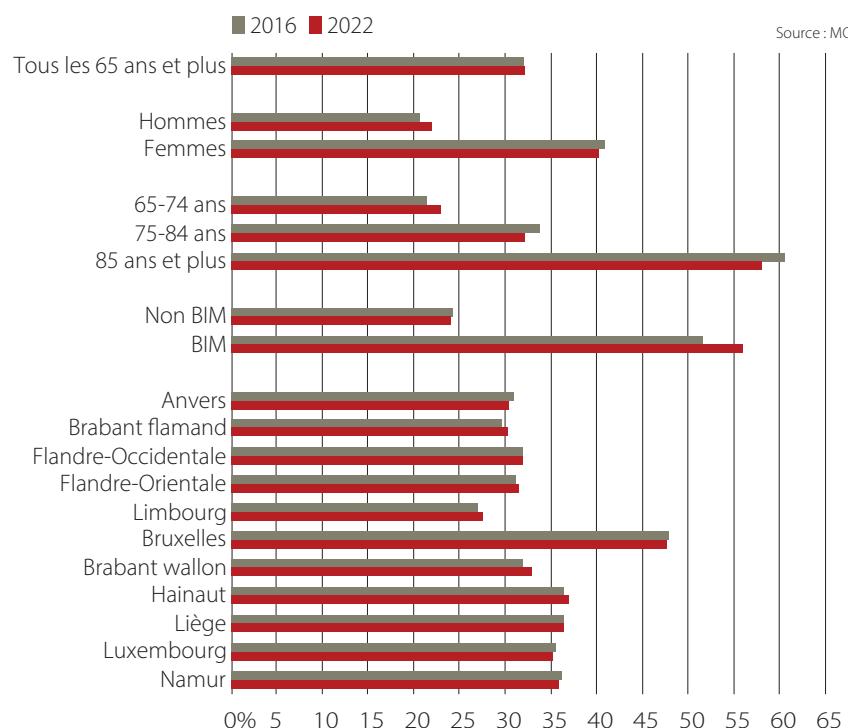


ent, de soins et d'attention

Pourcentage de membres MC âgés de 65 ans et plus vivant seuls, par sexe, âge, statut BIM et province, en 2016 et 2022



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

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



de gros traitements médicamenteux. Aujourd'hui, il n'y a pas forcément de prise en compte de la vision de la personne en fin de vie. Une de nos recommandations est justement de dire que la fin de vie devrait être l'occasion d'une discussion et d'un choix sur la manière dont la personne souhaite passer ces années. Aujourd'hui, le système de santé n'offre pas toujours une réponse adéquate.»

Le généraliste en pole position

Acteur majeur, le médecin généraliste est plus que jamais en première ligne pour accompagner les patients. La preuve en chiffres : plus de 93 % des aînés ont un contact annuel (consultation, avis ou visite) avec lui. « C'est vraiment un maillon fondamental, surtout en ce qui concerne la coordination de soins et la détection de pathologies. C'est un acteur de confiance, proche de la personne âgée mais aussi de la famille. C'est la porte d'entrée pour la santé, y compris pour les personnes âgées, en ce compris pour la fin de vie avec une demande de la famille pour impliquer le médecin généraliste. » La pénurie de généralistes reste donc un point d'attention crucial notamment à Bruxelles « où les hommes âgés de 65 à 74 ans

ayant le statut BIM ont eu moins de contacts avec un ou une médecin généraliste (moins de 70 % entre 2016 et 2022) ».

Autre point d'attention, le recours aux infirmières et infirmiers à domicile. « On imaginait une forte croissance, mais on ne le voit pas tellement dans nos chiffres », termine Elise Derroite.

Il y a vraiment une corrélation entre isolement et aggravation ou complexification de l'état de santé

Elise Derroite



« Peut-être par ce qu'il s'agit d'un métier en pénurie. Le virage ambulatoire reste à améliorer. Cela implique de se déplacer, or, plus le temps de déplacement est important, plus le temps de consultation est réduit et plus la pression est importante sur les acteurs qui se déplacent. Il faut vraiment modéliser ce service dans la planification des soins. »

(1) « Profil de santé de nos aînés », par Katte Ackaert, Hervé Avalosse, Rebekka Verniest du Service d'études de la Mutualité chrétienne.

On ne veut pas juste une politique de santé pour les femmes, on veut que nous ayons le même niveau de santé »

« On ne prête pas assez attention à la qualité de vie lorsque l'on arrête d'être actif, beaucoup d'objectifs ne sont donc pas ou pas assez pris en considération par le monde médical. Il faut tendre vers des soins qui se concentrent sur des ambitions précises en acceptant que l'objectif d'un patient ne soit pas le même que celui d'un autre. On peut par exemple privilégier le fait de rester auprès de sa famille en fin de vie plutôt que de perdre deux ou trois ans alors que quelqu'un d'autre pourrait souhaiter avoir de la force jusqu'au bout. Cela nécessite donc un autre type de prise en charge qu'aujourd'hui et non plus le seul but de l'allongement de la durée de vie. » Toutes les initiatives en faveur de la participation des aînés à la vie collective devraient elles aussi être mieux valorisées, pour permettre aux plus âgés de partager leur expérience et de garder un rôle actif et collectif au sein de la communauté. « Il y a des lieux de participation pour les aînés, mais ils restent peu connus et peu nombreux, cela reste un gros enjeu. » Un enjeu qui peut aussi passer par exemple par l'ha-

2 Vieillesse active

« On ne prête pas assez attention à la qualité de vie lorsque l'on arrête d'être actif, beaucoup d'objectifs ne sont donc pas ou pas assez pris en considération par le monde médical. Il faut tendre vers des soins qui se concentrent sur des ambitions précises en acceptant que l'objectif d'un patient ne soit pas le même que celui d'un autre. On peut par exemple privilégier le fait de rester auprès de sa famille en fin de vie plutôt que de perdre deux ou trois ans alors que quelqu'un d'autre pourrait souhaiter avoir de la force jusqu'au bout. Cela nécessite donc un autre type de prise en charge qu'aujourd'hui et non plus le seul but de l'allongement de la durée de vie. » Toutes les initiatives en faveur de la participation des aînés à la vie collective devraient elles aussi être mieux valorisées, pour permettre aux plus âgés de partager leur expérience et de garder un rôle actif et collectif au sein de la communauté. « Il y a des lieux de participation pour les aînés, mais ils restent peu connus et peu nombreux, cela reste un gros enjeu. » Un enjeu qui peut aussi passer par exemple par l'ha-

bitat intergénérationnel. « Ces lieux de vie nécessitent un réel investissement collectif pour éviter une certaine forme de réticence au sein de la population en général face à quelque chose qui est encore assez nouveau. »

3 Préparer la fin de vie

La Mutualité chrétienne recommande d'avoir assez tôt, et non juste quelques mois avant le décès, une discussion qualitative sur les objectifs de fin de vie avec les prestataires et les proches lorsque ceux-ci sont partie prenante de la prise en charge, cela change drastiquement les choses. « Pouvoir partager ses envies, ses besoins et ses valeurs permet de coordonner les soins de manière plus harmonieuse. » Avec, comme pour beaucoup de ses revendications, une idée récurrente : « Comment faire en sorte que le système s'adapte aux besoins de la personne et

ne pas projeter ce qui devrait être bon pour elle. » Elle met aussi en avant l'acceptabilité des soins : « Souvent, les gens ne suivent pas les avis, non pas parce qu'ils ne les comprennent pas, mais parce que ce conseil est juste inapplicable ou inadéquat dans leur mode de vie. Les inégalités de santé sont aussi le résultat de cela : on se retrouve parfois face à certains *a priori*, comme penser qu'au sein d'une population d'origine immigrée, une personne bénéficie forcément de beaucoup de soutien à domicile alors qu'elle n'en a pas nécessairement. Ces *a priori* peuvent créer une grande divergence en matière de résultats. »

4 Mettre en place des politiques ciblées

« C'est l'universalisme proportionné. Il faut des objectifs valables pour tous dans le système de santé, comme celui

de finir sa carrière ou d'allonger la durée de vie en bonne santé. Mais cela permet aussi rétrospectivement de se pencher sur celles et ceux qui n'atteignent pas ces objectifs. Prenons les maladies cardiovasculaires, on voit que les BIM (bénéficiaires d'intervention majorée) sont beaucoup moins protégés que les autres, ce qui permet de lancer des politiques proportionnées sur ces groupes. On ne veut pas juste une politique ciblée sur les BIM, mais faire en sorte qu'à un moment ceux-ci atteignent le même objectif que les autres. On ne veut pas juste une politique de santé pour les femmes, on veut que les femmes atteignent le même niveau de santé que les hommes, l'objectif final étant de réduire les inégalités. »