

Mémemorandum MC

Élections régionales et
communautaires 2024



Sommaire

Préambule	4
Vision de la société	4
Le rôle de la Mutualité chrétienne	4
Penser la santé dans toutes les politiques	7
Santé et environnement	7
Santé et emploi	10
Santé et logement	10
Santé et cohésion sociale	11
Investir dans la promotion de la santé et la prévention	12
Améliorer l'organisation et renforcer le financement du secteur	13
La MC, partenaire et acteur de la politique de promotion de la santé et de prévention	14
Renforcer les politiques de promotion de la santé et de prévention	14
Organiser une première ligne de santé au plus proche du citoyen	18
Une définition large de la première ligne	18
Un nouveau modèle organisationnel pour la première ligne basé sur les territoires	18
Facteurs critiques de succès	18
Une première ligne articulée à travers 3 niveaux	20
Le transport non urgent comme support	22
Renforcement de l'action sociale	24
Renforcer les actions en faveur de la santé mentale	27
L'importance de la prévention aussi dans le domaine de la santé mentale	27
Les acteurs de la santé mentale comme acteurs de la première ligne	28
Les soins spécialisés	29
Répondre aux besoins et défis de la perte d'autonomie	30
Aide et soins à domicile	32
Aménagement du domicile et aides techniques (aides individuelles et aides à la mobilité)	33
Lieux d'accueil, d'hébergement et de vie	35
Centres de convalescence	39
Soins palliatifs	39
Aidants proches	40
Allocation d'aide aux personnes âgées	41
Vers un dispositif assurantiel couvrant la perte d'autonomie	42

Contribuer à la qualité des soins hospitaliers et de revalidation	45
Réseaux hospitaliers	45
Infrastructures hospitalières	45
La réduction des séjours hospitaliers	46
Revalidation	46
Garantir l'accessibilité de notre système de santé	48
Faciliter l'accès aux droits	48
Lutter contre la fracture numérique	48
Lutter contre la pénurie de personnel	50
Renforcer la démocratie aussi au sein du système de santé	53
La fonction consultative	53
La gestion paritaire	54
La fonction stratégique et prospective	55
La gestion de crise	55
Renforcer le secteur associatif	56
Vers autre paysage belge de la santé ?	58
Collaboration entre toutes les entités	58
Régionalisation versus communautarisation	59
Le paysage institutionnel bruxellois	59



Préambule

Vision de la société

Si notre système de protection et de sécurité sociale a toujours eu pour ambition de protéger les individus contre la plupart des risques de l'existence, il n'aura jamais eu autant l'occasion de démontrer son caractère fondamental que durant ces dernières années. Lors de la crise du Covid-19, notre système a joué un rôle important de stabilisateur socio-économique en protégeant les revenus des citoyens et en maintenant un accès aux soins de santé. Cependant, cette crise a également mis en lumière les nombreuses défaillances de celui-ci et démontré que certains groupes dans notre société ne sont pas encore suffisamment protégés.

Malheureusement, la crise du Covid-19 n'est ni la première ni la dernière crise que nous subissons. Nous sommes définitivement rentrés dans une période de changements rapides et d'ampleur. Les conséquences du changement climatique, les évolutions démographiques, économiques, sociales et culturelles exigeront de notre système de protection et de sécurité sociale une capacité d'adaptation qui intègre les nouveaux risques en ne laissant personne de côté. Mais quels que soient les nouveaux défis, ce système doit continuer à reposer sur les principes de solidarité, être financé sur la base la plus large possible et selon un modèle où chacun contribue en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins mais aussi être gouverné le plus démocratiquement possible.

Il en va de même pour notre système de santé. Celui-ci doit avoir pour vocation de garantir non seulement l'accès à des soins de santé de qualité au plus grand nombre mais plus globalement à une meilleure qualité de vie.

La MC plaide pour la mise en place d'un système de santé réellement au service des citoyens, à chaque étape de leur existence et des risques rencontrés. De la naissance à la fin de vie, notre système de santé doit respecter et soutenir le projet de vie des individus en fonction de leurs ressources et participer au renforcement d'une société solidaire, bienveillante, durable et socialement juste.

Cela implique que notre système de santé soit le plus accessible possible. Nous adoptons ici une définition large de l'accessibilité. Celle-ci doit être aussi bien financière, physique, géographique, temporelle¹² que culturelle. Elle ne doit laisser personne sur le bord de la route, notamment en garantissant un accès aux droits le plus automatique possible, en simplifiant les démarches administratives mais aussi en luttant contre la fracture



La santé est partout et dans tout. Elle englobe aussi bien la santé physique que psychique ou sociale et est influencée par de nombreux facteurs externes au système de soins de santé lui-même. Pour garantir l'amélioration de notre qualité de vie, il faut donc pouvoir agir de manière globale sur l'ensemble des déterminants

de la santé. Il s'agit d'introduire le concept de *health in all policies* au regard des enjeux et objectifs de santé publique définis collectivement. De ce point de vue, toutes les politiques et tous les niveaux de pouvoir ont leur part de responsabilité. Aujourd'hui, de nombreux leviers de la politique de santé se situent entre les mains des **Régions** et **Communautés** mais cette approche holistique de la santé et le principe de citoyen/patient au centre (lui-même inséré dans une communauté, une famille, un quartier) exigent un niveau de collaboration et de concertation important entre toutes les entités du pays et une cohérence des politiques.

Le rôle de la Mutualité chrétienne

En tant que Mutualité chrétienne, nous voulons évidemment contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de toutes et de tous en remplissant plusieurs rôles qui se renforcent mutuellement.

En tant qu'**accompagnateur santé**, nous souhaitons offrir un soutien et un accompagnement personnel et collectif dans le domaine de la santé. Nous nous préoccupons aussi bien de la santé de chaque personne que de la santé de notre société. Nous défendons les intérêts de tous, pour que chaque personne puisse mener une vie de qualité, et nous contribuons ainsi à une meilleure société pour tous.

En tant que **mouvement social**, nous utilisons notre expertise pour orienter les politiques et construire une société favorable à la santé. Cette expertise est construite localement avec nos membres et nos volontaires (membres ou non membres de la MC) afin que les revendications de la MC restent ancrées aux réalités de terrain avec en ligne de mire la lutte contre les inégalités sociales de santé. Nous mettons également tout en œuvre pour que l'engagement au sein de la MC soit vecteur d'épanouissement pour nos volontaires.

En tant qu'**assureur social**, nous souhaitons mettre en œuvre l'assurance maladie obligatoire fédérale et régionale de manière efficace, cohérente et proactive. Parallèlement, grâce à nos assurances facultatives et complémentaires, nous investissons pour répondre aux besoins de santé de nos membres à travers des services abordables et de qualité.

En tant qu'**entrepreneur social**, nous prenons des initiatives innovantes et responsables pour répondre à de nouveaux besoins et enjeux de santé. Nous construisons ces solutions avec nos membres, nos bénévoles et nos partenaires à partir d'une vision large de la santé. Nous offrons ainsi des solutions complémentaires aux réponses mises en œuvre par le modèle public ou commercial.

La MC demande que ces rôles soient reconnus, valorisés et soutenus également au **niveau régional et communautaire**.

¹ Se réfère au délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un professionnel de la santé.







Penser la santé dans toutes les politiques

Pour être en bonne santé, il ne suffit pas d'avoir accès à des soins de santé. Être en bonne santé tout au long de la vie dépend de nos comportements individuels mais surtout de notre environnement et des nombreux déterminants de la santé tels que les facteurs sociaux, économiques, environnementaux, culturels ou d'éducation sur lesquels nous avons finalement peu d'emprise d'un point de vue individuel. Cela implique deux choses : premièrement, que la responsabilité "de la bonne santé" est avant tout collective et qu'elle relève alors de la sphère publique et, deuxièmement, que pour agir sur celle-ci, il faut agir sur l'ensemble des politiques qui l'affectent et ce à tous les niveaux de pouvoir.

La précarité financière est un des facteurs majeurs qui influe sur la santé. Les personnes vulnérables sont particulièrement fragilisées : report de soins, habitats insalubres, emplois précaires, dangereux et/ou exposés à des risques plus importants, alimentation non équilibrée, pollution... En plus de lutter contre ces inégalités sociales en santé, les autorités doivent veiller à étudier l'impact de chacune de leur politique sur la santé en ayant une attention particulière aux publics fragilisés et notamment à ceux qui cumulent plusieurs difficultés telles qu'une situation de privation matérielle, d'isolement, de handicap...

Il convient donc de se demander en quoi toute politique menée, dans quelque matière que ce soit et à quelque niveau de pouvoir que ce soit, est de nature à renforcer ou mettre à mal l'état de santé de la population ou d'une partie des citoyens. Les exemples repris ci-dessous ne sont donc pas exhaustifs mais servent à illustrer le concept de santé dans toutes les politiques et passer du principe à l'action.

Santé et environnement

Nous le savons, l'environnement et la santé sont intrinsèquement liés. Selon l'OMS, 20 % de la mortalité et 10 % des cancers évitables sont liés à des facteurs environnementaux (pollution de l'air, pollution sonore, usage des pesticides, perturbateurs endocriniens...). Ces derniers causent aussi une augmentation d'autres pathologies telles que les allergies, les maladies pulmonaires, les maladies cardiovasculaires, une baisse de la fertilité...

Il est important d'agir sur ces mêmes facteurs pour améliorer l'environnement dans lequel nous vivons et ainsi la santé. Des changements significatifs ne sont possibles que si tous les niveaux de pouvoir collaborent. Les **Régions** et **Communautés** ont donc un rôle important à jouer pour favoriser un environnement propice à la santé en orientant les politiques environnementales. Nous illustrons dans cette partie quelques domaines sur lesquels les **Régions** et les **Communautés** peuvent agir pour améliorer la santé environnementale des habitants.

Pollution sonore

La pollution sonore due au trafic routier, ferroviaire et aérien a un impact important sur la santé. Selon l'Agence européenne de l'environnement (2021)², 20 % de la population européenne vit dans des zones où les niveaux de bruit peuvent être considérés comme dangereux pour la santé. Des effets négatifs sur l'audition (perte auditive, acouphènes...) ont déjà été documentés dès une exposition de 55 décibels³. Une exposition répétée ou excessive peut provoquer de nombreux troubles (troubles

du sommeil, de l'apprentissage et de la concentration, apparition de maladies cardio-vasculaires et même diabète)^{4 5}. Or, au niveau des **Régions** et **Communautés**, les limites autorisées en termes de pollution sonore sont plus élevées que celles préconisées au niveau international.

En ce qui concerne le trafic aérien, le bruit engendré par le survol d'avions sur des zones habitables est considéré comme l'un des plus dérangeants^{6 7}, surtout lors de décollage et d'atterrissage. En Région bruxelloise, selon Bruxelles-Environnement, 5 % de la population subit une pollution sonore de plus de 55 dB provoquée par le trafic aérien et 9 % risque d'être exposé à des valeurs au-dessus de 45 dB, ce qui est loin des recommandations de l'OMS. Il est à noter qu'il n'y a, pour l'instant, aucune cartographie de l'exposition au bruit provoqué par le trafic aérien en Région wallonne.

Nous demandons donc aux **Régions** et **Communautés** de :

- Définir les valeurs limites au bruit, au regard de ce que propose l'OMS dans ses recommandations⁸, dont la réduction du bruit aérien à moins de 45 dB en journée et à moins de 40 dB pendant la nuit ;
- Mettre en œuvre une cartographie de l'exposition au bruit aérien en Région wallonne ;
- Limiter les vols de nuit et le week-end, surtout pour les gros porteurs ;
- Améliorer le réseau de mesure de la pollution sonore en utilisant des radars sonores mobiles et immobiles ;
- Soutenir des campagnes de sensibilisation à la prévention de la pollution sonore.



2 Agence Européenne de l'Environnement. (2021). Pollution sonore. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.eea.europa.eu/fr/signaux/signaux-de-lae-2020/infographies/pollution-sonore/view>

3 55 décibels correspondent, par exemple, au bruit dans une salle de classe.

4 Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement. (2018). Impact du bruit sur la gêne, la qualité de vie et la santé. Disponible à l'adresse suivante : https://document.environnement.brussels/opac_css/elecfile/Bru%203

5 Organisation Mondiale de la Santé. (2011). Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe. Disponible à l'adresse suivante : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf

6 Bruxelles-environnement. (2021). Agir contre le bruit des avions à Bruxelles.

Disponible à l'adresse suivante : <https://environnement.brussels/citoyen/l'environnement-bruxelles/protéger-sa-santé/agir-contre-le-bruit-des-avions-bruxelles>

7 Canopea. (2023). Perception du Bruit en Wallonie. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.canopea.be/perception-du-bruit-en-wallonie/>

8 Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Lignes directrices relative au bruit dans l'environnement dans la Région Européenne. Résumé d'orientation. Disponible à l'adresse suivante : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/383923/noise-guidelines-exec-sum-fre.pdf



Productions agricoles

Depuis les années 60, le déploiement des politiques intensives de productions agricoles, textiles, pétrochimiques et cosmétiques ont poussé les industries à utiliser abondamment des engrais (azotés, nitrates, phosphorés...), des fongicides, des pesticides et autres perturbateurs endocriniens⁹. D'une part, cela a contribué à réduire nos espaces verts et la biodiversité, à polluer l'air et les eaux de surface et en sous-sol par le rejet de quantités importantes de produits néfastes mais aussi à polluer nos sols et à les appauvrir en micronutriments pour produire et commercialiser des produits ultra-transformés peu recommandables pour notre santé. D'autre part, les industries cosmétiques, textiles et pétrochimiques déversent chaque année des quantités importantes de produits néfastes pour notre santé dans l'eau et nos sols ou via les vapeurs en polluant notre air.

Par ailleurs, le transport et la consommation de ces marchandises produisent également leur lot de méfaits sur l'environnement¹⁰ (pollution de l'air, de l'eau, des sols...) et sur la santé (allergies, obésité, diabète, apparition de troubles cognitifs, de cancers ou de maladies neurodégénératives) au point qu'en France, l'Alzheimer est considérée comme maladie professionnelle chez les agriculteurs.

Aujourd'hui, il est donc primordial de repenser nos systèmes de production afin de pouvoir offrir des produits sains et sûrs à l'ensemble de la population. Pour cela, nos systèmes de production devraient devenir durables, renouvelables, résilients, équitables, sains et diversifiés.

Dans ce domaine, nous demandons donc aux Communautés et Régions de :

- Financer adéquatement l'assainissement des terres contaminées par des pesticides, des engrais, des fongicides... ;
- Réduire l'utilisation de pesticides et d'engrais au-delà de ce que préconise la stratégie européenne "de la ferme à la table"¹¹ (>50 %) d'ici 2030 voire les interdire ;
- Promouvoir et mieux financer le développement de l'agriculture biologique¹² mais aussi de créer de nouvelles règles applicables par les petits producteurs et d'en renforcer le système de contrôle, comme le préconise la nouvelle législation européenne relative au secteur biologique¹³ ;
- Réaliser des campagnes de sensibilisation du grand public sur l'alimentation durable et les circuits-courts ;
- Soutenir la vente et la consommation de produits locaux et issus de circuits-courts (par exemples : en créant un label "circuit-court", en soutenant l'émergence de coopérative ou encore en luttant contre les freins culturels liés au circuit-court via des actions de sensibilisation).
- Réduire l'utilisation de substances étant considérées comme perturbateurs endocriniens, dans les différentes industries fabriquant des produits cosmétiques, d'entretien, d'hygiène, textiles...



⁹ Agence Européenne de l'Environnement. (2021). La pollution des sols et des terres : généralisée, nocive et croissante. Disponible à cette adresse : <https://www.eea.europa.eu/fr/signaux/signaux-de-laee-2020/articles/la-pollution-des-sols-et>

¹⁰ Idem.

¹¹ Conseil de l'Union Européenne. (SD). De la ferme à la table. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/from-farm-to-fork/#:~:text=En%20mai%202020%2C%20la%20Commission,UE%20overs%20un%20mod%C3%A8le%20durabl>

¹² Il s'agit d'une méthode visant à produire des denrées alimentaires au moyen de substances et de procédés naturels.

¹³ Commission Européenne. (2022). Plan d'action organique. Disponible à l'adresse suivante : https://agriculture.ec.europa.eu/farming/organic-farming/organic-action-plan_en



Pollutions des eaux

Tous les jours, nous utilisons de l'eau pour la boire mais aussi pour notre agriculture, notre chauffage ou encore pour des activités de loisir. Mais nos ressources en eau ne sont pas inépuisables et ne sont pas toujours saines. En effet, selon l'Agence européenne de l'environnement (2021)¹⁴, près de 80 % de notre exploitation d'eau douce, qui provient des fleuves et des eaux souterraines, est vulnérable à notre surexploitation, à la pollution (via notre système agricole notamment) et au changement climatique (principalement les sécheresses). Malgré les politiques déjà mises en place pour garantir de l'eau en suffisance et saine, nous retrouvons des traces de nitrate, de perturbateurs endocriniens (bêta-estradiol et nonyphénol), de pesticides ou encore de produits pharmaceutiques dans notre eau.

Dans ce domaine, nous proposons aux **Communautés et Régions** de :

- Mettre à jour la liste des polluants de l'eau à contrôler dans les cadres légaux régionaux, comme le préconise la Commission européenne dans son Pacte vert pour l'Europe¹⁵ ;
- Réduire les résidus de pesticides, d'amiante, de perturbateurs endocriniens, des produits pharmaceutiques dans l'eau consommable en développant des zones de captage d'eau saine.



Selon l'OMS, 20% de la mortalité et 10% des cancers évitables sont liés à des facteurs environnementaux.

Aménagement du territoire

Finalement, la santé c'est aussi disposer d'un environnement intérieur et extérieur dans lequel il fait bon vivre, où nous pouvons respirer de l'air non pollué, profiter du calme et de la nature. Un aménagement adéquat du territoire pourrait permettre cela et diminuer ainsi l'impact des nuisances évoquées sur la santé. Or, ces dernières décennies ont promu l'étalement urbain et la bétonisation des espaces de vie réduisant ainsi nos espaces verts. Aujourd'hui, nous devons reconstruire un urbanisme favorable à la santé¹⁶ en recréant des espaces plus naturels.

Pour cela, nous préconisons de :

- Réaffecter les terrains désaffectés ou inutilisés à la création d'espaces verts, de potagers collectifs, d'espaces de loisirs, de jardins/ espaces thérapeutiques, dans les zones (péri)urbaines et en réintroduisant de la biodiversité ;
- Soutenir et favoriser "l'école du dehors" qui permet de sensibiliser l'enfant à son environnement, crée du lien avec la nature et participe au développement de l'enfant ;
- Débétonner, verduriser et reforester les routes et les zones à fortes pollutions (air, sol, eau) ;
- Accroître les zones à faibles émissions au niveau urbain et rural. A l'instar de Fribourg-en-Brigau (Allemagne), pionnière en matière d'aménagement urbain, mettre en place une vignette écologique dans ces zones pour les véhicules à moteur et, en contrepartie, développer des zones de délestage gratuites accessibles aisément en transport en commun et accessibles aux PMR. Des exceptions doivent également être prévues pour les véhicules adaptés et les personnes s'y rendant pour des soins.



¹⁴ Agence Européenne de l'Environnement. (2021). L'exploitation de l'eau en Europe : des enjeux quantitatifs et qualitatifs. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.eea.europa.eu/fr/signaux/signaux-2018/articles/l2019exploitation-de-l2019eau-en-europe>

¹⁵ Commission Européenne. (2022). Pacte vert pour l'Europe : la commission propose des règles pour améliorer la qualité de l'air et de l'eau. Disponible à la page suivante : https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/ip_22_6278

¹⁶ Selon l'OMS (1987), il s'agit de pratiques d'aménagement qui tendent à promouvoir la santé et le bien-être des populations tout en respectant les trois piliers du développement durable.

Santé et emploi

La question de l'emploi est trop souvent prise sous le prisme unique de la croissance et du développement économique, et peu sous l'angle de la santé. Or, si avoir un travail est généralement source de bien-être et d'épanouissement personnel, il peut également être source de stress et de mal-être et à l'origine de maladies physiques ou psychiques¹⁷. Si le bien-être au travail relève davantage des politiques fédérales, les **Régions** et **Communautés** ont également des leviers pour agir en la matière.

En agissant sur les politiques d'enseignement, de formation et sur leurs compétences dans le domaine de l'emploi, elles peuvent, par exemple :

- Développer et diffuser une information claire sur les possibilités de reprise d'une formation ou d'un nouvel emploi pour les personnes en incapacité de travail qui le souhaitent et sont capables de travailler dans un nouvel environnement¹⁸ ;
- Soutenir le développement de modes d'organisation du travail respectueuse et bienveillante ;
- Renforcer la sensibilisation et l'accompagnement des employeurs aux adaptations possibles des postes de travail suite à une incapacité du travailleur ou pour prévenir celle-ci ;
- Soutenir la création et la pérennité des emplois stables et de qualité dans des secteurs qui participent à la cohésion de notre société et permettent le lien social, singulièrement le secteur non-marchand ;
- Intégrer une prévention des risques bio-psycho-sociaux dans les formations proposées par les organismes d'insertion socio-professionnelle ;
- Renforcer la prévention concernant le burn-out, le bore-out ou toute autre souffrance psychique liée au travail : par exemple en développant des conditions de travail permettant le bien-être des travailleurs et favorisant l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, comme l'augmentation des services de gardes d'enfants agréés, lesquels doivent avoir les moyens d'opérer à tout moment de la journée et de la semaine ;
- Développer l'accompagnement vers des alternatives/complémentarités à l'emploi comme la possibilité de volontariat ;
- Développer des formations pour les publics les plus fragiles, comme les programmes d'alphabétisation par exemple.

Santé et logement

Si nous nous intéressons à la question de la santé au sens large et aux facteurs qui font que l'on se sent ou non en bonne santé, la problématique du logement n'est jamais bien loin. Le logement, pour tout un chacun, doit être source de sécurité et de sérénité. Avoir un logement est nécessaire à l'équilibre psychique (angoisse liée au fait de ne pas avoir ou de perdre son logement) et social (puisque de nombreux droits découlent du fait d'avoir un logement et donc une adresse). Or, pour certaines tranches de la population, le logement ne remplit pas ces fonctions primordiales en raison de son coût (locatif ou d'achat) ou sa qualité. En effet, avoir un logement ne garantit pas automatiquement une bonne santé, encore faut-il que celui-ci soit de qualité et adapté aux besoins des personnes qui y vivent. Un logement de mauvaise qualité (insalubrité, mauvaise isolation...) ou inadapté aux besoins (par ex : une personne en situation de handicap) peut avoir de nombreux impacts sur la santé mentale ou physique (maladies respiratoires chroniques, allergies, dépression) des individus ou même sur la possibilité pour une personne de pouvoir continuer à y vivre.

Nous demandons aux **Communautés** et **Régions** de :

- Poursuivre la mise en œuvre de l'axe "logement" du plan wallon de lutte contre la pauvreté ainsi que du plan d'urgence bruxellois, et de réguler le prix des loyers et la qualité des logements ;
- Promouvoir le "housing first"¹⁹ ;
- D'augmenter l'offre de logements sociaux et les moyens destinés à leur rénovation et leur isolation afin d'éviter les factures énergétiques trop onéreuses ;
- Renforcer, mieux financer et faire connaître les services d'analyse des milieux intérieurs auprès de la population et des services de première ligne d'aides et de soins²⁰ ;
- Renforcer et simplifier les politiques qui incitent à l'amélioration des logements, telles que les primes à la rénovation et à l'énergie ;
- Renforcer les politiques qui visent à faciliter l'acquisition d'un premier bien.

¹⁷ Santé & Société ; Avril 2022 : https://www.mc.be/media/sante-societe-1-fin-carriere_tcm49-74541.pdf

¹⁸ A ce propos la nouvelle politique de "retour au travail" initiée par le gouvernement fédéral en collaboration avec le FOREM, ACTIRIS, et les mutualités devrait permettre un circuit plus clair.

¹⁹ Le "housing first" est un modèle d'insertion sociale qui consiste à considérer le logement comme la première étape de l'insertion.

²⁰ Au niveau régional, il existe des Services d'Analyse des Milieux Intérieurs, appelé aussi Cellule Régionale d'Intervention en Pollution Intérieure en Région Bruxelloise ou encore l'ambulance verte. Ces services permettent, sur prescription médicale, de faire un état des lieux du logement d'une personne ayant développé une allergie ou une maladie cardiopulmonaire en effectuant des prélèvements chimiques et biologiques. Ce diagnostic permet d'analyser si l'état de l'habitation provoque la maladie en question. Or, actuellement, ces services sont sous-financés, méconnus et donc sous-utilisés.



Santé et cohésion sociale

En 2020, la Mutualité chrétienne a publié une large étude sur l'impact sur la santé de l'engagement volontaire dans le secteur associatif²¹. Il en ressort que la participation active à la vie associative a un impact positif sur le bien-être : confiance en soi, estime de soi, soutien social, empathie, épanouissement, intégration dans la société, sens de l'existence... Cet impact peut être particulièrement positif pour les franges plus précarisées de la population. À l'inverse, les personnes qui ne participent pas du tout à la vie associative ont une perception moins bonne de leur santé et un sentiment de solitude plus prégnant. Cet engagement a également un impact positif sur le recours aux soins de santé (consultations chez le médecin généraliste ou spécialiste moins fréquentes, consommation de médicaments moins élevée en particulier pour les médicaments agissant sur le système nerveux tels que les antiépileptiques, antidépresseurs, antipsychotiques...). Créer un environnement sain et favorable à la santé passe donc aussi par le soutien de l'engagement volontaire.

Au sein de nos organisations, et de manière générale dans le secteur non-marchand, nous soutenons la vision du volontariat défendue par la Plateforme francophone du volontariat : un engagement libre et gratuit au service d'autrui. Nous refusons par conséquent toute tentative de marchandisation de ce statut. Nous pensons que l'acte gratuit donne du sens et qu'il doit être encouragé et valorisé à sa juste valeur dans une société où plus que jamais les solidarités chaudes (complémentaires aux solidarités froides ou instituées telles qu'organisées à travers la sécurité sociale) sont indispensables pour favoriser la cohésion sociale.

De manière générale, la MC demande de tout mettre en œuvre pour permettre à chacun de s'engager socialement. Concrètement, nous demandons de :

- Poursuivre la reconnaissance et le soutien financier des acteurs associatifs dont dépendent de nombreux volontaires (club sportifs, culturels et de loisirs, organisations de jeunesse, mouvements d'éducation permanente...);
- Prendre en charge une assurance couvrant l'activité des volontaires ;
- Permettre au secteur associatif d'offrir les conditions nécessaires à cet engagement bénévole : formation d'animateur, formation d'administrateur...;
- Concerner le secteur du volontariat sur les adaptations ou modifications des rythmes scolaires et académiques ;
- Favoriser la création d'un "congé de solidarité volontaire" financé par l'autorité publique, à l'instar d'initiatives lancées dans d'autres pays – notamment en France ou aux États-Unis – pour permettre à la population active de (continuer à) s'engager dans le volontariat tout en travaillant, ou à un jeune en stage d'attente de pouvoir par ce biais acquérir compétences et expériences à faire valoir ;
- Diffuser l'information relative au volontariat (statut du volontaire, droits d'un volontaire, informations sur les espaces d'engagement possibles...).



21 Santé et Société, mars 2020 : https://www.mc.be/media/mc-informations-279-mars-2020_tcm49-65780.pdf

Investir dans la promotion de la santé et la prévention

La promotion de la santé et la prévention sont les premiers maillons essentiels de la politique de santé dans le sens où elles agissent directement en amont du système curatif sur les déterminants sociaux de la santé ou en tenant compte de ceux-ci. Cependant, malgré le rôle qu'elles jouent en termes de lutte contre les inégalités sociales de santé et dans l'amélioration de la santé individuelle, collective et communautaire, les politiques de promotion de la santé et de prévention sont encore trop souvent délaissées.

Les **Communautés** et **Régions** disposent de leviers importants pour faire de la promotion de la santé et de la prévention des lignes de force de notre système de santé, en mettant en place des dispositifs cohérents, transversaux (santé dans toutes les politiques) et de long terme en la matière. Dans ce cadre, une attention particulière doit être portée sur les politiques de prévention et de promotion de la santé et d'égalité des chances dans le milieu scolaire. En effet, l'enseignement a un impact sur la santé (stress, rythme de l'enfant, qualité de l'environnement...) mais c'est également un canal permettant de toucher un large public issu de toutes les catégories socio-économiques.

Finalement, une politique de promotion de la santé et de prévention forte ne peut se faire qu'en définissant des priorités communes et des objectifs de santé clairs à l'échelle d'une entité (et en collaboration avec les autres niveaux de pouvoir). Il s'agit de définir des objectifs de santé en matière de promotion, d'éducation et de prévention pour accompagner et donner les clés à chacun pour penser et agir pour sa santé et celle de sa communauté.



Améliorer l'organisation et renforcer le financement du secteur

Concertation et gouvernance

La MC plaide pour la mise en place d'une politique cohérente et coconstruite avec les secteurs concernés et les représentants des usagers à tous les niveaux et qui s'inscrit dans une nouvelle organisation territorialisée de la première ligne :

- Au sein d'un même niveau de pouvoir (notamment entre les différentes compétences ministérielles comme le logement, la mobilité, l'environnement, l'emploi, etc.) ;
- Entre les différentes entités fédérées ;
- Entre le fédéral et les entités fédérées à travers, notamment, la CIM santé.

Une meilleure concertation permettrait notamment de rendre les campagnes plus efficaces et plus accessibles grâce à une communication mieux organisée et des actions de terrain plus adaptées à la population visée.

Organisation du secteur

Nous demandons de :

- Établir un cadastre des activités et des services de promotion de la santé et prévention qui pourraient être exercés avec plus d'efficacité au niveau communautaire ou au niveau régional ;
- Investir dans des stratégies et des interventions de prévention et de promotion de la santé efficaces et efficientes, qui s'appuient sur de recommandations de bonnes pratiques cohérentes à tous les niveaux de pouvoir. Il est également nécessaire de favoriser la recherche de terrain en matière de prévention et de promotion de la santé et de rendre accessibles des guides de bonnes pratiques aux acteurs de tous les horizons: professionnels de santé, de l'aide, du social ainsi que les décideurs politiques ;
- Favoriser les actions de prévention de la santé basées sur des données scientifiquement démontrées, en particulier dans le domaine de la prévention des maladies chroniques ou de leurs complications ;
- Renforcer la formation des professionnels de la première ligne à la santé communautaire et à la promotion de la santé.

Financement des acteurs

Nous demandons un **financement adéquat des acteurs de terrain**. En effet, si à court terme le fonctionnement par appel à projet permet certainement de soutenir l'innovation et de maintenir la liberté d'initiative, à plus long terme, il fragilise les acteurs et la concertation. En particulier, détaché d'une stratégie globale de promotion de la santé et de prévention concertée avec les acteurs concernés, le fonctionnement par appel à projets ne permet pas une politique cohérente et structurée. Un équilibre doit donc être trouvé entre capacité d'innovation et d'initiative et le concours de tous les acteurs à des objectifs de santé communs.

La MC demande donc de :

- Éviter de lancer des appels à projets en dehors d'une stratégie globale et cohérente concertée avec le secteur ;
- Élaborer une vision à long terme garantissant un soutien structurel au secteur tout en permettant de développer des réponses nouvelles aux besoins émergents. À l'instar du Canada, qui est à la pointe en la matière, **nous demandons de tripler le budget consacré à la prévention et à la promotion de la santé²², c'est-à-dire d'y allouer 6 % du budget global de la santé.**

Nous demandons de tripler le budget consacré à la prévention et à la promotion de la santé.

²² Actuellement, selon les chiffres de l'Eurostat de l'OCDE, la Belgique utilise 2,1 % du budget global des soins de santé pour des mesures de prévention et de promotion de la santé.

La MC, partenaire et acteur de la politique de promotion de la santé et de prévention

Nous demandons également d'être impliqués, en tant que mutualité, comme partenaire et acteur à part entière de la politique de promotion de la santé et de prévention. Cette tâche de base des mutualités requiert toutefois un soutien financier suffisant pour répondre aux besoins de terrain.



La **Région wallonne** a adopté sous cette législature un nouveau cadre réglementaire, un nouveau plan wallon de promotion et de prévention (WAPPS) et une nouvelle programmation. L'enjeu prioritaire sera de s'assurer que ce plan soit suivi de résultats probants. Il est dès lors important de concrétiser la mise en œuvre des actions déterminées dans ce plan, de prévoir que des moyens suffisants et structurels puissent être dégagés pour ce faire et des évaluations régulières afin de tenir compte de l'évolution des besoins de la population, de permettre de remettre en question l'efficacité des actions entreprises et des publics-cibles et de répondre aux dysfonctionnements rencontrés et de se repositionner au besoin.

En **Région bruxelloise** (COCOM-COCOF-VGC), le Gouvernement bruxellois a approuvé le Plan social-santé intégré ainsi que la nouvelle stratégie 2023-2028 en matière de prévention et de promotion de la santé. Il nous semble important de concrétiser la prochaine mise en œuvre de ces plans et de l'évaluer tout en :

- Reconnaisant l'associatif comme partenaire, et pas uniquement comme opérateur de la promotion de la santé et la prévention.
- Assurant un lien entre les dispositifs COCOF, COCOM et VGC pour mener une politique cohérente pour les bruxellois.
- De plus, nous demandons de s'assurer du dynamisme du Conseil consultatif COCOM qui traite une partie des compétences en matière de prévention transférées du fédéral.



Renforcer les politiques de promotion de la santé et de prévention

Au-delà des principes généraux de gouvernance, d'organisation et de financement de cette politique, la MC souhaite également mettre en avant certaines recommandations plus thématiques.

Santé sexuelle et reproductive

Nous demandons de :

- Poursuivre le processus de généralisation de l'EVRAS (éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle) afin de couvrir les différents niveaux et types d'enseignement en **FWB** mais aussi les institutions d'hébergement pour les aînés et personnes en situation de handicap (y compris à travers la formation des travailleurs de ces secteurs) et en assurer le financement structurel ;
- Initier et soutenir les campagnes/ actions visant l'inclusion et la déstigmatisation des personnes LGBTQI+, et ce dès le plus jeune âge ;
- Reconnaitre la place des organisations de jeunesse dans l'éducation et l'accompagnement des jeunes sur les questions d'identité de genre ;
- Intensifier les campagnes de prévention des IST (infections sexuellement transmissibles), y compris auprès des personnes âgées et en situation de handicap ;
- Renforcer les campagnes de dépistage du VIH et de sensibilisation par rapport aux comportements à risque auprès d'un public large ;
- Soutenir l'organisation de campagnes de sensibilisation à la contraception ;
- Garantir un financement récurrent des moyens de contraception, y compris ceux de longue durée ;
- Faciliter l'accès à la contraception d'urgence, notamment en soutenant une évolution de la loi sur les médicaments permettant la délivrance de celle-ci par les centres de planning familial (CPF) ;
- Garantir un niveau de financement suffisant aux centres de planning familial pour l'accomplissement de l'ensemble de leurs missions (y compris l'accompagnement de l'IVG et à l'utilisation de la contraception) ;
- Soutenir le développement (notamment à travers la recherche) et sensibiliser la population à l'utilisation de moyens de contraception masculine ;
- Intensifier les campagnes de sensibilisation et d'informations par rapport aux violences (harcèlement, violences domestiques...). Il importe également de pouvoir évaluer l'impact de celles-ci ;
- Soutenir le développement de ces différentes campagnes à destination des personnes éloignées du système de santé.





**En tant que mutualité,
la MC doit être impliquée
dans la politique de promotion
de la santé et de prévention.**

Prévention et médecine préventive

Nous demandons de :

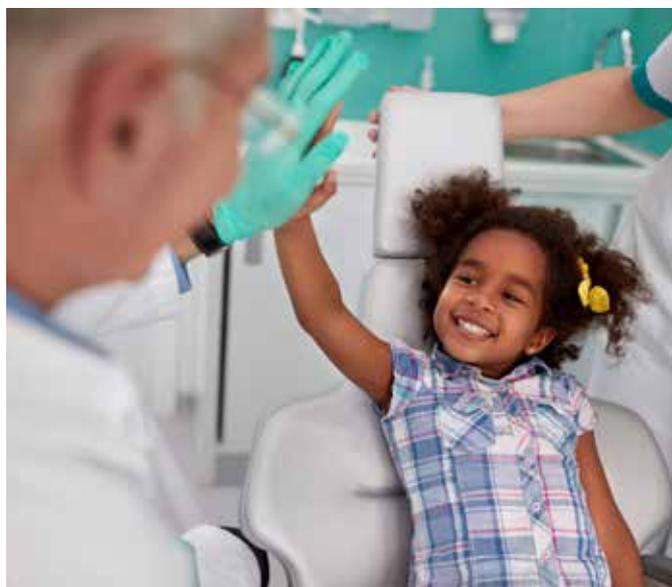
- Mettre en place et soutenir des stratégies et des actions encourageant des modes de vie favorables à la santé (alimentation équilibrée, durable et de qualité, pratique de l'activité physique, réduction du tabagisme et de la consommation d'alcool...), telles que :
 - Encourager l'éducation à l'activité physique pour tous, avec une attention particulière aux plus jeunes ;
 - Créer ou faciliter l'accès à des infrastructures sportives gratuites ;
 - Soutenir les structures (en ce compris les mutualités) qui encouragent la pratique de l'activité physique dans la population ;
 - Mettre en place un système de "sport sur ordonnance" ;
 - Renforcer l'accès à une alimentation de qualité pour les publics vulnérables (enfants...) ;
 - Proposer une alimentation durable dans les cantines publiques (crèches, écoles, collectivités...);
 - Soutenir les stratégies de dénormalisation du tabac et de l'alcool et les acteurs œuvrant en ce sens ;
 - Soutenir l'interdiction de la publicité pour les produits alcoolisés.
- Renforcer les campagnes d'informations et de dépistage (ex : diabète, cholestérol, cancer, etc.). Plus spécifiquement, en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein par mammothest, du cancer du col de l'utérus et celui du cancer colorectal, il y a lieu d'augmenter le nombre de personnes qui y ont recours en s'interrogeant sur les raisons de la faiblesse de leur succès ;
- Renforcer les campagnes de sensibilisation à l'observance et à la vigilance thérapeutique²³ ;
- Renforcer les campagnes d'informations sur la nécessité de se vacciner et les stratégies alternatives permettant de toucher les publics non atteints habituellement ;
- Mettre l'accent sur la composante sociale de la prévention, par exemple par la pratique du sport ou l'engagement associatif et investir dans la composante "lien social" comme facteur déterminant de la santé.



Soins dentaires

Nous demandons de :

- Promouvoir la prévention dès le plus jeune âge, en menant des campagnes de prévention (à l'école, à la TV...), où sont mis en avant le brossage des dents, l'attention portée à l'alimentation et la consultation préventive du dentiste ;
- Créer ou mettre à disposition des outils pour accompagner les parents d'enfants autistes ou ayant un handicap intellectuel important pour les aider dans les soins dentaires de leur enfant ;
- Mettre en place des mesures destinées à lutter contre la pénurie de dentistes (conventionnés) (ex : fonds de soutien, réorganisation de la profession...);
- Reconnaître et soutenir, notamment par la formation, la profession d'hygiéniste dentaire afin de rendre les soins dentaires plus accessibles et de renforcer la dimension préventive de la première ligne de soins dentaires, par exemple via les Services de promotion santé à l'école (PSE) ;
- Être particulièrement attentifs aux enfants et jeunes issus des ménages les moins favorisés, dans la mesure où les inégalités sociales en matière d'utilisation des soins dentaires préventifs (malgré la gratuité des soins chez les dentistes conventionnés pour les moins de 19 ans) sont importantes ;
- Améliorer l'accessibilité financière et physique aux soins et à la prise en charge des problèmes dentaires pour les personnes handicapées et les personnes âgées institutionnalisées ;
- Diffuser l'information sur les lieux de soins accessibles pour les personnes en situation de handicap.



23 L'observance thérapeutique est l'adéquation entre le comportement du patient et le traitement proposé.

Soins ophtalmologiques

Nous demandons de :

- Promouvoir la prévention dès le plus jeune âge, en menant des campagnes de prévention, où sont mis en avant les bons gestes pour la protection de la vue ;
- Mettre en place des campagnes de sensibilisation et des mesures concernant la bonne utilisation des écrans ;
- Poursuivre cette sensibilisation dans les écoles pour atteindre un public jeune.



Santé auditive

Nous demandons de :

- Renforcer les campagnes de sensibilisation à la bonne utilisation des appareils audio personnels et à l'exposition à des niveaux préjudiciables dans des lieux de loisirs (bars, concerts, événements sportifs, boîtes de nuit...);
- Former le personnel de première ligne à la prévention, au dépistage précoce et à la prise en charge des impacts de la pollution sonore.



Services de promotion de la santé à l'école (PSE)

Enfin, **nous demandons de financer adéquatement les PSE** en regard du déploiement de leurs missions et d'évaluer les dispositions décrétales ad hoc et les éventuels freins qu'ils rencontrent pour honorer celles-ci.



Par ailleurs, si le décret PSE explicite les missions de base de ce secteur, qui sont importantes et rencontrées, nous pensons que l'ONE devrait également définir des objectifs de santé et des actions claires, en concertation avec les acteurs de terrain et tout en leur permettant de s'adapter à leur public.

Santé mentale

Un autre domaine dans lequel les **Régions** et **Communautés** doivent agir en termes de promotion de la santé et de prévention est celui de la santé mentale. Pour des recommandations spécifiques sur ce thème, nous renvoyons le lecteur vers le chapitre 5 de ce mémorandum.



Campagnes de sensibilisation et d'informations

De manière générale, la MC demande de :

- Prévoir différents canaux de diffusion afin de lutter contre la fracture numérique ;
- Prévoir des outils de communication en langage Facile à lire et à comprendre (FALC) qui permettent aux personnes ayant un handicap intellectuel de comprendre le message. Le FALC bénéficie aussi à d'autres groupes cibles (personnes avec des difficultés de lecture, de compréhension, ne maîtrisant pas le français) ;
- Soutenir le développement des stratégies permettant d'augmenter le niveau de littératie en santé de la population ;
- Prévoir aussi des vidéos en langue des signes et des capsules audio.





Santé sexuelle et reproductive, médecine préventive, soins dentaires, santé mentale, santé auditive, soins ophtalmologiques... sont autant de domaines dans lesquels les politiques de promotion de la santé et de prévention doivent être renforcées.

Organiser une première ligne de santé au plus proche du citoyen

Une définition large de la première ligne

Parce que nous considérons la santé au sens large du terme, nous estimons que la définition de la première ligne doit refléter cette vision. La définition de la première ligne reprise par la chaire BE Hive²⁴ est intéressante car elle oriente déjà en soi de grands axes d'évolution :

*"Les soins de première ligne consistent à dispenser des soins de santé intégrés au sein de la communauté. Ils sont caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale, axée sur la personne. Les soins sont dispensés par une équipe de professionnels responsable de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé. Ce service doit s'accomplir dans un partenariat durable avec les personnes (usagers des services de santé ou non) et leurs aidants, dans le contexte de la famille et de la communauté locale. La première ligne joue un rôle central dans la coordination générale et la continuité des soins dispensés à la population."*²⁵

En effet, dans cette définition, les patients et les personnes jouent un rôle central dans l'accompagnement de leur santé. Elle reconnaît également le rôle essentiel des aidants proches. Selon cette définition, cette première ligne doit être multidisciplinaire, fonctionner de manière intégrée et doit assurer la continuité des soins. Enfin, la notion de communauté est introduite, comme premier environnement d'action autour des personnes.

Nous souhaitons toutefois enrichir cette définition, en élargissant la notion de soins à celle, plus globale, de santé.

En ce sens, nous souhaitons que la première ligne de soins évolue dès lors vers le concept de première ligne de "santé", intégrative de tous les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, de l'aide et de soins et y compris des acteurs sociaux, pour favoriser cette approche holistique. Nous insistons également pour intégrer dans cette approche tous les intervenants ambulatoires qui prennent en charge des soins de santé mentale ou contribuent à la favoriser, s'écartant ainsi d'une division encore aujourd'hui trop marquée entre soins somatiques et soins psychiques.

La MC, par les missions qui lui sont confiées par les autorités, en matière de soutien au bien-être de ses membres, souhaite apporter sa plus-value dans le développement de la première ligne de santé, dans les dimensions de gouvernance, d'expertise et d'accompagnement et de représentation des personnes/patients.

Un nouveau modèle organisationnel pour la première ligne basé sur les territoires

Pour concrétiser cette vision d'une première ligne de santé, nous proposons la définition d'un modèle territorial qui contribue à rencontrer et opérationnaliser les objectifs de santé et de soins de santé définis à un niveau politique. Ce modèle territorial comprend plusieurs niveaux d'action avec des missions spécifiques pour les différents types d'acteurs pertinents à chaque niveau.

Nous demandons que ce modèle territorial soit articulé de manière à permettre de :

- Décliner des politiques de santé et d'action sociale aux réalités locales ;
- Effectuer une planification territoriale adéquate des offres et services d'aide et de soins (découpages cohérents en fonction de la répartition de la population) et lutter contre les pénuries de professionnels ;
- Permettre davantage de concertation et de coordination entre les acteurs ;
- Mieux visibiliser et valoriser l'offre à la population ;
- Mieux orienter les personnes dans leur environnement proche tout en respectant leur libre choix et la liberté associative.



Organiser un modèle territorial qui contribue à rencontrer et opérationnaliser les objectifs de santé et de soins de santé.

²⁴ Voir <https://www.be-hive.be/>

²⁵ Voir le livre blanc de la Chaire Be Hive (p21)





Une première ligne articulée à travers 3 niveaux

Niveau 1 - Nano

Ce premier niveau se situe au plus proche des milieux/ des bassins de vie des personnes, à l'échelle d'un quartier ou d'une commune (pour les petites entités). Les acteurs (organisés en pratiques mono-disciplinaires ou pluridisciplinaires) prodiguent de l'aide et des soins, mais aussi et surtout développent la santé communautaire et mettent en œuvre les objectifs de santé publique tenant compte des spécificités locales (quartier, commune...).

Nous demandons qu'il soit mis sur pied, au sein de ce niveau, un espace collaboratif regroupant les acteurs de la promotion et de l'éducation à la santé, de la prévention, les acteurs socio-éducatifs actifs sur le territoire, les prestataires de soins et d'aide de la première ligne, des acteurs professionnels ou non professionnels (comme le tissu associatif local) liés aux facteurs/déterminants/objectifs de santé mais aussi des représentants des habitants.

En tant que mutualité de santé, nous souhaitons faire bénéficier ce premier niveau de la proximité que nous entretenons avec nos membres, notamment :

- En intensifiant notre action communautaire (par exemple, nos animations locales de promotion de la santé, l'intervention des agents de prévention, les actions de nos services sociaux...). Nous pourrions aussi par exemple fournir, à travers l'IMA, des données anonymisées (sans conflit avec la protection de la vie privée) qui permettent de cibler les publics, quartiers, zones où organiser des actions/animations en fonction des objectifs définis et des caractéristiques de la population ;
- En étant l'interlocuteur central du patient pour l'assurabilité, la gestion administrative, la couverture sociale dans le domaine de la santé et la défense des droits.

Niveau 2 - Meso

Le deuxième niveau recouvre l'accompagnement des usagers/patients dans une approche d'aide et de soins de santé intégrés et multidisciplinaires organisés dans des bassins de soins (une ou plusieurs communes en fonction de la densité démographique).

Ce niveau consiste à dispenser de l'aide et des soins de santé intégrés pour un maximum d'usagers/patients, prioritairement pour les malades chroniques ou les situations complexes. Ils sont caractérisés par une accessibilité universelle reposant sur un modèle assuranciel social et solidaire, et une approche globale centrée sur la personne.

L'aide et les soins sont dispensés par une équipe de professionnels responsables de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé à la demande de l'usager/patient en respectant certains critères tels que la liberté de choix du patient et la mise en place de partenariats durables avec les patients et leurs aidants.

Au sein de ce niveau, **nous demandons que :**

- Des processus collaboratifs et de coordination d'aide et des soins intégrés autour du patient soient créés/renforcés à l'échelle de chaque bassin de soins ;
- Un conseil de l'aide et des soins soit créé dans chaque bassin pour piloter le développement de l'offre en termes d'accessibilité, de qualité, de participation du patient, et soutenir ces processus collaboratifs et de coordination de l'aide et des soins intégrés autour du patient.

Niveau 3 - Macro

Le troisième niveau est organisé en zones régionales de santé et de soins, lesquelles sont chargées de la mise en œuvre et du monitoring des politiques et objectifs de santé publique et de soins de santé. C'est le niveau le plus élevé d'organisation opérationnelle.

Ce niveau est la courroie de transmission entre les objectifs de santé et de soins de santé définis au niveau politique et les acteurs actifs sur un territoire donné. Il joue un rôle d'ensemble sur un territoire donné de toutes les politiques de santé et d'aide/soins de santé. Il est le garant de la bonne exécution et suivi des objectifs de santé.

Dans ce cadre, les mutualités sont en mesure de jouer un rôle actif notamment dans la traduction opérationnelle, le monitoring, l'accompagnement et la mise en œuvre opérationnelle des objectifs de santé, la construction d'une meilleure connaissance socio-sanitaire de ces territoires en faisant remonter les besoins formulés par nos membres et en fournissant des indicateurs statistiques et des données de santé agrégées par commune/quartier ou arrondissement.

Nous demandons qu'un conseil loco-régional soit institué dans chaque zone régionale dont la composition reprend les principaux acteurs/stakeholders actifs dans les différents bassins de vie et bassins de soins.

Ce conseil participe à l'atteinte des objectifs de santé publique et de soins de santé et prend et coordonne des initiatives innovantes pour rencontrer des besoins spécifiques à l'échelle d'une zone.



Facteurs critiques de succès

Renforcer l'interdisciplinarité...

Cette proposition de réorganisation de la première ligne est un modèle idéal qui devra être confronté à la réalité de terrain et à la complexité institutionnelle de notre pays. Cependant sa mise en œuvre exige une définition large et commune de la première ligne de santé ainsi qu'un cadre commun de travail et de formation (pour les professionnels) autour de la santé communautaire. De plus, nous pensons qu'une telle réforme ne peut s'envisager sans une revalorisation importante de certains secteurs tels que les aides et soins à domicile, le secteur de la promotion et prévention de la santé ou celui de la santé mentale. Notons également que ce modèle n'est viable que s'il est porté par un nombre suffisant de prestataires, et notamment de médecins. Dès lors, nous demandons à la **Fédération Wallonie-Bruxelles** de tenir compte des besoins de la population et des pénuries dans la définition des sous-quotas Inami.

Si cette évolution nécessite un dialogue étroit entre les différents niveaux de pouvoir, toute réforme de la première ligne doit également tenir compte des spécificités des entités fédérées en matière de langue et de situation géographique frontalière. Il est ainsi fondamental que le citoyen-patient puisse bénéficier de service, au minimum, dans les trois langues nationales, que ce soit dans sa propre région ou en collaboration avec d'autres entités/pays. Nous attirons l'attention sur le fait que l'approche territoriale adoptée dans cette vision de l'organisation de la première ligne doit pouvoir alimenter le plan interfédéral des soins intégrés pour assurer l'adéquation des projets et différentes initiatives, y compris avec le secteur de la santé mentale, dont la nouvelle convention de soins psychologiques de première ligne.

Pour faire de cette vision une réalité, **la MC demande de développer l'interdisciplinarité** notamment en :

- Renforçant cette thématique dans les formations médicales, paramédicales et sociales ainsi que dans les programmes de formations continues ;
- Renforçant le rôle de coordination et du case management ;
- Permettant la délégation de certains actes, en envisageant les possibilités de subsidiarité et en prônant une collaboration non hiérarchisée ;
- Valorisant financièrement le temps de coordination des acteurs ;
- Mettant en œuvre l'implémentation de l'outil BelRAI comme instrument universel de saisie des besoins en aide et soins, en s'assurant qu'il répond aux spécificités du public en situation de handicap ;
- Développant un seul dossier patient informatisé accessible aux différents professionnels qui gravitent autour du patient. Ce dossier doit également être accessible (de manière informatisée ou non) au patient et à ses aidants proches (moyennant son consentement).
- Toujours dans l'objectif de renforcer l'interdisciplinarité et l'accessibilité des soins, que les Régions soutiennent le développement des maisons médicales pratiquant le forfait.

...à tous les niveaux

Le renforcement de l'interdisciplinarité à travers le développement d'un dossier patient informatisé exige, au niveau des **Régions** et des **Communautés**, une intégration plus grande d'autres secteurs dans les **Réseaux santé wallon et bruxellois** (le secteur des aides et soins à domicile, le secteur de la santé mentale, les centres de coordination, les CPAS...). En tant que structures importantes du réseau e-santé belge, les organismes assureurs doivent être partie prenante des organes de gouvernance décisionnels de ces plateformes régionales.

Nous demandons :

- Dans une optique d'empowerment des patients, que les informations disponibles sur ces plateformes ne soient pas uniquement destinées à l'usage des professionnels mais également disponibles pour les citoyens en étant particulièrement attentif à la sécurisation et à la non-commercialisation de ces données.
- En **Communauté germanophone**, de consacrer des moyens destinés à la mise en place d'une plateforme commune d'échange de données.



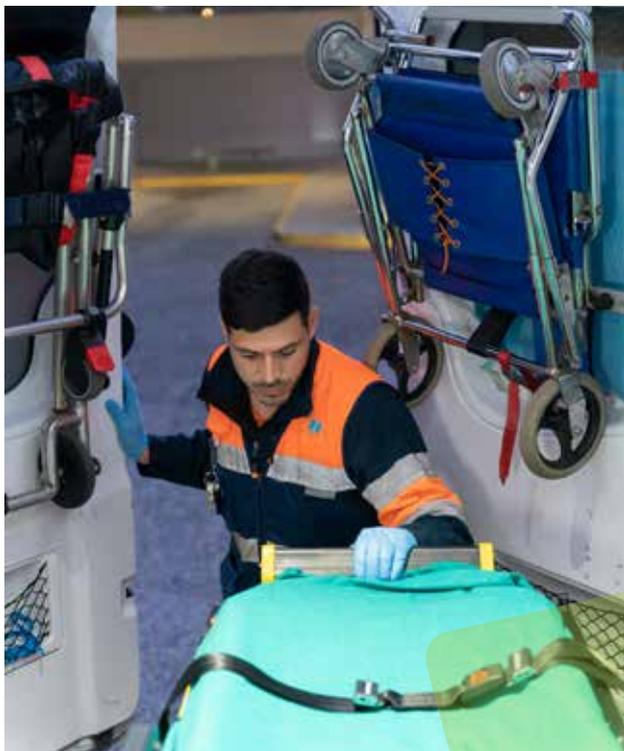
Le transport non urgent comme support

Le transport non urgent de patients joue un rôle central dans la continuité de l'aide et des soins et dans l'articulation entre la première et la seconde ligne, en particulier pour les patients qui doivent souvent se rendre en consultation, réaliser des examens ou suivre un traitement particulier.

Les transformations en cours liées au vieillissement et au développement des maladies chroniques, la réorganisation de la première ligne de soins et du paysage hospitalier ou encore le souhait des personnes de rester à leur domicile, exigent la mise en place d'une offre de transport adéquate, qui soit performante, accessible et inclusive. Cela signifie garantir une accessibilité à l'aide et aux soins dans ses dimensions multifactorielles (pas seulement une accessibilité financière, mais aussi physique, temporelle, un accès à l'information, un accompagnement et un accueil de qualité, etc.). Dans ce cadre, les citoyens doivent pouvoir autant que possible faire le choix de la mobilité qui correspond à leurs besoins (ex : véhicule sanitaire léger plutôt qu'ambulance).

En dehors de l'accès à l'aide et aux soins, le transport doit aussi être en mesure de favoriser la participation sociale en vue de maintenir ou stimuler l'inclusion sociale des personnes à mobilité réduite.

La MC souhaite que les pouvoirs publics soutiennent et encouragent le développement de ces types de transport dans le secteur public et non marchand.



Transport médico-sanitaire de patients

Nous demandons de :

- Soutenir et encourager le développement non-marchand de ce secteur en le régulant à travers :
 - La fixation de normes de qualité tant techniques qu'humaines ;
 - La formation et qualification du personnel.
À ce titre, nous demandons que les conducteurs (ambulanciers ou chauffeurs) disposent d'une formation de qualité englobant l'attention aux personnes les plus fragiles et en situation de handicap afin d'offrir une prise en charge adaptée.
- Améliorer, de manière indispensable, le niveau d'accessibilité tarifaire, cela implique de :
 - Mettre en place des tarifs maximums abordables (tant pour journée que le week-end et la nuit) ;
 - Fixer un tarif maximum même en cas de forfait ;
 - Accroître l'intervention financière des pouvoirs publics (fédéraux ou régionaux) ;
 - Intégrer la notion de "patient à bord" dans le calcul des kilomètres facturés afin de rendre la tarification lisible et transparente pour les bénéficiaires.
- Circonscrire de manière claire et compréhensible pour tous les acteurs le champ d'application de la nouvelle législation sur le transport médico-sanitaire, c'est-à-dire définir précisément ce qu'on entend par véhicule sanitaire léger et dans quels cas il peut être utilisé (par exemple, avec nécessité d'assistance ou non).
Dans une logique dans laquelle ce sont les besoins et l'état de santé du patient qui déterminent le mode de transport médico-sanitaire le plus adapté, nous proposons de distinguer le transport non-urgent en ambulance du transport non-urgent en véhicule sanitaire léger à travers le besoin de surveillance du patient transporté.²⁶



²⁶ **Le transport par ambulance** : il s'agit du transport dans un véhicule aménagé d'un patient en position couchée dont l'état de santé nécessite un contrôle ininterrompu de celui-ci effectué par un professionnel de santé. Ce contrôle est effectué par une personne au chevet du patient différente du conducteur du véhicule et qui dispose d'un niveau de formation suffisant pour effectuer cette tâche (ambulancier, infirmier ou médecin).

Le transport en véhicule sanitaire léger (VSL) : il s'agit du transport d'un patient dont l'état de santé nécessite un contrôle intermittent de celui-ci, notamment au début et à la fin de la prise du transport dans un véhicule adapté ou non au transport de personnes à mobilité réduite. L'exécution de manipulations telles que lever, soulever et positionner correctement le patient en vue du transport doivent être exécutées en toute sécurité et assurer le confort du patient, depuis sa prise en charge jusqu'à sa destination finale. Cette surveillance intermittente est effectuée par un professionnel de la santé ou par un collaborateur formé aux techniques d'assistance au patient et à l'accompagnement psychosocial.



Transport de personnes

Nous défendons également le maintien des initiatives associatives, et notamment les associations de transport par volontaires, en ne les enfermant pas dans une législation menaçant leur survie.

Cela implique de :

- Maintenir une distinction claire entre le transport de personnes et le transport médico-sanitaire sans empêcher les acteurs du transport de personnes de les véhiculer de manière qualitative et en sécurité jusqu'à des lieux de soins. Le libre choix de la personne quant au type de transport souhaité doit être maintenu ;
- Prévoir une concertation entre les différents niveaux de pouvoir pour garantir la libre circulation des personnes ;
- Améliorer le financement de ces acteurs associatifs.



Déplacements ne nécessitant pas de surveillance ou de supervision

Nous demandons de :

- Pour ce qui concerne les transports de porte à porte via minibus, ceux-ci doivent bénéficier des améliorations suivantes :
 - Étendre le nombre de véhicules disponibles ;
 - Élargir les plages horaires de réservation et en simplifier la procédure ;
 - Augmenter les budgets actuellement octroyés aux services de transport adaptés pour exercer les missions auparavant dévolues aux bus 105 du TEC afin de pouvoir procéder à ces améliorations.
- Renforcer l'aménagement des véhicules de transport en commun et des infrastructures y donnant accès ;
- Encourager la concertation entre les responsables des sociétés de transport public et les représentants des personnes à mobilité réduite ;
- Uniformiser entre les compagnies de transport public l'accès aux abonnements préférentiels pour personnes à mobilité réduite en les rendant disponibles voire réversibles en inter-réseaux.



Renforcement de l'action sociale

Dans notre conception large de la santé, les acteurs de l'action sociale font partie intégrante de la première ligne et doivent dès lors intégrer le modèle décrit ci-dessus. Trop longtemps, le champ du social a été cloisonné de celui de la santé alors que la santé sociale est une des composantes majeures de celle-ci. Les inégalités sociales de santé (qui se renforcent actuellement) déterminent dès le plus jeune âge les capacités en santé et d'émancipation. Elles touchent à la dignité des individus et à l'estime de soi et se fondent sur le sentiment d'appartenance à la communauté.

L'action sociale doit à la fois combattre une précarité qui se développe de façon plurielle mais aussi redonner sens et dignité aux bénéficiaires. C'est pourquoi il convient de l'inscrire dans un régime de droit plutôt que d'assistance et d'en simplifier l'accès. Là où cela apparaît indiqué, le régime d'assurance se doit d'être privilégié et celui-ci ne doit qu'exceptionnellement être soumis à des logiques assistancielles (ex. : statut cohabitant en sécurité sociale).

Les évolutions ne vont malheureusement pas toutes en ce sens et les travailleurs sociaux, tout comme plusieurs acteurs mutualistes, se voient confier un rôle de contrôle qui ne devrait pas être le leur, alors qu'il conviendrait de mieux valoriser les fonctions de soutien et d'accueil inconditionnel de chacun.

Par ailleurs, construire des mécanismes de protection sociale mêlant logique assistancielle et assurantielle suppose une mise en perspective transversale des situations problématiques : l'action doit généralement porter sur plusieurs domaines, mobiliser plusieurs acteurs et rencontrer les besoins spécifiques de la population tout en limitant les risques d'effets pervers ou d'ingénierie.

Le secteur de l'aide et de l'action sociale a donc besoin d'un financement approprié à ses missions permettant aux équipes sociales compétentes, reconnues et soutenues d'inscrire leurs actions dans des processus de collaboration pérennes et structurés (exemple : projet wallon concernant le soutien renforcé aux familles monoparentales).

De plus, dans le cadre des transferts de compétences et de la digitalisation galopante des institutions et services à la suite de la crise sanitaire, l'accès aux droits sociaux est devenu plus complexe et problématique. La proximité physique diminue au profit de moyens de contact digitaux moins adaptés aux publics spécifiques des services sociaux. Le travail social en est rendu plus exigeant et plus complexe, bon nombre de travailleurs sociaux étant fortement impactés par un rôle supplémentaire de "facilitateur numérique".

Le non-recours aux droits des citoyens vulnérables ou aux habilités numériques déficitaires s'amplifie questionnant l'accès égalitaire aux droits.

Il s'agit là d'un vrai défi démocratique.

Concrètement, nous demandons plus spécifiquement pour ce secteur :

- La valorisation des fonctions de coordination des services sociaux généralistes travaillant en association avec d'autres partenaires en réseau ; la qualité du travail social avec les usagers en sera renforcée. Cela passe notamment par la reconnaissance et un financement suffisant des dispositifs de soutien et d'accompagnement des travailleurs eux-mêmes.
- Nous attendons des entités fédérées et de leurs administrations qu'elles veillent à un maximum de coordination face aux droits personnels et aux conditions d'accès aux régimes de droits (un pacte de "libre circulation") et qu'elles mettent en place les conditions d'une automatisation maximale dans l'octroi des droits, notamment dérivés (exemple : accès au statut BIM). Ceci passe évidemment par une information claire et pertinente et des dispositifs de formation continuée des acteurs du travail social reconnus et financés.
- Actuellement, malgré les financements régionaux liés à leur reconnaissance légale, les services sociaux des mutualités sont financés en grande majorité par les fonds propres des organismes assureurs. Ces dernières années, de plus en plus d'administrations communales réorientent la population vers ces services tandis que les autorités publiques leur ont octroyé de nouvelles missions (ex : accompagnement des bénéficiaires dans le cadre de demande d'allocation pour personnes âgées, de reconnaissance du handicap...) sans moyen complémentaire. Par ailleurs, nos services sociaux sont confrontés à une augmentation des demandes liées aux conséquences des différentes crises successives que nous avons traversées. Nous demandons donc un refinancement structurel (frais de fonctionnement, frais de personnel et digitalisation) des services sociaux mutualistes par les différentes entités fédérées afin de faire face à ces nouvelles missions mais aussi pour répondre adéquatement aux nouvelles demandes.



**L'accès égalitaire aux droits :
un vrai défi démocratique !**



Aide médicale urgente (AMU) aux personnes migrantes

La santé est un droit fondamental et inaliénable. Ce droit doit être sauvegardé à tous les niveaux de populations au-delà de toute considération de statut de nationalité, d'origine culturelle ou géographique. L'AMU doit donc être maintenue et garantie pour des raisons tant humanitaires que pour des raisons de santé publique.

Ceci étant, **nous plaidons pour** que l'aide médicale urgente soit octroyée par chaque CPAS selon un cadre commun et des procédures identiques qui garantissent aux personnes en situation irrégulière un accès réel aux soins de santé auxquels ils ont droit.

Nous demandons notamment que les décisions soient prises dans les délais prescrits par la loi et une simplification des règles de compétences entre CPAS. Cette demande vaut également pour l'ensemble du secteur des aides sociales accordées à l'ensemble des citoyens sur l'ensemble du territoire national.



L'action sociale doit à la fois combattre une précarité qui se développe de façon plurielle mais aussi redonner sens et dignité aux bénéficiaires.





Renforcer les actions en faveur de la santé mentale

La santé mentale est un concept complexe et intimement lié aux différents domaines de l'être : la santé physique, la vie affective, professionnelle, culturelle mais aussi le logement, les ressources économiques ou encore l'environnement. Les déterminants de la santé mentale sont à l'intersection de tous ces domaines. Ici aussi il est donc nécessaire d'avoir, au-delà des réponses médico-psychologiques une réponse transversale sociétale et intersectorielle ainsi qu'une réflexion sur les valeurs de notre société.

La souffrance psychique peut impacter la personne de manière ponctuelle et modérée jusqu'à des formes chroniques sévères et invalidantes. Le spectre est très large et il est important que des réponses différenciées et proportionnées soient accessibles à tous. Malheureusement, il existe encore de nombreux freins quant à l'accessibilité des soins de santé mentale : un manque de disponibilités des services, des problèmes d'accessibilité financière, des difficultés quant à l'acceptation d'un besoin de recours aux soins, de la stigmatisation²⁷ ou encore une méconnaissance des problèmes de santé mentale et de l'offre de soins existante pour trouver de l'aide.

Les différentes composantes de la collectivité doivent donc s'impliquer pour faire face et créer un tissu social suffisamment ancré et solide afin de "faire soin", contenir et aider au mieux les personnes qui traversent des difficultés psychologiques et/ou psychiatriques. Pour cela, il faut que l'organisation des soins se pense, plus que jamais, en dehors des silos. Une gouvernance efficace et coordonnée doit se mettre en place.

La crise sanitaire que nous avons traversée illustre bien ces déterminants de santé mentale : la rupture de lien social, les incertitudes économiques ou les inquiétudes autour de la pandémie ou du climat ont mis à mal le bien-être des citoyens ou ont aggravé des situations de fragilités préexistantes. En particulier, elle a mis en lumière le fait que certains publics sont particulièrement vulnérables quand il s'agit de leur santé mentale : les enfants et adolescents, les femmes, les familles monoparentales, les personnes âgées, les personnes isolées, le public double-diagnostic ou encore les publics précarisés²⁸.

Par contre, cette crise a aussi eu la vertu de mettre en lumière la nécessité d'investir dans ces domaines, et ce à chaque échelon du soin : la prévention, l'offre de première ligne, les soins spécialisés et la revalidation.

L'importance de la prévention aussi dans le domaine de la santé mentale

Nous le disions, la santé mentale dépend fortement des facteurs sociaux, économiques et environnementaux et le traitement ne peut pas être la seule réponse pour aider ou améliorer la santé mentale de la population. Selon l'OMS, *"la seule méthode durable pour réduire la charge causée par ces troubles est la prévention"*²⁹.

Les recherches scientifiques montrent en effet que la prévention permet d'éviter, au moins partiellement, l'apparition et/ou d'atténuer la gravité des maladies mentales³⁰.

Par ailleurs, il nous paraît important de permettre à tous de développer des compétences psycho-sociales, et ce depuis le plus jeune âge, qui permettent de s'épanouir et de faire face aux différents événements de la vie. Il faudrait à ce propos rendre le plus accessibles possible les lieux dans lesquels les jeunes peuvent s'investir et s'engager, comme les mouvements de jeunesse, le volontariat et les clubs de sport collectif.

C'est donc une vision large de la santé qu'il faut préconiser lorsque l'on parle de prévention en santé mentale. Les acteurs sociaux et les services connexes à la santé, comme l'aide à la jeunesse ou les CPAS, sont également des acteurs indispensables à cette approche.

La MC propose de :

- Développer davantage la prévention dès le plus jeune âge et y intégrer la problématique des réseaux sociaux et des addictions (notamment aux écrans) à travers les écoles mais aussi les PSE, les associations de loisirs, de quartiers ou l'extrascolaire ;
- Développer la capacité de détection précoce par les professionnels du milieu scolaire ;
- Développer l'esprit critique des enfants et adolescents aux médias sociaux et en formant les intervenants ;
- Lutter contre le harcèlement numérique et/ou scolaire ;
- Favoriser l'accès au sport pour tous, dans une perspective de promotion de la santé et de prévention ;
- Favoriser également l'accès à des activités culturelles et de loisirs pour tous ;
- Garantir la disponibilité des services de soutien comme les places d'accueil de la petite enfance, l'aide à la parentalité, l'aide à la jeunesse, les plannings familiaux, les services de médiation de dettes ;
- Continuer à déstigmatiser les problèmes de santé mentale et à dédramatiser le recours aux soins, par des campagnes de sensibilisation par exemple ;
- Développer des actions visant des publics prioritaires en termes de santé mentale, singulièrement les familles monoparentales, les femmes, les publics précarisés et les primo-arrivants ;
- Développer des lieux de liens qui sont des lieux de rencontres et d'activités à bas seuil d'exigence, qui exigent, qui donnent une place à chacun et favorisent le lien social.



27 https://www.mc.be/media/MC%20Infos%20280_tcm49-66554.pdf

28 Santé et Société, octobre 2022 : https://www.mc.be/media/sante-et-societe-3_tcm49-76551.pdf

29 Santé et Société, octobre 2022 : https://www.mc.be/media/sante-et-societe-3-sante-mentale_tcm49-76553.pdf

30 Santé et Société, octobre 2022 : https://www.mc.be/media/sante-et-societe-3-sante-mentale_tcm49-76553.pdf

Addictions

Il est également indispensable de développer la prévention dans le domaine des assuétudes. En effet, la problématique de l'addiction à l'alcool et aux substances psychoactives constitue la première cause d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Il est nécessaire de renforcer la prévention à travers des campagnes régulières, et plus particulièrement envers le public des adolescents.

La consommation de drogues dites douces ou dures constitue également un facteur de risque important quant à la détérioration de la santé psychique. C'est le cas aussi pour le mésusage des médicaments. Il faut également mener des campagnes de prévention et de réduction des risques quant à l'usage de ces substances, notamment dans le milieu festif. L'ensemble du secteur des assuétudes doit être renforcé et financé à hauteur des enjeux de société actuels : nouvelles substances (drogue de synthèse) et nouveaux modes de consommation. D'autre part, il est important d'informer sur les dangers des consommations, leurs effets néfastes sur la santé, mais aussi accompagner et déstigmatiser les personnes souffrant d'addictions.

Pour prévenir et faire face à ces troubles, nous demandons de :

- Financer et mettre en œuvre des actions de prévention à ce sujet, par exemple des campagnes d'information et de sensibilisation.



Éco-anxiété

La crise environnementale que nous vivons crée un sentiment de mal-être et de malaise au sein de la société et plus particulièrement auprès des jeunes. En effet, selon une étude de Marcks & al. (2021)³¹, 6 jeunes sur 10 se disent très, voire extrêmement inquiets face aux changements climatiques. Leur mal-être se décline en divers états émotionnels (dépression, stress, anxiété, colère...) mais aussi physiques (fatigue, insomnie, troubles digestifs). C'est ce que les experts nomment "l'éco-anxiété".

Les jeunes générations étant singulièrement concernées par les enjeux liés au futur de notre planète, nous demandons aux pouvoirs publics de :

- Soutenir la recherche sur l'éco-anxiété ;
- Introduire le concept d'éco-anxiété et de résilience face aux changements climatiques dans le parcours de base et de formation continue des professionnels de la santé mentale ;
- Développer des espaces d'expression et d'engagement autour de cette thématique construits pour et par les jeunes.



Les acteurs de la santé mentale comme acteurs de la première ligne

Ces dernières années, la Belgique a connu une réforme importante de l'organisation de l'offre de soins en santé mentale, avec notamment un important virage ambulatoire et des soins moins hospitalo-centrés et orientés vers les soins dans la communauté. Cette réforme appelée "107" s'organise à travers 32 réseaux dans le pays (adultes et enfants-adolescents). Si cette réforme a pris du temps à prendre corps, ses fondements recueillent à présent une bonne adhésion parmi les professionnels et usagers. Il en reste que sa mise en œuvre est complexe et peu connue.

À cette réforme, s'ajoutent également des volontés de réorganiser la première ligne d'aide et de soins en Région wallonne et à Bruxelles en y intégrant la santé mentale. C'est donc dans ce paysage, en pleine mutation et actuellement trop fragmenté, que le citoyen, ses proches et les professionnels doivent trouver leur chemin vers l'offre de soins de santé mentale et les acteurs sociaux.



³¹ Marks, Elizabeth and Hickman, Caroline and Pihkala, Panu and Clayton, Susan and Lewandowski, Eric R. and Mayall, Elouise E. and Wray, Britt and Mellor, Catriona, and van Susteren, Lise. (2021). Young People's Voices on Climate Anxiety, Government Betrayal and Moral Injury: A Global Phenomenon.



Dans ce domaine, la MC plaide pour :

- Améliorer la lisibilité de l'offre de soins en santé mentale et consultations psychiatriques, en disposant d'un cadastre des différents acteurs et services mis à jour afin d'aider à la bonne orientation des citoyens ;
- Favoriser le travail en réseau et l'interconnaissance des services, en prévoyant un financement pour ces temps de coordination autour du patient ;
- Garantir l'accès aux soins de santé mentale pour tous en veillant plus particulièrement à l'accessibilité des structures d'accueil pour les personnes les plus vulnérables et précaires. Pour ces publics, nous encourageons également le développement de l'*outreaching*³² ;
- Renforcer le déploiement de la convention de soins psychologiques de première ligne et son articulation avec les acteurs existants, y compris au niveau régional et communautaire ;
- Améliorer la communication autour de ce dispositif autant vers le citoyen que les professionnels du champ de la santé mentale et des services connexes ;
- Intégrer et agréer une équipe enfants-adolescents à chaque service de santé mentale ainsi que la possibilité d'une prise en charge familiale. Les familles monoparentales sont particulièrement vulnérables et une aide psycho-sociale devrait être organisée sur tout le territoire ;
- Veiller à une juste répartition territoriale de l'offre de soins. À ce propos la **Communauté germanophone** subit une pénurie de professionnels de la santé mentale, il est important que celle-ci puisse trouver une solution et que les citoyens puissent être pris en charge dans leur langue ;
- Soutenir, renforcer et outiller le secteur de l'aide et des soins à domicile sur la dimension psycho-sociale de leur travail auprès des bénéficiaires : formation, supervision et reconnaissance financière de ce travail ;
- Implémenter l'e-santé dans le domaine de la santé mentale ambulatoire ;
- Encourager et financer le temps de formation initiale et continuée en santé mentale pour les intervenants psycho-sociaux.

**Les soins spécialisés**

Certaines personnes ont également besoin de soins psychologiques et psychiatriques à plus long terme, en soins résidentiels ou ambulatoires. Les structures d'hébergement spécialisées comme les Initiatives d'habitation protégées (IHP) et les Maisons de soins psychiatriques (MSP) sont des maillons d'accueil indispensables pour ce public, après une hospitalisation par exemple ou en alternative à celle-ci.

C'est également le cas pour les centres de revalidation psycho-sociale ou pédopsychiatrique et spécialisés dans la prise en charge des assuétudés.

La MC plaide pour :

- Concernant les **initiatives d'habitations protégées** :
 - La poursuite de l'ouverture de places en IHP en objectivant préalablement les besoins et en prêtant attention à une bonne répartition territoriale de cette offre d'hébergement ;
 - Que des places en IHP soient dédiées à des publics spécifiques comme des jeunes adultes, des mères avec leurs bébés ou un accueil pour un public au double diagnostic. Ces places spécifiques devraient s'accompagner d'une norme d'encadrement adaptée.
- Concernant les **maisons de soins psychiatriques**, nous demandons de :
 - Continuer à augmenter l'offre d'hébergement, en prévoyant une programmation régionale actualisée, les besoins étant importants. Il subsiste en effet des listes d'attente pour l'entrée dans ces structures ;
 - Améliorer l'accessibilité financière pour les personnes hébergées en MSP ;
 - Créer des places pour un public au double diagnostic et dédier un encadrement adapté pour ces personnes.
- En ce qui concerne les **centres de revalidation**, un accroissement des places de pédopsychiatrie et en accueil de jeunes adultes est particulièrement nécessaire.
- Plus spécifiquement pour le **secteur des assuétudés**, un dispositif de salle de consommation à moindre risque a récemment vu le jour à **Bruxelles** et un autre existe en **Région wallonne** depuis plusieurs années. Il importe de se baser sur les évaluations prévues de ces dispositifs pour, le cas échéant, pérenniser ceux-ci et éventuellement en développer d'autres.
- Pour **certaines personnes qui cumulent des difficultés de santé mentale et de handicap mental et/ou physique** et qui ont besoin d'encadrements spécifiques et de personnel adapté, nous pensons qu'il faut développer une offre de soins en favorisant la concertation entre les secteurs du handicap et de la santé mentale ainsi qu'entre les différents niveaux de pouvoir respectivement concernés par les compétences liées au secteur ambulatoire, à l'hôpital et aux centres de jour et d'hébergement.



32 Outreaching : service mobile qui va à la rencontre des publics qui ont un accès plus difficile aux soins ou aux services.

Répondre aux besoins et défis de la perte d'autonomie

Alors que nous associons souvent la question de la perte d'autonomie à celle du vieillissement de la population, elle englobe pourtant des réalités et des parcours de vie bien différents. Au fond, la perte d'autonomie ou le handicap peuvent concerner tout le monde : une personne aînée qui n'est plus capable d'aller faire ses courses elle-même, une personne souffrant d'un cancer et nécessitant des soins à domicile, une personne de tout âge en perte d'autonomie temporaire ou encore un enfant né avec un handicap et ayant besoin d'une chaise roulante pour se déplacer. De plus, l'augmentation de l'espérance de vie fait que ces réalités se combinent de plus en plus souvent : une personne aînée qui développe un handicap ou une personne porteuse de handicap qui vieillit.

Que l'on se retrouve en situation de perte d'autonomie à cause de son âge, d'une maladie ou d'un autre handicap, pour des raisons physiques ou mentales, ou suite au cumul de ces raisons, chacun désire pouvoir s'appuyer sur un système de santé et d'aide compréhensible. Celui-ci doit offrir suffisamment d'alternatives, qui soient accessibles tant financièrement, physiquement que géographiquement. La MC plaide pour un système humain et soucieux de la dignité de chacun qui prend en compte le choix des citoyens et leurs projets de vie ainsi que ceux des proches qui l'entourent. Si cela peut sembler évident, ce sont pourtant des valeurs et des principes qui ont durement été mis à mal durant la crise du Covid-19, notamment.

Depuis longtemps maintenant, la MC plaide pour la mise en place effective d'un continuum d'aide et de soins pour les personnes en perte d'autonomie.

Le système de santé de demain devrait permettre à tout individu en situation de perte d'autonomie (qu'elle soit ponctuelle ou définitive) d'être pris en charge de manière adaptée, lui offrir l'aide et les soins nécessaires dans le bon lieu et au bon moment, tout en respectant autant que possible sa liberté de choix et celle de ses aidants proches. Pour ce faire, il est impératif de travailler au développement de l'ensemble des maillons constituant ce continuum - de l'accompagnement à domicile à la prise en charge en institution, en passant par les structures d'accueil de jour, les courts séjours, les centres de convalescence ou de réhabilitation, les services de santé mentale, les soins hospitaliers ou les soins palliatifs. Par ailleurs, une meilleure articulation entre les différents lieux de vie de ces personnes doit être assurée afin qu'elles ne soient pas cantonnées dans l'un ou l'autre de ceux-ci. Cela demande une connaissance réciproque des acteurs et une concertation. La création d'un réel continuum d'aide et de soins permettrait par ailleurs de développer une culture de l'aide et des soins intégrés à la faveur de l'ensemble de la population.

Finalement, rappelons que le bien-être des personnes en perte d'autonomie n'est pas qu'une histoire de soins.

Beaucoup d'autres facteurs influencent leur santé : l'isolement, le niveau de revenus, la qualité de l'habitat, l'aménagement du territoire, les transports, la mobilité, la culture, les loisirs... Ici aussi, une politique transversale en faveur de ces publics garde tout son sens. Celle-ci doit envisager, a minima, que le bien-être globale des personnes en perte d'autonomie soit au centre du métier et de la formation des acteurs de l'aide et des soins.



Le système de santé de demain devrait permettre à tout individu en situation de perte d'autonomie d'être pris en charge de manière adaptée, lui offrir l'aide et les soins nécessaires dans le bon lieu et au bon moment, tout en respectant autant que possible sa liberté de choix et celle de ses aidants proches.







Aide et soins à domicile

La grande majorité des personnes en perte d'autonomie désire rester le plus longtemps possible à domicile.

Cependant, comme beaucoup d'autres acteurs, le secteur de l'aide et soins à domicile a été fortement touché par la crise sanitaire, l'augmentation des coûts de la mobilité mais aussi par une pénurie de personnel toujours plus importante.

Afin que les professionnels du domicile puissent continuer à offrir un service et un accompagnement de qualité accessible et répondre à la demande croissante en respectant toujours le libre choix du patient quant au service auquel il veut faire appel, **différentes mesures doivent être prises concernant le secteur de l'aide et des soins à domicile :**

- Renforcer financièrement le secteur ;
- Réduire les listes d'attente en augmentant significativement le contingent d'heures des aides familiales, en créant un contingent d'aides ménagères et de gardes à domicile avec un statut clair, transparent et aligné entre les différentes entités du pays ;
- Développer, par exemple, un cadastre des demandes et besoins non rencontrés afin de déterminer des critères de programmation pertinents qui tiennent compte des besoins réels, tels que les prises en charges en soirée, en début de matinée et le week-end ;
- Garantir une accessibilité financière toujours plus accrue pour les bénéficiaires de ces services en les préservant notamment de l'augmentation des coûts liés aux crises successives et à l'inflation ;
- Garantir une orientation adéquate et accompagnée des personnes en perte d'autonomie et de leurs aidants proches en fonction de leurs besoins et en respectant la liberté de choix de chacun. Nous plaçons en faveur de la reconnaissance au sein des mutualités de "conseillers en autonomie" envisagés comme points de contacts uniques et d'orientation pour les personnes confrontées à une perte d'autonomie subite et leur entourage, dans une optique de prise en charge à 360° (orientation vers les services d'aides et soins, de transport, l'offre de répit...). Ces conseillers en autonomie agiraient en complémentarité aux coordinateurs actifs au sein des centres de coordination des services d'aide et de soins à domicile (en charge spécifiquement de la coordination de l'aide et des soins) ;
- Réfléchir à l'évolution des différents métiers du domicile pour renforcer la complémentarité entre ceux-ci et répondre aux nouveaux besoins (prises en charge plus complexes à domicile, évolutions technologiques, nouveaux profils de bénéficiaires...). Chaque métier doit pouvoir s'exercer là où il est le plus utile ;
- Faire connaître à la population et aux professionnels le secteur des aides à domicile en expliquant son utilité sociale et en détaillant le spectre des services possibles afin de promouvoir le recours à ceux-ci, et ce dès que les premiers besoins se font ressentir. Cela permet de privilégier une approche préventive et anticipative des futurs besoins qui pourraient survenir ;
- Renforcer l'attractivité des filières de formation de ces métiers, et renforcer les moyens pour encadrer les stagiaires, tant au niveau des écoles qu'au niveau des services ;
- Accompagner budgétairement la revalorisation salariale des métiers de l'aide et des soins à domicile et l'appliquer dans les services financés et agréés par les Régions et Communautés. Contrairement à d'autres secteurs, les services d'aides et soins à domicile n'ont pas pu compter sur un soutien financier de l'autorité publique pour revaloriser, à la hausse, les barèmes de rémunération de leur personnel. Cette situation pourrait, à terme, créer une concurrence entre les services associatifs et les services commerciaux sur le marché du travail, au détriment de l'accessibilité de l'aide et des soins.



Garde d'enfant malade

La problématique des gardes d'enfants malades doit également être une préoccupation des autorités publiques dans les prochaines années. En effet, les familles éprouvent souvent de grandes difficultés à concilier vie familiale et professionnelle. C'est le cas lorsque les enfants tombent malades et encore plus quand ces enfants ont des besoins spécifiques. Dans ce cas, ce sont souvent les femmes qui restent à la maison pour en prendre soin ou les grands-parents quand cela est possible. En effet, les familles qui se retrouvent dans cette situation vont d'abord chercher des solutions dans leur cercle familial avant de s'adresser à des services professionnels.

Cependant, l'allongement des carrières maintient les grands-parents actifs plus longtemps, ces derniers étant dès lors moins disponibles pour s'occuper de leurs petits-enfants. La demande pour les services de garde d'enfant malade risque donc d'augmenter fortement. Nous constatons par ailleurs un phénomène préoccupant lié au télétravail : la possibilité de prester ses heures à son domicile pousse des parents à travailler tout en gardant leurs enfants. Pour la MC, cette situation ne devrait pas être encouragée, précisément parce qu'elle impacte la séparation nécessaire entre vie professionnelle et vie privée.

La MC demande donc, qu'outre le développement de l'offre des gardes d'enfant malade, les autorités des entités fédérées soutiennent la mise en place d'un mécanisme de congé impérieux par le fédéral.



Aménagement du domicile et aides techniques (aides individuelles et aides à la mobilité)

Afin d'assurer aux personnes en perte d'autonomie un accompagnement à domicile de qualité, il est essentiel de favoriser une approche globale de la situation de la personne en pratiquant une analyse transversale et spécifique de ses besoins, qui implique tous les acteurs concernés (ergothérapeutes, infirmiers, aides à domicile, familles...).

Nous demandons que :

- Les mesures ci-dessus soient complétées par le développement d'outils technologiques (via la téléassistance notamment) et par une véritable politique de soutien à l'aménagement du domicile et de renforcement des aides techniques. Il est dès lors important de reconnaître et de valoriser le rôle de ces dispositifs au sein du réseau d'accompagnement à domicile en augmentant la communication autour de ces aides, en garantissant leur accessibilité et en créant un cadre réglementaire clair qui fixe des normes minimales en vue d'un financement.
- Les pouvoirs publics aient une attention portée sur la simplification des démarches administratives et l'accélération du traitement des demandes.
- Les autorités valorisent le rôle du secteur associatif, vecteur d'innovation sociale en la matière, notamment dans le cadre du développement de la Silver Economie, mais également lors d'initiatives efficaces présentes à plus petite échelle comme le projet des boîtes jaunes Senior Focus.
- Les personnes en situation de perte d'autonomie doivent également pouvoir faire un choix éclairé concernant l'aménagement de leur domicile et les aides techniques dont elles pourraient avoir besoin, en connaissance des aides financières dont elles pourraient bénéficier.



Instaurer un congé impérieux pour aider les parents à concilier vie familiale et professionnelle.

Agences de conseil et associations d'aménagement du domicile

Les agences de conseil ou associations qui assistent les personnes dans l'aménagement de leur domicile et dans la recherche d'aides techniques jouent ici un rôle important.

Nous demandons de :

- Renforcer et pérenniser leur financement en prenant mieux en compte le volume de demandes traitées par ces services et en adaptant davantage leur subventionnement à la réalité des coûts de fonctionnement ;
- Veiller à ce que les initiatives publiques ne les concurrencent pas inutilement ;
- Revaloriser les lieux non commerciaux d'essais et d'apprentissage (lieux de vie "témoin") ;
- Reconnaître et financer le métier de conseiller technique pour assurer le suivi et la vérification des aménagements préconisés ;
- Faire appel à l'économie sociale pour compenser la pénurie de travailleurs qui apportent des modifications mineures dans le cadre d'adaptations du domicile et qui sont négligées par les entrepreneurs commerciaux ;
- Stimuler, soutenir et rendre possibles les aménagements du domicile non seulement auprès des propriétaires mais aussi auprès des locataires ;
- Déduire fiscalement les coûts liés à l'aménagement du domicile ;
- Être attentif à la protection du bénéficiaire en cas de non-conformité des travaux d'aménagements réalisés.

Aides individuelles et à la mobilité

En ce qui concerne spécifiquement les aides individuelles et les aides à la mobilité, **nous demandons de :**

- Créer, organiser et soutenir des structures associatives ou publiques de récupération et de reconditionnement des aides devenues inutilisées, dans des délais parfois courts, pour les réinjecter dans le circuit des aides octroyées ;
- Étudier la possibilité d'étendre le système de location pour les voitures existant en maisons de repos à d'autres types d'aides mais aussi à d'autres publics (notamment les personnes résidant à domicile), en vue d'améliorer l'accessibilité de ce type de dispositifs ;
- Poursuivre la suppression du critère de l'âge conditionnant l'octroi d'une aide, en dégageant les moyens supplémentaires nécessaires à cette suppression, à l'instar de l'extension des entretiens et réparations de voitures aux plus de 65 ans et de ce qui a été fait en **Communauté germanophone** ;
- Garantir l'accessibilité financière de ces aides.

Guichet unique

Afin de faciliter le parcours du bénéficiaire relatif à ces aides, la MC plaide pour l'aboutissement du guichet unique dans le chef des organismes assureurs. Cela implique que ces derniers soient reconnus et financés pour ces missions.

Nous demandons que les mutualités soient impliquées dans la cogestion du processus de fournitures de ces aides et aménagements afin de :

- Garantir le principe de subsidiarité ;
- S'appuyer sur l'expertise de celles-ci ;
- Soutenir la liberté de choix du prestataire par le bénéficiaire.

Services de téléassurances associatifs

En ce qui concerne spécifiquement les services de téléassistance associatifs, **nous demandons de :**

- Élaborer des normes d'agrément et de financement des centrales de téléassistance ;
- Élaborer une charte éthique concernant le droit à la protection de la vie privée et délimitant une utilisation proportionnée ;
- En coordination avec les services d'urgence, mettre en place des dispositifs de téléassistance spécifiques pour les publics particulièrement isolés socialement et pour lesquels le dispositif classique de téléassistance n'est pas adapté.
- Soutenir dans ce cadre les projets visant l'organisation d'un réseau de volontaires en capacité d'intervenir en cas d'urgence pour ces publics ;
- Soutenir le potentiel d'innovation des services de téléassistance (pilulier intelligent..).

Favoriser un réel continuum d'aides et de soins en soutenant les alternatives à l'accompagnement à domicile et en assurant leur accessibilité financière et géographique.



Lieux d'accueil, d'hébergement et de vie

Comme nous l'avons déjà expliqué, la grande majorité des personnes en perte d'autonomie désire vivre le plus longtemps possible à domicile. Quand cela n'est malheureusement plus possible, il existe des alternatives qui garantissent une prise en charge plus adaptée et répondent mieux aux besoins de la personne et de ses aidants proches : les centres d'accueil et de soins de jour, les courts séjours en maison de repos, les maisons communautaires, les maisons de repos et de soins, les habitats intergénérationnels ou supervisés ou encore les résidences services.

Afin de favoriser un réel continuum d'aides et de soins, il est du devoir des autorités de soutenir ces alternatives à l'accompagnement à domicile et d'en assurer l'accessibilité financière et géographique leur permettant ainsi de faire un choix libre et éclairé qui tienne compte de leur projet de vie.



Centres d'accueil (et de soins) de jour pour aînés

En ce qui concerne spécifiquement les centres d'accueil (et de soins) de jour pour aînés, **nous demandons de :**

- Établir une programmation pluriannuelle d'ouverture de nouvelles places pour faire face aux besoins non couverts, y compris le besoin de répit des aidants proches ;
- Renforcer le financement des centres d'accueil de jour afin de stimuler l'ouverture de places de ce type ;
- Assurer la simplification administrative des procédures d'agrément pour stimuler les maisons de repos à prévoir des places d'accueil de jour.

Résidences-services

En ce qui concerne spécifiquement les résidences-services, **nous demandons de :**

- Augmenter les offres d'accueil en résidences-services afin, notamment, de diminuer les problèmes de transition domicile/milieu collectif procurant du stress et nécessitant de l'énergie ;
- Garantir l'accessibilité financière des résidences-services, notamment à travers une offre plus importante de résidences-services sociales.

Courts séjours en maison de repos

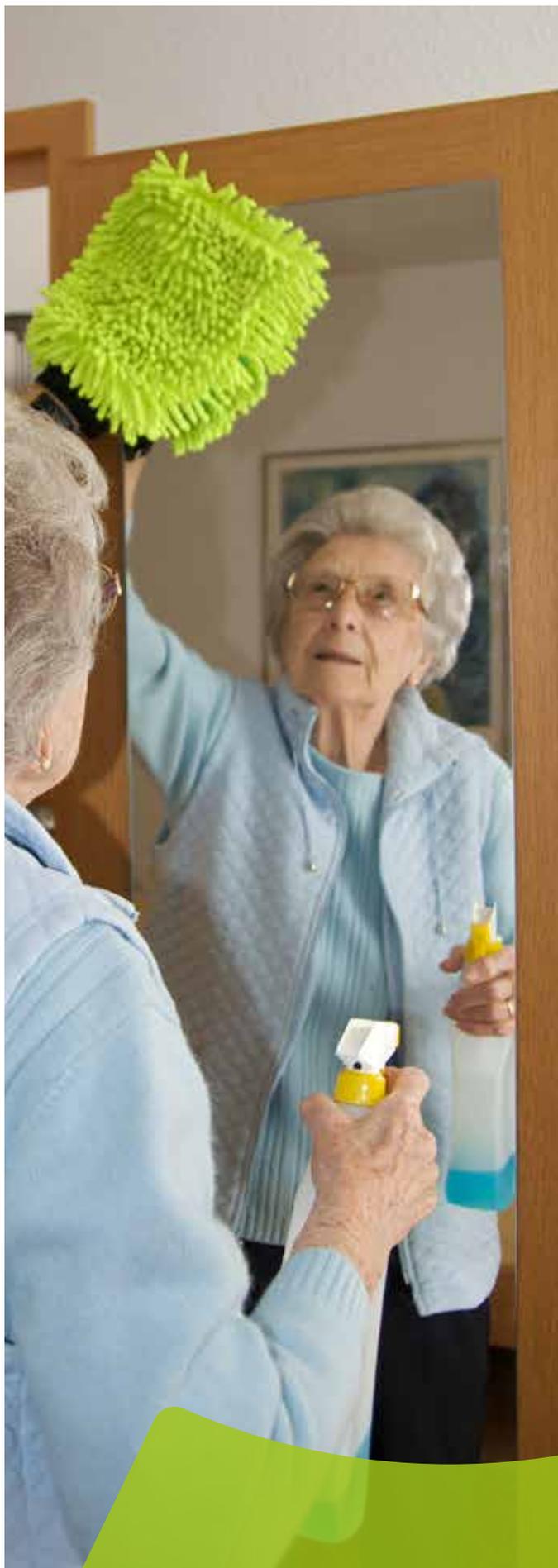
En ce qui concerne spécifiquement le court séjour en maison de repos, **nous demandons de :**

- Renforcer l'offre d'accueil en court séjour en rendant plus soutenable le développement de cette offre pour les gestionnaires de structures d'hébergement et les bénéficiaires.

Alternatives à l'accompagnement à domicile

Nous demandons de :

- Agréer et soutenir les formes alternatives d'hébergement de qualité et financièrement accessibles ;
- Adapter les cadres légaux réglementant ces nouveaux types de lieux de vie, et notamment celui concernant les structures d'hébergement non agréées ;
- Investir dans des habitats collectifs accessibles financièrement et de qualité ;
- Adapter les cadres légaux réglementant les services d'aide et de soins à domicile pour qu'ils puissent intervenir dans ces lieux d'habitat collectif ;
- Reconnaître l'utilité publique du secteur de l'accueil et des aides aux aîné(e)s et exiger que les opérateurs privés commerciaux démontrent qu'ils répondent aux mêmes exigences de qualité et d'accessibilité financière que les secteurs public et associatif ;
- Tenir compte des besoins en matière de personnel pour assurer un accompagnement humain et décent de la personne ;
- Organiser un monitoring des divers besoins dans les différents dispositifs ;
- Nous attirons également l'attention sur la situation particulière des structures d'hébergement non agréées (SHNA) qui accueillent aussi bien des aînés que des personnes en situation de handicap ou encore un public relevant du secteur de la santé mentale. Nous demandons de poursuivre le processus de cadastre et de réglementation entamé dans les **Régions** afin de protéger les personnes hébergées dans ces structures.



Maisons de repos et maisons de repos et de soins

En ce qui concerne spécifiquement les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS), la crise du Covid-19 et le scandale Orpea ont démontré une nouvelle fois la nécessité de transformer ces lieux de soins en véritables lieux de vie, ouverts sur l'extérieur où les habitants sont traités avec respect et humanité.

En effet, si nous souhaitons renforcer l'offre d'alternatives à la maison de repos pour les profils plus autonomes, nous ne désirons pas pour autant faire de la maison de repos un lieu où les personnes âgées ne sont plus actives et sollicitées mais bien faire évoluer ces institutions vers des maisons de vie.

Ce changement de paradigme implique de faire la part belle à la dimension du "care" qui passe trop souvent après la dimension des "soins", afin de permettre au personnel et aux résidents de développer au sein de chaque institution des relations plus humaines, moins fonctionnelles et médicalisées et plus égalitaires en dehors d'un carcan soignant - soigné. Un changement culturel est donc indispensable pour y parvenir et demande un accompagnement aussi bien des professionnels que des habitants.

Une plus grande attention doit également être portée à la préservation de l'autonomie des habitants. L'excès d'aides (souvent dicté par des impératifs d'efficacité dans le fonctionnement de la maison de repos, que le personnel subit également) diminue la confiance en soi des résidents et peut engendrer une perte d'autonomie encore plus importante.

Les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés doivent être davantage pensés en lieux de vie où sont donnés des soins de qualité et évolutifs, au regard des besoins et attentes identifiés. Ces lieux devraient davantage répondre aux besoins que les personnes âgées expriment sur l'attente qu'elles ont d'une maison de repos : se sentir moins seules et en sécurité, être acceptées et faire partie intégrante de la maison de repos, se sentir comme dans une famille, être responsabilisées, respectées, avoir le droit à l'autodétermination et pouvoir voir leurs proches le plus souvent possible. Une évolution nécessaire est également l'importance pour les établissements d'accueil et d'hébergement de permettre à leurs résidents de participer le plus possible à la vie extérieure en s'ouvrant sur leur quartier et en favorisant des partenariats de proximité.

Davantage penser les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés comme des lieux de vie où sont donnés des soins de qualité et évolutifs, au regard des besoins et attentes identifiés.



Pour réaliser ce changement de paradigme au sein des maisons de repos et maisons de repos et de soins (MR-MRS), **il nous semble fondamental de :**

- Viser une fusion des normes MR-MRS comme en **Communauté germanophone**, en visant les normes MRS, afin de garantir un meilleur encadrement ;
- Donner plus de voix aux résidents en leur donnant une plus grande place dans les décisions les concernant, à l'instar des principes découlant du modèle Tubbe qui a déjà montré son efficacité ;
- Permettre aux résidents de se sentir dans un lieu de vie et non uniquement dans un lieu de soins cela passe notamment par :
 - Une augmentation du personnel de réactivation afin de maintenir les capacités et l'autonomie des résidents ;
 - L'ouverture aux profils d'animateur ou encore d'éducateur ;
 - Une réflexion sur l'abandon de l'uniforme.
- Ouvrir davantage les MR-MRS sur l'extérieur et la vie de quartier en favorisant les initiatives associatives (partenariat scolaire, potager de quartier...);
- Permettre de remettre au centre des préoccupations des gestionnaires de MR-MRS le fait d'avoir la capacité de délivrer des soins afin d'assurer des services "care" de qualité aux personnes âgées et non, uniquement, la survie financière de l'institution ou sa rentabilité ;
- Orienter de manière prioritaire les moyens publics au financement d'infrastructures associatives et publiques ;
- Renforcer des dispositifs de prévention de la négligence, voire de la maltraitance, du public âgé en rendant obligatoire une formation spécifique sur cette thématique à l'ensemble du personnel, toute catégorie confondue ;
- Avoir une politique de financement des infrastructures et d'ouverture de nouvelles places qui tient compte des besoins réels de la population. Cela implique notamment de :
 - S'appuyer sur des données démographiques fiables et tenir compte des spécificités de certaines population (par exemple, à Bruxelles) ;
 - Veiller au respect des places entre secteur privé commercial, privé associatif et public ;
- Renforcer la politique de contrôle et d'accompagnement des MR-MRS :
 - En prévoyant des contrôles aléatoires et périodiques ;
 - En rendant plus transparentes et participatives les procédures menant aux rapports de contrôle réalisés par les administrations, dans une perspective d'accompagnement et de responsabilisation des institutions ;
 - En appliquant des sanctions administratives en cas de non-respect des normes.



Parallèlement, les autorités doivent **garantir l'accessibilité financière des MR-MRS**, notamment à travers :

- Une révision de la réglementation concernant les demandes d'augmentation de prix et la prise en compte des conséquences des éventuelles crises, notamment énergétiques, pour qu'elles soient sans impact sur la facture du résident ;
- L'intégration et le maintien des suppléments les plus utilisés par les résidents dans le prix de journée ;
- La transparence des factures résidents : libellés clairs des postes et leurs montants ;
- Le monitoring des prix au niveau des administrations régionales (communautaires) compétentes ;
- La mise en place d'un mécanisme de conventionnement entre prestataire et organisme assureur (OA) fondé sur une grille tarifaire assurant l'équilibre financier des structures, l'accessibilité financière et la qualité des services validée par les représentants sectoriels et les mutualités. Il faudra veiller à la praticabilité de cette mesure et que celle-ci ne génère pas d'effets pervers.

Par ailleurs, il conviendrait de garantir la portabilité des droits des citoyens et de mettre en place une concertation structurelle avec les autres entités fédérées afin de garantir le libre choix du lieu d'hébergement de la personne.

Enfin, si elles choisissent de vivre dans un établissement d'hébergement, les personnes doivent être accompagnées tout au long du continuum de soins, qu'elles s'inscrivent ou qu'elles changent de structure.

Afin de faciliter les démarches des personnes et de leurs aidants proches, les autorités devraient, en outre, soutenir la création d'un outil centralisé de liste d'attente et/ou de cadastre des places disponibles dans les établissements.

Lieux d'hébergement des personnes en situation de handicap

Un très grand nombre de principes développés et défendus ci-dessus s'appliquent également à l'hébergement des personnes en situation de handicap : augmentation de l'offre d'hébergement en fonction des besoins identifiés dans un cadastre, développement de nouvelles formes d'hébergement innovantes, accessibilité financière et géographique ou encore respect du projet de vie de la personne.

Pour que les personnes en situation de handicap aient réellement le choix de leur lieu de vie et de leur organisation de vie, il faut élargir l'offre de services et proposer une diversité de solutions bien réparties géographiquement. Chaque personne doit pouvoir choisir ce qui lui convient le mieux : aide à domicile, service résidentiel, accompagnement à la vie en autonomie...

Une aide et/ou un accompagnement doivent être mis à la disposition des personnes en situation de handicap ou, le cas échéant de leur entourage, pour faire leurs propres choix de lieux de vie. En effet, elles doivent pouvoir décider en toute connaissance de ce qui existe et des avantages/inconvénients de chaque solution proposée.

Nous souhaitons cependant mettre en avant quelques recommandations plus spécifiques. En particulier, **la MC demande de :**

- Avoir un monitoring de l'offre et des besoins afin de mieux programmer l'ouverture de nouvelles places d'hébergement, y compris pour les situations d'urgence ;
- Soutenir les initiatives de logements accompagnés et supervisés pour personnes en situation de handicap ;
- Tenir compte de l'évolution du public présent dans les institutions (vieillesse des personnes en situation de handicap) et permettre l'adaptation des règles et normes en conséquence. La présence d'un membre du personnel spécialisé en gériatrie pourrait être envisagée si nécessaire ;
- Permettre aux personnes en situation de handicap qui intègrent une maison de repos ou une maison de repos et de soins de continuer à participer aux activités organisées par le centre de jour dans lequel elles résidaient précédemment ;
- Favoriser le respect du résident dans sa globalité en prenant également en compte les volets "vie affective et sexuelle" des habitants dans le projet des institutions. Cette thématique devrait également être incluse dans le cursus de formation (initiale et continue) du personnel ;
- Soutenir le déploiement et le financement de "maisons de ressourcement" ou initiatives de ce type de lieux dédiés au bien-être des enfants, des jeunes en situation de handicap et de leurs proches dans une approche holistique et en dehors de leur cadre habituel ou de l'hôpital ;



- Soutenir l'inclusion des enfants et des jeunes en situation de handicap au sein des organisations et mouvements de jeunesse ;
- Soutenir la formation d'animateur d'enfants à besoins spécifiques ;
- Soutenir le développement d'une offre de plaines et de stages inclusive pour les enfants et jeunes en situation de handicap.



Centres de convalescence

Un retour à domicile en toute sécurité après une hospitalisation est essentiel, mais pas nécessairement évident. L'objectif est d'éviter que les patients ne sortent trop tôt ou trop tard. Il n'est pas toujours facile d'évaluer correctement les besoins d'aides et de soins. Afin d'apprécier et organiser au mieux les sorties d'hôpital, une prise en charge adaptée durant la période post-aiguë est nécessaire. Il s'agit de fournir un environnement sûr avec une offre appropriée de rééducation, ce qui, pour de nombreux patients, nécessite une étape intermédiaire avant de regagner leur lieu de vie habituel. Plus les acteurs de la santé parviennent à organiser cette prise en charge post-aiguë de manière adéquate pour chaque patient, plus le flux de patients sera fluide et aura un effet positif sur la réduction de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux.

C'est dans cette "étape intermédiaire" que les centres de convalescence jouent un rôle important depuis leur création à la fin des années 1970. Un avis du SPF Santé publique publié en 2015³³ confirme d'ailleurs ce rôle : dans 50,17% des cas où un patient hospitalisé ne peut pas quitter l'hôpital, l'obstacle principal à sa sortie est la disponibilité ou l'absence d'une offre de soins adaptée.

Dans ce domaine, les acteurs politiques régionaux et communautaires ont dès lors un rôle important à jouer. En particulier, **nous leur demandons de** :

- Créer un cadre légal reconnaissant les maisons de convalescence et définissant des normes d'agrément ;
- Prévoir un financement suffisant afin d'étendre l'offre existante et promouvoir le recours à ces services en collaboration avec le fédéral (financement des soins vs financement de l'hébergement) et assurer l'accessibilité financière de ces services.

Soins palliatifs

Les besoins en soins palliatifs augmentent pour diverses raisons : vieillissement de la population, diversification des pathologies, cumul de comorbidités, précarité, isolement social... Ils ont connu des évolutions importantes ces dernières années et ne se limitent plus à la lutte contre la douleur physique ou au contrôle des symptômes. Il s'agit à présent de soins complets multidisciplinaires qui prennent en compte les besoins psycho-affectifs, sociaux et spirituels ou existentiels de la personne et de son entourage.

D'autre part, la planification précoce des soins permet la mise en œuvre de soins personnalisés et adaptés aux souhaits de la personne. Ils apportent généralement de la sérénité au patient et à ses proches.

Dans ce domaine, **la MC plaide pour** :

- La mise en place de campagnes et d'actions de sensibilisation afin d'inciter la population et les prestataires à anticiper les conversations autour de la planification de ces soins ;
- Une actualisation du financement et du contingentement des équipes d'accompagnement multidisciplinaires en soins palliatifs, afin de garantir la qualité des soins et le renforcement de l'offre.

Pour certaines personnes en situation palliative, il n'est pas possible de rester au domicile ou en milieu hospitalier, nous pensons que la création de structures dites "*Middle Care Palliatif*" devrait s'envisager afin de proposer une prise en charge adaptée aux patients.

Finalement, afin d'outiller tous les soignants confrontés aux soins palliatifs, il est important d'améliorer l'accès à la formation de base et continue pour le personnel en soins de première ligne, à domicile en maison de repos et maisons de repos et de soins ou en maisons de soins psychiatriques. Les soins palliatifs pédiatriques nécessitent quant à eux une formation spécifique, par exemple dans les institutions accueillant des enfants gravement malades ou atteints d'un handicap lourd.



Dans 50,17% des cas où un patient hospitalisé ne peut pas quitter l'hôpital, l'obstacle principal à sa sortie est la disponibilité ou l'absence d'une offre de soins adaptée.

33 <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/cnehd445-2-avis-relatif-aux-formes-alternatives-daccueil>

Aidants proches

Les aidants proches jouent un rôle essentiel dans le soutien, l'aide et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Chaque jour, en effet, des milliers de personnes (parfois très jeunes) prennent soin d'un parent, d'un frère, d'une sœur, d'un enfant ou, plus largement, d'un proche en perte d'autonomie plus ou moins importante. Il est démontré aujourd'hui que cette aide peut avoir un impact sur leur propre santé et même sur leur parcours de vie (scolarité, travail, vie sociale...), surtout dans les situations où l'aide s'avère intensive ou du fait de l'avancée en âge de l'aidant proche lui-même.

Si la reconnaissance des aidants proches et l'octroi de protections sociales spécifiques relèvent essentiellement du fédéral, les **Communautés** et **Régions** doivent jouer un rôle important en termes de construction de dispositifs de soutien personnalisé répondant aux besoins spécifiques des aidants proches.

Les besoins en termes de soutien et les réponses à donner sont différents selon que cet aidant proche est un homme ou une femme, pensionné, en âge de travailler ou encore scolarisé. Si la réalité des aidants proches adultes est encore mal connue et ses besoins encore peu soutenus par le législateur, celle des jeunes aidants proches l'est encore davantage. Et pourtant, ils sont nombreux. Une étude menée en Flandre, publiée en 2021 par l'Université de Gand et supervisée par l'OMS, estimait à 119 000 le nombre de jeunes aidants proches entre 11 et 18 ans³⁴. Selon une étude pilote menée en 2017 par l'asbl Jeunes aidants proches dans 6 écoles de Bruxelles, 14 % des aidants proches se situent dans une tranche d'âge allant de 12 à 25 ans.

De manière générale, si nous appelons à un renforcement des mesures de soutien de ces aidants, nous rappelons qu'il faut néanmoins veiller à ce que ceux-ci ne soient pas utilisés comme substituts aux professions d'aide et de soins.



Pour tous les aidants proches

Concrètement, pour tous les aidants proches, **la MC demande de :**

- Renforcer et diversifier l'offre de répit, notamment par le soutien et le développement de structures d'accueil de jour ou de courte durée et de convalescence adaptées aux besoins de la personne aidée et de son aidant, mais aussi à travers le développement des dispositifs de téléassistance ;
- Soutenir le développement d'une offre de volontariat, complémentaire avec les services d'accompagnement au domicile, afin de permettre aux personnes en perte d'autonomie sans aidants proches identifiés de pouvoir bénéficier des dispositifs de téléassistance ou encore d'avoir des visites fréquentes et pouvoir ainsi rester chez elles le plus longtemps possible ;
- Développer un réseau de soutien volontaire, d'experts de vécu, ancré localement pour les aidants proches par les aidants proches ; valoriser ainsi l'information et l'expertise acquises et en faire profiter d'autres, rencontrer et échanger entre pairs comme autant de moments-répit ;
- Développer et rendre financièrement accessibles tous les services d'aide et de soins à domicile permettant une réponse personnalisée à des besoins diversifiés au domicile de la personne en perte d'autonomie et venant en soutien à l'accompagnement prodigué par les aidants proches ;
- Financer et développer les gardes à domicile, en particulier les gardes de nuit et veiller à garantir un nombre suffisant de ces professionnels afin de répondre au volume de demandes ;
- Soutenir et développer les initiatives visant un meilleur accompagnement psycho-social préventif des aidants proches en renforçant les possibilités d'accompagnement, de formation et de soutien ;
- Soutenir et développer la proactivité des centres de coordination et des services sociaux des mutualités au bénéfice des aidants proches, afin que ceux-ci bénéficient au plus tôt des dispositifs médico-sociaux qui leur sont dédiés ;
- Veiller à ce que l'information sur les législations et les aides qui les concernent spécifiquement et qui concernent également les personnes qu'elles soutiennent au quotidien soient mises plus aisément à leur disposition et qu'un soutien administratif dans les démarches éventuelles à accomplir soit prévu ;
- Encourager et soutenir les aidants proches dans la recherche de réponses adaptées à leurs besoins en reconnaissant l'asbl Aidants proches comme fédératrice d'un certain nombre d'opérateurs en charge des réponses à apporter aux aidants proches. Concernant la **Communauté germanophone**, la mise en place d'une telle organisation du secteur associatif est souhaitable.



34 <https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/>





Pour les jeunes aidants proches

Plus que les adultes, les jeunes ignorent qu'ils sont des aidants proches lorsqu'ils s'occupent d'un proche en perte d'autonomie. Souvent, cette situation existe depuis le plus jeune âge de l'enfant (arrivée d'un frère ou d'une sœur porteur d'un handicap, parent dépendant à l'alcool ou aux drogues ou malade chronique...) et est considérée comme normale et intégrée à la dynamique familiale. Cependant, cette situation n'est pas sans conséquence sur la scolarité et le parcours de vie de ces jeunes : décrochage scolaire, isolement... Elle peut affecter le jeune sur le long terme.

En ce qui concerne plus spécifiquement les jeunes aidants proches, **nous demandons de :**

- Sensibiliser, former et outiller les professionnels des centres PMS, PSE et de Kaleido Ostbelgien (en **Communauté germanophone**) ainsi que le corps enseignant à la détection et au soutien des jeunes aidants proches ;
- Développer dans les écoles de l'enseignement francophone et germanophone des initiatives du type "Ensemble vers une école accueillante des aidants proches"³⁵ telles qu'initiées par l'asbl Samana en Flandre, : aménagement scolaire, lieu de répit et d'écoute.



(...) cette situation n'est pas sans conséquence sur la scolarité et le parcours de vie de ces jeunes : décrochage scolaire, isolement... Elle peut affecter le jeune aidant proche sur le long terme.



Allocation d'aide aux personnes âgées

Depuis la 6^e réforme de l'État, **les Régions et la Communauté germanophone** sont devenues compétentes pour le versement de l'Allocation d'aide aux personnes âgées (APA).

Spécifiquement en **Région wallonne et à Bruxelles, nous demandons que :**

- Le dispositif de l'APA soit évalué au regard de l'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie ;
- Les plafonds de revenus donnant accès à l'APA soient équivalents aux seuils de pauvreté définis pour une personne isolée ou en ménage. En d'autres termes, toute personne de plus de 65 ans reconnue en situation de handicap devrait accéder à l'APA si ses revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté ;
- L'automatisation de l'accès à ce droit ainsi qu'à ses droits dérivés soit renforcée.

Spécifiquement en **Communauté germanophone**, suite à la réforme de l'APA, **nous demandons que :**

- Les catégories d'allocations de soins et les montants calculés soient revus et adaptés de manière à ce que les demandeurs à faibles revenus ayant un niveau de dépendance élevé continuent à recevoir le montant maximal auquel ils auraient eu droit dans le système fédéral.
- Le Gouvernement prenne des mesures pour limiter le nombre de personnes qui perdraient leur statut BIM et ainsi d'autres droits dérivés fédéraux et communautaires, tels que le tarif préférentiel pour le gaz et l'électricité. En effet, la réforme de l'APA supprime le lien entre l'octroi de l'APA et l'octroi automatique du statut BIM.

Vers un dispositif assurantiel couvrant la perte d'autonomie

Le contexte démographique et socio-sanitaire (vieillesse de la population, augmentation des maladies chroniques ou encore problèmes de santé mentale) nous le montre : de plus en plus de personnes seront à l'avenir confrontées aux problèmes liés à la perte d'autonomie. Plus que jamais, il est nécessaire de développer une vision globale de ce que devrait être la future politique en matière de perte d'autonomie. Cette vision devra définir celle-ci au sens large et englober les problématiques physiques, psychiques mais aussi sociales. S'il importe de continuer à investir et renforcer les dispositifs existants pouvant favoriser l'autonomie, **la mise en place d'un nouveau pilier de sécurité sociale régional couvrant les risques liés à la perte d'autonomie** (comme c'est le cas en Flandre depuis 20 ans) est un levier majeur pour répondre aux enjeux en la matière. Ce dispositif doit impérativement être organisé par les pouvoirs publics pour en assurer l'équité, et non par le secteur privé.

Cette future assurance devra répondre à différents impératifs :

- Répondre aux besoins de toute la population, indépendamment de l'âge, des revenus ou du lieu d'habitation ;
- Être basée sur des mécanismes de financement et de rétribution solidaires et universels : nous privilégions une cotisation de sécurité sociale régionale progressive pour financer le dispositif ;
- Être cofinancée par les pouvoirs publics ;
- Faire du niveau de perte d'autonomie le critère principal d'accès pour le public bénéficiaire, et ce dès le niveau le plus bas, afin de rencontrer les objectifs de prévention de la perte d'autonomie ;
- Décliner l'offre du dispositif selon deux approches combinées : une allocation forfaitaire et un encouragement à l'utilisation de services afin de garantir le libre choix du patient et favoriser son autonomie, tout en soutenant une dynamique d'entreprenariat social en renforçant les services associatifs agréés ;
- Maintenir une prise en charge suffisante pour les publics non visés par la future assurance autonomie (notamment en situation de perte d'autonomie sociale) ;
- Utiliser, à termes, une échelle du niveau de perte d'autonomie unique - le BelRAI - pour autant qu'elle permette de mesurer celui-ci de manière adéquate, multidimensionnelle et en concertation avec les prestataires et bénéficiaires ;
- Les aides prioritaires visées doivent comprendre l'accessibilité aux services d'aide à la vie journalière, le renforcement des centres de coordination et le soutien aux aidants proches.

Aides à la vie journalière

En ce qui concerne spécifiquement les aides à la vie journalière, **nous demandons de :**

- Assurer l'accessibilité financière des services ;
- Mettre en œuvre des mesures favorisant la formation et la transition vers les métiers de l'aide à domicile ;
- Augmenter de façon significative le contingent d'heures des aides familiales ;
- Créer un contingent d'aides ménagères et de gardes à domicile avec un statut clair ;
- Créer un service d'intervention dans le cadre des SAFA pour répondre et intervenir auprès des personnes qui n'auraient pas d'entourage proche identifié dans le cadre de la téléassistance.

Centres de coordination

En ce qui concerne spécifiquement les centres de coordination, **nous demandons de :**

- Reconnaître leur valeur ajoutée ;
- Pérenniser leur activité au travers d'un financement adapté ;
- Redéfinir/élargir leurs missions dans le cadre de la réorganisation de la première ligne et de la volonté d'une plus large collaboration interprofessionnelle.

À plus long terme, le dispositif devra progressivement couvrir également le soutien à l'aménagement du domicile ainsi que le recours à des services de téléassistance, les aides matérielles et le transport non urgent.

De plus en plus de personnes seront à l'avenir confrontées aux problèmes liés à la perte d'autonomie. Il est nécessaire de développer une vision globale de ce que devrait être la future politique en matière de perte d'autonomie.







Contribuer à la qualité des soins hospitaliers et de revalidation

Si la première ligne d'aide et de soins doit être le point de contact privilégié du patient avec le système de santé, l'hôpital reste l'un des maillons essentiels du continuum de soins pour offrir une prise en charge intégrée des soins plus complexes. Pour garantir aux citoyens un système de santé de qualité et accessible financièrement et géographiquement, il faut que l'ensemble des composantes du continuum respecte ces principes fondamentaux.

Même si un large travail de coordination et de concertation avec le niveau fédéral est nécessaire, notamment dans le cadre de la réforme fédérale sur le financement des hôpitaux, les **Communautés** et **Régions** ont un rôle important à jouer dans la mise en place de la politique hospitalière de demain, notamment à travers le développement opérationnel des réseaux hospitaliers.

De plus, à travers leur compétence relative au financement des infrastructures, les entités fédérées sont en mesure d'améliorer la qualité des soins hospitaliers et de revalidation en liant les critères de financement des infrastructures à des critères de qualité de prise en charge, tout en assurant une couverture territoriale optimale et une meilleure accessibilité physique des centres hospitaliers et de revalidation.

Réseaux hospitaliers

La précédente législature aura été celle de la création des réseaux hospitaliers à **Bruxelles**, en **Région wallonne** et en **Communauté germanophone**. L'objectif général est de rationaliser et d'optimiser l'offre de soins hospitaliers sur le territoire et d'organiser le niveau de spécialisation de chaque centre.

La définition des missions de ces réseaux est également impactée par la réforme fédérale du financement des hôpitaux qui entend redéfinir les missions de soins suprarégionales et locorégionales de ces réseaux.

Si nous saluons la création de ces réseaux, nous regrettons que certains d'entre eux se sont formés davantage sur base de relations privilégiées entre centres plutôt que sur une organisation populationnelle basée sur les besoins des patients. De plus, si ces réseaux existent aujourd'hui d'un point de vue juridique, ils n'ont pas encore eu de réels impacts sur l'offre de soins et son organisation.

Dans ce domaine, **nous demandons aux gouvernements de :**

- Garantir la continuité de ces réformes au-delà d'une législature ;
- Garantir le libre choix du patient ;
- Assurer une articulation avec les futurs réseaux loco-régionaux de première ligne/bassins de soins ;
- Assurer l'accessibilité géographique et temporelle des soins qui ne seraient pas dispensés dans l'ensemble des centres ;
- Améliorer la collaboration entre les hôpitaux et le secteur des soins à domicile (notamment dans le cadre des projets d'hospitalisation à domicile).

Infrastructures hospitalières

Depuis la 6e réforme d'État, les **Régions** et **Communautés** sont responsables du financement des infrastructures hospitalières et impactent donc directement l'offre de soins hospitaliers dans les entités fédérées du pays. Elles pourraient aller plus loin en utilisant ce levier pour améliorer également la qualité des soins dans ce secteur.

Pour ce qui relève de la politique hospitalière régionale, **nous demandons de :**

- Garantir un financement d'infrastructure pensé au service de la qualité des soins (renouvellement de l'air, qualité des eaux, chambres individuelles qui offrent davantage d'intimité aux patients, accessibilité physique des infrastructures). La dimension environnementale doit également être prise en compte (consommation énergétique des bâtiments, gestion des déchets...);
- Améliorer la concertation entre le niveau fédéral et régional en ce qui concerne la programmation et l'investissement en matière d'appareillages lourds et favoriser les technologies les moins nocives pour la santé, comme les IRM ;
- Tenir compte de l'accessibilité géographique en veillant à une juste répartition des différents sites hospitaliers ;
- Garantir l'accessibilité physique des lieux de soins et des structures hospitalières (c'est-à-dire des bâtiments, des cabines et matériels d'examen...) et l'accompagnement des personnes en situation de handicap en leur sein ;
- Garantir le traitement des patients dans leur langue maternelle ;
- Respecter des règles précises, connues d'avance et transparentes lors de l'attribution et de la répartition des financements à la construction/ rénovation.

La réduction des séjours hospitaliers

Nous attirons l'attention sur le fait que la réduction des durées de séjour entraîne une augmentation des coûts de prise en charge du patient en dehors de l'hôpital (soins infirmiers, mais aussi aide à domicile). La réduction des durées de séjour pose la question du financement global du système d'aide et de soins intra et extra-muros, pour lequel la qualité de soins doit être garantie. Cela passe entre autres par des normes de personnel adéquates.

Dans ce cadre, **nous demandons de :**

- Renforcer les acteurs de la première ligne d'aide et de soins, notamment les services d'aide et de soins à domicile ;
- Soutenir les partenariats entre hôpitaux et services d'accompagnement à domicile ;
- Soutenir des infrastructures intermédiaires d'appui, de type maisons de convalescence ou services de répit.



Revalidation

Le secteur de la revalidation est très hétérogène en termes de groupes cibles et de services proposés. Il concerne aussi bien les enfants que les adultes et prend en charge de manière multidisciplinaire des problématiques physiques et/ou psychiques.

Pour ce domaine des soins, **nous demandons de :**

- Garder une capacité d'ouverture de nouvelles places basée sur des besoins objectivés par des études ;
- Continuer le travail entamé dans les **Régions** concernant la révision des conventions. Celles-ci devraient être actualisées et harmonisées par secteur d'activités, tout en respectant la diversité dans les approches thérapeutiques.



Les entités fédérées sont en mesure d'améliorer la qualité des soins hospitaliers et de revalidation en liant les critères de financement des infrastructures à des critères de qualité de prise en charge.





Garantir l'accessibilité de notre système de santé

Une des caractéristiques fondamentales d'un système de santé performant est son degré d'accessibilité. Derrière ce terme, se retrouvent différentes notions qui ensemble garantissent la qualité de nos services de santé. On parle d'accessibilité financière, géographique, temporelle ou encore culturelle. Chacune d'entre elles requiert des actions spécifiques qui ont été déclinées dans les chapitres précédents, au sein des différents secteurs. Dans cette partie, nous abordons l'accessibilité en tant qu'enjeu plus transversal.

Ici aussi, les Régions et Communautés peuvent faire la différence.

Faciliter l'accès aux droits

Le non-accès et le non-recours aux droits constituent une réalité pour de nombreux citoyens, en particulier au sein des groupes les plus vulnérables. Dans une approche préventive, lutter contre ce non-recours est fondamental pour éviter aux individus de tomber dans la précarité ou d'aggraver celle-ci.

Nous identifions 7 principales sources de non-recours aux droits : la non-connaissance, la non-demande, le non-accès, la non-proposition, l'exclusion du droit (dégradation de la couverture sociale), la complexité administrative et institutionnelle et la multiplicité des conditions d'accès et leur contradiction. Les causes de ce non-recours sont donc multiples, les pistes à suivre pour y remédier également : automatisation des droits, simplification administrative, communication...

Dans cet ordre d'idées, **la MC plaide pour :**

- Valoriser et soutenir la particularité de "guichet unique" des organismes assureurs, qui disposent d'une vision à 360° des droits en matière de santé ;
- Optimiser l'utilisation des banques carrefour de données et le transfert de données entre administrations elles-mêmes et avec les organismes assureurs, notamment pour identifier les bénéficiaires potentiels d'un droit et en automatiser l'accès ;
- Maintenir et renforcer les interactions humaines entre les administrations et les citoyens (à travers notamment le maintien de guichets physiques accessibles à différents moments de la journée) ;
- Renforcer le multilinguisme et l'emploi des principes FALC au sein des administrations et des services en contact avec les citoyens ;
- Renforcer la concertation entre les entités fédérées afin d'assurer la portabilité des droits ;
- Reconnaître et soutenir le rôle des associations, des réseaux et des initiatives de proximité qui viennent en aide aux citoyens vulnérables.



Lutter contre la fracture numérique

La crise sanitaire a accéléré la digitalisation de nombreux services non-marchands.

Elle a dans le même temps mis en exergue le fait que quatre Belges sur dix sont à risque d'exclusion numérique (Fondation Roi Baudouin). Cette réalité est encore plus dure pour les personnes précaires et/ou peu diplômées.

On remarque trois formes d'inégalité :

1. Inégalité en termes d'accès aux technologies ;
2. Inégalité en termes de compétences numériques ;
3. Inégalité en termes d'utilisation des services essentiels.

La digitalisation des soins de santé et des services ou le développement de nouvelles technologies dans le domaine de la santé présentent des avantages en termes d'amélioration des soins, d'accessibilité financière, temporelle et spatiale et de simplification administrative. La digitalisation peut, par exemple, être une force d'efficacité quand elle est utilisée entre administrations et/ou institutions pour partager des données et automatiser des traitements d'informations.

Nous ne pouvons cependant accepter de la renforcer au détriment des plus fragilisés. Elle ne peut et ne doit être envisagée que de manière complémentaire à l'accompagnement humain et l'interaction directe entre les professionnels de l'aide et des soins et les citoyens.

Le sujet est vaste et couvre une multitude d'outils et de dispositifs. S'il s'agit d'une évolution inéluctable (et sûrement nécessaire dans certains domaines de la santé), nous avons voulu établir ici quelques balises et principes éthiques qui devraient guider la réflexion concernant la digitalisation et les évolutions technologiques pouvant soutenir le système de santé tel que nous l'envisageons.



Quatre Belges sur dix sont à risque d'exclusion numérique.





De manière globale, celles-ci devraient :

- Représenter une réelle plus-value en visant l'innovation sociale et la réponse aux besoins réels (actuels et à venir), en évitant les innovations "gadgets".
- Être accessibles à tous. Pour cela, il faut veiller à :
 - Analyser l'impact de l'implémentation des technologies en amont de leur utilisation ;
 - Stimuler le débat sur les nouvelles technologies pour dégager des balises relatives à leur utilisation et leur développement ;
 - Maintenir un niveau d'accessibilité financière acceptable pour tous ;
 - Être attentif aux transitions en vue de ne pas déstabiliser les publics (ne pas créer de fractures) ;
 - Adapter le matériel et les infrastructures à certains publics ;
 - Éviter la marchandisation de l'équipement technologique (tels que les dispositifs de télévigilance au domicile) en privilégiant les acteurs du non-marchand ;
 - En aucun cas, des dispositifs de digitalisation ne peuvent exclure certains patients de leurs bénéfices ou d'octroi de droits ;
 - Maintenir, dans les administrations publiques, un contact humain et une alternative à toute procédure numérique sans surcoût pour les usagers.
 - Soutenir la volonté des acteurs de l'aide, de l'accompagnement, de l'information et de l'orientation... de maintenir un contact humain et physique avec les citoyens.
 - Prévoir des dispositifs d'accompagnement à la digitalisation ;
- Réfléchir aux meilleures façons de sensibiliser les publics en utilisant des supports de communication adaptés. Cela passe notamment par l'utilisation de terminologies compréhensibles par le grand public.
- Respecter la vie privée :
 - Limiter l'intrusion des technologies dans la vie privée.
 - Garantir la sécurité des données.
- Mettre le contenu (instructions, programmes, applications...) à la disposition du citoyen/patient au moins dans les trois langues officielles du pays.



Les autorités peuvent agir, d'une part, sur l'attractivité des métiers de la santé et de l'aide, et d'autre part, sur une meilleure répartition géographique de l'offre de première ligne.

Lutter contre la pénurie de personnel

D'autre part, les **Régions** et **Communautés** ont également des responsabilités dans le domaine de la lutte contre les pénuries. Elles peuvent en effet agir, d'une part, sur l'attractivité des métiers de la santé et de l'aide, en améliorant notamment les conditions de travail et de stages des futurs travailleurs, et d'autre part, sur une meilleure répartition géographique de l'offre de première ligne.

Les Régions et Communautés devraient dans ce cadre :

- Visibiliser et renforcer l'attractivité des professions dont les Communautés et les Régions ont l'apanage ;
- Renforcer l'accès aux formations de base, par exemple, en diminuant le coût des études. Cela permet non seulement de lutter contre les pénuries de professionnels mais aussi de renforcer la diversité socio-économique des profils au sein du secteur de l'aide et des soins. C'est un moyen de garantir que le secteur est capable de comprendre et de s'adapter aux réalités socio-économiques de la population ;
- Améliorer les conditions de stages des étudiants en formation médicale et paramédicale, en adoptant un cadre législatif le permettant ;
- Renforcer les possibilités de stages dans les services et les institutions d'aides et de soins et garantir l'accompagnement des stagiaires au sein de ces institutions ;
- Améliorer les conditions de travail du personnel soignant des institutions de soins qui dépendent des Régions et Communautés ;
- Permettre le développement des carrières par de la formation continue et des perspectives d'évolution ;
- Soutenir les professionnels par une politique de prévention des risques, notamment de burn-out, et par des dispositifs de soutien dans le contexte du travail ;
- Interroger l'efficacité et faire évoluer les mécanismes qui favorisent une meilleure répartition géographique de l'offre de première ligne, notamment dans les zones en pénurie.







Renforcer la démocratie aussi au sein du système de santé

Un système démocratique repose sur trois fondements principaux : la transparence, la participation et la collaboration, qui ensemble contribuent à la légitimité de nos institutions et gouvernements. Ces différents principes s'appliquent également à la gouvernance de notre système de santé, et ce quel que soit le niveau de pouvoir. Nous estimons que cette gouvernance démocratique de la politique de santé repose sur la mise en place et le renforcement de certaines fonctions au sein des administrations et des organes de gestion en charge de ces matières, à savoir l'Aviq en Région wallonne, Iriscare à Bruxelles et la DSL en Communauté germanophone.

La fonction consultative

Dans une société démocratique, tout citoyen participe à la construction des décisions et des politiques à travers ses représentants politiques/élus mais aussi à travers la société civile organisée. L'un des outils principaux de cette co-construction est la fonction consultative à travers laquelle l'exécutif consulte les acteurs de la société civile organisée (les corps intermédiaires en particulier) sur les projets de lois/décrets/ordonnances/arrêtés et plans qui dessinent les contours des champs de notre société. Ces acteurs, dont les mutualités, font remonter les besoins et les réalités de terrain en tant que porte-voix reconnus des citoyens et via une force d'initiative propre.

Pour assurer cette représentativité, la fonction consultative doit être composée d'une variété d'acteurs qui, ensemble, sont en capacité de représenter les nuances de la société et de trouver les dénominateurs communs qui rassemblent autour de thématiques spécifiques ou transversales.

Dans ce sens, nous sommes aujourd'hui dans une société de moins en moins transparente et démocratique, où l'exécutif contourne de plus en plus cette fonction consultative :

- En privilégiant d'autres formes de consultation citoyenne plus individuelles ;
- En mettant en place d'autres lieux de consultation/concertation en dehors des lieux institués (dans lesquels on invite qui on veut, au détriment d'une réelle représentativité des acteurs de la société civile) ;
- En ne mettant pas en œuvre les lieux de fonction consultative pourtant prévus dans le cadre législatif (en Région wallonne, par exemple) ;
- En laissant peu de temps aux acteurs de la fonction consultative pour remettre des avis de qualité ;
- En limitant les services de support de ces lieux (secrétariat...).

La MC plaide pour qu'au cours de la prochaine législature :

- Cette fonction consultative soit effective à tous les niveaux de pouvoir ;
- La fonction consultative soit dotée d'une vraie capacité d'initiative et d'avis ;
- Il y ait une représentativité de la société civile organisée (acteurs de terrain, prestataires, syndicats, mutualités, mouvements...) en fonction des thématiques et fondée sur des acteurs en capacité de mobiliser des ressources collectives fortes et significatives ;
- Que la fonction consultative reste complémentaire à d'autres dispositifs de consultation citoyenne.

Agence pour une qualité de vie (Aviq)

Concernant spécifiquement l'Aviq, et à l'heure d'écrire ces lignes, un important travail de refonte du décret fondateur de l'Agence a eu lieu sans avoir toutefois abouti. Nous demandons que le travail soit poursuivi sur base de l'avis du Conseil général de l'Aviq de mai 2022 et qu'un nouveau décret puisse entrer en vigueur rapidement.

Spécifiquement pour la fonction consultative, nous demandons de :

- Garantir la mise en place d'une fonction consultative pleine et entière sur les décrets et arrêtés relatifs aux domaines de compétences de l'Aviq au sein des Comités de branche et du Conseil général de l'Aviq ;
- Mettre en place des lieux structurels ad hoc sectoriels pour préparer les avis remis par les Comités de branche et le Conseil général composés d'experts issus de l'ensemble des parties prenantes concernées (prestataires, organismes assureurs, syndicats, représentants d'usagers spécifiques, représentant académiques...) ;
- Prévoir des délais raisonnables pour la remise d'avis ;
- Assurer les moyens humains au sein de l'Agence pour faire fonctionner cette fonction consultative.
- Enfin, et de manière plus globale, il est impératif de développer au sein de l'Aviq, tant dans le chef de ses collaborateurs que celui des instances, une réelle culture de concertation et de gestion paritaire (voir point suivant).

Iriscare

Concernant spécifiquement Iriscare, l'éclatement des compétences transférées entre l'Administration de la COCOM et l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales (Iriscare) pose également un problème au regard de la fonction consultative exercée.

À cet égard, **nous demandons de :**

- Renforcer la capacité d'action du Conseil consultatif COCOM en le dotant d'une logistique à la hauteur de ses missions, et redynamiser son fonctionnement ;
- Organiser une réelle fonction consultative au sein d'Iriscare ;
- Créer des synergies et de la collaboration entre les Conseils consultatifs de l'administration de la COCOM et les commissions techniques d'Iriscare.

Concernant la **Communauté germanophone**, nous **revendiquons :**

- Une plus grande collaboration et plus de transparence de la part des autorités. Un échange régulier devrait être établi entre les représentants des organismes assureurs et les services du Ministère germanophone dans l'objectif d'améliorer le service aux citoyens, par ailleurs membres affiliés d'un OA. En particulier, les délais pour la prise de connaissance des dossiers et de concertation entre acteurs d'un secteur doivent être plus importants.
- Que le gouvernement germanophone consulte plus régulièrement et plus sérieusement les conseils consultatifs qu'il a mis en place afin de pouvoir profiter de leur expertise.
- Que le gouvernement germanophone garantisse également une réelle participation du monde associatif dans la mise en place des politiques qui les concernent.



La gestion paritaire

La gestion paritaire est également un outil puissant de participation et de collaboration à la définition des politiques publiques. Dans le domaine de la santé, elle s'exerce entre les représentants des prestataires et des organismes assureurs, y compris au niveau régional. Cette gestion paritaire n'est pas uniquement un outil de participation mais également de responsabilisation de ces mêmes acteurs, chargés de gérer les moyens du secteur en "personne prudente et raisonnable".

Agence pour la qualité de vie (Aviq)

Concernant spécifiquement l'Aviq, **la MC plaide pour un renforcement de cette gestion paritaire :**

- En ayant une vision large de ce qu'on entend par "gestion paritaire" (non réduite à la gestion des budgets, mais aussi comme force de proposition de nouvelles politiques) ;
- L'élargissant aux politiques règlementées ;
- En définissant une norme de croissance du budget de ses matières, véritable outil de responsabilisation des partenaires de la gestion paritaire et de développement de réponses adaptées à l'évolution des besoins de la population ;
- En considérant les organismes assureurs comme de véritables partenaires de la concertation et comme des acteurs à part entière du système de santé et ne pas les limiter à leur rôle, essentiel, de gestionnaires du système. Nous rappelons que les OA sont également des représentants de leurs membres, eux-mêmes usagers et bénéficiaires des services ;
- En imposant une obligation de justification du cabinet de tutelle lorsqu'une proposition émanant de la gestion paritaire et validée par les instances de l'organe de gestion n'est pas adoptée par le gouvernement.



Iriscare

À **Bruxelles**, la nouvelle ordonnance Iriscare prévoit un morcellement plus important des compétences entre l'administration de la COCOM et l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales (Iriscare). En conséquence, un volet plus conséquent de matières va échapper à la concertation, et donc à l'examen, des prestataires de soins, des mutualités et des interlocuteurs sociaux (patronat et syndicats).

En plus d'un déficit de démocratie, cette situation génère des inefficiences en termes de pilotage de la politique de santé en Région bruxelloise.



Dans ce contexte, nous estimons qu'il est primordial de stopper le morcellement des compétences entre Iriscare et les Services du Collège réuni et de rassembler la gestion de toutes les matières liées à la santé et à l'aide aux personnes au sein d'Iriscare.

Concernant plus spécifiquement la gestion paritaire au sein d'Iriscare, **nous demandons de :**

- Maintenir la norme de croissance acquise lors de cette dernière législature. Celle-ci devrait être connue en amont des exercices d'élaboration du budget ;
- Pouvoir systématiser une logique d'évaluation de la procédure budgétaire, y compris la norme de croissance, et clarifier l'usage de cette dernière.
- Spécifiquement en **Communauté germanophone**, nous demandons d'impliquer les OA dans les réflexions autour des politiques de santé et leur garantir un rôle comme co-acteur et co-gestionnaire des matières transférées dans le cadre de la 6e réforme de l'État.



La fonction stratégique et prospective

La fonction stratégique et prospective a pour ambition d'agir sur les politiques à moyen et long terme. C'est à travers celle-ci que les organes de gestion des politiques de santé peuvent développer une vision commune de la santé pour les 20 ou 30 prochaines années mais aussi évaluer les politiques actuelles. À nouveau, pour assurer son caractère démocratique et sa pertinence, elle doit s'exercer avec un éventail large d'acteurs qui disposent chacun d'une expertise et d'un regard particulier (prestataires, mutualités, syndicats, employeurs, associations, milieu académique...). En **Région de Bruxelles-Capitale** et en **Communauté germanophone**, cette fonction n'existe pas. De ce fait, nous proposons également de la mettre en place en incluant les différents acteurs mentionnés précédemment, dont les organismes assureurs.

Agence pour une qualité de vie (Aviq)

Au niveau de l'Aviq, le projet de réforme présenté sous cette législature, prévoit de supprimer le Conseil de stratégie et de prospective qui devait initialement accueillir cette fonction.

Si nous avons pris acte de cette volonté et du transfert de cette fonction vers le Conseil général, **nous demandons que :**

- Le Conseil général soit dans l'obligation de consulter l'avis des comités de branche sur les matières les impactant ;
- L'ensemble des acteurs impliqués aujourd'hui dans ces missions à travers le Conseil de stratégie et de prospective (comme le monde académique) continuent à l'être demain.



La gestion de crise

La gestion de crises et d'événements inattendus, comme nous avons pu en connaître ces dernières années, a engendré certains manquements aux bons principes de gouvernance démocratique au sein des institutions de notre pays, et ce à tous les niveaux de pouvoir. Si nous comprenons que la gestion d'une crise nécessite une certaine souplesse et centralisation des décisions, elle doit tout de même assurer un niveau suffisant de transparence, de collaboration et de concertation avec les différents partenaires de gouvernance.

Sans pour autant focaliser sur l'absence des mutualités dans un certain nombre de lieux ou dans certains sujets où il aurait été utile de les associer, notre constat le plus inquiétant est l'absence quasi permanente et généralisée des usagers, des bénéficiaires et des patients, tant dans la période de crise que dans la période de déconfinement (exemple, au sein du GEES). Le principe de "Le citoyen au centre des préoccupations" a connu un décalage entre le discours et les actes dans la co-construction des solutions.

À tous les niveaux, les lieux historiquement institués où se vivent la concertation sociale, la gestion paritaire ou la fonction consultative n'ont pas ou trop peu été associés à la gestion de la crise. Dans le pire des cas, les organes n'ont pas été mobilisés ou a minima informés. Dans le meilleur des cas, ils ont joué le seul rôle de notaire des décisions prises par ailleurs. Cette crise a fluctué entre 2020 et (encore) aujourd'hui. En dehors du premier confinement strict, lié à l'urgence sanitaire et à la nouveauté de cette pandémie, il aurait été possible, durant les périodes d'accalmie relative, de construire des dispositifs de gestion concertée de la crise et de ses effets.

Par contre, en parallèle, d'autres formes de consultation ont vu le jour autour des cabinets des ministres ou des administrations les plus concernées, tantôt dans une certaine transparence, tantôt dans une certaine opacité. L'opinion publique ne comprenant pas toujours le sens de la composition de ces lieux, la légitimité des acteurs autour de la table en a été amoindrie.

Cette forme de confiscation de la démocratie participative, couplée à l'absence de démocratie représentative (parlementaire), en raison des pouvoirs spéciaux, est regrettable pour la démocratie.

Il est donc impératif d'adapter nos modèles de concertations en situation de crise, au départ des structures existantes.

Nous demandons de prévoir dans la législation l'activation d'un comité de crise réunissant des représentants des différents organes existants de co-gestion/gestion paritaire/consultatif (inter) sectoriels dans les entités fédérées afin d'en garantir la légitimité et l'articulation avec les acteurs représentatifs du terrain. Ce comité serait composé de l'ensemble des acteurs concernés, a minima prestataires, institutions publiques, OA, et autres représentants des usagers/bénéficiaires.

Renforcer le secteur associatif

Entre le "tout au marché" et le "tout à l'État", les associations fondées sur la participation des citoyens contribuent également au développement de notre société et aux conditions du développement social et économique. Afin d'organiser les relations entre les pouvoirs publics et le monde associatif, il convient de définir des règles de bonne gouvernance qui engagent l'autorité publique dans ses rapports à l'ensemble du secteur associatif. Ces rapports devraient se fonder sur un principe fondamental : la subsidiarité.

Cette notion implique qu'il n'est pas nécessaire, voire moins efficace, que l'autorité publique mène des initiatives que les associations et les citoyens peuvent prendre eux-mêmes en main. Ce principe favorise l'émancipation des citoyens, renforce le rôle premier de régulation de l'autorité publique, et *in fine* contribue à la vitalité démocratique de notre société.



Dans ce domaine, **la MC demande d'appliquer les grands principes de la charte associative :**

- Garantir la liberté des associations et soutenir l'autonomie de celles-ci. Cela signifie le respect de leur liberté de se structurer et de se coordonner et de limiter leurs contraintes au maximum ;
- Garantir et encourager la liberté d'expression des associations. Cela signifie reconnaître leur valeur d'expression critique (y compris vis-à-vis des pouvoirs publics) ;
- Garantir le principe de légalité, cela signifie établir à l'avance et par écrit les procédures, règles générales d'agrément et de financement ;
- Garantir les principes d'égalité de traitement et de non-discrimination entre les associations ainsi qu'entre les associations et les services publics par l'élaboration d'un cadre réglementaire et par le respect de l'application de celui-ci, mais aussi par la transparence et l'objectivation de l'octroi des subventions ;
- Favoriser la complémentarité entre l'action associative et l'action publique dans la rencontre de l'intérêt général, ce qui signifie notamment que lorsque les autorités publiques souhaitent développer de nouvelles missions d'intérêt général, elles étudient les compétences des associations et des services publics existants dans le même secteur et sur le même territoire. Cela implique aussi, pour les missions d'intérêt général, qu'elles sollicitent l'avis des associations ;
- Encourager et soutenir la participation des associations au processus démocratique et ainsi à la construction d'une société visant l'intérêt général. Cela implique une participation des associations dans la pratique du dialogue, du débat et de l'évaluation ;
- Soutenir le volontariat, aux côtés de l'emploi salarié, comme acte de solidarité ou de militance dans l'action et la gestion des associations ;
- Assurer l'existence de recours pour faire respecter les droits d'opposition du secteur associatif ;
- Respecter le principe de différenciation d'opérateur et de régulateur. Cela signifie que quand l'autorité publique agit comme pouvoir organisateur d'une initiative, elle garantit ne pas confondre son rôle d'opérateur et de régulateur-contrôleur. De même, l'autorité publique de tutelle s'abstient d'être présente dans les structures juridiques de gestion associative qu'elle contrôle directement.

Nous demandons de mettre en œuvre tous les moyens pour concrétiser ces principes à travers l'adoption de textes fondant des droits opposables, mais aussi de soutenir les initiatives nécessaires pour assurer la transposition par les pouvoirs locaux de ces prescrits dans leurs règlements.

Associations reconnues et financées

Par ailleurs, un certain nombre d'associations se voient reconnues et financées pour leurs missions de service à la population ou publics cibles, et veulent plus que jamais prendre leur responsabilité vis-à-vis de quelques enjeux sociétaux.

Vis-à-vis de ces secteurs dits "non marchands",
la MC demande de :

- Dynamiser l'attractivité des métiers et la création d'emploi stables. Enjeu d'autant plus important au regard de nombreuses pénuries structurelles actuelles et futures dans les secteurs sociaux et de la santé ;
- Renforcer la professionnalisation et dégager du temps et des ressources sur les tâches à plus haute valeur ajoutée. Stopper les couches de lasagne de contrôle/reporting vis-à-vis tant de transpositions des directives européennes que des réglementations intra-belges ;
- Soutenir la mutualisation des ressources et l'action des fédérations d'associations pour permettre aux petites structures de diminuer les ressources dédiées à la gestion administrative et de se focaliser davantage sur leurs missions et leurs projets ;
- Stimuler l'innovation et l'entrepreneuriat social. Notamment en développant un pôle de compétence / espace de coworking / mutualisation de ressources, dédié au secteur à profil social / d'économie sociale... afin de développer, en partenariat avec des hautes écoles et universités, des solutions adaptées et financièrement accessibles à la population sur des enjeux sociaux et de santé ;
- Encourager une gestion durable des infrastructures et activités en participant à la transition énergétique et environnementale. Soutenir prioritairement les projets dans les secteurs non-marchands ne doit pas être vu comme un centre de coûts mais comme un investissement, à terme, sur les frais de fonctionnement et surtout sur une réallocation de ressources sur une augmentation de l'offre de services.



Les relations entre les pouvoirs publics et le monde associatif devraient se fonder sur un principe fondamental : la subsidiarité.

Vers autre paysage belge de la santé ?

S'il y a bien un élément que la crise du Covid-19 a mis en lumière c'est la complexité de notre système de santé. L'éclatement des compétences entre le **Fédéral**, les **Communautés** et les **Régions** brouille le paysage et accouche de politiques lentes et inefficaces. Face aux enjeux majeurs qui nous attendent, le pilotage de notre système de santé requiert une collaboration et une concertation importante entre les différents niveaux de pouvoir pour assurer la cohérence des politiques en la matière et garantir la portabilité des droits à travers l'ensemble du territoire. Notre système de santé est riche mais aussi particulièrement complexe, il relève dès lors de la responsabilité de tous les acteurs de faire en sorte que cette complexité ne se répercute pas sur la santé et le bien-être des citoyens.

Collaboration entre toutes les entités

Les **Régions** et les **Communautés** jouent, en particulier depuis la 6e réforme de l'État, un rôle important dans la définition de la politique de santé globale de notre pays. Les défis auxquels elles devront répondre sont majeurs. Nous l'avons démontré, leur champ de compétence est encore plus grand lorsqu'on adopte une définition large de la santé et le concept de santé dans toutes les politiques.

Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et les risques liés au changement climatique, par exemple, exigent une adaptation rapide de notre système de santé et de son organisation. Ce sont des enjeux globaux nécessitant des réformes systémiques dont les objectifs (assurer une meilleure qualité de vie à chacun) ne peuvent être atteints que si toutes les composantes du système se concertent et interagissent efficacement.

C'est pourquoi de tels lieux de concertation formels doivent être mis en place ou renforcés et, dans tous les cas, mobilisés aussi souvent que nécessaire. Ces lieux doivent également se donner pour objectif de coordonner les politiques de santé pour gommer un maximum la complexité de la structure de l'État et simplifier les démarches des bénéficiaires (en assurant, par exemple, la portabilité des droits). C'est en cela aussi une manière de lutter contre le non-recours aux droits. Ces lieux doivent également assurer une représentation des acteurs de la société civile.

S'agissant de l'Institut du futur, outre la définition d'objectifs de (soins de) santé qui guideront les décisions politiques, selon le concept de santé dans toutes les politiques, il devra, selon la MC, s'attaquer à deux problématiques majeures : l'adéquation de l'offre d'aide et de soins aux besoins réels et mouvants de la population et la lutte contre la pénurie de personnel. L'enjeu est bel et bien de lever l'ensemble des obstacles qui empêchent de résorber la pénurie actuelle du personnel du système de santé. A cet égard, la pertinence du mécanisme de contingentement de l'exercice de la médecine doit faire l'objet d'un débat sans tabou. Les travaux de l'Institut du futur devront également interroger, au-delà des discours, la valeur et le sens que notre société accorde au secteur de l'aide et des soins et à ses professionnels.

Au-delà de la coopération entre les différentes entités du pays, la mobilité des patients dans les zones transfrontalières exige d'améliorer l'accès de ces populations aux systèmes de soins, y compris en dehors de nos frontières. En effet, une coopération efficace entre deux États dans des régions voisines à travers des accords transfrontaliers présente potentiellement plusieurs avantages : augmentation de l'offre d'aide et de soins disponible (y compris dans une autre langue), réduction des surcoûts générés par le principe de la territorialité des prestations ou encore la réalisation d'économies d'échelle par une utilisation plus rationnelle des infrastructures et des équipements.

Dans ce cadre, **la MC plaide pour** :

- La mise en place de l'Institut du futur³⁶ ;
- La mise en place de l'organe interfédéral de planification (lequel a pour vocation d'objectiver les besoins des **Communautés** et d'établir l'offre médicale en fonction) ;
- Une mise à jour des accords de coopération consécutifs à la 6^e réforme de l'État ;
- La fixation d'objectifs de santé et de soins de santé en concertation entre toutes les entités.

Afin de soutenir le développement des soins transfrontaliers, **la MC plaide pour** :

- Renforcer le développement des Zoast (Zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers) ;
- Ouvrir ces coopérations à d'autres acteurs que les institutions hospitalières.

³⁶ Accord de gouvernement fédéral 2019-2024 : "Comme le prévoit déjà la loi spéciale de réformes institutionnelles, le futur Institut des soins de santé sera mis en œuvre afin d'apporter, en appui à la Conférence interministérielle de la santé publique, des réponses concertées aux grands défis en matière de santé. La tâche de cet institut sera de formuler une vision commune et prospective et de définir une politique de santé durable".



Régionalisation versus communautarisation

Aujourd'hui, les **Communautés** sont compétentes, entre autres, pour les matières liées à la politique de la jeunesse, à l'éducation permanente et à l'animation culturelle. Ces compétences revêtent une importance majeure car elles participent toutes à forger dans la population un esprit citoyen responsable, actif, critique et solidaire.

Nombreuses organisations de jeunesse et d'éducation permanente se sont créées pour participer à des missions d'intérêt général et assurent leur fonctionnement grâce aux subsides et à la reconnaissance de la **Communauté française**. Ces organisations sont vectrices d'engagement et de cohésion sociale et participent au renforcement de notre modèle démocratique.

La MC est particulièrement sensible à cette approche. Elle a d'ailleurs mis en place, dès la fin des années 50, un réseau associatif composé de différents mouvements sociaux actifs dans la promotion de la santé, le domaine de l'aide sociale et de l'éducation permanente des adultes et des jeunes.

Parmi ce réseau, trois mouvements sont reconnus, agréés et financés par la Communauté française :

Altéo (10 000 membres), énéo (38 000 membres) et Ocarina (4 800 membres); chacun ayant pour objectif de favoriser la participation citoyenne de ses publics cibles (les personnes en perte d'autonomie, les personnes âgées et les jeunes).

Alors que le débat sur la régionalisation des compétences des communautés s'amplifie, des questions se posent sur l'impact d'un tel événement sur le tissu associatif. Pour cause, dans l'hypothèse d'un transfert total ou partiel des matières culturelles de la **Communauté française** vers la **Région wallonne** et la **COCOM**, la MC craint une mise en difficulté des mouvements sociaux.

S'agissant des organisations francophones, le secteur bénéficie aujourd'hui des avantages relatifs au fait de n'avoir qu'un seul pouvoir subsidiant. Ainsi, tant sur le territoire wallon que sur le territoire bruxellois, les associations respectent le même cadre législatif et de financement. Une organisation francophone peut donc être active sur les deux territoires en maintenant une seule et même structure juridique. Au-delà des avantages économiques, cette situation favorise un projet commun et une cohésion entre francophones des deux entités ainsi qu'une gestion centralisée permettant de mener une action globale et cohérente. Le transfert des compétences, créant de facto, deux pouvoirs subsidiant aurait pour effet de fragiliser ces acteurs. Par ailleurs, rien ne garantit actuellement un maintien du niveau de financement, le cas échéant.

Si le législateur décidait de suivre la voie d'une régionalisation totale ou partielle des compétences culturelles, **la MC plaide a minima pour :**

- Mettre en place une structure de concertation permanente entre la Région wallonne et la COCOM afin de permettre aux mouvements de conserver la cohérence et leurs actions ;
- Accompagner le transfert de compétence d'un transfert de budget pour maintenir un niveau similaire de financement du tissu associatif.



Le paysage institutionnel bruxellois

En tant qu'organisme assureur, représentant des usagers et acteur de la première ligne de santé, la MC ne peut que constater la complexité institutionnelle de la **Région de Bruxelles-Capitale** et son impact négatif sur la cohérence des politiques de santé.

Deux éléments principaux appuient ce constat.

D'abord, il faut pointer la multiplicité des intervenants politiques. Ainsi, **Bruxelles** compte pas moins de quatre pouvoirs exécutifs : le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, le Gouvernement francophone bruxellois (COCOF), le Collège réuni (COCOM) et le Collège de la VGC. Chaque exécutif détient des compétences propres en matière de santé (dans l'ordre et respectivement : l'aide médicale urgente ; la promotion de la santé et l'action sociale et de la santé ; la santé et l'action sociale ; le bien-être et la santé). Notons, plus précisément et à titre d'exemple, que la COCOF et la COCOM sont toutes deux compétentes en matière de prévention et promotion de la santé.

Ensuite, les modes de gouvernance diffèrent en fonction des matières. Ainsi, et pour ne parler que de la COCOM, certaines matières relèvent de la gestion paritaire et sont gérées par Iriscare quand d'autres sont gérées de manière régalienne par les services du Collège réuni. La répartition des domaines entre ces deux organes est de nature à freiner la définition d'objectifs et de politiques globales en faveur de la santé. Le domaine de la santé mentale démontre cette problématique : le financement des Initiatives d'habitation protégées et des maisons de soins psychiatriques relève des compétences d'Iriscare mais la politique globale de santé mentale est dans les mains des services du Collège réuni.

Dans le but de mener des politiques cohérentes dans le domaine de la santé sur le territoire de **Bruxelles**, **la MC demande à :**

- Simplifier le paysage institutionnel bruxellois ;
- Centraliser les compétences et matières santé au sein d'un organe, Iriscare, qui assure la gestion paritaire, la concertation avec les secteurs et la fonction consultative.

Éditeur responsable : Alexandre Verhamme, Chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Juin 2023. Photos : © AdobeStock

Infos et contact :

Service Politique
service.politique@mc.be | mc.be



MC. Avec vous pour la vie.