste en 2022 (voir Figure 11).

Figure 11 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant pris contact au moins une fois avec un-e médecin généraliste, par province et par âge, en 2022 (Source : MC)



Spécialistes en ambulatoire

Outre les contacts avec le-la médecin généraliste, les personnes âgées ont également des contacts (consultation, visite ou avis) avec des spécialistes. Les cinq spécialistes les plus consultés par les personnes âgées sont les ophtalmologues, les cardiologues, les orthopédistes, les dermatologues et les spécialistes en médecine interne. Ce palmarès de spécialistes représente 53,7% de tous les contacts avec des spécialistes en ambulatoire en 2022.

À l'exception de l'année 2020, en raison de la pandémie de coronavirus, la proportion de membres MC ayant eu au moins un contact ambulatoire avec un-e spécialiste au cours d'une année civile a légèrement augmenté, passant de 75,9% à 77,9% entre 2016 et 2022. Toutefois, cette augmentation minime cache de grandes différences entre les groupes de personnes au cours de cette période. En 2017, 54,6% des femmes âgées de plus de 85 ans et ayant le statut BIM vivant en Flandre orientale ont eu au moins un contact ambulatoire avec un-e spécialiste. En revanche, en 2022, 86,6% des hommes âgés de 75 à 84 ans sans statut BIM vivant dans le Brabant wallon ont pris contact au moins une fois avec un-e spécialiste.

- En 2022, il n'existe pratiquement pas de différences entre les régions : 76,7% des membres MC de Bruxelles ont été en contact au moins une fois avec un-e spécialiste (voir Figure 12). Pour la Flandre, le pourcentage est de 77,7% et pour la Wallonie de 78,8%. Il existe des différences entre les provinces d'une même région. Par exemple, 76,3% des membres MC de Flandre orientale ont été

en contact une fois avec un-e spécialiste, contre 80,0% dans la province de Limbourg.

- Le statut social des personnes âgées joue également un rôle : 79,6% des personnes n'ayant pas le statut BIM ont eu au moins un contact, contre 72,9% des personnes disposant du statut BIM.
- L'âge du-de la patient-e est également important : 78,7% des membres MC âgés de 65 à 74 ans et 82,0% de ceux et celles âgé-es de 75 à 84 ans ont été en contact avec un-e spécialiste. Au-delà de 85 ans, cette proportion tombe à 67,9%.
- Il n'existe pratiquement pas de différences entre les hommes et les femmes.

La combinaison des provinces avec les trois tranches d'âge révèle qu'en Flandre occidentale et orientale et dans le Brabant flamand en particulier, les membres MC âgés de 85 ans et plus sont moins susceptibles de fréquenter un-e spécialiste (voir Figure 13).

Plus une personne est âgée, plus la probabilité qu'elle décède au cours de l'année civile est élevée. Par conséquent, pour 2022, nous avons cherché à savoir si la proportion plus limitée de personnes âgées de plus de 85 ans ayant eu un contact ambulatoire avec un-e spécialiste pouvait s'expliquer par le nombre plus élevé de décès dans cette tranche d'âge. Cela semble être le cas. Parmi les personnes âgées de plus de 85 ans, en vie au 31 décembre 2022, 73,1% ont été en contact avec un-e spécialiste. Dans l'ensemble du groupe de membres MC âgés de 85 ans et plus en 2022, le pourcentage est de 67,9%.

Figure 12 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant eu au moins un contact avec un-e spécialiste, par sexe, âge, statut BIM et province, en 2016 et 2022 (Source : MC)

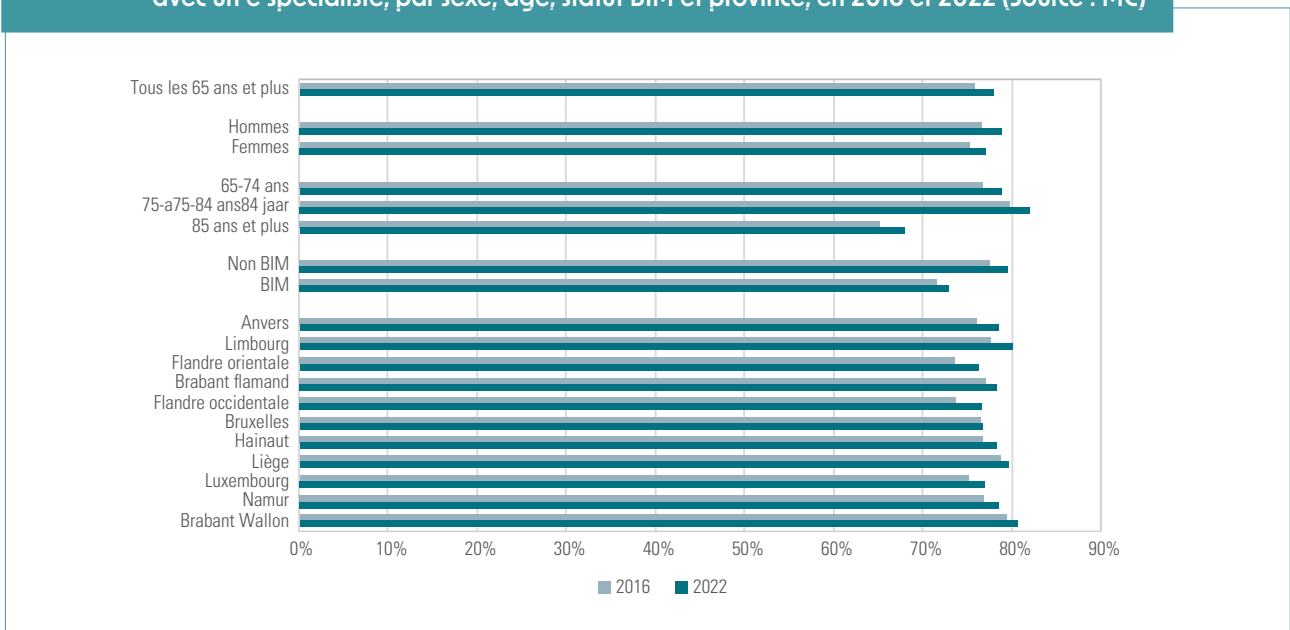
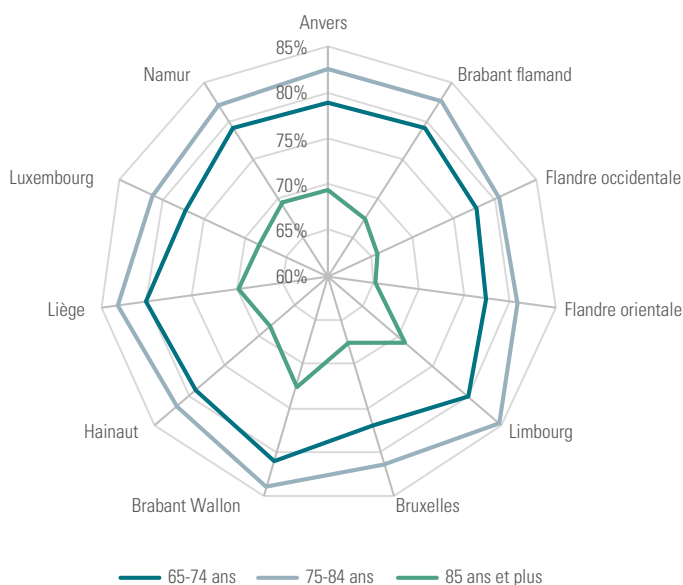


Figure 13 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant eu au moins un contact avec un-e spécialiste, par province et par âge, en 2022 (Source : MC)

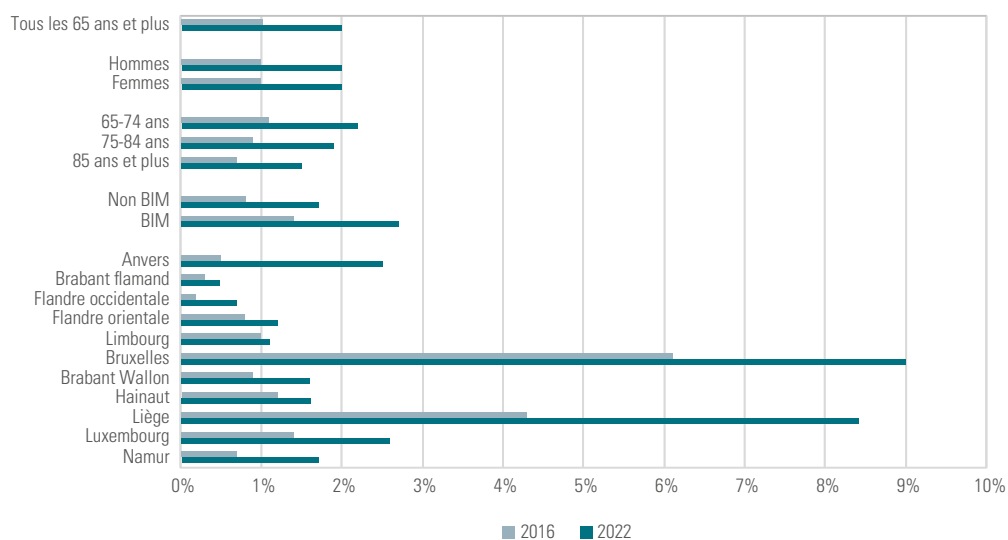


Au niveau provincial, une légère évolution est visible : la Flandre occidentale et la Flandre orientale restent les provinces où le pourcentage de personnes ayant pris contact avec un-e spécialiste est le plus faible. Ces provinces ne sont plus suivies par le Brabant flamand, mais par la province de Luxembourg si l'on ne tient compte que des personnes de plus de 85 ans encore en vie à la fin de l'année 2022.

Maisons médicales

La proportion de membres MC âgés de 65 ans et plus inscrits dans une maison médicale reste assez limitée, bien qu'elle ait doublé en six ans (de 1,0% en 2016 à 2,0% en 2022, voir Figure 14). Derrière ces faibles pourcentages se cachent de grandes différences selon les régions. En 2022, 1,3% des membres MC flamands sont inscrits dans une maison médicale, 3,7% des membres MC wallons et 9,0%

Figure 14 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus inscrits dans une maison médicale, par sexe, âge, statut BIM et province, en 2016 et en 2022 (Source : MC)



des membres MC bruxellois. Au niveau provincial, c'est à Liège (8,4%) et à Bruxelles (9,0%) que les maisons médicales sont les plus développées. Dans toutes les autres provinces, un maximum de 2,6% des membres MC sont inscrits dans une maison médicale.

Soins infirmiers à domicile

Entre 2016 et 2022, on observe chez les membres MC une légère tendance à la baisse du recours aux soins infirmiers à domicile : de 22,3% en 2016 à 21,0% en 2022.

- Il est à noter qu'il existe de grandes différences selon les régions tout au long de la période étudiée. Respectivement 20,6% et 21,4% des membres MC wallons et flamands ont reçu des soins infirmiers à domicile en 2022. À Bruxelles, la proportion est deux fois moins élevée

avec 11,4%. Dans le Brabant wallon également, seul un faible pourcentage (15,8%) de résident-es a eu recours aux soins infirmiers à domicile. Le Limbourg et le Hainaut remportent la palme avec 25,6% et 26,5% (voir Figure 15).

- L'âge et le sexe jouent ici encore un rôle dans le recours aux soins infirmiers à domicile : 18,7% des hommes y ont recours en 2022, contre 22,8% des femmes.
- La tranche d'âge la plus jeune de notre étude (65-74 ans) est celle qui a le moins fait appel aux soins infirmiers à domicile (11,8%), suivie par la tranche des 75-84 ans (24,1%). Parmi les membres MC de 85 ans et plus, plus de quatre sur dix (41,0%) ont fait appel aux soins infirmiers à domicile.
- Enfin, le statut BIM joue également un rôle important. Presque deux fois plus de personnes ayant le statut BIM

Figure 15 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant bénéficié au moins une fois de soins infirmiers à domicile, par sexe, âge, statut BIM et province, en 2016 et 2022 (Source : MC)

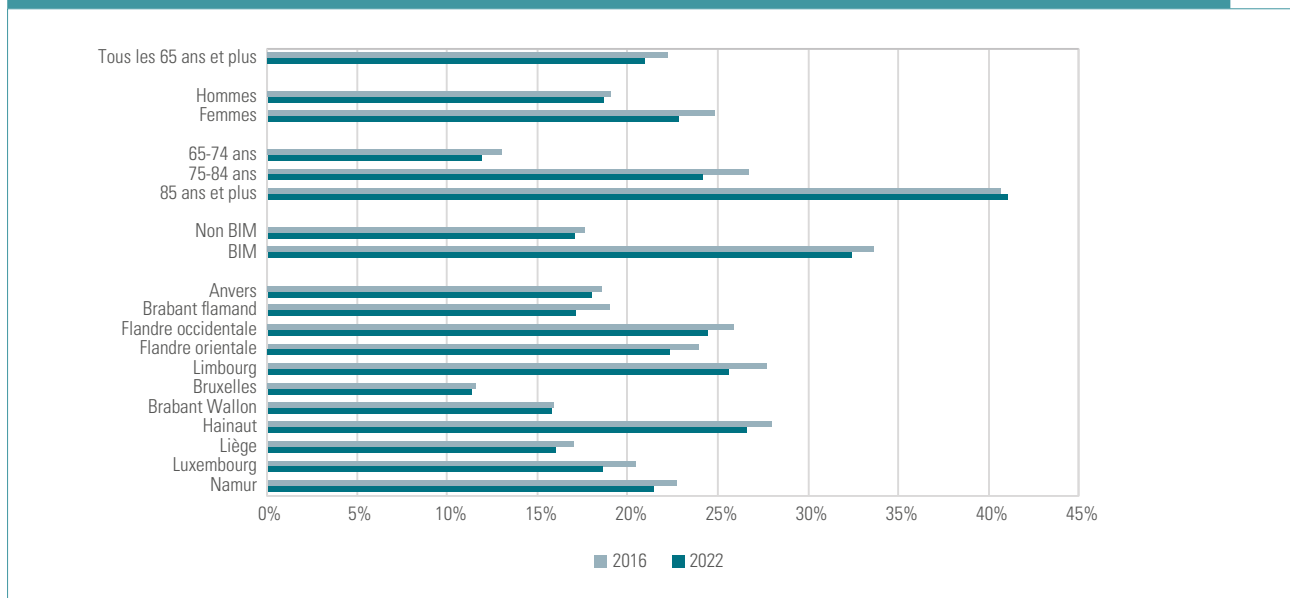
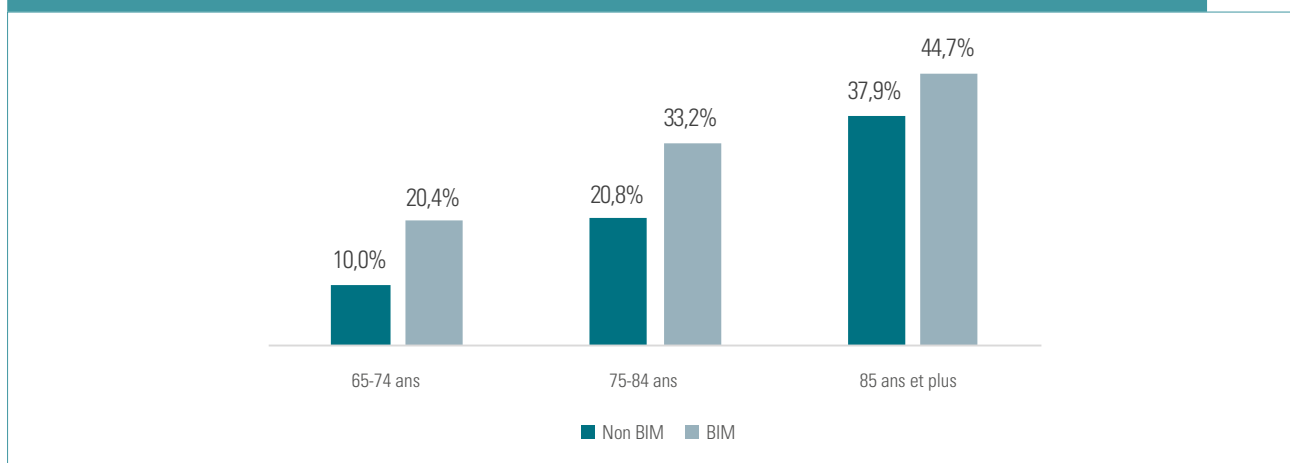


Figure 16 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant bénéficié au moins une fois de soins infirmiers à domicile, par âge et par statut BIM, en 2022 (Source : MC)



(32,4%) ont eu recours aux soins infirmiers à domicile en 2022 par rapport aux personnes ne bénéficiant pas ce statut (17,1%). Cette différence diminue en fonction de la tranche d'âge (voir Figure 16).

2.3.2. Médicaments ambulatoires

Les pourcentages observés étant stables au cours du temps, on présente les résultats pour l'année 2022. L'immense majorité des personnes âgées de 65 ans et plus ont bien recours à l'un ou l'autre médicament ambulatoire. De fait, le non-recours est marginal : à peine 4,4% des personnes de 65 ans plus. Ce pourcentage est un peu plus élevé chez les 65-74 ans (6,3%), chez les hommes (5,0%), chez les personnes ne bénéficiant pas de l'intervention majorée (4,6%), à Bruxelles (7,2%), au Limbourg (5,5%), dans le Brabant wallon (5,3%), la province d'Anvers (5,0%).

Par rapport au volume de médicaments estimé en DDD, près de 85,8% des personnes âgées de 65 ans et plus ont eu recours à au moins 180 DDD au cours de l'année (voir Figure 17). Ce pourcentage est plus élevé dans les tranches d'âge 75-84 ans (90,3%) et 85 ans et plus (92,8%), chez les bénéficiaires de l'intervention majorée (89,8%), chez les femmes (86,5%), dans les provinces suivantes : Hainaut (87,9%), Liège (87,3%), Namur (87,2%) et Limbourg (87,4%). En revanche, à Bruxelles, ce pourcentage est plus faible (81,5%), de même que chez les personnes qui ne bénéficient pas de l'intervention majorée (84,5%).

2.3.3. Soins hospitaliers

Contact avec le service des urgences d'un hôpital

Depuis 2016 (sauf en 2020 et 2021, en raison de la pandémie de coronavirus), une légère tendance à la hausse du pourcentage de personnes ayant recours aux services des urgences des hôpitaux est observée. En 2016, 18,6% des membres MC âgés de 65 ans et plus se sont rendus au moins une fois au service des urgences ; en 2022, ce pourcentage s'élève à 20,2% (voir Figure 18).

- Le pourcentage de personnes se présentant aux urgences dépend du lieu de résidence des membres MC : en 2022, on observe le pourcentage le plus faible dans les provinces flamandes avec une variation entre 18,7% et 20,2% (le total pour la Flandre est de 19,6%), suivies par les provinces wallonnes avec une variation entre 20,3% et 22,5% (le total pour la Wallonie est de 22,0%) puis par Bruxelles avec 23,5%. Toutefois, la proportion la plus élevée de personnes ayant eu recours à un service des urgences se trouve dans la province de Hainaut, avec 24,1%.
- Il existe également une différence importante en fonction du statut social des membres MC. Comparé aux personnes sans statut BIM, celles bénéficiant de ce statut sont plus nombreuses à se rendre aux urgences (18,1% contre 26,4%).
- Cependant, le paramètre le plus significatif est l'âge : 14,8% des personnes âgées de 65 à 74 ans ont eu recours aux urgences hospitalières en 2022. Pour les 75-84 ans, cette proportion grimpe à 21,7%, tandis que près

Figure 17 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant eu recours aux médicaments ambulatoires, par sexe, âge, statut BIM et province, en 2022 (Source : MC)

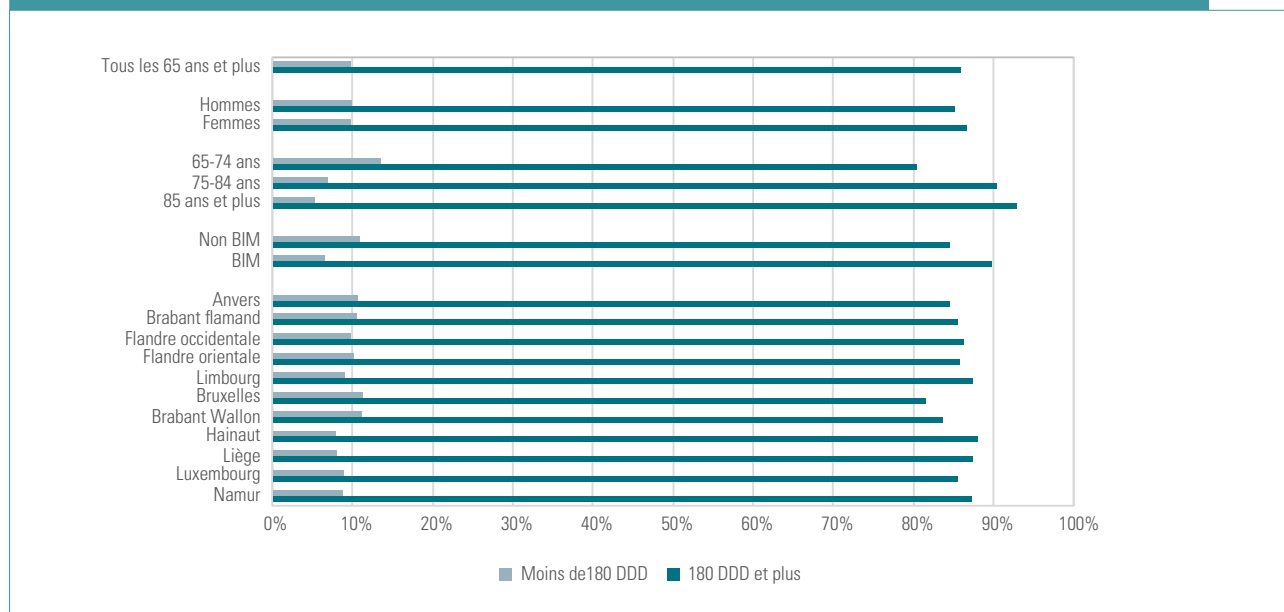
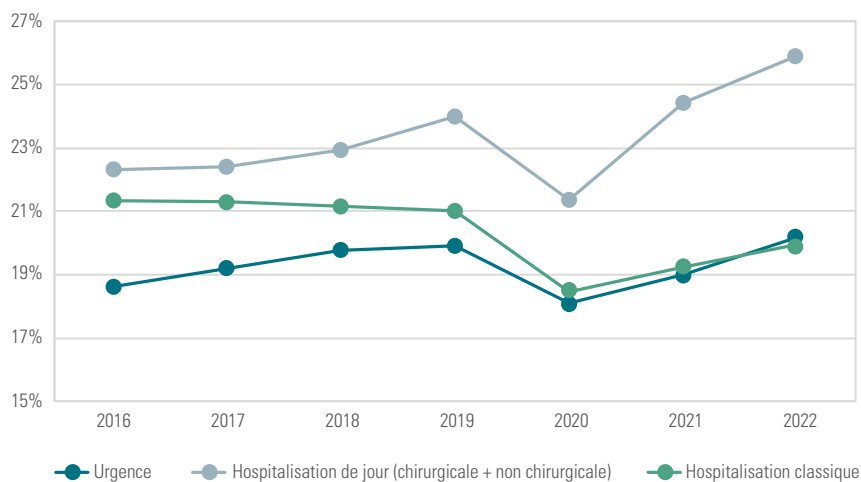


Figure 18 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant été en contact au moins une fois avec les urgences, ayant bénéficié d'au moins une hospitalisation de jour (chirurgicale + non chirurgicale) ou d'au moins une admission classique, 2016-2022 (Source : MC)



d'une personne sur trois parmi les plus de 85 ans (32,6%) s'est rendue aux urgences.

Admission classique

Entre 2016 et 2022, le pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus hospitalisés pendant au moins une nuit a légèrement diminué chaque année. En 2020 et 2021 (en raison de la pandémie de coronavirus), une diminution plus importante est visible. L'année 2022 suit à nouveau la tendance observée avant la pandémie (voir Figure 18). En 2016, 21,3% des membres MC ont été hospitalisés ; en 2022, le pourcentage est de 20,0%.

- Il n'existe pratiquement pas de différences entre les régions en 2022. Les différences sont également minimales au niveau provincial (voir Figure 19).
- Les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes à avoir été admis à l'hôpital : 21,2% contre 19,0% en 2022.
- Les paramètres présentant les plus grandes différences sont le statut BIM et la tranche d'âge (voir Figure 20). Près de 18,1% des membres MC ne bénéficiant pas de l'intervention majorée sont hospitalisés en 2022, contre 25,5% pour ceux et celles qui en bénéficient.
- Le pourcentage de membres MC ayant été admis au

Figure 19 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant été admis à l'hôpital (au moins une admission classique), par sexe, âge, statut BIM et province, en 2016 et 2022 (Source : MC)

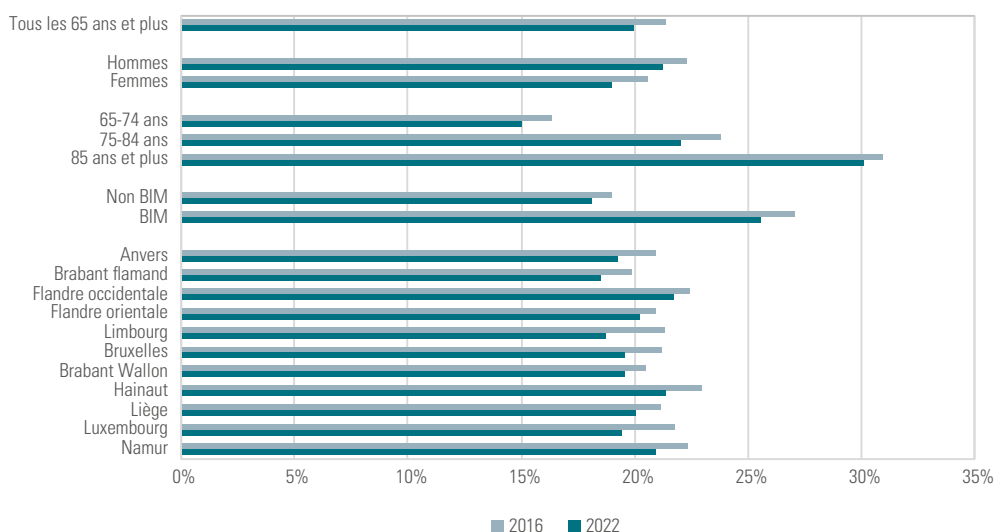
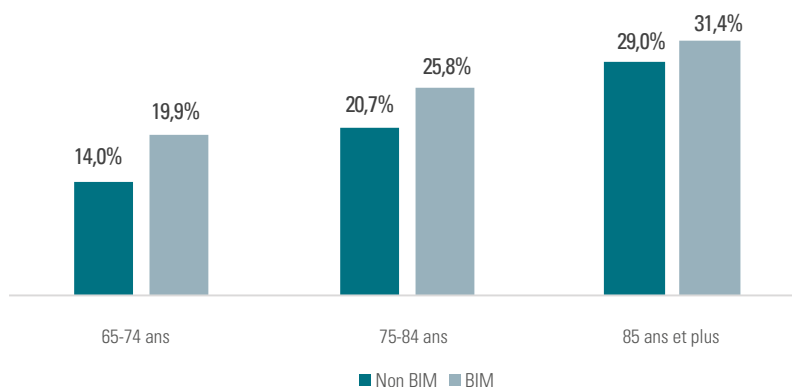


Figure 20 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant été admis à l'hôpital (au moins une admission classique), par âge et par statut BIM, en 2022 (Source : MC)



moins une fois augmente avec l'âge : 15,0% chez les 65-74 ans, 22,1% chez les 75-84 ans et 30,1% chez les 85 ans et plus.

Hôpital de jour (chirurgical et non chirurgical)

À l'exception de 2020 (pandémie de coronavirus), entre 2016 et 2022, le pourcentage de personnes ayant été admises à l'hôpital de jour augmente légèrement d'une année sur l'autre (voir Figure 18). Cette augmentation peut être entièrement attribuée à l'hôpital de jour non chirurgical. Il est possible que la tendance à la hausse de l'admission en hôpital de jour explique la tendance à la baisse du nombre d'hospitalisations classiques.

2.3.4. Soins résidentiels et semi-résidentiels pour personnes âgées¹³

Séjour en centre de soins de jour (CSJ)

En 2022, 0,5% des membres MC âgés de 65 ans et plus se sont rendus dans un CSJ pendant au moins une journée. Cette proportion est restée pratiquement inchangée depuis 2016. Aucune différence n'a été identifiée en fonction du sexe, mais d'autres ont été constatées en fonction de la région et du statut social. En Flandre, par exemple, 0,5% des personnes âgées de plus de 65 ans ont fait appel à un CSJ en 2022, tandis qu'en Wallonie et à Bruxelles, ce pour-

centage était respectivement de 0,2% et de 0,1%. En outre, la proportion parmi les personnes de plus de 65 ans ayant le statut BIM est de 0,8%, alors qu'elle est de 0,3% pour ceux et celles qui ne bénéficient pas de ce statut. Ce résultat est fortement influencé par les chiffres de la Flandre, où la proportion est respectivement de 1% et de 0,4%. Dans les autres régions, il existe peu, voire aucune différence entre les deux groupes.

Nous constatons que les différences les plus importantes se présentent selon l'âge. Alors que dans la tranche d'âge des 65-74 ans, la proportion est d'à peine 0,1%, parmi les membres MC âgés de 85 ans et plus, elle est de 1,1%. Cette augmentation en fonction de l'âge est entièrement due aux chiffres de la Flandre. En Wallonie et à Bruxelles, l'augmentation en fonction de l'âge est beaucoup moins marquée.

Séjour dans un centre de court séjour (CCS)

Parmi les membres MC âgés de 65 ans et plus, 1,3% ont passé au moins une journée dans un centre de court séjour agréé (CCS)¹⁴ en 2022. Ce chiffre est resté pratiquement inchangé depuis 2016, à l'exception des deux années de pandémie (2020 et 2021), où la proportion a été légèrement inférieure. Aucune différence selon le sexe n'a été constatée.

13 Nous rappelons que ces chiffres ne concernent que les soins aux aîné-es remboursés par les systèmes régionaux de protection sociale (MR, CCS et CSJ) depuis la sixième réforme de l'État. En outre, les aîné-es peuvent avoir recours à d'autres structures d'accueil telles que les *Collectieve Autonome Dagopvang* (CADO) en Flandre et les Centres de jours en Wallonie et à Bruxelles, les structures reconnues dans le cadre de la politique menée en faveur des personnes porteuses de handicap ou d'autres formes de soins de répit (par exemple, service de garde à domicile, hôtels de soins) ou d'accueil permanent pour les personnes âgées (par exemple, initiatives d'accueil privées). Notre analyse n'a pas non plus tenu compte des séjours en centre de convalescence, maison de soins psychiatriques (MSP) ou initiative d'habitation protégée (IHP).

14 Les données relatives au court séjour concernent les admissions dans les maisons de repos qui disposent également d'une accréditation spécifique de centre de court séjour et qui facturent ces séjours via des pseudo-codes spécifiques. Toutefois, des aîné-es peuvent séjourner temporairement dans des maisons de repos sans accréditation spécifique pour les courts séjours. Dans ce cas, ce séjour a été considéré comme un séjour en maison de repos dans notre étude.

Comme pour le CSJ, des différences ont été constatées par région et par statut social. Par région, on observe le pourcentage le plus important pour la Flandre (1,3%), suivie par la Wallonie (1,1%) et Bruxelles (0,3%). En ce qui concerne le statut social, parmi les personnes âgées de plus de 65 ans bénéficiant de l'intervention majorée, 2,3% se sont rendues dans un CCS en 2022, alors que parmi celles ne bénéficiant pas de l'intervention majorée, le pourcentage était de 0,9%. Nous observons cette différence tant en Flandre (2,6% contre 0,9%) qu'en Wallonie (1,6% contre 0,9%). À Bruxelles, la situation est inverse : 0,2% des personnes disposant du statut BIM contre 0,4% des personnes sans statut BIM¹⁵.

Ici encore, c'est principalement un effet d'âge que nous observons. Dans la tranche d'âge des 65-74 ans, la proportion d'utilisateurs en 2022 est d'à peine 0,2%, tandis que parmi les membres MC âgés de 85 ans et plus, elle est de 4,3%. Ce constat s'applique à toutes les régions.

Séjour en maison de repos (MR)

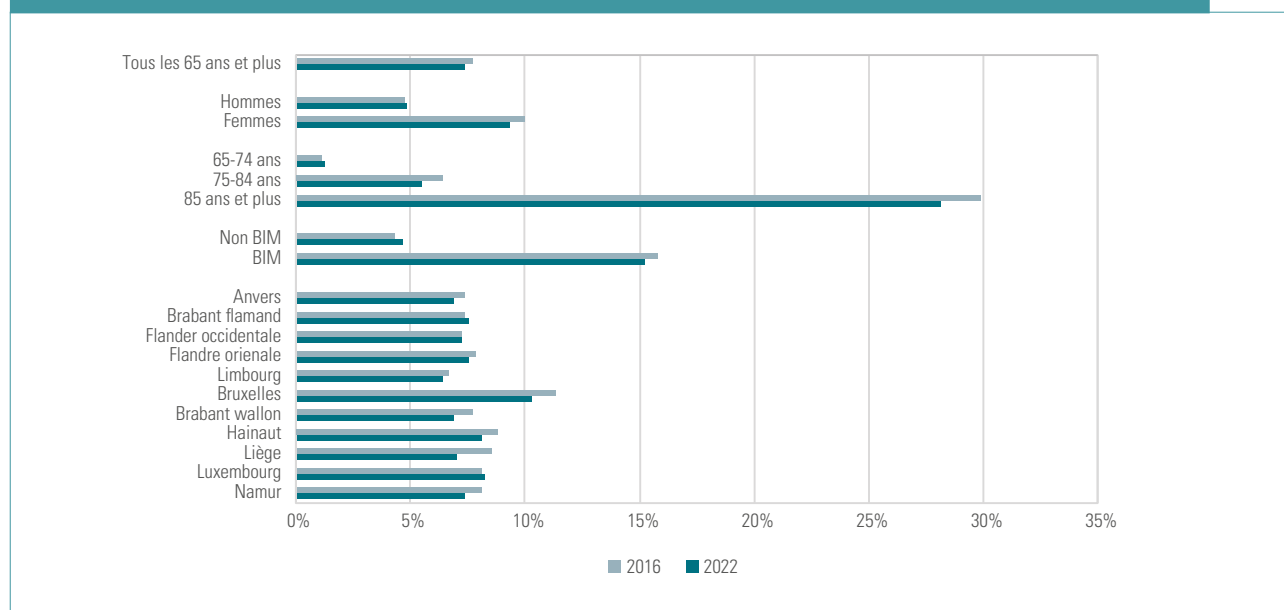
En 2022, 7,3% des membres MC âgés de 65 ans et plus ont séjourné au moins un jour dans une maison de repos (voir Figure 21). Il s'agit d'une baisse limitée par rapport à 2016, où cette proportion était de 7,7%. Peut-être qu'ici l'impact de la pandémie de coronavirus se fait sentir. En effet, la

surmortalité parmi les résident-es des maisons de repos était encore plus élevée que dans l'ensemble de la population (Surkyn, 2020).

Un examen plus approfondi des données de la figure 21 permet de dégager quelques constatations claires.

- Comme attendu, la proportion d'ainé-es séjournant en maison de repos augmente de manière exponentielle en fonction de l'âge : de 1,2% dans le groupe des 65-74 ans à 28,1% parmi les membres MC âgés de 85 ans et plus en 2022. C'est toutefois dans cette tranche d'âge que la diminution la plus significative a été observée entre 2016 et 2022, possiblement en raison de la pandémie de coronavirus. Cela correspond à la demande des personnes âgées de retarder le plus longtemps possible leur admission dans une maison de repos. Des recherches antérieures ont montré que l'âge médian d'admission en maison de repos en 2018 était de 86 ans (Verniest, Vandeleeene, & Avalosse, 2020).
- Bien qu'elles soient minimes, il existe également des différences entre les provinces concernant la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans séjournant en maison de repos. Dans la province de Limbourg, par exemple, le pourcentage est de 6,4%, à Anvers de 6,9%, et dans

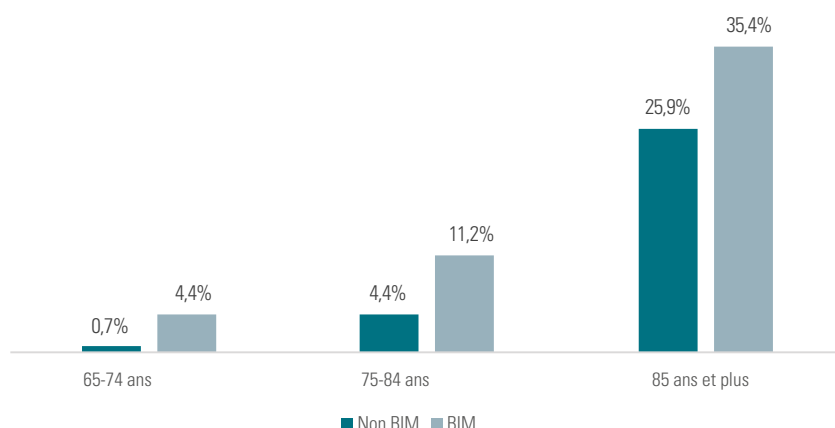
Figure 21 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant séjourné au moins un jour en maison de repos, par sexe, âge, statut BIM et province¹⁶, en 2016 et 2022 (Source : MC)



15 Nous rappelons que les résultats pour Bruxelles doivent être interprétés avec prudence compte tenu de la part de marché plus limitée de la MC dans cette région.

16 Remarque : pour l'interprétation des chiffres relatifs à la Wallonie, il faut tenir compte du fait que, depuis 2019, les mutualités ne disposent plus des données de la Communauté germanophone.

Figure 22 : Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus ayant séjourné au moins un jour en maison de repos, par âge et par statut BIM, en 2022 (Source : MC)



les autres provinces flamandes d'au moins 7%. Du côté wallon, on note la part la plus élevée dans la province de Luxembourg (8,2%) et la plus faible dans le Brabant wallon (6,9%). Globalement, c'est à Bruxelles (10,2% en 2022), suivie de la Wallonie (7,5% en 2022) et de la Flandre (7,1% en 2022) que l'on trouve la plus forte proportion de personnes ayant séjourné en maison de repos.

- Il est également à noter que parmi les personnes âgées de plus de 65 ans bénéficiant de l'intervention majorée, une proportion plus élevée est admise en maison de repos par rapport à celles ne bénéficiant pas de ce statut. La différence entre les deux groupes augmente également avec l'âge (voir Figure 22).

3. Discussion : Le profil des aîné-es nous met face à des défis

Le vieillissement de la population dans notre pays confronte le secteur de la santé et du bien-être à d'importants défis. L'allongement de l'espérance de vie et la prévalence accrue des maladies chroniques et des limitations qui en découlent augmenteront encore la demande en matière de soins et de soutien pour les aîné-es. Pour y répondre, il est nécessaire de mettre en place des politiques qui tiennent compte des souhaits des personnes âgées et des difficultés qu'elles rencontrent, mais aussi des ressources disponibles pour organiser les soins et le soutien nécessaires. Afin d'alimenter la réflexion sur ce point, nous avons

analysé le profil des membres MC âgés de 65 ans et plus. Nous avons dressé leur profil sociodémographique, ainsi que leur état de santé, leur vulnérabilité et leur recours aux soins de santé.

3.1. Dans quelle mesure nos aîné-es sont-ils-elles vulnérables ?

3.1.1. Profil de santé

En utilisant une liste de 22 pathologies, détectées sur la base de variables de substitution (proxy), y compris, dans une large mesure, la consommation spécifique de médicaments, nous avons pu dresser le tableau de l'**état de santé** des personnes âgées. Il ressort de l'analyse qu'en 2022, **les aîné-es de plus de 65 ans souffrent en moyenne de deux pathologies**. Une personne sur cinq ne présente aucune des pathologies étudiées. Les maladies cardiovasculaires sont les plus fréquentes, comme le montre le nombre élevé de personnes âgées utilisant des médicaments antihypertenseurs (62,0%), suivies par le risque de thrombose (41,2%). En troisième position, on retrouve le diabète (18,0%). Sur la base de l'analyse, nous avons également constaté que 13,2% des personnes concernées utilisent des médicaments psychotropes. Ces résultats méritent toute notre attention. Il a été démontré qu'avec l'âge, le risque de maladies chroniques augmente et qu'il est souvent question de comorbidité (Paulus, Van den Heede, & Mertens, 2012; van Oostrom, et al., 2016). Avec le vieillissement de la population dans les années à venir, le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques et ayant donc besoin de soins et d'aide continuera d'augmenter.

Ces données doivent être interprétées avec prudence en raison des limites inhérentes à l'utilisation de variables de substitution, qui ne prennent en compte que les soins de santé remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Ainsi, pour chaque pathologie examinée, seules les personnes pour lesquelles ces prestations ont été facturées peuvent être identifiées. Par conséquent, le nombre réel de personnes atteintes d'une pathologie spécifique peut être sous-estimé si ces personnes suivent un traitement non remboursé ou ne reçoivent pas (plus) de traitement, par exemple parce qu'il n'est plus nécessaire. Ce dernier cas peut notamment se produire pour les personnes en rémission après un traitement contre le cancer. Celles-ci peuvent continuer à être suivies par un-e médecin, mais ne peuvent plus être identifiées sur la base de la variable de substitution utilisée pour ce type de pathologie. Il arrive par ailleurs que les personnes n'aient pas encore reçu de diagnostic ou qu'elles retardent le traitement. En outre, les aîné-es peuvent être aux prises avec une ou plusieurs autres pathologies n'appartenant pas à la liste et pour lesquelles il n'existe pas de variables de substitution. Enfin, en ce qui concerne l'état de santé, il convient de prendre en compte non seulement les diagnostics de maladie, mais aussi les limitations auxquelles sont confrontées les personnes âgées. Ainsi, l'enquête de santé révèle que près d'une personne âgée sur trois déclare souffrir d'une limitation sérieuse concernant au moins une activité fonctionnelle (par exemple, la vue, l'ouïe, la marche, etc.). Un quart des aîné-es sont modérément à sévèrement limité-es dans l'accomplissement des activités quotidiennes (par exemple, monter et descendre du lit, s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, etc.), et plus de la moitié sont limité-es dans l'accomplissement des activités ménagères (par exemple, préparer les repas, faire les courses, etc.) (Demarest, Gisle, Charafeddine, & Van der Heyden, 2019). Le rapport annuel 2022 de la protection sociale flamande montre que 6,5% des personnes âgées de 65 à 79 ans bénéficient d'un budget de soins pour les personnes gravement dépendantes (il s'agit de l'ancienne assurance dépendance). Chez les 80 ans et plus, cette proportion atteint presque un sur trois. Et sur tous les budgets de soins combinés qui sont alloués en cas de dépendance grave, par exemple en raison de graves problèmes de santé ou d'un handicap¹⁷, près d'un sur quatre va à des personnes âgées de 65 ans ou plus (Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming, 2022). Ainsi, le nombre d'aîné-es ayant besoin d'un traitement et d'un soutien est en réalité plus élevé.

Alors que l'état de santé des aîné-es continue de se détériorer et que la fin de vie approche, les **soins palliatifs** peuvent constituer une valeur ajoutée tant pour le-la patient-e que pour ses proches. En tant que soins holistiques multidisciplinaires, les soins palliatifs ne se concentrent pas sur l'espérance de vie, mais plutôt sur la qualité de vie et le confort des patient-es, ce qui inclut non seulement la gestion des symptômes, mais aussi les besoins mentaux/émotionnels, sociaux et spirituels/existentiels (Morel, 2020). Néanmoins, nous avons constaté que la proportion de membres MC âgés de 65 ans et plus qui y font appel **reste assez limitée**. Il est vrai qu'une partie des décès sont soudains (par exemple, en cas d'infarctus) et, sur la base des données disponibles, toutes les situations où des soins palliatifs sont apportés ne peuvent pas être détectées. Toutefois, compte tenu du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de maladies chroniques entraînant une détérioration progressive de l'état de santé, nous pensons que **davantage de personnes pourraient bénéficier de soins palliatifs**. Une explication possible de cette utilisation limitée pourrait être le tabou qui pèse encore sur le fait de parler de la mort et des soins de fin de vie (Balsundram, et al., 2023), ce qui se traduit par un recours tardif aux soins palliatifs (Morel, 2020).

Enfin, nous avons constaté que 3,7% des personnes âgées de plus de 65 ans décèdent au cours d'une année civile et que cette proportion est restée relativement stable sur la période étudiée, à l'exception de l'année du coronavirus, en 2020.

3.1.2. Profil de vulnérabilité

Afin d'obtenir une indication du degré de vulnérabilité de la population des membres MC âgés de 65 ans et plus, la proportion de personnes bénéficiant de l'intervention majorée (BIM) a été examinée en premier lieu. En 2022, cette proportion s'élève à 25,3%, ce qui constitue une baisse par rapport à 2016. Une étude antérieure de la MC soulignait que parmi les membres MC les plus âgés, le **risque d'être BIM a clairement diminué ces dernières années**, et que le groupe des bénéficiaires de ce statut connaît un rajeunissement global (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023). Parmi les explications possibles, on peut citer la participation accrue des femmes au marché du travail¹⁸, ce qui les rend plus susceptibles d'avoir leur propre pension. Avec l'allongement de l'espérance de vie, de plus en

17 Il s'agit du budget de soins pour les personnes gravement dépendantes (anciennement l'assurance dépendance flamande), du budget de soins pour les personnes âgées nécessitant des soins (anciennement l'allocation pour l'aide aux personnes âgées ou APA) et du budget de soins pour les personnes handicapées. Pour plus d'informations voir <https://www.vlaamsoisocialebescherming.be/zorgbudget>

plus de ménages sont susceptibles d'avoir deux pensions et donc de dépasser le plafond de revenus donnant droit à l'intervention majorée. En outre, plusieurs mesures politiques ont visé à revaloriser les pensions les plus basses.

Le **statut affection chronique** constitue également une indication de vulnérabilité. Ici, on constate que le nombre de personnes de plus de 65 ans y ayant droit a **sensiblement augmenté** entre 2016 et 2022. La réglementation en la matière étant restée inchangée durant cette période, l'explication de cette hausse doit être recherchée dans l'augmentation des dépenses pour les soins de santé pour les personnes âgées. Il est important de rappeler que pour ce statut, sont pris en compte non seulement le ticket modérateur à charge du/de la patient-e, mais aussi les dépenses prises en charge par l'assurance obligatoire soins de santé, ainsi que certaines dépenses prises en charge par les systèmes régionaux de protection sociale. Des recherches antérieures de la MC ont déjà fait référence à l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses en médicaments innovants dont le coût est entièrement ou en grande partie supporté par l'assurance obligatoire soins de santé (Ntahonganyira & Lebbe, 2023).

Enfin, nous avons constaté qu'en 2022, **environ un tiers des aîné-es forment des ménages composés d'une seule personne**. Cela peut également être un signe de vulnérabilité, surtout si l'on tient compte des problèmes de santé et de dépendance parfois graves auxquels les personnes âgées sont confrontées. Il existe également un lien entre les risques pour la santé et le sentiment de solitude (Fondation Roi Baudouin, 2022). Par exemple, l'enquête de santé 2018 a révélé qu'une personne âgée sur huit était limitée dans ses mouvements pour des raisons de santé. Concrètement, cela signifie que leur liberté de mouvement est limitée à leur logement, leur jardin, leur siège ou leur lit (Demarest, Gisle, Charafeddine, & Van der Heyden, 2019). Des recherches récentes ont montré que le sentiment de solitude augmente avec l'âge (Statbel, 2022). Le fait que vivre seul **constitue un facteur de risque pour la santé** ressort également d'autres recherches. Par exemple, une étude canadienne a conclu que « les personnes qui étaient mariées ou qui vivaient en union libre étaient moins susceptibles de décéder pendant la période de suivi que celles qui n'entretenaient pas ce genre de relation » et que « les hommes et les femmes ayant une faible participation avaient, en moyenne, des temps de survie plus courts que les personnes qui participaient plus fréquemment à des activités communautaires » (Gilmour &

Ramage-Morin, 2020, pp. 33-34). Une étude belge a illustré que « le risque de mourir varie fortement selon la situation de ménage et de l'état civil, notamment entre 65 et 79 ans [...]. Cette variable reflète d'une certaine manière l'impact de l'isolement social et familial ou inversement du soutien familial dont bénéficient ou non les personnes âgées. Les résultats confirment partiellement l'effet protecteur du mariage, les personnes vivant en couple marié se distinguant par une nette sous-mortalité par rapport aux autres situations de ménage et d'état civil » (Eggerickx, Sanderson, Vandeschrick, & Donadille, 2021, p. 115).

3.2. À quels soins les personnes âgées de plus de 65 ans font-elles appel ?

3.2.1. Soins de première ligne et médicaments

Pour beaucoup, le vieillissement s'accompagne de problèmes de santé et de pathologies. La probabilité est donc forte qu'à un moment ou à un autre il soit nécessaire de faire appel à un ou plusieurs prestataires de soins professionnels. Il ressort clairement de notre analyse que pour la grande majorité, le-la **médecin généraliste reste une personne de référence** en matière de santé. Plus de neuf aîné-es sur dix prennent contact au moins une fois avec leur médecin généraliste au cours d'une année civile. Il-elle reste donc un acteur important des soins aux personnes âgées. Nos chiffres confirment les résultats de l'enquête de santé menée par Sciensano, de laquelle il ressort que près de 83% de la population a pris contact au moins une fois avec un-e médecin généraliste au cours de l'année écoulée, une proportion qui augmente davantage avec l'âge (96,5% chez les plus de 75 ans) (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020). La même enquête de santé montre également que la grande majorité des personnes considèrent que le contact avec leur médecin généraliste est très positif et estiment que celui-celle-ci leur consacre suffisamment de temps, leur explique les choses de manière suffisamment claire, leur donne la possibilité de poser des questions ou de soulever des préoccupations concernant les soins recommandés, et les implique suffisamment dans les décisions relatives aux soins et au traitement (Demarest, Charafeddine, Drieskens, & Berete, 2019). Plus des deux tiers ont également au moins un contact ambulatoire avec un-e spécialiste au cours d'une année civile, une proportion qui a connu une tendance à la hausse depuis 2016. Nous avons aussi constaté une augmentation de la proportion d'aîné-es

18 Un rapport du Conseil supérieur de l'emploi montre que le taux d'emploi des femmes est en constante augmentation, passant de 55,5% en 2002 à 66,8% en 2021. Pour les hommes, on observe une évolution de 73,8% à 74,5% sur la même période (Conseil supérieur de l'emploi, 2023).

inscrit·es en maison médicale. En 2022, une personne de plus de 65 ans sur cinq a fait appel à des soins infirmiers à domicile.

Nos analyses montrent que la quasi-totalité des plus de 65 ans s'est vu prescrire au moins un médicament en 2022. Pour plus de 80% d'entre eux·elles, il s'agissait d'au moins 180 DDD sur une base annuelle, ce qui indique une **consommation de médicaments sur une période plus longue et/ou une consommation simultanée de plusieurs médicaments**. Ces résultats sont conformes aux attentes, compte tenu de la prévalence plus élevée des maladies chroniques et de la comorbidité liée à l'âge. La polypharmacie et l'utilisation chronique de médicaments peuvent alors se révéler nécessaires (Blum, et al., 2021). Sur la base de nos données, il est également impossible de se prononcer sur la pertinence des traitements médicamenteux. Les chiffres donnent néanmoins à réfléchir. En effet, on sait que la Belgique est de manière générale en tête de peloton en matière de consommation de médicaments, y compris d'antibiotiques et de médicaments psychotropes. En outre, **pour ce qui est de la polypharmacie chez les aîné·es, la Belgique obtient un score globalement moins bon que beaucoup de pays européens** (KCE, 2019). D'autres études ont souligné la forte consommation de médicaments des personnes âgées dans les maisons de repos, notamment en ce qui concerne les médicaments psychotropes (Noirhomme & Lambert, 2020), bien que des analyses récentes semblent indiquer un possible retournement de situation dans ce secteur (Willaert, Maron, & Vrancken, 2023). En même temps, l'attention est également attirée sur les **risques pour les personnes âgées** liés à la consommation de certains médicaments et à la polypharmacie, y compris les interactions médicamenteuses, les effets secondaires et la réduction de la qualité de vie (Blum, et al., 2021), ainsi qu'un risque accru de chutes (Woolcott, et al., 2009; Wilson, et al., 2011). D'autres recherches suggèrent que jusqu'à 30% des admissions à l'hôpital chez les aîné·es sont liées à des médicaments, et que la moitié d'entre elles sont potentiellement évitables (Blum, et al., 2021). Enfin, des recherches antérieures de la MC ont souligné que pour la consommation de certains médicaments (par exemple les antidiabétiques, les antihypertenseurs, etc.), il peut être possible d'établir un lien avec un mode de vie moins sain (exercice physique insuffisant, alimentation pas suffisamment saine, etc.) (Ntahonganyira, Avalosse, & Vandeleene, 2018). **Il est donc essentiel de continuer à mettre l'accent sur la consommation rationnelle des médicaments et sur la prévention et la promotion de la santé.**

3.2.2. Soins hospitaliers

Au cours d'une année civile, de nombreuses personnes âgées se retrouvent à l'hôpital. Pour plus d'une de ces personnes sur cinq, il est question d'au moins un **contact avec le service des urgences** d'un hôpital, une proportion qui suit d'ailleurs clairement une **tendance à la hausse** depuis 2016, à l'exception de l'année de pandémie. Nos données ne nous permettent pas de nous prononcer sur la nécessité ou la possibilité d'éviter les contacts avec les services des urgences. Néanmoins, il est important d'accorder une attention suffisante à ces résultats. Plusieurs études ont déjà montré que le recours aux services des urgences augmente avec l'âge (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019; Driesen, et al., 2021), et que la poursuite du vieillissement, ainsi que l'accent mis sur les soins socialisés, augmenteront encore la pression sur ces services (Lucassen, Colijn, Snijders, Zarbanoui, & Schuitemaker, 2021; Driesen, et al., 2021). Les contacts avec le service des urgences exercent non seulement un impact majeur sur les personnes âgées elles-mêmes, mais aussi un impact social compte tenu du coût élevé qu'ils génèrent pour le système. Il ressort de la littérature scientifique qu'en général, une grande partie des patient·es qui font appel aux urgences hospitalières pourrait être traitée par un·e médecin généraliste (Driesen, et al., 2021; Clumeck, De Spiegelaere, & Deguerry, 2005; Van den Heede, Dubois, & Devriese, 2016). Plusieurs facteurs contribuent à déterminer le choix de faire appel au service des urgences. Chez les aîné·es, l'état de santé plus fragile joue certainement un rôle important, et ces personnes sont plus susceptibles d'y faire appel pour des problèmes urgents, par exemple après une chute. Il en résulte aussi plus souvent une hospitalisation dans une première phase (Avalosse, Chapelle, & van Sloten, 2015) et une admission en maison de repos dans une phase ultérieure (Clumeck, De Spiegelaere, & Deguerry, 2005). Cependant, les études mettent également en exergue de nombreux autres facteurs, y compris non strictement médicaux, qui sous-tendent le recours aux urgences, notamment la facilité d'accès et la proximité d'un service des urgences, la disponibilité non immédiate du·de la médecin généraliste (Clumeck, De Spiegelaere, & Deguerry, 2005), le raccourcissement de la durée d'hospitalisation ou la disponibilité et l'accessibilité rapide des technologies de diagnostic (Lievens, 2015). Des initiatives ont déjà été prises pour limiter le recours aux services des urgences afin d'utiliser plus efficacement les ressources disponibles, notamment des tickets modérateurs différenciés selon que l'admission dans un service des urgences s'est faite sur orientation ou non, et la mise en place de postes de garde. Il n'est pas encore certain que cette me-

sure ait l'effet escompté. Ainsi, une étude conclut ce qui suit : « Nous ne pouvons cependant pas observer une diminution claire du nombre d'admissions aux urgences depuis la mise en place du poste de garde. Un flux parallèle semble donc se créer vers les postes de garde, en plus du flux déjà existant vers les services des urgences » (Tubbax, 2016, p. 10, notre traduction). En outre, la pénurie de médecins généralistes dans différentes régions doit également être prise en compte dans ce débat.

En ce qui concerne les **hospitalisations classiques** (c'est-à-dire comptant au moins une nuit), nous constatons une **tendance à la baisse** au cours des dernières années. En revanche, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans ayant été admises au moins une fois en **hôpital de jour a fortement augmenté**, une hausse encore plus importante que la baisse observée pour les admissions classiques. Ainsi, la tendance généralement observée pour les soins hospitaliers se retrouve également chez les personnes âgées. Compte tenu de l'impact élevé d'une hospitalisation, en particulier chez les aîné-es, il s'agit d'une tendance positive. Dans le même temps, cela signifie également qu'une **attention suffisante doit être accordée à une gestion adéquate de la sortie**, qui garantisse une transition sans heurts vers le domicile, par exemple, et où un suivi suffisant et de qualité par les acteurs des soins et du bien-être peut être garanti par les acteurs de première ligne. Ceci est d'autant plus important pour les personnes âgées particulièrement vulnérables qui ne peuvent pas compter sur un réseau de soutien dans leur propre environnement, ou qui n'ont pas un réseau de soutien suffisant.

3.2.3. Soins aux aîné-es

La plupart des personnes âgées préfèrent rester chez elles le plus longtemps possible, même en cas de besoins de soins importants (*'ageing in place'*) (Fondation Roi Baudouin, 2017). Les responsables politiques sont également très attachés à la socialisation des soins (Beke, 2019; Gouvernement wallon, 2019). Toutefois, cet objectif ne dépend pas seulement d'une offre suffisante de soins professionnels à domicile. Les aidants proches constituent également un maillon essentiel permettant aux personnes de vivre à domicile plus longtemps. Par conséquent, il est non seulement important de prêter attention à la personne qui a besoin de soins, mais aussi de tenir compte de ces aidants proches et de les aider à assurer l'équilibre entre leur capacité à assumer ce rôle d'aidant et la charge qu'il représente. Une possibilité serait, par exemple, le **recours occasionnel à un service de répit** tel qu'un centre de soins de jour ou un centre de court séjour. Ces structures pro-

posent la prise en charge temporaire d'une personne ayant besoin de soins pendant la journée et/ou la nuit, afin de permettre à l'aidant proche de souffler un peu. Néanmoins, nous avons constaté dans nos analyses que le recours aux centres de soins de jour (0,5%) et aux centres de court séjour (1,3%) **reste relativement limité**. Cela confirme les résultats d'une étude précédente de la MC. Parmi les explications possibles peuvent être citées la résistance personnelle du-de la patient-e et la peur de l'abandon par les proches, le manque d'information concernant cette offre et l'accessibilité insuffisante, tant en termes d'offre que des frais à payer de sa poche (Gérain & Avalosse, 2020).

Lorsque la dépendance devient trop importante (Luppa, Luck, Weyer, König, & Riedel-Heller, 2010), et surtout lorsque la capacité des aidants proches est dépassée ou que ceux-ci disparaissent (Buhr, Kuchibhatla, & Clipp, 2006), l'admission permanente en maison de repos s'impose. En 2022, 7,3% des membres MC âgés de 65 ans et plus ont passé au moins un jour en maison de repos. Malgré la légère baisse par rapport à 2016, qui peut encore être due à la pandémie de coronavirus, mais qui peut aussi s'inscrire dans le cadre du maintien à domicile le plus longtemps possible, il ne faut pas oublier que **les maisons de repos restent aussi un maillon nécessaire dans le continuum des soins aux aîné-es**.

3.3. Quelles sont les principales variations observées ?

3.3.1. Différences sociodémographiques

Dans nos analyses, nous avons observé de nettes différences en fonction de l'âge, autant concernant le profil de santé et le degré de vulnérabilité que le recours aux soins. Pour certaines variables, il y a également une différence en fonction du sexe. L'effet de l'âge constaté, qui est peut-être conforme aux attentes étant donné que l'état de santé se dégrade davantage avec l'âge, n'en demeure pas moins un résultat important. Compte tenu de la poursuite du vieillissement de la population dans les années à venir, cela signifie que la demande de soins continuera d'augmenter et que la société sera confrontée au défi d'y apporter une réponse appropriée.

En ce qui concerne le **profil de santé**, on constate une **diminution exponentielle par âge du nombre d'aîné-es ne présentant aucune des pathologies étudiées** (d'un peu plus d'un quart chez les 65-74 ans à un sur 10 chez les personnes âgées de 85 ans et plus). Parallèlement, les personnes âgées

sont confrontées à un plus grand nombre de pathologies, et la prévalence de presque toutes les pathologies étudiées augmente avec l'âge. Cela correspond aux conclusions d'autres études selon lesquelles l'état de santé se détériore davantage avec l'âge et la prévalence des maladies chroniques et de la multimorbidité augmente (Demarest, Gisle, Charafeddine, & Van der Heyden, 2019; Van der Heyden & Charafeddine, 2019).

Pour ce qui est de la **vulnérabilité**, nous avons vu que, malgré la tendance générale à la baisse de ces dernières années du risque d'être **BIM** chez les aîné-es, il existe également des différences frappantes en fonction de l'âge et du sexe. Ainsi, il est important de noter que les **femmes âgées de 65 ans et plus** sont plus susceptibles d'avoir droit au statut BIM et ont donc globalement un **plus grand risque** de se trouver dans une situation précaire. Il en va de même pour les plus de 85 ans, dont près de la moitié ont le statut BIM, une proportion bien plus élevée que dans les autres tranches d'âge. Ce groupe est également composé en majorité de femmes. Une étude précédente de la MC a évoqué, en tant qu'explication possible, la différence entre les hommes et les femmes en matière d'opportunités et de conditions de travail, en particulier au sein de la partie la plus âgée de notre population : dans le passé, mais encore aujourd'hui, les femmes participent moins au marché du travail, travaillent plus souvent à temps partiel et il subsiste un écart de rémunération entre les hommes et les femmes. Cela conduit à un revenu de pension plus faible qui se traduit par une proportion plus importante de personnes ayant droit à l'intervention majorée (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023). On constate la même chose pour l'indicateur **ménage composé d'une seule personne**, où la **proportion est la plus élevée chez les femmes et les personnes âgées de 85 ans et plus**, ce qui peut s'expliquer par l'espérance de vie plus élevée chez les femmes, qui les rend plus susceptibles d'être la conjointe survivante. Ce constat n'est pas à prendre à la légère, sachant que dans de nombreuses situations de dépendance, la disponibilité des aidants proches est souvent un facteur crucial quant à la faisabilité des soins à domicile et le fait que, outre les enfants, le-la partenaire apporte également un soutien important pour les personnes âgées dépendantes (Cès, et al., 2016).

Le fait que les aîné-es de notre société, en particulier les femmes, présentent un risque de vulnérabilité nettement plus élevé ne doit pas être négligé, surtout si l'on tient compte de la prévalence plus élevée des limitations et des pathologies. Cela place la société devant l'important défi d'organiser les soins et le soutien de manière que ces personnes âgées puissent elles aussi, si elles le souhaitent,

mener une vie de qualité dans leur environnement familial le plus longtemps possible.

Compte tenu de la détérioration de l'état de santé avec l'âge, nous avons également noté **un effet d'âge concernant le recours aux soins** en général. C'est le cas, par exemple, pour les contacts avec le-la médecin généraliste, le recours aux soins infirmiers à domicile, aux médicaments, à l'hospitalisation et aux séjours en maison de repos. En outre, des différences ont parfois été observées en fonction du sexe, notamment en ce qui concerne les contacts avec le-la médecin généraliste, le recours aux soins infirmiers à domicile et l'hospitalisation. Cela confirme ce qui ressort également d'autres études telles que l'enquête de santé (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020).

L'effet d'âge a été identifié, entre autres, pour les contacts avec les médecins généralistes, où la proportion de personnes ayant eu au moins un contact au cours d'une année civile était la plus élevée chez les 85 ans et plus. Cependant, nous avons observé dans le même temps une tendance inverse pour l'inscription en maison médicale. Il se peut donc que la tranche d'âge des plus jeunes parmi les aîné-es soit plus susceptible de consulter un-e médecin généraliste en maison médicale, bien qu'il ne soit pas possible de le déduire de nos données. Il est frappant de constater que la proportion de personnes âgées ayant eu un **contact ambulatoire** avec un-e spécialiste au cours d'une année civile **diminue avec l'âge**. Une explication possible pourrait être que ces personnes ont un ou plusieurs contacts avec un-e spécialiste pour une pathologie spécifique dans une première phase, mais qu'au fil du temps, une fois que la pathologie est stabilisée, le suivi est assuré par le-la médecin généraliste. Ce-cette dernière peut alors les renvoyer vers le-la spécialiste, si nécessaire. Ce résultat concernant l'effet d'âge inverse devrait peut-être également être regardé en même temps que celui concernant les hospitalisations. En effet, la proportion d'aîné-es ayant eu un contact avec un service des urgences ou ayant été hospitalisé-es au cours d'une année civile augmente de manière exponentielle avec l'âge. Il y a de fortes chances qu'à ce moment-là, il y ait un ou plusieurs contacts avec des médecins spécialistes. Néanmoins, il est utile d'étudier plus avant cet effet d'âge inverse pour les soins spécialisés ambulatoires et de voir dans quelle mesure cela pourrait indiquer une sous-utilisation des soins spécialisés ambulatoires ainsi que les causes sous-jacentes de cette situation. En cas de sous-utilisation, cela peut indiquer que la réponse aux besoins n'est pas apportée (*'unmet needs'*) et peut avoir un impact sur la qualité de vie. Dans le même temps, le fort effet d'âge concernant les **soins hospitaliers** devrait également être examiné de

manière assez critique. Des études ont en effet montré que l'hospitalisation peut exercer un impact majeur sur les aîné-es et affecter négativement leur capacité de fonctionnement (Buurman & Seben, 2018). Le risque plus élevé de soins hospitaliers en fonction de l'âge peut être largement lié à l'effet de l'âge sur l'état de santé. Néanmoins, plusieurs études ont déjà illustré qu'**une partie des admissions est potentiellement évitable** (Driesen, et al., 2021; Clumeck, De Spiegelaere, & Deguerri, 2005).

Un fort effet d'âge a également été observé concernant les admissions en **maison de repos**. Cela peut être lié à la relation entre l'âge, d'une part, et l'état de santé et le degré de dépendance d'autre part. Une étude a en effet démontré que la dépendance est l'un des facteurs les plus déterminants pour l'admission en maison de repos (Luppa, Luck, Weyer, König, & Riedel-Heller, 2010). Par conséquent, même dans une société qui privilégie les soins socialisés, les maisons de repos restent un **maillon incontournable de la prise en charge des aîné-es**.

3.3.2. Différences selon le degré de vulnérabilité

En analysant le profil de santé des membres MC âgés de 65 ans et plus, nous avons constaté qu'il existe des différences significatives en fonction du statut social, à savoir selon si les personnes ont droit ou non à l'intervention majorée. Parmi les membres âgés d'au moins 65 ans ayant le statut BIM, la proportion de ceux et celles qui ne présentent pas l'une des pathologies étudiées est significativement plus faible. En outre, au sein de ce groupe, la prévalence des pathologies tend à être plus élevée. Les aîné-es ayant le statut BIM sont également plus susceptibles d'avoir droit au statut affection chronique, ce qui indique qu'ils-elles génèrent des dépenses élevées en matière de soins sur une période plus longue, et qu'ils-elles sont donc en moins bonne santé. Enfin, il convient également de noter que les personnes ayant le statut BIM ont manifestement un risque plus élevé de décéder au cours d'une année civile. Nous **observons donc également un gradient social de la santé chez les aîné-es**. Cela rejoint l'une des conclusions d'une précédente étude de la MC qui relevait que, même dans notre société, il existe un lien entre le degré de vulnérabilité des personnes d'une part et le risque de souffrir de problèmes de santé et de décéder dans l'année d'autre part (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022).

Ce moins bon état de santé **se traduit généralement par une plus grande probabilité de recourir aux soins** analysés dans cette étude. Il s'agit notamment des contacts avec un-e médecin généraliste, et en particulier de l'inscription

en maison médicale, du recours aux soins infirmiers à domicile, aux soins palliatifs, de la consommation sur le long terme ou importante de médicaments.

Il est frappant de constater que le contraire a été observé pour **les contacts ambulatoires avec un-e spécialiste**. La proportion d'aîné-es ayant le statut BIM et ayant pris contact avec un-e spécialiste au cours d'une année est plus faible que celle des personnes n'ayant pas ce statut. Ce constat correspond à celui de l'enquête de santé concernant les différences socio-économiques (en fonction du niveau de formation) dans les contacts ambulatoires avec un-e spécialiste (Van der Heyden, Berete, & Drieskens, 2020). Ainsi, bien que les personnes plus vulnérables soient généralement en moins bonne santé et aient donc en principe davantage besoin de soins, il semble que le seuil à partir duquel l'aide d'un-e spécialiste est demandée soit plus élevé.

Bien que cet aspect n'ait pas été examiné dans le cadre de cette étude, nous aimerions faire référence ici à une autre conclusion importante de l'étude sur les inégalités de santé menée par la MC. Elle a établi que les soins de santé préventifs sont également soumis à un gradient social inverse. Par exemple, les personnes les plus vulnérables ont moins recours aux soins dentaires préventifs et sont moins susceptibles de participer à des campagnes de soins préventifs tels que le dépistage du cancer du sein (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022). Il est donc possible que des pathologies ne soient diagnostiquées qu'à un stade plus tardif et qu'elles nécessitent immédiatement des soins plus lourds.

Le même constat d'une utilisation plus importante a été fait pour les hospitalisations classiques et les contacts avec le service des urgences d'un hôpital. Là encore, cela peut être dû à un état de santé généralement moins bon, mais pour les contacts avec les services des urgences, plusieurs études mentionnent également d'autres raisons. Par exemple, le recours aux urgences hospitalières serait plus accessible pour les personnes en situation de vulnérabilité que d'autres formes de soins, notamment en raison de sa disponibilité immédiate et permanente et du fait que le coût des soins ne doit pas être payé immédiatement (Avalosse, Chapelle, & van Sloten, 2015; Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019).

Concernant la proportion plus élevée de personnes ayant le statut BIM admises en maison de repos au cours d'une année civile, nous devons également tenir compte d'un possible effet générationnel. Nous savons, d'après des études antérieures, que l'âge moyen d'admission en maison de repos est

élevé, à savoir 86 à 87 ans en 2018 (Verniest, Vandeleene, & Avalosse, 2020). Ce sont précisément ces aîné-es, principalement des femmes, qui supportent encore les conséquences de la participation au marché du travail beaucoup plus limitée et donc des droits à la pension moins avantageux, ainsi que des conditions de travail moins favorables au cours de leur carrière professionnelle par rapport aux hommes (Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023). D'autres rapports mentionnent également la plus grande vulnérabilité financière de ce groupe. L'enquête EU-SILC 2022 montre que les personnes âgées sont généralement plus exposées au risque de pauvreté que l'ensemble de la population : 17,9% contre 13,2%. Pour les plus de 75 ans, 23,1% sont menacés par la pauvreté (Conseil Supérieur des Finances, 2023). Nous avons également constaté que les personnes âgées ayant le statut BIM étaient plus susceptibles de former des ménages composés d'une seule personne. Il est donc possible que le risque plus élevé d'admission en maison de repos ne s'explique pas uniquement par un âge plus élevé et donc un moins bon état de santé. Ces personnes peuvent également être moins en mesure de s'appuyer sur un réseau d'aidants proches, ce qui rend plus difficile le fait d'être soigné à domicile dans un environnement familial.

3.3.3. Différences régionales

Pour un certain nombre de variables, il existe également des **différences géographiques tant entre les régions qu'entre les provinces**. En ce qui concerne la **vulnérabilité**, le résultat concernant la proportion d'aîné-es de plus de 65 ans ayant le statut BIM à Bruxelles est remarquable. Alors que dans l'ensemble de la population étudiée et dans les autres régions, cette proportion a eu tendance à diminuer entre 2016 et 2022, elle a augmenté à Bruxelles au cours de la même période. Il s'agit d'un constat à ne pas négliger. En outre, nous observons également une proportion plus élevée de ménages composés d'une seule personne à Bruxelles. En Flandre, le résultat de la Flandre occidentale se distingue par une proportion très élevée d'aîné-es ayant le statut BIM par rapport aux autres provinces. Pour **le recours aux soins** également, les analyses ont révélé certaines différences régionales, avec, par exemple, une proportion plus élevée de personnes âgées ayant recours aux soins infirmiers à domicile et aux médecins généralistes dans la province de Limbourg. En outre, les personnes âgées de plus de 65 ans à Bruxelles et à Liège semblent faire moins appel aux médecins généralistes, mais sont plus souvent inscrites dans une maison médicale. En ce qui concerne les soins hospi-

taliers, nous constatons un recours accru aux services des urgences à Bruxelles.

Il n'est pas facile de déterminer la cause exacte des différences entre les régions et les provinces. Il est possible que plusieurs facteurs jouent un rôle, y compris la **différence de taux de vieillissement**. Cela peut, par exemple, expliquer en partie la forte proportion de BIM en Flandre occidentale. Il est en effet bien connu que tant la côte belge que la campagne vieillissent plus fortement (De Decker, et al., 2018). Il y a en outre le **risque plus élevé de pauvreté** chez les personnes âgées¹⁹ en général (Conseil Supérieur des Finances, 2023) et le problème non négligeable de la pauvreté dans les zones rurales (Steunpunt tot Bestrijding van armoede bestaanszekerheid en sociale uitsluiting, 2016).

Toutefois, **l'étendue, la nature et le degré de disponibilité de l'offre en matière de soins** influencent sans aucun doute le recours aux soins, tout comme **la proportion de personnes âgées en situation précaire dans une région donnée**. À Bruxelles, par exemple, où il y a de nombreux hôpitaux, un service des urgences se trouve à proximité pour de nombreuses habitant-es, service qui est par ailleurs toujours disponible immédiatement, même le soir et le week-end, contrairement, par exemple, à un-e médecin généraliste. Comme indiqué précédemment, pour les groupes les plus vulnérables, le fait que les soins fournis dans les services des urgences ne doivent pas être payés immédiatement joue parfois aussi un rôle (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2019; Avalosse, Chapelle, & van Sloten, 2015). Comme nous l'avons mentionné, la proportion de BIM à Bruxelles dans notre population étudiée a augmenté ces dernières années. La nature de l'offre en matière de soins conduit également à une plus grande proportion de personnes âgées faisant appel aux maisons de repos à Bruxelles. Une des raisons de cette situation est, en effet, l'offre insuffisante spécifiquement dédiée aux personnes ayant certains besoins de soins, faisant plus rapidement de l'admission en maison de repos la seule option restante (Carbonelle, 2017). De son côté, la Flandre s'est explicitement engagée depuis un certain temps en faveur de la socialisation des soins, ce qui s'est traduit par des investissements importants dans les services de soins et d'aide à domicile (ING & Probis, 2018). Dans le Limbourg, le recours plus important aux soins infirmiers à domicile peut lui aussi être partiellement influencé par l'offre plus limitée de soins résidentiels pour personnes âgées par rapport aux autres provinces flamandes (Departement Zorg van de Vlaamse overheid, 2022).

19 https://indicators.be/fr/i/G10_POV/fr

4. Recommandations pour des soins adéquats aux aîné-es et une politique de soins aux personnes âgées

L'analyse du profil des membres MC âgés de 65 ans et plus montre que nombre d'entre eux-elles, comme attendu, souffrent de maladies chroniques. Nous savons également, grâce à l'enquête de santé, que ces personnes doivent faire face à de nombreuses limitations dans leur vie quotidienne. Par conséquent, les aîné-es dépendent davantage des soins et d'aide que les autres tranches d'âge. En effet, les chiffres de la MC montrent que de nombreuses personnes âgées ont été en contact avec un ou plusieurs prestataires de soins de santé, comme le-la médecin généraliste, le-la spécialiste ou l'infirmière à domicile, au cours d'une année civile. Une grande partie d'entre elles ont également eu recours à des soins institutionnels, notamment les soins hospitaliers ou les séjours en maison de repos. **La poursuite du vieillissement de la population dans les années à venir place donc les responsables politiques et les prestataires de santé et d'aide devant le défi de répondre de manière adéquate à l'augmentation attendue de la demande de soins et d'aide.**

Il est important de garder à l'esprit ici que le **groupe des personnes âgées de 65 ans et plus n'est pas homogène**. Dans nos analyses, nous avons constaté des différences parfois importantes dans le profil de santé et le recours aux soins en fonction de l'âge, du sexe ou de la région et la province. En particulier, le degré de vulnérabilité semble jouer un rôle important dans l'état de santé et le recours aux soins de santé. Les plus vulnérables ont tendance à être en moins bonne santé, à dépendre plus souvent de soins (lourds) et à courir un risque plus élevé de décéder au cours d'une année. Il s'agit d'une **préoccupation importante tant pour l'élaboration des politiques en général que pour l'organisation de l'offre de soins par les acteurs et actrices sur le terrain, en vue de fournir des soins adéquats adaptés aux besoins du bénéficiaire de soins.**

Sur la base des différents constats provenant de nos analyses, nous formulons ci-dessous quelques recommandations générales autour de quatre thèmes clés.

4.1. Investir dans les soins de première ligne

Les données de la MC confirment les résultats de l'enquête de santé selon lesquels la grande majorité des aîné-es ont

au moins un contact avec leur médecin généraliste au cours d'une année civile. Il-elle reste donc un élément important de l'équipe de soins autour d'une personne âgée et bénéficie d'une grande confiance. Le vieillissement augmentant le risque d'une ou plusieurs maladies chroniques et de limitations fonctionnelles et/ou cognitives, on assiste parfois à des situations de soins très complexes où le déploiement de plusieurs acteurs et actrices de première ligne est nécessaire, notamment, outre les médecins généralistes, les infirmières à domicile, les pharmaciennes, l'aide familiale, la kinésithérapie, les services sociaux, etc. **Dans les soins socialisés, les acteurs et actrices de première ligne jouent donc un rôle essentiel, tant selon la volonté des personnes âgées elles-mêmes que celle des autorités.**

Tous ces acteurs et actrices seront confrontés à une demande croissante de soins en raison du vieillissement de la population. Les politiques devraient en tenir compte de manière proactive dans la programmation et l'organisation futures de l'offre de soins. Le contexte actuel de tension sur le marché du travail pour certains profils constitue ici un point d'attention particulier. **Les investissements visant à renforcer l'attrait et la valorisation des acteurs et actrices de première ligne doivent être davantage soutenus dans les années à venir.** Il s'agit notamment de renforcer la position des médecins généralistes dans la première ligne, de revaloriser la profession d'infirmière, d'assigner des tâches spécifiques aux pharmaciennes pour soutenir les situations de soins chroniques, de renforcer les services sociaux, de soutenir le bien-être des prestataires de soins, etc. **Il convient également de réfléchir de manière créative à la délégation des tâches et à la mise en place efficace et complémentaire des différents profils de professionnels en fonction de leur formation et de leur expertise** (MC, 2024, p. 20).

Cette première ligne forte devrait également être encadrée dans un modèle de soins intégrés qui prévoit une transition fluide entre les différentes formes de soins et de soutien à travers les différentes lignes de soins, et où la personne ayant besoin de soins occupe une place centrale (MC, 2024, p. 19).

4.2. Placer la qualité de vie au centre

La MC attache une grande importance à la qualité de vie et au bien-être des personnes tout au long de leur vie. Cette qualité de vie est influencée, entre autres, par la santé. Cette dernière ne se résume pas simplement à ne pas être malade ou à ne pas connaître de limitations. La santé,

c'est aussi se sentir bien dans sa peau, trouver un sens à ce que l'on fait, disposer d'un réseau de soutien, avoir une capacité financière suffisante, vivre dans un environnement agréable, etc. **Sur la base de cette vision large de la santé, la MC appelle donc à une politique de santé qui part de la stratégie de « la santé dans tous les domaines de la politique »** (*'Health in All Policies'*) (MC, 2024, pp. 6-7). La prévention des problèmes de santé, la promotion d'un mode de vie sain, le maintien sous contrôle d'une maladie, le traitement des symptômes, l'offre de soins de confort, l'aide pratique et le soutien psychologique, social et spirituel/existential, etc., sont certainement des éléments nécessitant des initiatives dans le domaine du bien-être et de la santé. Cependant, pour garantir la santé et la qualité de vie, des initiatives dans d'autres domaines tels que les revenus, le logement, les loisirs, les conditions de vie matérielles, l'engagement social, la mobilité, l'aménagement du territoire, etc., sont également nécessaires.

Dans le contexte des soins aux aîné-es, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) utilise le concept de « **vieillessement actif** » (*'active ageing'*), ou optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité en vue d'améliorer la qualité de vie au fur et à mesure que les personnes vieillissent (Organisation mondiale de la santé, 2002). L'OMS adopte également une vision holistique de la santé et du bien-être et plaide non seulement pour des initiatives visant à un **vieillessement en bonne santé**, mais aussi pour un **traitement ou un soutien approprié et de qualité** en cas de besoin. Grâce à leur expérience, leurs connaissances et leurs talents, les aîné-es devraient également **pouvoir jouer un rôle actif et significatif dans la communauté**, avoir la possibilité de poursuivre leur développement personnel, être en mesure de vivre dans un environnement offrant une sûreté et une sécurité adéquates, etc., et ce indépendamment de leur âge ou de leur état de santé. Une préoccupation particulière est le **bien-être mental** et, plus généralement, **le sens**, qui peuvent être mis à l'épreuve par une combinaison de facteurs médicaux et non médicaux. En effet, vieillir signifie être confronté à divers changements et défis. Le vieillissement et l'apparition de maladies chroniques et de limitations entraînent l'expérience de pertes fonctionnelles. Il faut par ailleurs noter la réduction du réseau social en raison de la perte des pairs. Les personnes âgées sont donc exposées au risque d'isolement et de solitude, à une insuffisance en termes de qualité de vie et à la fatigue de vivre. Le défi consiste à les soutenir et à les aider à faire face à ces changements.

Les organisations de la société civile telles qu'Okra, Samana, Altéo et Enéo sont des exemples concrets de contribu-

tion à la qualité de vie. Elles disposent d'une offre variée **d'activités facilement accessibles** auxquelles les membres peuvent participer. Ces organisations de la société civile offrent également des possibilités de s'engager en tant que volontaire, sachant que l'engagement social, la possibilité de participer à des activités qui ont du sens et la participation à la société contribuent à la santé et à la qualité de vie (Vancorenland, et al., 2020).

Les formes innovantes d'habitats pour les aîné-es sont également des concrétisations des principes du *'vieillessement actif'*. Il s'agit notamment de formes d'habitats partagés et d'habitats intergénérationnels, où les personnes âgées et d'autres ménages, avec ou sans besoins spécifiques, vivent dans le même bâtiment et peuvent se soutenir mutuellement. Un autre exemple est celui des zones de soins résidentiels (*woonzorgzone*), qui permettent aux personnes ayant besoin de soins de continuer à vivre dans leur environnement familial en créant un cadre optimal pour une vie indépendante avec des soins dans une zone spécifique. Les concepts clés sont les soins adaptés à la demande et personnalisés, ainsi que l'intégration sociale et la participation des personnes recevant les soins (Franssen, Gillis, & Verniest, 2009; Fondation Roi Baudouin, 2023b; Agence pour le Non-Marchand, 2017; Bernard, 2008; Mettetal, Mandon, & Laurence, 2018).

La réalisation d'une politique axée sur le vieillissement, fondée sur les principes du *'vieillessement actif'* et de la *'santé dans tous les domaines de la politique'*, nécessite également un engagement à **promouvoir dans la société une perception positive du vieillissement et des aîné-es**. Il s'agit notamment de lutter contre la discrimination fondée sur l'âge ou la vulnérabilité et de réduire les stéréotypes sur les personnes âgées, considérées comme dépendantes, nécessiteuses ou passives (*'ageism'*) (Baert & Duppen, 2020). Il ressort entre autres, d'après une enquête d'Enéo auprès des 15-49 ans, que l'âgisme est une réalité, aussi dans notre société (Dayez, 2013-2014). Les attitudes des participant-es à l'enquête à l'égard des aîné-es ont également été examinées de façon indirecte à l'aide de la question « Sans réfléchir et le plus rapidement possible, veuillez noter ici les 5 premiers mots qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez à une personne âgée ». Après analyse, les chercheur-euses ont constaté que 29,1% des termes cités étaient négatifs (par exemple, apathie, maladie, dépendance, etc.) et 22,1% étaient plutôt négatifs (par exemple, références à la santé, aux caractéristiques physiques, etc.). Nous devons **œuvrer en faveur d'une société inclusive offrant aux aîné-es la possibilité d'y participer pleinement**, et ce sur la base de leur expérience de

vie, de leur expertise et de leurs talents. Sur le terrain, il existe déjà des exemples concrets tels que les initiatives susmentionnées en matière de volontariat, les activités intergénérationnelles dans les maisons de repos, comme des exercices d'activité physique communs pour les résident-es et les enfants en âge préscolaire, les camps de vacances pour les jeunes dans les maisons de repos, l'organisation d'un après-midi de marché dans les maisons de repos, etc. (Zenner, 2013). Cela contribue au partage des connaissances et peut améliorer la compréhension et l'appréciation mutuelles.

4.3. Accorder une attention particulière aux aîné-es les plus vulnérables

Plusieurs études, dont celles de la MC, ont déjà cartographié les inégalités de santé et illustré très concrètement les **énormes différences en matière de santé selon la place que l'on occupe dans l'échelle sociale**. Cette étude confirme que c'est **également vrai pour les personnes âgées**. La MC continue donc de plaider en faveur de **politiques fortes qui visent à réduire les inégalités** et s'efforcent d'offrir des soins équitables, inclusifs et efficaces. Ici, le **principe de l'universalisme proportionné devrait être le principe directeur**. « Tout le monde a droit aux mêmes soins abordables, accessibles et de qualité. Les mesures doivent être universelles, mais d'une ampleur et d'une intensité proportionnelles aux besoins des personnes » (MC, 2024, p. 6). Le contenu, les moyens mis en œuvre et l'intensité des mesures doivent donc être adaptés aux besoins spécifiques liés au degré de vulnérabilité de certains groupes. Concernant l'accessibilité, il convient de prêter attention à ses quatre dimensions : les problèmes de santé et les besoins de soins doivent être détectés et reconnus en temps utile (sensibilité), l'offre de soins et d'aide doit être suffisamment disponible dans le temps et dans l'espace, et être facilement accessible (disponibilité), l'offre doit être financièrement accessible de sorte que coûts à charge des patient-es ne constituent pas un obstacle à son utilisation ou un risque de difficultés financières (accessibilité financière) et, enfin, l'offre doit répondre à des exigences minimales de qualité afin que les personnes acceptent de l'utiliser (acceptabilité) (Cès S., 2021; MC, 2024, pp. 7-8). Ces politiques relèvent **de la responsabilité des différentes autorités compétentes de**

notre pays ainsi que des organisations de la société civile et des acteurs de terrain.

Une approche possible, par exemple, est l'**outreach** (« aller vers »)²⁰ pour atteindre les personnes âgées dans différents contextes et environnements. Dans ce contexte, le projet intermutualiste « *Community Health Workers* » mérite d'être mentionné. Ces acteurs et actrices ont pour mission d'accompagner les personnes en situation de vulnérabilité sociale, de les informer, de les diriger vers les services de soins et de bien-être et de les soutenir dans leur recours à ces services, par exemple en leur rappelant un rendez-vous. Pour ce faire, ils-elles adoptent une approche proactive et « *allant vers* », en recherchant des personnes et en établissant des contacts. En outre, sur la base de leurs actions concrètes, ils-elles acquièrent également une connaissance des problèmes structurels et des inégalités en matière d'accès aux soins, ce qui leur permet d'assumer une importante fonction de signal²¹ à l'égard des politiques. Compte tenu de leur valeur ajoutée, il est important d'ancrer structurellement cette initiative (MC, 2024, p. 9).

En Flandre, il existe l'initiative « **geïntegreerd breed onthaal** » (GBO), qui vise en priorité à accroître l'accessibilité et la disponibilité de l'aide et des services sociaux locaux et à lutter contre la sous-protection, notamment par le biais de l'accueil élargi et de l'« explorateur des droits » (« *rechtenverkenner* »). Pour ce faire, le GBO envisage un partenariat entre les CPAS, les CAW (*Centrum Algemeen Welzijnswerk*) et les services sociaux des mutualités²². Une coordination est également assurée avec d'autres acteurs locaux de base ou facilitateurs (associations de lutte contre la pauvreté, médecins généralistes, services de soins à domicile, etc.) ainsi qu'avec l'offre d'accompagnement plus spécialisée. Au sein du GBO, l'information proactive et l'**outreach** constituent également des principes de base pour les initiatives.

Il est également possible de pratiquer l'**outreach** dans le domaine des soins. Cela est notamment prévu dans la nouvelle **convention pour les soins psychologiques**, qui intègre les principes de « sites » et de l'**outreach** afin de rendre les soins psychologiques plus accessibles. Cela permet également de proposer des soins psychologiques dans des lieux où ils ne sont pas encore présents, mais où des personnes

20 L'**outreach** fait référence à des formes de travail dans lesquelles des professionnels ou des volontaires travaillent en dehors des murs de leurs propres organisations et entrent dans l'environnement de vie des personnes vulnérables en vue d'améliorer leur bien-être.

21 <https://www.chw-intermut.be/>

22 <https://www.departementwvvg.be/gbo>

appartenant aux groupes ciblés sont susceptibles de se trouver (sites). Les psychologues peuvent également organiser des séances sur le lieu de vie du/de la patient-e, lorsqu'il-elle ne peut pas se rendre lui-elle-même là où les soins sont dispensés, par exemple en raison de ses problèmes de déplacement (*outreach*) (Noirhomme, Dispas, & Smith, 2023). Il est important que ces possibilités soient également renforcées pour les aîné-es en offrant ces soins dans les établissements pour personnes âgées et dans le cadre des soins à domicile (MC, 2024, p. 14).

Un autre exemple est la politique flamande qui vise à créer des **quartiers solidaires** (*zorgame buurt*) : des quartiers où les gens vivent « confortablement dans leur logement ou le quartier qui leur est familier. C'est un quartier où jeunes et moins jeunes se connaissent et s'entraident. Dans un quartier solidaire, la qualité de vie est centrale, les équipements et les services sont accessibles à tous et toutes. Toutes les personnes s'y sentent bien et sont aidées, quels que soient les besoins de soutien » (Vlaamse overheid, 2023, notre traduction). L'accent mis sur le tissu social et la solidarité dans ces quartiers favorise la participation et l'inclusion, par exemple avec la mise en place de rencontres et d'entraide, ainsi que l'établissement d'un lien actif entre les soins informels et formels. Les possibilités visant à détecter de manière précoce les vulnérabilités, à éviter ou combattre les inégalités et à soutenir les aidants proches s'en voient renforcer. Enfin, les quartiers solidaires poursuivent activement la coopération intersectorielle et la création d'un réseau d'acteurs engagés dans la prévention, la promotion de la santé et la prestation de soins intégrés²³. De nombreuses organisations de la société civile, telles que les mouvements sociaux pour les aîné-es, comme Okra, et les associations de et pour les personnes atteintes de maladie chronique ou nécessitant des soins, leurs aidants proches et leurs volontaires, comme Samana, contribuent par leur offre et leur travail avec les volontaires à la concrétisation sur le terrain des quartiers solidaires.

Il importe, d'un point de vue politique, de continuer à **donner de l'espace aux initiatives provenant du terrain et de continuer à investir dans les acteurs de terrain, actifs dans les différents domaines de la vie** (MC, 2024, p. 23). Au niveau local, les organisations sont en contact avec les besoins de la société et fournissent une offre de soins, de soutien et de toutes sortes d'activités accessibles qui contribuent à la santé, au bien-être et à la qualité de vie, ainsi qu'à une plus grande accessibilité des soins et du soutien.

Enfin, il est également important pour l'avenir de continuer à investir dans des mesures qui **réduisent les coûts des soins et du soutien qui restent à charge des plus vulnérables** et dans des mesures qui prévoient l'**attribution automatique de droits**, comme le statut affection chronique²⁴.

4.4. Impliquer et soutenir les aidants proches

Les aîné-es souhaitent rester le plus longtemps possible dans leur environnement familial, même si les besoins de soins sont importants. Pour y parvenir, il faut généralement impliquer de multiples acteurs du secteur des soins et du bien-être. Néanmoins, les **aidants proches**, le plus souvent le-la partenaire ou les enfants, constituent également **un maillon essentiel** ici. Les aidants proches assument des tâches très diverses, notamment le soutien socio-émotionnel, les tâches ménagères, l'aide administrative, les soins, etc. Par conséquent, il est important que les prestataires de soins professionnels considèrent ces proches **comme des partenaires à part entière et les impliquent dans les décisions** concernant l'organisation des soins et du soutien.

Pour de nombreuses personnes, le fait de devenir aidant proche va de soi et elles en retirent une grande satisfaction. Toutefois, ces personnes veulent en même temps pouvoir combiner cela avec d'autres rôles, y compris le travail, qui sont également une source importante de sens et de développement personnel, leur permettant ainsi de respirer dans leur rôle d'aidant et d'éviter l'isolement social (Cès, et al., 2016). En outre, le rôle d'aidant proche **constitue souvent une charge supplémentaire non négligeable**. Ainsi, les aidants proches rencontrent parfois des obstacles importants et sont confrontés à la recherche parfois difficile d'informations, de conseils et d'options de soins et de soutien, y compris en termes de soins de répit (Cès, et al., 2016). Une étude de la MC sur les aidants proches a montré qu'en plus du manque d'information, la réticence personnelle et la peur du jugement des autres, ainsi que le coût des soins de répit, constituent des obstacles à leur utilisation (Gérain & Avalosse, 2020). En outre, la recherche a montré que le fait d'être aidant proche peut avoir un impact sur la santé mentale (Gordon, 2023) ainsi que des impacts sociaux et financiers (Criel, De Koker, & Vanlerberghe, 2010).

Les prestataires de soins professionnels doivent donc être attentif-ves aux besoins des aidants proches et aider à

23 <https://www.zorgenvoormorgen.be/zorgamebuurten/wat>

24 <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/statut-affection-chronique>

conserver l'équilibre entre leur capacité à mener ce rôle d'aidant et la charge qu'il représente, et donc leur santé et leur qualité de vie. S'ils-elles identifient des risques, ils-elles peuvent en parler aux aidants proches et en discuter, en concertation, au sein de l'équipe soignante. Ils-elles peuvent les informer sur l'offre existante et les encourager à faire appel à un soutien supplémentaire ou les orienter vers d'autres acteurs de première ligne pouvant les accompagner dans cette démarche. En effet, la perte de l'aide d'un proche, en particulier s'il s'agit du/de la partenaire de la personne âgée qui a besoin de soins, est souvent une raison décisive pour l'institutionnalisation (Buhr, Kuchibhatla, & Clipp, 2006).

En vue d'un engagement durable des aidants proches, **les politiques doivent prendre des initiatives visant à soutenir leur capacité de prise en charge.** Il s'agit par exemple de supprimer les obstacles financiers et organisationnels, de renforcer le congé pour soins d'aidant proche, etc. (MC, 2024).

En outre, en guise de principe de base pour les acteurs de soins et les responsables politiques, **la décision de devenir aidant proche ou le volume de soins pris en charge doit toujours être un libre choix des proches.** Cela ne doit pas être uniquement dû à des problèmes de disponibilité, d'accessibilité géographique ou d'accessibilité financière aux prestations professionnelles de soins et de soutien.

Conclusion

Nous allons tous vieillir et ce n'est pas forcément une mauvaise nouvelle : avoir la perspective d'une vie longue et épanouissante est plutôt positif. Malheureusement, pour

beaucoup d'entre nous, vieillir va s'accompagner de problèmes de santé et de perte d'autonomie. Le profil de santé de nos aîné-es en témoigne : bien des personnes âgées sont confrontées à diverses vulnérabilités : état de santé qui se dégrade, présence d'une (ou plusieurs) maladie(s) chronique(s), recours accru aux soins, tant ambulatoires qu'hospitaliers. À cela s'ajoutent des vulnérabilités plus sociales : même si elle est globalement en diminution, la proportion d'aîné-es qui bénéficient de l'intervention majorée (ce qui indique des revenus disponibles limités) reste élevée, surtout chez les 85 ans et plus. En outre, la proportion de personnes âgées vivant seules est élevée (une sur trois). Or, vivre seul, avec le danger de voir la participation à la vie sociale diminuer, est aussi un facteur de risque sur le plan de la santé. On voit donc se dessiner une problématique qui va au-delà de la seule santé : il ne s'agit pas seulement de veiller à ce que les services de santé et de bien-être puissent répondre adéquatement aux besoins de soins et d'accompagnement de nos aîné-es (plus nombreux à l'avenir). Il s'agit plus largement de veiller à leur qualité de vie, ce qui implique réflexions et initiatives dans tous les domaines (prévention, logement, aménagements des villes, revenus, soutien aux aidants proches, etc.). Pour cela, tous les responsables politiques, acteurs et actrices de terrain doivent se mobiliser. C'est bien un enjeu sociétal auquel nous faisons tous face.

La présente étude était consacrée à l'exploration systématique du profil de nos aîné-es. Nous consacrerons une prochaine étude à une analyse détaillée de leur recours aux soins de santé. Il s'agira alors de se pencher sur les volumes. Par exemple : Combien de contacts avec les médecins ? Combien d'hospitalisations et pour quelle durée ? Quel volume de médicaments ? Avec ce type d'analyse, nous mettrons en lumière l'intensité des soins auxquels les personnes âgées font appel.

Bibliographie

- Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2019). *Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016): Focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus*. Bruxelles: Commission communautaire commune.
- Agence pour le Non-Marchand. (2017). *L'habitat intergénérationnel en plein boom à Bruxelles*. Récupéré sur leguidesocial.be.
- Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming. (2022). *Jaarverslag 2022*. Brussel: Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming.
- AIM. (2019). *Echantillon Permanent Steekproef - EPS R13 – FLAGS Release 20190201 FR*. Bruxelles: Agence Intermutualiste.
- Avalosse, H., Chapelle, A., & van Sloten, F. (2015). Recours aux urgences hospitalières : exploration des données de la MC. *MC-Informations*, 262, 18-25.
- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé. *Santé & Société*, 4, 6-30.

- Avalosse, H., Vandeleene, G., & De Spiegeleer, T. (2023). Davantage de personnes avec le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée. *Santé & Société*, 5, 6-33.
- Baert, V., & Duppen, D. (2020). *Ageism: 'Ouderen zijn slachtoffer van discriminatie, stereotypen en vooroordelen'*. Récupéré sur Sociaal.net.
- Balasundram, S., Holm, A., Skov Benthien, K., Boch Waldorff, F., Reventlow, S., & Overbeck, G. (2023). Increasing the chance of dying at home: roles, tasks and approaches of general practitioners enabling palliative care: a systematic review of qualitative literature. *BMC Primary Care*, 24(77), 1-11.
- Beke, W. (2019). *Welzijn, Volksgezondheid. Beleidsnota 2019-2024*. Brussel: Vlaams Parlement.
- Bernard, N. (2008). Le logement intergénérationnel : quand l'habitat (re)créé du lien. *La Revue nouvelle*, 2, 67-76.
- Blum, M., Sallevelt, B., Spinewine, A., O'Mahony, D., Moutzouri, E., Feller, M., . . . Rodondi, N. (2021). Optimizing therapy to prevent avoidable hospital admissions in multimorbid older adults (OPERAM): cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 374(1585), 1-13.
- Buhr, G., Kuchibhatla, M., & Clipp, E. (2006). Caregivers' reasons for nursing home placement: clues for improving discussions with families prior to the transition. *The Gerontologist*, 46(1), 52-61.
- Bureau fédéral du Plan, & Statbel. (2023). *Perspectives de la population*. Récupéré sur statbel.fgov.be.
- Buurman, B., & Seben, R. (2018). De wijkkliniek: zorg in de buurt voor kwetsbare ouderen. *TVZ*, 128, 44-48.
- Carbonelle, S. (2017). *De profielen van de bewoners O en A* in rusthuizen voor bejaarden (ROB) in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Trajecten, oriënteringslogica, opvang en alternatieven*. Bruxelles: Institut de Sociologie de l'ULB.
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Information*, 286, 4-22.
- Cès, S., Flusin, D., Schmitz, O., Lambert, A., Pauwen, N., & Macq, J. (2016). *Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe. Étude de données*. Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Clumeck, N., De Spiegelaere, M., & Deguerri, M. (2005). *Rapport betreffende het onderzoek naar het profiel van de Brusselse patiënten die voor een dringend medisch probleem twee zorgcircuits bezoeken: de ziekenhuiswachtendienst en de huisartsen*. Brussel: IRIS netwerk.
- Conseil supérieur de l'emploi. (2023). *La participation des femmes au marché du travail - Janvier 2023*. Récupéré sur Conseil supérieur de l'emploi.
- Conseil Supérieur des Finances. (2023). *Comité d'étude sur le vieillissement, Rapport annuel 2023*. Bruxelles: Conseil Supérieur des Finances.
- Criel, B., De Koker, B., & Vanlerberghe, V. (2010). Mantelzorg in Vlaanderen. Uitdagingen en perspectieven. *Huisarts Nu*, 39(7), 259-261.
- Dayez, J.-B. (2013-2014). Comment les aînés sont-ils perçus? Résultats de l'étude menée par Énéo. *Balises*, 44, 2-23.
- De Decker, P., Vandekerckhove, B., Wellens, C., Volckaert, E., Schillebeeckx, E., & De Luyck, N. (2018). *Vergrijzing op het platteland. Samenvatting & beleidsaanbevelingen*. Brussel: KU Leuven.
- Demarest, S., Charafeddine, R., Drieskens, S., & Berete, F. (2019). *Enquête de santé 2018 : Expérience du patient*. Bruxelles: Sciensano.
- Demarest, S., Gisle, L., Charafeddine, R., & Van der Heyden, J. (2019). *Enquête de santé 2018 : Incapacité de longue durée*. Bruxelles: Sciensano.
- Departement Zorg van de Vlaamse overheid. (2022). *Erkende/geplande capaciteit per gemeente, geplaatst tegenover de programmatie voor woonzorgcentra op 1-apr-2022*. Consulté le 9 novembre 2023, sur <http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers>
- Driesen, B., Mertens, H., Barendregt, R., Bonjer, J., Wagner, C., & Nanayakkara, P. (2021). Root causes and preventability of emergency department presentations of older patients: a prospective observational study. *BMJ Open*, 11, 1-12.
- Eggerickx, T., Sanderson, J.-P., Vandeschrick, C., & Donadille, C. (2021). Inégalités sociales de mortalité au-delà de 65 ans. Le cas de la Belgique. *Revue Quetelet*, 9(5), 101-125.
- Eurostat. (2023). *Nombre d'années de vie en bonne santé à 65 ans, par sexe*. Consulté le octobre 25, 2023, sur ec.europa.eu/eurostat.
- Fondation Roi Baudouin. (2017). *Zoom: Les choix de vie des plus de 60 ans*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Fondation Roi Baudouin. (2022). *Choix de vie chez les plus 60 ans n'ayant pas besoin d'aide*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Fondation Roi Baudouin. (2023a). *Zoom : Les choix de vie des plus de 60 ans*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Fondation Roi Baudouin. (2023b). *L'habitat groupé de Vosberg : la passion du vivre-ensemble intergénérationnel*. Récupéré sur <https://kbs-frb.be/fr>.
- Franssen, A., Gillis, O., & Verniest, R. (2009). Formes alternatives et innovations en matière de logement, de services et de soins pour les aînés. *MC-Information*, 237, 3-16.
- Gérain, P., & Avalosse, H. (2020). Comprendre les aidants-proches, leur bien-être et leur recours aux services de soutien et de répit. *MC-Information*, 282, 4-19.
- Gilmour, H., & Ramage-Morin, P. (2020). Isolement social et mortalité chez les personnes âgées au Canada. *Statistique Canada*, 31(3), 29-41.
- Gordon, E. (2023). *Proches aidants: quelles retombées sur la santé?* Consulté le 27 octobre 2023, sur Planète Santé.
- Gouvernement wallon. (2019). *Déclaration de politique Wallonie 2019-2024*. Namur.
- INAMI. (2023a). *Formes alternatives de soins aux personnes âgées*. Récupéré sur inami.fgov.be.
- INAMI. (2023b). *Plan interfédéral Soins intégrés*. Récupéré sur inami.fgov.be.
- ING, & Probis. (2018). *Woonzorgcentra: trends en indicatoren*. Brussel.

- Integreo. (2023). *Des soins intégrés pour une meilleure santé*. Consulté le 26 octobre 2023, sur integreo.be.
- IWEPS. (2023). *Fécondité et natalité - indice conjoncturel*. Consulté le 10 novembre 2023, sur iweeps.be.
- KCE. (2019). *Performance of the Belgian health system - report 2019. Supplement: technical sheets for indicators*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Lievens, S. (2015). *Overbezetting op spoedopname: oorzaken, effecten en oplossingen. Case study in een middelgroot ziekenhuis*. Gent: UGent.
- Lucassen, R., Colijn, P., Snijders, M., Zarbanoui, P., & Schuitemaker, D. (2021). *Data geeft inzicht in hoe ziekenhuisopnames onder ouderen voorkomen kunnen worden. Onderzoek naar het verband tussen opnames op spoedeisende hulp en de persoonlijke omstandigheden van ouderen*. Nederland: Deloitte.
- Luppa, M., Luck, T., Weyer, S., König, H., & Riedel-Heller, S. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing, 39*, 31-38.
- MC. (2024). *Fondements pour un meilleur Produit de Bien-être brut. Elections 2024*. Bruxelles: MC.
- Mettetal, L., Mandon, O., & Laurence, L. (2018). Les granny flats au Royaume-Uni. *Habiter autrement, 9*.
- MLOZ. (2013). *Concentration des dépenses en soins de santé. Analyse des remboursements de l'assurance maladie*. Bruxelles.
- Morel, M. (2020). Note de vision de la MC sur les soins palliatifs : une quête de solidarité. *MC-Informations, 285*, 46-54.
- Noirhomme, C., & Lambert, L. (2020). La consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques reste importante. *MC-Informations, 280*, 44-52.
- Noirhomme, C., Dispas, M., & Smith, P. (2023). La convention 'soins psychologiques' dans le paysage des soins de santé mentale. *Santé & Société, 7*, 4-39.
- Ntahonganyira, R.-M., & Lebbe, C. (2023). La croissance continue des dépenses pour les médicaments. *Santé & Société, 7*, 64-85.
- Ntahonganyira, R.-M., Avalosse, H., & Vandeleene, G. (2018). Le Top 10 des groupes thérapeutiques. Des dépenses évitables / nécessaires ? *MC-Informations, 271*, 26-36.
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Active ageing. A policy framework*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Paulus, D., Van den Heede, K., & Mertens, R. (2012). *Position paper: organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. Health Services Research (HSR)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale, 24*(188), 457-458.
- Statbel. (2022). *Nieuwe enquête brengt eenzaamheid, geluksgevoel en tevredenheid van de Belgen in kaart*. Récupéré sur statbel.fgov.be.
- Statbel. (2023a). *Sterftetafels en levensverwachting*. Consulté le 6 juin 2023, sur statbel.fgov.be.
- Statbel. (2023b). *La Belgique compte 1,8 million de ménages d'une personne en 2023*. Consulté le 26 septembre 2023, sur statbel.fgov.be.
- Steunpunt tot Bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. (2016). *Feiten en cijfers. Is er meer armoede in de stad dan op het platteland?* Brussel: Steunpunt tot Bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.
- Surkyn, J. (2020). *Oversterfte in de Belgische woonzorgcentra*. Consulté le 26 septembre 2023, sur Interface Demography Research Group.
- Tubbax, L. (2016). *Analyse van de doorverwijzing van ouderen door de huisarts met wachtdienst*. Leuven: KU Leuven.
- Van den Heede, K., Dubois, C., & Devriese, S. (2016). *Organisatie en financiering van spoeddiensten in België: huidige situatie en opties voor hervorming*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Van der Heyden, J., & Charafeddine, R. (2019). *Enquête de santé 2018 : Maladies et affections chroniques*. Brussel: Sciensano. Bruxelles: Sciensano.
- Van der Heyden, J., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Enquête de santé 2018 : Soins ambulatoires dispensés par les médecins et les dentistes*. Bruxelles: Sciensano.
- van Oostrom, S., Gijzen, R., Stirbu, I., Korevaar, J., Schellevis, F., Picavet, H., & Hoeymans, N. (2016). Time trends in prevalence of chronic diseases and multimorbidity not only due to aging: data from general practices and health surveys. *Plos One, 11*(8), 1-14. Récupéré sur Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.
- Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., Rimé, B., Morton, J., Tourné, J., . . . Dayez, J.-B. (2020). L'engagement social et la santé. *MC-Informations, 279*, 26-39.
- Verniest, R., Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2020). 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 ? *MC-Informations, 282*, 30-45.
- Vlaamse overheid. (2023). *Zorgzame buurten*. Consulté le 14 novembre 2023, sur <https://www.zorgenvoormorgen.be/zorgzamebuurten/>.
- Willaert, D., Maron, L., & Vrancken, J. (2023). *Medicatiegebruik in woonzorgcentra in 2021: een longitudinale analyse*. Brussel: Solidaris.
- Wilson, N., Hilmer, S., March, L., Cameron, I., Lord, S., Seibel, M., . . . Sambrook P. (2011). Associations between drug burden index and falls in older people in residential aged care. *Journal of the American geriatrics society, 59*(5), 875-880.
- Woolcott, J., Richardson, K., Wiens, M., Patel, B., Marin, J., Khan, K., & Marra, C. (2009). Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Archives of internal medicine, 169*(21), 1952-1969.
- Zenner, C. (2013). *Dialogo tussen jong en oud. Uit het leven in het woonzorgcentrum gegrepen*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.

Budget des soins de santé 2024 : « d'abord le contenu »

Saskia Mahieu – Département politique
Remerciements à Hélène Janssens – Service d'études

Résumé

C'est au travers d'une coconstruction avec l'ensemble des secteurs des soins de santé et beaucoup moins via des négociations bilatérales secteur par secteur que les travaux autour du budget des soins de santé 2024 ont été menés. Les prestataires de soins et les organismes assureurs se sont réunis pour clarifier les montants disponibles pour de nouvelles initiatives budgétaires et réfléchir collectivement à une répartition de ces moyens.

Dans la pratique, les médecins, spécialistes et généralistes, les infirmières, les dentistes, les sage-femmes, les représentants des hôpitaux, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychologues et les autres prestataires ont écouté les besoins prioritaires de chaque secteur, ainsi que ceux identifiés en termes d'accessibilité par les mutuelles. L'objectif était de répartir une enveloppe commune et de prendre en compte les besoins spécifiques des secteurs financés par l'assurance obligatoire soins de santé tout en veillant à ce que suffisamment d'accessibilité aux soins soit garantie. C'est un vrai exercice d'équilibriste au centre d'intérêts très divergents et pour lequel les travaux de la future Commission pour les objectifs de soins de santé sont attendus. Travailler avec des objectifs de soins de santé devrait, de plus en plus, donner un cadre commun et permettre d'arbitrer entre des choix budgétaires.

Le cadre financier de l'année 2024 était particulièrement peu clair étant donné les nombreuses modifications apportées en cours d'année 2023 par le gouvernement (entre autres une réduction de la norme de croissance de 2,5% à 2% et des montants qui ne peuvent pas être dépensés). À ce cadre, s'ajoutait l'exercice « *appropriate care* », un exercice de réallocation de moyens également demandé au secteur des soins de santé pour générer plus de « *health value* ».

Sous l'impulsion des mutualités, les prestataires de soins ont décidé, en accord avec ce qui avait été fixé l'année précédente, de redistribuer le budget commun de 100 millions d'euros afin de maintenir autant que possible le taux de conventionnement. Il a été solidairement décidé d'allouer ce budget à certains secteurs prioritaires en termes d'accessibilité, tels que les soins à domicile, l'obstétrique, les soins de maternité, la kinésithérapie, la logopédie et les soins dentaires. Bien que le Conseil général au sein de l'INAMI n'ait pas suivi la proposition du Comité de l'assurance à la lettre, les mutualités ont dans tous les cas démontré que le modèle de concertation entre les mutualités et les prestataires de soins fonctionne et que c'est précisément en période de défis majeurs pour le système de soins de santé et de pénurie budgétaire qu'il est nécessaire d'aborder l'élaboration du budget de manière intersectorielle.

Mots-clés : Budget, soins de santé, *gouvernance*, objectifs de soins de santé, *appropriate care*, nouvelles initiatives, réformes, analyse

1. Trajectoire budgétaire 2022-2024

Le système de soins de santé est confronté à d'immenses défis. Les inégalités sociales et financières, la pénurie croissante de personnel soignant, les restrictions budgétaires, le vieillissement de la population, les évolutions épidémiologiques et climatiques, l'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques et l'insuffisance des soins préventifs requièrent toute notre attention. Par conséquent, les mutualités plaident depuis un certain temps pour que les processus de décision au sein de l'INAMI se basent sur une vision à long terme et plus qu'auparavant sur des preuves scientifiques¹.

Le 1^{er} mars 2021, en partie sous l'impulsion d'un nouveau gouvernement et d'une norme de croissance de 2,5%², la trajectoire budgétaire 2022-2024 a commencé au sein de l'INAMI. En même temps que la proposition financière du budget des soins de santé 2024, le Comité de l'assurance a transmis au Conseil général³ des principes méthodologiques qui consistent à travailler avec des objectifs de soins de santé et à éviter les soins inappropriés (*inappropriate care*) ce qui vise à créer davantage d'effets sur la santé et/ou une meilleure qualité de vie (*health value*) avec les moyens disponibles.

1.1. 2022-2023 : Objectifs de soins de santé et *Appropriate Care*

Début 2021, un appel autour des objectifs de soins de santé et des « *appropriate care* »⁴ (INAMI, 2022a) a été lancé et a généré près de 300 fiches présentant des idées pour créer plus de valeur pour la santé (*health value*). Son évaluation par plusieurs *task forces* et sous la direction d'un comité scientifique a abouti, durant l'été 2021, à la détection de certains domaines prioritaires en matière de soins de santé : l'accessibilité aux soins de santé, les soins préventifs,

la prise en charge structurée et intégrée centrée sur le-la patient-e, les soins de santé mentale et la durabilité des soins de santé. L'élaboration du budget 2022 a initié cette transition vers des exercices budgétaires basés sur une vision à long terme et plus de méthodologie.

Lors des travaux budgétaires 2022, le Comité de l'assurance a proposé au Conseil général d'allouer la totalité de la marge budgétaire⁵ de 123 millions d'euros à la nouvelle ligne « Objectifs de soins de santé et *appropriate care* », et ce afin de traiter conjointement les questions prioritaires en matière de soins. Une part importante de ce budget a été allouée à plusieurs trajets de soins visant à améliorer la qualité de vie des patient-es à risque de diabète ou déjà diabétiques, des enfants atteints d'obésité, des femmes enceintes vulnérables, des patient-es ayant subi une transplantation d'organe abdominal, des adolescent-es souffrant de troubles alimentaires, des patient-es atteints de BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive) et des patient-es souffrant de Covid long (Mahieu, Cès, & Lambert, 2022).

Le rapport final établi en février 2022 a décidé de faire du principe *Quintuple Aim* la base de toute prise de décision au sein de l'INAMI (INAMI, 2022a). En matière de soins de santé, le *Quintuple Aim* est synonyme de :

- la qualité des soins, telle qu'elle est perçue par la personne ayant besoin de soins et d'assistance ;
- la santé de la population ;
- le rapport coût-efficacité, qui est le rapport entre les ressources déployées et les valeurs réalisées ;
- l'équité dans la société, en accordant une attention particulière à l'accessibilité des soins de santé au sens large (c'est-à-dire pas seulement financière) et à l'inclusion des différentes formes de diversité ;
- le bien-être des professionnel-les de santé.

Le secteur des soins essuie malheureusement les crises les unes après les autres. La pandémie de COVID-19 n'était

1 Déjà fin octobre 2019, les mutualités ont demandé la mise en place d'un groupe de travail au sein de l'INAMI en vue de développer une méthodologie intersectorielle basée sur une vision à long terme, et des objectifs de soins de santé, qui devraient précéder l'élaboration d'un budget (INAMI, 2019).

2 Une norme de croissance de 2,5 signifie que le gouvernement a décidé au début de sa législature que, durant son mandat, le budget des soins de santé pourrait croître de 2,5% par an.

3 Le Comité de l'assurance est composé d'un nombre égal de représentant-es des institutions d'assurance et de prestataires de soins de santé. Des représentant-es des partenaires sociaux y siègent à titre consultatif. Le Conseil général est composé des représentant-es des personnes chargées du financement de l'assurance, à savoir les employeurs, les employé-es, les indépendants, et des représentant-es du gouvernement (3/4 des mandats) et les organismes assureurs (1/4 des mandats). Les représentant-es des prestataires de soins de santé ne siègent qu'à titre consultatif au sein du Conseil.

4 « *Appropriate Care* vise à créer une *health value* additionnelle. Pour ce faire, elle s'appuie sur des principes tels que les bons soins prodigués au bon endroit. Ceci implique le désinvestissement des *inappropriate care*, la réduction des variations de pratique, le recyclage des moyens résultant de la surutilisation et le réinvestissement dans la sous-utilisation. La sur- et sous-consommation des soins et médicaments seront combattues, entre autres par la promotion de l'innovation technologique » (INAMI, 2022a, p. 193).

5 La marge budgétaire est la différence entre les dépenses estimées à politique constante et l'objectif budgétaire global conforme à la norme de croissance définie. Si cette différence est positive, il existe une marge budgétaire disponible, et il est ainsi possible de prendre de nouvelles initiatives.

pas encore maîtrisée que les prestataires de soins devaient faire face aux inondations, à la hausse des coûts énergétiques et à une inflation massive, pour laquelle les mécanismes d'indexation actuels ne sont pas suffisamment adaptés. Les prestataires de soins manquent de moyens. Le coût de la vie ayant augmenté pour les patient-es, l'accessibilité financière des soins se trouve, elle aussi, sous pression. Fin septembre 2022, le gouvernement, lors de son conclave budgétaire, a dû rechercher un équilibre entre, d'une part, l'augmentation des dépenses en faveur du pouvoir d'achat des ménages et de la compétitivité des entreprises et, d'autre part, la limitation de la dette publique à la suite des différentes crises⁶.

Le Comité de l'assurance a donc proposé au Conseil général d'affecter la marge budgétaire pour 2023 en premier lieu au maintien d'une offre de soins de qualité suffisante et adéquate, conformément au *Quintuple Aim*. Les prestataires de soins de santé se sont également engagés à réserver 20 millions d'euros aux activités visant à éviter l'*inappropriate care*. Au total, 195 millions d'euros ont été investis dans le maintien et l'accessibilité des soins de santé. La moitié de cette somme, à savoir 100 millions d'euros, a été allouée à tous les secteurs sous la forme d'une « prime de convention ». Il s'agit plus précisément, pour les prestataires de soins entièrement conventionnés, d'une compensation pour l'augmentation des coûts de fonctionnement due aux factures d'énergie et à l'inflation (INAMI, 2022b).

Cependant, l'exécution de ce premier exercice *appropriate care* ne s'est pas déroulée comme prévu. Alors que les mutualités souhaitaient réaliser certaines fiches du rapport de l'été 2021, l'exercice a finalement été organisé par secteur. Toutefois, des éléments historiques font que la détection et la somme des *inappropriate care* ne sont pas équivalentes dans tous les secteurs. Dans certains secteurs, le budget prédéfini n'a pas été atteint et des corrections linéaires, c'est-à-dire des mesures d'économies, furent prises.

1.2. 2024 : Une élaboration du budget en coconstruction

En 2023 les prestataires de soins ainsi que les mutualités ont fait précéder les discussions sur la répartition de l'enveloppe par des débats de fond sur la performance du système de santé. « D'abord le contenu, ensuite les sous », telle sera la devise de l'élaboration du budget des soins de santé 2024. Cela a mené à un processus budgétaire en « coconstruction » avec le Comité de l'assurance, qui s'est réuni régulièrement dès le mois d'août, d'abord par le biais de tables rondes (voir Annexe), puis pour formuler une proposition concrète de budget pour les soins de santé en 2024.

Les messages concrets adressés au Conseil général concernaient :

- l'amélioration de la méthodologie relative aux objectifs de soins de santé (notamment pour éviter les *inappropriate care*), et à la création des effets sur la santé et/ou une meilleure qualité de vie (*health value*) ;
- la nécessité de faire gagner en transparence le budget des soins de santé, notamment après les différents conclaves budgétaires (voir plus bas dans le texte) ;
- le respect du rôle du Comité de l'assurance au sein de l'INAMI, car le gouvernement prend certaines décisions qui ne font pas l'objet de consultation préalable auprès du Comité de l'assurance, ou qui tiennent peu compte des consultations, le cas échéant ;
- les secteurs ont des besoins très différents et spécifiques, et la politique de santé devrait davantage en tenir compte. La réaffectation d'une partie des moyens se révèle donc ici appropriée.

En ce qui concerne la méthodologie, le Comité de l'assurance s'est engagé à formuler conjointement et en premier lieu des objectifs de soins de santé SMART⁷ et à sélectionner des indicateurs de suivi avant de prendre des décisions budgétaires (INAMI, 2023c). En effet, les trajets de soins lancés en 2022 ont seulement été implémentés en 2024. Les discussions y afférant ont fortement été influencées par le budget disponible et dans la hâte de réaliser le budget disponible, trop peu d'attention a été accordée à la formulation d'objectifs communs, et aux possibilités de planification pluriannuelle de leur réalisation. Par consé-

6 Le Comité du Monitoring s'attend à ce que les gouvernements belges enregistrent collectivement un déficit de 26,1 milliards d'euros en 2023, déficit en grande partie de nature structurelle en raison du vieillissement de la population.

7 Un objectif SMART est Spécifique, Mesurable, c'est-à-dire quantifié (par exemple, diminution de X %) ou au moins avec la mention d'un indicateur à suivre ; Atteignable (ambitieux, acceptable ou faisant l'objet d'un accord, notamment parce qu'il est impossible de déterminer des actions) ; Réaliste compte tenu du contexte, des ressources, d'horizon temporel (faisabilité) ; et Temporellement défini, avec une échéance définie à court, moyen ou long terme (avec des données de base) (INAMI, 2022a, p. 195).

quent, la coconstruction prévue, impliquant la construction d'un savoir-faire et de solutions innovantes dans le cadre du budget existant par trajet de soins n'a, selon les membres du Comité de l'assurance, été réalisée que partiellement. Celle-ci aurait pu être meilleure si le contenu avait été discuté au préalable. Le Comité de l'assurance s'est engagé à tester cette nouvelle méthode de travail basée sur la formulation d'objectifs de soins de santé SMART et de programmes d'action, pour des trajets de soins comme celui visant l'amélioration de la qualité de vie en fin de vie, avant d'allouer éventuellement des moyens à cet objectif en 2025.

À la MC, nos ambitions sur la coconstruction sont élevées. La coconstruction réfère à la collaboration entre différents acteurs et actrices concernés (prestataires de soins, organisations de santé, associations de patient-es, expert-es, mutualités) autour de problématiques complexes de santé publique et de performance du système de santé en vue d'élaborer des programmes d'actions pour atteindre des objectifs prioritaires communs et d'en évaluer leurs effets (Cès, 2022).

La coconstruction concerne un cycle d'amélioration itératif (Mahieu & Cès, 2023) :

1. sélection et définition du problème à traiter, formulation d'un objectif SMART ;
2. le problème étant complexe, il est essentiel de commencer à rassembler de la connaissance commune autour du problème ;
3. des options alternatives, des modèles et des actions possibles sont proposés, avant de sélectionner les plus pertinents ;
4. les valeurs des actions proposées sont évaluées en les confrontant à la perspective des patient-es et des prestataires de soins, au contexte local et à d'autres facteurs externes ou à des projets existants, etc. ;
5. les actions prioritaires ayant passé l'évaluation sont rendues opérationnelles et des estimations budgétaires sont faites en vue de planifier leur mise en œuvre sur plusieurs années.

Enfin, l'objectif de la coconstruction est de créer de l'engagement pour réaliser les objectifs de soins de santé définis. Les objectifs de soins de santé ne pouvant être réalisés que dans un délai de 5 à 10 ans, cette méthodologie permet de créer un cadre financier pluriannuel pour les futurs processus budgétaires.

2. Objectif budgétaire et estimations techniques

2.1. Objectif budgétaire global 2024

La méthode de calcul de l'objectif budgétaire global, donc l'ensemble des moyens annuellement disponibles pour l'assurance obligatoire des soins de santé, est fixée par la loi. Chaque année, l'objectif budgétaire global de l'année en cours est majoré de la norme de croissance légale fixée par le gouvernement au début de la législature, de la masse d'indexation étant basée sur l'indice de santé (6,05%)⁸ et de l'indice pivot. Il est également adapté par l'estimation des recettes art. 111/81 dans le secteur des médicaments⁹(voir Tableau 1). Pour 2024, la norme a exceptionnellement été ramenée à 2%.

L'objectif budgétaire global 2024 est de 37,824 milliards d'euros. Ce montant est moins élevé qu'escompté :

- La norme de croissance a exceptionnellement été réduite par le gouvernement de 2,5% à 2% en 2024. Cela signifie une réduction de 169 millions d'euros en 2024 dans le budget des soins de santé, bien qu'il convienne de noter qu'une partie de ce montant, à savoir 94 millions d'euros, sera réinvestie dans d'autres mesures de soins de santé dans l'assurance obligatoire soins de santé plus large (telles que l'aide d'urgence et la politique en matière de médicaments).
- Les coûts supplémentaires engendrés par la pandémie de COVID-19 sont intégrés dans l'objectif budgétaire global de la santé, soit environ 36,993 millions d'euros (INAMI, 2023b).

8 Selon la définition du Statbel, l'indice de santé est « la valeur actuelle de cet indice est obtenue en retirant certains produits du panier de l'indice des prix à la consommation, à savoir les boissons alcoolisées (achetées en magasin ou consommées dans un café), le tabac et les carburants, à l'exception du LPG ». Pour les salarié-es, l'indice pivot est d'application (appliqué le 1^{er} mois après le dépassement de 2%).

9 Ceci se réfère aux art. 111 et suivants (anciennement art. 81 et suivants) de l'Arrêté Royal du 1er février 2018 sur la base duquel l'État rembourse des médicaments, généralement très coûteux et dont l'effet thérapeutique est encore incertain, afin que les patient-es puissent en bénéficier le plus rapidement possible.

Tableau 1 : Calcul de l'objectif budgétaire global pour 2024
(Source : INAMI, 2023b)

	En millions d'euros
Objectif budgétaire global 2023	35.176,3
Compensation des recettes totales art.111/81-2023	-1.429,3
Norme stricte 2023	33.746,9
Norme de croissance réelle : 2%	674.939
Sous-total	34.421,9
Indice santé (6,05%)	1.205,3
Masse de l'indice pivot 2022 et 2023 (coût supplémentaire en 2024 par rapport à l'objectif 2023)	188
Masse de l'indice pivot 2024	167,3
Sous-total	35.982,5
Compensation des recettes totales art.111/81-2024	1.842,2
Proposition d'objectif budgétaire 2024	37.824,7

2.2. Estimations techniques pour 2024 et comparaison avec le calcul de la norme

L'INAMI estime les dépenses de santé à 37,308 milliards d'euros pour 2024 à politique constante. En excluant les montants non affectables, la comparaison des estimations techniques révisées pour 2024 avec l'objectif budgétaire

global 2024 fait apparaître un déficit de 41,030 millions d'euros. En effet, les estimations techniques pour 2024 comprennent des montants non affectables (voir Tableau 2) :

- une trajectoire en matière d'économies dans le secteur des médicaments, décidée par le gouvernement au début de la législature : en 2024, 250 millions d'euros devront être économisés de manière structurelle, soit

Tableau 2 : Estimations techniques révisées des dépenses de soins de santé pour 2024 (Source : INAMI, 2023b)

	Simulation de l'objectif budgétaire 2024, en millions d'euros	Estimations techniques révisées 2024, en millions d'euros	Différence, en millions d'euros
Résultat en prix 2023	37.267,6	35.936	
Masse index			
· Indice santé		1.205,3	
· Indice pivot 2024		167,3	
Résultat (montants non affectables exclus)	37.267,6	37.308,6	-41
Montant non affectable (pharma)	250		
Corrections techniques du conclave de mars 2023	100		
Correction technique de 125 millions d'euros : 50%	62,5		
Montant non affectable : <i>appropriate care</i>	40		
Transfert hors objectif	104,6		
Résultat en prix 2024	37.824,7		

40 millions d'euros de plus que les efforts déjà consentis en 2023 ;

- correction technique¹⁰ du conclave budgétaire de mars 2023 : 100 millions d'euros dans le budget des soins de santé de 2024 ;
- correction technique du conclave budgétaire d'octobre 2022 : 125 millions d'euros dans le budget des soins de santé de 2024, en partie dans la norme et en partie en dehors de celle-ci. Il est décidé que la moitié de ce montant, soit 62,5 millions d'euros, sera réalisée dans le cadre de l'objectif budgétaire ;
- la moitié des *appropriate care* (40 millions d'euros sur un total de 80 millions d'euros) ne pourra pas être réinvestie dans les soins d'ici 2024 ;
- transferts hors objectif : en 2024, 104 millions d'euros seront transférés hors de l'objectif budgétaire des soins de santé. Ces moyens sont ajoutés à un autre budget, généralement le Budget des Moyens Financiers, géré par le Service Public Fédéral de Santé publique.

Si l'on tient compte des montants ne pouvant pas être affectés, qui s'élèvent à 557 millions d'euros, l'objectif budgétaire à affecter n'est que de 37,267 milliards d'euros. Cela signifie que les dépenses en matière de santé prévues par les estimations techniques pour 2024 dépassent de 41 millions l'objectif budgétaire global à affecter et que, pour équilibrer le budget, des économies de 41 millions doivent être proposées.

2.3. Montants non-affectables de l'objectif budgétaire 2024

Comme décrit aux points 2.1. et 2.2., le gouvernement a pris des décisions qui ont rendu le budget de soins de santé de 2024 moins élevé que prévu, notamment sur la base d'une réduction de la norme de croissance, de corrections techniques, de mesures d'économies dans le secteur pharmaceutique et dans l'exercice *appropriate care*, et enfin en raison d'un transfert de moyens du budget strict des soins de santé vers d'autres budgets de soins de santé (voir Tableau 3).

Bien qu'une partie de la réduction de la norme de croissance ait été réaffectée à des initiatives dans le domaine des soins de santé et que les moyens transférés à un autre budget au sein de l'INAMI soient toujours alloués aux soins de santé, le Comité de l'assurance en tant que tel est confronté à une réduction significative des moyens mis à sa disposition en 2024. Le total de tous ces montants s'élève à plus de 850 millions d'euros, ce qui est supérieur à l'impact de la norme de croissance de 2% sur le budget 2024 (676 millions d'euros). En d'autres termes, l'impact de la norme de croissance sur le budget des soins de santé est totalement annulé pour 2024. En outre, le gouvernement décide d'une correction technique supplémentaire de 93 millions d'euros (INAMI, 2023a).

Vraisemblablement, seuls les transferts des mesures COVID-19, la trajectoire d'économies dans le secteur des spécialités pharmaceutiques et le transfert de moyens hors objectifs sont structurels. Néanmoins, le manque de clarté sur l'application des différents montants ponctuels a entraîné un cadre financier très flou pour l'élaboration du budget des soins de santé 2024.

Tableau 3 : Aperçu des moyens budgétaires non disponibles pour le budget 2024
(Sources : INAMI, 2023a et INAMI, 2023b)

Moyens budgétaires non disponibles	En millions d'euros
Réduction de la norme de croissance de 2,5% à 2%	169
Transfert de mesures contre le COVID-19	37
Trajectoire d'économies spécialités pharmaceutiques	250
Corrections techniques (100+62,5+93)	255,5
Réaffectation à ne pas affecter <i>appropriate care</i>	40
Transfert de moyens	104,6
Total	856,1

10 Les corrections techniques sont des décisions gouvernementales qui consistent à revoir à la baisse les estimations techniques de l'INAMI, car le gouvernement s'attend à ce que les dépenses en matière de soins de santé soient inférieures à celles estimées par l'INAMI. Concomitamment, le gouvernement décide que ces montants ne peuvent pas être affectés. Il les utilise en effet pour couvrir le déficit fédéral.

3. La proposition du Comité de l'assurance et la décision du Conseil général

Les défis à relever en matière de soins de santé sont considérables. Par conséquent, le Comité de l'assurance a recommandé au Conseil général d'économiser 41 millions d'euros dans le secteur des spécialités pharmaceutiques¹¹ d'une part et, d'autre part, d'oser également prendre de nouvelles initiatives en 2024 sur la base de retards d'implémentation importants dans la mise en œuvre de nouvelles initiatives déjà décidées, mais non encore implémentées. Le Comité de l'assurance a proposé au Conseil général de redistribuer la « prime de convention » de 100 millions d'euros aux secteurs qui en ont le plus besoin. Pour le Comité de l'assurance, il s'agit des soins à domicile, des soins périnataux, de la kinésithérapie et de la logopédie, car ces services couvrent souvent un éventail de prestations pour lesquelles l'accessibilité financière est plus susceptible d'être compromise. L'accessibilité financière des soins dentaires est également considérée comme un point d'attention prioritaire.

En outre, le Comité de l'assurance a permis aux nouvelles initiatives de prendre effet plus tard dans l'année, ce qui signifie qu'elles ne nécessiteront pas de financement pour une année complète en 2024. L'inconvénient de cette approche est que le coût de ces initiatives sera complet en 2025, et donc qu'une partie de la marge budgétaire encore incertaine en 2025 est par conséquent déjà allouée. Le Comité de l'assurance ne semble pas s'inquiéter de ce sujet, car plusieurs décisions du gouvernement concernent en principe uniquement 2024, comme la baisse exceptionnelle de la norme de croissance du budget des soins de santé de 2,5% à 2%, les corrections techniques et le montant non affectable *appropriate care*.

Le Conseil général a largement suivi la proposition du Comité de l'assurance, mais pas entièrement.

- Le Conseil général a approuvé les 41 millions de mesures d'économie dans le secteur des spécialités pharmaceutiques, mais sur la base d'autres mesures :
 - selon les calculs de l'INAMI, la réforme prévue du système de *cliff* permettra de récolter 46,964 millions d'euros,

ros, dont 33,173 millions serviront à combler le déficit de l'assurance maladie ;

- le projet « prescription et délivrance de médicaments par unité » a été mis en œuvre comme prévu, principalement pour les antibiotiques, et devrait générer 7,857 millions d'euros. Les concertations nécessaires seront envisagées pour l'élaboration de cette mesure, y compris avec les pharmaciennes.
- Une liste d'initiatives qui sera mise en œuvre avec retard en 2024 (62,8 millions d'euros) sera établie. Ces moyens seront utilisés pour lancer de nouvelles initiatives en 2024.
- Grâce à la réorientation de la « prime de convention » en 2024 (106 millions d'euros), de nouvelles initiatives pourront voir le jour, en grande partie dans des secteurs prioritaires. Un montant total de 168,5 millions d'euros y est attribué (106 + 62,8 millions d'euros).
- Contrairement au Comité de l'assurance, le Conseil général a inscrit ces nouvelles initiatives avec un montant annualisé. En suivant ce procédé, l'éventuelle marge budgétaire de 2025 n'est pas encore allouée, ce qui a obligé le gouvernement à faire des choix dans les nouvelles initiatives 2024, en plus de mettre l'accent sur ses propres priorités. Le gouvernement a entre autres décidé de ne pas inclure les initiatives politiques suivantes du Comité de l'assurance : l'amélioration de la rémunération des soins postnataux pour les sage-femmes, les moyens supplémentaires pour les soins de santé mentale, la revalidation des patients traités pour épilepsie réfractaire, et l'individualisation des droits à l'augmentation de l'intervention majorée pour les cohabitants.

Le gouvernement a également choisi d'investir davantage dans la formation des médecins, dans le soutien des médecins lors de la phase de transition vers le nouveau mode de fonctionnement qui ne permet plus de facturer d'honoraires aux personnes bénéficiant de l'intervention majorée, dans le Fonds Blouses Blanches en vue d'augmenter le nombre d'infirmières indépendantes ainsi que dans la formation et l'encadrement des employées dans le domaine des soins à domicile. Pour les hôpitaux, les mesures visant à faire face à la pénurie de personnel dans le secteur des soins de santé se poursuivent. Des budgets ponctuels ont notamment été prévus pour des fonctions de soutien et d'équipements destinés à soulager le personnel soignant. La liste complète des nouvelles initiatives en 2024 est présentée dans le tableau 4.

11 En premier lieu, le Comité de l'assurance souhaite une baisse des prix des médicaments protégés par un brevet. En effet, la principale raison de l'augmentation des dépenses au cours des dernières années peut être expliquée par le prix élevé des nouveaux médicaments et l'augmentation de l'utilisation de ces thérapies coûteuses. Même si un coût réel inférieur est négocié dans le cadre des contrats entre le ministre et l'entreprise, ce prix reste disproportionné par rapport à celui des générations précédentes. Le Conseil général décide finalement, sur proposition de F. Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, de combler le déficit du budget des soins de santé en réalisant des économies sur les médicaments qui ne sont plus protégés par un brevet.

Tableau 4 : Initiatives 2024 (Source : INAMI, 2023a)

	En millions d'euros
Médecins	19,038
<i>Mesures pour les situations problématiques en lien avec l'interdiction des suppléments d'honoraires</i>	10
<i>Médecins en formation</i>	9
Chirurgies dentaires	40,7
<i>Réinvestissement appropriate care</i>	0,801
<i>Revalorisation sous-gingival</i>	6,5
<i>Revalorisation extractions</i>	11,4
<i>Remboursement BIM (MATA prothèses) et MAF (maximum à facturer) pour non-BIM</i>	10,9
<i>Traitement orthodontique précoce</i>	1,1
<i>Enveloppe compensation interdiction suppléments d'honoraires BIM</i>	10
Kinésithérapeutes	40,9
<i>Prestations sous-financées</i>	40
<i>Frailty 70+</i>	0,9
Logopèdes	23,7
Infirmiers-ères à domicile	10
Hôpitaux	Pro memorie
Fournitures pharmaceutiques	12,9
<i>Sevrage benzodiazépines</i>	0,8
<i>Préparations magistrales</i>	0,5
<i>Marge grossistes-distributeurs</i>	8,6
<i>Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques (alimentation médicale et cannabidiol)</i>	3
<i>Octroi semi-automatique statut BIM aux chômeur-ses et invalides isolés</i>	0,3
Opticiens	5,3
Audiciens	3,2
<i>Réinvestissement appropriate care</i>	0,2
<i>Accès aux soins auditifs</i>	3,1
Objectifs de soins de santé transversaux	2,7
<i>Revalorisation des éducateurs diabète dans le cadre du trajet de démarrage</i>	0,5
<i>Projet onco@home</i>	1,4
<i>Obésité infantile troisième ligne</i>	0,8
Indexation Fonds Blouses Blanches	6,2
<i>Plus d'infirmiers-ères indépendant-es au travail</i>	2,9
<i>Formation et parrainage des employé-es des soins infirmiers à domicile</i>	2,1
<i>Soins infirmiers-ères à domicile</i>	1
<i>Maisons médicales</i>	0,2
Mobile Health	3,8
Total	168,9

Conclusion

En 2024, toutes les initiatives politiques prises dans le cadre des décisions budgétaires des soins de santé 2022 seront effectivement mises en œuvre. Il aura donc fallu deux ans pour traiter de manière intersectorielle certains problèmes prioritaires. Les mutualités, en collaboration avec les prestataires de soins, continuent d'améliorer la méthodologie visant à l'allocation de moyens aux objectifs de soins de santé plutôt qu'aux objectifs budgétaires partiels des différents secteurs. Formuler d'abord conjointement un objectif de soins de santé, puis élaborer un programme d'action avec tous les acteurs concernés (y compris les associations de patients spécifiques), pour prendre des décisions budgétaires en fin de trajectoire, contribue à une meilleure utilisation des ressources disponibles et permet d'éliminer les inefficiences du budget existant, avec soutien et réflexion. Nous espérons que le ministre reprendra la proposition du Comité de l'assurance de tester cette nouvelle méthode de travail pour le trajet lié à l'amélioration de la qualité de vie en fin de vie et qu'il chargera l'INAMI de mettre en place un groupe de travail à cet effet. Les mutualités sont d'ores et déjà prêtes à s'atteler à cette tâche.

L'accord de gouvernement stipule que « la norme légale de croissance sera non seulement affectée pour financer l'effet de volume de la demande, mais devra aussi permettre de nouvelles initiatives de soins, qui contribueront à la réalisation des objectifs de santé qui ont été fixés, et à la réduction de la facture du patient » (Gouvernement fédéral, 2020). Cependant, avec la neutralisation du montant à dépenser de la norme de croissance en 2024, et le manque de clarté sur la disponibilité de certains montants à partir de 2025, l'établissement d'un budget correct est devenu une tâche difficile. Les différentes mesures prises contribuent déjà de manière significative à la réduction du déficit du budget fédéral. Des mesures d'économies supplémentaires compromettraient encore davantage l'accessibilité et la qualité des soins. Pour fournir des soins de qualité et mettre en œuvre une politique appropriée en matière de

soins de santé, il est nécessaire de disposer d'un budget adéquat, avec des marges réelles pour de nouvelles initiatives.

Début 2024, une nouvelle Commission pour les Objectifs de soins de santé va soutenir le processus budgétaire. À la suite de sa publication au Moniteur belge le 24 novembre dernier, les arrêtés d'exécution doivent encore être finalisés. La mission de cette Commission est de fournir à la fin d'une législature un rapport sur les objectifs prioritaires à poursuivre en matière de soins de santé, à partir d'une large enquête sur le terrain et d'une étude internationale sur les systèmes de (soins de) santé. La nouvelle Commission ne se contentera pas de proposer des objectifs de soins de santé au Conseil général, mais sera également en charge du suivi annuel des objectifs de soins de santé avant la fin du mois de juin. La question est de savoir dans quelle mesure le Comité de l'assurance sera soutenu par cette nouvelle Commission avant même la préparation du budget 2025. La MC insiste sur la nécessité pour cette Commission de disposer d'une main-d'œuvre suffisante, afin de produire un rapport pratique, avec lequel les différents organes et groupes de travail de l'INAMI pourront travailler.

Les mutualités ont démontré le potentiel de la coconstruction avec l'élaboration du budget 2024. L'étape suivante consiste à intégrer cette méthode de travail dans le processus décisionnel quotidien de l'INAMI. Les réformes se heurtent toujours à des résistances, mais nous devons cesser de penser uniquement en termes de groupes professionnels. Il ne s'agit pas seulement de définir les moyens nécessaires aux besoins de chaque secteur, mais d'encadrer au mieux chaque patient en fonction des moyens dont dispose le système de santé. Un bon cadre est un cadre multidisciplinaire. Nous sommes donc heureux, pour la première fois, d'avoir pu négocier dès les premiers travaux le budget des soins de santé 2024 de manière multidisciplinaire. Par ces actes, nous montrons également que le modèle de concertation entre les mutualités et les prestataires de soins fonctionne.

Annexe : synthèse des tables rondes

Table ronde 1

Les membres du Comité de l'assurance ont défini les domaines prioritaires suivants pour les objectifs de soins de santé :

- le bien-être, le respect du personnel soignant et la durabilité¹² ;
- l'accès aux soins ;
- les soins de santé mentale (attention spécifique portée aux jeunes).

Table ronde 2

Les membres du Comité de l'assurance ont établi un projet de liste de critères suite à un premier brainstorming :

- être en ligne avec les objectifs du *Quintuple Aim* ;
- s'inscrire dans les domaines prioritaires ;
- être réalisable (risques - délais - clarté opérationnelle pour sa réalisation) ;
- réduit les inégalités en matière de santé ;
- être réaliste en termes d'impact budgétaire ;
- dispose déjà des indicateurs de suivi ;
- accroît la participation des patients à leurs soins personnels ;
- implique un impact administratif réaliste / une simplification administrative ;
- augmente la sécurité des patients ;
- l'EBM (*Evidence Based Medicine*) et l'EBP (*Evidence Based Practice*) soutiennent l'initiative ;
- être innovant ;
- a des effets multiplicateurs : l'investissement dans ce domaine a un effet positif sur d'autres secteurs.

Table ronde 3

La prise de décision n'étant pas toujours transparente, la confiance des membres du Comité de l'assurance semble avoir diminué et celui-ci demande donc :

- plus de confiance dans le travail des différentes commissions et dans la concertation entre toutes les parties prenantes ;
- une communication transparente sur la prise de décision ;
- une plus grande continuité entre les différentes légis-

latures, en particulier dans le cadre d'un processus de réforme ;

- plus de cohérence dans la politique de santé aux différents niveaux de gouvernement, avec plus de place pour la concertation et sans fragmentation ;
- une réglementation plus pratique : une rationalisation de la réglementation bien pensée et bien fondée, et une utilisation efficace de l'enregistrement ;
- une plus grande transparence dans le processus budgétaire et un financement adéquat des obligations imposées.

Un autre message particulièrement important adressé au gouvernement concerne la prise en charge du personnel de santé. Dans ce contexte, le Comité de l'assurance formule quelques propositions pour rendre la profession de soignant-e plus attrayante :

- une plus grande valorisation des professions des soignant-es et plus de respect envers eux de la part du monde politique et de la société en général ;
- les environnements et les conditions de travail doivent être attractifs (adéquation entre personnel et charge de travail, veiller à ce que le personnel soit au complet, participation aux décisions, attention à la collégialité des relations entre prestataires de soins, amélioration des conditions des stagiaires, diminution des risques de burnout, etc.) ;
- la satisfaction au travail est directement corrélée à la capacité d'effectuer des soins complets et de qualité ;
- une administration allégée pour permettre beaucoup plus d'attention aux patient-es ;
- le partage des données pour des soins davantage centrés sur le-la patient-e ;
- un temps suffisant pour des soins de qualité qui peuvent être mesurés à l'aide d'indicateurs concrets (lorsqu'ils existent) et un temps suffisant pour permettre des relations humaines entre patient-es et soignant-es ;
- une attention pour l'automatisation des compétences : une réorientation en douceur d'une profession de soins à une autre lorsque c'est possible ;
- une attention pour une juste délégation des tâches ;
- une mise à jour progressive de la nomenclature et des réglementations ;
- plus de confiance dans les prestataires de soins, y compris de la part des services de contrôle, en réalisant que les personnes exerçant une profession de soins se concentrent sur les autres ;

1 Nous entendons par là la durabilité des ressources humaines, la continuité des pratiques, la longévité des carrières, le nombre total de prestataires de soins actifs, etc.

- une attention pour la conciliation vie privée, vie professionnelle de chaque soignant-e. Les horaires actuels des prestataires de soins sont différents, ce qui a un impact sur le total de l'offre de soins disponible ;
- une attention pour le vieillissement, tant des soignant-es que de la population qui aggrave la pénurie (moins de forces de travail et plus de demandes) ;
- une attention pour le déconventionnement massif. Cette discussion s'accompagne principalement d'une discussion sur la rémunération équitable. Le Comité de l'assurance propose une méthodologie générique pour calculer cette rémunération équitable des prestations effectuées ainsi que des coûts associés, tels que les frais de déplacement dans les différents secteurs ;
- une réduction de la violence dont on entend de plus en plus parler, la pénurie engendre de la violence qui à son tour impacte la pénurie.

Bibliographie

Cès, S. (2022). La co-construction des politiques de soins de santé. *Santé & Société*, 2, 18-37.

Gouvernement fédéral. (2020). Note de formation 30 septembre 2020. Bruxelles.

INAMI. (2019). Note CSS 2019/314. Bruxelles: INAMI.

INAMI. (2022a). *Trajectoire budgétaire pluriannuelle pour l'assurance soins de santé 2022-2024 Rapport final*. Bruxelles: INAMI.

INAMI. (2022b). Note CGSS 2022/064. Bruxelles: INAMI.

INAMI. (2023a). Note CGSS 2023/080. Bruxelles: INAMI.

INAMI. (2023b). Note CSS 2023/266. Bruxelles: INAMI.

INAMI. (2023c). Note CSS 2023/287. Bruxelles: INAMI.

Mahieu, S., & Cès, S. (2023). Budget des soins de santé 2023 : soutien des prestataires de soins et des patient-es. *Santé & Société*, 5, 62-73.

Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget 2022 : une nouvelle méthodologie pour le budget des soins de santé en Belgique. *Santé & Société*, 2, 6-17.

Les changements environnementaux mondiaux et leurs effets sur la santé

Résumé du chapitre 2 du rapport *Planetary Health, an emerging field to be developed* (*La santé planétaire, un domaine émergent à développer*)

Ann Morissens — Service d'études

Résumé

Notre planète et notre santé sont confrontées à de nombreux défis tels que le changement climatique, la perte de biodiversité et le changement environnemental mondial. Ces défis représentent un enjeu considérable pour la santé des populations du monde entier. Certains des effets directs sur la santé sont connus, mais nous ignorons encore beaucoup de choses concernant l'impact des changements environnementaux sur la santé humaine. Dans ce rapport, l'Académie royale néerlandaise des arts et des sciences (KNAW) présente son point de vue sur le domaine de recherche *Planetary health* (*santé planétaire*) et identifie un certain nombre de lacunes dans les connaissances relatives à la santé. *Ce lu pour vous* se concentre sur l'impact des changements environnementaux mondiaux sur la santé humaine et les preuves scientifiques déjà établies à ce sujet (chapitre 2 du rapport). Les autres domaines de recherche couverts par le rapport comprennent le développement de possibilités d'atténuation et d'adaptation efficaces, la promotion de la mise en œuvre de ces options ainsi que les données et les méthodes pour la recherche sur la *santé planétaire*.

Mots-clés : Santé planétaire, changements environnementaux, changement climatique, effets sur la santé, soins de santé, *lu pour vous*

Introduction

Les effets du changement environnemental et climatique sur la santé sont de plus en plus d'actualité, en attestent la fréquence accrue des vagues de chaleur, des fortes pluies ou de la mauvaise qualité de l'air et leurs répercussions sur la santé. Introduit en 2015, le terme *santé planétaire* repose sur le principe que toutes les formes de vie sur cette terre sont interconnectées. Il s'agit d'un vaste domaine, qui va bien au-delà de la menace environnementale à l'échelle locale.

Dans un article publié dans de The Lancet en 2015, Whitmee et al. définissent ce concept comme « l'atteinte du plus haut niveau possible de santé, de bien-être et d'équité à l'échelle mondiale en accordant une attention minutieuse aux systèmes humains — politiques, économiques et sociaux — qui façonnent l'avenir de l'humanité et aux systèmes naturels de la Terre qui définissent les limites environnementales sûres dans lesquelles l'humanité peut prospérer » (Whitmee et al., 2015:1978) (notre traduction). Plus simplement, la santé planétaire est la santé de la civilisation humaine et l'état des systèmes naturels dont elle dépend.

Il existe aujourd'hui des preuves concluantes que l'environnement a été altéré par les activités humaines et la croissance démographique. Si l'activité économique a apporté une contribution positive au bien-être et à la santé, nous voyons de plus en plus le revers de la médaille de la croissance économique, qui exerce un impact négatif sur la biodiversité et l'environnement, et qui n'est pas sans conséquences sur la santé. La pandémie de COVID-19 nous a également rappelé qu'il existait un lien possible entre la santé humaine et les changements environnementaux mondiaux. En effet, l'intrusion de plus en plus importante de l'homme dans l'environnement facilite la transmission des maladies de l'animal à l'homme.

L'Académie royale néerlandaise des arts et des sciences (KNAW) a exposé sa vision de ce domaine de recherche dans un rapport, qui fait le point sur les connaissances existantes, mais identifie également des lacunes et présente un programme de recherche pour l'avenir sur la base de ses conclusions.

1. Impact des changements environnementaux mondiaux sur la santé : les faits

Les changements qui affectent l'environnement mondial tels que la perte de biodiversité, le changement climatique, la pollution de l'air et de l'eau, etc. ont de négatifs effets sur la santé humaine et certains d'entre eux, comme l'augmentation des décès liés à la chaleur, sont déjà clairement démontrables. Mais force est de constater que nous devons nous attendre à des conséquences encore plus graves si aucune mesure n'est prise. Les connaissances sur les effets sont donc encore fragmentaires.

Dans la littérature scientifique, par exemple, le changement climatique et la pollution ont fait l'objet d'une grande attention, mais nous en savons beaucoup moins sur les effets de la pollution de l'eau douce. Nous savons pourtant que la vie humaine dépend principalement de l'eau. Ainsi, si les effets de la pollution sont graves, ils seront également dangereux pour notre santé.

1.1. Répartition inégale des effets sur la santé

Si nous examinons le changement climatique et ses répercussions, nous constatons qu'elles sont inégalement réparties : la plupart des effets sur la santé se produiront dans le Sud global. Ces pays ont déjà moins accès aux soins de santé ou aux ressources pour faire face aux conséquences du changement climatique. Il serait contraire à l'éthique que les pays les plus riches les ignorent, car leur propre empreinte écologique est beaucoup plus importante. Ils portent donc une responsabilité relativement plus grande. Les inégalités se creuseront également au sein même des pays. Certains groupes sont notamment plus exposés aux risques, plus sensibles aux conséquences (par exemple, ne pas disposer d'un logement qui maintient la fraîcheur) ou moins en mesure de faire face aux conséquences ou de s'en remettre (par exemple, parce qu'ils ont moins accès aux soins de santé). Il suffit de penser aux personnes qui vivent dans des maisons mal isolées ou qui n'ont pas accès à l'air conditionné : les effets des vagues de chaleur seront plus importants sur leur santé. Une fois encore, il convient de noter que les plus vulnérables sont les premières victimes du changement climatique. Cependant, leur empreinte carbone est beaucoup plus faible. Entre 1990 et 2015, les 10% les plus riches étaient responsables

de 52% des émissions cumulées de CO₂, tandis que 50% de la population la plus pauvre n'était responsable que de 7% des émissions cumulées (Kantha, Kamp-Benedict, Ghosh, Nazareth, & Gore, 2020).

1.2. Changement climatique

« *Le changement climatique est la plus grande menace sanitaire pour l'humanité au 21^{ème} siècle* » (OMS, 2018).

Les émissions de combustibles fossiles et l'accumulation de gaz à effet de serre entraînent un changement climatique, dont la conséquence la plus connue est le réchauffement de la planète. Ce réchauffement a des répercussions sur la santé, comme l'illustrent plusieurs *systematic reviews* (études systématiques). Toutefois, les liens entre le réchauffement et la santé sont souvent complexes, les effets ne sont pas tous immédiats et l'ampleur de ceux-ci n'est pas encore clairement établie.

En 2022, le *Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat* (GIEC) a publié un rapport détaillé sur les effets négatifs déjà observables du changement climatique sur la santé, tant au niveau physique que mental. Il s'agit notamment de l'augmentation de la mortalité et de la morbidité liées à la chaleur, de diverses formes de maladies infectieuses et de traumatismes. Le groupe d'experts part du principe que, selon l'efficacité des politiques climatiques mises en œuvre, les conséquences du changement climatique sur la santé à moyen et long terme (2041-2100) seront de plus en plus néfastes, avec une augmentation de la mortalité liée à la chaleur, des maladies infectieuses et des problèmes de santé mentale.

Pour les pays plus riches et les pays situés dans des zones climatiques plus tempérées, les conséquences devraient être plus limitées, d'autant plus que ces pays ont également les moyens de se protéger contre ces menaces climatiques. Cependant, même pour ces pays, la vigilance reste de mise, car, après tout, nous ne savons pas dans lequel des différents scénarios de réchauffement nous trouverons. Le réchauffement peut entraîner une déstabilisation, non seulement des systèmes écologiques, mais aussi des systèmes économiques, qui peuvent devenir instables en raison de certaines évolutions.

Le rapport comprend également des estimations d'experts pour l'avenir. Selon eux, une grande partie dépendra de la mesure dans laquelle nous pourrions ralentir le réchauffement, mais dans un scénario moins favorable, le nombre de décès liés au changement climatique est estimé à 9 millions par an dans le monde d'ici 2100. En outre, selon les estimations, 3,5 milliards de personnes seront confrontées à l'insécurité alimentaire et hydrique, ce qui affectera également leur santé (IPCC, 2022).

1.3. Perte de biodiversité

Les espèces végétales et animales disparaissent à grande vitesse et le nombre de certaines espèces diminue rapidement. Cette perte est néfaste et aura des conséquences pour l'humanité. Toutefois, les preuves scientifiques de cette perte pour la santé humaine sont moins nombreuses que pour le changement climatique. Il y a pourtant de nombreuses raisons de penser que la perte de biodiversité a également des répercussions sur la santé humaine. Par exemple, il existe un lien entre la perte de biodiversité et un risque accru de propagation de maladies infectieuses transmissibles et de problèmes de développement de médicaments. Un autre lien et risque avéré est l'impact sur la pollinisation et, par conséquent, sur la production alimentaire. Le déclin du nombre de pollinisateurs peut également affecter la propagation des maladies transmissibles.

1.4. Pollution mondiale

La pollution à l'échelle locale et régionale est depuis longtemps un problème de santé publique. Toutefois, il est désormais de notoriété publique que la pollution se propage également à l'échelle mondiale dans des proportions considérables. La pollution atmosphérique due à l'utilisation de combustibles fossiles est un problème mondial qui a des répercussions majeures sur la santé. La pollution de l'eau et des sols, qui résulte souvent du rejet de polluants, pose également problème. En outre, de nombreux nouveaux produits chimiques sont utilisés, dont la toxicité potentielle n'est pas encore clairement établie. Un grand nombre de ces polluants affectent la santé humaine. Ainsi, il existe de nombreux problèmes de fertilité qui y sont liés, et les perturbateurs endocriniens peuvent affecter la vie prénatale.

1.5. Autres changements climatiques mondiaux

Si le changement climatique, la perte de biodiversité et la pollution sont les facteurs les plus connus qui affectent la santé, d'autres changements moins connus ont également des répercussions. La déforestation a des conséquences sur la biodiversité. L'utilisation d'engrais libère également de grandes quantités de nitrates et de phosphore dans l'environnement. La conversion des forêts ou des prairies en terres agricoles laisse également des traces. En effet, si la culture de denrées alimentaires a également des effets positifs, la disparition de la nature aura des conséquences négatives à plus long terme sur la santé, telles qu'une propagation plus rapide des maladies transmissibles et une possible accélération du changement climatique. Concernant l'eau, les constats ne sont pas meilleurs : la consommation excessive d'eau augmente le risque de pénurie et peut donc compromettre certaines cultures. Ces risques sont exacerbés par la fonte des glaciers nécessaires à l'alimentation en eau des grands fleuves. La disparition des glaciers risque également de les rendre plus secs à terme, car en raison de la fonte, ils ne pourront plus non plus alimenter les rivières en eau.

1.6. Effets directs, indirects et très indirects

Les changements climatiques n'ont pas tous des effets directs sur la santé, certains sont indirects, voire très indirects. Il est important d'établir la distinction. Les effets directs comprennent les conséquences biologiques des vagues de chaleur, des conditions météorologiques extrêmes et des interactions entre les changements liés à la température et la pollution. Les effets très indirects sont plutôt diffus. Il peut s'agir de problèmes de santé mentale ou de tensions et de stress dus à la rareté des ressources. La production et la consommation de denrées alimentaires ainsi que les infections sont deux conséquences indirectes qui font l'objet d'une certaine attention de la part des chercheurs en raison de leur importance pour la santé de la planète.

2. Quelles sont les causes du changement climatique ?

2.1. Croissance démographique et consommation

Les changements énumérés précédemment sont en partie dus à l'activité humaine, la combinaison de la croissance démographique et de la consommation associée jouant assurément un rôle. Il y a une augmentation de la consommation par habitant, qui s'accompagne également d'une plus grande consommation d'énergie. Sans croissance démographique, elle serait plus limitée. La croissance économique a incontestablement eu des effets positifs sur la santé et l'espérance de vie, mais elle a également contribué au changement climatique par les émissions de gaz à effet de serre, la destruction des habitats et la pollution. Le changement climatique limite également les terres disponibles pour la production alimentaire, ce qui pourrait entraîner des pénuries.

2.2. Empreinte carbone du secteur de la santé

De nombreux secteurs contribuent au changement climatique par une utilisation intensive de l'énergie et des matériaux. Le secteur de la santé est l'un d'entre eux. Sa contribution est estimée entre 1 et 5% de l'empreinte écologique totale des différentes activités humaines, avec des différences entre les pays. Pour avoir une meilleure idée de l'impact, il est utile d'examiner des impacts spécifiques. Par exemple, les émissions de CO₂ du secteur de la santé dans les pays de l'OCDE sont estimées à 5% de l'empreinte carbone nationale. Cette part correspond à celle de l'industrie aéronautique. L'accent est également mis sur les déchets issus de ce secteur, qui finissent souvent dans l'environnement et causent des dommages. Les données relatives aux Pays-Bas montrent que la part du secteur de la santé dans l'empreinte nationale se répartit comme suit : 13% de l'extraction de matériaux, 8% des émissions de carbone, 7% de l'utilisation de l'eau, 7% de l'utilisation des sols et 4% de la production de déchets (Steenmeijer, 2022).

3. Stratégies visant à modifier les effets du changement climatique sur la santé

3.1. Mesures d'atténuation et d'adaptation

Des mesures d'atténuation et d'adaptation sont nécessaires pour limiter le changement climatique et tempérer ses effets négatifs. Les mesures d'atténuation visent à limiter ou à inverser le changement climatique, par exemple en réduisant les émissions de gaz à effet de serre, tandis que les mesures d'adaptation visent à atténuer les effets négatifs que nous ne pouvons pas éviter. Des mesures d'atténuation sont ainsi nécessaires pour limiter le réchauffement climatique à 1,5 degré Celsius et, par conséquent, ses effets sur la santé. Le passage des énergies fossiles aux énergies renouvelables est un exemple de mesure d'atténuation. Cependant, nous constatons que les émissions continuent d'augmenter parce que les mesures d'atténuation ne sont pas mises en œuvre assez rapidement. Les mesures d'adaptation s'imposent donc d'elles-mêmes.

Ces mesures auront également des conséquences sur la santé. Ces conséquences peuvent être souhaitées ou non, mais nous pouvons également supposer qu'elles seront positives ou négatives. Une meilleure isolation des maisons peut par exemple entraîner une détérioration de la qualité de l'air intérieur, et un environnement plus vert peut encourager les gens à faire de l'exercice, ce qui est bon pour la population. Cependant, l'augmentation d'espaces verts peut également entraîner un risque accru d'allergie. En combinant adéquatement les mesures, les résultats en matière de santé seront toutefois positifs.

3.2. Comment le secteur de la santé peut-il apporter sa contribution ?

Le secteur de la santé lui-même peut également s'efforcer de réduire son impact sur l'environnement. L'un des moyens d'y parvenir est de décarboner les soins de santé. Par exemple, le *National Health Service* (NHS) au Royaume-Uni vise des émissions nettes nulles d'ici 2040. Les mesures de promotion de la santé peuvent également encourager les gens à changer de comportement, ce qui peut contribuer à limiter l'impact du changement climatique, par exemple en prenant moins la voiture ou l'avion ou en mangeant moins de viande. En outre, le secteur de

la santé devra se préparer à une augmentation des problèmes de santé à l'avenir en raison du changement climatique.

Outre les solutions technologiques, les mesures d'atténuation et d'adaptation nécessitent des efforts de la part des citoyen·nes, des entreprises et des décideurs politiques. Cela implique souvent des changements de comportement qui ne sont pas toujours évidents à réaliser. En effet, les gens ne disposent pas toujours des informations et des connaissances nécessaires pour évaluer l'impact de leurs changements de comportement. L'éducation est un acteur important, mais pour opérer un revirement, un changement systémique est également nécessaire. Pour les entreprises commerciales ou les collectivités, des ajustements s'imposent aussi pour réduire leur empreinte carbone. Il est aussi conseillé de combiner des stratégies dans ce cas.

Le rapport invite le secteur de la santé à faire entendre sa voix dans le débat sur la durabilité écologique, maintenant qu'il est clair que les conséquences sur la santé seront nombreuses. Il est ainsi possible d'examiner la manière dont les conseils relatifs à la réduction de l'empreinte carbone peuvent s'intégrer à d'autres conseils en matière de santé.

Conclusion

Malgré les connaissances préexistantes, qui ont été abordées dans ce *lu pour vous*, il existe encore de nombreuses lacunes dans les connaissances sur les effets du changement climatique sur la santé. L'Académie royale néerlandaise des arts et des sciences place donc au premier plan les priorités de recherche suivantes autour de la *santé planétaire*. Ces éléments sont également pertinents pour les politiques.

1. Analyse intégrale des effets du changement environnemental mondial sur la santé humaine. En particulier sur la combinaison et l'interaction entre les différents changements environnementaux et leur impact sur la santé humaine.
2. Exploration des éléments qui guident et soutiennent les processus de transformation. Ici, il peut être intéressant d'examiner le rôle que peut jouer la sensibilisation des citoyen·nes aux risques sanitaires.
3. Recherche sur les méthodes susceptibles de provoquer

un changement de comportement individuel et collectif afin de mieux identifier les éléments nécessaires pour y parvenir. En effet, des changements de comportement sont nécessaires pour éviter que la situation ne s'aggrave davantage. Nous constatons que le changement est lent à se mettre en place. Pour accélérer ce processus, il convient de renforcer notre compréhension des comportements individuels ou institutionnels à l'origine du changement climatique et de la manière dont nous pouvons les modifier. Le comportement des personnes en matière de santé, mais aussi celui des prestataires de soins de santé, doit évoluer. Comblers les lacunes en

matière de connaissances peut se traduire par des *quick wins* pour les décideurs politiques.

4. Recherche visant à soutenir des stratégies d'atténuation et d'adaptation pour le secteur de la santé. Là encore, nous constatons des lacunes dans les connaissances. Nous ne connaissons par exemple pas encore toute l'étendue des conséquences de la chaleur ou des conditions météorologiques extrêmes. Pour réduire l'empreinte carbone du secteur de la santé, il faudra également se pencher sur les différents fournisseurs (médicaments, matériel de protection à usage unique).

Bibliographie

IPCC. (2022). *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge: Cambridge University Press.

Kartha, S., Kamp-Benedict, E., Ghosh, E., Nazareth, A., & Gore, T. (2020). *The Carbon Inequality Era: An assessment of the global distribution of consumption emissions among individuals from 1990 to 2015 and beyond*. Stockholm: Stockholm Environment Institute and Oxfam International.

KNAW. (2023). *Planetary Health, an emerging field to be developed*. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen.

OMS. (2018). *COP24 Special Report: Health and Climate Change*. Geneva: World Health Organization.

Steenmeijer, M.A., et al. (2022). The environmental footprint of the Dutch Healthcare sector: beyond climate impact. *The Lancet Planetary Health*, e949-57.

Unicef. (2022). *Rapport van kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen in België. What do you think?* Brussel: Unicef België.

Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C., Boltz, F., Capon, A. G., de Souza Dias, B. F., Ezeh, A., Frumkin, H., Gong, P., Head, P., Horton, R., Mace, G. M., Marten, R., Myers, S. S., Nishtar, S., Osofsky, S. A., Pattanayak, S. K., Pongsiri, M. J., Romanelli, C., Soucat, A., ... Yach, D. (2015). Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. *Lancet*, pp.1973–2028.

Santé & Société est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être.

Le fichier d'adresses est utilisé exclusivement pour la distribution du magazine et il est géré et conservé conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Vous pouvez demander à tout moment d'accéder à vos données personnelles, de les modifier ou de les supprimer. Vous pouvez également faire corriger sans frais des données incorrectes ou incomplètes. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, vous pouvez consulter la politique de traitement des données personnelles de la MC sur notre site internet <https://www.mc.be/fr/clauses/politique-confidentialite-mc>

Si vous avez des questions sur le traitement licite et légal de vos données personnelles, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données.

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention du délégué à la protection des données à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek, Belgique
- Soit par mail : à l'adresse privacy@cm.be

Si vous souhaitez déposer une plainte, vous pouvez le faire auprès du Médiateur

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention du médiateur de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek
- Soit par mail : à l'adresse mediateur@mc.be

Si vous ne souhaitez plus recevoir *Santé & Société*, vous pouvez nous le signaler :

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention de Mieke Hofman à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Service d'études, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek
- Soit par mail : à l'adresse SanteEtSociete@mc.be

Sommaire

Édito : Un système sous tension · 02

Étude : Profil de santé de nos aîné·es · 04

Introduction : L'enjeu du vieillissement · 08

1. Comment les données de la MC peuvent-elles fournir un aperçu du profil des aîné·es ? · 09

2. Le profil des plus de 65 ans au sein de la MC · 13

3. Le profil des aîné·es nous met face à des défis · 29

4. Recommandations pour des soins adéquats aux aîné·es et une politique de soins aux personnes âgées · 36

Conclusion · 41

Analyse : Budget des soins de santé 2024 : « d'abord le contenu » · 44

Lu pour vous : Les changements environnementaux mondiaux et leurs effets sur la santé (KNAW) · 56

Colophon

Editeur responsable

Luc Van Gorp, chaussée de Haecht 579, PB 40, 1031 Bruxelles

Rédactrice en chef

Élise Derroitte

Rédaction finale

Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest

Comité de rédaction

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens,
Clara Noirhomme, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest

Mise en page

Gevaert Graphics

Impression

Albe De Coker

Adresse de retour

MC-CM Service d'études, Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579,
BP 40, 1031 Bruxelles

Copyright

Les études de Santé & Société sont publiées sous Licence Creative
Commons "by/nc/nd"

