

8 priorités pour une société en bonne santé



Panorama des revendications
de la MC en vue des élections
régionales et communautaires 2024



Préambule

La Mutualité chrétienne (MC) a, depuis bien longtemps, à cœur de défendre un système de santé qui inclut un large spectre de composantes : l'aide et les soins, mais également la prévention et la promotion de la santé, la santé communautaire et tous les éléments qui contribuent au bien-être dans ses dimensions tant physique que mentale et sociale. Plus qu'une vision de la santé, la MC déploie une vision de société.

Dans cette vision portée par la MC, **chacun se voit garantir la capacité de mener une vie sereine selon des choix librement posés et des projets façonnés au regard de ses aspirations.** C'est dans cette optique que la MC plaide en faveur d'un système de santé au service des citoyens. Celui-ci doit avoir pour vocation de garantir l'accès à une offre de services d'aide et de soins de qualité pour tous et plus globalement à une meilleure qualité de vie. Personne ne doit être laissé sur le bord de la route : tous les efforts doivent donc être consentis pour aider ceux qui en ont besoin, notamment en garantissant un accès aux droits le plus automatisé possible, en simplifiant les démarches administratives et en luttant contre la fracture numérique.

La responsabilité de garantir à chacun une meilleure qualité de vie est collective.

Elle incombe à chaque acteur du système et plus largement à chaque institution investie d'une mission d'intérêt général. Elle incombe, aussi et surtout, à chaque membre de chaque pouvoir exécutif. Les pouvoirs publics doivent assumer leur rôle de régulateur à partir **de tous leurs domaines de compétence** et selon le concept de "santé dans toutes les politiques". Toute politique publique affecte d'une manière ou d'une autre la santé. Ces politiques doivent donc être pensées et analysées sous le prisme de cet impact potentiel.

La MC prend activement part à cette responsabilité collective en plaçant l'intérêt de ses membres, et plus largement de la population et de ses franges les plus fragilisées, au centre de ses réflexions, ses décisions et ses actions.

Elle le fait tant dans son rôle d'assureur social que de mouvement, d'entrepreneur social et d'accompagnateur santé.

En marge de son "Mémoire 2024", la MC souhaite présenter ici ses axes prioritaires d'action pour la législature à venir.

Ce document ne se veut donc pas exhaustif mais a pour ambition de préciser la vision de société de la MC sur des thématiques qu'elle juge essentielles eu égard aux défis à venir tels que les changements climatiques et les évolutions démographiques, économiques, sociales et culturelles.

¹ La MC plaide pour une accessibilité financière, géographique, temporelle, physique et culturelle du système de 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 nombreux déterminants sociaux de la santé tels que les conditions socio-économiques, l'environnement, le logement, l'emploi... Domaines sur lesquels les personnes ne peuvent agir individuellement. Cela implique deux choses : premièrement, **la responsabilité "de la bonne santé" est collective et relève de la sphère publique**. Deuxièmement, il faut agir sur **l'ensemble des politiques** qui impactent la santé, et ce à tous les niveaux de pouvoir.

La précarité financière étant l'un des facteurs majeurs qui affectent la santé, les autorités doivent veiller à étudier et mesurer l'impact de chacune de leur politique sur la santé en ayant une attention particulière aux publics fragilisés.

Désireuse de passer des paroles aux actes, la MC souhaite aborder **quelques champs de compétences** des Régions et Communautés pour matérialiser la capacité des politiques publiques à influencer positivement ou négativement la santé de la population.

Il est, à titre d'exemple, important **d'agir sur l'environnement**, tant il est lié à la santé.

La pollution de l'air, du sol, de l'eau et sonore ont un impact considérable sur la santé physique, psychique et sociale des personnes. Les entités fédérées ont donc un rôle important à jouer pour favoriser un environnement propice à la santé en orientant les politiques environnementales.

L'emploi est également un déterminant de la santé. En effet, 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 psychiques. Les Régions et Communautés peuvent jouer un rôle dans ce domaine en agissant sur les politiques d'enseignement, de formation et sur leurs compétences dans le domaine de l'emploi.

Enfin, s'intéresser à la question de la santé au sens large et à ses facteurs, c'est également se pencher sur **la problématique du logement**. Celui-ci doit être, pour tout un chacun, source de sécurité et de sérénité. Avoir un logement est nécessaire à l'équilibre psychique et social. Pour autant, cela ne garantit pas automatiquement une bonne santé, encore faut-il que ce dernier soit de qualité et adapté aux besoins des personnes qui y vivent.



- La Belgique fait partie des pires élèves de l'UE-15 (les 15 pays les plus développés de l'UE) en termes de mortalité évitable grâce aux politiques qui agissent, ou devraient agir, sur les déterminants sociaux de la santé. Le pays compte 446 morts prématurées² par 100 000 habitants contre 396,7 pour la moyenne de l'UE-15³.
- En Belgique, plus d'un enfant sur douze vit dans une zone associée à un risque de pollution aux pesticides⁴.
- Une exposition répétée ou excessive à un niveau sonore important peut provoquer de nombreux troubles (troubles du sommeil, de l'apprentissage et de la concentration, apparition de maladies cardio-vasculaires et même diabète)⁵.
- En Belgique, une personne sur cinq vit dans un logement avec des problèmes d'humidité, lesquels peuvent entraîner allergies et infections pulmonaires⁶.
- En Belgique, près de 24 % des salariés encourent un risque de burn-out⁷. Les causes sont notamment la charge émotionnelle, l'insécurité de l'emploi et la forte charge de travail.



Les Régions et Communautés doivent réagir pour garantir la bonne santé de la population à travers différentes politiques publiques...

...en ce qui concerne l'environnement, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Financent adéquatement l'assainissement des terres contaminées par des pesticides, des engrais, des fongicides... ;
- Réduisent les résidus de pesticides, d'amiantes, de perturbateurs endocriniens, de produits pharmaceutiques dans l'eau consommable en développant des zones de captage d'eau saine ;
- Définissent les valeurs limites au bruit, au regard de ce que propose l'OMS dans ses recommandations, dont la réduction du bruit aérien à moins de 45 dB en journée et à moins de 40 dB pendant la nuit.

...en ce qui concerne l'emploi, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Soutiennent la création d'emplois stables et de qualité dans des secteurs qui participent à la cohésion de la société et permettent le lien social – singulièrement le secteur non-marchand ;
- Renforcent la prévention concernant le burn-out, le bore-out et toute autre souffrance psychique liée au travail ;
- Renforcent la sensibilisation et l'accompagnement des employeurs aux adaptations possibles des postes de travail à la suite d'une incapacité du travailleur ou pour prévenir celle-ci.

...en ce qui concerne le logement, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Renforcent et visibilisent davantage les services publics d'analyse des milieux intérieurs et la cellule régionale d'intervention en pollution ;
- Renforcent et simplifient les politiques qui incitent et aident à assainir et rénover les logements, en ce compris les biens mis en location ;
- Promeuvent le "housing first"⁸.



Pour aller plus loin : Mémoire MC 2024, pages 7 à 11.

² Le taux de mortalité prématurée est un indice statistique permettant de mesurer la fréquence des décès après l'enfance et avant l'âge "habituel" de décès. Il correspond au nombre de décès au cours d'une année d'individus âgés de moins de X ans, rapporté à la population totale âgée de moins de X ans.

³ Performance du système de santé belge, Rapport 2019. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), 2019, p.16.

⁴ Timar, Eszter; Gromada, Anna; Rees, Gwyther; Carraro, Alessandro (2022). Résumé analytique: Lieux et espaces. Environnements et bien-être des enfants, Innocenti Report Card, no. 17, UNICEF Office of Research - Innocenti, Florence, p. 5.

⁵ Impact du bruit sur la gêne, la qualité de vie et la santé, Institut bruxellois pour la gestion de l'environnement, 2018

⁶ Housing in Europe - 2021 interactive edition, Eurostat, 2021.

⁷ Schaufeli, W., De Witte, H., & Desart, S. (2020). De Burnout, "Assessment Tool: een nieuw instrument voor het meten van burnout". Tijdschrift voor Klinische Psychologie, 4, 267-283.

⁸ Le *housing first* est un modèle d'insertion sociale qui consiste à considérer le logement comme la première étape de l'insertion.



Investir dans la promotion de la santé et la prévention

La prévention et la promotion de la santé forment le **premier maillon essentiel de la politique de santé** dans le sens où elles agissent directement en amont du système curatif sur les déterminants sociaux de la santé. 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.

Il incombe aux autorités publiques de déployer en concertation avec les acteurs du secteur des stratégies ambitieuses en la matière. La bonne santé de la population est une responsabilité collective. Dès lors, les politiques de prévention et promotion de la santé nécessitent une **définition de priorités communes et d'objectifs de santé clairs** à l'échelle d'une entité, en collaboration avec les autres niveaux de pouvoir.



- La part des dépenses consacrées à la prévention dans les dépenses totales de santé en Belgique s'élève à 2,1 %⁹ contre 2,9 % pour la moyenne européenne¹⁰.
- La Suède consacre 3,3 % de son budget santé à la prévention¹¹. Au Canada, les dépenses en prévention¹¹ et promotion représentent 5,3 % du budget global de la santé¹².
- Plus d'un tiers de l'ensemble des décès en 2019 en Belgique est imputable à des facteurs de risque tels que la consommation excessive d'alcool, une mauvaise alimentation ou le manque d'activité physique¹³.
- La prévalence des facteurs de risque dans les catégories sociales défavorisées est nettement plus élevée, ce qui contribue largement aux inégalités en matière de santé et d'espérance de vie¹⁴.
- La Belgique connaît une augmentation des diagnostics VIH¹⁵.



⁹ Dépenses de santé, SPF Sécurité Social, En ligne, publié le 14 mai 2020, consulté le 18 novembre 2022.

¹⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021) Belgique : Profils de santé par pays 2021, State of Health in the EU. Bruxelles : OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, p. 10.

¹¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021) Sweden: Country Health Profil 2021, State of Health in the EU. Bruxelles: OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, p. 10.

¹² *Tendances des dépenses nationales de santé 2022*, Institut Canadien d'Information sur la Santé, En ligne, publié le 3 novembre 2022, consulté le 27 avril 2023.

¹³ Ibid., p. 6.

¹⁴ Ibid., p. 8.

¹⁵ Deblonde, J., et al., *Épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique – rapport 2020*, November 2022, Brüssel, p. 7.



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 et de long terme en la matière.

La MC plaide donc pour que les Régions et Communautés :

- Privilégient le financement structurel du secteur et évitent le lancement d'appels à projets en dehors d'une stratégie globale, cohérente et concertée avec le secteur et entre les niveaux de pouvoirs ;
- Renforcent les campagnes de dépistage (VIH, IST, cancers, diabète, maladies chroniques...) singulièrement auprès des publics défavorisés et des jeunes ;
- Mettent l'accent sur les modes de vie qui favorisent une bonne santé, en soutenant des campagnes et des stratégies d'action relatives à la promotion de l'alimentation saine et l'activité physique ou encore aux risques du tabagisme et de la consommation d'alcool. Elles peuvent mettre en place des mesures telles que, par exemple :
 - Encourager l'éducation à l'activité physique pour tous, avec une attention particulière aux plus jeunes ;
 - 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.

Enfin, parce qu'elle est convaincue que la prévention et la promotion de la santé représentent un moyen indispensable pour garantir la bonne santé de la population, **la MC plaide pour tripler le budget consacré à ce domaine** pour se rapprocher des 6% du total des dépenses en santé, à l'instar du Canada.



Pour aller plus loin : Mémoire MC 2024, pages 12 à 17.



¹⁶ L'accessibilité couvre plusieurs aspects : la disponibilité des prestataires et services dans un environnement proche, dans des délais raisonnables et à un prix accessible mais également l'inclusivité des infrastructures et la capacité à intervenir dans la langue du bénéficiaire.

¹⁷ Medi-sphere, 13 octobre 2022.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Cadastre des Médecins généralistes, AViQ, 2020.

²⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021) Belgique : Profils de santé par pays 2021, State of Health in the EU. Bruxelles: OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, p. 7.

²¹ Représentants des prestataires et des organismes assureurs.



Organiser une première ligne plus proche du citoyen

Le concept de "santé" va bien au-delà du simple fait de ne pas être malade. De la même manière, **la définition de la première ligne ne peut se limiter à l'organisation des soins curatifs**. La première ligne de soins doit évoluer vers le concept de première ligne de santé communautaire et intégrative de tous les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, de l'aide et des soins, y compris des acteurs sociaux, et des patients et leurs aidants proches pour favoriser une approche holistique.

La MC plaide pour une nouvelle organisation de cette première ligne, **au plus près des citoyens et basée sur un modèle territorial qui contribue à rencontrer et opérationnaliser des objectifs de santé et de soins de santé** définis à un niveau régional et fédéral. Ce modèle doit être articulé de manière à décliner ces objectifs au regard des réalités locales. Il doit reposer sur une planification territoriale adéquate de l'offre d'aide et de soins et une meilleure visibilité et valorisation de l'offre à la population. Il doit également permettre davantage de concertation et de coordination entre les acteurs ainsi qu'une meilleure orientation des personnes dans leur environnement, tout en respectant le libre choix de celles-ci et la liberté d'association. Enfin, **ce modèle doit être au service des intérêts de la population** en donnant corps au concept de santé communautaire et en offrant des services accessibles¹⁶ et de qualité, centrés sur la personne. Dans ce modèle défendu par la MC, le transport non urgent se conçoit comme un support à la continuité de l'aide et des soins et à l'articulation entre la première et la seconde ligne de santé. Il se doit donc d'être accessible financièrement.

La MC plaide pour une articulation de ce modèle en trois niveaux : **nano** – au plus proche des milieux de vie des personnes | **meso** – les bassins de vie, d'aide et de soins | **macro** – le niveau régional, garant de la mise en œuvre et du monitoring des politiques de santé. Chaque niveau doit mettre en place une gouvernance collaborative réunissant tous les acteurs concernés.



- La lecture du système de soins de santé est complexe, tant pour les usagers que pour les professionnels.
- 43 communes wallonnes et 7 communes bruxelloises font face à une pénurie sévère de médecin généraliste¹⁷.
- En 2022, il manquait, à l'échelle nationale, 282 médecins généralistes pour sortir de la situation de pénurie sévère¹⁸. Par ailleurs, près d'un médecin généraliste sur deux a plus de 55 ans et seul un sur cinq a moins de 35 ans¹⁹.
- Seuls 40 % des médecins généralistes travaillent en regroupement. Ils ne sont que 9 % à être organisés en réseaux formels. Et un médecin sur 2 refuse de nouveaux patients²⁰.



La MC souhaite apporter sa plus-value, en tant que représentant des usagers et en tant qu'acteur de la première ligne, dans le développement du modèle, dans les dimensions de gouvernance, d'expertise et d'accompagnement et de représentation des personnes / patients. Pour répondre à l'ambition de cette vision, la MC plaide donc pour que les Régions et Communautés :

- Mettent en place le modèle territorial décrit ci-dessus, lequel doit assurer une couverture homogène du territoire et respecter le libre choix du patient ;
- Tiennent compte des besoins de la population et des pénuries dans la définition des sous-quotas Inami ;
- Encouragent la mise en réseaux à travers, notamment, un dossier patient informatisé centralisant les informations pertinentes sur le bénéficiaire, accessible aux professionnels et au patient, avec toutes les garanties en termes de respect des droits du patient ;
- Soutiennent le développement des maisons médicales pratiquant le forfait ;
- Accentuent la coopération entre les niveaux de pouvoir et les entités pour faire émerger des objectifs de santé et de soins de santé en bonne concertation avec les acteurs de la gestion paritaire²¹ ;
- Renforcent l'accessibilité financière des transports médico-sanitaires non urgents et assurent un financement adéquat des services de transport de personnes assurés par des volontaires ;
- Impliquent les organismes assureurs dans la gouvernance de chaque niveau du modèle et reconnaissent et soutiennent leur rôle d'acteurs de la première ligne (services sociaux, agents de prévention...).



Pour aller plus loin : Mémoire MC 2024, pages 18 à 25.



Renforcer les actions en faveur de la santé mentale

"La bonne santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté"²². **C'est un concept complexe et intimement lié aux différents domaines de l'être** : la santé physique, la vie affective, professionnelle, culturelle et sociale 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. **Le spectre des souffrances psychiques qui impactent la bonne santé mentale est donc large** et demande des réponses différenciées, proportionnées et accessibles à tous. Ces réponses peuvent notamment être la prévention et la promotion de la santé ainsi que l'accès à une offre lisible, connue et accessible, tant financièrement que géographiquement et temporellement. Au-delà des réponses directes, la MC est convaincue que la participation à des activités sociales, culturelles et sportives, notamment parce qu'elle relie la personne à un maillage social, est également de nature à garantir un bien-être mental.



- 33 % des Belges présentent des difficultés psychologiques témoignant d'un mal-être²³. Les taux de prévalence des états anxieux et dépressifs en 2021 sont deux fois supérieurs à ceux de 2018²⁴.
- Les moyens alloués à la prévention et la promotion de la santé mentale sont insuffisants : la prévention de manière générale représente à peine 2 % des dépenses en soins de santé²⁵. Rapporté au budget des soins de santé mentale qui ne pèse que pour 6 % dans le budget global de la santé, ces moyens sont très faibles et bien en deçà de la moyenne européenne²⁶.
- Les Belges se confrontent à des freins majeurs tels que l'incapacité à trouver et atteindre les services d'aide pertinents.
- Les assuétudes sont les premières causes d'hospitalisation en milieu psychiatrique.



Sur ces aspects, **les Régions et Communauté disposent de leviers.**

...en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé dans le domaine de la santé mentale, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Renforcent la prévention et la promotion de la santé mentale dès le plus jeune âge, notamment en augmentant et en rendant structurels les moyens financiers dédiés aux acteurs directs du secteur (centres PMS, plannings familiaux, centres d'aide à la parentalité...);
- Soutiennent les secteurs qui ont indirectement un impact sur la santé mentale (organisations de jeunesse, mouvements d'éducation permanente clubs sportifs, milieux scolaires...).

...en ce qui concerne l'accessibilité de l'offre ambulatoire, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Renforcent le déploiement de la convention de soins psychologiques de première ligne pour garantir l'accessibilité financière de l'offre, tant pour les adultes que pour les enfants et les adolescents ;
- Améliorent la répartition géographique des prestataires et le travail en réseau, en favorisant l'interconnaissance des services et les temps de coordination ;
- Mettent tout en œuvre pour rendre l'offre de soins en santé mentale plus lisible, en développant un cadastre régulièrement mis à jour ;
- Poursuivent l'ouverture de places en initiatives d'habitations protégées ;
- Améliorent l'accessibilité financière de l'hébergement en maisons de soins psychiatriques et prévoient une programmation régionale actualisée de l'offre ;
- Œuvrent à l'amélioration de la continuité des soins et de la compréhension du système de soins en santé mentale.

...en ce qui concerne la lutte contre les assuétudes, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Renforcent la prévention dans ces domaines, particulièrement envers le public adolescent.



Pour aller plus loin : Mémoire MC 2024, pages 27 à 29.

²² Fombonne, E., Increased rates of psychosocial disorders in youth. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 1998, 248:14-21

²³ Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018, Brussel, België : Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/4, p. 6.

²⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021) Belgique : Profils de santé par pays 2021, State of Health in the EU. Bruxelles : OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, p. 5.

²⁵ Dépenses de santé, SPF Sécurité Social, En ligne, publié le 14 mai 2020, consulté le 18 novembre 2022.

²⁶ Sholokhova, S., "Vision, structure et financement de la prévention et promotion de la santé en Belgique", MC Informations, N°283, Mars 2021, p. 50.

Répondre aux besoins et défis de la perte d'autonomie

Que la perte d'autonomie vécue par une personne soit liée à son âge, à une maladie, à un accident, à un handicap, ou à plusieurs de ces raisons à la fois, elle doit pouvoir s'appuyer sur **un système de santé et d'aide compréhensible, qui respecte et soutient ses choix de vie et qui est accessible** tant financièrement, physiquement que géographiquement.

Parmi les choix de la personne, la MC défend la possibilité de **demeurer à son domicile et d'y bénéficier de l'aide et des soins adéquats**. Ce choix peut nécessiter un aménagement et des équipements spécifiques. Le coût de ceux-ci ne devrait pas conditionner les décisions de la personne.

Pour diverses raisons, une personne peut tout aussi bien choisir de vivre dans une structure qui lui garantit des services adaptés à sa perte d'autonomie. Il peut s'agir d'une maison de repos et de soins ou d'une alternative comme les maisons communautaires, les habitats intergénérationnels, les résidences services...

Dans tous les cas, **le service d'hébergement privilégié doit offrir toutes les garanties en termes de qualité**. Pour la MC, cette notion de qualité englobe des aspects relatifs au *cure* comme au *care*, c'est-à-dire à l'implication des résidents dans les décisions de la structure, une ouverture de celle-ci sur son quartier, un bon encadrement... Pour cause, si ces espaces sont des lieux de soins, ils sont aussi et avant tout le lieu de vie et de résidence de la personne.

La MC porte, par ailleurs, une attention particulière à la question des **aidants proches**. Ces derniers jouent un rôle essentiel dans le soutien, l'aide et l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Ils doivent être soutenus par tous les moyens appropriés, en ce compris les solutions de répit.

Enfin, la MC continue à défendre son idée de créer un **dispositif assurantiel capable d'accompagner budgétairement l'augmentation des besoins liés à la perte d'autonomie**. Un tel dispositif doit être basé sur des mécanismes de financement et de rétribution solidaires et universels. Il doit être organisé par les pouvoirs publics et permettre de lutter contre la marchandisation du secteur de l'aide et des soins aux personnes en perte d'autonomie et contre l'essor des assurances privées vectrices d'une santé à deux vitesses.



- La Belgique connaît un vieillissement de sa population : 19,1 % de la population belge était, en 2020²⁷, âgée de plus de 65 ans (contre 18,1 % en 2015²⁸).
- 26 % de la population belge souffre d'au moins une maladie chronique²⁹.
- En 2020, la pension brute moyenne pour un salarié était de 1 312 euros pour les hommes et 1 025 euros pour les femmes³⁰.
- La majorité des bénéficiaires de services à domicile payent 7,8 euros pour une heure de prestation. Pour une personne ayant besoin de 3 heures combinées par jour (aide-ménagère, repas, soins...), cela représente un budget de plus de 700 euros par mois.
- Le coût moyen d'un hébergement en maison de repos est compris entre 1 525 et 1 830 euros par mois³¹.
- 60 % des aidants proches n'ont recours ni aux services de soutien, ni aux solutions de répit. Parmi les raisons invoquées figurent l'indisponibilité de l'offre et son coût³².

²⁷ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021) Belgique : Profils de santé par pays 2021, State of Health in the EU. Bruxelles : OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, p. 2.

²⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) Belgique : Profils de santé par pays 2017, State of Health in the EU. Bruxelles : OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, p. 2.

²⁹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021) Belgique : Profils de santé par pays 2021, State of Health in the EU. Bruxelles : OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, p. 5.

³⁰ Santens, T., Gromment, S., "Minstens 1500 euro pensioen : wie krijgt dat vandaag al ? En hoe willen partijen dat betalen ?", VRT NWS, janvier 2020.

³¹ Piret, L., "Les maisons de repos augmentent leurs tarifs : la pension minimum ne suffira pas", SudInfo, Juillet 2022.

³² Selon une recherche comptabilisant 500 participants : Gérain, P. et Avalosse, H., Comprendre les aidants proches, leur bien-être et leur recours aux services de soutien et de répit, MC-Informations 282, décembre 2020, p.12





Des mesures sont attendues de la part des Régions et Communautés pour assurer à chaque personne de pouvoir mener une vie en accord avec ses choix et ses projets

...en ce qui concerne l'aide et les soins à domicile et l'aménagement du domicile, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Renforcent financièrement le secteur ;
- Créent un contingent d'aides ménagères et de gardes à domicile avec un statut clair, transparent et aligné entre les entités du pays ;
- Renforcent et pérennisent le financement des agences de conseil et associations qui assistent les personnes dans l'aménagement de leur domicile et la recherche d'aides techniques ;
- Élaborent des normes d'agrément et de financement des services de téléassistance et en soutiennent le potentiel d'innovation ;
- Garantissent l'accessibilité financière des aides individuelles et des aides à la mobilité quel que soit l'âge du bénéficiaire.

...en ce qui concerne les MRS et leurs alternatives, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Régulent les tarifs appliqués en MRS et garantissent le respect des quotas de places entre secteur commercial, associatif et public ;
- Élaborent des normes de qualité des hébergements qui favorisent le développement de la dimension **care** des soins et de l'accompagnement.

...en ce qui concerne les solutions de répit, outre les points relatifs à l'aide et aux soins à domicile, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Créent un cadre légal reconnaissant les maisons de convalescence et définissent des normes d'agrément, et assurent l'accessibilité financière de ces services ;
- Renforcent l'offre d'accueil en séjour de courte durée en rendant plus soutenable le développement de cette offre pour les gestionnaires de structures d'hébergement et en assurant l'accessibilité financière pour les bénéficiaires ;
- Financent et développent les gardes à domicile, en particulier les gardes de nuit.

...en ce qui concerne l'accompagnement budgétaire de l'augmentation des besoins liés à la perte d'autonomie, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Mettent en place l'assurance autonomie et en ouvrent le droit sans critère d'âge ou de lieu de vie ;
- À défaut et a minima, évaluent les conditions d'octroi de l'APA pour répondre davantage aux besoins des personnes en perte d'autonomie et en situation de précarité.



Pour aller plus loin : Mémoire MC 2024, pages 30 à 43.



Garantir l'accessibilité de notre système de santé

Une des caractéristiques fondamentales d'un système de santé performant est son degré d'accessibilité. On parle d'accessibilité financière, géographique, temporelle, culturelle ou encore physique. Chacun de ces aspects requiert des actions spécifiques. **La MC identifie 3 axes prioritaires pour améliorer l'accessibilité du système de santé.**

D'abord, la MC, en tant qu'organisme assureur peut et veut prendre part activement à **la lutte contre le phénomène du non-recours aux droits**, fruit d'une non-connaissance de droits mais également d'une lourdeur et d'une complexité des démarches à accomplir pour en bénéficier. Ce phénomène prive certains citoyens de prestations sociales auxquelles ils ont droit et creuse davantage les inégalités sociales de santé.

Ensuite, **la digitalisation de la gestion des soins de santé et des services essentiels** mais aussi le développement de nouvelles technologies se sont accélérés ces dernières années. La MC ne nie pas que ces évolutions présentent

des avantages en termes d'amélioration des soins, d'accessibilité financière, temporelle et spatiale et de simplification administrative. La digitalisation peut également être une force d'efficacité quand elle est utilisée entre administrations et/ou institutions pour partager des données et automatiser des traitements d'informations.

Pour autant, **la MC ne peut accepter de la renforcer au détriment des plus fragilisés**, dont ceux qui sont en situation de fracture numérique. Cette digitalisation ne peut et ne doit être envisagée que de manière complémentaire à l'accompagnement humain et l'interaction directe entre professionnels de l'aide et des soins et citoyen.

Enfin, l'accessibilité des services d'aide et de soins relève de **l'adéquation de l'offre aux besoins de la population**. Celle-ci, quant à elle, dépend en partie de la force de travail disponible et de sa répartition géographique. Cette force de travail doit donc, pour la MC, évoluer en fonction des besoins de la population.



³³ Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, Pauvreté et ineffectivité des droits, La Charte, Bruxelles, 2017.

³⁴ Faure, L., et al., Baromètre de l'inclusion numérique, Fondation Roi Baudouin, Septembre 2022, p. 24.

³⁵ Van den Heede K., et al., Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 325B.





- Un Belge sur deux n'a pas recours aux prestations sociales auxquelles il peut prétendre³³. Ce non-recours au droit peut s'expliquer par diverses raisons dont la non-connaissance, la non-demande, la complexité administrative et la multiplicité des conditions d'accès.
- Quatre belges sur dix sont à risque d'exclusion numérique³⁴.
- Le secteur de l'aide et des soins connaît une véritable crise des vocations et de pénurie de personnel, liée notamment aux conditions de formation et de travail, ainsi que le démontre un récent rapport du KCE³⁵.



Pour agir dans ces 3 axes prioritaires

...en ce qui concerne le non-recours aux droits, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Valorisent et soutiennent la particularité des organismes assureurs en tant que "guichet unique" personnalisé d'informations et d'orientation ;
- Optimisent l'utilisation des banques carrefour de données et le transfert de données entre administrations, entre elles et avec les organismes assureurs, pour identifier les bénéficiaires potentiels d'un droit et en automatiser l'accès.

...en ce qui concerne la fracture numérique, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Stimulent le débat sur les nouvelles technologies pour dégager des balises relatives à leur développement et leur utilisation ;
- Rendent les technologies accessibles à tous en maintenant un niveau d'accessibilité financière acceptable, et privilégient les acteurs non marchands pour leur déploiement ;
- Maintiennent un contact humain dans les administrations publiques et une alternative à toute procédure numérique sans surcoût pour les usagers ;
- Soutiennent financièrement 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.

...en ce qui concerne la pénurie de personnel, la MC plaide pour que ces niveaux de pouvoir :

- Renforcent l'accès aux formations initiales et améliorent les conditions de stages des étudiants en formation sociale, médicale et paramédicale ;
- Améliorent les conditions de travail du personnel des institutions qu'elles organisent, financent ou agréent ;
- Soutiennent les professionnels par une politique de prévention des risques, notamment de burn-out ;
- Interrogent l'efficacité des mécanismes qui favorisent une meilleure répartition géographique de l'offre de première ligne, notamment dans les zones en pénurie, et améliorent les dispositifs.



Pour aller plus loin :
Mémorandum MC 2024, pages 48 à 51.



Renforcer la démocratie au sein du système de santé

Un système démocratique repose sur trois fondements principaux : la transparence, la participation et la collaboration. Ces différents principes s'appliquent également à la gouvernance du système de santé, et ce quel que soit le niveau de pouvoir.

La MC estime que la gouvernance démocratique de la politique de santé est basée principalement sur la mise en place et le renforcement de trois fonctions au sein des administrations et des organes de gestion en charge de ces matières : **la gestion paritaire, la fonction consultative et la fonction stratégique et de prospective.**

Pour la MC, la gestion paritaire est garante de réponses adéquates aux besoins de la population, dès lors qu'**elle donne voix au chapitre aux usagers à travers leurs représentants.** Pour cette même raison, elle les responsabilise en les faisant participer aux décisions et elle favorise un climat de paix sociale en générant l'adhésion aux mesures adoptées.

La fonction consultative, elle, est l'un des outils de la co-construction des décisions et des politiques. Elle vise également la veille sur les actions de l'autorité publique et la consultation des textes légaux qui mettent en œuvre les décisions. À travers cette fonction, les corps intermédiaires, dont les organismes assureurs et les représentants des usagers spécifiques (mouvements de personnes âgées, en situation de handicap...), font remonter, vers l'exécutif, les besoins et les réalités de terrain en tant que **porte-voix reconnus des citoyens** et via une force d'initiative propre.

Enfin, la fonction stratégique et de 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...).



- La gestion paritaire n'est pas toujours respectée et stimulée : des compétences et des matières directement liées à la santé lui échappent.
- La fonction consultative est de plus en plus contournée par l'exécutif, qui privilégie d'autres modes de consultation, ne met pas toujours en œuvre les lieux de fonction consultative formellement créés par la législation et laisse peu de temps aux acteurs pour remettre des avis de qualité.
- La fonction stratégique et de prospective demeure absente de plusieurs lieux formels de décision et de construction des politiques de santé.



Pour renforcer la démocratie du système de santé, **la MC plaide pour que les Régions et Communautés :**

- Définissent ou maintiennent une norme de croissance légale du budget des matières santé et élargissent la gestion paritaire aux matières règlementées ;
- Mettent en place ou garantissent une fonction consultative effective, dotée d'une vraie capacité d'initiative et d'avis, et impliquant des représentants de la société civile, dont les organismes assureurs ;
- Mettent en place ou garantissent une fonction stratégique et de prospective, impliquant des représentants de la société civile, dont les organismes assureurs et lui donnent les moyens d'évaluer les politiques publiques actuelles.



Pour aller plus loin : Mémoire MC 2024, pages 53 à 55.



Renforcer le secteur associatif

Entre le "tout au marché" et le "tout à l'État", les associations fondées sur la participation des citoyens contribuent aux conditions du développement social, économique et démocratique de notre société.

Elles participent également à **renforcer les capacités critiques, citoyennes et solidaires de la population**. Les secteurs de l'éducation permanente, de la jeunesse, des associations et les mouvements sociaux œuvrent au quotidien pour donner le pouvoir de dire et d'agir, par la réflexion critique et l'action collective, afin de développer des solutions innovantes aux problèmes de société.

Selon la MC, et 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 et renforcent ce dernier. 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 peuvent prendre elles-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.

Un instrument permet de renforcer et de structurer la dynamique de partenariat entre le monde associatif et les pouvoirs publics ainsi que de définir des règles de bonne gouvernance qui engagent l'autorité publique dans ses rapports à l'ensemble de secteur associatif : **la Charte associative**.



- L'engagement bénévole au service du secteur associatif présente des bienfaits pour la santé et un meilleur épanouissement individuel et collectif : les personnes impliquées dans des activités de volontariat se perçoivent en meilleure santé et consomment moins de médicaments que celles qui ne le sont pas³⁶.
- Les techniques de financement non structurel des organisations associatives affaiblissent le secteur et la stabilité de l'emploi.
- La Charte associative, qui porte 7 grands principes démocratiques (tels que la liberté d'association, l'égalité de traitement et la complémentarité entre action associative et publique), ne bénéficie à ce jour d'aucune assise légale contraignante et engageante pour le pouvoir public.



³⁶ Morton J.S., Rimé B., Bourguignon D., Herman G., Mikolajczak M., Luminet O. – UCLouvain Avalosse H., Vancorenland S., Verniest R. – ANMC, Engagement social & santé, novembre 2019.



La MC plaide donc pour que les Régions et Communautés :

- Rendent davantage structurel le financement du secteur et, à défaut, permettent d'anticiper des possibilités de pérennisation dans le cadre de chaque appel à projet ;
- Adoptent et déploient la Charte associative ;
- Poursuivent le soutien financier des acteurs associatifs dont dépendent de nombreux volontaires (clubs sportifs, culturels et de loisirs, organisations de jeunesse, mouvements d'éducation permanente...);
- Accentuent la simplification administrative et la reconnaissance des structures associatives ;
- Soutiennent les associations qui accueillent et intègrent des volontaires en situation de handicap ;
- Favorisent la création d'un "congé de solidarité volontaire", financé par l'autorité publique, pour permettre à la population active de (continuer à) s'engager dans le volontariat.



Pour aller plus loin : Mémoire MC 2024, pages 11, 56 et 57.







Nous l'avons dit à plusieurs reprises : les défis auxquels notre société et son système de santé sont confrontés ne pourraient se satisfaire de réponses limitées aux compétences de l'un ou l'autre niveau de pouvoir.

Le législateur ne pensait pas autrement en 2014 lorsqu'il a prévu, dans la Loi spéciale de réformes institutionnelles, la création "d'un Institut pour garantir des réponses concertées aux grands défis en matière de soins de santé" basée sur un accord de coopération conclu entre les entités et le Fédéral.

Force est de constater que, près de 10 ans plus tard, cet "Institut du futur" n'a toujours pas été mis sur pied. Pourtant les sujets de discussion ne manquent pas pour cet organe interfédéral composé notamment de représentants de la société civile, du gouvernement, des syndicats, des mutuelles et des employeurs.

Outre la définition d'objectifs de (soins de) santé qui guideront les décisions politiques, selon le concept de santé dans toutes les politiques, cet organe devra 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. À 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.

La résolution de ces défis constitue une des conditions de réussite de la mise en œuvre des 8 priorités que nous avons développées dans ce document et qui ont pour finalité ultime la réalisation d'une société en bonne santé.

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.