

# 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 édit, 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.