

POUR UNE PROTECTION SOCIALE ET DES SOINS DE SANTÉ RENFORCÉS

Mémorandum en vue des élections
européennes, fédérales et régionales de mai 2019

Union Nationale des Mutualités
Socialistes - Solidaris

 **Solidaris**
Votre santé mérite le meilleur

POUR UNE PROTECTION SOCIALE ET DES SOINS DE SANTÉ RENFORCÉS

Mémoire en vue des élections
européennes, fédérales et régionales de mai 2019

1	RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	P.08
2	CONTRER LA MARCHANDISATION DES SOINS DE SANTÉ	P.14
3	ASSURER UNE VIE DIGNE ET RESPECTUEUSE À NOS AÎNÉS	P.20
4	TRAVAILLER EN BONNE SANTÉ	P.26
5	METTRE LA QUALITÉ AU CŒUR DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ	P.32

Les élections fédérales, régionales et européennes approchent à grands pas. Le mémorandum de Solidaris est le fruit d'une construction partagée entre principes théoriques et connaissances de terrain. L'État Social autant que le système de soins de santé ont été négativement impactés par nos gouvernements sous cette législature. Des mesures comme le tax shift, la loi de financement de la sécurité sociale qui la transforme en variable d'ajustement budgétaire, les coupes dans le budget des soins de santé... ne font qu'accroître les inégalités sociales entre les citoyens et amoindrir leur qualité de vie. Mais la crise que nous traversons n'est pas seulement socio-économique. Le renforcement des mesures de contrôle des plus vulnérables (chômeurs, malades, allocataires du CPAS...), l'accroissement des suppléments d'honoraire à l'hôpital, les clivages de plus en plus prononcés entre les partis, la xénophobie identitaire grandissante, le dérèglement climatique... témoignent de la dégradation sociale, culturelle et politique que ce contexte engendre.

La vision productiviste a atteint son comble sous cette législature. Elle distille l'idée selon laquelle l'État Social et ses piliers (les services publics, la sécurité sociale et le droit du travail) représentent une "charge"

qui "coûte" à la société. Nous voulons réaffirmer le contraire en montrant que l'État Social est justement un investissement sans précédent pour l'ensemble des citoyens, autant pour leurs droits sociaux (pension, remboursement des soins de santé, éducation, mobilité...) que pour leur bien-être général (augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, congés payés, cohésion sociale...).

Ce mémorandum se veut profondément optimiste et tourné vers l'avenir. Aux discours qui considèrent que les droits sociaux fondamentaux des citoyens coûtent chers, nous répondons que justement, loin d'être un problème, l'État Social représente une solution contemporaine. Face aux mesures politiques qui détricotent les acquis sociaux, nous posons la question de savoir ce que l'on fait des richesses, comment on les distribue et à qui ? Une étude récente de Solidaris montre effectivement que les inégalités sociales se creusent depuis quelques années. Nous demandons à nos responsables politiques de prendre des mesures concrètes de redistribution des richesses. Renforcer la socialisation de l'économie via des cotisations sociales et des impôts proportionnels aux revenus, taxer les hauts capitaux et patrimoines, améliorer le contrôle de l'évasion fiscale, arrêter les exonérations de cotisations qui



ne font que déstructurer le salaire réel, rétablir la dotation d'équilibre de la Sécurité sociale... Bref, les idées ne manquent pas.

Aujourd'hui, le développement technologique permet une création de richesses beaucoup plus rapide qu'auparavant, les citoyens ne devraient plus autant se tuer à la tâche comme l'injonction du "job, job, job" comme Charles Michel le proclame. C'est la raison pour laquelle nous recommandons une réduction structurelle du temps de travail avec embauche compensatoire sans que cela n'impacte les salaires. Par ailleurs, le dernier rapport du GIEC montre les désastres planétaires que provoque notre économie productiviste. La réduction collective du temps de travail permettrait de mieux réguler ce modèle économique tout en préservant nos ressources naturelles. Cette vision de l'État Social plus écologique est le choix de civilisation que nous adoptons et nous invitons nos responsables politiques à s'en inspirer.

Enfin, nous considérons que ces principes de solidarité doivent dépasser les frontières de notre État et atteindre le niveau européen. Un socle des droits sociaux européens est en cours de réalisation. Pour qu'il devienne contraignant pour l'ensemble des États de l'Union, il faudra que

celle-ci engage un travail de démocratisation des lieux de négociation des traités internationaux sans quoi, ce socle n'aura que peu d'effets sur les conditions de vie des citoyens.

Différents messages

structurent ce mémorandum :

- *Face aux inégalités de santé grandissantes, nous aspirons à un système de santé solidaire basé sur l'assurance maladie obligatoire légale.*
- *Face à la marchandisation des soins de santé, nous voulons un renforcement des services publics non lucratifs.*
- *Face à la pénurie des médecins et à l'augmentation des demandes aux urgences, nous priorisons une politique de santé de première ligne basée sur la prévention.*
- *Face au vieillissement démographique, nous exigeons une vie digne et des soins de qualité pour les aînés.*
- *Face à la recrudescence des burn out et autres maladies de longue durée, nous souhaitons assurer à nos affiliés un accompagnement personnalisé qui respecte leur réalité.*

L'objectif est que ce mémorandum puisse ouvrir des débats autour des

enjeux contemporains de notre État Social et son système de soins de santé. Nous souhaitons que chaque citoyen puisse s'emparer de ces questions fondamentales et que les acteurs politiques contribuent à rendre la société plus juste et solidaire.

Ensemble, à travers la diversité de nos métiers, de nos statuts, de nos modes de vie, nous sommes les défenseurs du progrès social, démocratique et durable.

1

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

8

ÉTAT DES LIEUX

De nombreuses études ont démontré le lien étroit entre inégalités sociales et inégalités de santé. Contrairement à une idée reçue les inégalités sociales de santé ne se résument cependant pas à un clivage entre les plus riches et les plus pauvres. Elles se retrouvent à tous les niveaux de l'échelle sociale : ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, et qui eux-

mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons. Malgré les progrès de la médecine, ces inégalités sociales de santé persistent et s'accroissent même. Les Belges ne bénéficient donc pas des progrès médicaux et sociaux dans la même mesure. C'est inacceptable. La santé est une condition nécessaire à l'émancipation de l'individu, à sa participation pleine et entière à la société en tant que citoyen, c'est

« ON N'EST PAS OCCUPÉ
À AMENDER NOTRE SYSTÈME
DE SÉCURITÉ SOCIALE,
ON EST OCCUPÉ
À LE DÉMANTELER »

pourquoi le droit à la santé est un droit de l'Homme internationalement reconnu.

Mais nous savons aussi que la santé est la résultante de multiples facteurs pour la plupart en dehors de la sphère strictement médicale. Ces déterminants non médicaux de la santé dépendent directement ou indirectement des politiques menées dans différents domaines : économie, social, emploi, éducation, logement, mobilité, culture, aménagement du territoire...



MÉMORANDUM

La réduction des inégalités sociales de santé doit dès lors devenir un objectif prioritaire transcendant tous les domaines d'action politique dans une approche holistique de la santé. Préalablement à toute décision politique, il faut évaluer son impact potentiel sur la santé de la population et singulièrement sur celle des publics vivant l'une ou l'autre forme de précarité. Les inégalités sociales de santé sont plus particulièrement prononcées dans certains domaines de la santé. L'état de santé physique et mentale des personnes issues des milieux plus précaires est ainsi sensiblement plus dégradé. De même la santé bucco-dentaire et les comportements préventifs sont aussi très marqués par le clivage social. Le niveau de remboursement insuffisant, voire inexistant, de la prise en charge de ces problèmes de santé par l'assurance maladie obligatoire, de même que l'application de tickets modérateurs sur les soins de première ligne génèrent un report de soins, facteur à son tour d'accentuation des inégalités sociales de santé.

Ainsi, en matière de santé mentale et de soins dentaires, nos enquêtes mettent en évidence un important report de soins allant croissant. Il est donc urgent d'activer les leviers nécessaires en assurance maladie pour lever tout obstacle financier aux soins de base pour l'ensemble de la population.

Mais il faut aussi renforcer les mécanismes de protection des populations plus fragiles sur le plan socio-économique et de la santé et lever les freins à l'accès aux droits.

Enfin, le système de sécurité sociale doit être renforcé. Il est inadmissible que l'arrêt forcé d'une activité suite à la maladie expose au risque de pauvreté. Les malades de longue durée doivent bénéficier d'un niveau d'indemnité suffisant pour que la maladie ne débouche pas elle-même sur la précarité.

DES CHIFFRES



2,1 milliards

d'économie dans les soins
de santé entre 2014 et 2018



130 millions

d'économie à charge
des patients



360.000 Belges

ont bénéficié de soins
dans 176 maisons médicales

« ON ASSISTE
 À UNE AUGMENTATION
 DES INÉGALITÉS DE SANTÉ
 ET ON CONSTATE QUE
 LES PROGRÈS MÉDICAUX
 NE PROFITENT PAS
 À TOUT LE MONDE.
 CES QUESTIONS SONT
 LIÉES À DES QUESTIONS
 ÉCONOMIQUES,
 CULTURELLES ET D'ACCÈS
 À L'ÉDUCATION »

NOS REVENDEICATIONS

1. Établir un plan stratégique interfédéral pour réduire les inégalités sociales de santé de moitié d'ici 2030 avec des objectifs clairs et mesurables, des mesures concrètes ainsi qu'une approche coordonnée pour les mettre en œuvre aux différents niveaux de pouvoirs.

2. Lever tout obstacle financier à l'accès aux soins de base.

- Le remboursement intégral des consultations du médecin généraliste et des soins dentaires de base pour les patients ayant ouvert un DMG auprès de leur médecin généraliste.
- Le soutien au développement des maisons médicales avec extension du modèle des maisons médicale au forfait aux prestations de base des dentistes et des psychologues cliniciens.

3. Combl er le clivage social en santé mentale.

- Le remboursement des huit premières séances du psychologue pour tous.
- Sans prescription.
- Sans suppléments d'honoraires.
- Sans ticket modérateur pour le patient titulaire d'un DMG.

4. Protéger les populations les plus fragiles sur le plan socio-économique et de la santé.

- Le tiers-payant obligatoire généralisé pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les malades chroniques.
- L'octroi automatique du droit à l'intervention majorée aux ménages en difficultés comme les familles monoparentales avec titulaire chômeur de longue durée, les ménages avec titulaire chômeur de longue durée isolé ou chef de ménage.

- La diminution du seuil d'application du maximum à facturer à 250€ de tickets modérateurs par famille pour les ménages avec les revenus les plus faibles et les BIM.
- L'intégration dans les "compteurs Maf" des tickets modérateurs payés sur le prix de journée en hôpital psychiatrique pour les séjours de longue durée (plus d'un an).

5. Promouvoir un système de sécurité sociale fort pour que la maladie de longue durée ne débouche pas sur la précarité.

- Mettre en œuvre l'individualisation des droits sociaux, à commencer par un alignement du statut de cohabitant sur celui de personne isolée, notamment dans le secteur des indemnités.
- Le relèvement des indemnités minimales jusqu'à 10% au-delà du seuil de pauvreté dès le premier jour d'incapacité.
- Ramener la période de stage de 12 à 6 mois.
- Revoir les règles actuelles de calculs des indemnités en cas de reprise du travail à

temps partiels défavorables aux travailleurs à faibles revenus.

- Reconnaître l'épuisement professionnel (burn-out) comme maladie professionnelle.

6. Combattre les exclusions de l'accès aux soins de santé.

- Simplifier les procédures administratives en les envisageant comme des facteurs d'inclusion plutôt que des facteurs d'exclusion.
- Investir dans l'accompagnement des personnes pour les aider à régulariser leur situation et renforcer l'effectif du personnel administratif et social dans les mutualités et les CPAS.
- Mieux informer l'ensemble des acteurs concernés, tant prestataire que bénéficiaire, pour que l'accès à l'aide médicale urgente soit une réalité.
- Simplifier les procédures administratives d'octroi de l'aide médicale urgente.
- Centraliser et harmoniser les procédures pour éviter les différences d'interprétation selon le CPAS.

7. Renforcer les politiques de prévention et de promotion de la santé envers les populations les plus précarisées et les plus jeunes.

- Doubler le budget consacré à la prévention et à la promotion de la santé en Belgique pour prendre résolument la tête des pays de l'OCDE dans ce domaine.
- Définir, mettre en œuvre et évaluer des plans de prévention et promotion de la santé, coordonnés aux différents niveaux de pouvoir, sur des thématiques prioritaires.
- Renforcer l'ancrage local et la transversalité de la prévention et promotion de la santé notamment en favorisant le développement de réseaux locaux et en donnant davantage de moyens et de missions aux Centres locaux de Promotion de la Santé.
- Mieux définir les besoins des publics précarisés en matière de prévention et promotion de la santé via des initiatives de recherche-action. Mettre la priorité sur des politiques de sensibilisation et d'accompagnement adaptées à ces besoins et ce, dès l'école.

- Supprimer le mécanisme de pénalisation financière prévu dans les trajets de soins buccaux qui aboutit à creuser davantage les inégalités sociales en matière de recours aux soins dentaires.
- Renforcer la réduction des risques en milieu festif via la mise sur pied de plateformes réunissant les acteurs de la prévention et les organisateurs d'évènements et la généralisation de la labellisation d'évènements festifs responsables sur base du modèle Quality Nights.
- Clarifier la loi sur la vente, l'offre et le service de boissons alcoolisées.

8. Rendre effective l'inclusion des personnes en situation de handicap dans notre société.

- Tenir compte des besoins des personnes handicapées et de leurs familles en soutenant des conseils consultatifs aux différents niveaux de compétences ainsi que les associations qui les représentent.
- Mettre à tous les niveaux – loisirs, culture,

justice, hébergements, enseignement, services publics - les politiques rendant la personne handicapée libre et autonome dans un environnement ouvert.

9. Reconnaître l'IVG comme un enjeu de santé publique.

- Supprimer les sanctions pénales à l'égard des femmes et des médecins en cas de non-respect des conditions imposées par la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse du 29 octobre 2018.
- Améliorer les conditions d'accès à l'IVG.

2

CONTRE LA MARCHANDISATION DES SOINS DE SANTÉ

« AUJOURD'HUI,
IL FAUT SIMPLEMENT SE DIRE
QUE PARMIS LES HOMMES ET LES FEMMES
QUE NOUS CROISONS CHAQUE JOUR,
IL EN EST QUI SE NE SOIGNENT
PLUS OU MAL PARCE QU'ILS N'EN ONT PAS
LES MOYENS.
ON N'ÉVITE PAS D'ALLER CHEZ LE DENTISTE
SEULEMENT PARCE QU'ON EN A PEUR »

14

ÉTAT DES LIEUX

L'équilibre du rapport de force entre l'État Social et les acteurs marchands de la santé s'est progressivement détérioré ces dernières années et ce dans un contexte de tension entre l'augmentation des besoins et la croissance limitée des ressources publiques. Cette marchandisation des soins de santé prend plusieurs formes. Ainsi, le taux de prestataires déconventionnés n'a cessé d'augmenter dans certaines disciplines avec

des répercussions importantes sur l'augmentation des suppléments d'honoraires. Dans certaines régions, il devient très difficile de trouver un gynécologue, un dermatologue ou encore un dentiste conventionné. On assiste aussi à un exode hospitalier de certaines spécialités – comme les ophtalmologues - pour développer les activités les plus lucratives en dehors du cadre conventionné. Il devient aujourd'hui impossible d'avoir un rendez-vous avec un spécialiste conven-

tionné dans un délai acceptable. Les suppléments d'honoraires à l'hôpital augmentent deux fois plus vite que le remboursement par l'assurance maladie menant à une privatisation larvée du financement hospitalier. La politique d'austérité budgétaire sans précédent menée dans l'assurance maladie au cours de cette législature a fragilisé davantage la sécurité tarifaire des patients et contribué à la privatisation des soins.



MÉMORANDUM

Un réinvestissement important dans notre système social de soins de santé est une condition nécessaire pour répondre aux besoins sur une base collective et contrer la marchandisation. Mais ce n'est pas une condition suffisante !

La marchandisation est en effet déjà bien ancrée dans certains secteurs de l'assurance maladie, comme le médicament, les maisons de repos ou le transport des malades. Dans ces domaines, le développement de l'offre privée lucrative fait pression sur les prix mais "écrème aussi le marché" en laissant les "mauvais risques" aux acteurs non marchands ouvrant ainsi la voie à un système de soins de santé à deux vitesses. Les moyens que la collectivité met à disposition pour offrir les soins et aide nécessaire à ceux qui sont fragilisés par la maladie ne peuvent servir à rémunérer des honoraires excessifs, à couvrir le prix exorbitant des traitements exigés par l'industrie des technologies médicales pour s'assurer des marges bénéficiaires

toujours plus importantes ou à favoriser une marchandisation à travers la fixation de tarifs journaliers particulièrement élevés dans les maisons de repos.

Dans notre système de santé, l'État Social reste le principal financeur des dépenses de santé. Mais vu les tendances de fond dans le secteur de la santé, ce financement public restera sous pression dans les années qui viennent. Il est donc essentiel de revoir les conditions du financement public pour contrer la marchandisation des soins et assurer l'accessibilité aux soins et la sécurité tarifaire à tous les patients. Ceci implique notamment de revoir les conditions du contrat social avec la médecine libérale, de favoriser une offre de soins non-marchande notamment en fixant des normes de qualité, sociales et humaines comme conditions au financement public, mais aussi de construire une alliance avec les autres systèmes sociaux de santé en Europe pour peser sur les prix des médicaments innovants.

DES CHIFFRES



+ 582 millions d'euros

c'est le coût pour la Sécurité sociale du Pacte du gouvernement fédéral avec l'industrie pharmaceutique



458 millions d'euros

c'est l'évaluation des besoins non rencontrés aujourd'hui en matière de soins de santé pour les secteurs de l'assurance-maladie

« ENTRER
EN MAISON DE RETRAITE,
C'EST VENDRE LA MAISON.
TEL EST LE CHOIX AUQUEL
SONT CONFRONTÉES,
POUR DES RAISONS ÉCONO-
MIQUES, DE PLUS EN PLUS
DE PERSONNES ÂGÉES.
MAIS CELLES-LÀ, ELLES
ONT ENCORE UNE MAISON.
COMMENT FONT
LES AUTRES ? »

NOS REVENdicATIONS

1. Réinvestir dans l'assurance maladie.

- Fixer le budget de l'assurance maladie en fonction des besoins et des objectifs de santé publique et non en fonction des objectifs d'économies à réaliser.
- Établir un cadre budgétaire stable pour mener à bien les réformes qui s'imposent pour améliorer la qualité du système de santé.
- Fixer la norme de croissance du budget des soins de santé à 3% sur l'ensemble de la législature.
- Faire en sorte que la totalité des moyens libérés par la norme de croissance soit mise à la disposition du budget des soins de santé.

2. Redonner sa place à la concertation dans les grands arbitrages budgétaires en assurance maladie.

- Redonner un pouvoir d'initiative au Comité de l'assurance pour que la répartition du budget de l'assurance maladie tienne compte des besoins identifiés sur le terrain.

- Interdire les régimes de faveur pour l'industrie pharmaceutique avec un Comité de l'assurance qui fixe le budget des médicaments en même temps que le reste et en tenant compte des autres secteurs.
- Remplacer les contrats secrets par des outils de remboursement transparents qui permettent aux acteurs du Comité de l'assurance de prévenir ou de corriger les dérives budgétaires dans les médicaments.

3. Un nouveau contrat social avec la médecine libérale pour garantir la sécurité tarifaire et la qualité des soins.

Solidaris est disposée à rechercher de nouveaux compromis équilibrés dans les balises suivantes :

- Pas de liberté tarifaire sans transparence tarifaire totale pour les patients et les mutualités.
- Priorité aux médecins qui adhèrent aux accords tarifaires dans l'allocation des moyens limités de l'assurance maladie.
- Se donner le temps d'une analyse objective et sans tabous. En particulier, il faut une

méthodologie pour évaluer la valeur réelle des actes médicaux et objectiver les “sous-financements”.

4. Réformer le financement hospitalier.

- Avec intégration progressive des suppléments d'honoraires à l'hôpital.
- Avec, à terme, la suppression de ces suppléments d'honoraires.

5. Des innovations pharmaceutiques répondant aux besoins à des prix acceptables.

- Nouveau business model pour le financement et le remboursement de l'innovation pharmaceutique basé sur les trois axes suivants : une orientation de la recherche vers les besoins médicaux de la population, un découplage des activités de recherche et de production de médicaments, la création d'un fonds européen pour le financement de l'innovation.
- Modèle de prix européen équitable et transparent pour les médicaments innovants

qui doit rémunérer de manière suffisante la recherche et encourager l'innovation utile.

- Retour à la maîtrise budgétaire des dépenses de médicaments en responsabilisant l'industrie pharmaceutique sur le respect de son budget en prévoyant une enveloppe budgétaire spécifique pour les médicaments innovants.
- Interdiction de la publicité grand public pour les médicaments en vente libre ou, à défaut, mieux la réglementer et l'encadrer de manière plus stricte.

6. Mettre un coup d'arrêt à la privatisation des maisons de repos.

- Maintenir en Wallonie le mécanisme de programmation prévoyant la répartition des lits entre secteur public (29%), secteur associatif (21%) et secteur commercial (50%) et d'étendre ce mécanisme de régulation à Bruxelles.
- Limiter le subventionnement des investissements en infrastructure aux seuls opérateurs non-marchands.

« LA SANTÉ
EST UN LUXE SURTOUT
AU NIVEAU DES SOINS
DENTAIRES OÙ IL DEVIENT
PARFOIS IMPOSSIBLE
POUR CERTAINES
PERSONNES D'ENVISAGER
DES SOINS CURATIFS... »

3

ASSURER UNE VIE DIGNE ET RESPECTUEUSE À NOS AÎNÉS

20

ÉTAT DES LIEUX

Notre développement social et économique a permis d'augmenter largement l'espérance de vie à la naissance avec une progression de plus de deux mois par an ces 20 dernières années pour atteindre plus de 81 ans pour les Belges et approcher les 90 ans d'ici 2070. Face à ses évolutions démographiques, c'est le défi de l'inclusion des seniors dans notre société qui est posé. Les questions de la prévention, du ralentis-

sement de la perte d'autonomie, du continuum de soins sont ici primordiales mais également celles relatives à l'organisation de l'accompagnement et de la prise en charge en termes d'aides et de soins. C'est d'autant plus crucial que cette partie de la population est souvent fragilisée sur le plan de la santé mais aussi sur le plan socio-économique. Il est inadmissible que l'âge expose au risque de pauvreté. À cet égard, le rôle de la protection sociale universelle doit être de

« QUAND ON ABORDE LA PROBLÉMATIQUE DE LA PERTE D'AUTONOMIE, ON PARLE DE DÉPENDANCE PHYSIQUE ET SOCIALE... MAIS ON OUBLIE L'IMPORTANCE DE L'AUTONOMIE COGNITIVE ! LA PERSONNE DOIT POUVOIR CONSERVER TOUTES SES CAPACITÉS MENTALES AFIN DE POUVOIR UTILISER L'ENSEMBLE DES AMÉNAGEMENTS DE SON DOMICILE. »

garantir à tout un chacun et en particulier à nos aînés, un niveau de vie suffisant pour mener une vie digne, entretenir des relations sociales et occuper une place à part entière dans notre société. L'enjeu est aussi d'assurer que chaque senior puisse bénéficier d'un accompagnement et d'une offre de services et de soins de qualité adaptée à ses besoins mais aussi à ses souhaits tout en tenant compte des impératifs de santé et de la perte d'autonomie souvent liée à l'âge.



Une grande partie des aînés souhaitent en effet vivre le plus longtemps possible à leur domicile. Ils réclament plutôt le droit de pouvoir continuer à vivre chez eux mais en étant aidés en conséquence. De nombreuses entrées en institution pourraient en effet être évitées si l'on investissait encore davantage dans le maintien à domicile

Dans cette optique, une approche intégrée et de proximité doit être développée afin de recréer un maillage social et une approche sanitaire préventive répondant aux souhaits et aux besoins des personnes âgées. Il sera aussi nécessaire d'augmenter l'offre d'accueil dans des structures plus diversifiées pour offrir une réponse souple aux besoins des personnes âgées mais aussi à ceux de leurs aidants proches et assurer un continuum de prise en charge adaptée entre le domicile et la maison de repos. En effet, le parcours de vie ne se limite pas à "être au domicile" et puis "être et entrer en maison de repos". Dans ce cadre, il s'avère tout aus-

si essentiel de mettre l'accent sur la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées : "vieillir dans de bonnes conditions" n'est pas seulement une question de confort matériel, de taux d'encadrement supérieur ou de motivation.

Dans un autre registre, celui des soins de santé, si les besoins augmentent avec le vieillissement démographique, nous savons aussi que leur nature se modifie. La plupart des problèmes de santé de la vieillesse sont en effet liés aux affections chroniques et aux poly-pathologies. Cette évolution appelle un double changement de paradigme dans l'organisation de soins : il faut passer d'une approche mono disciplinaire à une approche globale et multidisciplinaire où ce n'est plus la maladie qui se trouve au centre des préoccupations, mais bien le malade et ses besoins. Il faut basculer d'un modèle de soins réactifs à un modèle de soins proactifs, planifiés et coordonnés. Enfin, il est possible de prévenir et de retarder nombre de maladies

chroniques. Une politique de prévention ambitieuse est dès lors cruciale dans l'exploitation de ce potentiel, mais seuls 2% du budget total de la santé y sont aujourd'hui consacrés.

« LES MÉTIERS
D'ACCOMPAGNEMENT
DOIVENT ÊTRE REVALORISÉS.
LE POLITIQUE DOIT
RÉINVESTIR DANS L'HUMAIN
ET LE SOUTIEN DES
PERSONNES EN DIFFICULTÉS.

CELA NÉCESSITE
DE REMETTRE DES MOYENS
ET DES MÉCANISMES
DE SUPERVISION »

DES CHIFFRES

**75% des personnes âgées**

ne disposent pas de revenus suffisants pour assumer le coût mensuel de leur séjour en maison de repos

**42% des 80 ans et plus**

jugent envisageable d'aller vivre en maison de repos s'ils devenaient dépendants

**Plus d'un million**

de personnes âgées seront isolées dans notre pays d'ici 2020.

NOS REVENdicATIONS

1. La garantie d'un pouvoir d'achat décent pour nos aînés.

- Relever les pensions jusqu'à 75% du salaire gagné et la pension minimum jusqu'à 1.500€.
- Relever la Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) au niveau du seuil de pauvreté.
- Mettre en place une assurance autonomie en Wallonie et à Bruxelles basée sur des mécanismes de financement et de redistribution solidaire et universelle répondant aux besoins des citoyens et gérée par les mutualités.
- Assouplir les conditions pour bénéficier de l'Aide aux personnes âgées.

2. Prévenir les maladies chroniques et retarder la dépendance.

- Développer une politique de promotion de la santé et de prévention ambitieuse intégrant des objectifs de santé avec une attention particulière pour les groupes plus fragiles

sur le plan de la santé et plus précarisés.

- Intégrer de manière explicite et structurelle les questions d'inégalités sociales dans tous les dispositifs de santé.
- Augmenter le taux de vaccination contre la grippe des personnes de plus de 65 ans.
- Mettre en place une stratégie globale de prévention des chutes tant au domicile qu'en institution.
- Sensibiliser les acteurs de santé au dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées bénéficiant de soins à domicile ou hébergées en institution.

3. Un nouveau modèle de soins pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques.

- Promouvoir les pratiques de groupe interdisciplinaires et l'interdisciplinarité avec possibilité de délégation de tâches, redéfinir les fonctions de première ligne et le rôle de chacun, en respectant le principe de subsidiarité.
- Inclure l'interdisciplinarité dans les formations de base des prestataires de première



ligne mais également dans leur formation continuée en vue de l'accréditation.

- Définir la fonction psychosociale de première ligne en concertation avec les secteurs et la financer dans les équipes pluridisciplinaires.
- Définir des critères de qualité pour les centres de première ligne.
- Systématiser l'usage d'un plan de soins commun nourri par tous dans le dossier patient informatisé.
- Refondre l'ensemble des structures de coordination dans un ensemble cohérent.

4. Bien vieillir à domicile.

- Renforcer les centres de coordination.
- Supprimer progressivement la limite d'âge pour les aides matérielles, pour le soutien à l'aménagement du domicile.
- Soutenir le recours à la télévigilance.
- Organiser une guidance, une information et un soutien à destination de l'aidant proche.
- Renforcer les équipes multidisciplinaires de soins palliatifs afin d'assurer une fin de vie digne à domicile.

5. Assurer une offre d'accueil suffisante, diversifiée et financièrement accessible pour répondre aux besoins tout au long du parcours de vie.

- Développer une offre d'accueil diversifiée alternative aux maisons de repos et maisons de repos et de soins, accessible financièrement (hébergement temporaire, création de lits de courts séjours "médicalisés", résidences services...).
- Créer des nouvelles places en maisons de repos et mettre en place un modèle dynamique pour mieux appréhender les besoins en lits d'hébergement et gérer les listes d'attentes.

6. Garantir la transparence des prix et la sécurité tarifaire pour les patients en maisons de repos, maisons de repos et de soins, centres de soins de jour.

- Inclure obligatoirement dans le prix de base tous les frais indispensables à la vie quotidienne en société.
- Établir une facture transparente et standar-

disée pour le résident reprenant l'ensemble des frais et la transmission électronique obligatoire aux mutualités de ces informations.

- Imposer une publication claire et standardisée des prix en maisons de repos, largement accessible au public sur le site des mutualités et des administrations compétentes ainsi qu'un cadastre des prix des résidences services.
- Fixer un "premier prix" d'hébergement et de son augmentation sur base de critères objectifs.
- Fixer, par convention entre les fédérations représentatives du secteur et les mutualités, des grilles tarifaires en fonction de réalités liées à la taille, à la localisation, à des infrastructures spécifiques en lien avec la qualité de vie des personnes hébergées.

7. Intégrer une démarche d'amélioration continue de la qualité dans les maisons de repos.

- Développer une méthodologie et des indicateurs pour évaluer la qualité et le bien-être

des résidents en maison de repos.

- Introduire une réelle démarche d'amélioration continue de la qualité dans les structures d'hébergement et leur contrôle par l'autorité.
- Étendre aux maisons de repos l'obligation de désigner un médecin coordinateur.

« FAIRE DE LA MAISON DE REPOS UNE COMMUNAUTÉ OÙ LE PENSIONNAIRE RESTE MAÎTRE DE SES DÉCISIONS ET DE SON AUTONOMIE. »

4

TRAVAILLER EN BONNE SANTÉ

26

ÉTAT DES LIEUX

Pour une majorité de travailleurs, le travail est aussi un moyen d'épanouissement personnel. Pour certains, cependant les conditions et/ou les circonstances dans lesquelles ils sont amenés à exercer leur emploi peut très vite s'apparenter à un calvaire. Or, en Belgique, le nombre de malades de longue durée est en constante augmentation. S'il est impossible de prévoir les accidents de la vie, il faut donc mettre en place différents instru-

ments et règles qui permettent d'assurer que le travail soit le lieu où il n'est pas inéluctable de tomber malade ou d'être accidenté. Cela passe par le développement d'une réelle politique de prévention et d'accompagnement multidisciplinaire des fonctions à risque.

Ce besoin en matière de prévention des risques au travail est d'autant plus important que ces derniers trouvent de plus en plus leur cause dans des problèmes psychiques où l'environnement de travail et le contexte

« FORCER UNE MAMAN
À REPRENDRE LE BOULOT
CINQ SEMAINES PLUS TÔT
PARCE QU'ELLE ÉTAIT MALADE
AVANT LA NAISSANCE,
C'EST PROFONDÉMENT
INJUSTE »

social jouent un rôle. Une bonne santé, en particulier sur le plan mental, passe par conséquent par un équilibre entre vie professionnelle et vie privée ainsi que par un environnement de travail de qualité.

Celui-ci implique, tout d'abord, une recherche permanente de la sécurité physique du travailleur dans l'exercice de ses tâches. Cette sécurité est aussi liée à des critères qui se doivent d'être pris en compte lorsqu'on évalue les conditions et la durée du



travail : âge de la pension, pénibilité du travail, exposition aux risques professionnels, précarisation des emplois (temps partiel ou sous-traitance). Il semble aussi impérieux que les réglementations évoluent pour tenir compte du lien entre le travail et la maladie ou l'accident et que, lorsque le lien est établi (même si le travailleur est à la retraite), la personne puisse recevoir une indemnisation ou une compensation juste et équitable le temps de son rétablissement et, le cas échéant, pour tenir compte de la réduction de capacité de gain. Il est en particulier inadmissible que l'arrêt forcé d'une activité par la maladie expose au risque de pauvreté. Les malades de longue durée doivent bénéficier d'un niveau d'indemnité suffisant pour que la maladie ne débouche pas sur la précarité.

Enfin, une politique de réinsertion professionnelle de qualité des malades de longue durée est essentielle pour accompagner ceux qui ne peuvent reprendre spontanément le chemin du travail. On sait en effet que la re-

« CEUX QUI
NE PEUVENT
VRAIMENT PAS SE
REMETTRE AU TRAVAIL
VIVENT DES CRISES
FINANCIÈRES
ATROCES »

prise d'une activité professionnelle, même sans attendre une guérison complète, permet au travailleur de rester actif et d'entretenir des contacts sociaux nécessaires à la récupération de sa santé. Mais cela doit se faire de manière telle que le travailleur 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 qui souhaite réintégrer le travail et sans perte de revenus.

DES CHIFFRES



400.000 Belges
en invalidité en 2017



450.000 Belges
en incapacité de travail en 2017



215.000 accidents
de travail en 2017

« LE CONGÉ DE PATERNITÉ OBLIGATOIRE, C'EST UNE MESURE IMMÉDIATE POUR L'ÉGALITÉ HOMMES-FEMMES »



NOS REVENdicATIONS

1. Un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

- Ramener l'âge légal de la retraite de 67 à 65 ans, avec une flexibilité à partir de 60 ans moyennant une condition de carrière effective de 35 ans.
- Pas de perte du congé de maternité en cas de maladie, ni dans le cas d'un écartement préventif du travail.
- Doubler le congé parental pour les ménages monoparentaux.
- Porter le congé de paternité à quatre semaines obligatoires.
- Droit à 5 jours d'absence payés par an pour les soins d'un proche.
- Le droit à la déconnexion après les heures de travail.

2. Une réelle politique de prévention des risques.

- La mise en place d'un Fonds pour la pré-

vention des risques psychosociaux en entreprise.

- La mise en place d'un registre centralisé d'exposition des travailleurs aux facteurs de risques professionnels ainsi qu'un dossier médical global incluant ces données.

3. Un système de sécurité sociale fort pour que la maladie de longue durée ne débouche pas sur la précarité.

- Mise en œuvre de l'individualisation des droits sociaux, à commencer par un alignement du statut de cohabitant sur celui de personne isolée, notamment dans le secteur des indemnités.
- Relèvement des indemnités minimales jusqu'à 10% du seuil de pauvreté dès le premier jour d'incapacité.
- Ramener la période de stage de 12 à 6 mois.
- Revoir les règles actuelles de calcul des indemnités en cas de reprise du travail à temps partiel défavorables aux travailleurs à faible revenu.

MÉMORANDUM

- Reconnaître l'épuisement professionnel (burn-out) comme maladie professionnelle.

4. Une réintégration au travail de qualité pour les malades de longue durée lorsqu'ils le souhaitent et lorsqu'ils le peuvent.

- Droit individuel à un travail adapté ou à la réintégration à un autre poste de travail avec des possibilités réelles de reprise progressive avec une indemnité correcte.
- Indemnité de préavis en cas de force majeure médicale.
- Salaire garanti pendant les périodes de travail adapté et pour les travailleurs reconnus comme étant dans un état de santé particulier ou fluctuant.
- Neutraliser la perte de réduction d'impôt sur le revenu de remplacement en cas de travail adapté.
- Obligation pour les entreprises d'établir un cadastre (nombre de malades, types de maladie, durée de l'absence, ...) et de prévoir un quota de postes de travail adaptés.



- En cas de pluralité d'emplois, évaluer l'incapacité de travail séparément pour chaque emploi afin de permettre l'indemnisation de l'incapacité de travail qui frappe ce travailleur à l'égard d'un seul de ces emplois.

« NOUS CONSTATONS
ÉGALEMENT UNE
IMPUISSANCE DE LA PART
DE MALADES
QUI SONT PARFOIS
DANS UN ÉTAT PHYSIQUE
ET PSYCHOLOGIQUE DIFFICILE
ET QUI SONT CONTRAINTS
DE REPRENDRE LE TRAVAIL
SANS AVOIR EU L'IMPRESSION
D'ÊTRE SOUTENUS
OU ACCOMPAGNÉS... »

5

METTRE LA QUALITÉ AU CŒUR DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

« UNE CERTAINE FORME DE MÉDECINE
DEVIENT PARFOIS INACCESSIBLE.
NE CROYEZ PAS QUE CE SONT POUR DES
SOINS EXCEPTIONNELS.
JUSTE QUE CERTAINS BESOINS
NE SONT PLUS RENCONTRÉS
ET LES URGENCES D'UN HÔPITAL
NE SONT CERTAINEMENT PAS L'ENDROIT
OÙ ILS DOIVENT ÊTRE TRAITÉS »

32

ÉTAT DES LIEUX

L'OMS définit la qualité des soins comme "délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système

de soins". Cette définition de la qualité des soins recouvre trois dimensions : "le meilleur résultat possible en termes de santé" - c'est-à-dire l'efficacité des soins - "au meilleur coût" - c'est-à-dire l'efficience - et "pour la plus grande satisfaction du patient" - c'est-à-dire la centralité du patient. La centralité du patient est une dimension essentielle de la qualité des soins. Cette dimension évolue car les attentes de la population à l'égard du système de santé évoluent. Les patients

s'informent davantage, ils ne s'en remettent plus uniquement à leur médecin pour obtenir des informations sur les coûts ou la qualité des soins, ils exigent plus de transparence et expriment des préférences à l'égard des soins de santé et du système de santé qui peuvent différer de celles des médecins et des experts, ... Bref, ils veulent être davantage des "acteurs de leur santé". Mais ils ne sont pas toujours en mesure de l'être. On sait en particulier que le background éduca-



tionnel du patient joue un rôle très important dans sa capacité d'acquiescer une éducation médicale de qualité par rapport à sa santé. Il faut dès lors pouvoir accompagner les patients avec à la fois un faible niveau d'éducation en santé et un faible niveau d'auto-gestion de leur santé vers un niveau de "manager efficace" de leur propre santé. Les prestataires de soins individuels doivent aussi prendre conscience que la qualité des soins constitue aussi un enjeu collectif. Dans cette optique, la médecine basée sur les preuves doit davantage s'imposer à tous les niveaux de la pratique médicale individuelle comme troisième critère de choix à côté de l'expertise clinique du médecin et des préférences du patient. Mais la démarche doit rester formative et participative. Il faut aussi davantage intégrer l'efficacité, c'est-à-dire le meilleur coût pour un même résultat, comme une dimension de la qualité. Dans un budget par définition limité, des soins inefficaces compromettent l'accès aux soins de qualité de chaque citoyen.

À l'échelle de notre système de santé, la qualité renvoie à d'autres enjeux fondamentaux comme la planification de l'offre médicale et paramédicale. Force est de constater qu'aujourd'hui dans notre pays, cette politique est basée sur des dogmes et dictée par des considérations corporatistes et communautaires alors qu'elle devrait poursuivre exclusivement des objectifs de santé publique. Du personnel médical bien formé et en nombre suffisant pour assurer un encadrement de qualité ou encore l'organisation des soins sur une base multidisciplinaire afin de prendre en charge le patient dans sa globalité constituent d'autres enjeux d'importance.

Enfin, il y a l'énorme défi des soins hospitaliers. Aujourd'hui il existe un large consensus parmi les acteurs de la santé quant aux principales faiblesses du secteur hospitalier en Belgique. Pour assurer la pérennité de soins hospitaliers accessibles, innovants et de qualité, il nous faut repenser l'hôpital de

demain centré sur le patient et mettre en œuvre, de manière concertée, les réformes nécessaires pour le concrétiser.

DES CHIFFRES



**123 communes
wallonnes sur 262**

manquent de médecins généralistes



**43% des médecins
francophones**

qui partiront à la retraite
seront remplacés en 2025

« IL Y A ENCORE
DU BOULOT
À FAIRE POUR MIEUX
INFORMER LES PATIENTS
QUI SUBISSENT SOUVENT
UN TRAITEMENT,
SANS OSER
LE QUESTIONNER.
PAR CRAINTE DU MÉDECIN,
DU PHARMACIEN.
PAR PEUR DE NE PAS
COMPRENDRE
TOUT SIMPLEMENT... »

NOS REVENDEICATIONS

1. Un cadre interfédéral pour la définition de priorités et d'objectifs en matière d'amélioration de la qualité des soins.

- Mettre en place une plateforme interfédérale d'amélioration de la qualité des soins et des pratiques médicales. Cette plateforme aurait pour missions de fixer des priorités communes en matière d'amélioration de la qualité des soins santé et des pratiques, de définir et exploiter des indicateurs de qualité.

2. Faire du patient un "acteur de sa santé".

- Consolider les mutualités dans leur rôle de première ligne pour accompagner et aider leurs affiliés/patients à devenir des "acteurs de leur santé" :
 - a. Via leurs activités de formations permanentes dans le domaine de la promotion de la santé.
 - b. En contribuant à rendre accessible aux affiliés/patients, dans un langage qui soit

accessible pour tout un chacun, des informations critiques et indépendantes sur les bonnes pratiques médicales.

- c. En mettant à disposition des affiliés/patients sous un format clair des données comparatives sur les coûts et la qualité des soins après validation de l'information par les prestataires et les institutions de soins concernées.

- d. En facilitant l'accès aux outils de santé numériques permettant l'autogestion du patient et optimisant sa prise en charge.

3. Le développement à tout échelon d'une démarche qualité par une approche formative et participative.

- Prévoir obligatoirement l'enseignement dès le bachelor des principes de la médecine factuelle basée sur les preuves.
- Prévoir des moyens suffisants pour une formation et une information médicale indépendante et critique.
- Implémenter davantage la médecine factuelle au niveau des pratiques individuelles,



notamment en prévoyant des incitants financiers pour les médecins qui s'engagent dans un processus d'auto-évaluation de leur pratique sur base d'indicateurs.

- Inclure l'interdisciplinarité dans les formations de base des prestataires de première ligne mais également dans leur formations continuées en vue de l'accréditation.

4. Les soins au meilleur prix à qualité égale ! À l'hôpital et chez le pharmacien, le médicament le moins cher lorsqu'une alternative du même médicament existe.

- Interdire les suppléments demandés aux patients pour des médicaments pour lesquels il existe un générique.
- Obliger le pharmacien à substituer au médicament prescrit un médicament parmi les moins chers pour tout nouveau traitement en ambulatoire ou à l'hôpital.
- Pour les traitements traditionnels chroniques en cours, le droit pour le pharmacien de référence de substituer un médicament moins cher à qualité égale.

- Pour les médicaments biologiques qui demandent un suivi du prescripteur lors du changement, tant à l'hôpital qu'en pharmacie, les traitements chers seront remplacés pour au moins 1/4 des patients par an par des traitements moins chers (biosimilaires). Cette mesure sera accompagnée d'une incitation financière.

5. Une planification de l'offre médicale en phase avec les besoins et les objectifs de santé publique.

- Dresser un cadre général de la force de travail en soins de santé qui soit intégré et cohérent mais aussi une planification dynamique qui intègre l'impact des évolutions du système de santé sur les besoins.
- Fixer un quota global et des "sous-quotas" par discipline médicale qui reposent sur les réels besoins de la population.
- Dissocier l'accès aux études de médecine de l'accès aux numéros INAMI.
- Assurer aux facultés de médecine les moyens nécessaires pour qu'elles soient en

mesure de garantir une formation de qualité aux étudiants.

- Mettre davantage en valeur les orientations en médecine "non-curative" durant la formation pour lesquelles l'offre actuelle est largement insuffisante par rapport à la demande.
- Mettre en place une politique plus volontariste de l'installation en garantissant un numéro INAMI aux futurs médecins qui décident de s'installer dans une zone en pénurie et en imposant un minimum de pratiques hospitalières pour les médecins spécialistes.

6. Assurer la pérennité de soins hospitaliers accessibles, innovants et de qualité.

- Arrêter en concertation avec les acteurs une vision commune de l'hôpital de demain.
- Fixer un cadre budgétaire pluriannuel qui prévoit dans une phase transitoire les moyens pour réaliser les investissements nécessaires à la réforme.
- Prioriser et phaser la réforme en s'assurant de la cohérence d'ensemble.

- Créer une dynamique de changement basée sur la concertation continue et la mobilisation des acteurs.
- Réinvestir les gains d'efficience découlant de la réforme dans l'assurance maladie pour améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins (notamment couvrir les besoins d'encadrement au sein de l'hôpital et développer les services en amont et en aval de l'hôpital).
- Privilégier une vision d'un hôpital "ouvert" à l'intersection du réseau socio-sanitaire ambulatoire et du réseau clinique.
- Garantir au patient l'accessibilité et la continuité des soins dans le strict respect de ses choix éthiques.

10 REVENDICATIONS POUR...

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Malgré les progrès de la médecine, les inégalités sociales de santé continuent à augmenter. Pour Solidaris, il est inacceptable que les inégalités sociales se doublent d'inégalités de santé. La réduction des inégalités sociales de santé doit être la priorité numéro 1 de la prochaine législature à tous les niveaux de pouvoirs.

1 Offrir un pouvoir d'achat décent aux malades de longue durée par l'alignement du statut de cohabitant sur celui de personne isolée pour les indemnités d'incapacité et le

relèvement des indemnités minimales jusqu'à 10% au-delà du seuil de pauvreté dès le premier jour d'incapacité.

2 Lever tout obstacle financier aux soins de base en remboursant intégralement les soins de base en première ligne pour les patients avec DMG et en généralisant le tiers-payant pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les malades chroniques.

3 Doubler les moyens pour les politiques de prévention et de promotion de la santé et développer des politiques ciblées sur les populations plus fragiles, les ménages précarisés, les plus jeunes et les personnes âgées.

CONTRE LA MARCHANDISATION DES SOINS DE SANTÉ

La marchandisation des soins de santé est en cours dans notre pays, accentuée par la politique d'austérité budgétaire sans précédent menée par le Gouvernement. Cette marchandisation prend différentes formes : augmentation du taux de prestataires déconventionnés, augmentation des suppléments d'honoraires à l'hôpital, explosion des prix des nouveaux médicaments, privatisation des maisons de repos. Pour Solidaris, il est urgent de rééquilibrer le rapport de force entre l'État Social et les acteurs marchands de la santé.

4 Réinvestir dans l'assurance maladie obligatoire en portant la norme de croissance du budget à 3%.

5 Réformer le financement hospitalier qui doit aboutir à une intégration progressive des suppléments d'honoraires et, à terme, leur suppression.

6 Favoriser une offre de lits de maisons de repos du non-marchand en limitant le subventionnement des infrastructures en maisons de repos aux acteurs du non-marchand et en maintenant le mécanisme de programmation des lits entre public, secteur associatif et secteur commercial en Wallonie et en l'étendant à Bruxelles.

ASSURER UNE VIE DIGNES ET RESPECTUEUSE À NOS AÎNÉS

Notre développement social et économique a permis d'augmenter largement l'espérance de vie à la naissance. Mais nous devons

nous assurer que ces années de vie gagnées soient des années de qualité et que nos aînés occupent une place à part entière dans notre société en tant que citoyen.

7 Garantir à nos aînés un niveau de vie suffisant en relevant la pension minimum jusqu'à 1.500€ et en mettant en place une assurance autonomie en Wallonie et à Bruxelles basée sur des mécanismes de financement et de redistribution solidaire et universelle.

8 Développer une offre d'accueil suffisante, diversifiée et accessible pour répondre aux besoins de nos aînés tout au long de leur parcours de vie.

TRAVAILLER EN BONNE SANTÉ

Le nombre de malades de longue durée est en constante augmentation dans notre pays. Si le travail est pour une majorité de travail-

leurs une source d'épanouissement personnel, pour une part croissante d'entre eux, les conditions ou les circonstances dans lesquelles ils sont amenés à exercer leur emploi peuvent très vite s'apparenter à un calvaire. Pour que "travailler rime à nouveau avec santé", un enjeu prioritaire est de retrouver un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée dans notre société.

9 Ramener l'âge légal de la retraite de 67 à 65 ans, avec une flexibilité à partir de 60 ans moyennant une condition de carrière effective de 35 ans.

10 Porter le congé de paternité à quatre semaines obligatoires. Pas de perte de congé prénatal en cas de maladie.

Christel N. • Carole A. • Patricia G. • Alberta S. • Arnaud M. • Candy S. • Hugues G. • Ariane R. • Julie R. • Claude G. • Olivier K. • Julie R. • Christine C. • Pierre A. • Fabrice C. • Dominique D. • Frédéric F. • Julie V. • Jean-Marc C. • Alain C. • Gregory G. • Martine L. • Valérie D. • Françoise L. • Valerie L. • Gaele L. • Vincent L. • Joseph R. • Anne B. • Rita P. • Laurie V. • Julie F. • Philippe B. • Sophie L. • Laurence B. • Catherine D. • Isabelle S. • Laurence S. • Anne-Francoise J. • Hardi N. • Sandrine H. • Angelique M. • Pierre L. • Emmanuelle D. • Christine T. • Laetitia E. • Stephanie V. • Julie J. • Pierre T. • Adriana R. • Pascale V. • Isabelle D. • Pascale V. • Laurence B. • Jessica H. • Cedric D. • Carine H. • Nathalie T. • Sonia N. • Vincent G. • Murielle P. • Jennifer R. • Virginie D. • Isabelle B. • Charlotte B. • Isabelle L. • Ludivine M. • Marie-Eve H. • Valérie D. • Suzel T. • Céline D. • Marie-Claire D. • Sylvie R. • Antoine V. • Rino Dg. • Michel D. • Raphael H. • Perrine B. • Kevin M. • Pierre C. • Fanny D. • Yolande H. • Michel J. • Jean-Marc L. • Jean-Pascal L. • Bruno D. • Paola A. • Jessica A. • Johnny B. • Marjorie B. • Arnaud B. • Caterina B. • Julie B. • Christine B. • Valérie B. • Mélia C. • Nancy C. • Audrey D. • Anne Dm. • Nathalie D. • Aurore D. • Olivia De. • Talia D. • Maryline F. • Nadège F. • Gaëlle F. • Fabrice F. • Marie Ange G. • Margot G. • Tim G. • Cédric G. • Stéphane H. • Christine H. • Mana H. • Camille J. • Priscilla J. • Muriel L. • Céline L. • Gisèle L. • Christel L. • Emilie M. • Emmanuel M. • Isabelle M. • Rosalia M. • David O. • Brahim M. • Béréngère P. • Domitille P. • Patricia P. • Isabelle R. • Vanessa R. • Melissa S. • Thomas S. • Caroline S. • Alice S. • Anaïs Vh. • Anne W. • Vincent W. • Aurélie W. • Philippe V. • Stéphane R. • Patrice R. • Enso Dg. • Patrick S. • Jessica A. • Brigitte P. • Christine H. • Bertrand D. • Alice S. • Mélia C. • Anne W. • Priscilla J. • Cindy R. • Emmanuel M. • Vincent W. • Céline L. • Olivia De. • Margot G. • Vincent W. • Majdouline Eo. • Jennifer Fs. • Carole S. • Christelle L. • Marie Anne F. • Maria M. • Isabelle P. • Laurent V. • Sebastien C. • Jean Pierre G. • Nicole C. • Emilie C. • Cindy V. • Deborah M. • Sandy B. • Françoise H. • Michel L. • Melina M. • Arnaud V. • Nathalie P. • Caroline H. • Antonina M. • Anne S. • Coline M. • Benjamin D. • Mario L. • Floryan D. • Pierre V. • Audrey M. • Elise V. • Marie G. • Christophe A. • Evelyne G. • Celine F. • Aurelie N. • Neijma B. • Emeline B. • Stephanie V. • Odile N. • Frederic N. • Patrice J. • Christophe G. • Anne D. • Claudia C. • Jacques V. • Rosine H. • Leila M. • Mahamadou C. • Pauline C. • Delphine A. • Paul J. • Yacinthe E. • Charlène V. • Jean-Marc L. • Martini H. • Pascale M. • Ivan D. • Benjamin G. • Marie France M. • Frederique L. • Manuel L. • Véronique G. • Gregory M. • Marilyn D. • Jean-Paul D. • Pierre B. • Laurent P. • Déborah D. • Alice F. • Valérie D. • Jocelyne Vdb. • Fanny D. • Benjamin G. • Marie-Pascale V. • Christine D. • Françoise Dw. • Ivan D. • Christophe G.



Solidaris

Editeur responsable :

Jean-Pascal Labille

32-38 rue Saint-Jean, 1000 Bruxelles

Décembre 2018

Crédits photos : www.unsplash.com



Solidaris
Votre santé mérite le meilleur