

THÉMATIQUES

ENFANCE

ENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE

CULTURE

LOGEMENT

SANTÉ

EUROPE

MOBILITÉ

ÉNERGIE

JEUNESSE

FORMATION CONTINUÉE

EMPLOI

Nous aspirons à nous maintenir en meilleure santé possible et à ce que nous-mêmes et nos proches soient correctement soignés et aidés en cas de maladie ou en situation de dépendance éventuellement liée au grand âge. Nous sommes tous conscients que les services offerts principalement par le secteur non marchand public et associatif sont plutôt bien développés dans notre pays, mais nous percevons que beaucoup reste à faire pour répondre aux nouveaux besoins, améliorer la qualité, maintenir le lien avec l'environnement familial, et garantir le respect de la dignité des personnes de la part de tous les opérateurs. Ces aspirations au sujet de la santé montrent que notre développement socio-économique doit être davantage consacré à de tels services, financés par tous d'une manière suffisante, et traduisant une préférence pour le bien-être et la solidarité. En même temps, répondre à ces besoins qui augmentent avec l'allongement de la durée de vie et l'avancée en âge des générations du baby-boom permettra de développer des emplois dont il faut veiller à ce qu'ils soient de qualité pour les professionnels qui les occupent, ce qui doit permettre d'améliorer la qualité au bénéfice des usagers des services. Malgré les progrès réalisés en particulier en médecine préventive, la promotion de la santé et la prévention restent les parents pauvres de la politique de santé. Il y aurait certainement lieu d'investir plus, et de façon systématique, dans une approche qui traverse tant les politiques sociales et de santé que les autres politiques communautaires et régionales. Ceci devant permettre de réduire les grandes inégalités de santé qui sont observées.

QUELLES ÉTAIENT NOS REVENDICATIONS EN 2004 ?

En vue des élections de 2004, nous avons opéré une sélection de thématiques prioritaires pour notre campagne de sensibilisation. Dans le domaine de la santé, c'est l'hébergement des personnes âgées qui avait plus particulièrement été retenu.

Ainsi à cet égard, le MOC revendiquait en 2004 :

- une politique d'accès démocratique aux maisons de repos et centres d'accueil de jour comprenant une meilleure prise en charge des frais d'accueil et du coût du transport.
- une politique de transparence des prix pratiqués par les structures d'hébergement consistant à mener une étude sur les prix et à mieux contrôler le coût et la nature des suppléments réclamés aux résidents.

- une augmentation du personnel en MR et MRS¹, surtout pendant les gardes et les weekends, une meilleure considération de la personne âgée, et une application moins formelle et donc plus effective des initiatives régionales positives comme le conseil des résidents et le projet de vie.

Nous rappelons également nos revendications adressées au niveau fédéral liées à l'enjeu de l'accessibilité financière de ces infrastructures, à savoir, la création d'une assurance autonomie fédérale, la poursuite du relèvement des plafonds de revenus en matière d'allocation à la personne âgée (APA), et plus particulièrement l'octroi de forfaits de soins INAMI² aux centres d'accueil de jour, au même titre que les centres de soins de jour.

1 Maison de repos et maison de repos et de soins
2 Institut national d'assurance maladie invalidité.

QUELLES ÉTAIENT LES INTENTIONS POLITIQUES FIGURANT DANS LES DÉCLARATIONS DE POLITIQUE GÉNÉRALE DES GOUVERNEMENTS COMMUNAUTAIRES ET RÉGIONAUX ?

Pour les prochaines élections, nous mettons l'accent sur trois thématiques : l'hébergement des personnes âgées et des personnes handicapées, l'aide et les soins à domicile, et les politiques de promotion de la santé et de prévention. Quelles étaient à leur propos les intentions des gouvernements respectifs en 2004 ?

Hébergement des personnes âgées et des personnes handicapées

Le Gouvernement wallon avait mis l'accent sur la participation des aînés notamment par l'intergénérationnel, le maintien à domicile dans de bonnes conditions et la qualité de vie en structures d'hébergement.

Il comptait notamment augmenter les capacités en centres d'accueil de jour, de nuit et de court séjour et mettre en place un financement adapté de ces centres, tout en favorisant l'extension des résidences-services et appartements supervisés. Il voulait évaluer et poursuivre l'accord Fédéral-Régions permettant l'extension des structures de soins comme les MRS, les lits de court séjour ou les lits pour personnes comateuses.

Plusieurs éléments de son programme cherchaient à améliorer la qualité de vie dans les structures d'hébergement : modernisation et mise en conformité, associer le personnel et les résidents à l'évaluation des activités liées au projet de vie, stimuler la formation continue à travers l'agrément, améliorer l'encadrement des personnes présentant des troubles psychiques, renforcer la lutte contre la maltraitance. Le Gouvernement régional voulait aussi veiller à la transparence des coûts notamment par une ventilation claire des postes à facturer.

Pour ce qui concerne les personnes handicapées, le Gouvernement wallon prévoyait entre autres points la création et le développement des centres de crise et de court séjour, notamment pour soulager les proches ; la levée progressive du moratoire qui pèse sur les places d'accueil et d'hébergement et la mise en place d'une réflexion sur les politiques d'agrément et sur leurs impacts budgétaires, ainsi que sur les modes de subventionnement.

Pour Bruxelles, le Collège de la Commission communautaire française³ (COCOF) avait annoncé sans plus de détail vouloir « réorganiser l'accueil des personnes âgées » pour préserver leurs droits, leur garantir un

accueil sain et serein en institution, et aider ceux qui le veulent à rester à domicile avec éventuellement un accueil de jour.

Aide et soins à domicile

Le Gouvernement wallon avait annoncé vouloir assurer une information, une guidance et un soutien aux aidants-proches et leur permettre un meilleur accès aux aides à domicile. Afin de répondre à la croissance des besoins, il voulait également relever l'offre d'aides à domicile et assurer une « articulation optimale » entre les services d'aide et le système des titres-services, ce qui ressemblait à une formule plutôt vague de compromis. Il avait l'intention de renforcer le financement des services de coordination intégrée et d'associer l'ensemble des intervenants de première et de seconde ligne, dans des structures de concertation, afin d'améliorer l'offre de services. Par ailleurs, il souhaitait évaluer la qualité de la prise en charge à domicile et particulièrement de garantir la disponibilité et la qualité des services de télé-vigilance.

La COCOF se proposait de mieux articuler les politiques sociales et de santé des différents pouvoirs à travers une concertation institutionnelle avec la Région bruxelloise et la Commission communautaire commune⁴ (COCOM), d'évaluer l'offre des services reconnus d'aide sociale et de santé par rapport aux besoins, de favoriser les pratiques en réseau et une meilleure intégration des aides familiales et des aides ménagères au sein du secteur et d'instaurer éventuellement des agréments de services plus généralistes de l'aide aux personnes et de la santé. Par ailleurs, elle comptait revoir le volume d'heures subsidiées, les profils de fonction et l'offre de formation pour les travailleurs. Enfin, elle avait l'intention de créer une maison de répit pour les familles avec enfants malades.

Promotion de la santé et prévention des risques de santé

Le Gouvernement de la Communauté française annonçait en début de législature toute une série d'actions dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention :

- un développement de la recherche épidémiologique ;
- l'amplification de l'éducation à la santé dès le plus jeune âge ;
- l'amélioration de la prévention et du dépistage du cancer : élargissement du public visé et dépistages systématiques ;
- le lancement d'un plan d'accès à la vaccination pour toutes les catégories d'âge, un renforcement

3 La Commission communautaire française est compétente pour les institutions monocommunautaires francophones de la Région bruxelloise et pour certaines matières qui depuis 1994 ont été transférées de la Communauté française.

4 La Commission communautaire commune règle et gère certaines matières communautaires communes aux deux communautés linguistiques à Bruxelles et en particulier les institutions bicommunautaires.

des campagnes d'information du grand public et un suivi épidémiologique de la couverture vaccinale des enfants ;

- des campagnes de sensibilisation pour une alimentation saine et la pratique du sport, la mise en place d'un Conseil de l'alimentation saine chargé de la sensibilisation, notamment dans les écoles et les milieux d'accueil de l'enfance ;
- la poursuite de ses actions d'information et de responsabilisation des jeunes sur l'usage de l'alcool, de la drogue et du tabac ;
- le renforcement des programmes de prévention des MST ;
- une actualisation des programmes d'éducation sexuelle et affective dans l'enseignement ;
- une prévention renforcée contre le suicide des jeunes en particulier ;
- la promotion de la santé des personnes âgées, visant leur autonomie, ainsi que la formation d'une personne par institution en matière de prévention de la maltraitance.

De son côté, le Gouvernement wallon prévoyait de renforcer les réseaux et services spécialisés en assuétudes et dans la réinsertion des toxicomanes. Quant au Collège de la COCOF, il se fixait une approche globale en déclarant son intention d'évaluer les services apportés par différents services de santé (services ambulatoires, santé mentale, maisons médicales, centres de lutte contre les toxicomanies, centres de planning familial,...), de renforcer le rôle des médecins de première ligne et la prévention, de développer la démarche d'action communautaire et le travail en réseau, d'améliorer l'intégration des soins, et de favoriser une prise en charge la plus précoce des toxicomanies et la diminution des risques.

ELÉMENTS D'ÉVALUATION DES POLITIQUES MISES EN ŒUVRE

Plus que dans d'autres domaines, les politiques menées en matière de santé sont très dispersées : elles réclament dès lors des évaluations systématiques avec, pour soucis principaux, la cohérence de la politique de soins et d'aide aux personnes âgées, la couverture des besoins actuels et futurs, l'efficacité des modes de financement des institutions, ainsi que la lisibilité du champs de la santé et du social, devenu trop complexe pour l'usager comme pour le professionnel.

En second lieu, il apparaît que le choix du cadre de vie des personnes devenues dépendantes est souvent contraint par des coûts trop élevés et par l'insuffisance de l'offre.

Les différents services à domicile sont bien souvent impayables dans leur totalité. Le contingentement des heures d'aide familiale ne permet pas un service équitablement réparti suivant les besoins des personnes.

Quant au prix moyen d'une solution d'hébergement, il doit souvent être partiellement financé par la famille ou par le CPAS. L'insuffisance du contrôle des coûts et donc des prix et des suppléments demandés aux résidents des maisons de repos ajoute au problème.

Tout cela justifie qu'une assurance autonomie financée par la solidarité de tous doive être organisée au niveau fédéral, et qu'une telle décision soit prise dans les mois qui viennent, à l'issue des négociations communautaires.

Si le nombre d'hébergements de court séjour s'est accru, il manque de structures alternatives d'hébergement et de solutions d'attente ou de répit. Les solutions de soutien aux proches sont encore peu développées et chacune offre une couverture insuffisante des besoins. Par ailleurs, certaines initiatives ne sont pas encore encadrées par des normes légales de qualité. On peut aussi déplorer que parfois la concurrence entre réseaux institutionnels et entre opérateurs empêche les coopérations utiles. Ces coopérations sont encore plus cruciales dans les sous-régions rurales et/ou mal desservies.

La qualité des conditions de travail et d'emploi comme la qualité des services et des conditions d'hébergement ne bénéficient pas d'un contrôle suffisant dès lors que le personnel d'inspection est trop peu nombreux. Sont mis en concurrence des opérateurs qui n'offrent pas les mêmes garanties de qualité : des services agréés souvent multifonctionnels ou bien intégrés dans un réseau et organisant la formation continue de leur personnel et l'évaluation de la qualité, des professionnels indépendants, et des services purement privés, dont l'objectif est de faire du commerce et du profit. La concurrence s'avère déloyale du fait que les pouvoirs publics ne financent pas spécifiquement les démarches de qualité.

D'autre part, lorsque la coordination et la continuité n'est pas organisée de façon centrale, le réseau qui se constitue autour du patient n'offre pas toujours les garanties que celui-ci serait en droit d'attendre. Au vu des multiples partenariats institutionnels plus ou moins formels qui se mettent en place, on peut douter que les patients et leur entourage aient toujours accès à une information appropriée. En particulier, il y a un défaut de coordination en santé mentale en ce qui concerne la prévention et les soins ambulatoires et à domicile.

Enfin, il manque une véritable programmation mettant en œuvre dans toutes les politiques une approche transversale de prévention et de promotion de la santé, qui détermine les objectifs, les priorités et l'affectation des ressources à y consacrer. Car beaucoup d'affections

sont évitables ou pourraient être retardées ce qui serait un moyen important de réduire la trop forte inégalité sociale d'état de santé.

NOS PISTES DE REVENDEICATIONS POUR LA PROCHAINE LÉGISLATURE

De manière générale

- Le MOC souhaite un investissement beaucoup plus important dans la promotion de la santé et dans la prévention. Eviter les problèmes de santé et en retarder ou en limiter les effets sur le bien-être des personnes doit aussi être un objectif pour les services et institutions de santé. Une telle démarche peut être mise en œuvre en cherchant à réduire les inégalités sociales de santé. Le MOC souhaite par ailleurs que les gouvernements œuvrent à un plan pour le respect des personnes soignées dans les institutions tant au niveau de leur santé que de celui de leur qualité de vie.
- Le MOC demande que les politiques régionales et communautaires visent une approche sociale et positive du vieillissement et veillent à ce que chaque personne ait vraiment le droit de choisir sa manière de vivre la dernière partie de son existence. Dans cette optique, la formation de base des professionnels de santé doit comprendre une information sur le vieillissement, ses pathologies et l'importance de l'écoute et du dialogue.
- Les gouvernements doivent chercher à répondre aux besoins sociaux et sanitaires qui ne sont pas assez rencontrés. Cela permettrait de développer l'emploi dans les services non-marchands publics et associatifs, en particulier dans les soins aux personnes âgées, mais aussi dans les aides et les soins à domicile pour toute la population. C'est une des voies majeures d'une économie plus orientée vers les besoins humains, le bien-être, et le mieux-vivre ensemble.
- Les emplois de ces services doivent être de qualité, et les services doivent également répondre à des critères de qualité qui doivent être régulièrement contrôlés grâce à un renforcement des services d'inspection ainsi qu'au suivi des constats effectués. Les subventions doivent suivre l'évolution des coûts salariaux et les exigences de qualité. Il y a lieu également d'assurer une meilleure répartition des professionnels, services et institutions de santé sur le territoire au départ d'un cadastre fiable.
- L'accessibilité financière de ces services et institutions devrait être renforcée, grâce à de meilleurs ou de nouveaux remboursements INAMI, et à une assurance autonomie fédérale⁵. En attendant, dans la mesure du possible, les Régions et Communautés doivent relever leur subsidiation pour ce qui ressort de leurs compétences et éventuellement offrir un soutien financier aux personnes.
- Le MOC demande de limiter drastiquement l'usage des titres-services à leur fonction initiale, c'est-à-dire, pour ce qui concerne l'aide à domicile de nature ménagère, le nettoyage, la lessive et le repassage, les petits travaux de couture occasionnels et la préparation de repas. Les titres-services ne peuvent donc se substituer aux services sociaux ou de soins aux personnes, qui doivent offrir toutes les garanties de professionnalisme, de qualité, et de sécurité nécessaires. Le MOC souhaite par ailleurs que les autorités assurent l'égalité de traitement entre le secteur public et le secteur associatif, et cherchent à privilégier la coopération et la complémentarité au service des usagers, dans l'esprit de la charte associative.
- Un autre enjeu pour les prochains gouvernements est de programmer un développement des services et institutions qui épouse l'évolution de la population des sous-régions et notamment le rythme de vieillissement de leur population, afin d'augmenter et au moins de maintenir le taux de couverture des besoins par des services de proximité non-marchands. Le besoin actuel de soutenir puis de relancer l'activité et l'emploi est une opportunité pour les gouvernements de soutenir financièrement les services, résidentiels ou non, qui doivent renouveler ou rénover leurs équipements et infrastructures, et de les aider à investir dans les économies d'énergie.
- Enfin, le MOC demande de remédier au manque de lisibilité du champ socio-sanitaire, par sa simplification, une vision plus intégrée et une approche davantage concertée visant la complémentarité dans le cadre du partenariat entre le secteur public et le secteur associatif, et une meilleure information de la population.

Hébergement des personnes âgées ou handicapées

Plus particulièrement pour le secteur de l'hébergement, le MOC revendique notamment :

- 5 Mettant fin aux situations engendrées par une assurance autonomie uniquement flamande ; particulièrement à Bruxelles (exemple : par souci budgétaire, des CPAS font pression sur des institutions pour se faire reconnaître dans le secteur bicommunautaire (COCOM) et sur des allocataires sociaux pour s'inscrire à l'assurance flamande).

- Un soutien significatif aux efforts des institutions pour améliorer la qualité, notamment par des incitants, et à travers l'intégration de cette dimension dans la formation du personnel.
- Une législation sur l'hébergement alternatif et la garantie d'un accompagnement ou d'un hébergement temporaire à toute personne en attente de placement.
- Une évaluation de la maîtrise des coûts en lien avec celle de la qualité dans les institutions privées marchandes.
- La mise en place dans des MR et MRS d'unités spécialisées dans la prise en charge des résidents désorientés, ainsi que le développement effectif des soins palliatifs en MRS.
- Une programmation pluri-annuelle d'ouverture de nouvelles places en centres de jour et d'hébergement de manière à répondre aux besoins non couverts de la population des personnes handicapées avec, en région bruxelloise, une priorité accordée aux personnes se trouvant en situation de grande dépendance.
- La mise en place de conseils de résidents dans toutes les institutions d'hébergement, quel que soit le handicap des personnes hébergées.

Aide et soins à domicile

Les revendications spécifiques du MOC pour l'aide et les soins à domicile sont principalement :

- Une évaluation des besoins en matière de court séjour, de centres d'accueil de jour ou de nuit, de gardes à domicile de jour et de nuit, d'aide-familiale, conduisant à développer les services là où ils sont en nombre insuffisants.
- L'adoption d'un outil d'évaluation des besoins individuels de soins et d'aide à domicile, comme alternative aux quotas d'heures, et, dans l'attente, permettre un dépassement du plafond d'heures d'aide familiale pour les patients les plus dépendants. Un meilleur financement des heures inconfortables est également nécessaire.
- Qu'on ne tienne plus compte des allocations d'intégration et d'aide à la tierce personne pour fixer l'intervention du bénéficiaire d'aides familiales, et instaurer une réduction pour les revenus moyens.
- Améliorer le statut de l'aidant sans nuire au développement de l'emploi ni induire le retour du modèle de la femme au foyer. Assurer un meilleur soutien aux aidants, par des services de type guidance

ou solution de répit, encore très insuffisants, trop coûteux et méconnus. En particulier, reconnaître la télé-assistance comme maillon indispensable et subventionner les adaptations du domicile.

- Une meilleure reconnaissance des coordinations de terrain et un soutien aux opérateurs offrant un service plus diversifié et plus souple.
- Pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, veiller à ce qu'un accompagnement à domicile financièrement accessible soit assuré, éventuellement par les services de soins à domicile, en collaboration avec un centre de santé mentale ou un hôpital. Il est aussi nécessaire de prévoir des structures d'accueil d'urgence là où elles font défaut. Un soutien particulier doit être assuré aux personnes âgées malades mentales et à leur entourage. Il y a lieu également d'améliorer la coordination tant de la prévention que des soins de santé mentale ambulatoires et à domicile, en lien avec les services sociaux, ainsi que de renforcer le soutien et le conseil spécialisés. Enfin, la réponse aux besoins en santé mentale doit être programmée en tenant compte des liens avec la pauvreté.
- Assurer des services de transport pour les personnes malades ou handicapées, suffisants et financièrement accessibles, en particulier dans les régions rurales, et poursuivre les efforts pour permettre l'accès et l'usage des transports publics en toute sécurité.
- Renforcer le financement des services d'aide et soins à domicile afin qu'ils puissent répondre de manière plus souple aux attentes des familles et des personnes handicapées, notamment au travers du dispositif de budget d'assistance personnelle nouvellement mis en place.

Promotion de la santé et prévention des risques de santé

Le MOC revendique notamment les actions et les approches suivantes :

- Un plan concerté avec les hôpitaux de réduction drastique des maladies nosocomiales contractées lors d'une hospitalisation.
- Une amélioration de la subsidiation des centres de service social, notamment mutualistes, permettant notamment de faire face aux situations vécues par les personnes fragilisées socialement ou de par leur état de santé, ainsi que l'intégration de ces centres dans une politique cohérente à l'égard de ces publics. Un effort d'information des personnes défavorisées sur leurs possibilités en matière de rem-

boursement et de réduction des frais de santé doit également être fait.

- Améliorer et harmoniser l'aide médicale urgente, afin d'établir le droit à la santé pour tous, y compris les « sans-papier », grâce à une diffusion de bonnes pratiques.
- Développer par la formation initiale et continue les pratiques de dialogue entre professionnels et patients, ainsi que des actions de prévention et de promotion de la santé à travers l'éducation permanente en privilégiant les groupes défavorisés.
- Renforcer les campagnes de dépistage et d'information sur les vaccins : surtout cancer du sein, cholestérol, tétanos et grippe.
- Accroître fortement la prévention de l'obésité par les modes de vie et de consommation et les activités physiques.
- Mettre au point des mesures de médecine préventive pour retarder les déficiences dues à l'âge (bilan annuel, kinésithérapie, exercices physiques recommandés,...).
- Un renforcement des mesures d'information sur la contraception pour les jeunes, et des campagnes de prévention des MST, avec une attention aux différences sociales et culturelles.
- Favoriser la création de groupes de paroles pour les personnes touchées par certains problèmes de santé physique ou mentale (la dépression, entre autres).
- Une meilleure information sur les services disponibles en matière de prévention.
- Prendre en considération les différences socioculturelles afin que la prévention et la promotion de la santé soient également efficaces pour les milieux populaires, les populations d'origine immigrées et les personnes socialement défavorisées.

Enfin, le MOC souhaite attirer l'attention sur l'importance d'une approche transversale de la promotion de la santé et de la prévention, la santé étant considérée dans sa dimension globale. Toutes les politiques doivent être élaborées avec le souci permanent de réduire les effets négatifs sur la santé et de développer en revanche les impacts positifs potentiels.

Les mauvaises conditions de travail, la précarité de l'emploi, l'insécurité en matière de mobilité, la solitude et le manque de lien social, les pollutions, la mauvaise qualité des logements, sont quelques-uns parmi les facteurs négatifs sur lesquels il faut agir. Cela demande des actions dans la vie quotidienne, comme initier des pratiques innovantes de concertation de terrain pour améliorer la qualité de vie et lutter contre les situations sources de mal-être (dans les entreprises, les services publics, les logements sociaux, les maisons de repos, les quartiers,...).

Il convient enfin de soutenir et encourager les activités d'éducation permanente, la participation citoyenne et culturelle, des activités intra et intercatégorielles favorisant l'inclusion et le lien social, le respect et la considération mutuelle, en particulier au bénéfice des jeunes et des adolescents, des personnes âgées, des personnes handicapées, et des primo-arrivants.

