

## TABLE DES MATIÈRES

<b>01</b>	<b>La protection de la santé, un droit fondamental des citoyens·nes</b>	13
<b>02</b>	<b>Réduire le report de soins et rembourser les besoins non couverts par l'assurance maladie</b>	21
<b>03</b>	<b>Contrer la marchandisation de la santé</b>	27
<b>04</b>	<b>Reconnaître les crises climatiques, environnementales et alimentaires comme des urgences sanitaires</b>	35
<b>05</b>	<b>Une vie digne pour nos aînés·es, les personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie et celles et ceux qui les accompagnent</b>	43

# Mémoire

# randum

**Des soins de santé  
solidaires et inclusifs  
pour une vie digne**

- |           |  |    |
|-----------|--|----|
| <b>06</b> | <b>Des soins intégrés pour mieux répondre<br/>aux besoins de santé</b>                                       | 51 |
| <b>07</b> | <b>Une protection sociale mieux financée, plus protectrice<br/>intégrant les nouveaux risques collectifs</b> | 59 |
| <b>08</b> | <b>Pour que travailler<br/>rime avec santé</b>   | 65 |
| <b>09</b> | <b>Prendre soin des soignants-es,<br/>principale richesse de notre système de soins</b>                      | 71 |
| <b>10</b> | <b>Des soins de santé mentale<br/>inclusifs et accessibles</b>   | 79 |

# Préambule

*“Un État social moins productiviste, mais plus protecteur, plus égalitaire, plus ouvert : voilà ce dont nous avons besoin pour mettre fin à la crise organique engendrée par 30 années de politiques néolibérales”.*

Telle était l'idée forte du Manifeste pour un nouveau pacte social et écologique publié en décembre 2018 à l'initiative de Solidaris, qui se concluait par ces mots : “l'État social n'est pas le problème, il est la solution”. Les élections fédérales, régionales et européennes de 2019 étaient alors en ligne de mire.

Depuis lors, les crises n'ont cessé de se multiplier : pandémie de Covid-19, guerre en Ukraine et conflit au proche orient, explosion des prix de l'énergie et des denrées alimentaires de base. L'impact sur la santé du dérèglement climatique et de la dégradation de l'environnement sont des réalités. Chacun-e en fait maintenant

l'expérience - les inondations de 2021, canicules de 2022 - et peut constater leurs retombées sur la santé, en particulier des populations les plus vulnérables.

Avec la pandémie, nous avons pris conscience que les soignants-es - majoritairement des femmes - font “tenir” notre système de santé mais qu'ils-elles ne disposent plus du temps et des moyens suffisants pour exercer leurs métiers dignement.

Les incertitudes liées aux crises, les restructurations permanentes d'entreprises, la dégradation des conditions de travail, la fragilisation des liens sociaux... altèrent durablement la santé mentale de la population, en particulier celle des enfants et des jeunes adultes.

Nous avons été les témoins atterrés des traitements indignes imposés aux aînés-es dans les institutions de soins trop souvent guidées

par une gestion managériale au service exclusif de la rentabilité.

Depuis lors, la crise sanitaire a mis en évidence les failles de notre système de santé : non prise en compte des déterminants non-médicaux de la santé, sous-investissement en prévention et en soins primaires, peu de valorisation du “prendre soin”, financement productiviste synonyme de surconsommation et de stress pour les soignants-es.

Face aux crises, c'est une nouvelle fois la Sécurité sociale qui a servi de rempart. Elle a permis au plus grand nombre de nos concitoyens d'éviter que leurs conditions d'existence ne se dégradent trop brutalement, d'assurer la continuité des soins aux patients-es et d'empêcher la faillite de nos hôpitaux.

Solidaris a la responsabilité de traduire les luttes et les besoins en revendications concrètes afin de tendre au maximum vers le bien-être et la dignité de toutes et tous. Les priorités reprises dans ce document illustrent les lignes rouges posées par Solidaris, en tant que mutualité de proximité et de combat !



**Sarah de Liamchine**  
Présidente de Solidaris Wallonie



**Edouard Delruelle**  
Président de l'UNMS

## LES LIGNES ROUGES DE SOLIDARIS

**Pour préserver la solidarité interpersonnelle, Solidaris exige que le financement de la Sécurité sociale et de l'assurance-maladie reste aux mains du Fédéral.**

Face aux bouleversements économiques, sociaux et environnementaux, la Sécurité sociale a plus que démontré son rôle de rempart. Solidaris se bat pour une Sécurité sociale forte, financée principalement par les cotisations sociales, où la gestion paritaire est respectée. Face aux risques de la vie, la solidarité interpersonnelle et la responsabilité collective doivent être préservées.

**Pour garantir à chacun-e des soins de qualité en fonction des besoins, Solidaris revendique de relever la norme de croissance de l'objectif budgétaire des soins de santé à 3% à partir de 2025.**

Le système de soins de santé fait face à des défis majeurs : l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, le vieillissement de la population, la pénurie des métiers du care et du soin, les sous-investissements en soins primaires et en prévention... La protection de la santé est un droit fondamental qui exige que les pouvoirs publics assurent en priorité un investissement public à la hauteur des besoins.

**Pour un modèle de protection sociale et de soins de santé plus égalitaires et plus inclusifs, Solidaris estime prioritaire de supprimer le statut de cohabitante dans l'ensemble des revenus de remplacement.**

Les inégalités en matière de santé sont le résultat d'inégalités sociales mais aussi de discriminations de genre, d'origine, d'âge, de situation de handicap... qui s'y superposent. Des inégalités que le manque d'accès aux soins accentue. Tout être humain a droit à la protection de la santé. Solidaris appelle à une couverture santé vraiment universelle et à un système de protection sociale plus égalitaire et plus inclusif, assurant la neutralité des choix de vie.

**Pour améliorer la santé et le bien-être au travail, Solidaris propose de responsabiliser les employeurs-euses en leur faisant supporter la charge du 2<sup>ème</sup> mois de maladie.**

La qualité du travail est en baisse dans notre pays. Et s'il n'y a pas de rejet du travail, celui-ci n'est plus satisfaisant pour un nombre croissant de travailleurs-euses. La promotion d'emplois de qualité, une organisation du travail qui favorise la créativité, la reconnaissance de soi et des autres, un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée, voilà des conditions nécessaires pour améliorer le rapport au travail et prévenir les risques psycho-sociaux. Les employeurs-euses ont un rôle de première ligne : ils ont la responsabilité d'offrir à leurs employés-es un cadre de travail le plus sain possible et l'obligation d'évaluer et de prévenir le mal-être au travail.

**Pour reconnaître la crise environnementale comme une urgence sanitaire et la prévention comme une priorité politique, Solidaris demande d'aligner les moyens destinés à la promotion et la prévention de la santé sur la moyenne européenne afin de financer un "plan global santé".**

Les questions climatiques et environnementales se superposent aux inégalités sociales au travers des déterminants non-médicaux de la santé. Il ne revient pas seulement aux individus de s'adapter à un environnement dégradé mais à la société de gérer les risques qui en découlent. La santé est un bien commun qui doit se gérer de manière collective. En matière de politique de santé, nous adhérons pleinement au concept de "One Health" qui propose une approche intégrée et systémique de la santé humaine, animale et environnementale à laquelle il faut intégrer la dimension sociale. Cette approche met en évidence la nécessité de basculer d'un système curatif vers un système plus préventif.

**Pour relever les défis de l'attractivité des métiers du care, Solidaris propose une stratégie globale activant trois leviers et ce dès la formation des soignants-es.**

Les travailleurs.euses du care témoignent toutes et tous de difficultés grandissantes : encadrements insuffisants, cadences infernales, manque de temps au chevet du/de la patient-e... Un nombre croissant d'entre eux.elles quittent définitivement la profession ou réduisent significativement leur temps de travail. Les métiers du soin n'attirent plus et la solution ne réside pas seulement dans l'attractivité financière. Solidaris plaide pour activer trois leviers : l'amélioration des conditions de travail, le soutien à la délégation des tâches et au décloisonnement des métiers et un système flexible de passerelles entre les formations du soin et de l'aide.

**Pour des soins de santé mentale inclusifs dès le plus jeune âge, Solidaris plaide pour un universalisme proportionné en matière de santé**

**mentale pour apporter davantage de soutien à celles et ceux qui en ont le plus besoin.**

La prise en charge de la santé mentale n'a pas évolué suffisamment en regard des besoins - en particulier des enfants et des adolescents - même si des budgets importants ont récemment été dégagés par les autorités fédérales et régionales pour en améliorer l'accès. Peu accessible géographiquement, fragmentée et complexe, l'offre de soins de santé mentale reste peu lisible et mal comprise, tant par les usagers et les professionnels que par les décideurs et décideuses politiques. Solidaris plaide pour : un plan Marshall en faveur de la santé mentale des jeunes, une accélération et une facilitation d'accès à des soins psychologiques de première ligne, une protection du libre choix des personnes et un renforcement de la stratégie de désinstitutionalisation.

**Pour contrer la marchandisation de la santé, Solidaris exige un prix objectif et transparent pour les nouveaux médicaments.**

Solidaris lance un signal d'alarme : la marchandisation des soins progresse dans tous les secteurs de la santé. Les prix des nouveaux médicaments explosent et mettent sous pression les systèmes d'assurance maladie en Europe. Chaque année, 1 milliard d'euros prélevés sur les cotisations des travailleurs.euses alimentent les surprofits de l'industrie pharmaceutique. Par ailleurs, de nombreuses maladies restent aujourd'hui sans traitement efficace car trop complexe ou touchant trop peu de patients "maladies rares" pour être rentables pour l'industrie pharmaceutique. Le développement d'une stratégie européenne est nécessaire. Solidaris exige que les prix des nouveaux médicaments soient fixés sur base du

modèle “juste prix” développé par Solidaris.

**Pour assurer l'accès aux soins de longue durée des aînés-es et des personnes en perte d'autonomie, Solidaris propose plusieurs mesures dont une “facture maximale” pour l'hébergement en maison de repos.**

L'accès aux soins de longue durée des aînés-es et des personnes en perte d'autonomie est un enjeu sociétal et politique majeur. Un investissement supplémentaire s'avère prioritaire, notamment dans le secteur des soins et de l'aide à domicile. L'accès aux soins de longue durée est évidemment une question de moyens supplémentaires. Mais en parallèle, il s'agit également de réguler un secteur marchand. Solidaris exige que soit imposée une facture maximale en maison de repos et formule par ailleurs cinq objectifs prioritaires : renforcer l'exercice des libertés individuelles, mieux prévenir les maladies chroniques et la perte d'autonomie, améliorer le “Bien vivre chez soi”, renforcer la qualité et l'accessibilité de tous les services aux personnes en perte d'autonomie et enfin assurer que la fonction d'aidant-e proche soit le résultat d'un vrai choix et pas d'une organisation défaillante de la société.

**Pour lutter contre le report de soins, Solidaris demande un accès gratuit aux soins de base en première ligne ainsi qu'un accès automatique au bénéfice de l'intervention majorée (BIM).**

Dans notre pays, la quasi-totalité de la population bénéficie de l'assurance-maladie obligatoire et 77% des dépenses de soins de santé sont prises en charge par la collectivité. Néanmoins, le report de soins de première ligne

reste supérieur à la moyenne des pays voisins pour les populations plus précaires. Solidaris réclame la gratuité des soins chez le médecin généraliste et des soins dentaires de base ainsi que l'automatisation du droit à l'intervention majorée (BIM) et l'obligation d'appliquer le tiers payant.

**Pour garantir la sécurité tarifaire des patients-es, Solidaris propose un “bouclier tarifaire” pour protéger les patients-es des suppléments d'honoraires.**

La sécurité tarifaire des patients-es se détériore. Dans certains arrondissements du pays, il devient impossible de trouver un prestataire de soins conventionné. Le modèle de conventionnement arrive au bout de sa logique et doit être réformé en profondeur. Dans l'attente, Solidaris propose d'instaurer un “bouclier tarifaire” interdisant les suppléments d'honoraires lorsque - au niveau national ou au niveau d'un arrondissement - les taux de prestataires conventionnés sont insuffisants pour garantir l'accessibilité aux soins.

**Pour une meilleure qualité des soins, Solidaris plaide pour une approche globale et multidisciplinaire des soins ainsi que pour une offre organisée par zones de soins et mieux adaptée aux besoins.**

Nous disposons d'un bon système de soins de santé, mais il est insuffisamment préparé pour relever les défis socio-sanitaires : l'augmentation des publics en situation de vulnérabilité en matière de santé ; l'impact croissant des déterminants non-médicaux de la santé ; le basculement de traitements effectués auparavant à l'hôpital vers le domicile. Il faut changer de



paradigme pour sortir d'une organisation des soins en "silos". Pour Solidaris, un modèle de soins intégrés passe par le renforcement de la première ligne de soins et d'aides, la consolidation des réseaux hospitaliers, une approche par zones géographiques de soins par l'ambition de faire du patient·e un partenaire de sa santé.

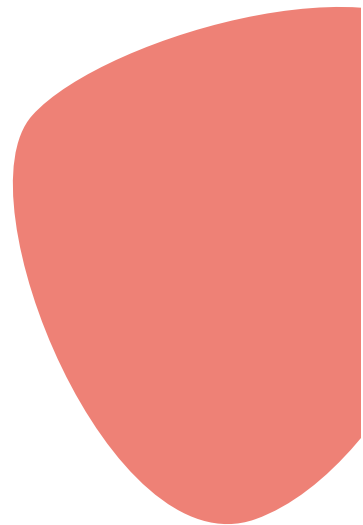
**Pour un mode de vie digne et plus autonome des personnes en situation de handicap, Solidaris revendique d'intégrer l'allocation de remplacement de revenus dans la Sécurité sociale.**

Les conditions de vie des personnes en situation de handicap se détériorent notamment parce que notre société est loin d'être inclusive. Il faut garantir la dignité des personnes en situation de handicap, en priorité via des revenus à la hauteur du coût de la vie. Il y a une nécessité de quitter le régime de l'assistanat et le régime résiduaire vers un régime d'assurance sociale. Solidaris demande que l'allocation de remplacement de revenus soit totalement intégrée dans la Sécurité sociale.

**Pour une santé numérique qui bénéficie à tous·tes, Solidaris demande que le cadre réglementaire sur l'intelligence artificielle en discussion au niveau de l'Union européenne fasse de la protection de la santé une priorité.**

La santé numérique bouleverse les pratiques médicales, l'organisation des soins et la relation patient·e-soignant·e. Elle offre sans aucun doute des perspectives pour nos systèmes de santé : des gains de temps à consacrer à dialoguer avec le patient·e, un accès aux soins dans les zones en pénurie, des outils pour impliquer le patient·e dans la "gestion" de sa san-

té, l'espoir d'une médecine préventive et personnalisée. Mais elle présente aussi des risques en matière de discrimination, de protection des données et de protection de la vie privée. Solidaris demande que le cadre réglementaire sur l'intelligence artificielle en discussion au niveau de l'Union européenne fasse de la protection de la santé une priorité. Les innovations doivent être orientées pour répondre aux besoins de santé et être accessibles à tous·tes pour éviter une fracture numérique. Enfin, il faut préserver la dimension humaine des soins en garantissant l'accessibilité aux services de proximité et en utilisant les gains d'efficacité de la santé numérique pour valoriser la prise en charge globale du patient·e intégrant son vécu, son environnement et les aspects psycho-sociaux.







**01**

**La protection  
de la santé,  
un droit  
fondamental  
des citoyens·nes**

# La protection de la santé, un droit fondamental des citoyens·nes



## CONTEXTE

Selon l'OMS, la santé est état complet de bien-être physique, mental et social lié aux droits humains fondamentaux : l'accès à une alimentation et un environnement sain, à un logement décent, à l'instruction, à des relations sociales enrichissantes et à un travail épanouissant.

Des droits qui sont aujourd'hui mis à mal par les nombreuses crises que nous traversons : climatique, environnementale, épidémique mais aussi économique et sociale. Ces crises sont causées par le modèle capitaliste qui organise nos sociétés et y régis les rapports sociaux.

L'impact de ces crises sur l'état de santé est considérable : augmentation de la mortalité, stagnation de l'espérance de vie - y compris dans certains pays "riches" - augmentation

des maladies chroniques (pathologies respiratoires, cancers, maladies cardio-vasculaires, diabète...), explosion des problèmes de santé mentale. Des conséquences qui se font d'avantage ressentir parmi les populations les plus vulnérables.

Il ne revient pas aux individus de s'adapter à cet environnement dégradé mais à la société de gérer les risques qui en découlent. La prise en compte des déterminants non-médicaux de la santé et la lutte contre les inégalités de santé - sociales, genrées, ethniques doivent être la clé de voûte des politiques de santé.

C'est pourquoi le concept de "One Health" doit plus que jamais guider les politiques de santé pour une meilleure anticipation des grands risques collectifs pesant sur la santé.

Les éléments clés du “One Health” sont une approche intersectorielle (“health in all policies”) et transdisciplinaire de la santé, la reconnaissance du lien entre santé humaine, sociale et environnementale et l'importance d'une prévention qui se pense à différents niveaux.

Enfin, plus largement, la lutte contre le réchauffement climatique et la dégradation de l'environnement et leurs effets sur la santé doit être renforcée. Les propositions de Solidararis à cet égard sont développées au chapitre 4.

La crise sanitaire a mis en lumière une prise en compte insuffisante des déterminants non-médicaux de la santé, un sous-investissement en promotion et prévention ainsi qu'en première ligne de soins.

Il subsiste dans notre système de santé de fortes inégalités sociales de santé et d'accès aux soins ainsi que des discriminations intersectionnelles à l'égard de certains publics : femmes, personnes de faible niveau d'instruction et de revenus, personnes en situation d'handicap, communauté LGBTQIA+, populations issues de l'immigration et minorités ethniques.

**Solidararis propose de mettre en place un “Plan Santé” décliné à tous les niveaux de pouvoir et basé sur six axes prioritaires :**

- L'adoption d'une “Garantie santé européenne”.
- Un plan interfédéral de lutte contre les inégalités sociales de santé.
- La protection de la santé des groupes les plus vulnérables.
- La lutte contre les discriminations de genres en santé.
- Un investissement dans la promotion et la prévention de la santé.
- Une prise en compte de la santé sexuelle et reproductive comme un enjeu de santé publique.

## REVENDEICATIONS

### 1. L'adoption d'une "Garantie santé européenne"

Assurer à chaque citoyen-ne le droit à la santé par l'établissement d'exigences sanitaires minimales communes dans tous les pays de l'Union européenne.

### 2. Un plan interfédéral pour la prévention et promotion de la santé

Un refinancement de la promotion et de la prévention de la santé avec un budget de 600 millions d'euros qui permettrait de nous aligner sur la moyenne européenne d'ici 2034, soit passer de 2,1% des dépenses courantes de soins de santé à 3,47%. Cet investissement doit s'accompagner d'un plan interfédéral entre les régions, le fédéral et les communautés.

### Une prévention ciblée sur les aînés-es, les personnes en situation de handicap et les enfants.

- Améliorer la vaccination des aînés (+65 ans) : intégrer la vaccination contre la pneumonie dans les programmes de vaccination des régions et augmenter le taux de vaccination contre la grippe.
- Renforcer les moyens de prévention des chutes tant à domicile que dans les institutions de soins.
- Renforcer les incitants pour le patient à ouvrir un dossier médical global (DMG) - qui contient toutes les informations relatives à sa santé - par un remboursement total des consultations et visites du médecin généraliste, des soins dentaires de base et l'application du tiers-payant.
- Mettre fin aux sanctions financières imposées à ceux qui n'ont pas un comportement préventif en matière de soins dentaires.
- Prévoir des mesures positives pour améliorer la prévention en matière de santé bucco-dentaire : gratuité des soins dentaires préventifs, consultation annuelle de dentiste dans les écoles, campagnes de sensibilisation ciblées sur les publics vulnérables.
- Faire adopter une directive européenne pour protéger les enfants du marketing alimentaire pour les produits transformés avec un taux élevé de sucre, de sel ou de graisse.
- Interdire les fast food aux abords des écoles, et améliorer la qualité des repas des cantines scolaires et sensibiliser les enfants au "bien manger" en intégrant ce sujet dans le cursus.
- Développer une politique de prévention des troubles psychiatriques chez les enfants, notamment en sensibilisant le corps enseignant à la promotion de la santé émotionnelle et du bien-être de leurs élèves ainsi que les parents

à la reconnaissance des symptômes associés à un risque suicidaire.

- Développer des Centres de référence harcèlement scolaire - CRIH.
- Interdire la publicité pour l'alcool (à l'instar de celle sur le tabac).
- Améliorer la littératie en matière de santé des citoyens (soit l'aptitude à accéder, comprendre et utiliser l'information en santé dans la vie courante).

### **Protéger la santé des groupes plus vulnérables**

- Développer dans chaque grande ville une ligne de soin intermédiaire entre travailleurs sociaux de terrain et soignants de première ligne ("05") pour faciliter l'accès des publics précarisés (sans abris, demandeurs d'asile...) aux soins de première ligne.
- Pérenniser le financement des nouveaux métiers de santé de proximité (ex : agents de prévention, Community Health Workers, médiateurs interculturels, experts du vécu) pour atteindre plus efficacement les différents publics, en particulier les plus vulnérables.
- Renforcer le financement des services sociaux mutualistes. Par leur approche transversale des dispositifs de protection sociale, ils constituent une des pierres angulaires pour valoriser les droits des allocataires sociaux et favoriser leur accès aux services de soins de santé.
- Empêcher que la fracture numérique n'accroisse les inégalités de santé en maintenant des services de proximité et un accompagnement spécifique pour les personnes plus vulnérables (accès aux données du dossier patient informatisé, télémédecine, outils mobile Health).
- Une meilleure couverture santé pour les personnes bénéficiant de l'aide médicale urgente

et les demandeurs d'asile :

1. Faciliter l'octroi d'un permis de séjour temporaire aux sans-papiers afin de leur permettre un accès aux soins de santé identique à celui des bénéficiaires de l'AMI.
2. Simplifier et harmoniser la procédure pour bénéficier de l'octroi de l'aide médicale urgente pour éviter les différences d'interprétation et de pratiques entre les CPAS.
3. La réalisation progressive et harmonisée des droits des migrants à la santé dans les pays de l'Union Européenne.

- Améliorer l'accès aux soins et aux droits des travailleurs-euses du sexe. Mise à disposition de fonds structurels pour le fonctionnement des centres médico-sociaux pour les travailleurs-euses du sexe, dépistage des IST et hépatites virales, vaccination, distribution de matériel de prévention.
- Dépénaliser la consommation personnelle de drogues et mettre en place une politique ambitieuse de santé publique mettant en avant prévention (notamment offre ambulatoire de services spécialisés en assuétudes), réduction des risques, encadrement et suivi médicalisé.
- Un meilleur accès des détenus aux soins psychologiques de première ligne.



### 3. Lutter contre les discriminations de genres

- Rendre systématique la sensibilisation aux stéréotypes dans les formations médicales initiales et continues (médecine, recherches biomédicales, sciences infirmières, sciences psychologiques...).
- Prendre en compte la dimension de sexe et de genre dans la prise en charge médicale, développer des campagnes de sensibilisation à destination du grand public sur les maladies par lesquelles les femmes sont davantage touchées, renforcer les plans d'action publics pour améliorer leur prise en charge, soutenir la recherche sur l'endométriose et d'autres maladies dont les femmes souffrent en majorité.
- Faciliter l'accès aux soins pour les personnes LGBTQIA+ : intégrer les questions de genres dans les formations générales des métiers du soin, prévoir un plan de formation pour les réseaux de première ligne, accroître les connaissances sur les obstacles à l'accès et au remboursement des soins des personnes LGBTQIA+.

### 4. Faire de la santé sexuelle et reproductive un enjeu de santé publique

- Prévenir les grossesses non-désirées :
  1. Remboursement des frais liés à la contraception des femmes jusqu'à 25 ans compris et gratuité des consultations gynécologiques y afférentes.

2. Campagne de sensibilisation vers les publics cibles particuliers qui recourent peu à la contraception.

- Prévenir les IST : améliorer le dépistage des IST et l'accès financier au dépistage et aux préservatifs masculins et féminins.
- Rembourser intégralement le vaccin contre le papillomavirus pour les filles selon le schéma de vaccination proposé par l'OMS<sup>3</sup> et pour les garçons jusqu'à 26 ans.
- Améliorer le suivi de grossesse par un parcours de soins périnatal intégré, en commençant par les femmes vulnérables.
- Améliorer le droit et l'accès à l'avortement :
  1. Abrogation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'IVG.
  2. Reconnaître l'IVG comme un "soin de santé" (inscription de l'IVG dans le cadre législatif des soins de santé et des droits du patient).
  3. Porter le délai du droit à l'avortement de 12 à 18 semaines de grossesse.
  4. Lutter contre la pénurie de médecins pratiquant l'avortement en inscrivant les techniques d'avortement dans les cursus d'enseignement des facultés de médecine.

- Renforcer la reconnaissance et l'accessibilité des services d'assistance sexuelle pour favoriser l'épanouissement des personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap.
- Au niveau européen, garantir l'égalité d'accès, la qualité des soins en matière de santé sexuelle et génésique conformément à la résolution du Parlement européen sur "La santé et les droits génésiques et sexuels dans l'Union, dans le cadre de la santé des femmes".



## CHIFFRES-CLÉS

**18,7%** des citoyens·nes belges se situent dans un **risque de pauvreté** ou d'exclusion sociale<sup>3</sup>.

**46,3%** des **femmes** reportent des soins pour raisons financières contre **33%** des **hommes**<sup>4</sup>.

Les personnes vivant dans les **quartiers les plus pauvres** ont un **risque accru** de **56% de décéder** dans l'année comparativement à ceux qui vivent dans les **quartiers les plus riches**<sup>5</sup>.

En 2021, **16.701 avortements** ont été déclarés **en Belgique**. **371** ont été effectués **aux Pays-Bas** parce que **le délai de 12 semaines** de grossesse **était dépassé**<sup>6</sup>.





**02**

**Réduire le  
report de soins  
et rembourser les  
besoins non couverts  
par l'assurance  
maladie**

# Réduire le report de soins et rembourser les besoins non couverts par l'assurance maladie

02



## CONTEXTE

Dans notre pays, la quasi-totalité de la population bénéficie de l'assurance maladie obligatoire (soit 11,3 millions d'habitants) et 77% des dépenses de soins de santé sont prises en charge par la collectivité.

Les populations socio-économiquement fragiles et/ou accumulant des coûts de soins de santé importants bénéficient par ailleurs d'une protection financière renforcée (bénéfice de l'intervention majorée de l'assurance maladie, Maximum à Facturer, statut malades chroniques).

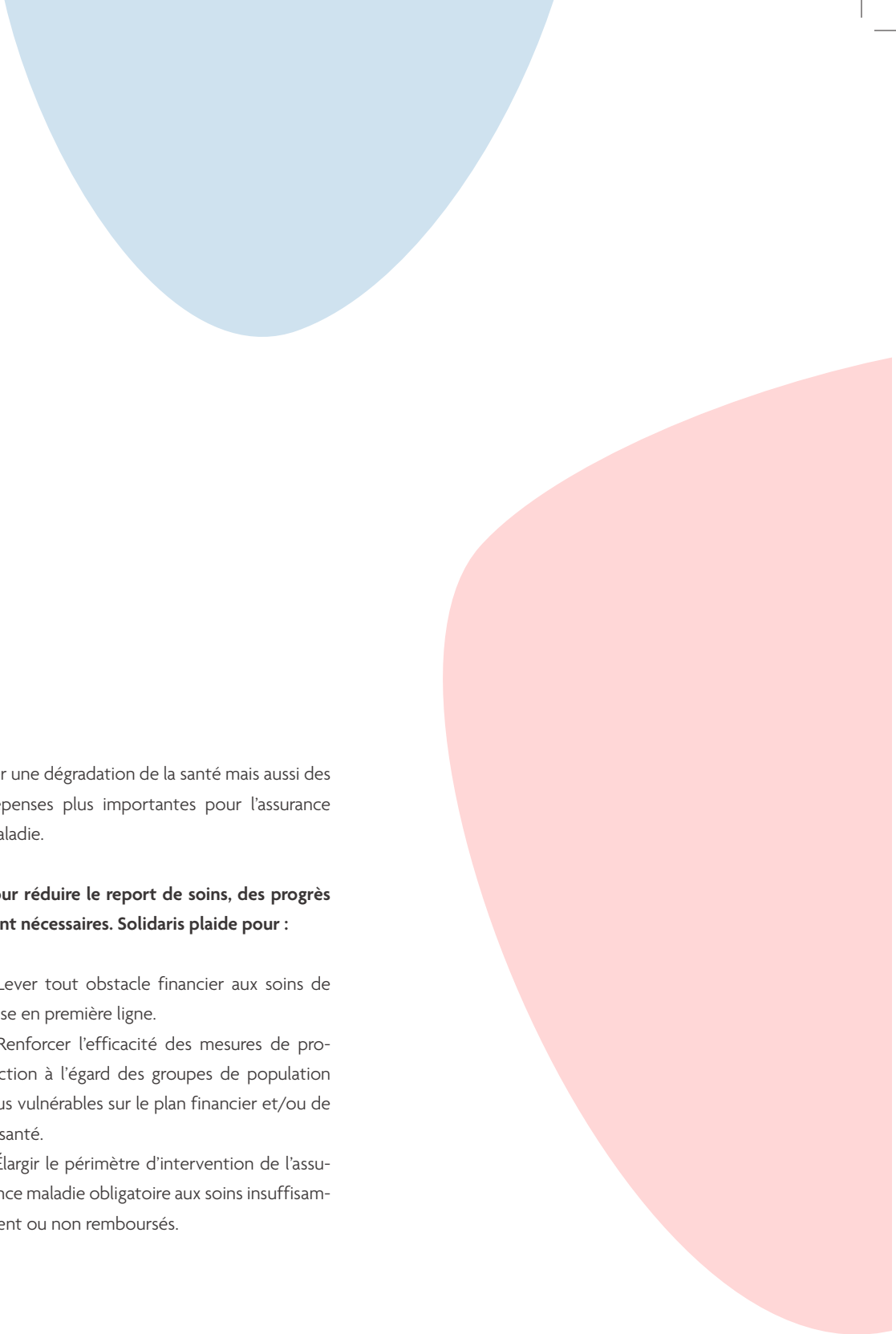
La Belgique se situe pourtant au 8<sup>ème</sup> rang des pays pour lesquels la charge financière est la plus fréquemment perçue comme importante, loin devant l'Allemagne, les Pays-Bas et la France. Notre pays est par ailleurs peu per-

formant en comparaison à d'autres pays de l'Union européenne concernant l'accès financier aux soins de santé des groupes socio-économiques vulnérables.

Les études révèlent que les besoins de soins non satisfaits vont de pair avec la vulnérabilité financière (ménages incapables de faire face à des dépenses inattendues), le faible niveau de remboursement de certains soins par l'assurance maladie obligatoire (notamment soins dentaires, santé mentale, optique, appareils auditifs...) et l'accumulation de dépenses de soins de santé importantes.

Nos études montrent que le report de soins de première ligne pour raisons financières reste conséquent, en particulier chez les chômeurs et les invalides, avec le risque d'entraî-





ner une dégradation de la santé mais aussi des dépenses plus importantes pour l'assurance maladie.

**Pour réduire le report de soins, des progrès sont nécessaires. Solidaris plaide pour :**

- Lever tout obstacle financier aux soins de base en première ligne.
- Renforcer l'efficacité des mesures de protection à l'égard des groupes de population plus vulnérables sur le plan financier et/ou de la santé.
- Élargir le périmètre d'intervention de l'assurance maladie obligatoire aux soins insuffisamment ou non remboursés.

# REVENDEICATIONS

## 1. Lever les obstacles financiers aux soins de base en première ligne

- Rembourser totalement les consultations et les visites à domicile chez le médecin généraliste et les soins bucco-dentaires de base (notamment soins préventifs, consultations, extractions) pour les patients ayant ouvert un DMG auprès de leur médecin traitant.
- Tiers-payant obligatoire généralisé à tous les patients et tous les soins de santé ambulatoires (médecins, dentistes, kinés, logopèdes, infirmiers).
- Supprimer les limites imposées au nombre de séances remboursées de psychologues de première ligne la première année du traitement et gratuité des séances jusque 23 ans.
- Réduire les montants de tickets modérateurs des soins infirmiers à domicile pour les personnes fortement dépendantes.
- Développer davantage de maisons médicales au forfait et élargir la pratique multidisciplinaire aux psychologues cliniciens et aux dentistes.

## 2. Améliorer l'efficacité des mécanismes de protection financière des publics précaires et/ou accumulant des dépenses de santé importantes

- Majorer les plafonds de revenus du BIM de 10% et automatiser son octroi en commençant par les catégories sociales les plus vulnérables.
- Prendre en compte dans le maximum à facturer les tickets modérateurs payés sur le prix de journée en hôpital psychiatrique pour les séjours de longue durée (plus d'un an).

## 3. Augmenter le remboursement des soins insuffisamment couverts par l'assurance maladie

- Élargir à davantage de patients les remboursements des lunettes, des lentilles, des appareils auditifs et de certains soins dentaires (cf. extractions, examen bucco-dentaire annuel ; parodontologie, prothèses) en abaissant les seuils (niveau de dioptrie, niveau d'audition) et supprimant progressivement les limites d'âge pour les soins bucco-dentaires à partir desquels l'assurance maladie intervient.
- Rembourser intégralement les soins orthodontiques pour raisons médicales.
- Mieux rembourser les coûts des transports non-urgents de patients (inter-hospitaliers et vers un établissement de soins ou chez un dispensateur de soins) en particulier pour les patients chroniques et réguler les prix facturés.
- Un remboursement majoré du coût des implants, prothèses à l'hôpital et des appareils auditifs en priorité pour les ménages à faible revenu (BIM).

## CHIFFRES-CLÉS

**300.000**  
**personnes** ne  
bénéficieraient  
pas du **statut BIM**  
alors qu'elles y ont  
pleinement  
le droit<sup>7</sup>.

**80%** des personnes  
ayant des besoins  
médicaux non satisfaits  
déclarent aussi des  
besoins **non satisfaits**  
**en soins dentaires**<sup>8</sup>.

**15,7%** des ménages  
déclarent que les **soins**  
**médicaux** constituaient  
une **charge financière élevée**.  
Cette proportion s'élève  
à **28,5%** pour les ménages  
exposés au risque  
de pauvreté<sup>9</sup>.

**Les patients sous dialyse** doivent  
se déplacer 6 fois par semaine vers  
un centre de dialyse.  
Pour certains patients,  
le coût annuel de ces transports  
peut atteindre **11.000€**<sup>10</sup>.

**38% des chômeurs·euses**  
et **45,5%** des personnes en  
incapacité de travail déclarent  
avoir dû **renoncer à des soins**  
**de santé mentale** pour des  
**raisons financières** au cours  
des douze derniers mois<sup>11</sup>.

Des factures de **500€**,  
voire de **1.500€ par trajet**,  
à charge du patient·e pour  
un **transport avec assistance**  
**médicale** (perfusion ou  
administration d'oxygène)  
ne sont pas rares<sup>12</sup>.







**03**

## **Contre la marchandisation de la santé**

03



## Contre la marchandisation de la santé

### CONTEXTE

Force est de constater que la marchandisation de la santé est déjà à l'œuvre chez nous.

Les innovations biomédicales sont aux mains de grandes multinationales n'hésitant pas à prendre les patients en otage pour obtenir de l'assurance maladie des prix exorbitants qui alimentent des profits excessifs. Chaque année, un milliard d'euros sont prélevés sur les cotisations sociales des travailleurs. Ils viennent alimenter les surprofits de l'industrie pharmaceutique plutôt que d'être réinvestis dans les soins de santé<sup>13</sup>.

Parallèlement, l'industrie pharmaceutique organise la pénurie en retirant du marché de vieux médicaments non-rentables mais pourtant essentiels aux patients. De nombreuses maladies restent aujourd'hui sans traitement car tou-

chant trop peu de patients que pour être rentables comme les maladies rares et les cancers pédiatriques.

Dans le secteur des soins de longue durée, de grands groupes d'investisseurs sont présents sur le marché belge et détiennent plusieurs centaines de maisons de repos. Dans ces institutions, les techniques managériales visent exclusivement la rentabilité financière. Elles affectent l'organisation du travail et la qualité de la prise en charge mais aussi le prix du séjour.

Le décalage entre les besoins et l'offre de services publics en matière d'aide et de soins à domicile ouvre aussi un espace pour une offre privée lucrative. On assiste à une déprofessionnalisation et à une déqualification des travailleurs du soin via le développement d'ac-

tivités parallèles avec des statuts précaires et non qualifiés (travail au noir, titres services... ). Par ailleurs, les bureaux d'intérim s'engouffrent dans l'espace créé par la pénurie pour débaucher activement des infirmiers-ères et aides-soignants-es pour réaliser des profits au détriment des hôpitaux et autres institutions et services d'aide et de soins agréés.

Solidaris tire la sonnette d'alarme. D'autres secteurs sont dans la ligne de mire d'opérateurs marchands : les soins dentaires, les laboratoires de biologie clinique, les maisons médicales, la santé numérique...

La marchandisation de la santé conduit inévitablement à une déshumanisation des soins et à l'aggravation des inégalités de santé. Elle trouve sa source dans la raréfaction de l'offre publique de soins par rapport aux besoins permettant aux acteurs marchands de s'engouffrer dans la brèche.

La santé, le bien-être et la dignité de vie des personnes parmi les plus fragiles de notre société ne sont pas des marchandises.

Le politique doit prendre ses responsabilités pour que les moyens alloués au système de soins de santé et à l'assurance maladie soient suffisants pour répondre aux besoins réels. Des moyens supplémentaires sont absolument nécessaires pour répondre au vieillissement, à l'augmentation des maladies chroniques tout en tenant compte des modifications des attentes des patients et des soignants.

**Mais ce n'est pas suffisant. Pour contrer la marchandisation, il faut aussi limiter l'offre privée à but lucratif :**

- En se donnant les moyens de réguler les prix des soins afin que l'argent public ne vienne pas enrichir des actionnaires.
- En imposant un strict respect de normes de qualité, sociales et humaines comme condition du financement public.
- En s'attaquant à la surconsommation et aux soins inappropriés.

## REVENDEICATIONS

### 1. Au niveau européen :

- Réformer la gouvernance budgétaire et monétaire européenne pour répondre aux besoins urgents du vieillissement et de la transition écologique.
- Promouvoir et renforcer les services d'intérêt général et la prestation de services d'intérêt général.

### 2. Fixer le budget de l'assurance maladie en fonction des besoins et des objectifs de soins de santé prioritaires.

- Le budget de l'assurance maladie doit être fixé en fonction de l'évolution des besoins réels et pas en fonction d'un objectif d'économies à atteindre. Nous demandons une norme de croissance de 3% de l'objectif budgétaire des soins de santé à partir de 2025.
- Les surconsommations et les pratiques non justifiées au regard de l'évidence based medicine doivent être supprimées et les moyens réinvestis pour valoriser des soins efficaces.

- Donner l'initiative à la concertation entre mutualités et prestataires de soins pour déterminer les objectifs de soins de santé prioritaires, la décision finale revenant à la concertation paritaire au sein du Conseil général.

### 3. Des médicaments au juste prix et disponibles pour les patients

- Un prix équitable et transparent pour les médicaments sur la base du modèle "fair price" développé par Solidaris.
- Un fonds européen pour l'attribution de "primes à l'innovation" pour les traitements des maladies rares, comme les cancers pédiatriques.
- Plan anti-pénuries européen : développer une production européenne des traitements médicamenteux essentiels qui risquent d'être en rupture ou retirés du marché par l'industrie pharmaceutique et pour lesquels il n'existe pas d'alternative ou pas au même prix.
- Négocier les prix des vaccins au niveau européen. Un mécanisme similaire à celui utilisé pour les vaccins Covid devrait être mis en place au niveau européen afin de permettre des achats groupés pour l'ensemble de l'Europe de certains médicaments, notamment les vaccins, ce qui permettra de mieux négocier les prix.
- Négociation transparente et démocratique du prix des médicaments : fin des contrats confidentiels avec les firmes pharmaceutiques, droit d'initiative du Comité de l'assurance pour fixer le budget des spécialités pharmaceutiques ; renforcer les règles de la Commission de Remboursement des médicaments relatives aux conflits d'intérêt.
- Interdire la publicité grand public pour les médicaments en vente libre ou, à défaut, mieux la réglementer et l'encadrer de manière plus stricte.

- Pour certains médicaments, comme les antibiotiques, rendre obligatoire la prescription et la délivrance du nombre exact pour lutter contre la surconsommation.
- Favoriser une prescription plus rationnelle des médicaments. Un médicament seulement quand c'est nécessaire, en réservant les médicaments les plus chers et les plus récents aux patients pour lesquels ils ont prouvé leur plus-value, et en privilégiant, quand elles existent, les alternatives génériques et biosimilaires moins chères avec le même effet thérapeutique. Une attention particulière devrait être portée aux patients âgés à domicile ou en maison de repos.

#### **4. Pas de médecine à deux vitesses à l'hôpital**

- Supprimer les suppléments d'honoraires en chambre individuelle tout en garantissant le financement des missions sociales de l'hôpital.
- Supprimer les suppléments d'honoraires pour les BIM pour les consultations et les examens dans le secteur ambulatoire au secteur hospitalier. Étendre cette interdiction à d'autres catégories de patients vulnérables.
- Interdire les suppléments d'honoraires pour les spécialités pour lesquelles le patient ne choisit pas son médecin (radiothérapie, imagerie médicale, biologie clinique).
- Élargir l'interdiction des suppléments d'honoraires en chambre double à toutes les professions paramédicales intervenant dans l'hôpital (dentistes, kinés...).
- Encadrer les suppléments de chambre et lutter contre toute forme de suppléments cachés (frais administratifs, recours à des prestations non remboursables...).
- Imposer la remise d'un devis standard au pa-

tient pour une série d'interventions courantes à l'hôpital. Ce devis doit faire office d'engagement du prestataire de soins/gestionnaire à ne pas dépasser le prix renseigné.

- Réguler la pratique privée et imposer un niveau d'activité minimum par médecin hospitalier sans supplément d'honoraires. Parallèlement, mieux financer la permanence et les gardes à l'hôpital.
- Garantir la couverture du coût des missions sociales de l'hôpital notamment en doublant le budget actuel.
- Les réformes de la nomenclature médicale et du financement hospitalier sont des priorités. Elles doivent être menées à leur terme afin d'enrayer la logique productiviste du financement à l'acte de l'hôpital, source de surconsommation, de suppléments et de pression sur le personnel soignant.

#### **5. Promouvoir les acteurs non-marchands de la santé**

- Un refinancement des services d'aide à domicile agréés permettant de garantir une offre professionnelle de qualité, adaptée et suffisante pour répondre aux besoins croissants, aux évolutions de l'organisation des soins ainsi qu'au souhait d'une grande majorité de la population de rester le plus longtemps chez elle (cf. hospitalisation à domicile). Parallèlement, prendre des mesures pour pallier la pénurie, en particulier d'infirmières et d'aides familiales.
- Maintenir en Wallonie le mécanisme de programmation prévoyant la répartition des lits entre secteur public (29%), secteur associatif (21%) et secteur commercial (50%) et étendre ce mécanisme de régulation à Bruxelles en appliquant la nouvelle ordonnance du 24 avril

2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées.

- Conditionner les subsides aux infrastructures MR/MRS au respect de critères de qualité, d'encadrement et de plafonnement des frais à charge des résidents.
- Le budget des institutions de soins financées par l'État ne doit pas servir à grossir les marges bénéficiaires des agences d'intérim qui profitent de la pénurie. À fonction égale, plafonner le prix du travail intérimaire dans le secteur des soins à 100% du plafond du prix d'un contrat de travail à durée indéterminée dans l'institution.

## **6. Plus de sécurité tarifaire pour les patients**

- Solidaris plaide pour une réforme en profondeur du modèle de conventionnement et fixe trois balises :

1. L'augmentation du volume global des actes facturés aux tarifs des accords et conventions doit être l'objectif de la réforme.
2. L'accessibilité géographique à un médecin conventionné doit être garantie pour tous les patients.
3. Pas de liberté tarifaire sans une transparence tarifaire totale pour les patients et les mutualités sur les prix des soins de santé (part remboursée par l'assurance maladie, suppléments, soins non-remboursés).

- Dans l'attente de cette réforme visant à augmenter le conventionnement, Solidaris demande l'instauration d'un "bouclier tarifaire" plafonnant les suppléments d'honoraires

lorsque le taux de conventionnement est trop faible au niveau local ou national.

## **7. Une santé numérique au bénéfice de tous·tes**

- Le cadre réglementaire sur l'intelligence artificielle en discussion au niveau de l'Union européenne doit faire de la protection de la santé une priorité.
- Des moyens doivent être spécifiquement consacrés à la lutte contre la fracture numérique. Il faut préserver la dimension humaine des soins en recyclant les gains d'efficacité tirés de la santé numérique pour valoriser le temps passé au chevet du patient et sa prise en charge globale intégrant son vécu, son environnement, les aspects psycho-sociaux.

## CHIFFRES-CLÉS

En Belgique,  
un **prix juste** pour les  
**médicaments remboursés**  
permettrait d'économiser  
**un milliard d'euros par an**<sup>14</sup>.

### Dentius

est un groupe de la famille  
Meyer Louis-Dreyfus (à la tête  
d'un fonds d'investissements  
de private equity (Florac)  
possédant 76 cabinets  
dentaires dont 56  
en Belgique.

À Bruxelles, en 2020  
**63 % des lits en maisons de repos**  
se trouvent dans des institutions privées  
commerciales **quasi-exclusivement** détenues  
par de **grands groupes d'investisseurs**<sup>15</sup>.









**04**

**Reconnaître  
les crises climatiques,  
environnementales  
et alimentaires  
comme des urgences  
sanitaires**

04



## Reconnaître les crises climatiques, environnementales et alimentaires comme des urgences sanitaires

### CONTEXTE

L'impact sur la santé du dérèglement climatique et de la dégradation de l'environnement sont des réalités. Chacun en fait maintenant l'expérience et peut constater leurs retombées sur la santé : cancers, affections chroniques, maladies infectieuses, troubles cardiaques et respiratoires, anxiété et dépression. Ajoutons le fléau sanitaire mondial qu'est l'épidémie d'obésité causée par les difficultés d'accès à des aliments sains.

Pour autant, ces crises ne touchent pas tout le monde de la même manière. Elles frappent encore plus durement les plus vulnérables, dont l'état de santé est déjà précaire, se su-

perposant et renforçant les inégalités sociales de santé.

Ces risques sanitaires à l'échelle mondiale sont tous d'origine humaine. Ils sont le résultat d'un système capitaliste générant une économie pathogène et "cannibale", qui détruit ses propres conditions de développement. Exploitation à outrance des ressources naturelles, destruction de la biodiversité, élevage intensif et ultra transformation des produits alimentaires... le tout rendu possible par la consommation effrénée d'énergie fossile.

## **Ceci doit cesser.**

### **Solidaris exhorte le politique à :**

- Poursuivre sans relâche la lutte contre le réchauffement climatique et la dégradation de la biodiversité. Tous les efforts doivent être entrepris pour contenir l'incendie et limiter les dégâts. Cela passe en premier lieu par le respect des engagements pris en termes de réduction des gaz à effets de serre et de restauration de la biodiversité.
- Repenser la justice sociale sous l'angle du partage équitable du coût de la nécessaire transition écologique et de la mutualisation du risque environnemental sur la santé. Ceci implique notamment une taxation sur le capital des plus riches qui sont aussi ceux qui polluent le plus.
- Intégrer dans les politiques de soins de santé et les pratiques de soins, la dimension environnementale aussi bien dans les aspects préventifs que curatifs et créer systématiquement des ponts entre les initiatives environnementales et sociales à tous les niveaux (quartiers, régions...).
- Poursuivre la mise en œuvre ambitieuse du Pacte Vert européen, en étroite articulation avec la réalisation du Socle européen des droits sociaux.

Pour Solidaris, lutte contre le réchauffement climatique et la dégradation environnementale, justice sociale et éco-conception des soins, nécessitent d'intégrer le rapport santé/environnement dans une nouvelle composante de l'État social.



## REVENDEICATIONS

### 1. Pour une transition écologique juste au niveau européen

- Renforcer le Fonds européen pour la Transition Juste en le dotant de moyens supplémentaires pour la santé - environnement.
- Déployer un plan européen de lutte contre la pauvreté énergétique. Il s'agit notamment de protéger les consommateurs d'énergie vulnérables, de faciliter l'accès de ces populations au logement de qualité et à la rénovation.
- Aligner les normes européennes en matière de qualité de l'air sur celles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme le propose le Parlement européen et exiger des pays de l'Union européenne des feuilles de route sur l'amélioration de la qualité de l'air.
- Financer un plan d'investissement dans l'isolation et le chauffage durable des bâtiments via le Fonds social pour le climat, les bénéfices du système européen d'échanges de quotas d'émissions et la taxation des surprofits des entreprises de l'énergie.

### 2. Agir sur les déterminants environnementaux de la santé

#### Accès à un logement sain et de qualité

- Renforcer l'efficacité énergétique des logements pour atteindre les niveaux de confort considérés comme adéquats par l'OMS.
- Tripler le taux de rénovation énergétique via un programme public de rénovation, une approche par quartier, des prêts in fine ou des avances pour les plus précaires... Cet objectif doit être atteint en priorité pour le parc immobilier public.
- Un logement sain pour tous : un système de conventionnement des loyers échelonné selon le score de performance énergétique des bâtiments (PEB).
- La réquisition des logements inoccupés et des actions en cessation (programmes housing first, 20 à 30% de logements publics).

#### Accès à une alimentation saine

- Interdire, dans un premier temps au niveau belge et ensuite au niveau européen, les additifs dont l'effet cancérigène est avéré (notamment additifs nitrés ajoutés à la viande transformée) dans la fabrication de tous les aliments commercialisés.
- Faire adopter une directive européenne interdisant le marketing alimentaire à destination des enfants pour les produits transformés avec un taux élevé de sucre, de sel ou de graisse.
- Renforcer la souveraineté alimentaire via un investissement dans les pratiques agricoles biologiques et agro-écologiques, stimuler la demande en repas végétalisés et investir dans l'élevage lié au sol.

### **Mobilité verte et qualité de l'air**

- Favoriser le transfert modal (passage à la mobilité douce et en commun) via la limitation de la vitesse maximale 100 - 70 - 30, réduction de l'emprise du stationnement automobile, investissements dans les transports en commun et la mobilité douce, favoriser les véhicules peu énergivores.

### **3. Un système de soins de santé éco-responsable**

- Un rapport détaillé sur le bilan climatique des soins de santé en Belgique.
- Une culture de la transformation écologique et de l'éco-conception des soins via la formation universitaire et la sensibilisation continue du personnel médical, soignant et gestionnaire.
- Un plan interfédéral de transition écologique de l'hôpital intégrant la question de l'énergie, des consommables, des infrastructures, de la mobilité, des déchets dans une feuille de route ambitieuse.
- Promouvoir le développement nouveaux métiers de l'éco-conception des soins
- Instaurer un volet "coût carbone" dans les projets de réformes du secteur hospitalier (normes d'agrément et d'accréditation, incitants financiers à la mise en place de plans de décarbonation...).

### **4. Un modèle de santé plus résilient**

- Une approche "One Health" des politiques de santé publique pour mieux anticiper et appréhender les grands risques sanitaires collectifs.
- Renforcer la coordination et la coopération in-

terfédérale et européenne pour la planification d'urgence et la gestion de crise hors normes.

- Constituer des stocks stratégiques de matériel médical et pharmaceutique et investir dans la souveraineté sanitaire belge et européenne qui limite notre dépendance à l'étranger pour les biens stratégiques tels que les médicaments.
- Élaborer un modèle organisationnel des soins dans lequel il est possible de mieux gérer les pics d'activités et d'éviter le report des soins.
- Former des réservistes de crises dans toutes les organisations publiques et privées du pays.
- Développer une politique cohérente d'exploitation des données de santé pour permettre aux politiques de s'adapter de manière agile aux effets des épidémies et pandémies sur le système de soins de santé.
- Investir dans la cybersécurité de toutes les institutions qui traitent des données de santé.
- Développer un cadre numérique européen protecteur de la santé et des droits des citoyens.

**L'exposition**  
à la pollution de l'air,  
de l'eau et des sols  
est à l'origine de  
**10% des cancers**  
en Europe<sup>16</sup>.

## CHIFFRES-CLÉS

En Belgique,  
la **pollution atmosphérique**  
a causé **11.770 décès**  
prématurés<sup>17</sup>.

**1 personne sur 3**  
en situation de précarité  
vit dans un **logement**  
**insalubre**<sup>18</sup>.

**La mortalité**  
des plus de **65 ans** liée à la  
**hausse des températures**  
pourrait être multipliée  
par **4,7 d'ici à 2050**<sup>19</sup>.

## L'obésité

tue **5 millions** de personnes par an dans le monde, presque **2 fois plus** que le paludisme, la tuberculose et le VIH réunis<sup>20</sup>.







**05**

**Une vie digne  
pour nos aînés·es,  
les personnes en  
situation de handicap  
et en perte d'autonomie  
et celles et ceux qui  
les accompagnent**

05

## **Une vie digne pour nos aînés·es, les personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie et celles et ceux qui les accompagnent**



### **CONTEXTE**

Le choc démographique auquel nous sommes confrontés impose un volontarisme politique historique.

Selon le bureau du Plan, entre 2020 et 2050, la proportion de personnes âgée de 80 ans dans la population wallonne va doubler (+94%)<sup>4</sup>.

Si l'espérance de vie à la naissance est actuellement de 83,8 ans chez les femmes et de 79,5 ans pour les hommes<sup>5</sup>, l'espérance de vie sans incapacité est de 65,6 ans pour les hommes et les femmes. Plus que le vieillissement, ce qui est en jeu c'est la qualité de vie de nos aînés·es, des personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap, le défi de leur inclusion dans notre société, bref leur dignité de vie.

L'état de santé et le vieillissement de la population comporte par ailleurs un risque d'accroissement des inégalités sociales et de genre.

L'espérance de vie à la naissance et l'espérance de vie sans incapacité sont meilleures pour les personnes ayant un niveau socio-économique plus élevé que pour celles ayant un niveau socio-économique plus faible. On retrouve le même gradient social chez les personnes atteintes de maladies chroniques.

Par ailleurs, une grande partie des soins de longue durée sont encore apportés par les proches, ce qui met une pression importante sur les familles et les femmes en particulier.

L'accès aux soins de longue durée des aînés-es, des personnes en situation de handicap et le soutien à leurs aidants proches constituent dès lors un enjeu sociétal et politique central.

Vu l'augmentation des besoins, un investissement supplémentaire apparaît prioritaire, en particulier dans le secteur des soins et de l'aide à domicile étant donné la place que ceux-ci sont amenés à prendre en matière d'accompagnement des aînés-es, des personnes en perte d'autonomie dans le cadre du "virage ambulatoire".

L'accès aux soins de longue durée implique aussi une régulation renforcée des prix. Pour une majorité des seniors, l'évolution constante des prix d'hébergement dans les maisons de repos supérieure à l'inflation et la croissance des pensions, réduit l'accessibilité financière dans un secteur où la logique marchande est bien ancrée.

Relever le défi du vieillissement et de la perte d'autonomie n'est pas uniquement une question de moyens supplémentaires.

La question de la formation et de l'attractivité des soignants et des métiers du care est ici essentielle.

Comme le parcours de vie ne se limite pas à vieillir à domicile ou en maison de repos, il convient aussi de développer une vision stratégique globale des différentes branches de la politique de prise en charge des aînés-es (court séjour et accueil de jour, logements inclusifs et solidaires, habitats groupés, intergénérationnels...) afin de faciliter la transition entre les lieux de vie.

Il s'agit enfin de valoriser davantage le "prendre soin", de repenser la société sur un mode in-

clusif et d'inventer de nouvelles formes de cohabiter<sup>6</sup>.

Terminons par la pandémie COVID-19 qui a bouleversé la vie des aînés-es, des personnes en perte d'autonomie et le quotidien de celles et ceux qui les accompagnent. Les enseignements de cette épreuve collective sont nombreux. À cet égard, nous souhaitons que les recommandations du "Rapport de la Commission spéciale chargée d'évaluer la gestion de la crise sanitaire de la Covid-19 par la Wallonie" soient pleinement intégrées aux cadres légaux et décrets. Solidaris soutient enfin les recommandations de la "Stratégie wallonne pour des parcours de vie intégrés des personnes en perte d'autonomie".

**Plus largement,  
nous formulons six objectifs prioritaires :**

- Renforcer l'exercice des libertés individuelles, tout au long de la vie.
- Mieux prévenir les maladies chroniques et la perte d'autonomie.
- Améliorer la qualité de vie et l'inclusion des personnes en situation de handicap.
- Améliorer le "Bien vivre chez soi".
- Renforcer la qualité et l'accessibilité de tous les services aux personnes en perte d'autonomie ainsi que l'accessibilité financière aux maisons de repos.
- Assurer que la fonction d'aidant-e proche soit un vrai choix et pas la résultante d'une organisation défaillante de la société.

Enfin, comme déjà relevé, le soutien et l'attractivité des métiers du soin et de l'aide sont des enjeux essentiels. Ce sujet fait l'objet d'un chapitre spécifique de ce mémorandum.



## REVENDEICATIONS

### 1. Renforcer l'exercice des libertés individuelles tout au long de la vie

- Assurer le respect des choix de vie et la qualité de vie dans les maisons de repos et de soins. Par le développement d'outils de nature à favoriser l'autonomie de la personne.
- Renforcer le nombre et le rôle des médiateurs indépendants afin de permettre aux résidents en maisons de repos (ou leur proches) de pouvoir exprimer d'éventuels griefs dans leurs vécus quotidiens.
- Encourager le développement de la cohabitation intergénérationnelle notamment par le déploiement de logements inclusifs et solidaires.
- Raccourcir à deux ans le délai du droit à l'oubli pour le cancer et d'autres maladies chroniques dans le cadre des contrats hypothécaires.
- Légaliser le droit à l'euthanasie et assurer en temps utile l'effectivité du droit à la demande d'euthanasie :

1. Étendre le champ d'application de la déclaration anticipée relative à l'euthanasie, qui doit permettre de déterminer soi-même le moment, le contexte et les circonstances dans lesquelles on souhaite que l'euthanasie soit pratiquée.
2. Renforcer la formation et le soutien des professionnels de la santé concernant l'accompagnement en fin de vie.

### 2. Une prévention adaptée aux besoins des aînés-es

- Augmenter le taux de vaccination contre la grippe des personnes de plus de 65 ans.
- Intégrer la vaccination contre la pneumonie des plus de 65 ans dans les programmes de vaccination.
- Désignation d'un pharmacien coordinateur et conseiller (PCC) dans chaque maison de repos.
- Renforcer le connaissance et les missions du pharmacien de référence auprès des aînés-es polymédiqués-es.
- Renforcer les moyens de prévention des chutes tant à domicile que dans les institutions de soins.

### 3. Améliorer la qualité de vie et l'inclusion des personnes en situation de handicap

- Poursuivre la lutte contre toutes les inégalités et les formes de discriminations à l'encontre des personnes en situation de handicap.
- Défendre une société inclusive en concrétisant le concept de l'Handistreaming, qui implique d'intégrer une attention spécifique aux droits des personnes en situation de handicap à tous les niveaux de pouvoir.

- Une meilleure prise en charge des patients avec un double diagnostic par une stratégie globale visant à améliorer l'accessibilité et à assurer l'adéquation de tous les services aux besoins réels.
- Augmenter le nombre de Centres de Rééducation Ambulatoire (C.R.A) qui traitent l'autisme de manière multidisciplinaire.
- Prévoir le remboursement des frais de logopédie ambulatoire également pour les enfants à besoins spécifiques ayant un diagnostic d'autisme ou une déficience intellectuelle.
- Renforcer la reconnaissance et l'accessibilité des services d'assistance sexuelle pour favoriser l'épanouissement des personnes en perte d'autonomie et en situation de handicap.
- Prévenir l'isolement social par le développement de lieux d'inclusion et de participation sociale, le renforcement des dispositifs de soutien dans l'emploi des personnes en situation de handicap.

#### 4. Bien vivre chez soi

- Concevoir un financement permettant aux prestataires de soins et d'aide d'accorder du temps d'écoute et de présence auprès des bénéficiaires isolés.
- Améliorer l'accessibilité financière des aides familiales en révisant le barème de contribution des bénéficiaires tout en veillant à l'équilibre financier des structures.
- Mettre en place un mécanisme d'adaptation de l'offre de services agréés d'aides familiales qui doit permettre de répondre aux besoins actuels mais aussi de mener une vraie politique d'anticipation et de prévention auprès d'une population vieillissante.
- Accessibilité aux prestations d'assistance per-

sonnelle pour permettre à la personne en situation de handicap d'avoir une liberté et une autonomie dans les activités journalières en transformant le dispositif BAP (budget d'assistance personnelle) pour soutenir prioritairement les services d'aide aux familles et aux aînés-es.

- Garantir l'accès complet aux aides individuelles régionales (notamment aux aides pour l'aménagement du domicile... ) aux personnes de plus de 65 ans dont le handicap survient après 65 ans.

## 5. Améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins et aux services

- Améliorer les conditions de vie et de soins des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap, en valorisant davantage les métiers du "care" en institution et à domicile.
- Améliorer l'accessibilité de l'ensemble du trajet de soins (prise de rendez-vous, interprète en langue des signes... ), des bâtiments et du matériel médical.
- Instaurer une "facture maximale" au prix d'hébergement dans les maisons de repos. Ce plafond maximal sera fixé eu égard aux revenus des habitants-es et au juste financement des infrastructures en place et à venir. Il serait indexé sur base de l'indice santé comme les pensions.
- Pour les patients-es atteints-es de la maladie d'Alzheimer, autoriser les remboursements pour des prestations de logopédie au début de la maladie (durée à préciser), sur base de rapports étayés concluant à la pertinence de ces prestations.
- Garantir l'accessibilité des soins palliatifs, notamment par la création d'un cadre juridique visant à financer le développement des structures de "middle care", et la suppression de la limite des trois mois pour accorder le statut palliatif.
- Améliorer la transition entre les lieux de vie en renforçant l'offre de convalescence/revallidation (en lieu et place de "lit de court séjour"), en assurant le financement adéquat des dispositifs.

## 6. Améliorer la qualité de vie des aidants-es proches

- Renforcer l'accès aux dispositifs de crédit-temps et de congés thématiques et lever les limitations mises en place pour y accéder ;
- Assortir la loi de reconnaissance des aidants-es proches de septembre 2020 de droits réels et effectifs, en particulier :
  1. Le soutien financier lié à la reconnaissance du statut pour concilier vie privée et vie professionnelle.
  2. L'accès au tarif social, les avantages dans l'assurance obligatoire soins de santé, des congés supplémentaires.
- Encourager la mise sur pied de groupes d'écoute, de parole, d'échange pour un soutien préventif aux aidants-es proches.

## CHIFFRES-CLÉS

La Commission européenne estime, à **27,2%** (en 2022) la part de la population générale en **situation de handicap en Belgique**<sup>24</sup>.

Les **dépenses de soins de longue durée** en pourcentage du PIB devraient augmenter d'**1,5% en 2022** à **2,8% en 2050**<sup>25</sup>.

Le pourcentage d'**aidants informels** est plus élevé chez les **femmes (14,2 %)** que chez les **hommes (10,1 %)** et culmine dans la tranche d'âge des **55-64 ans (21,9 %)**<sup>26</sup>.

**62% des personnes** pensent que ce n'est pas facile d'avoir **accès à un logement adapté** à son état physique<sup>27</sup>.









**06**

**Des soins  
intégrés pour  
mieux répondre  
aux besoins de santé**



06

## Des soins intégrés pour mieux répondre aux besoins de santé

### CONTEXTE

Nous disposons d'un bon système de soins. Mais ce modèle a aussi ses failles : déterminants non-médicaux de la santé (sociaux/ environnementaux) insuffisamment pris en compte dans les politiques, sous-investissement en promotion/prévention/soins primaires, déconnexion et concurrence entre lignes de soins, trop d'hospitalo-centrisme, financement à l'acte productiviste, coûteux pour l'assurance maladie et le/la patient-e et générateur de stress pour les soignants-es.

Les réformes entamées que ce soit en première ligne ou à l'hôpital vont dans le bon sens et doivent être menées à terme. Mais il faut aussi changer de paradigme afin de préparer notre système de soins à relever les principaux défis socio-sanitaires, en particulier l'augmentation des publics vulnérables en matière de

santé et éviter une nouvelle fracture sociale qui se superposerait aux inégalités de santé déjà existantes.

Il faut aussi tenir compte des évolutions sociétales qui impactent le monde de la santé : l'implication du patient dans la relation de soin, l'aspiration des soignants à un meilleur équilibre vie professionnelle/vie privée, le virage ambulatoire et un basculement des soins vers le domicile, la santé numérique...

#### Il faut changer d'approche :

- Le périmètre des soins - aujourd'hui limité à une approche essentiellement curative centrée sur les soins aigus au patient - doit s'élargir pour prendre en compte le "prendre soin" ou le "care" à la personne.
- Il s'agit d'intégrer les aspects psycho-sociaux

et environnementaux de la personne (familial, professionnel, environnemental... ) pour viser une approche globale du soin maintenant la qualité et la dignité de vie.

- Une approche décentralisée, par bassins/zones de soins, pour mieux adapter l'offre aux besoins est souhaitable.

- Pour assurer le continuum des soins, il faut passer d'un modèle de soins réactif, fonctionnant en silos, vers un modèle de soins proactif, planifié et coordonné, basé sur la bonne collaboration au sein et entre les différentes lignes de soins et avec les métiers du "care".

- Enfin, il faut évoluer vers un financement mixte davantage forfaitaire pour favoriser la prévention, la délégation des tâches, la multidisciplinarité, dans les pratiques de soins.

**Le "Quintuple Aim" est le cadre de référence pour la transition vers ce modèle de "soins intégrés" :**

- Améliorer l'expérience et les résultats des patients.
- Améliorer l'état de santé de la population.
- Améliorer le bien-être des professionnels-de la santé et du social en leur permettant de faire leur travail de manière correcte et durable.
- Améliorer l'efficacité du système en utilisant les ressources disponibles pour offrir plus de "valeur" aux personnes et aux communautés.
- Favoriser la justice sociale et l'inclusion en portant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables.

Acteurs global de santé, prestataires de services de proximité et gestionnaires de l'assurance maladie invalidité, les mutualités dis-

posent des atouts et de l'expertise nécessaire pour jouer un rôle clé dans ce nouveau modèle intégré d'organisation des soins de santé.

# REVENDEICATIONS

## 1. Renforcer et structurer la première ligne de soins et d'aide

- Revoir la planification et la répartition de l'offre de soins et d'aide en première ligne (en particulier médecines générales et services d'aide et de soins à domicile) en fonction des besoins mesurés au niveau local, du vieillissement de la force de travail et des aspirations des jeunes générations de soignants-es.
- Encourager financièrement le développement et l'accès aux pratiques de groupes multidisciplinaires de première ligne - Pratiques New Deal, maisons médicales - via le financement de soutiens à la pratique (infirmière de médecine générale, assistant de pratique) et l'augmentation des primes à l'installation dans les zones en pénurie.
- Favoriser l'accès aux soins de première ligne par la gratuité des soins de médecine générale et des soins bucco-dentaires de base pour les patients disposant d'un DMG auprès de leur médecin traitant.
- Basculer d'un financement majoritairement à l'acte vers un financement majoritairement forfaitaire de la première ligne, en commençant par la pratique de médecine générale.
- Valoriser les complémentarités entre la médecine générale, les autres professionnels de

soins de proximité, notamment les pharmaciens-nes et le secteur des soins et de l'aide à domicile pour une offre globale de services de proximité.

- Mise en réseau des acteurs-rices de premières lignes. Intégrer dans un maillage cohérent les structures de coordination actuelles (Service Intégrés de Soins à Domicile - SISD, Coordination de soins à domicile, réseaux 107, Réseaux Locaux Multidisciplinaires - RLM, cercles de médecins généralistes).
- Soutenir davantage les centres de coordination actuels et développer la fonction de "case manager".
- Assurer la disponibilité et la continuité de soins de médecine générale à la population dans toutes les régions du pays 24h/24h ; 7j/7j. Ceci doit pouvoir se faire en développant des gardes de semaine (via les Postes Médicaux de Garde) en complémentarité avec les urgences hospitalières en "nuit noire" et rendant le système de tri (1733) opérationnel dans toutes les régions du pays.
- Optimiser le "Parcours Patient-e Informatisé" (PPI), son utilisation et sa qualité : connexion effective de tous les Dossier Médicaux informatisés (hospitaliers, ambulatoires), incitant financier à la qualité des données enregistrées dans le PPI, accès au PPI à l'ensemble des professionnels de soins et d'aide, en particulier les pharmaciens-nes et le secteur de l'aide à domicile.

- Renforcer les compétences des équipes de première ligne de soins et hospitalières pour faciliter leur intégration dans le cadre des soins transmuraux, en particulier l'hospitalisation à domicile.
- Assurer l'articulation entre les différentes formes d'aides sociales (CPAS, services sociaux des mutualités, réseaux associatifs) ainsi qu'avec la première ligne des soins au sein des zones de soins.

## **2. L'hôpital, centre de référence de l'activité clinique spécialisée au sein du réseau socio-sanitaire**

- Poursuivre l'intégration financière et médicale des hôpitaux au niveau du réseau loco-régional pour réduire les doublons sans plus-value qualitative de l'offre de soins, rationaliser les programmes de soins onéreux tout en permettant un accès aisé aux soins de proximité.
- Ouvrir les instances du réseau hospitalier aux acteurs-rices de soins de première ligne et du social. Inversement, les hôpitaux doivent participer à la gouvernance des zones de première ligne.
- Étendre le financement de l'hospitalisation à domicile à d'autres traitements et en y intégrant le financement de l'aide à domicile et en tenant compte des aspects liés à l'environnement du patient (présence d'aidants-es proches, aménagement du domicile...).
- Mise en place d'une fonction transmurale au sein de l'hôpital pour la formation des équipes hospitalières et de première ligne en matière de prise en charge à domicile et dans les collectivités résidentielles (maisons de repos et de soins).
- Prévoir des financements forfaitaires, indé-

pendants de l'activité, pour financer mieux les fonctions transversales de l'hôpital (cf. gardes, permanences, infectiologie, nutrition, douleur...) et valoriser le temps consacré au patient et à la concertation multi-professionnelle au sein de l'hôpital.

- La transition digitale de l'hôpital doit s'accompagner d'un soutien à la cyber sécurité pour assurer la qualité, la continuité et la sécurité des soins aux patients-es.

## **3. Faire du/de la patient-e un-e partenaire de sa santé**

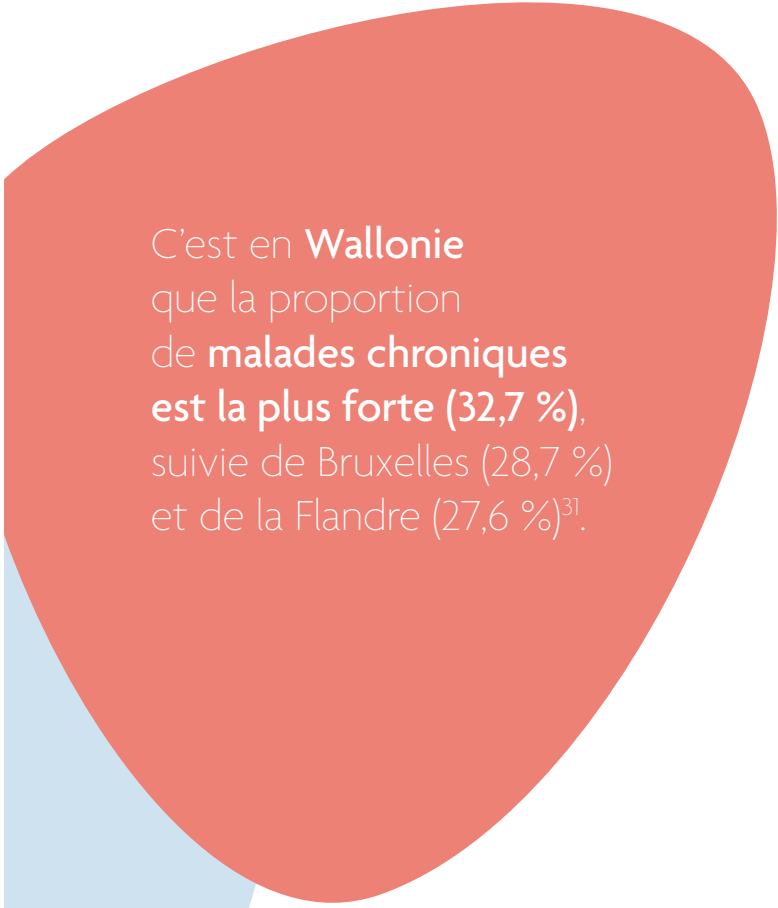
- Soutenir l'implication du/de la patient-e dans la démarche de soins par des programmes de littéracie en santé et en lui fournissant des conseils et un soutien adapté.
- Impliquer les citoyens-nes/patients-es dans la gouvernance de l'hôpital et instaurer dans la loi sur les hôpitaux un "comité consultatif de patients-es".
- Assurer une accessibilité à la télémédecine (télé/vidéo consultations ; télémonitoring) et aux outils digitaux (mobile health, IA) présentant une plus-value pour les patients-es en prévoyant une intervention de l'assurance-maladie obligatoire.
- Parallèlement, empêcher que la fracture numérique n'accroisse les inégalités de santé notamment.
- En assurant des services de proximité.
- En reconnaissant et soutenant des nouveaux métiers tels-les qu'accompagnateurs-rices en transition digitale ou encore formateurs IT à domicile.

## CHIFFRES-CLÉS

En 2025, les patients·es de plus de 75 ans représenteront **46%** des journées d'hospitalisation. Entre **50% et 70%** d'entre eux·elles développeront au moins **deux maladies**<sup>28</sup>.

Les **soins primaires** couvrent **80% à 90%** des besoins de santé des personnes au cours de leur vie<sup>29</sup>.

**44 %** de la population de **plus de 75 ans** déclare vivre avec une **maladie chronique**<sup>30</sup>.



C'est en **Wallonie** que la proportion de **malades chroniques est la plus forte (32,7 %)**, suivie de Bruxelles (28,7 %) et de la Flandre (27,6 %)³¹.









**07**

**Une  
protection sociale  
mieux financée,  
plus protectrice,  
intégrant les  
nouveaux risques  
collectifs**

# Une protection sociale mieux financée, plus protectrice, intégrant les nouveaux risques collectifs



## CONTEXTE


En garantissant à chacun de disposer des moyens de subsistance en cas de pertes de revenus et d'accéder à des soins et des aides de qualité, la protection sociale est un barrage contre la pauvreté et un bouclier social efficace dans les crises qu'elles soient économiques ou sanitaires.

De la Sécurité sociale, dépendent des centaines de milliers d'emplois de proximité. Il y a aujourd'hui plus d'emplois dans la branche de la santé et du social que dans les industries manufacturières.

Comme le relevait récemment un collectif d'élèves de l'École nationale supérieure de Sécurité sociale en France "qu'est-il de plus socialement soutenable que la production de santé ou d'égalité permise par un système qui redistribue un quart de la richesse nationale ?"<sup>32</sup>

Des progrès sont néanmoins nécessaires pour adapter notre système de protection sociale aux évolutions sociétales, en particulier la mobilité professionnelle et les nouveaux modèles familiaux. En particulier, le statut de cohabitant-e n'assure pas la neutralité des choix de vie, c'est une discrimination au désavantage des femmes et c'est un facteur de pauvreté. C'est pourquoi, Solidaris revendique en priorité l'individualisation des droits sociaux.

Nous sommes aussi confrontés à de nouveaux risques collectifs : précarité environnementale, difficultés d'accès à une alimentation saine, crise du logement... Il nous faut réfléchir, dès à présent, à élargir le périmètre de la protection sociale afin de mutualiser ces nouveaux risques.

The page features two large, abstract, organic shapes. A light blue shape is located in the top-left corner, and a light red shape is on the right side, extending from the top to the bottom. Both shapes have rounded, irregular edges. The text is positioned in the white space between these shapes.

L'automatisation des emplois par le canal des nouvelles technologies (technologies de la communication et de l'information, intelligence artificielle) est un autre enjeu. Elle comprend un risque de déclassement de nombreux travailleurs et de réduction des moyens de financement de la protection sociale par une concentration accrue des gains de productivité aux mains du capital.

La protection sociale est une propriété sociale, un outil collectif qui appartient à toutes et tous. C'est un vecteur d'émancipation de l'individu dans la société et dès lors un enjeu démocratique fondamental. Nous avons le devoir de la préserver, de l'enrichir et de la transmettre.

## REVENDEICATIONS

### 1. Une Sécurité sociale plus protectrice

- Individualisation complète des droits sociaux : suppression du statut de cohabitant-e.
- Relever toutes les allocations minimales de 10% au-delà du seuil de pauvreté (pour une personne isolée).
- Les plafonds salariaux sur lesquels sont calculés les allocations sociales doivent être relevés.
- Le financement de la Sécurité sociale doit rester fédéral et continuer d'être géré de manière paritaire, notamment l'assurance maladie.

### 2. Pour que la maladie, la perte d'autonomie et le handicap ne débouchent pas sur la pauvreté

- Garantir des minima dès les premiers et deuxièmes mois d'incapacité (aujourd'hui à partir du troisième mois) et fixer ces minima à 10% au-delà du seuil de pauvreté.
- Un accès plus rapide aux indemnités d'incapacité de travail pour les nouveaux assurés sociaux en réduisant le stage d'attente d'un an à 6 mois.
- Le relèvement des allocations pour les malades de longue durée par l'extension des conditions d'accès au statut de travailleur-euse régulier.

- Revoir les règles actuelles de calcul des indemnités en cas de reprise du travail à temps partiel défavorables aux travailleurs-euses à faibles revenus.
- Intégrer l'Aide aux personnes âgées (APA) et l'allocation d'intégration (AI) au sein d'une Allocation autonomie, assouplir les conditions de revenu et d'âge en veillant à la continuité des droits des bénéficiaires et à leur renforcement.
- Intégrer l'allocation de revenus pour les personnes en situation de handicap dans l'assurance indemnités afin d'assurer un revenu garanti aux bénéficiaires en incapacité de travail suite à des répercussions fonctionnelles invalidantes d'une atteinte à la santé

### 3. Une Sécurité sociale mieux financée

- Une "dotation vieillissement" indexée sur base d'un coefficient de vieillissement pour contribuer aux financements des pensions et des soins de santé.
- Une compensation intégrale des réductions de cotisations patronales (cf. Tax Shift, Plan +) par un financement alternatif.
- Un renforcement du financement via les cotisations sociales par une perception de cotisations sociales sur les rémunérations alternatives (plan cafétéria... ) qui y échappent actuellement.
- Un frein à la multiplication des emplois sans cotisation sociale (flexi jobs, statuts flexibles, jobs étudiants, premier-ère travailleur-euse exonéré-es... )
- Une répartition des gains de productivité plus juste entre travail et capital. Solidarité appuie la revendication syndicale d'une réforme de la loi de 1996 pour une plus grande liberté de négociations des augmentations salariales.

- Une fiscalité plus juste par la globalisation de tous les revenus, le renforcement de la progressivité de l'impôt et l'instauration d'un impôt sur la fortune.

- Nous demandons la transposition rapide dans le droit belge de l'accord obtenu au sein de l'Union Européenne sur la mise en œuvre d'un taux minimum d'imposition de 15% des multinationales et des groupes nationaux de grande envergure.

#### 4. Élargir le périmètre de la protection sociale aux nouveaux risques collectifs

- Intégrer le rapport santé/environnement comme nouvelle composante de l'État social, dont la protection sociale. Le risque environnemental est un risque social car il concerne prioritairement les populations à faibles revenus. Nous attirons particulièrement l'attention sur les domaines suivants : le logement, l'alimentation, la pollution de l'air, la justice.

- Pour l'accès de toutes et tous à une alimentation saine, promouvoir une Sécurité sociale alimentaire par le soutien aux projets pilotes de terrain (cf. exemple français).

**Sans la Sécurité sociale,** le taux de **risque de pauvreté** (risque de pauvreté monétaire) parmi la population **ne serait pas de 14,8% mais de 42,5%**<sup>36</sup>.

## CHIFFRES-CLÉS

**5% de la population** concentre **57%** de toutes les **dépenses** de l'assurance maladie obligatoire<sup>33</sup>.

**80% des Wallons·nes** craignent de devoir **payer plus cher** à l'avenir pour leur santé, leur pension<sup>34</sup>.

**89% des Wallons·nes** estiment que les **allocations sociales** ne devraient jamais être inférieures **au seuil de pauvreté**<sup>35</sup>.







**08**

**Pour que travailler  
rime avec santé**

08

## Pour que travailler rime avec santé



### CONTEXTE

Si pour une majorité des travailleurs-euses, le travail reste une source d'épanouissement, pour certains-es d'entre eux-elles, les conditions et/ou les circonstances dans lesquelles ils-elles sont amenés-es à exercer leur emploi peuvent très vite s'apparenter à une contrainte impactant leur santé tant physique que psychique.

En atteste la forte augmentation de l'inactivité sur le marché du travail pour cause de maladie. Ces dix dernières années, le nombre d'invalides a enregistré une hausse de 5,5% par an. Si cette tendance se prolonge, leur nombre augmentera dans les prochaines années d'au moins 23.000 par an<sup>37</sup>.

L'augmentation de la participation des femmes au marché du travail, le démantèlement des

prépensions et le report de l'âge de la pension expliquent en partie cette augmentation du nombre de travailleurs-euses en invalidité que l'on trouve principalement parmi les catégories d'âge au-dessus de 50 ans.

Mais cette augmentation des malades de longue durée a surtout pour origine la dégradation des conditions de travail et de la satisfaction au travail. Management par les chiffres (y compris dans les institutions de soins !), cadences excessives, recours croissants aux emplois précaires ou discontinus, réorganisation constante des entreprises, risques accrus de délocalisation...

Selon une analyse récente du SPF Emploi sur base de l'enquête européenne d'Eurofound<sup>38</sup>, le bien-être psychologique et la satisfaction



au travail influence fortement la décision de rester en emploi en fin de carrière, peut-être même plus que la qualité du travail. En clair : il n'y a pas de rejet du travail, mais le travail n'est plus satisfaisant pour un nombre croissant de travailleurs, même si la Belgique reste encore bien classée à ce niveau par rapport aux autres pays européens.

La promotion d'emplois de qualité, une organisation du travail qui favorise la créativité, la reconnaissance de soi et des autres, un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée... sont des conditions nécessaires pour améliorer le rapport au travail et prévenir les risques psycho-sociaux. À cet égard, les employeurs ont un rôle de première ligne : ils ont la responsabilité d'offrir à leurs employés-es un cadre de travail le plus sain possible et l'obligation d'évaluer et de prévenir les risques psycho-sociaux.

Enfin, une politique de réinsertion professionnelle inclusive est nécessaire pour ceux-elles qui ont besoin d'un accompagnement pour retrouver le chemin du travail. On sait en effet que la reprise d'une activité professionnelle, même sans attendre une guérison complète, permet au travailleur de rester actif et d'entretenir les contacts sociaux contribuant à la récupération de sa santé. Cette réintégration doit se faire de manière telle que le travailleur·euse ne le vive pas comme une nouvelle souffrance ; c'est-à-dire de manière volontaire, accompagnée et en tenant compte des capacités de la personne et sans perte de revenus.

## REVENDEICATIONS

### 1. Bien-être au travail

- Diminution de la pression du travail, via une réduction collective du temps de travail sans perte de salaire et avec embauches compensatoires, notamment via une réorientation des réductions de cotisations sociales existantes.
- Face à la stagnation de l'espérance de vie en bonne santé, ramener l'âge de la pension à 65 ans et que les travailleurs-euses aient droit à une pension complète après une carrière de 40 ans. Les travailleurs-euses confrontés-es à des conditions de pénibilité au travail doivent pouvoir prendre leur pension plus tôt.
- La régulation voire la fin de tous les dispositifs qui dégradent la qualité du travail et qui ne garantissent pas des droits à part entière (flexi jobs, promotion de l'économie collaborative, uberisation).
- Responsabiliser les employeurs-euses sur le bien-être au travail et de la lutte contre les risques psychosociaux en leur faisant supporter la charge du 2<sup>ème</sup> mois de maladie.
- Un contrôle efficace de l'application de la législation sur le bien-être au travail et de la lutte contre les risques psychosociaux.
- Investir dans la formation et la sensibilisation des acteurs-rices de première ligne aux risques physiologiques et psychologiques en lien avec le chômage de longue durée.
- Faire en sorte que les politiques de réintégration des chômeurs-euses de longue durée sur le marché du travail prennent compte leur état de santé.

### 2. Santé mentale au travail

- Faire reconnaître le burnout comme une maladie professionnelle et pas seulement comme une maladie liée au travail. Les travailleurs et travailleuses touchés par l'épuisement professionnel doivent bénéficier d'allocations sociales, d'un soutien financier pour leur traitement, d'un accompagnement vers une reconversion, etc.
- Droit du/de la travailleur-euse de bénéficier gratuitement :
  - D'un bilan de compétences annuel de manière à faire évoluer son parcours professionnel par un accompagnement.
  - D'une évaluation par un médecin ou un psychologue pour prendre conscience des signes précurseurs du Burn-out et de ses symptômes.
- Intégrer la gestion du stress et la gestion d'équipe dans les formations de base.
- Poursuivre le déploiement du Plan fédéral pour le bien-être mental au travail.
- Mise en œuvre de l'approche globale de l'UE sur la santé mentale avec une directive sur les risques psycho-sociaux au travail<sup>39</sup>.

### 3. Une réintégration au travail des malades de longue durée volontaire et médicalement possible

- La fin des sanctions liées au trajet de réintégration socio-professionnelle des malades de longue durée. Les malades de longue durée doivent être davantage accompagnés et les trajets de retour au travail doivent rester volontaires.
- Permettre aux travailleurs-euses en incapacité de travail qui souhaitent reprendre un travail partiel autorisé de cumuler leur salaire

découlant de cette activité partielle autorisée avec une partie de leur indemnité d'incapacité de travail calculée en tenant compte du niveau de salaire perçu (et pas du volume de travail comme c'est aujourd'hui le cas).

- Les travailleurs-euses indépendants-es doivent bénéficier des mêmes services d'aide et de retour à l'emploi que les travailleurs-euses salariés-es (trajets avec un coordinateur-riche de retour au travail, temps partiels formalisés, prise en charge au Forem/Actiris afin d'acquérir de nouvelles compétences...).
- Renforcer les moyens des mutualités en matière d'accompagnement du retour au travail.
- Revoir à la hausse le cadre des médecins-conseil, qui est à l'heure actuelle largement insuffisant pour assurer les missions d'évaluation de l'incapacité de travail et d'accompagnement du retour au travail en définissant un objectif cible de 1000 médecins-conseil pour l'ensemble du pays (soit 1 médecin par 500 invalides) et en prévoyant les moyens adéquats.

## CHIFFRES-CLÉS

Ces 10 dernières années, le **nombre d'invalides** enregistre une hausse de **5,5% par an**<sup>40</sup>.

**24% des travailleurs-euses** estiment que leur travail est de **mauvaise qualité**. Environ **7 %** des répondants-es déclarent se sentir **mentalement "vraiment pas" ou "parfois" bien** au cours des deux dernières semaines<sup>41</sup>.

Les problèmes de **santé mentale** sont les premières **causes** d'entrée en **invalidité**, soit **35%**<sup>42</sup>.



ESSENTIEL  
QUAND  
ÇA  
VOUS ARRANGE

#PAS DES'É  
PAS DE QUALITÉ

AMBIER SPÉCIALISÉ EN COLÈRE



**09**

**Prendre soin  
des soignants·es,  
principale richesse  
de notre système  
de soins**

09



## Prendre soin des soignants·es, principale richesse de notre système de soins

### CONTEXTE

*“Les systèmes de santé ne peuvent fonctionner sans personnel de santé ; l'amélioration de la couverture assurée par les services de santé et la concrétisation du droit de jouir du niveau de santé le plus élevé possible dépendent de la présence, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité du personnel de santé”<sup>43</sup>.*

Selon l'OMS, les ressources humaines en santé contribuent à atteindre les objectifs de Développement Durable, en particulier l'objectif numéro 3 de “bonne santé et bien-être” de la population<sup>44</sup>.

Les besoins en personnel de santé - en particulier en première ligne et à domicile - sont amenés à fortement augmenter en raison du vieillissement de la population, du bascule-

ment des soins hospitaliers vers l'ambulatoire et le domicile (virage ambulatoire) et d'un désinvestissement tendanciel des familles et des proches dans l'aide informelle.

Or, aujourd'hui déjà l'encadrement en soins infirmiers à l'hôpital et l'offre de soins et d'aide à domicile sont insuffisants pour répondre aux besoins.

Ainsi, les infirmiers·ères en milieu hospitalier s'occupent en moyenne de 9,4 patients, alors que la norme de sécurité internationalement acceptée est de 8 patients-es par infirmier·ère maximum<sup>45</sup>. La Belgique est mal classée comparé à ses homologues européens.

Dans le secteur hospitalier toujours, une large partie des assistants-es en médecine se



sentent obligés-es de travailler 60 heures par semaine<sup>46</sup> pour répondre aux besoins des services. Dans la pratique, certains-es travaillent même jusqu'à 72 heures.

On peut faire le même constat concernant l'offre de services d'aide et de soins. Selon un rapport de la Cour des comptes<sup>47</sup> "sur les deux dernières décennies, l'offre de services n'a évolué que modérément et à un rythme moindre que celui du vieillissement de la population". Cette offre est "inadaptée pour répondre aux besoins actuels et futurs<sup>48</sup> de l'accompagnement des aînés-es en Région Wallonne".

Enfin, le vieillissement de la force de travail et l'aspiration des jeunes générations de soignants-es à une meilleure qualité de vie est un autre défi à prendre en compte<sup>49</sup>. Ainsi, l'âge moyen est de 50 ans pour les médecins, 52 ans pour les dentistes et 49 ans pour les infirmiers-ères. Beaucoup de jeunes médecins disent vouloir travailler 38 heures par semaine si possible sur 4 jours pour garder un équilibre vie professionnelle/vie privée. Ce qui signifie concrètement que chaque médecin qui part à la retraite devrait être remplacé par deux jeunes médecins pour conserver une force de travail équivalente<sup>50</sup>.

En août 2020, l'Association belge des praticiens-nes de l'art infirmier (ACN) estimait à 5.000 le nombre de postes d'infirmiers-ères à pourvoir en Belgique pour répondre aux besoins réels. Depuis l'établissement de ces chiffres, la pandémie et sa gestion ont entraîné de nombreuses démissions définitives, des réductions significatives du temps de travail et des maladies de longue durée (dues à la COVID, à l'extrême fatigue, au burn-out...).

L'OMS estime ainsi que 4% des ressources humaines sont perdues dans le système chaque année.

Les soignants-es, les professionnels-les de l'aide et du soin se sont engagés-es pour accompagner les individus tout au long de la vie. Ils doivent pouvoir disposer de temps et de moyens suffisants pour exercer leurs métiers dignement. Il en va de leur bien-être et de celui des personnes qu'ils soignent et accompagnent.

L'offre professionnelle de soins et d'aide devra dès lors se majorer tout en permettant un système agile, résilient et durable pour la qualité des soins prodigués aux patients-es et l'accessibilité de ceux-ci (tant sur le plan financier que géographique).

Les stratégies pour relever les défis de l'attractivité et de la rétention des métiers du soin et du care et de certaines spécialités médicales (médecine générale, gériatrie, pédopsychiatrie, médecine interne) sont multiples et elles ne sont pas que financières.



S'il n'y a pas de "baguette magique", Solidaris estime que ces stratégies doivent principalement viser trois objectifs :

- Le maintien des professionnels-les du secteur dans l'environnement des soins au chevet des personnes par des conditions de travail saines, acceptables et respectueuses de la capacité des personnes et la reconnaissance de leurs compétences.
- L'afflux de nouveaux prestataires par une harmonisation des possibilités d'enseignement et de formation facilitant les passerelles entre les métiers de l'aide et du soin.
- Favoriser la délégation des tâches et le décloisonnement des métiers, promouvoir les pratiques de groupes multidisciplinaires, forfaitariser davantage la rémunération des prestataires de soins pour diminuer la pression du financement à l'acte sur les soignants-es.

## REVENDICATIONS

### 1. Harmoniser l'organisation de l'enseignement et promouvoir les parcours professionnels de nouvelles ressources qualifiées

- Création d'une passerelle effective entre la formation d'aide-ménagère sociale et d'aide familiale ainsi que d'aide-familiale à aide-soignant-e dans le secteur du domicile afin d'amorcer un parcours professionnel et une mobilité interprofessionnelle dans le secteur.
- Développer l'encadrement et l'accompagnement des stagiaires.
- Afin de répondre aux enjeux de la qualité des soins dans le cadre de la délégation, les formations d'aide-soignant-e et d'assistant-e de soins infirmiers devraient être alignées.
- Diminuer la passerelle de l'infirmier-ère breveté-e à l'infirmier-ère bachelier de 3 à 1 an en valorisant l'expérience acquise et ainsi amener le profil "Bachelier en soins infirmiers généraux" comme profil de référence dans les soins.
- Renforcer la formation : financer la formation continue de tous travailleurs-euses à hauteur de 5 jours par an.

### 2. Garantir des conditions de travail saines

- Mettre à jour au regard des nouvelles réalités sociétales les normes en personnels soignants (y compris les profils administratifs et logistiques).
- Réduire le temps de travail dans les professions de soins avec maintien des conditions de rémunération et des droits à la pension.
- Améliorer le statut (gardes, revalorisations)

des médecins spécialistes en formation et leurs conditions de travail. En particulier, imposer le respect des dispositions légales relatives au temps de travail et au bien-être au travail dans les hôpitaux. Inciter d'avantage les maîtres de stage (et/ou les membres de leurs équipes) à bien assurer leur mission d'encadrement pédagogique et d'enseignement clinique.

- Mettre en place des systèmes de triage efficaces pour l'accès à la garde de médecine générale et aux urgences hospitalières.
- Moderniser et simplifier le modèle de financement des soins infirmiers à domicile, par exemple forfaitaire, afin de valoriser le temps passé au chevet des patients-es et la possibilité de délégation.

### **3. Attractivité et reconnaissance des soignants-es et des métiers du care**

- Mieux documenter l'offre, la demande et le recensement de chaque corps professionnel.
- Promouvoir le modèle d'"Hôpital Magnétique", soit un mode de gouvernance de l'hôpital basé sur un management qualitatif et participatif. Travailler sur un accompagnement des profils "ICANE = infirmiers chargés de l'accueil des nouveaux engagés et étudiants", impliquer le personnel soignant dans la vie institutionnelle en décloisonnant les grands secteurs d'activités et les corps professionnels qui les composent.
- Révision des statuts et des missions des métiers méconnus du domicile pour faire de ces acteurs de vrais partenaires dans la chaîne globale d'aide et des soins et pour lutter contre la pénurie.
- "Prendre soin du/de la patient-e" commence par "prendre soin de soi". Mettre en place une

organisation du "prendre soin" des professionnels-les offrant des espaces de paroles avec des personnes de confiance (professionnelles elles-mêmes) et travaillant à l'image sociétale de ces métiers et à l'attractivité de ceux-ci.

### **4. Soutenir la médecine générale**

- Valoriser la médecine générale durant les études de médecine.
- Revoir et augmenter les aides à l'installation dans les zones en pénurie en fonction des besoins.
- Augmenter les primes pour financer le soutien infirmier/administratif aux pratiques de groupe de médecine générale afin de permettre la délégation des tâches.
- Prévoir des filières de formation pour de nouveaux métiers/nouvelles fonctions de soutien à la pratique de la médecine générale (infirmier-ère de pratique de médecine générale, assistant-e de pratique...).
- Soutenir la garde de médecine générale. Développer des gardes de semaine (via Postes médicaux de garde) et mieux répartir la charge de travail "complémentarité avec les urgences hospitalières en "nuit noire" entre 23h00 et 08h00 du matin" ; le tri - de l'aide médicale non urgente (1733) en nuit noire doit être opérationnelle dans toutes les régions du pays.
- Extension à trois jours de la dispense de certificat médical pour absence pour cause de maladie afin que les médecins généralistes consacrent leur temps à ceux et celles qui en ont vraiment besoin.

## CHIFFRES-CLÉS

### Les infirmiers·ères

en milieu hospitalier s'occupent en moyenne de **9,4 patients·es**, alors que la norme de sécurité internationalement acceptée est de **8 patients·es par infirmiers·ères maximum**<sup>51</sup>.

**40%**  
des infirmiers·ères  
diplômés·es  
**ne pratiqueront pas**  
l'art infirmier<sup>52</sup>.

En Wallonie,  
la jeune génération (**25-35ans**)  
**d'infirmiers·ères** couvre à peine  
plus que le remplacement de la  
**génération qui va quitter le métier**  
dans les 10 années à venir (**50-60 ans**),  
si on considère que la génération  
effectuera une **carrière complète**<sup>53</sup>.



En 2025, **seulement 43%**  
des **médecins francophones**  
qui partiront à la retraite  
**seront remplacés !**









**10**

**Des soins  
de santé mentale  
inclusifs  
et accessibles**

10



## Des soins de santé mentale inclusifs et accessibles

### CONTEXTE

La prise de conscience des risques écologiques, sanitaires, économiques, ou encore géopolitiques génèrent une société d'insécurité qui contribue à la dégradation globale de la santé mentale.

Les problématiques de santé mentale sont aussi révélatrices des inégalités économiques, raciales et genrées. Ces inégalités peuvent se renforcer l'une, l'autre et constituent de véritables facteurs de risque de maladies mentales.

Comme l'a démontré la crise Covid la fragilisation des liens sociaux et la dissolution des repères familiaux sont des causes de fragilisation de la santé psychique en particulier chez les enfants. Ceux-ci ne sont pas suffisamment reconnus comme sujet à part entière. La voix des enfants et des jeunes en situation de

vulnérabilité doit pouvoir être entendue et prise en compte de manière à ce que l'offre et l'accompagnement soient adaptés à leurs souhaits et leurs besoins. Face à la hausse des troubles psychiatriques chez les enfants, développer une politique de prévention est une priorité.

Enfin, la dégradation de la satisfaction au travail est une autre cause de l'augmentation des problèmes de santé mentale. Management par les chiffres (y compris dans les institutions de soins), augmentation des cadences, recours croissants aux emplois précaires ou discontinus, restructurations permanentes, accroissent le mal-être au travail. Rappelons que les problèmes de santé mentale (burn out, dépressions) sont les premières causes de l'incapacité de travail.



La prise en charge de la santé mentale n'a pas évoluée suffisamment en regard des besoins - en particulier des enfants et des adolescents - même si des budgets importants ont été récemment dégagés par les autorités fédérales et régionales pour en améliorer l'accès. Peu accessible géographiquement, fragmentée et complexe, l'offre de soins de santé mentale reste peu lisible et mal comprise, tant par les usagers et les professionnels-les que par les décideurs-euses politiques.

Solidaris plaide pour un universalisme proportionné de manière à ce que davantage de soutien soit apporté à ceux et celles qui en ont le plus besoin. En plus de la prévention, nous plaidons pour :

- Un plan Marshall en faveur de la santé mentale des enfants, adolescents et jeunes adultes.
- Accélérer et faciliter l'accès à des soins psychologiques de première ligne.
- Garantir et protéger le libre choix des personnes.
- Renforcer la stratégie de désinstitutionalisation ainsi que la continuité entre le secteur social et le secteur des soins.

Le thème de la santé mentale au travail est traité au chapitre 8 de ce mémorandum.

## REVENdicATIONS

### **1. Au niveau européen, mise en œuvre de la communication de la commission européenne sur une approche globale en matière de santé mentale<sup>19</sup>**

### **2. Pour une parole citoyenne en santé mentale**

- Déstigmatiser et communiquer vers le grand public afin de faire cesser le sentiment de honte lié à la souffrance psychique.
- Valoriser les soins informels et l'empathie en renforçant le savoir expérientiel et l'empowerment en soutenant les formations à la pair-aidance et en renforçant les dispositifs de "conseil des usagers".

### **3. Un plan Marshall en faveur de la santé mentale des plus jeunes**

- Favoriser la justice sociale et l'équité dans l'accès aux soins de santé mentale des enfants notamment soutenant et développant davantage les centres médico-psychologiques.
- Renforcer la formation et le soutien en santé mentale dans le milieu scolaire via les PSE et PMS et dans les lieux fréquentés par les jeunes.
- Former le corps enseignant à la promotion

de la santé émotionnelle et du bien-être de leurs élèves et sensibiliser les parents à la reconnaissance des symptômes de détresse émotionnelle (troubles alimentaires, abus de psychotropes, risques suicidaires).

- Développer des Centres de référence harcèlement scolaire- CRIH. Un centre par zone de première ligne ou un ETP par PSE (service de promotion de la santé à l'école).
- Élargir le dispositif "sentinelle" aux plus jeunes (en ce compris les mineurs) afin de détecter une personne en détresse suicidaire et de la diriger vers une aide psychologique appropriée.
- Supprimer les limites imposées au nombre de séances remboursées des psychologues de première ligne la première année du traitement ainsi que la gratuité des séances pour les moins de 23 ans et les BIM.
- Point d'Appui Promotion santé et assuétudes-PAPS. Mettre en place un dispositif assurant aux services de prévention des assuétudes la possibilité d'intervenir dans tous les milieux de vie des jeunes, et en priorité dans les secteurs jeunesse, aide à la jeunesse, scolaire et enseignement supérieur.

#### **4. Des soins de santé mentale de première ligne plus accessibles**

- Améliorer l'accès à des soins en santé mentale pour les personnes les plus vulnérables en dédiant spécifiquement une partie des financements à l'action communautaire et en ouvrant les interventions à l'ensemble des professionnels-les de première ligne (en ce compris les éducateurs-rices et assistants-es sociaux).
- Une attention particulière doit être accordée aux indépendants-es exposés-es à des risques psycho-sociaux spécifiques (assistance

téléphonique, soutien psychologique à distance, soutien socio-administratif en ce qui concerne les soins de santé... ).

- Supprimer les limites imposées au nombre de séances remboursées des psychologues de première ligne la première année du traitement et gratuité des séances pour les moins de 23 ans et les BIM.
- Renforcer le case-manager en santé mentale au sein de la première ligne de soins pour favoriser la désinstitutionalisation dans le respect du libre choix du patient-e.

#### **5. Des soins psychiatriques qui répondent aux besoins en matière d'accompagnement et de prise en charge médicale**

- Faciliter l'accès aux MSP (Maisons de Soins Psychiatriques) et renforcer les initiatives d'Habitations protégées (IHP). Revalorisation de la sous-partie B1 (frais de fonctionnement) en Maisons de Soins Psychiatriques. Pour les IHP un calendrier de construction qui réponde aux besoins de la population.
- Répondre aux besoins des patients-es avec un double diagnostic par une stratégie globale visant à améliorer l'accessibilité et à assurer l'adéquation de tous les services aux besoins réels.
- Repenser l'organisation et l'accès aux services de gardes psychiatriques dans toutes les régions du pays.

## CHIFFRES-CLÉS

Entre **2012** et **2022**, le nombre de personnes qui expriment un état **anxieux, angoissé ou dépressif** en quasi-permanence a plus que triplé, passant de **10%** à **35%**<sup>54</sup>.

**Le suicide** est la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité chez les **15-44 ans**<sup>55</sup>.

En Belgique, plus de **16,3% des jeunes âgés de 10 à 19 ans** sont diagnostiqués avec un **trouble mental**.<sup>56</sup>

Plus de **80%** des **moyens financiers** dévolus aux soins de **santé mentale** en Belgique sont consacrés aux **soins résidentiels** (hôpitaux psychiatriques, maisons de soins psychiatriques, Initiatives d'Habitations Protégées)<sup>57</sup>.

## Un dernier mot pour Solidaris

**Solidaris défend une société constituée de corps intermédiaires solides au service de la démocratie et de la justice sociale.**

Au-delà de ces priorités, nous devons rester attentifs car nous sommes confrontés à deux dangers. En effet la démocratie est en péril et les corps intermédiaires que nous incarnons sont attaqués. La droite populiste progresse partout en Europe et s'allie aux forces néolibérales pour affaiblir les corps intermédiaires, en les asphyxiant financièrement, en les affaiblissant juridiquement, en les diffamant médiatiquement.

Nous devons porter un projet de société fort. Nous avons besoin d'un État social, écologique et démocratique qui protège les plus fragiles, qui défende la classe moyenne et qui rompe avec le dogme du capitalisme aveugle.

Une telle alternative requiert à la fois, par "le haut", un État capable de réactiver les leviers de la régulation, de la redistribution et de la concertation, et par "en bas", des mouvements sociaux dynamiques, comme ceux et celles qui aujourd'hui mènent d'indispensables luttes environnementales, féministes, décoloniales et bien sûr sociales.

En tant que mutualité, notre rôle est de traduire ces luttes en revendications. Celles-ci doivent viser à protéger des écosystèmes qui conditionnent le bien-être et la dignité via l'accès à la santé, à l'éducation, à la culture, au logement, à la mobilité, à l'environnement, à un emploi de qualité...

Solidaris continuera à jouer son rôle de contre-pouvoir aux côtés des institutions et des mouvements sociaux. Parce qu'il s'agit de son ADN : **être une mutualité de proximité et de combat.**



**Jean-Pascal Labille**  
Secrétaire général de Solidaris

# Pour en savoir plus sur **les élections**

## **En 2024, les citoyens-nes belges voteront à deux reprises :**

- Le **dimanche 9 juin 2024**  
pour les élections régionales, fédérales et européennes (tous les 5 ans) ;
- Le **dimanche 13 octobre 2024**  
pour les élections communales et provinciales (tous les 6 ans).

## **Comment ?**

Les citoyens-nes belges de plus de 18 ans sont invités-es à se rendre aux urnes dans le bureau indiqué sur leur convocation (généralement, le plus proche du domicile). Les informations pratiques précises devraient être disponibles à partir de janvier. Le type de vote dépend de la zone géographique : en Wallonie, tout se fait exclusivement sur papier. Par contre, en Flandre, dans la communauté germanophone et dans les 19 communes bruxelloises, il se fait électroniquement.

## **Pourquoi est-ce important de voter ?**

Les élections ont pour but d'élire les prochains-es représentants-es des différents Parlements et Conseils communaux/provinciaux. En Belgique, le vote est obligatoire depuis 1893. C'est un élément positif, car cela incite tout le monde à voter. Dans les pays où le

vote n'est pas obligatoire, on constate que ce sont toujours à peu près les mêmes catégories de la population qui s'abstiennent : on n'entend donc jamais leur voix.

Or, la Belgique est une démocratie dite représentative. Ce type de démocratie tire sa force du fait que les élus-es représentent le peuple dans sa totalité. Voter n'est pas seulement un droit, c'est aussi un devoir de citoyen-ne. C'est exprimer son opinion, choisir les représentants-es qui adopteront les lois et les mesures qui font notre quotidien. C'est un moyen puissant d'envoyer un message aux gouvernements et aux politiciens-nes. Voter, c'est prendre sa place de citoyen-ne responsable et engagé-e. Cela nous concerne toutes et tous !

*Tous les votes, blancs et nuls compris, sont comptabilisés. Seulement, les votes blancs et nuls ne sont pas pris en compte dans la répartition des sièges et les partis ne peuvent pas les réclamer ni en bénéficier.*

Retrouvez des infos, des outils et nos prochains rdv sur le site : [solidaris-wallonie.be/prises-de-position/memorandum-elections-2024/](https://solidaris-wallonie.be/prises-de-position/memorandum-elections-2024/)

## NOTES & SOURCES

<sup>1</sup> Eurostat 2023.

<sup>2</sup> <https://www.who.int/fr/news/item/20-12-2022-WHO-updates-recommendations-on-HPV-vaccination-schedule>. One-dose Human Papillomavirus (HPV) vaccine offers solid protection against cervical cancer (who.int).

<sup>3</sup> Office belge de statistique (Stat Bel) sur base de l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (EU-SILC).

<sup>4</sup> SOLIDARIS, Rapport d'enquête : renoncement aux soins de santé pour des raisons financières, avril 2019.

<sup>5</sup> « Inégalités sociales en santé », Agence Intermutualiste d'analyse des données, mai 2019.

<sup>6</sup> Institut européen de bioéthique, HYPERLINK « <https://www.ieb-eib.org/fr/actualite/debut-de-vie/avortement/rapport-avortement-2020-2021-en-belgique-note-de-synthese-2152.html> ». Rapport avortement 2020-2021 en Belgique : note de synthèse (02/03/2023).

<sup>7</sup> INAMI, données du flux proactif.

<sup>8</sup> KCE, Report 334 Bs, 2020.

<sup>9</sup> Enquête européenne EU-Silc 2017.

<sup>10</sup> Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie.

<sup>11</sup> « Le renoncement aux soins pour raisons financières en fédération Wallonie-Bruxelles ». Solidaris - 2021.

<sup>12</sup> Observatoire des maladies chroniques ; avis du 4 mai 2020).

<sup>13</sup> Solidaris.

<sup>14</sup> Solidaris, modèle « fair price ».

<sup>15</sup> Étude sur la programmation pour le secteur personnes âgées ; BDO, Iriscare, Juillet 2022.

<sup>16</sup> Marc Bilalud et al. Le Monde, 29 juillet 2023.

<sup>17</sup> Agence européenne pour l'environnement (AEE).

<sup>18</sup> Eurostat, EU-SILC 2017.

<sup>19</sup> The 2023 Report of the Lancet Countdown on Health and Climate Change.

<sup>20</sup> Institute for health Metrics and Evaluation.

<sup>21</sup> Rapport de la Cour des comptes transmis au Parlement wallon « Prise en charge des aînés dépendants en Région wallonne - situation actuelle et enjeux futurs », Bruxelles, juin 2021, p.15.

<sup>22</sup> Statbel.

<sup>23</sup> Selon les termes d'Isabelle Marin dans le Monde du 9 février 2022.

<sup>24</sup> « <https://www.consilium.europa.eu/fr/infographics/disability-eu-facts-figures/> ». Le handicap dans l'UE : faits et chiffres - Consilium (europa.eu).

<sup>25</sup> Comité d'études sur le vieillissement, rapport 2023.

<sup>26</sup> Sciensano, enquête de santé 2018, aide informelle.

<sup>27</sup> Thermomètre Solidaris : Comment les Belges francophones perçoivent-ils l'incidence du logement sur leur santé; octobre 2023.

<sup>28</sup> KCE.

<sup>29</sup> Allen L.N et al. 2018. "Unfulfilled potential of primary care in Europe". BMJ (Online), 363 (october).

<sup>30</sup> « Enquête de santé 2018 : Sciensano » Soins chroniques - Vers une Belgique en bonne santé.

<sup>31</sup> « Enquête de santé 2018 : Sciensano » Soins chroniques - Vers une Belgique en bonne santé.

<sup>32</sup> Dans le Monde du 6 mai 2023.

<sup>33</sup> Agence Intermutualiste d'Analyse des données (IMA) ; 2018 .

<sup>34</sup> Thermomètre Solidaris, Sécurité Sociale, 2021.

<sup>35</sup> Thermomètre Solidaris, Sécurité sociale, 2021.

<sup>36</sup> Chiffres 2019 enquête EU-Silc.

<sup>37</sup> Malades de longue durée - Mesures de réintégration sur le marché du travail. Audit de la Cour des comptes. 2021.

<sup>38</sup> Enquête européenne par téléphone sur les conditions de travail 2021 | (europa.eu).

- <sup>39</sup> AIM-Reaction-to-the-EC-Proposal-of-a-MH-Strategy\_FINAL.pdf (aim-mutual.org).
- <sup>40</sup> Malades de longue durée - Mesures de réintégration sur le marché du travail. Audit de la Cour des comptes. 2021.
- <sup>41</sup> Analyse des données belges sur les conditions de travail recueillies par EUROFOUND (EWC(t)S 2021) - La qualité de l'emploi et du travail en Belgique en 2021.
- <sup>42</sup> INAMI.
- <sup>43</sup> OMS/thèmes de santé/personnels de santé [https://www.who.int/fr/health-topics/health-workforce#-tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/health-workforce#-tab=tab_1)
- <sup>44</sup> KCE Reports 325B - Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus - 2019.
- <sup>45</sup> Enquête SPF santé publique auprès de 1.500 assistants et 630 stagiaires « Prise en charge des aînés dépendants en Région wallonne : situation actuelle et enjeux futurs ».
- <sup>46</sup> Cour des comptes - juin 2021. Page 54
- <sup>47</sup> Ibid page 88.
- <sup>48</sup> Données Phares dans les soins de santé : Les professionnels de soins de santé Edition 2022 SPF. Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement page 8 [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/professionnels\\_de\\_soins\\_de\\_sante.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/professionnels_de_soins_de_sante.pdf)
- <sup>50</sup> Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions sur une approche globale en matière de santé mentale, COMM(2023) 298 final.
- <sup>51</sup> Centre d'Expertise Fédérale des Soins de Santé, rapport « 325b » - « dotation des infirmiers dans le secteur aigu de 2020 ».
- <sup>52</sup> Agenda pour l'avenir : pour des équipes de soins épanouies au sein des hôpitaux', 6 février 2023, Cabinet du Ministre Vandenbroucke.
- <sup>53</sup> Direction Soins de santé du SPF - Cellule planification de l'offre médicale.
- <sup>54</sup> Thermomètre Solidaris Santé mentale.
- <sup>55</sup> Un pass dans l'impasse - asbl.
- <sup>56</sup> Rapport UNICEF 2022.
- <sup>57</sup> KCE Report 318Bs, 2019.





**Editeur responsable :**

**Jean-Pascal Labille**

Rue Saint-Jean, 32-38, 1000 Bruxelles

Décembre 2023.

Crédits photos : [www.unsplash.com](http://www.unsplash.com) ; [www.belgaimage.be](http://www.belgaimage.be)

Imprimé sur papier recyclé.



