

3ème partie : Un nouveau pacte entre les Belges pour renforcer le bouclier social

1. Exiger de nouvelles solidarités

Face au délitement du lien social, à la crise du sens collectif, à la montée des égoïsmes, aux inégalités sous toutes ses formes, nous opposons la force de nouvelles fraternités, la volonté d'une solidarité qui non seulement s'organise par la sécurité sociale mais aussi par l'initiative de solidarités citoyennes. De nouvelles fraternités, de nouvelles générosités, une nouvelle acception forte de la solidarité, etc. Autant d'objectifs portés par notre H d'humanistes, autant de valeurs à porter, autant d'urgences à rencontrer.

A. Garantir un niveau de vie décent aux bénéficiaires des allocations sociales

En Belgique, 15% de la population, soit plus d'une personne sur sept, perçoit un revenu disponible, après transferts sociaux, en-dessous du seuil de risque de pauvreté. Ce pourcentage n'a pas évolué de 2003 à 2009.

La faiblesse des montants des allocations sociales apparaît clairement à l'origine de ces performances, en particulier les montants octroyés dans le cadre du droit à l'intégration sociale, mais aussi le revenu garanti aux personnes âgées, l'indemnité d'invalidité, le revenu garanti aux personnes handicapées, etc. Le niveau de ces allocations sociales est manifestement insuffisant pour permettre aux bénéficiaires de mener une vie décente compte tenu des dépenses difficilement compressibles (logement, eau, gaz, électricité, téléphone, facture diverses, etc.).

Sous la dernière législature, le Gouvernement a fait état à plusieurs reprises sa volonté de lier les allocations au bien-être. Plusieurs revalorisations ponctuelles ont ainsi eu lieu. Mais ces améliorations n'ont pas été suffisantes pour garantir le maintien du pouvoir d'achat et du niveau de vie. Ainsi, les minima de pension et de la garantie de revenu aux personnes âgées pour les cohabitants sont toujours inférieurs au seuil de pauvreté.

Le gouvernement avait promis d'instaurer un mécanisme structurel de liaison au bien-être des allocations sociales, et en particulier des pensions. Malheureusement, au final, il ne s'agit plus que d'une adaptation partielle au bien-être. En effet, plutôt que d'affirmer le principe dans la loi, on s'en remet à la concertation sociale avec une enveloppe fermée totalement insuffisante.

Face à ces constats, le cdH s'engage à relever le niveau de vie des personnes précarisées, en particulier :

- Par la liaison au bien-être, les personnes bénéficiaires du revenu d'intégration, d'allocations de chômage, d'indemnités de maladies professionnelles ou d'accidents du travail, de pensions, d'allocations de personnes handicapées verront leurs allocations augmenter ;
- Les personnes bénéficiaires de minima sociaux verront leurs revenus situés 10% au-dessus du seuil de pauvreté, actuellement fixé à 878 euros par mois pour une personne isolée. (A ce sujet, voir les points sur les victimes d'accidents du travail, de maladies professionnelles et les personnes en invalidité, les allocations pour personnes handicapées et les pensions)

1) Une véritable liaison au bien-être des allocations sociales

Le cdH propose de :

- Réaliser une liaison structurelle, automatique et intégrale aussi rapide que possible du niveau des allocations sociales à l'évolution du bien-être afin d'éviter un décrochage du niveau de vie des allocataires sociaux par rapport à celui de l'ensemble de la population active. Seul un tel mécanisme permettra d'éviter que le taux de pauvreté en Belgique ne s'accroisse toujours plus ;
- Poursuivre dans la voie de la revalorisation des minima sociaux ;
- Prévoir une plus grande uniformisation des plafonds de revenus sur la base desquels sont calculées les indemnités de remplacement.

2) Une meilleure couverture pour les victimes d'accidents du travail, de maladies professionnelles et les personnes en invalidité

Les allocations pour les victimes d'accidents de travail et de maladies professionnelles, principalement les plus anciennes, sont particulièrement faibles et fortement en-dessous du bien-être général. Par ailleurs, le plafond salarial des victimes d'accidents du travail et d'une maladie professionnelle n'est plus adapté aux salaires réels.

Le cdH propose :

- D'aligner le plafond salarial pour les maladies professionnelles et les accidents du travail sur celui fixé pour les indemnités d'invalidité, et adapter ce plafond régulièrement à l'évolution du bien-être ;
- Actualiser la liste actuelle des maladies professionnelles reconnues ;
- Octroyer une indemnité aux taux chef de famille dans les ménages où les deux partenaires sont invalides ;
- Pour les personnes en invalidité : augmenter l'indemnité minimum des chefs de ménage en invalidité de 150 euros par mois afin d'atteindre le niveau du seuil de pauvreté, instaurer un pécule de vacances de 250 euros payable chaque année au mois de mai pour les personnes en invalidité, en s'inspirant du pécule de vacances octroyé aux pensionnés et majorer le supplément social aux allocations familiales des personnes en invalidité de 100 euros par enfant et par mois.

B. Lutter contre la précarité

Le cdH considère que lutter contre la pauvreté ce n'est pas la diminuer en acceptant tacitement son existence, c'est miser sur sa suppression car elle est indigne de notre société développée. Pour y arriver, nous devons considérer comme prioritaire d'y affecter les moyens nécessaires.

1) Faire de la lutte contre la pauvreté une priorité

a. Mettre en place une politique globale et transversale de lutte contre la pauvreté. Objectif : moins 50% de pauvreté en 10 ans

Le premier rapport général sur la pauvreté a débouché, en 1998, sur un accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions dans lequel les parties s'engagent, à poursuivre et à coordonner leurs politiques de lutte contre la pauvreté de façon durable et coordonnée.

Le cdH propose de :

- Mettre sur pied un plan national pluriannuel de réduction de 50 % de la pauvreté d'ici 10 ans ;
- Optimiser le fonctionnement de la Conférence Interministérielle pour l'Intégration Sociale afin de mettre en place une action concertée de l'ensemble des niveaux de pouvoir avec des objectifs chiffrés et des évaluations externes constantes sur la réalisation des objectifs ;
- Assurer un véritable suivi du rapport pauvreté en organisant une réflexion permanente et en définissant des programmes d'action qui s'inscrivent dans le court, le moyen et le long terme.

b. Instaurer une vision plus humaniste de l'accompagnement social

L'objectif est d'intervenir plus en amont des difficultés pour prévenir le risque de pauvreté, « accompagner » en tenant compte de la personne dans sa globalité et considérer les services sociaux comme coresponsables de l'action.

Le cdH propose :

- D'adopter une politique de « coaching social » remplaçant la valorisation et la responsabilisation des personnes aidées au sein de la politique d'aide sociale.

c. Diminuer le nombre d'enfants pauvres

Aujourd'hui, en Belgique, 17% des enfants (0 à 15 ans) vivent en-dessous du seuil de pauvreté. Pour le cdH, investir dans ces enfants c'est investir dans le capital social et humain qui sert de fondement à la collectivité, à l'insertion et à la qualification.

Le cdH propose :

- D'imposer à chaque début de législature la publication par le gouvernement du taux de pauvreté des enfants et de proposer un programme annuel, avec évaluation, pour le réduire.

2) Faire des CPAS de véritables partenaires et moteurs d'insertion

Au-delà de leur rôle d'assistance financière, les CPAS doivent de plus en plus devenir des moteurs actifs d'insertion dont l'objectif est de remettre les allocataires sociaux debout et insérés dans la vie active. Ils doivent également devenir de plus en plus des partenaires actifs et dynamiques qui impliquent les allocataires comme acteurs clés de la démarche d'insertion.

a. Vers une politique d'autonomisation

Un accompagnement social de qualité, une politique efficace d'insertion socioprofessionnelle, une lutte contre les phénomènes d'exclusion sociale, culturelle ou technologique sont autant de leviers à actionner pour permettre à chacun d'être acteur de sa vie.

a.1. Impliquer l'utilisateur comme acteur principal de son accompagnement

Aujourd'hui, l'accompagnement social est susceptible d'intervenir dans tous les domaines et à toutes les étapes de la vie personnelle, familiale, professionnelle d'un individu. Dès lors, les personnes les plus pauvres sont généralement « suivies » par de multiples travailleurs sociaux. L'objectif est de les impliquer pour qu'ils participent activement à leur propre projet d'aide et de réinsertion.

Le cdH propose de :

- Prévoir la supervision de tout accompagnement social par un assistant social de référence et soutenir l'élaboration d'instruments et de méthodologies communs à tous les services sociaux ;
- Considérer l'information des usagers comme une priorité du travail social. Bien souvent, les personnes, faiblement scolarisées, éprouvent des difficultés à comprendre les conditions d'octroi, les procédures, etc. A cet égard, il faudra encourager la diffusion de messages clairs, simples et compréhensibles concernant les services d'aide offerts ;
- Développer des indicateurs de « qualité de l'accompagnement social » ;
- Mettre en œuvre une évaluation de la pratique de la contractualisation de l'aide sociale.

a.2. Renforcer les mesures d'insertion socio-professionnelle

L'emploi constitue aujourd'hui le meilleur rempart contre la pauvreté et le meilleur tremplin vers l'autonomie et l'indépendance. Un travail de qualité est une condition essentielle d'épanouissement personnel et de reconnaissance sociale dans la société. Les CPAS s'affirment aujourd'hui comme de véritables outils de remise à l'emploi (voir partie I).

Le cdH propose de :

- Promouvoir la formation qui fait encore trop souvent défaut en renforçant l'aspect qualifiant des actions de mise à l'emploi ;
- Assurer une offre de formation suffisante et adaptée aux moins qualifiés ;
- Elaborer un plan de stimulation scolaire et de formation pour les jeunes bénéficiant d'un revenu d'intégration ;
- Mieux informer les bénéficiaires sur l'état du marché du travail afin qu'ils tiennent compte des fonctions critiques ;
- Renforcer le développement proactif des actions de mise à l'emploi en coordination avec les futures Maisons de l'emploi et soutenir les initiatives d'économie sociale, en partenariat avec les centres d'entreprise.

a.3. Favoriser la participation sociale et l'épanouissement culturel et sportif des usagers des Centres publics d'action sociale

Les CPAS peuvent recevoir une subvention en vue de favoriser la participation sociale et l'épanouissement culturel et sportif de leurs usagers.

Le cdH propose :

- D'évaluer l'application sur le terrain des mesures de promotion de la participation sociale et l'épanouissement culturel et sportif des usagers des CPAS et, le cas échéant, augmenter la subvention octroyée aux CPAS ;
- Encourager les centres publics d'action sociale à conclure des conventions de coopération avec des organisations qui ont pour but la promotion de la participation sociale, culturelle et sportive des personnes défavorisées ;
- Développer l'utilisation des chèques-culture, à l'instar des chèques-sport, auprès des usagers des CPAS ;
- Dresser un cadastre de l'offre culturelle visant les personnes défavorisées et l'évaluer.

b. Améliorer la qualité de l'encadrement social

b.1. Revaloriser le statut des acteurs sociaux

Depuis 1975, le nombre de bénéficiaires du minimex, devenu revenu d'intégration, est en augmentation constante. Or, le personnel n'augmente pas dans une même mesure. En effet, si celui-ci a doublé entre 1976 et 2004 et passe de 42 000 à 82 000 agents, le nombre de dossiers a lui décuplé, passant de 8 500 bénéficiaires en 1975 à 80.600 en 2005.

Le cdH propose de :

- Soutenir l'engagement d'un nombre croissant d'assistants sociaux ;
- Répertoire les besoins en formation des acteurs sociaux et les renforcer pour qu'ils puissent faire face au caractère multidimensionnel de la pauvreté, à l'évolution des législations, etc. ;
- Revoir la reconnaissance barémique des assistants sociaux ;
- Accorder une plus grande place dans les programmes d'études aux matières qui touchent de près la pauvreté (médecins, avocats, etc.) ;
- Conclure des partenariats avec les acteurs associatifs locaux.

b.2. Améliorer l'accueil au sein des CPAS

De nombreux services manquent d'infrastructures suffisantes, notamment d'espaces de rencontre qui garantissent le secret des entretiens et permettent d'assurer un accueil de qualité.

Le cdH propose :

- D'établir un état des lieux des procédures d'accueil et les harmoniser ;
- Raccourcir les délais d'attente et garantir la confidentialité ;
- Mieux former les préposés à l'accueil.

b.3. Mieux répondre aux situations d'urgence

Il semble qu'actuellement, le traitement des demandes d'aide d'urgence par les CPAS prend beaucoup trop de temps (3 à 6 semaines dans certains cas).

Le cdH propose de :

- Réaliser dans chaque CPAS un premier accueil d'urgence de chaque situation ;
- Créer des services d'information et d'orientation et un dispositif mobile pour les situations d'urgence, fonctionnant 24h/24.

b.4. Mieux évaluer l'action des CPAS

La connaissance des données relatives au domaine de l'aide sociale est une condition nécessaire à la mise en œuvre d'actions réellement efficaces. Or, il n'existe actuellement pas d'uniformisation des données collectées par les CPAS.

Le cdH propose de :

- Systématiser le recueil des données statistiques collectées par les CPAS ;

- Evaluer l'action des CPAS et l'accompagner d'une mise en perspective des conditions (moyens et environnement socio-économique) dans lesquelles il met en œuvre ses missions. Il est aussi nécessaire d'analyser l'évolution des demandes adressées au CPAS et des réponses qui y sont apportées pour faire émerger l'existence de nouvelles problématiques sociales.

c. Augmenter les moyens financiers des CPAS

Actuellement le remboursement du RIS par l'Etat fédéral équivaut à 50 % pour les CPAS comptant moins de 500 ayants droits. Il s'élève à 60 % pour les CPAS comptant au moins 500 ayants droits et à 65 % lors qu'ils en comptent au moins 1000.

Le cdH propose :

- D'augmenter les taux de remboursement du revenu d'intégration par le fédéral et lier l'octroi de remboursements privilégiés à la condition de pouvoir justifier d'un encadrement minimal en travailleurs sociaux.

4) Développer des politiques sociales cohérentes

De manière générale, les professionnels de l'action sociale, qu'ils soient publics ou privés, doivent être coordonnés dans le souci d'une meilleure qualité et d'une plus grande efficacité des services rendus à la population.

Le cdH propose :

- D'intensifier et clarifier les relations des CPAS avec les autres services d'aide aux personnes et de la santé et créer des coordinations locales ;
- Evaluer la diversité des pratiques de l'aide sociale et envisager la possibilité d'une harmonisation de celles-ci ;
- Evaluer les initiatives de coordinations sociales dans les Régions bruxelloise et wallonne ainsi que la politique sociale locale en Région flamande.

5) Lutter contre le surendettement

On peut considérer le surendettement comme un phénomène se situant à l'intersection de plusieurs facteurs : de faibles revenus combinés à une plus grande accessibilité aux possibilités de crédit, peuvent donner naissance à des dettes disproportionnées par rapport aux moyens financiers disponibles.

a. Mieux connaître le phénomène du surendettement

Etudier de façon approfondie le phénomène du surendettement nous permettra de mieux en évaluer l'étendue, d'analyser ses causes et mettre en place des politiques pertinentes et adaptées.

Le cdH propose de :

- Disposer d'une source unique d'information statistique afin de mettre en œuvre les politiques adéquates ;
- Mettre en place un recensement clair et complet des différents types de dettes à l'instar de ce qui se fait pour les dettes liées au crédit à la consommation.

b. Accorder une place majeure à la prévention

Pour le cdH il faut aussi et surtout agir à la base et prévenir les causes du surendettement en luttant contre la pauvreté et contre l'exclusion sociale et financière.

Le cdH propose :

- D'agir sur les causes du surendettement liées à la pauvreté ;
- Promouvoir les formules de crédit social afin de lutter contre l'exclusion au niveau de l'accès à la consommation ;
- Améliorer le système d'octroi des avances accordées par le Service des créances alimentaires (SECAL), en étendant l'attribution aux ex-conjoints et en revoyant les plafonds d'octroi afin d'élargir le nombre de bénéficiaires ;
- Généraliser la prévention dans les cycles de formation des adultes et dans les programmes scolaires ;
- Prévoir un budget récurrent suffisant destiné aux campagnes de sensibilisation au niveau fédéral ;
- Renforcer le contrôle de l'application des mesures contre les publicités abusives et les sanctions ;
- Développer et améliorer les campagnes de sensibilisation et de prévention dans le domaine du crédit à la consommation, en partenariat avec le secteur associatif.

c. Investir davantage dans les outils de lutte contre le surendettement

Le cdH propose de :

- Rationaliser les dispositifs pour une meilleure maîtrise du financement du secteur et favoriser la simplification administrative ;
- Faire davantage connaître la loi instaurant un service bancaire minimum.

d. Consolider les mesures protectrices en matière de crédit à la consommation et en matière de crédit hypothécaire

La législation en matière de crédit à la consommation a été réformée en profondeur par le gouvernement Leterme. Cette réforme prévoit une amélioration d'un certain nombre de mesures visant à informer et protéger le consommateur mais qui se sont s'étaient révélées insuffisantes.

Le cdH propose :

- D'évaluer la nouvelle législation sur le crédit à la consommation principalement en matière de publicité ;
- Imposer une remise à zéro périodique des lignes de crédits qui n'exigent pas de remboursement annuel en capital. Cette obligation devrait être clairement annoncée au consommateur-emprunteur dès le début du contrat et l'échéance devrait être rappelée dans tous les relevés mensuels intermédiaires pour éviter que le consommateur ne soit pris par surprise ;
- Etudier la mise en place d'un système de faillite personnelle de la personne physique ;
- Interdire de lier l'octroi d'une ouverture de crédit à l'ouverture d'un compte bancaire ;
- Vérifier le respect de l'obligation d'information et de conseil du prêteur ;
- Réformer la loi sur le crédit hypothécaire en vue d'y intégrer de nouvelles mesures protectrices du consommateur ;
- Interdire toute possibilité de lier l'octroi d'un taux d'intérêt préférentiel à la souscription de produits annexes à un crédit ;

- Rendre les règles applicables à la publicité des crédits hypothécaires aussi strictes que celles d'application en matière de crédit à la consommation ;
- Améliorer les conditions en cas de remboursements anticipés ;
- Imposer un délai de réflexion minimum de 7 jours entre la proposition et la signature de tout crédit à la consommation.

e. Défendre au niveau européen un haut niveau de protection des consommateurs en matière de crédit

La Commission européenne souhaite harmoniser le cadre réglementaire européen du crédit aux consommateurs et du crédit hypothécaire. De manière générale, il est à craindre toutefois qu'une telle harmonisation se fasse au détriment des garanties offertes dans certains pays en faveur des consommateurs comme c'est le cas en Belgique.

Le cdH propose de :

- Défendre au niveau européen, le maintien d'une liberté d'action de chaque Etat membre pour prendre des mesures protectrices à l'égard des consommateurs en matière de crédit hypothécaire ou de crédit à la consommation.

C. Développer la responsabilité solidaire et une nouvelle fraternité

1) Développer la responsabilité sociétale des entreprises

Voir partie 1, Chap. 3 - Promouvoir une gestion plus humaine des entreprises.

2) Soutenir les « initiatives » du cœur

Au cdH, nous avons toujours souhaité développer une société où l'action associative peut exister avant ou en tous cas en même temps que l'action des pouvoirs publics. Cette « société civile organisée » doit être soutenue, encouragée et développée.

a. Mettre en place un Service citoyen volontaire

Un service de solidarité volontaire permettrait aux jeunes de vivre une expérience enrichissante qui contribuera à renforcer un sentiment d'appartenance à une société et affirmera les liens sociaux, contre les excès de l'individualisme.

Le cdH propose de :

- Développer un Service citoyen volontaire pour les jeunes de 18 à 25 ans qui consiste en l'exercice d'une tâche d'intérêt général, pendant une période de six à douze mois, dans les domaines de la solidarité et de l'aide aux personnes dans les services associatifs ou publics et, en dehors des frontières, dans le secteur de la coopération ;
- Intégrer la durée de ce service volontaire dans la période de stage d'attente pour le chômage du jeune volontaire (chaque journée équivaldra à une journée et demi du stage d'attente) ;
- Faire bénéficier le volontaire d'une indemnité ;
- Donner le droit au bénéfice de la gratuité des transports publics pour les trajets du domicile du volontaire vers le lieu de service.

b. Créer un fonds d'impulsion des initiatives citoyennes nouvelles

De nombreux projets ne bénéficient malheureusement pas d'une reconnaissance suffisante pour espérer pouvoir bénéficier directement d'aides publiques. Par ailleurs, les promoteurs de microprojets, appelés à se développer, ont parfois simplement besoin d'une aide limitée, tant en moyens que dans le temps, pour concrétiser leurs idées.

Le cdH propose de :

- Créer un fonds d'impulsion des initiatives citoyennes nouvelles. Ce fonds aurait deux missions :
 - o Prodiguer des conseils aux personnes souhaitant développer un projet ou les renvoyer au réseau associatif disposant de l'expertise nécessaire en la matière,
 - o Subvenir aux premiers frais de fonctionnement (aide plafonnée et limitée dans le temps) de l'association naissante.

c. Soutenir les groupements "émergents"

A côté d'un « associatif » plus ou moins bien organisé, coexiste une multitude de groupements dont l'objet est très ponctuel et local mais qui participe aussi au développement des relations entre les personnes.

Le cdH propose :

- D'établir dans chaque commune un cadastre précis de ces groupements, et réaliser, au début de chaque mandature, un plan de soutien qui devrait prioritairement viser à réaliser des économies d'échelle, en termes notamment d'affectation des bâtiments, afin de permettre à l'ensemble des groupements de bénéficier d'un minimum d'assistance dans leurs activités.

D. Soutenir mieux les personnes handicapées

Malgré les efforts réalisés en faveur de l'intégration des personnes handicapées au cours des dernières années, notre société ne leur offre pas encore aujourd'hui les moyens suffisants pour réaliser concrètement cette intégration. L'éclatement des compétences entre les différents niveaux de pouvoir (fédéral, régional et communautaire) nuit considérablement à l'efficacité des politiques à mener.

Il est donc absolument indispensable de mener une politique transversale, notamment via les Conférences interministérielles.

1) Assurer aux personnes handicapées des moyens suffisants d'existence

Un grand nombre de personnes handicapées vivent sous le seuil de pauvreté.

Le cdH propose de :

- Garantir aux personnes handicapées un revenu de base qui leur permette d'atteindre un degré réaliste d'autonomie, et à cette fin :
 - o En ce qui concerne l'allocation de remplacement de revenus :
 - Veiller à ce qu'aucune personne handicapée n'ait de revenus cumulés inférieurs au seuil de pauvreté évalué à 878 euros (pour un isolé),
 - Garantir la liaison de l'allocation de remplacement de revenus à l'évolution du bien-être,

- Relever le montant de l'allocation de remplacement de revenu ainsi que les plafonds au-delà desquels le cumul est impossible,

- Installer une liaison structurelle, automatique et intégrale aussi rapide que possible du niveau des allocations à l'évolution du bien-être afin qu'il n'y ait plus de déperdition de pouvoir d'achat entre actif et retraité ;
- Suppléer réellement au surcoût lié à la perte d'autonomie, et à cette fin mettre en œuvre une « assurance autonomie » qui tiendra compte des degrés plus sévères de dépendance et des frais aujourd'hui non pris en compte tels que certaines prothèses ou médicaments ;
- Corriger les effets pervers de la législation actuelle empêchant le cumul de l'allocation d'intégration avec d'autres revenus ;
- Repenser le système des allocations pour personnes handicapées afin de le simplifier, de moderniser les critères de définition du handicap et de l'adapter à la situation des personnes handicapées aujourd'hui ;
- Poursuivre la réduction des délais de traitement des demandes d'allocation et de cartes de stationnement, notamment par un accroissement des moyens humains dédiés à l'instruction des dossiers ;
- Poursuivre la suppression du « prix de l'amour » ;

2) Améliorer l'insertion des personnes handicapées

Les discriminations à l'embauche, le souci d'une mobilité adaptée et le soutien aux familles font partie des priorités auxquelles le cdH considère qu'il faut apporter une attention toute particulière, en agissant de manière transversale.

Le cdH propose :

- D'appliquer en droit belge la Convention internationale sur les Droits des Personnes handicapées des Nations Unies ;
- Consulter le Conseil supérieur des personnes handicapées pour toutes les décisions qui concernent les personnes handicapées, en lui assurant les moyens nécessaires ;
- Préférer, en matière de logements sociaux, la réalisation de logements modulables strictement réservés aux personnes handicapées ;
- Renforcer les moyens des services d'aide et de soins à domicile ;
- Soutenir la traduction simultanée en langage des signes dans tous les services publics et notamment la culture (des pièces de théâtres, concerts, opéras, émissions télévisées, etc.);
- Appliquer une politique volontariste d'insertion professionnelle. A cette fin, mettre en place dans toutes les administrations publiques un plan d'envergure visant à promouvoir le recrutement de personnes handicapées pour atteindre le quota fixé à 3% et prévoir pour tous les employeurs la réduction des cotisations sociales ;
- Lancer une grande campagne de sensibilisation aux problèmes d'accessibilité et de mobilité rencontrés par la personne handicapée vers les métiers de l'aménagement du territoire et de la construction ;
- Réaliser un cadastre des aménagements à réaliser pour le déplacement et l'accès des personnes handicapées à tous les points et bâtiments utiles. Par exemple, inscrire, dans le cahier des charges rédigé dans le cadre de rénovations ou d'agrandissements des établissements scolaires, des critères pour une meilleure accessibilité des étudiants handicapés moteurs ;

- Assurer la participation des associations représentatives des personnes à mobilité réduite dans tous les organes de suivi et consultatifs tels que les conseils consultatifs de l'aménagement du territoire ;
- Créer un service d'information sur les transports pour les personnes handicapées ;
- Promouvoir l'aménagement des distributeurs de billets et des terminaux de paiements électroniques et des pompes à essence adaptés aux personnes handicapées ;
- Organiser un meilleur accompagnement des familles lorsque survient la maladie ou l'accident handicapant ;
- Favoriser l'autonomisation des jeunes et favoriser l'accueil de l'enfant porteur de handicap dans des structures d'accueil classiques (crèches, écoles, accueil extrascolaire).

3) Agir en urgence pour les adultes et les enfants en grande dépendance

La situation est particulièrement alarmante pour les personnes présentant des troubles du comportement, un traumatisme crânien, un handicap physique lourd nécessitant des soins médicaux ou un polyhandicap. Beaucoup de ces adultes restent sans soin et sans prise en charge adaptée faute de place en institution. Dès lors c'est à la famille de se « débrouiller », de les prendre en charge, au détriment de la vie professionnelle, sociale et affective.

Le cdH propose de :

- Mettre en place une politique globale et transversale du handicap de grande dépendance à tous les niveaux de pouvoir de l'Etat fédéral et, dans ce cadre, augmenter en urgence le nombre de places en institution pour les adultes et enfants de grande dépendance et créer des centres pour polyhandicapés dans chaque Région ;
- Mettre en place des plans d'action spécifiques pour certains handicaps (tels que l'autisme, la cérébro-lésion, le polyhandicap) en collaboration avec les associations représentatives des personnes handicapées de grandes dépendances et leurs familles ;
- Mettre en place une politique inclusive des personnes plus grandement dépendantes visant à supprimer tout type de ségrégation ;
- Identifier les besoins spécifiques en aide et support de chaque personne par le biais d'un recensement selon l'âge, le type, la gravité et l'origine du handicap ;
- Identifier les priorités et l'affectation des moyens budgétaires correspondants, en concertation avec les organes consultatifs concernés ;
- Mettre en place des mesures garantissant un traitement égal et sans discrimination dont plus particulièrement l'accès de tous les citoyens à des budgets personnalisés et à l'assurance dépendance ;
- Renforcer les interventions de l'INAMI auprès des personnes grandement dépendantes ;
- Mieux soutenir les personnes aidantes (voir partie 2, II, C).

4) Revoir le régime des incapacités

La réflexion sur la refonte du statut de personnes en perte d'autonomie (actuellement encore dénommé en droit « statut des incapables ») n'a pu être menée à son terme par le Parlement.

Les règles juridiques qui protègent les personnes atteintes d'un handicap sont trop disparates et ne couvrent pas toutes les nouvelles situations dues notamment à l'allongement de la vie des personnes en difficulté ou de leurs parents.

Le cdH propose de :

- Poursuivre d'urgence le travail entamé en sous-commission de la Famille vers un système cohérent et facilitant les passerelles entre statuts selon les évolutions ;
- Intégrer cette réorganisation dans un nouveau paysage judiciaire en confiant l'ensemble de cette matière au juge de paix ;
- Renforcer le contrôle des pratiques dans les asiles psychiatriques et les prisons.

2. Protéger la Santé de chacun

Les Belges s'estiment en bonne santé : l'espérance de vie ne cesse de s'allonger et la mortalité diminue dans un grand nombre de pathologies. Pratiquement toute la population est couverte par une forme d'assurance lui permettant d'accéder aux soins de base. Chaque patient a le libre choix du praticien professionnel et chaque praticien professionnel dispose de la liberté thérapeutique.

Bien que notre système de santé soit de qualité, il présente toutefois des fragilités et des risques potentiels pour les citoyens :

- Un transfert de plus en plus important de la charge financière de l'Etat vers le patient et des inégalités croissantes dans l'accès aux soins pour les personnes en difficulté sur le plan socioéconomique, mais aussi les malades chroniques, les familles nombreuses, etc. ;
- Le vieillissement croissant de la population, qui modifie considérablement les modes de prise en charge de la dépendance et augmente également les dépenses dans certains sous-secteurs (les maisons de repos et de soins) ;
- La montée en puissance d'affections lourdes : maladies cardio-vasculaires, troubles de la santé mentale, maladie d'Alzheimer, cancers, VIH, maladies environnementales, maladies orphelines, etc. ;
- L'explosion des coûts du système de soins en raison d'une offre et d'une demande de soins exerçant sur ce système une pression constante (technologies pointues, médicaments coûteux, lobbying pharmaceutique et agro-alimentaire, coût des accords sociaux, revalorisations tarifaires des prestataires etc.), ce qui implique le risque croissant de l'apparition d'une médecine à deux vitesses ;

Le cdH propose de :

- Mener en Belgique une véritable politique de santé publique, donnant d'abord des objectifs en termes de réduction de la mortalité et de la morbidité dans les maladies présentant le plus d'enjeux pour les années à venir : les maladies cardiovasculaires, les différentes formes de cancer, l'obésité, les troubles de la santé mentale, le sida et les maladies sexuellement transmissibles, les maladies orphelines, etc. ;
- Adapter les moyens nécessaires pour répondre à ces besoins de santé tout en offrant aux défis évoqués plus haut les réponses qui s'imposent :
 - o Trop axée sur le curatif, notre politique de santé doit massivement réinvestir dans la prévention en collaboration avec les Communautés,
 - o L'accessibilité, notamment financière, des patients doit être non seulement garantie mais aussi améliorée : il faut stopper toute augmentation supplémentaire des coûts à charge du patient,
 - o Il faut investir dans les secteurs d'avenir, ceux qui collent à l'évolution de notre société vers plus d'humanisme : les soins à domicile, les soins palliatifs, l'aide de tiers,
 - o Il faut accorder une attention spéciale aux patients fragilisés : les malades chroniques, les enfants malades, les personnes handicapées, les personnes âgées, qui sont confrontés à des besoins particuliers et en évolution constante,

- o Il faut donner aux professionnels de la santé les moyens de travailler, à partir des besoins réels de la population et en construisant avec eux une organisation des soins plus rationnelle.

A. Garantir le maintien d'une assurance maladie fédérale forte et solidaire

De plus en plus de Belges, notamment du côté flamand, défendent l'idée d'un transfert accru des compétences liées à la santé vers les régions et communautés. Or, le maintien d'une assurance soins de santé fédérale, financée par l'ensemble des Belges, bien portants et malades, et couvrant l'ensemble des belges, permet de répartir le financement et les risques de maladie sur une base plus large et donc plus solidaire.

Face aux menaces de scission de la sécurité sociale, le cdH réaffirme avec force son attachement au principe de solidarité qui fonde notre système fédéral de sécurité social et d'assurance maladie.

Cette même exigence implique qu'on continue d'investir dans le système de soins de santé les moyens de financement utiles à son fonctionnement. Depuis 1999 une norme de croissance frappe les dépenses de soins de santé (elle est fixée au départ à 1,5%). Depuis 2004, cette norme est fixée à 4,5% (hors inflation).

Depuis 2005, les dépenses croissent à un rythme inférieur à la norme de croissance (2002 fut aussi dans ce cas), ce qui permet de dégager des « marges de financement » pour de nouveaux besoins (création d'un Fonds d'avenir pour les soins de santé avec, en 2010, un budget avoisinant le milliard d'euros).

Si la croissance des dépenses en soins de santé est nécessaire, il importe toutefois de veiller à ce qu'elle ne se traduise pas par une limitation inconsidérée des parts du budget de l'Etat pour les autres postes de dépenses – l'éducation, la sécurité, les énergies renouvelables, etc. Ces politiques méritent, elles aussi, toute notre attention.

Le cdH propose de :

- Garantir le maintien d'une assurance maladie fédérale forte et solidaire, couvrant un maximum de besoins ;
- Maintenir la norme de croissance des dépenses de soins de santé, fixée aujourd'hui à 4,5% (croissance annuelle en terme réel), et prévoir que la marge éventuelle dépassant le rythme de croissance réel des besoins de financement soit affecté aux besoins de financement de la sécurité sociale, et principalement ceux liés au vieillissement.

B. Adopter une approche transversale de la santé, intégrant la prévention et luttant contre les inégalités

La santé, ce n'est pas seulement une affaire de soins de santé : les conditions de logement, le niveau de revenu ou d'enseignement, l'existence d'un emploi, etc., ont une influence déterminante sur le niveau de santé. Quelles que soient les performances de notre système de soins de santé, la précarité sur le plan socio-économique limite fortement l'accès aux soins, ce qui conduit à des inégalités flagrantes entre les patients et se traduit directement au niveau de l'espérance de vie et de la qualité de vie.

Une véritable politique de santé se préoccupera donc tout autant de soins de santé que de politique de l'emploi, de logement, d'enseignement et de sport. Il s'agit là d'une condition *sine qua non* pour réduire les inégalités.

La prévention joue également un rôle crucial. Jusqu'ici, notre système de santé a privilégié une approche curative (les soins donnés après l'apparition d'une maladie) et au contraire négligé l'approche préventive (environ 0,5% du budget global soins de santé !). Celle-ci permet pourtant d'éviter ou de retarder l'apparition de certaines maladies, parfois incurables. Elle permet également

d'éviter des traitements lourds, parfois invalidants et certainement plus coûteux.

1) Adopter une approche transversale de la santé, accordant plus de moyens à la prévention

Le cdH propose de :

- Refédéraliser la politique de prévention en confiant à l'Etat fédéral toutes les compétences et les moyens budgétaires nécessaires pour assurer selon une même logique, et avec des moyens budgétaires importants, la politique de prévention et la politique de soins ;
- Créer, à défaut d'une refédéralisation de la politique préventive, une « Commission de prévention santé » impliquant l'ensemble des niveaux de pouvoir concernés (Etat fédéral, Communautés, Provinces, etc.), chargée d'élaborer et de mettre en œuvre les politiques et campagnes de prévention, ciblées par pathologie et par type de dépendance. Compte tenu de la transversalité de la santé, cette Commission sera notamment chargée d'étudier l'incidence des différentes politiques fédérales et fédérées (notamment en matière d'enseignement, de logement ou de mobilité) sur le niveau général de santé de la population ;
- Augmenter, à défaut d'une refédéralisation de la politique préventive, les moyens budgétaires accordés aux politiques de prévention, sur base notamment d'un accord de coopération impliquant tous les niveaux de pouvoir. Ces moyens budgétaires doivent correspondre à un pourcentage à déterminer des moyens dédiés aux soins curatifs ;
- Mettre en œuvre la réforme entamée visant à ouvrir dans le Dossier Médical Global un volet consacré à la prévention, permettant un suivi sur la durée et la mise à jour de la situation de chacun.

2) Promouvoir une alimentation saine

Le cdH propose de :

- Pousser le Plan national nutrition santé 2011-2015 et l'action des Communautés en la matière et augmenter le nombre et la diversité des actions proposées, notamment à l'égard des enfants et des jeunes, des milieux scolaires et éducatifs en gardant un œil attentif sur les inégalités sociales ;
- Compléter ce plan, qui ne porte que sur la prévention, par une approche de seconde ligne visant notamment les traitements multidisciplinaires nécessaires à la prise en charge des pathologies liées aux mauvaises habitudes ou déficiences alimentaires (anorexie, boulimie, obésité, etc.).

3) Lutter contre les dépendances

a. Contrer l'usage des drogues par une approche de santé publique

En matière de santé publique, l'usage des drogues doit être contré principalement par une politique préventive poussée, par une amélioration de l'offre de soins de base, par le développement d'une politique de réduction des risques et par des programmes de réinsertion sociale des personnes en cure de désintoxication.

Le cdH propose :

- D'exécuter, à tous les niveaux de pouvoir concernés, les mesures préconisées dans la Déclaration conjointe adoptée le 25 janvier 2010 par la Conférence interministérielle drogues : « Une politique intégrale et intégrée en matière de drogues pour la Belgique ». Y adjoindre un volet consacré aux mesures à prendre dans les établissements scolaires ;
- Lutter, notamment via une législation adaptée, contre toutes les pratiques commerciales visant à masquer ou diminuer la dangerosité de certains produits : alcopops, boissons énergisantes, etc. ;
- Maintenir l'interdit légal, en tant que norme de référence et outil de prévention et appliquer

un encadrement juridique permettant aux usagers de trouver une aide efficace, le cas échéant dans le cadre de mesures alternatives.

b. Lutter contre l'usage du tabac

La consommation de tabac est la deuxième cause de mortalité et la première cause de décès évitable. Même s'il est vrai que le tabagisme en Belgique a connu une baisse importante, on ne constate plus, depuis 1991, de baisse significative du pourcentage de fumeurs qui navigue entre 25 et 30%.

Pour le cdH, le report à 2014 de l'extension de l'interdiction de fumer dans l'ensemble du secteur horeca, sur la pression des partis libéraux, est inacceptable, compte tenu des dommages que le tabac continuera à causer d'ici là.

Le cdH propose :

- D'agir sur le prix du tabac via une fiscalité réellement dissuasive ;
- Anticiper à une date la plus rapprochée possible l'extension de l'interdiction de fumer dans l'ensemble du secteur horeca ;
- Augmenter les moyens nécessaires pour assurer le contrôle et le respect des dispositions légales en la matière (publicité, vente, distribution, etc.) ;
- Intensifier les programmes de sensibilisation à l'égard des jeunes, en particulier en milieu scolaire ;
- Aider et encourager l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé et par la mise en place des « Centres d'Aide aux Fumeurs » à l'attention des adultes comme des adolescents ;
- Donner au « Fonds tabac » les moyens financiers et juridiques nécessaires pour lui permettre de remplir les missions qui lui reviennent ;
- Soutenir les recherches en vue de toucher de manière adéquate le public plus précarisé en matière de sevrage tabagique.

c. Diminuer les excès d'alcool, en particulier chez les jeunes

Une consommation importante peut mettre gravement en péril notre santé : cirrhoses du foie, pancréatites chroniques, certains cancers, accidents, violences, coma éthylique, etc.

Le cdH propose :

- D'élaborer un plan national global de lutte contre l'usage abusif d'alcool, impliquant les différents niveaux de pouvoir, et comportant des mesures ciblées à l'égard des populations plus faibles (les jeunes), notamment en matière de distribution sur des campus étudiants ou lors de fêtes rassemblant des populations jeunes ;
- Séparer clairement dans les points de vente les boissons alcoolisées (y compris alcopops et glaces alcoolisées) de celles qui ne le sont pas et interdire la distribution via des distributeurs automatiques de boissons alcoolisées ;
- Intégrer la régulation de la publicité pour les boissons alcoolisées dans le champ de compétence d'un « Conseil supérieur des pratiques commerciales », à créer.

d. Prévenir la dépendance au jeu et lutter contre la cyberdépendance

La dépendance se caractérise par un usage répétitif et intensif de l'acte de jouer qui entrave la liberté du joueur et l'empêche d'y mettre fin.

Le développement des médias (notamment les jeux en réseau sur Internet) constitue aujourd'hui un enjeu considérable car il diversifie et accroît les risques de dépendance.

Il ne s'agit pas de revenir au temps de la prohibition ou des discours moralisateurs, mais de mettre

en place un programme de prévention et de lutte contre la dépendance au jeu.

Le cdH propose de :

- Mener une politique volontariste de limitation des risques, incluant des mesures de contrôle de l'offre de jeux, limitant l'accessibilité. Il convient à ce sujet de limiter strictement le développement des campagnes publicitaires des industries du jeu, y compris la Loterie Nationale ;
- Mener une politique d'éducation aux médias (Internet, téléphonie mobile, jeux vidéo, télé réalité) dotée de moyens humains et financiers conséquents, notamment dans les milieux scolaires (installer une personne ressource dans les écoles) ;
- Obliger les fournisseurs d'accès à Internet de proposer systématiquement aux parents un système de filtrage, simple d'utilisation, performant et à un prix abordable, lors de la souscription d'un abonnement à un service d'accès ;
- Réguler davantage le marché du jeu vidéo, à l'instar de ce qui existe en matière cinématographique ou télévisée :
 - o Classifier les jeux vidéo par tranches d'âge,
 - o Faire apparaître cette signalétique lors de la présentation des jeux vidéos dans des émissions télévisées,
 - o Charger une instance indépendante de veiller au respect des règles imposées au marché et pouvoir interdire la commercialisation de certains jeux ou la soumettre à l'autorisation parentale,
- Orienter et prendre en charge les patients dépendants, tout en finançant de manière adéquate les structures de soins et d'accompagnement thérapeutique (groupes de « joueurs anonymes ») ;
- Informer davantage et mieux orienter l'entourage d'un joueur dépendant.

C. Lutter contre les « maladies du siècle »

Notre société fait face à la montée en puissance d'affections plus ou moins lourdes, qu'il convient de combattre par la mise en place de programmes intégrés de santé publique, contenant des objectifs de santé clairs, réalistes et mesurables. Ces programmes intégreront les données scientifiques les plus modernes (Evidence Based Medicine) et feront appel de manière structurée aux soins et aux professionnels les plus adaptés pour chaque cas d'espèce, en tenant compte des trajets de soins les plus appropriés.

Lors de la précédente législature, le Gouvernement s'est accordé sur la mise en place d'un plan de lutte contre le cancer, portant tant sur la prévention que sur les aspects curatifs ou encore de recherche et développement. 340 millions d'euros ont été budgétés pour le plan cancer, ce montant étant progressivement intégré aux dépenses annuelles de l'assurance maladie.

A côté de cette pathologie, d'autres maladies méritent également toute notre attention : troubles de la santé mentale tels que la maladie d'Alzheimer, VIH, maladies environnementales, maladies orphelines, etc.

1) Un plan de lutte contre les maladies cardio-vasculaires

Principale cause de décès dans notre pays (40.000 décès par an), les maladies cardio-vasculaires constituent pour le cdH une véritable priorité de santé publique pour laquelle il convient que tous, quels que soient les niveaux de pouvoir et de responsabilité, se mobilisent.

Le cdH propose :

- La mise en place en Belgique d'un Plan de lutte global et pluriannuel contre les maladies cardiovasculaires, associant tous les professionnels concernés, les patients et les décideurs en vue de poursuivre des objectifs clairs de santé publique :
 - o Faire diminuer la mortalité d'un pourcentage à déterminer dans chaque maladie

cardiovasculaire,

- o Accroître l'espérance de vie et la qualité de vie des personnes à risque.

a. Augmenter la prévention primaire

Le cdH propose de :

- Promouvoir une alimentation saine et équilibrée, notamment dans les écoles, dans les lieux de travail, les restaurants d'entreprise, etc. ;
- Rétablir la vérité sur les vertus faussement prometteuses de certains aliments et additifs. A ce sujet, la législation concernant les aliments, nutriments et additifs doit être renforcée, en particulier au niveau de l'information du consommateur sur la composition du produit et quant à la réalité des allégations de santé figurant sur l'étiquetage ;
- Mettre en place un dispositif national de vigilance relatif aux effets indésirables provoqués par les compléments alimentaires ;
- Renforcer la lutte contre le tabagisme actif et passif (voir point B, 3, b) ;
- Promouvoir une activité physique minimale (promotion de structures de sports accessibles et adaptées pour tous les publics dont les plus à risque, promotion de la mobilité douce, etc.).

b. Renforcer la prévention secondaire : les campagnes de dépistage

A partir d'une approche médicale, on peut évaluer les risques concernant les principales maladies cardiovasculaires, assurer un suivi et une prise en charge des personnes à risques (information, éducation, accompagnement, examens complémentaires, médicaments, chirurgie, etc.). Par l'information et l'éducation des patients, on peut diminuer les récurrences, les limitations fonctionnelles et incapacités via une promotion de la rééducation et des remises à l'effort.

c. Augmenter les soins aux malades et la recherche de nouveaux traitements

Lorsqu'un incident cardiovasculaire se déclare, il faut donner au patient toutes les chances de la guérison.

Le cdH propose de :

- Renforcer les actions d'information et d'éducation du patient quant aux comportements à adopter en cas d'urgence ;
- Optimiser et renforcer l'offre de soins hospitalière de manière à offrir à la population un réseau de prise en charge efficace et accessible, tant en termes qualitatifs qu'en termes géographiques. Le réseau de centres de pathologie cardiaque doit répondre aux standards les plus modernes en termes qualitatifs, mais encore être organisé d'une manière telle qu'il puisse répondre à la demande de soins urgents en tous points du territoire et de soins non urgents dans les centres de référence ;
- Garantir aux patients un accès rapide aux réelles innovations thérapeutiques.

2) Un plan cancer

Après les maladies cardiovasculaires, le cancer, sous toutes ses formes, est la principale cause de morbidité et de mortalité en Europe. En Belgique, le cancer touche près de 50.000 nouvelles personnes chaque année (un belge sur trois sera atteint par un cancer au cours de sa vie). Si la Belgique a déjà déployé des efforts conséquents dans la lutte contre le cancer, il n'y a pas de politique globale en la matière.

Le cdH propose :

- D'améliorer le plan national de lutte contre les cancers.

a. Augmenter la prévention primaire

Selon la fondation contre le cancer, 7 cancers sur 10 sont liés à notre mode de vie (fumer, boire à l'excès, s'exposer au soleil sans protection, ne pas manger assez de fruits et légumes). Ces agressions résultent également de notre environnement : tabagisme passif, matières cancérigènes dans le milieu de travail, air pollué par des agents potentiellement cancérigènes, etc.

Le cdH propose de :

- Faire de la lutte contre le tabac, première cause de mortalité évitable dans notre pays, la priorité numéro 1 (voir point B, 3, b) ;
- Renforcer, de l'école jusqu'à l'université, des actions de prévention et d'éducation aux facteurs de risques, notamment environnementaux. Dans ce cadre, les actions menées en application du Plan National Nutrition Santé devront être renforcées et actualisées, comme cela se fait par exemple en Communauté française à travers le « Plan de promotion des attitudes saines » ;
- Permettre le remboursement par l'assurance maladie fédérale, après évaluation scientifique de leur efficacité, des éventuels vaccins contre les différentes formes de cancer dans des délais les plus courts possible. L'accord de coopération entre l'Etat fédéral et les Communautés organisant la répartition du financement entre les différentes entités devra, dans ce cas, être dénoncé.

b. Renforcer la prévention secondaire : les campagnes de dépistage

Des essais cliniques ont démontré l'efficacité des méthodes de dépistage systématique dans certains types de cancer. Dans les pays où de tels programmes ont été institués, les résultats sont spectaculaires : la mortalité diminue en effet de 16% pour le cancer colorectal, de 20 à 25% pour le cancer du sein et de 80% pour le cancer du col de l'utérus. Le dépistage systématique permet de réduire drastiquement les inégalités sociales dans l'accès au dépistage. Bien organisé, il permet d'atteindre en principe tous les groupes sociaux, même les plus vulnérables.

Le cdH propose de :

- Mettre en place partout sur le territoire des campagnes de dépistage systématique gratuite pour les cancers pour lesquels l'efficacité a été prouvée et les méthodes scientifiques ont été validées (cancer du sein, cancer colorectal et cancer du col de l'utérus). Ces campagnes impliquent notamment l'information et la sensibilisation de la population et des professionnels de la santé ;
- Optimiser, en termes de participation, les résultats du dépistage systématique du cancer du sein actuellement en cours pour les femmes de 50 à 69 ans. Pour y parvenir, la formation et l'adhésion des acteurs de la santé de première ligne est indispensable. D'autres moyens, notamment en termes de sensibilisation et d'information doivent également être mis en œuvre.

c. Augmenter les soins aux malades et la recherche de nouveaux traitements

Il faut donner au patient toutes les chances de la guérison. Ceci implique un ensemble de mesures particulièrement vaste, allant de la recherche de nouveaux traitements à la qualité et à l'accessibilité aux soins donnés.

Le cdH propose :

- D'humaniser l'accompagnement thérapeutique, de l'annonce de la maladie aux traitements en fin de vie. Il s'agit ici de :
 - o Garantir l'application des droits du patient, dont celui de recevoir une information complète et compréhensible sur la maladie et sur les traitements. Les conditions de l'annonce du diagnostic doivent être davantage précisées (cahier des charges),
 - o Garantir, par un financement public effectif, à chaque patient le droit à un accompagnement et à une aide de qualité, notamment psychologique, tant intra

- qu'extramuros,
 - o Renforcer les possibilités pratiques, scientifiques et financières de bénéficier de la chimiothérapie à domicile, garantissant la qualité et la sécurité des soins,
 - o Renforcer le rôle des groupes d'entraide, associations de patients et toute autre nouvelle forme d'aide et de structure d'accueil facilement accessible,
 - o Accroître drastiquement l'offre de soins palliatifs assurant aux patients en fin de vie une prise en charge humaine de la maladie,
- Développer les trajets de soins les plus appropriés (« sur mesure ») pour chaque type de cancer et en tenant compte du profil médical et sociologique (accès à l'information, moyens financiers, etc.) des patients :
 - o Chaque trajet de soin doit être remis et expliqué au patient d'une façon détaillée et compréhensible,
 - o Tous les professionnels concernés doivent être associés dans un travail multidisciplinaire,
 - o La communication des informations entre professionnels d'un même trajet de soins doit être garantie,
- Faciliter et accélérer l'accès des patients aux traitements innovants efficaces, via une politique active de soutien à la recherche et à l'innovation de nouveaux traitements, via une révision de la procédure d'accès des médicaments innovants au marché belge et via une amélioration des conditions de remboursement des traitements innovants. Il est notamment proposé de mettre en place un projet pilote de remboursement forfaitaire, pour les médicaments oncologiques, dans lequel les oncologues ont une liberté de choix du traitement le plus approprié remboursable, au sein d'une équipe pluridisciplinaire ;
- Améliorer l'accès aux soins complémentaires, notamment la prise en compte de la douleur, par exemple via la création d'équipes mobiles de soins de support en oncologie (médecins de la douleur, assistants sociaux, psychologues, kinésithérapeutes, nutritionnistes, etc.) ;
- Adapter la programmation des équipements médicaux lourds de diagnostic et de traitement (pet-scan, RMN, etc.) aux besoins réels de la population, en veillant à garantir à la fois la qualité de soins et l'accessibilité géographique.

3) Un plan de lutte contre l'obésité et le diabète

L'obésité est devenue une véritable épidémie à l'échelle mondiale. L'obésité est un phénomène en constante augmentation en Belgique, particulièrement depuis ces vingt dernières années, où elle a progressé de manière fulgurante. On estime aujourd'hui que 20 à 30% des habitants de notre pays présentent un excès de poids. De plus en plus d'enfants et d'adolescents doivent également faire face à la surcharge pondérale.

Le cdH propose :

- D'élaborer un plan global de lutte contre l'obésité, tant axé sur la prévention primaire et secondaire que sur les mesures de prise en charge des malades. Il convient de se donner un objectif chiffré, après évaluation, visant à diminuer, sinon à stopper l'épidémie.

a. Augmenter la prévention primaire

Le cdH propose :

- D'organiser, avec les niveaux de pouvoir compétents, les campagnes d'information axées sur les modes de vie sains, et portant notamment sur l'alimentation saine, l'exercice physique et la santé psychique ;
- Améliorer, avec les niveaux de pouvoir compétents, l'accès aux infrastructures sportives ;
- Accorder une place importante à l'éducation ainsi qu'à la formation et à la responsabilisation des divers acteurs et intervenants, tant au niveau individuel que collectif ;

- Combattre la stigmatisation des personnes obèses par des actions de communication visant à décourager la valorisation de la maigreur et de la maigreur extrême, notamment dans la mode et en particulier à propos des femmes. Toute discrimination doit être combattue ;
- Réglementer de manière stricte les publicités « miraculeuses » sur les pertes de poids et exiger plus de clarté quant à l'étiquetage des produits ;
- Interdire la diffusion de boissons sucrées via des distributeurs automatiques dans les écoles et lieux assimilés.

b. Renforcer la prévention secondaire

Elle doit permettre, par la détection précoce des personnes à risque, d'orienter de façon ciblée et de mener des actions individuelles pour limiter les risques d'incidents. Il s'agit ici de contrôler voire de modifier certaines habitudes de vie. Pour cela toutes les couches de la population, y compris les personnes les plus exposées (notamment les personnes issues de milieux défavorisés), doivent être touchées.

c. Renforcer le traitement et l'accompagnement des personnes obèses

Il s'agit d'optimiser le traitement et l'accompagnement des personnes obèses, afin de retarder, voire éviter les complications à long terme, pour autant que le diagnostic soit posé précocement et le traitement suivi scrupuleusement.

Le cdH propose de :

- Diffuser une large information sur les structures de prise en charge multidisciplinaires existantes. Cette information doit être diffusée tant à l'attention du grand public que de manière ciblée sur les professionnels de la santé de première ligne ;
- Impliquer tous les professionnels de santé concernés (médecins, diététiciens, psychologues) dans la prise en charge ambulatoire à travers des programmes de soins multidisciplinaires et les sensibiliser sur les données épidémiologiques, tant dans la formation de base que dans la formation continue, sur les méthodes de détection et d'évaluation, ainsi que sur les méthodes de prise en charge ;
- Organiser le remboursement des soins donnés dans le cadre des structures multidisciplinaires de prise en charge de l'obésité et du surpoids, y compris dans les stades de prévention et de post-cure.

4) Renforcer l'investissement dans la santé mentale

De la quatrième enquête nationale de santé élaborée par l'Institut scientifique de Santé publique, il ressort que 14% de la population semblent avoir des problèmes sérieux de santé mentale. Il apparaît par ailleurs que les femmes font plus souvent état de problèmes « émotionnels » que les hommes. Environ une femme sur huit signale des symptômes dépressifs et une même proportion a déjà songé sérieusement au suicide. Chez les hommes, 6% de la population rapporte des symptômes dépressifs et 9% indiquent avoir déjà songé au suicide. Le taux de suicide reste quant à lui identique depuis 2004.

Le cdH propose de :

- Mettre en place une politique de santé mentale coordonnée, impliquant tous les professionnels de la santé et les différents niveaux de pouvoir ;
- Intégrer davantage les patients dans la société, notamment en améliorant l'image de la santé mentale, et à cette fin :
 - o Mener un travail de sensibilisation et d'acceptation des pathologies mentales,
 - o Soutenir et valoriser des espaces favorisant le lien social (groupes d'échange de savoir, groupes de parole, etc.),
 - o Etablir une « charte de la communication » avec les acteurs du monde médiatique,

- o Mettre en place une « semaine de la santé mentale »,
- Adopter une stratégie de promotion de la santé mentale au travail, dans un contexte où les résultats priment parfois sur la qualité de vie, générant des problèmes de stress, d'image de soi et de dépression ;
- Renforcer l'offre de soins de santé mentale, en priorité par la poursuite du développement des soins psychologiques à domicile : loin de vouloir créer de nouvelles structures, il faut permettre aux patients de trouver une réponse adéquate dans leur propre milieu de vie ;
- Mettre en place une politique de remboursement des soins, notamment en opérant un déplacement des budgets consacrés au remboursement des antidépresseurs vers un remboursement partiel et conditionné des psychothérapies ;
- Finaliser le projet de reconnaissance du titre de psychologue clinicien, d'orthopédagogue clinicien, de sexologue clinicien et de psychothérapeute, visant à offrir au patient une garantie de qualité et à faciliter l'accès au thérapeute de son choix. Les spécificités de chaque filière doivent être respectées ;
- Réformer les modalités d'admission forcée afin de garantir les libertés individuelles pour le patient et faciliter l'exercice de la loi pour les professionnels de la justice et de la santé ;
- Adopter un plan de lutte contre le suicide, comprenant les six axes suivants :
 - o Création, via le médecin généraliste, d'un plan local de soins en matière de dépression et de suicide (trajet de soins),
 - o Formation des personnes ressources en contact avec les malades afin de développer la « vigilance solidaire »,
 - o Promouvoir la recherche et le développement sur le phénomène du suicide,
 - o Informer le public sur le phénomène du suicide par des campagnes de sensibilisation et la création d'un site Internet,
 - o Améliorer les soins pour les patients et pour leur entourage (création d'un centre de thérapie brève),
 - o S'attaquer en priorité au suicide des jeunes (création de lieux d'accueil, articulation de l'aide entre l'école, les centres PMS et les services de santé mentale, amélioration de l'accessibilité aux soins psychiatriques, notamment de crise),
- Adopter un plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer.

En Belgique, on dénombre plus de 150.000 cas de démence dont 85.000 cas de maladies d'Alzheimer. Ce plan s'inspirera du dossier « Apprivoiser la maladie d'Alzheimer » (et les maladies apparentées) élaboré par la Fondation Roi Baudouin ainsi que du plan français et plan portera sur 3 grands axes :

- o Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants,
- o Investir massivement dans la recherche,
- o Informer et sensibiliser le grand public à la maladie,

Différentes actions seront mises en œuvres telles que :

- o Reconnaître le statut des aidants proches et obtenir une reconnaissance financière raisonnable pour leur travail,
- o Développer et diversifier les services de répit et d'accompagnement,
- o Créer une fonction de « conseiller Alzheimer » chargé de prodiguer une assistance psychosociale au patient et à l'aidant proche,
- o Créer une offre de soins coordonnée et adaptée à la demande,
- o Créer une carte d'information Alzheimer pour chaque malade,
- o Mettre en place un numéro unique et un site Internet.

5) Lutter contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles

Ces dernières années une recrudescence des infections par le VIH et les autres MST (Maladies sexuellement transmissibles) a été observée. En Belgique, on évalue l'épidémie à environ 10.000 à 12.000 personnes vivant avec le VIH. La diminution de la mortalité à partir de 1996, qui s'est stabilisée depuis 1998, est due à l'apparition des traitements antirétroviraux.

Le cdH propose de :

- Soutenir les objectifs généraux et les stratégies de lutte contre le VIH et les maladies sexuellement transmissibles dégagées par le secteur de la prévention :
 - o Diminuer l'incidence et la prévalence des MST,
 - o Réduire la vulnérabilité des publics cibles et lutter contre les discriminations,
 - o Engager une approche par public cible,
- Promouvoir activement l'utilisation du préservatif ;
- Maintenir les budgets consacrés à l'information à un niveau adéquat ;
- Soutenir les centres de dépistage répondant aux normes voulues, tel le Centre Elisa qui réalise des tests anonymes et gratuits ;
- Renforcer le soutien actif à la lutte contre le sida dans le monde, et en particulier dans l'Afrique subsaharienne où se situe l'épicentre de l'épidémie (sans oublier l'Asie). Le cdH soutient ainsi les Objectifs de Développement du Millénaire.

6) Les maladies orphelines

Les maladies « orphelines » tirent leur nom de leur rareté. La rareté et la gravité des maladies orphelines entraînent des difficultés particulières : manque de connaissances sur les maladies orphelines (même au sein même du corps médical) et difficultés d'accès aux traitements (soit les médicaments ne sont pas enregistrés en Belgique, soit ils sont très coûteux).

Le cdH propose de :

- Mettre en place en Belgique un plan d'action pluriannuel de prise en charge des maladies orphelines, calqué sur le modèle français ;
- Améliorer les connaissances sur les maladies orphelines et les transmettre davantage aux professionnels de la santé ;
- Promouvoir la recherche et le développement (aux niveaux fondamental et industriel) ;
- Permettre l'accès, la reconnaissance et le remboursement des traitements existants lorsqu'ils sont reconnus efficaces.

7) Les autres maladies

Le cdH propose de :

- Créer un programme de lutte contre l'hépatite C et indemniser les personnes atteintes du virus de l'hépatite C qui ont été infectées et transfusées avant le 1^{er} juillet 1990 (date à partir de laquelle on peut estimer qu'il existe un risque très faible d'être contaminé suite à une transfusion sanguine) ;
- Poursuivre le combat visant à une reconnaissance adéquate des victimes de la Thalidomide (sous l'impulsion de multiples demandes du cdH, la ministre Onkelinx a dégagé des fonds pour indemniser ces victimes. Le cdH s'engage à aller encore plus loin dans la direction d'une meilleure reconnaissance des victimes) ;
- Prendre des initiatives spécifiques et réserver les moyens budgétaires correspondant pour

le traitement du psoriasis dans le cadre du plan « maladies chroniques », et prendre des mesures pour améliorer la qualité de vie de ces patients.

D. Améliorer l'accès aux soins de santé

Toutes les statistiques conduisent au même constat : les soins de santé sont de plus en plus chers pour l'Etat et pour les malades.

Mais le coût des soins n'est pas le seul obstacle à l'accès aux soins. D'autres facteurs interviennent: l'organisation de notre système de soins de santé, le rôle joué par les soignants de première, de seconde ou de troisième ligne, le degré d'information du patient, le soutien que chaque patient peut trouver dans son entourage ou chez le personnel soignant.

1) Diminuer le coût des médicaments

Pour faciliter l'accès aux médicaments, il s'agit de travailler de manière globale en agissant notamment sur les facteurs suivants : le prix, la procédure d'accès au marché, la prescription de médicaments moins chers (médicaments génériques et médicaments de marque hors brevet), le volume des médicaments inappropriés prescrits (surconsommations), les marges de la distribution, la recherche et l'innovation.

Le cdH propose de :

- Fixer le prix des médicaments en fonction de leur valeur intrinsèque, correspondant aux coûts réels d'investissement et de production ;
- Fixer un niveau de remboursement des médicaments en fonction des besoins réels de la population et compte tenu de leur valeur thérapeutique, en comparaison avec les médicaments déjà disponibles ;
- Revoir le niveau de remboursement des médicaments déjà remboursés en fonction de l'évolution du marché, par exemple par une systématisation de la procédure de révision par groupe des niveaux de remboursement, par une modulation du pourcentage de baisse de prix des médicaments moins cher jusqu'à moins 50% dans le système du remboursement de référence et par une application plus simple et plus radicale du système d'appel d'offres pour les médicaments hors brevet, tout en préservant les conditions de qualité et de durabilité ;
- Revoir la procédure de remboursement des médicaments afin d'une part de séparer l'analyse purement médicale de l'analyse budgétaire (la nouvelle procédure devra néanmoins garantir le respect des délais actuels) et d'autre part instaurer une procédure spécifique pour les médicaments réellement innovants, garantissant à la fois au patient un accès rapide et à l'autorité une garantie budgétaire ;
- Mettre en place un enregistrement complet et obligatoire de tous les médicaments non remboursables qui sont prescrits et délivrés. Cet enregistrement sera suivi d'une analyse pouvant donner lieu à l'examen d'un éventuel remboursement, des conditions de remboursement et, le cas échéant, à l'intégration du ticket modérateur résiduel dans le MAF ou à des moyens de remboursement alternatifs ;
- Augmenter le volume de vente des médicaments génériques et originaux bon marché (avec diminution corrélative du volume des médicaments plus chers), notamment via la prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI) et la sensibilisation du corps médical sur le coût des médicaments et sur les alternatives moins cher (génériques, biosimilaires et médicaments hors brevet) ;
- Diminuer le volume des médicaments inappropriés (surconsommations), notamment par des mesures efficaces visant à restreindre la promotion abusive pour les produits de santé (régulation, non déductibilité fiscale des dépenses de promotion, autres mesures fiscales non discriminatoires mais ciblées sur les dépenses de promotion) ;
- Mener une véritable politique de soutien à la recherche et au développement (publics et privés) de nouveaux médicaments, et à cette fin :
 - o Accroître les moyens consacrés par l'Etat à la recherche publique, soit via les

structures existantes (Fonds national de la recherche scientifique et Fonds de la recherche scientifique médicale), soit via la création d'un nouveau fonds public de recherche,

- o Soutenir les efforts de l'industrie pharmaceutique privée (avantages fiscaux, réduction des taxes et protection du brevet),
- o Contrer le désintérêt croissant de la jeune génération pour les sciences biomédicales par une politique active de sensibilisation à l'intérêt de faire carrière dans le domaine des « sciences du vivant ».

2) Renforcer le rôle des soignants de première ligne, y compris dans les soins urgents

De plus en plus de Belges recourent prioritairement à des services de santé de seconde ligne (hôpitaux, médecins spécialistes) dans des cas où une prise en charge par des soignants de première ligne se justifie pourtant (médecins généralistes, pharmaciens, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, diététiciens, etc.). Cette situation entraîne une approche parfois trop compartimentée et donc moins efficace en termes de santé publique, augmentation des coûts, etc.

L'organisation du système de soins doit être repensée comme un ensemble cohérent, pour favoriser la complémentarité plutôt que la concurrence.

Le cdH propose de :

- Diminuer le ticket modérateur pour tout recours à une prestation de première ligne ;
- Adopter des mesures au niveau de l'organisation du système de soins de santé pour rendre aux soignants de première ligne, et notamment au médecin généraliste, le rôle d'acteur clé qui lui revient (voir plus loin les mesures proposées à ce sujet) ;
- Créer un statut « patient complexe »/« patient chronique grave », cogéré par le généraliste et le spécialiste dans une enveloppe forfaitaire garantissant une prise en charge globale de tous les frais y afférents (travail en réseau avec des forfaits multidisciplinaires) ;
- Renforcer l'offre de soins de santé de première ligne, notamment par un soutien accru aux pratiques de groupe multidisciplinaires (associations fonctionnelles, maisons médicales, etc.) travaillant en réseau de médecine ;
- Optimiser l'organisation des soins urgents afin de garantir au patient un accès rapide et optimal à ce type de prise en charge ;
- Rendre disponible l'information reprise dans le DMG pour les autres prestataires de soins traitant le patient (le dossier médical électronique devrait simplifier l'application de cette mesure) ;
- Assurer une meilleure collaboration et coordination entre la première et la deuxième ligne concernant les permanences médicales et les urgences.

3) Améliorer l'accès aux institutions de soins et diminuer le coût pour le patient

La hausse continue des suppléments hospitaliers et des frais à charge du patient réduisent de manière inacceptable l'accessibilité aux soins, en particulier des plus démunis. La pratique des suppléments hospitaliers tend à devenir un système de financement alternatif des hôpitaux à charge du patient. Or, la part des coûts de soins de santé mise à charge du patient dans notre pays dépasse la moyenne de la part payée par les patients dans les autres pays de l'OCDE.

Cette évolution conduit de plus en plus de Belges à recourir à l'assurance maladie complémentaire, soit auprès d'une mutuelle, soit auprès d'une compagnie d'assurance privée. Ces investissements paraissent légitimes lorsque l'assurance maladie obligatoire reste en défaut de jouer le rôle qu'elle est censée assumer : celui d'assurer réellement les citoyens contre les risques financiers liés à une hospitalisation.

Le cdH propose de :

- Garantir, moyennant le paiement d'une franchise de maximum 200 euros, à tout patient soigné en chambre commune ou à 2 lits, que l'assurance maladie obligatoire couvre l'ensemble de coûts d'hospitalisation. Une telle garantie peut être accordée à tout patient, quelle que soit la raison de son hospitalisation ou sa situation socio-économique personnelle ;
- Interdire toute perception de supplément d'honoraire en chambre commune et double dans la totalité des hôpitaux et plafonner les suppléments réclamés en chambre individuelle. Ces propositions doivent cadrer avec une réforme globale du système de financement des hôpitaux, en concertation avec les professionnels concernés ;
- Rembourser davantage les implants (prothèses et dispositifs médicaux implantés) ;
- Garantir la transparence des tarifs pratiqués en hôpital, notamment par une publication sur les sites Internet des hôpitaux. Cette transparence doit non seulement porter sur les honoraires en tant que tels (et donc sur le statut – conventionné ou non conventionné – des prestataires) mais aussi sur les suppléments d'honoraires éventuels ainsi que sur tous les autres frais de séjour ;
- Garantir la transparence des tarifs dans le secteur ambulatoire via une publication précise et à un endroit visible ;
- Permettre la facturation directe des frais à charge du patient à l'assurance maladie pour les patients bénéficiant du Maximum à Facturer qui ont atteint leur plafond de dépenses.

4) Renforcer le système de soins à domicile

Les besoins des familles en ce qui concerne l'aide ou les soins à domicile sont multiples et croissants : enfants malades, personnes âgées dépendantes, écourtement des séjours à l'hôpital, etc. Le retour à domicile requiert souvent un soutien spécialisé, auquel participent les prestataires de soins de première ligne, mais aussi les spécialistes et les infirmières pédiatriques. Pour assurer le bien-être du patient à domicile, il faut coordonner l'action des différents acteurs.

Le cdH propose de :

- Créer un Comité de réflexion « soins à domicile » (cellule INAMI, cellule SPF Santé publique) rassemblant les représentants des secteurs impliqués dans les défis à venir de la première ligne (alternatives à l'hospitalisation) et chargé d'adopter un programme définissant les balises et les moyens à mettre en œuvre pour développer les alternatives à l'hospitalisation ;
- Assurer la continuité de la prise en charge à la sortie de l'hôpital, en désignant un soignant de référence, en créant un dossier complet de sortie d'hôpital, reprenant toutes les coordonnées utiles (services de garde, associations d'entraide, médecins, kinés, ouvrages de référence, sites Internet, etc.) ainsi que toutes les données relatives à l'état de santé du patient (histoire médicale, soins à donner) ;
- Développer et financer de manière structurelle les équipes de liaison pédiatriques (pédiatre coordinateur, psychologue, infirmière sociale, infirmières de liaison) ;
- Faire évoluer le concept de coordination et y intégrer tous les intervenants de première ligne en valorisant le rôle du médecin généraliste ;
- Financer et mettre à disposition des appareillages permettant de réduire la lourdeur des tâches (lève-personne) des infirmières à domicile et éviter ainsi le développement des pathologies lombaires tout en assurant une reconnaissance par le Fonds des Maladies Professionnelles de certaines de celles-ci ;
- Développer et soutenir les « maisons de répit ».

5) Améliorer l'accès aux pratiques de soins non conventionnelles

De plus en plus de patients se tournent vers des pratiques de soins non conventionnelles (homéopathie, médecine chinoise, chiropraxie, acupuncture, naturopathie, phytothérapie, etc.).

Cet intérêt croissant pour ces pratiques médicales souvent ancestrales témoigne de l'évolution d'une société qui recherche une approche plus humaine et plus globale du traitement médical, prenant en charge l'être humain en tant que tel et pas seulement sa pathologie.

Malgré ce succès croissant, l'accès aux médecines non conventionnelles reste difficile. L'accès des patients aux pratiques non conventionnelles est encore ralenti par une culture de soins parfois réticente à leur développement, par un manque d'accès à l'information sur les pratiques et l'offre de soins et par une politique qui exclut majoritairement leur reconnaissance et donc leur remboursement.

Le cdH propose :

- D'améliorer l'accès aux pratiques de soins non conventionnelles, notamment en améliorant l'information sur les pratiques existantes et les professionnels reconnus concernés et en intégrant dans le champ des pratiques médicales reconnues les pratiques non conventionnelles qui ont démontré scientifiquement leur efficacité thérapeutique ;
- Développer la reconnaissance des titres professionnels liés à un éventail de formations reconnues ;
- Améliorer la recherche pluridisciplinaire sur les pratiques non conventionnelles quant à leur efficacité, leur innocuité et leur qualité sur base de méthodologies définies en commun et de critères de validité appropriés ;
- Améliorer le remboursement des soins offerts dans le cadre des pratiques non conventionnelles lorsque des preuves scientifiques de leur efficacité ont pu être rapportées selon des méthodes définies en commun et des critères de validité appropriés.

6) Renforcer la place du patient dans la politique de santé : humaniser et démocratiser l'accès aux soins

Quatre ans après son entrée en vigueur, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient mérite d'être corrigée sur une série de points importants : l'humanisation de la relation thérapeutique doit encore être concrètement améliorée.

Dans ce contexte, la formation des professionnels joue un rôle important. Certains groupes de population restent par ailleurs insuffisamment protégés, dont les mineurs d'âge. Les services de médiation créés par la loi sur les droits du patient doivent être réformés, afin de pallier aux difficultés soulevées aujourd'hui (indépendance, impartialité, confidentialité).

La place du patient dans la politique de santé mériterait enfin d'être davantage prise en compte par une amélioration de la représentation du patient aux niveaux de pouvoir qui ont une influence directe ou indirecte sur la politique de santé.

Le cdH propose :

- D'humaniser l'accompagnement thérapeutique, de l'annonce de la maladie aux traitements en fin de vie. Il s'agit ici de garantir le droit du patient de recevoir une information complète et compréhensible sur la maladie et sur les traitements. Il est nécessaire à cette fin de prévoir, dans la nomenclature, un financement spécifiquement attaché au temps passé par le professionnel de la santé à la communication. Les conditions de l'annonce du diagnostic doivent également être davantage précisées (cahier des charges) ;
- Sensibiliser plus généralement les professionnels de la santé au respect des droits du patient, d'une part dans le cursus universitaire, et d'autre part dans le cadre de la formation continue (accréditation) ;
- Augmenter le degré de protection des populations « à risque » (les enfants) ;
- Améliorer l'accès des patients à des services de médiation réorganisés ;
- Renforcer la place du patient dans la politique de santé en assurant notamment une meilleure représentativité aux niveaux de décision qui les concernent. Le rôle joué par les mutualités, les associations de patients, les fédérations d'associations de patients ou encore des associations de défenses des droits des consommateurs/patients devrait être clarifié et

mieux pris en compte.

E. Soutenir les personnes fragilisées

Quel que soit le degré de couverture de l'assurance générale, il restera toujours des personnes dont les besoins dépassent ceux de la moyenne : les personnes dont le revenu est particulièrement faible ou qui sont exposés à des coûts particulièrement élevés, les enfants malades, les personnes handicapées, les personnes âgées.

Il est essentiel que la couverture générale de l'assurance soins de santé soit la plus large possible pour tenter « d'exclure l'exclusion ». Des modules de prise en charge individualisés doivent corriger les inégalités devant la santé et doivent être financés, dans la mesure des budgets préétablis, par la solidarité et non laissés à la seule charge des personnes concernées.

1) Fixer un moratoire sur toute augmentation des frais à charge du patient et corriger les inégalités financières notamment celles qui frappent les malades chroniques

Selon l'enquête de santé des Belges, un nombre croissant de personnes fragilisées se voient contraintes de reporter voire de renoncer à des soins pour des raisons financières. Il s'agit de personnes dont le revenu est particulièrement faible et pour qui le moindre frais de soins pèse lourdement dans le budget personnel. Mais il s'agit aussi de personnes qui, sans être dépourvues de revenus, sont exposées à des coûts exorbitants, comme le sont très souvent les malades chroniques.

Les maladies chroniques (obésité, diabète, troubles chroniques de la santé mentale, troubles de l'appareil locomoteur) sont en forte progression. Elles frappent un nombre croissant de patients qui doivent supporter des coûts de traitement souvent exorbitants à cause de la multiplication des tickets modérateurs et autres frais liés à la perte d'autonomie.

Sur le plan financier, une correction du système de prise en charge est justifiée pour toutes ces personnes. Il s'agit notamment des corrections suivantes :

- Les statuts BIM (Bénéficiaires de l'Intervention Majorée/ ex-VIPO) et OMNIO ;
- Le Maximum à facturer (MAF) garantissant en principe à tous les ménages et isolés que le montant de leur intervention personnelle dans les prestations de soins de santé, pour une année déterminée, soit plafonné ;
- Le forfait « malades chroniques » ;
- Le Fonds Spécial de Solidarité (FSS) destiné à couvrir certains frais particulièrement élevés de traitement en faveur de patients se trouvant dans une situation médicale très grave.

Le « Plan malades chroniques » entamé sous la précédente législature représente une première étape intéressante, mais les efforts doivent être poursuivis tant les besoins sont énormes.

Le cdH propose :

- D'établir un moratoire sur toute augmentation des coûts des soins de santé à charge du patient, par exemple en imposant un pourcentage moyen maximal de coûts à charge du patient ;
- Charger une instance de contrôler l'application de ce moratoire et formuler des propositions visant à diminuer ces coûts ;
- Maintenir les moyens de protection financière pour les personnes les plus vulnérables, c'est-à-dire les personnes qui sont les plus exposées à la multiplication des frais de soins de santé sans avoir les moyens suffisants pour les couvrir. Les autres doivent être couvertes par le régime général ;
- Evaluer régulièrement les frais pris en compte par les différents régimes en place – BIM/OMNIO/MAF – pour les corriger lorsque cela s'impose :

- o Veiller à une application correcte des régimes précités afin d'éviter certains abus (notion de « ménage de fait »),
 - o Eviter les « doubles paiements » liés aux contrats d'assurance privés ou complémentaires,
 - o Pousser plus loin les efforts de simplification des différents régimes en place – BIM/OMNIO/MAF,
- Tendre à des octrois aussi automatiques et équitables que possible de l'Intervention majorée et du statut OMNIO ;
 - Soutenir l'usage et la simplification administrative du tiers payant social ;
 - Valoriser le « forfait malades chroniques », en ciblant son action sur les personnes qui en ont le plus besoin ;
 - Veiller à une meilleure prise en charge des frais liés à l'équipement médical et aux aménagements des lieux de vie nécessités par la dépendance (en lien avec la future « assurance autonomie ») ;
 - Améliorer la recherche sur les maladies chroniques ainsi que les méthodes de détection précoce, en dehors des aspects financiers ;
 - Amélioration de la formation des professionnels de la santé et de l'implication des médecins généralistes ;
 - Revoir à intervalles réguliers les conditions d'intervention du Fonds spécial de solidarité : il s'agit d'élargir à la fois son budget et ses conditions d'intervention à la lumière de l'évolution des techniques thérapeutiques innovantes.

2) Améliorer la situation de l'enfant malade et de ses parents

La gestion globale de la maladie lourde de l'enfant implique une approche multisectorielle. Si des efforts conséquents ont été consentis ces dernières années, il reste des points importants à corriger.

a. Humaniser l'hospitalisation des enfants

Le cdH propose :

- D'accélérer l'adaptation des structures de soins pour les adolescents, qui ne sont réellement à leur place ni dans les structures pédiatriques, ni dans les structures pour adultes ;
- Mettre en place une vraie politique d'accueil des parents à l'hôpital ou en maison d'accueil :
 - o Assurer la gratuité des frais de séjour d'au moins un parent soit à l'hôpital, soit en maison d'accueil,
 - o Adapter l'architecture hospitalière pour l'accueil d'au moins un parent dans la chambre de l'enfant dans tous les hôpitaux et développer le concept « d'hôpital mère-enfant »,
 - o Elargir les heures de visite des parents et des frères et sœurs, dans les hôpitaux où cet élargissement n'est pas suffisamment appliqué,
 - o Insister sur l'importance du langage non verbal dans les relations parents-enfants, d'où l'utilité des mimes ou clowns et l'importance du jeu comme vecteur d'information,
- Mettre en place au sein de l'hôpital une structure permanente d'information sur tous les aspects de la prise en charge (vie à l'hôpital, démarches à entreprendre, y compris les coordonnées des structures d'aide, coûts et administration, etc.).

b. Concilier la prise en charge de la maladie par les parents avec la poursuite de la vie professionnelle

Les possibilités actuelles offertes par la réglementation en faveur d'une meilleure conciliation de la vie privée/vie professionnelle (interruption de carrière pour assistance ou octroi de soins à un membre du ménage ou de la famille gravement malade, interruption de carrière pour soins palliatifs, etc.) sont mal connues des employeurs, du public et des professionnels. Elles sont également trop rigides et n'assurent pas un revenu de remplacement réel. Elles sont trop limitées dans le temps, en particulier lorsque la maladie se prolonge pendant de nombreuses années.

Le cdH propose de :

- Reconnaître à tous les parents le droit d'interrompre momentanément leur carrière professionnelle pour assister ou offrir des soins à un enfant du ménage gravement malade, et à cette fin :
 - o Simplifier la procédure de demande, notamment en informant correctement les bénéficiaires potentiels des différentes possibilités existantes,
 - o Étendre le droit d'interruption de carrière pour assistance ou octroi de soins à un membre du ménage ou de la famille gravement malade, par exemple en transformant l'allocation forfaitaire actuellement accordée en un pourcentage du salaire perdu plafonné (par exemple 80%, comme c'est le cas en matière de congé de maternité),
 - o Étendre la période d'octroi de l'allocation au-delà d'un an (et ramener le cas échéant l'indemnité au niveau de l'actuelle allocation forfaitaire pour la période qui dépasse la première année),

c. Une meilleure prise en charge du coût des soins donnés aux enfants souffrant de maladies graves ou chroniques

Les familles confrontées à la maladie grave et/ou chronique ont à supporter à la fois les coûts directs des traitements proprement dits, mais aussi tous les coûts indirects liés au changement de vie. De nombreux soins indispensables ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. La sécurité sociale ne prend pas non plus toujours en compte les coûts indirects, tels que les coûts des équipements médicaux ou certains frais de logement des « accompagnants ».

Le cdH propose :

- D'assurer le remboursement intégral des prestations médicales (dont l'ensemble des médicaments prescrits), dentaires et paramédicales pour les enfants gravement malades chroniques. Cette prise en charge pourrait prendre la forme d'une allocation de base prenant en compte l'ensemble des frais encourus (directs et indirects), à adapter en fonction des revenus du ménage, avec le paiement d'une avance provisionnelle ;
- Supprimer le seuil d'intervention du MAF pour les enfants malades chroniques graves et y inclure pour ces derniers tous les types de médicaments, quelle que soit la classe à laquelle ils appartiennent ;
- Humaniser les procédures de contrôle auprès des médecins-conseils, en organisant le cas échéant des visites à domicile ;
- Assurer par ailleurs un suivi strict des demandes de renseignements auprès des médecins traitants et des médecins contrôles, en ce qui concerne les demandes d'allocations familiales majorées ;
- Mettre en place un délai maximal de traitement des demandes ;
- Évaluer les possibilités actuelles octroyant un remboursement forfaitaire des frais de déplacement et les moduler éventuellement selon le type de déplacement (degré d'urgence) ;
- Aligner (à la hausse) la quotité exemptée d'impôt pour les enfants à charge gravement malades sur celle qui est retenue pour les personnes à charge atteintes d'un handicap ;

- Instaurer un crédit d'impôt remboursable à octroyer lorsque la part de la quotité exemptée majorée n'a pu être imputée sur la part du revenu professionnel du conjoint concerné. Dans cette hypothèse, la quotité d'impôt exemptée sera majorée lorsqu'un enfant gravement malade bénéficie d'allocations familiales majorées au 1er janvier de l'exercice d'imposition.

d. Veiller à l'intégration scolaire et sociale de l'enfant malade et handicapé

L'objectif général est de permettre à l'enfant de renouer au plus vite des relations scolaires en groupe, si possible dans sa classe d'origine. L'enseignement à domicile ne sera envisagé qu'en cas d'absolue nécessité. Dans certains cas cependant, l'enseignement spécialisé de type 5 peut constituer une solution adaptée.

Le cdH propose de :

- Mettre tout en œuvre pour permettre à l'enfant malade de poursuivre sa scolarité, soit à l'hôpital soit, si son état le permet, dans une école « classique », et ce sans discrimination due à la maladie ;
- Trouver les moyens d'équiper davantage les hôpitaux en matériel scolaire ;
- Compter sur du personnel qualifié :
 - o Disposer d'une équipe couvrant de manière souple l'ensemble des niveaux maternel, primaire et secondaire,
 - o Engager, dans un cadre organique, du personnel social et/ou auxiliaire d'éducation,
 - o Permettre une souplesse des titres requis, des grilles horaires et des plages horaires des enseignants,
- Renforcer les projets de coordination avec l'école du domicile de l'enfant :
 - o Pour les élèves malades chroniques ou hospitalisés pour un long séjour, les écoles d'origine communiquent toute information utile à l'établissement d'un Plan Individuel d'Apprentissage (PIA) commun,
 - o Les écoles d'origine et les CPMS exerceront ainsi leur responsabilité dans le continuum scolaire,
- Créer et soutenir des structures d'accueil parascolaires pour les enfants dont le retour à la maison est impossible pour des raisons médicales.

3) Mieux soutenir les personnes âgées

Le vieillissement de la population est souvent considéré comme une source d'inquiétude pour la gestion du système de santé. Pour le cdH, une approche adéquate de la dépendance pourrait avoir un effet doublement bénéfique : sur les dépenses de santé, mais aussi et surtout sur le bien-être social. Des aménagements sont possibles, pas seulement sur le plan strictement médical, pour rendre plus « soutenables » mais surtout plus humaines des relations sociales toujours plus complexes entre jeunes et moins jeunes et entre personnes âgées dépendantes et personnes âgées non dépendantes.

Le cdH propose de :

- Créer une « assurance autonomie » au niveau fédéral en transformant et en élargissant l'allocation pour l'Aide aux personnes âgées. Cette prestation sera payable à domicile ou en hébergement pour couvrir les frais inhérents à la perte plus ou moins lourde d'autonomie. Cette initiative pourrait être mise en place de manière phasée en commençant par les plus grands aînés (80–85 ans) ;
- Évaluer, développer et optimiser l'offre de structures d'accueil, de services et de soins aux personnes âgées et/ou dépendantes et mettre l'offre en adéquation par rapport aux besoins ;
- Valoriser l'assistance bénévole fournie par un tiers à toute personne âgée et/ou dépendante ;

- o Etendre les droits accordés en matière d'interruption de carrière (assistance ou octroi de soins à un membre du ménage ou de la famille gravement malade, soins palliatifs, congé parental, crédit-temps, etc.),
- o L'extension portera notamment sur la durée couverte par l'indemnité, sur une hausse du montant de l'indemnité, ainsi que sur la valorisation des jours de congé dans le cadre du calcul des droits au chômage et à la pension,
- Mettre sur pied une concertation et une harmonisation de l'offre de services et de soins à domicile, ainsi qu'une évaluation et un renforcement de l'offre de soins intégrée. Le rôle du médecin généraliste doit être renforcé en tant que coordinateur et gestionnaire des soins à apporter aux « patients complexes ».

4) Améliorer la prise en charge de la douleur

Difficile à évaluer par des critères objectifs, la douleur a souvent été négligée par un système de soins parfois trop axé sur le symptôme évaluable scientifiquement. Or, la douleur a souvent pour effet de rendre plus vulnérables encore des personnes déjà fragilisées par la maladie. Ressentie parfois très péniblement par chacun d'entre nous, signe de l'existence d'une affection pas toujours diagnostiquée, la douleur et son traitement méritent une attention accrue de la part des soignants et du système de soins de santé.

Le cdH propose de :

- Développer la recherche et la communication à l'égard des professionnels de la santé sur les outils d'évaluation de la douleur ;
- Former davantage les professionnels de la santé, dans la formation de base et continue, sur la question de la douleur et de sa prise en charge, tant psychologique que thérapeutique ;
- Développer une stratégie intégrée relative à la fibromyalgie dans le cadre du modèle biopsychosocial, tenant compte de l'expérience de terrain des acteurs impliqués ;
- Développer les soins palliatifs (voir le point suivant) ;
- Renforcer le financement des centres de la douleur existants, incapables de remplir actuellement leur mission (listes d'attente de plusieurs mois) à cause de l'absence de financement adéquat.

5) Développer les soins palliatifs

70% des patients malades en phase terminale souhaitent mourir à domicile, mais seulement 30% d'entre eux peuvent réaliser ce souhait. Cette situation continue à être inacceptable. De plus, les soins à domicile, comparés à la fin de vie à l'hôpital, sont plus onéreux pour le patient, alors qu'ils coûtent moins cher à la société.

Si les soins palliatifs ont pour objectif premier d'améliorer la qualité de fin de vie du patient, ils diminuent par la même occasion les coûts des soins curatifs, ce qui présente un avantage évident pour la collectivité. Donner des moyens aux soins palliatifs entraînera une diminution de l'acharnement thérapeutique.

Les soins palliatifs reposent en Belgique sur une bonne structure de base mais des efforts doivent encore être fournis.

Le cdH propose de :

- Développer la « culture palliative » et la faire connaître au public et aux soignants. Le développement d'une « culture palliative » passe nécessairement par un développement de la formation des professionnels de la santé et des bénévoles. Il faut d'une part sensibiliser les professionnels sur l'existence et les techniques de l'alternative palliative et d'autre part donner les moyens aux responsables de structures de soins palliatifs de former leurs collègues. Il en est ainsi en particulier dans les maisons de repos et de soins, où le « forfait palliatif » destiné à cette formation est tout à fait insuffisant ;

- Renforcer le personnel soignant dans le secteur des soins palliatifs, qui souffre d'un manque chronique de moyens financiers, ce qui engendre un sentiment de frustration légitime et une grande démotivation à la fois dans le personnel subsidié, mais aussi chez les nombreux bénévoles. Il est proposé :
 - o D'augmenter d'au moins 25% les moyens financiers affectés aux soins palliatifs. Ce surcoût permettrait aux structures en place d'assurer au minimum la continuité des soins, notamment les permanences,
 - o Doubler la durée du congé pour soins palliatifs octroyé au travailleur qui se consacre à l'accompagnement d'un mourant pour le porter à 4 mois,
 - o Revoir les conditions de reconnaissance des « patients palliatifs » et faciliter l'accès au statut palliatif afin de ne plus baser cette reconnaissance uniquement sur l'espérance de vie (qui est à l'heure actuelle de 3 mois). Le cdH considère que tout patient devrait pouvoir bénéficier de soins palliatifs lorsqu'il se trouve à un stade avancé d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie,
 - o Intégrer la culture palliative dans les soins curatifs : les soins palliatifs ne sont pas des soins de « seconde zone », ils doivent s'intégrer dans les schémas thérapeutiques traditionnels, à un stade adéquat de l'évolution de la maladie, en parfaite symbiose avec les équipes soignantes de première ligne. Le médecin généraliste en particulier joue un rôle central qu'il convient de valoriser.

F. Donner aux prestataires de soins les moyens d'exercer leur métier pour une meilleure prise en charge du patient

Les prestataires de soins sont les premiers acteurs de notre système de soins de santé. Médecins généralistes et spécialistes, institutions de soins, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, dentistes, logopèdes, pharmaciens, ergothérapeutes, etc. Tous sont les rouages indispensables et complémentaires d'un système de soins de santé de qualité et efficace.

Depuis quelques années déjà, les prestataires de soins sont mécontents et découragés. Ils sont démotivés, certains quittent la profession ou y renoncent avant même d'avoir commencé. La confiance est rompue. Le cdH propose une autre manière de travailler : plutôt que de vouloir imposer au secteur une organisation artificielle, il faut partir des besoins de la population, donner aux prestataires les moyens réels de travailler et ensuite construire avec eux une organisation des soins plus rationnelle.

1) Revoir le financement et adapter la nomenclature

La nomenclature des soins de santé constitue la liste des prestations de santé remboursables par l'assurance maladie. Dans bien des cas, elle ne semble plus adaptée aux frais réels. En ce qui concerne les honoraires en particulier, la nomenclature ne reflète plus le travail réellement presté par les différents prestataires. Certaines prestations sont surévaluées (les actes techniques, par exemple dans le secteur de la cardiologie) et d'autres sont sous-valorisées (les actes intellectuels, par exemple dans les secteurs de la pédiatrie ou de la psychothérapie, ou encore les programmes infirmiers d'éducation à l'autonomie du patient diabétique).

On constate par ailleurs depuis de nombreuses années un sous-financement dans certains sous-secteurs hospitaliers (que ce soit dans le budget des moyens financiers ou en matière d'infrastructures).

Le cdH propose de :

- Revoir intégralement la nomenclature en vue notamment de faire correspondre les tarifs aux coûts réels et de revaloriser en particulier l'acte intellectuel (en tenant compte, dans ces prestations, de l'importance du facteur humain) ;
- Garantir un financement juste et suffisant des institutions hospitalières et médico-sociales selon les principes suivants :
 - o Assurer la couverture des coûts du personnel normé (sans oublier des postes

insuffisamment couverts tels que le matériel médical),

- o Créer un « fonds fédéral de construction » permettant de financer les constructions rendues nécessaires par l'amortissement rapide des infrastructures hospitalières, par les nouveaux besoins en infrastructures destinés à l'accueil des personnes âgées et/ou dépendantes ainsi que leurs frais d'exploitation,
 - o Assurer une allocation optimale et équitable des subsides régionaux (CRAC) compte tenu des possibilités de prise en charge fédérale pour les infrastructures ;
 - o Veiller à rattraper les retards de remboursement,
- Evaluer dans tous les secteurs l'opportunité d'instaurer ou non un double mode de gestion : à la fois un financement forfaitaire (prospectif) pour tous les actes qui connaissent une variabilité limitée, une prévisibilité raisonnable et un financement « à l'acte » pour tous les actes qui sortent de cette catégorie (sortir des forfaits les prestations trop coûteuses et celles qui concernent les patients dont le profil sort de la moyenne). Les forfaits doivent faire l'objet d'une évaluation constante pour correspondre aux coûts réels et s'adapter à l'évolution de la science médicale et des pathologies.

2) Améliorer le cadre de travail

a. Alléger les charges administratives

La volonté légitime de l'Etat de veiller à une gestion efficiente des moyens publics a eu pour conséquence de multiplier les procédures et les charges administratives nécessaires pour l'exercice quotidien de la profession. C'est le cas notamment en matière de prescriptions de médicaments ou de prescriptions pour l'obtention de remboursements de soins infirmiers.

Le cdH propose de :

- Revoir les modalités de remboursement des spécialités pharmaceutiques de façon à simplifier leur classement et leurs conditions de remboursement. Ainsi, en particulier, toutes les spécialités pharmaceutiques d'une même classe thérapeutique devraient recevoir les mêmes modalités de remboursement (avec des conséquences éventuelles sur les bases de remboursement) ;
- Revoir les modalités de prolongation/renouvellement des autorisations de remboursement pour le traitement des maladies chroniques, ainsi que les modalités de délivrance des médicaments ;
- Etendre le système du contrôle a posteriori, tout en assurant une meilleure sécurité juridique pour tous les médicaments, quel que soit le chapitre concerné ;
- Assouplir les obligations de contenu des prescriptions médicales pour les soins infirmiers, tout contrôle d'adéquation de la prestation pouvant être effectué sur bases d'autres documents obligatoires (registre infirmier, dossier infirmier, etc.) ;
- Repenser fondamentalement la nomenclature des prestations de santé de manière à la simplifier et à faciliter sa lisibilité ;
- Assurer une information large des exigences INAMI pour chaque type de prestataire à l'ensemble des prestataires concernés (exemple : les médecins prescripteurs doivent être informés du contenu des prescriptions exigé pour les soins infirmiers et kinés, etc.).

b. Accélérer le développement de l'e-health

La loi du 21 août 2008 a créé la plateforme e-health. Cette plateforme a pour but d'optimiser la qualité et la continuité des prestations de soins de santé et la sécurité du patient, de promouvoir la simplification des formalités administratives pour tous les acteurs des soins de santé et de soutenir la politique en matière de santé, et ce par des prestations de services et des échanges d'informations électroniques mutuels entre tous les acteurs des soins de santé, organisés avec les garanties nécessaires sur le plan de la sécurité de l'information et de la protection de la vie privée.

Le cdH propose :

- D'accélérer la mise en place d'un réseau informatique permettant un échange sécurisé (respectant la confidentialité des données dites « sensibles » et le secret médical) des données médicales et administratives. Pour ce faire, le projet e-health doit être évalué, corrigé si nécessaire et implémenté au plus vite. Les prestataires doivent eux aussi continuer à être soutenus par l'octroi de primes à l'acquisition du matériel requis. Les dossiers médicaux doivent pouvoir être informatisés et mis en réseau électronique (DMI – dossier médical informatisé), tout en garantissant le respect de la vie privée et du secret médical.

Cette mise en réseau doit concerner tous les prestataires de soins susceptibles d'intervenir pour le patient. Ceci implique une politique volontariste de mise à niveau des différents réseaux hospitaliers.

c. Revoir le système de responsabilisation des prestataires

L'absence totale de système de responsabilisation bien pensé des médecins généralistes a conduit l'autorité à mettre en place un système de contrôle individuel qui se concilie mal avec la liberté thérapeutique dont ceux-ci doivent jouir.

Si le contrôle nous paraît légitime, il importe toutefois que celui-ci, et les sanctions éventuelles qui l'accompagnent, soit exercé à bon escient, de manière intelligente et proportionnée. Selon le cdH, la procédure actuelle décourage les médecins qui agissent en âme et conscience, allant jusqu'à créer dans certains cas un climat de psychose incompatible avec l'exercice d'une médecine de qualité.

Le cdH propose :

- D'accroître drastiquement l'information des prestataires sur les traitements qui à la fois répondent à l'Evidence Based Medicine (aux guidelines de bonnes pratiques nationales et internationales) et permettent d'atteindre la meilleure efficacité (rapport qualité/coût pour l'assurance) ;
Jusqu'à aujourd'hui, les procédures prévues par la réglementation en la matière (CNPQ - Conseil National de Promotion de la Qualité) n'ont jamais été appliquées efficacement. L'information portera également sur les indicateurs et les indices de déviation manifeste développés le CNPQ. L'information doit passer par tous les canaux de communication : d'abord en ligne directe de l'autorité vers les prescripteurs (développement des réseaux informatiques sécurisés), ensuite en ligne indirecte à travers des outils de peer review (groupements locaux de médecins) revalorisés et soutenus par les pouvoirs publics.
- Inciter les prescripteurs au respect des guidelines ;
- Former les prescripteurs aux conséquences pharmaco-économiques des comportements : insérer à ce sujet des modules de formation spécifiques dans la formation de base ainsi que dans la formation continue (accréditation) ;
- Instaurer un ticket modérateur préférentiel pour la consultation des prescripteurs accrédités. L'accréditation constitue un outil utile de responsabilisation lorsqu'elle est élaborée en concertation avec le corps médical. En accordant au patient un ticket modérateur préférentiel en cas de consultation d'un prescripteur accrédité, on incite l'ensemble du corps médical à obtenir l'accréditation ;
- Valoriser financièrement les honoraires en cas de suivi des indicateurs ;
- Repenser le rôle et les méthodes de travail du médecin-conseil et opter pour un contrôle a posteriori généralisé ;
- Conditionner l'application d'une sanction financière individuelle à la constatation d'un acte qui contredit manifestement et durablement les indicateurs et à la mise en place d'une procédure qui garantisse les droits de la défense du prescripteur concerné (droit d'être assisté d'un conseil, droit d'être entendu et de recevoir copie du dossier d'instruction, etc.). Les guidelines ne sont pas des règles immuables : le triangle EBM – expérience du médecin

– histoire du patient – sont les trois éléments de décision d'un traitement ou d'une mise au point pour chaque situation clinique.

d. Adapter le contingentement fédéral aux besoins en personnel de santé

Le numerus clausus a raté son objectif : il y a toujours des pléthores locales de médecins, mais il y a surtout des pénuries qui s'installent, créant des difficultés notamment dans certaines spécialités médicales et dans certaines zones (zones rurales en particulier).

Le numerus clausus, tel que conçu à l'origine, est dépassé par l'évolution trop rapide du « marché » de l'offre et de la demande de soins. La fixation ponctuelle d'un nombre maximal de praticiens est de plus en plus aléatoire car sans lien direct avec la réalité du « marché » le jour où les étudiants s'y présentent.

Le cdH propose :

- D'évaluer l'actuel système de contingentement de l'offre médicale pour l'adapter, si nécessaire, à certaines évolutions de la société (démographie, technologie médicale, mobilité géographique).

Le système doit être réformé et devenir un instrument souple qui puisse s'adapter aisément à ces évolutions. Des dispositions particulières doivent être prises afin de répondre aux besoins spécifiques de certains spécialistes, soit en général soit en milieu hospitalier.

Le système implique une vérification continue des besoins dans les différentes spécialités, en concertation avec les Communautés.

En même temps qu'il reverra l'actuel système de planification, le Gouvernement continuera à inciter les médecins généralistes à s'installer dans des zones où une pénurie est constatée et les médecins spécialistes à travailler en milieu hospitalier lorsqu'il s'agit de spécialités pour lesquelles des pénuries sont constatées dans certains hôpitaux.

Une priorité sera accordée à l'opérationnalisation du cadastre des professions de la santé afin d'avoir à tout moment une vue transparente de l'activité réelle des prestataires de soins.

e. Assurer le suivi de l'application de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé

Après des années de tergiversation, la loi visant l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé a pu être adoptée. Cette loi a finalement opté pour un système à deux voies (le régime de droit commun coexiste au système de réparation par le fonds) comparable au système français.

Le cdH propose :

- D'évaluer la mise en place et la fonctionnalité du Fonds ;
- Evaluer la possibilité à plus long terme de rabaisser les seuils fixés par la loi pour la réparation des dommages ;
- Evaluer la possibilité d'inscrire une présomption réfragable de lien causale entre le dommage et la prestation de soins de santé qui faciliterait fortement l'accès au Fonds pour la victime.

3) Rendre au médecin généraliste son rôle d'acteur clé de première ligne

La médecine générale est en profonde évolution. De plus en plus de patients recourent de manière prioritaire à des soins de plus en plus spécialisés (hôpitaux, médecins spécialistes) dans des cas où une approche primaire se justifie pourtant.

La profession se féminise, changeant les attentes et l'approche des professionnels eux-mêmes quant à l'organisation de leur travail (conciliation vie privée/vie professionnelle, gardes médicales, etc.).

Les charges administratives, le niveau de revenu, le numerus clausus, les attentes de l'Etat, des patients et des autres acteurs de la santé (mutuelles, industrie, etc.) influencent considérablement l'organisation de la profession et diminuent parfois son attrait pour les jeunes générations.

Le cdH propose :

- D'accorder au médecin généraliste la place de « gestionnaire de dossier » dans les trajets de soins (les pathologies) où cette fonction se justifie. Cette reconnaissance implique que, pour ces trajets de soins pré-définis, le médecin généraliste soit la personne de référence pour le parcours du patient, le cas échéant vers un spécialiste ou une autre structure de soins. Le passage premier et le retour par et vers le médecin généraliste doivent être valorisés financièrement dans toutes les pathologies où cela se justifie ;
- Promouvoir le Dossier Médical Global (DMG) en tant qu'outil de prévention et de gestion du dossier médical informatisé. L'ouverture d'un DMG doit être valorisée financièrement et liée à la réalisation d'un bilan de santé ;
- Evaluer et adapter l'organisation du système des gardes médicales pour répondre à l'évolution de la profession (féminisation, etc.) et aux besoins légitimes de conciliation entre la profession et la vie privée ;
- Renforcer la représentation des médecins généralistes dans les instances qui prennent des décisions ayant un impact direct ou indirect sur leur pratique, et notamment : l'implication des médecins généralistes dans la Commission de remboursement des médicaments (CRM) et la révision éventuelle des différentes composantes du corps médical au sein de la Commission médico-mutualiste (réfléchir à l'instauration d'une règle de double majorité).

4) Les institutions hospitalières et les médecins spécialistes

Par comparaison aux autres pays développés (et a fortiori au reste du monde), la Belgique dispose d'un réseau hospitalier d'une qualité exceptionnelle : qualité des soins, couverture et accès territoriaux, efficacité dans la gestion des moyens, etc.

Pendant, nous devons rencontrer différents défis : un trop grand morcellement du réseau hospitalier nuit à l'efficacité, et ce malgré les efforts déjà accomplis en vue d'une meilleure coordination : infrastructures parfois « pléthoriques » et/ou trop disséminées en certains endroits du territoire (offre mal adaptée aux besoins), communication parfois insuffisamment développée entre les différents professionnels, gaspillage d'énergie et de moyens, etc.

Par ailleurs, la mobilité croissante des acteurs de la santé (patients, professionnels) dans un contexte international en évolution profonde impose une réflexion sur les missions et la place de notre système hospitalier dans le monde.

Le cdH propose :

- D'optimiser l'organisation de l'offre hospitalière en appliquant les principes du « Pacte associatif », c'est-à-dire :
 - o Consacrer l'autonomie de gestion de toutes les institutions hospitalières, quel que soit leur statut, qu'elles soient publiques ou privées. Cette autonomie se concrétise par l'adoption d'une forme juridique et de règles de gestion qui garantissent l'indépendance par rapport à l'autorité publique. Les institutions doivent disposer d'une liberté importante au niveau des moyens à mettre en œuvre pour parvenir aux objectifs de santé publique dont l'Etat garde la responsabilité et pour lesquels il détermine au préalable les critères d'évaluation,
 - o Consacrer l'égalité entre toutes les institutions hospitalières : les moyens accordés par l'autorité aux institutions hospitalières doivent l'être sans discrimination. Chaque institution doit garantir l'égalité d'accès des patients selon le principe « 1 patient égale 1 patient »,
 - o Consacrer le principe de légalité : les règles d'agrément et d'octroi des moyens de fonctionnement (que ce soit au niveau fédéral ou au niveau régional) doivent être établies par voie législative et faire référence à des critères objectifs,

En application de ces principes, les institutions hospitalières pourront faire l'objet de mesures de programmation et de rationalisation, encourageant les collaborations et associations fonctionnelles et adaptant les équipements (pet-scan, RMN et autres appareillages lourds notamment) aux besoins évolutifs de la population. Ces principes doivent guider notamment la répartition, sur le territoire, des différents services hospitaliers, tels que les services de cardiologie ou de pédiatrie, tout en tenant compte également de l'accessibilité géographique (rapidité des déplacements, notamment dans la pathologie cardiaque ou d'autres pathologies « urgentes », en tenant compte des régions plus isolées comme la Province de Luxembourg). Les statuts des différentes catégories de personnels devront, après analyse, faire l'objet d'une harmonisation.

- Garantir un financement juste et suffisant des institutions selon les principes suivants :
 - o Pallier au sous-financement via le Budget des Moyens Financiers (BMF), la création d'un « fonds fédéral de construction » et une meilleure répartition des subsides régionaux (voir plus haut),
 - o Revoir la nomenclature des soins de santé compte tenu de l'évolution de la médecine et l'adapter pour tenir compte des prestations « intellectuelles » ainsi que des prestataires qui assurent les gardes et permanences (voir plus haut),
 - o Adapter le mode actuel de financement des hôpitaux afin d'éviter la surconsommation, d'assurer que l'offre réponde aux besoins et de renforcer le développement performant des soins extra-muraux dans l'intérêt du patient ;
 - o Conserver les mécanismes de gestion prospective en fonction des activités justifiées et achever les réformes en matière de forfaitarisation (étude des possibilités en ce qui concerne les honoraires médicaux),
 - o Prendre des mesures visant à réduire la variabilité des dépenses (benchmarking, etc.),
 - o Imposer l'équilibre financier de chaque structure,
- Garantir la qualité des soins, c'est-à-dire veiller à ce que chaque soin soit presté à bon escient et éviter toute sélection des patients « à risques ». Pour y arriver :
 - o Faire une application équilibrée des techniques de financement (éviter les déplacements vers les prestations les mieux rémunérées),
 - o Développer les « trajets de soins » (ou « programmes de soins multidisciplinaires ») centrés sur le patients et reprenant, pour chaque pathologie, la liste des prestations à réaliser en fonction des données les plus récentes de la science (Evidence Based Medicine). Les trajets de soins doivent se substituer au système du forfait réclamé aux urgences,
 - o Fixer des objectifs de santé précis et mesurables et détailler les critères d'évaluation,
 - o Encourager un système d'accréditation du secteur hospitalier sur base de critères standardisés,
 - o Développer la pharmacie clinique au niveau qualitatif. En effet, de nombreux médicaments ne sont pas délivrés ou utilisés à l'hôpital conformément aux indications ou aux bonnes pratiques, d'où un risque de gaspillage, mais aussi d'effets médicaux non attendus voire nocifs,
 - o Favoriser la recherche clinique et l'inclusion de patients dans des protocoles d'investigation ;
 - o Un encadrement légal doit être développé en ce qui concerne l'accès aux médicaments non encore remboursés, par exemple sur le modèle français d'Autorisation Temporaire d'Utilisation (compassionate use),
- Développer des outils efficaces de gestion :
 - o Développer l'informatisation. Il s'agit en particulier de créer une plateforme électronique d'échange d'informations pour tous les hôpitaux (ou par groupes prédéterminés d'hôpitaux). Ce réseau pourrait notamment augmenter la qualité des soins en favorisant le transfert des données (Dossier médical informatisé) à l'intérieur du réseau et vers l'extérieur de l'hôpital (généralistes et autres

prestataires),

- o Eviter la prescription de prestations inutiles ou déjà prescrites antérieurement ou par un autre prestataire,
 - o Permettre de réaliser des économies sur les dépenses administratives,
 - o Eviter des pertes de revenus en accélérant et modernisant la facturation (éviter des retards de paiement, etc.),
 - o Renforcer le contrôle de la qualité du codage (transparence des informations transmises entre prestataires, organismes assureurs et autorité),
- Assurer la transparence de gestion de la pharmacie hospitalière en imposant la transparence des prix déclarés à l'INAMI ;
 - Convertir les services aigus en services de réhabilitation, de convalescence ; ce qui permettra un meilleur suivi via des soins plus appropriés, moins de réadmissions et plus de proximité ;
 - Adapter les normes aux réalités des zones rurales notamment en ce qui concerne les règles de programmation, les normes d'agrément et la réglementation de base relative au financement de l'infrastructure.

5) Les autres prestataires de soins

a. Les infirmier(e)s et les soins infirmiers

Depuis plusieurs années, la profession est malmenée : de nombreuses infirmières sont obligées de travailler à temps partiel, voire de quitter la profession afin de pouvoir concilier les avantages et les inconvénients de ce métier. Les institutions de soins sont confrontées à un manque croissant d'infirmières disponibles par rapport au nombre de postes vacants.

Le cdH propose de :

- Poursuivre et amplifier le plan attractivité de la profession infirmière entamé sous la précédente législature impliquant en priorité des aménagements souples et attractifs des conditions de travail ainsi que, lorsqu'elles s'imposent, des revalorisations barémiques ;
- Rechercher des solutions créatives à la demande croissante de personnel infirmier, tant dans les hôpitaux qu'à domicile : la demande de soins infirmiers est telle qu'elle implique une nouvelle organisation de soins, centrés sur le patient, où chaque professionnel exerce les soins pour lesquels il est le mieux formé. Les infirmières doivent pouvoir être aidées dans leur tâche par du personnel auxiliaire (aides-soignants, etc.) sans transfert injustifié de compétence ;
- Adapter, dans la nomenclature, le remboursement des soins infirmiers en fonction des besoins réels de la population dans un contexte d'expansion des soins à domicile et proches du patient ;
- Prendre des mesures pour soulager les infirmières et notamment l'augmentation du nombre d'infirmières par lit et l'intégration de leur présence dans la politique de financement des hôpitaux et des programmes de soins ;
- Reconnaître aux infirmières à domicile des suppléments d'honoraires de soirée, de nuit et de garde comme c'est le cas déjà pour les médecins.

b. Les kinésithérapeutes et les soins de kinésithérapie

Le cdH considère le kinésithérapeute comme un acteur important de la politique de santé, une ressource efficace contre les douleurs et dysfonctionnements d'origine musculo-squelettiques et un agent de prévention en vue de garantir un meilleur bien être à son patient.

Le cdH propose :

- D'augmenter le nombre maximum de 18 séances de kinésithérapie remboursables pour les

pathologies ordinaires ;

- « Geler » les avantages liés au conventionnement : les conditions actuelles liées au conventionnement sont restrictives et pourtant, des avantages tels que le statut social ou la prime informatique lui sont liés. Il faut « découpler » les avantages précités du statut de conventionnement ;
- Rééquilibrer le niveau d'honoraire pour des prestations aujourd'hui sous-valorisées sans raison objective : honoraires des pathologies lourdes et spéciales (et évaluation continue de la liste des pathologies spéciales, telle que la pluri-arthrose), prestations en cabinet ; indexer les prestations de week-end ;
- Aligner la nomenclature des kinés sur celle des physiothérapeutes lorsque c'est pertinent ;
- Imposer un ticket modérateur obligatoire mais réduit à 25% ;
- Financer les organisations représentatives des kinésithérapeutes, selon des critères à déterminer, sur le modèle qui a été adopté pour le financement des syndicats médicaux ;
- Définir les fonctions de prévention de la kinésithérapie et leur financement dans le cadre de la politique de santé publique ;
- Alléger les charges administratives auxquelles sont confrontés les kinésithérapeutes ; notamment l'application réelle de la suppression du registre papier.

c. Les dentistes et les soins dentaires

Selon la dernière enquête nationale sur la santé (2008) une partie importante de la population a une mauvaise santé bucco-dentaire. Ainsi, 12% de la population de 15 ans et plus ne possède plus sa dentition naturelle, 13% éprouve des difficultés à mastiquer des aliments durs et 35% déclare porter une prothèse dentaire.

L'accès aux soins dentaires, en particulier des populations plus défavorisées (où le brossage des dents est moins régulier et où les consultations préventives sont moins fréquentes), doit être amélioré.

Le cdH propose de :

- Rembourser davantage l'orthodontie (et des soins parodontologiques pointus) pour les dentistes qui respectent les tarifs de la convention ;
- Renforcer les actions de sensibilisation, de prévention et d'information (notamment à l'école, dans les media, etc.) visant à encourager le brossage des dents, à insister sur l'importance de l'alimentation et de la consultation préventive chez le dentiste ;
- Étendre le remboursement des prothèses amovibles avant 50 ans.

G. Respecter la vie en matière de bioéthique

L'émergence de l'individualisme et les progrès fulgurants de la science biomédicale conduisent certains à vouloir s'affranchir de tout encadrement normatif. Pour le cdH, il appartient au politique de préserver et d'encourager les acquis fondamentaux offerts par la science sans toutefois perdre de vue la nécessité de corriger les excès d'un individualisme exacerbé.

1) Euthanasie : Non à l'extension de la loi aux personnes atteintes de démence et aux mineurs

Lors de l'adoption de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, le cdH avait déjà exprimé son opposition sur une série de points importants. Aujourd'hui, des voix s'élèvent pour étendre le champ d'application de la loi à d'autres catégories de personnes pourtant fragilisées, à savoir les mineurs ou encore les personnes atteintes de démence.

Le cdH propose de :

- S'opposer à tout élargissement du champ d'application de la loi du 28 mai 2002 sur

l'euthanasie, notamment aux mineurs et aux personnes atteintes de démence, pour les raisons fondamentales qui l'avait conduit à déjà s'opposer à la loi de base lors de son adoption et en raison de la fragilité accrue des personnes précitées.

2) Mieux encadrer les procréations médicalement assistées

Le 15 mars 2007 a été votée au Parlement une loi encadrant les procréations médicalement assistées. Le cdH soutient l'adoption d'un tel cadre réglementaire (interdiction de toute forme de commercialisation des dons de gamètes et d'embryons, etc.). Néanmoins, entre autres questions, le texte adopté pose un problème fondamental : celui de la fécondation post mortem. Pour nous, la mort met un terme définitif à toute volonté de conception « intraconjugale » puisque le couple n'existe plus.

Le cdH propose :

- D'évaluer la loi du 15 mars 2007 relative à la procréation médicalement assistée et d'examiner l'opportunité de la corriger, notamment sur les points suivants : la fécondation post mortem, l'anonymat du don d'embryon. La possibilité de recourir à la PMA en dehors d'un projet de couple et le diagnostic génétique préimplantatoire.

3) Interruption volontaire de grossesse

Le cdH propose de :

- Ne pas augmenter la limite pour les interruptions volontaires de grossesse, cette limite étant de toutes manières étendue pour les interruptions médicales de grossesse ;
- Poursuivre et intensifier la prévention des grossesses non désirées, l'éducation à la contraception et l'accompagnement des femmes se trouvant confrontées à des grossesses non souhaitées.

3. Améliorer la vie des familles

Plus que jamais, durant cette crise financière et sociale où le besoin de solidarité se fait sentir de manière accrue, il est important pour les familles de disposer des moyens nécessaires à exister et se réaliser.

La famille, dans chaque forme qu'elle prend, est le creuset de toutes les solidarités. Elle est d'abord le premier lieu de socialisation de l'individu, un endroit où les personnes évoluent, se croisent, se rencontrent, et permettent à chacune des personnalités de s'épanouir pleinement. Il est dès lors primordial de permettre à ces familles, quelles que soient leur composition, leur spécificité, de pouvoir disposer de moyens et de temps pour vivre ensemble, avoir la possibilité de transmettre aux plus jeunes des valeurs, du sens et la maturité nécessaire pour qu'ils puissent se développer dans notre société.

Les familles ont, plus que jamais, besoin d'être aidées, soutenues et considérées car elles manquent de temps et parfois d'argent pour bien vivre. Les familles monoparentales, ou ne bénéficiant que d'un seul revenu ont été les premières touchées par la crise économique et financière que nous venons de vivre. Les parents sont parfois démunis pour pouvoir assumer leur rôle éducatif dans un contexte de société aussi en crise d'autorité. Travail et budgets fragiles sont trop souvent réservés à des femmes qui doivent assumer ce rôle multiple seules. Les relations de couple sont parfois difficiles.

Au cdH, nous considérons comme essentiel de soutenir et responsabiliser les parents, dans leurs vies, leurs relations, leur rôle éducatif, leur budget. Et leur logement est aussi essentiel à investir que les matières d'éducation, d'enseignement, ou de prévention de la jeunesse. Car la famille et la jeunesse sont les premiers bâtisseurs de la société à venir. Le soutien à la famille est donc au cdH une réelle urgence de société.

Pour nous, les familles c'est primordial, la politique des familles c'est transversal.

Le cdH propose de :

- Continuer à désigner dans le prochain gouvernement un Ministre de la Politique des Familles qui aura pour mission de poursuivre la politique familiale en matière de justice, et de manière globale, dans toutes les matières qui peuvent concerner les familles ;
- Créer un « observatoire » des familles qui permettra d'analyser et d'évaluer les politiques familiales mises en œuvre concrètement et de révéler les nécessaires coopérations transversales.

A. Familles, travail et citoyenneté

Le cdH, conscient de l'importance des mesures permettant d'articuler au mieux vie professionnelle et vie privée, entend continuer à œuvrer en cette matière en plaçant les familles au centre de sa réflexion. Les familles ont de plus en plus besoin d'aide et de services pour concilier vie professionnelle et vie familiale.

1) Donner plus de temps à la vie familiale

Entre la vie professionnelle, les tâches ménagères, les courses, la vie scolaire et les activités extrascolaires des enfants, il reste peu de temps aux familles pour « vivre » ensemble, « être » ensemble, parler, s'occuper des enfants ou des grands-parents dépendants.

Notre objectif fondamental consiste à favoriser l'éducation, la formation permanente, l'épanouissement personnel et familial ainsi que les soins aux personnes dans le souci d'assurer une importante adaptabilité du marché du travail dans une grande égalité entre les travailleurs.

Le CNT (Conseil National du Travail) a souhaité approfondir son analyse de l'ensemble des congés thématiques familiaux. Les difficultés budgétaires aidant, ce long examen par les partenaires sociaux n'a pas permis d'aborder durant cette courte législature le projet de compte carrière. Cela n'a permis que de petites avancées en congé de paternité, parental, et de maternité.

La réalité du vécu des familles, les parcours professionnels de plus en plus hybrides entre les différents statuts professionnels (indépendant, employé, fonctionnaire, etc.) et donc de protection sociale, indiquent la nécessité de repenser en profondeur ces systèmes en un nouveau pilier de la sécurité sociale.

Le cdH propose de :

- Mettre en chantier dès le début de la nouvelle législature la mise en œuvre d'un « compte carrière » en sécurité sociale, tous secteurs confondus.
- Privilégier les personnes qui prennent du temps sur leur carrière pour s'occuper de leur entourage que ce soit pour des enfants en bas âge ou pour des personnes malades ou âgées ;
- Octroyer un crédit temps de 5 ans :
 - o Accorder à chaque travailleur un « capital temps libre rémunéré » – un « crédit-temps » de 5 ans. Ce crédit temps doit offrir à tous les travailleurs, quels qu'ils soient, un droit identique, de prendre un total de 5 ans de temps libre à moduler sur l'ensemble de leur carrière professionnelle,
 - o Augmenter progressivement de 50% le montant de l'allocation de crédit temps motivée par des raisons familiales (l'éducation des enfants ou le soin apporté à des personnes âgées ou malades) ou pour des raisons de formation ou de requalification du travailleur. Celle-ci ne s'élève aujourd'hui qu'à 592,52 euros par mois,
 - o Soutenir les personnes aidantes (voir partie 2, II, C).

- Améliorer le congé parental ;

La Belgique est l'un des pays européens où la durée du congé parental est la plus courte. Ce congé est, par exemple, de six mois aux Pays-Bas et en Italie. Il est de deux ans en Allemagne et au Portugal et de trois ans en France et en Espagne.

En outre, la rémunération actuelle du congé est insuffisante pour permettre à tous les parents d'en bénéficier. Une interruption complète donne actuellement droit à un forfait de 726,85 euros par mois pendant trois mois, une réduction de travail à mi-temps donne droit à 363,62 euros par mois.

Le cdH se félicite de l'implémentation de la directive européenne relative au congé parental, faisant passer celui-ci de 3 à 4 mois. Toutefois comme proposé dans le programme 2007, le cdH voudrait voir la durée de ce congé, augmenter à 6 mois ainsi que le montant de sa rémunération à 800€ par mois, au minimum.

- Améliorer les autres congés familiaux et harmoniser les différents régimes :
 - o Dans le cadre du respect des directives européennes, et comme exposé dans le programme 2007, l'allongement du congé de maternité à 18 semaines,
 - o Ne plus pénaliser la femme enceinte qui tombe malade pendant les dernières semaines de sa grossesse, en lui accordant, en plus de la semaine de congé prénatal obligatoire, 10 jours de convenance,
 - o Les avancées de la dernière législature en matière de congé de paternité n'étant pas suffisantes, plaider pour l'instauration d'un congé de paternité payé de 4 semaines, à répartir pendant les six premiers mois, car il est important que les pères puissent aussi créer du lien avec l'enfant,
 - o Instaurer un congé d'adoption d'une durée égale au congé d'accueil en cas de maternité et au congé de paternité,
 - o Lancer le concept du « temps de travail familial » et permettre aux parents d'enfants en bas âge (sans augmentation de la durée globale du travail) d'aménager, avec l'accord de l'employeur, les prestations horaires de manière souple en les organisant par mois et non plus par semaine ou par jour,
 - o Reconnaître aux grands-parents des possibilités spécifiques en matière de congé parental et de flexibilité du temps de travail leur permettant d'assurer leur rôle,
 - o Allonger le congé pour soins palliatifs qui n'est que de 2 mois à 4 mois maximum et allonger le congé de deuil à 10 jours au lieu de 3 actuellement.

2) Impliquer davantage le père dans l'éducation des enfants

Une tendance à l'éloignement du père dans certaines familles est assez perceptible, tendance qui entraîne une absence parentale peu opportune pour l'enfant. Cette tendance est renforcée dans les ménages précarisés par la distinction de traitement isolé/cohabitant dans les allocations sociales de remplacement.

Le cdH propose de :

- D'instaurer une obligation de prise du congé de paternité afin de protéger le travailleur ;
- Abroger la discrimination isolé/cohabitant en matière d'allocations sociales et de remplacement ;
- Promouvoir la distribution systématique, au moment de l'accouchement, d'une brochure explicative reprenant l'ensemble des droits et devoirs du père. Ce type de brochure existe déjà, du moins pour certains droits (notamment la brochure de l'ONE « devenir parents ») mais n'est pas très connue du grand public ;

- Promouvoir, par des campagnes de sensibilisation, l'importance de la place du père dans l'épanouissement de l'enfant ;
- Instaurer une obligation de prise d'une partie du congé de paternité afin de protéger le travailleur ;
- Abroger la discrimination isolé/cohabitant en matière d'allocations sociales et de remplacement.

3) Développer le soutien à la parentalité et informer les parents et les professionnels

Constatant que tant l'accès à l'information sur les politiques familiales que les démarches à réaliser posent problème, il convient d'offrir aux citoyens une centralisation de toute l'information disponible en matière de soutien aux familles. Le niveau local semble être à cet égard le plus approprié.

Le cdH propose de :

- Développer, dans le cadre de la politique des grandes villes et des contrats de quartier, des fonctions de « conseillers des parents » impliqués au niveau des quartiers, dans les processus de prévention et d'insertion des jeunes. Ces conseillers seraient notamment habilités à offrir des formations à la parentalité, des conseils et également des prestations de suivi dans le cadre du stage parental prévu désormais par la loi ;
- Créer des « points info famille » dans certains services tels que la maternité, les commissariats de police ou encore les CPAS. Ces derniers auraient pour mission d'orienter les familles vers les dispositifs d'aide les plus adaptés à leurs besoins et de proposer directement certains services ;
- Développer et valoriser les lieux où les parents peuvent venir s'informer, échanger leurs expériences via les lieux d'accueil parents/enfants, les espaces de médiation parents/adolescents et les « Espaces-rencontres » ;
- Poursuivre l'organisation de campagnes de sensibilisation sur le soutien à la parentalité ;
- Poursuivre la dynamique impulsée par le portail « lesfamilles.be » à rattacher à l'Observatoire des politiques familiales (à créer) en vue de le pérenniser.

B. Familles et consommation

1) Mieux encadrer les pratiques publicitaires

En matière de publicité et de marketing, plusieurs mesures sont proposées par le cdH pour répondre aux problèmes spécifiques identifiés tels publicité pour les produits financiers et d'assurance, publicité sur internet, allégations de santé ou nutritionnelles, etc.

a. Protéger les jeunes consommateurs

Les pressions commerciales exercées sur les enfants sont de plus en plus fortes, d'autant plus que les formes déguisées de publicité se multiplient. Force est de constater qu'aucune réglementation ne protège les mineurs contre certaines pratiques publicitaires douteuses.

Le cdH propose :

- D'insérer des dispositions relatives à la publicité faisant référence aux fêtes enfantines ;
- Imposer l'identification claire de toutes communications publicitaires et la séparation sans équivoque des contenus éditoriaux ;

- Réglementer la publicité adressée à un enfant de moins de 12 ans et l'utilisation des enfants dans la publicité ;
- Augmenter les moyens de prévention sur les risques de publicités internet non adaptés aux jeunes enfants (jeux violents, de paris et de hasard sur Internet, images pornographiques).

2) Garantir des droits au consommateur dans l'univers numérique

a. Mieux protéger les mineurs sur Internet

Internet est une mine énorme d'informations, et doit donc à ce titre, être mis à la disposition des enfants. Cependant, une grande partie du contenu présent sur Internet n'est pas destinée aux enfants (sites pornographiques, violents, etc.) et les parents ne se sentent pas toujours à l'aise avec ces nouveaux médias et ne savent pas vraiment comment aborder les risques du Web avec leurs enfants. Il est donc essentiel de restreindre l'accès à de tels sites internet aux enfants.

Le cdH propose de :

- Créer un statut de tiers de confiance ;
- Elaborer un label au niveau national couplé à un système de filtrage validé par les autorités publiques ;
- Mettre à disposition un logiciel de filtrage ;
- Permettre une meilleure identification en ligne des mineurs par le déploiement des systèmes de reconnaissance via l'Eid ;
- Développer encore plus d'efforts particuliers d'appui au rôle parental d'accompagnement à l'usage des NTIC ;
- Instituer une action en cessation en cas d'infraction par les sites ou blogs de la zone .be ou établis en Belgique ;
- Favoriser l'éducation aux médias et à l'utilisation des outils informatiques ;
- Evaluer, et le cas échéant, renforcer les récents dispositifs sur les jeux de hasard sur le net.

C. Familles et fiscalité

La fiscalité des ménages se doit d'être en phase avec la nouvelle sociologie des familles sans pénaliser celles qui font le choix d'un engagement durable. La neutralité du système en fonction du choix de vie doit être assurée complètement.

Instrument de solidarité aux mains de l'Etat, la fiscalité doit dès lors aussi assurer l'égalité des chances en fonction des situations de revenus et soutenir des politiques de discrimination positive.

Le cdH propose de :

- Poursuivre l'individualisation des droits face à l'impôt en matière de déductibilités, de réductions et de recouvrement ;
- Elargir la quotité exemptée pour enfant à charge y compris via un crédit d'impôts remboursable, en lieu et place de la déductibilité des rentes alimentaires ;
- Aligner ces quotités sur le montant déductible alloué au troisième enfant (un enfant = un enfant) ;
- Répercuter la dimension familiale dans les montants déductibles pour tout dispositif (précompte professionnel, immobilier, taxe de mobilité, abattement et réduction pour achat de logement, transformation, énergie alternative, etc.) ;

- Installer une majoration de la quotité exemptée d'impôts et du crédit d'impôts pour un enfant poursuivant des études dans l'enseignement supérieur loin de leur domicile.

D. Familles et sécurité sociale

La sécurité sociale doit demeurer un projet d'assurance et de solidarité interpersonnelle et intergénérationnelle générale. Bien des aspects de cette assurance sociale touchent les familles : santé, chômage et maintien d'un l'emploi décent, pensions (pour éviter la surcharge sur les familles sandwich). Nous nous limiterons ici aux allocations familiales.

Morceler le dispositif, c'est en réduire la base de financement.

Se servir des allocations familiales comme ballon d'essai de politiques différenciées s'avèrera à la fois contre-productif en termes de couverture budgétaire mais aussi ingérable vu les imbrications entre employeurs et travailleurs par delà les découpages géographiques : lieux de travail différents de la zone de résidence, siège d'exploitation distinct du siège social, etc.

Le cdH propose de :

- Renforcer l'unicité du système en amenant progressivement dans un premier temps, le montant des allocations familiales du premier enfant au niveau de celui du deuxième ;
- Finaliser l'alignement du montant des allocations familiales du premier enfant de salarié et d'indépendant (il reste une différence de 5,40 euros).

E. Familles et justice

1) Humaniser la gestion des conflits familiaux

Les conflits de couple et de famille sont certainement les plus pénibles à vivre et laissent des traces et des blessures difficiles à cicatriser. L'enfant y est bien souvent la première victime. Il doit être au centre de la lutte pour humaniser la gestion des conflits familiaux et l'amélioration de l'organisation judiciaire ainsi que des relations entre la justice et les familles.

Différentes pistes ont déjà été travaillées et doivent être poursuivies avec volontarisme.

a. Poursuivre la création du tribunal de la famille et de la jeunesse

Le bouclier social commence dans la sphère familial par la mise en œuvre des solidarités intra familiales. Même mors de séparations, celle-ci doit perdurer pour le bien être des ex-partenaires et spécialement des enfants. Une procédure plus simple axée sur la rapidité mais surtout sur la résolution des questions financières tout en préservant le dialogue doit être mise en œuvre.

Voir Partie 4, Chap. 4, A, 3, c.

b. L'objectivation des obligations alimentaires

Un travail parlementaire important mené par les ministres et parlementaires cdH vient de se terminer sur cette matière et la loi du 19 mars 2010 sur l'objectivation du calcul des obligations alimentaires entrera en vigueur le 1^{er} septembre 2010.

Cette loi, en obligeant le magistrat à fixer les contributions alimentaires par des critères objectifs, en définissant la différence entre frais ordinaires et frais extraordinaires, en permettant la délégation de salaires dès que 2 mois de contributions sont impayées et en instituant une commission qui donnera des recommandations sur les besoins des enfants et les méthodes de calcul va permettre aux personnes de mieux accepter les contributions qui sont fixées (tant le débiteur que le créancier) et dès lors plus facilement les exécuter.

Le cdH propose de :

- Mettre rapidement en place la commission prévue dans la nouvelle loi pour rendre cette objectivation plus praticable grâce à des critères objectifs dégagés par les professionnels et associations de terrain ;
- Evaluer les effets de la loi sur la jurisprudence.

c. Poursuivre le développement des modes complémentaires de règlement des conflits familiaux et particulièrement de la médiation

Les avantages de la médiation sont incontestables : la médiation aide les parties en conflit à trouver un accord auquel chacune d'elles adhère et qu'elles respecteront dès lors plus facilement. Elle permet également de réduire le risque de décisions judiciaires inadaptées ou, après décision judiciaire, de revenir à des solutions acceptables et durables pour chacune des parties. Elle vise aussi à réinstaurer le dialogue pour le plus grand intérêt de chacun et surtout des enfants.

La médiation doit être favorisée à tous les stades : en amont, en aval et durant toutes les étapes de la procédure où elle peut toujours avoir son sens et son efficacité. De plus son coût est souvent moins élevé qu'une procédure judiciaire et est accessible à tous par l'assistance judiciaire. Pourtant malgré ces avantages, la médiation reste méconnue et peu utilisée.

Beaucoup de campagnes ont déjà été effectuées et il convient dès lors d'être plus volontariste dans sa mise en place.

Par ailleurs, d'autres modes de règlements des conflits existent tels la conciliation, l'avocat collaboratif, etc.

Le cdH propose de :

- Lancer des campagnes d'information auprès du grand public mais aussi de tous les professionnels, d'informer le justiciable à tous les stades de la procédure ;
- Favoriser la formation des magistrats sur une sensibilisation à la médiation de manière à leur permettre de mieux inciter le justiciable à utiliser la médiation ;
- Imposer une séance d'information préalable à la médiation et à la coparenté avant d'introduire un dossier famille au sein du tribunal ;
- Favoriser la conciliation en obligeant les parties à comparaître volontairement devant le juge dans toutes les questions qui concernent leurs enfants ;
- Financer des séances de médiation lorsque des enfants mineurs sont en question, la médiation ne pouvant à termes, que faire diminuer le coût de la justice.

d. Lutter contre les rapt parentaux

Au sein des services publics concernés, on comptabilise en Belgique environ 170 dossiers ouverts de cas de rapt parentaux par an. Face ces situations ô combien douloureuses pour de nombreuses familles, le Secrétaire d'Etat à la Politique des Familles a optimisé le fonctionnement du numéro d'appel organisé au sein du point de contact fédéral et l'a diffusé plus largement dans le public. Il a aussi initié la réflexion sur la place de la médiation dans le processus Bruxelles II Bis.

Le cdH propose de :

- Renforcer la coordination entre les différentes compétences que requièrent les dossiers de rapt parental (Justice, Affaires étrangères, Affaires sociales, Intérieur, Enseignement, etc.) et dans laquelle des parents victimes pourraient également participer via un point de contact unique Affaires Etrangères/Justice ;
- Poursuivre et développer davantage une formation adéquate pour les avocats et les magistrats quant à la problématique du rapt parental ;

- Prévoir également une formation à destination de la police fédérale quant à la notion et à la réalité du rapt parental ainsi que le développement d'une formation et d'une information des différents services susceptibles d'être contactés dans les premières heures qui suivent l'enlèvement ;
- Assurer la formation, dans chaque ambassade belge à l'étranger, d'une personne de référence spécialisée, notamment à la médiation, pour les situations de rapt parentaux ;
- Développer le service existant de soutien psychologique et administratif du « parent victime » au sein du point de contact ;
- Installer, au niveau européen et international, le recours à la médiation familiale internationale dans les cas d'enlèvements d'enfants, dans le respect des instruments internationaux et par le développement d'une formation spécifique ;
- Développer la prise en charge psychologique et scolaire des enfants rentrant en Belgique afin de « limiter » les effets dévastateurs d'une éventuelle aliénation parentale et de permettre une réinsertion ;
- Assurer l'exequatur du jugement de garde émis et rendu en Belgique dans l'éventuel pays d'accueil et ce, avant l'obtention et la réalisation de tout droit de visite.

e. Le huis-clos en matière familiale

Le projet de loi instaurant les audiences en chambre du conseil dans les matières familiales et particulièrement pour les matières relatives à l'enfant a été voté. C'est une première étape importante dans l'humanisation des procédures judiciaires en matière familiale prévue dans le Tribunal de la famille et de la jeunesse.

Le cdH propose de :

- Prévoir des budgets permettant de rendre plus conviviales les chambres du conseil prévues pour accueillir les audiences en matière familiale dans le cadre de la mise en place du Tribunal de la Famille et de la Jeunesse.

f. Améliorer la loi réformant le divorce

La loi du 27 avril 2007 réformant le divorce est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2008 et a mécontenté beaucoup d'acteurs de terrain sur différents points. Elle a déjà fait l'objet de plusieurs lois réparatrices et d'arrêtés de la Cour Constitutionnelle.

La loi actuelle permet de divorcer sans avoir réglé aucune des conséquences de la rupture du lien conjugal que ce soit à l'égard de l'époux économiquement faible ou des enfants.

Tout dans la loi converge pour que les parties commencent par divorcer et ne règlent qu'ensuite, les modalités et les effets de leur divorce. On observe ainsi une diminution des procédures en divorce par consentement mutuel.

Le cdH propose de :

- Lier l'obtention d'un jugement prononçant un divorce à l'obligation d'avoir trouvé un accord ou obtenu une ordonnance de mesures à tout le moins provisionnelles relatives aux enfants, au domicile conjugal ainsi qu'au secours ou pension alimentaire à l'égard du conjoint ;
- Inscire dans la loi la notion de « dégradation significative de la situation économique » créée par la rupture du mariage pour la fixation de la pension alimentaire au conjoint qui doit être liée au niveau de vie durant les années de mariage ;
- Arrêter de nouveaux critères objectifs des modalités de la pension après divorce : l'état de santé des époux, leurs qualifications et leurs situations professionnelles, les conséquences résultant des choix professionnels faits pendant la vie commune pour l'éducation et du

temps qu'il faudra encore y consacrer, et des choix professionnels faits par un époux en faveur de la carrière de l'autre et au détriment de la sienne, le patrimoine.

g. Réformer la procédure de liquidation-partage

Les règles concernant les différentes étapes de la procédure se sont largement développées de manière prétorienne. Afin d'en assurer une application uniforme par les cours et tribunaux, mais surtout rendre cette procédure la plus efficace et la moins longue possible, un groupe de travail a élaboré un projet de réforme qui devait être déposé au moment de la crise politique.

Le cdH propose de :

- Soutenir la proposition de loi rédigée par un groupe de travail composé de notaires, avocats, professeurs d'université permettant de rendre la procédure plus efficace et plus simple en l'inscrivant dans un calendrier à respecter par toutes les parties.

2) Reconnaître le deuil et la souffrance des parents d'enfants nés sans vie

La perte d'une enfant en cours de grossesse alors que cet enfant était désiré, et ce parfois depuis longtemps, par les parents ainsi que les autres enfants éventuels de la famille est une épreuve déchirante pour ceux-ci qui se retrouvent démunis face à cette perte et en très grande souffrance d'autant que la plupart du temps ils n'y étaient pas préparés. Cette souffrance est particulièrement accrue par le fait qu'ils ne se sentent pas reconnus dans ce deuil ni par l'entourage ni également par la société toute entière.

Jusqu'à présent l'enfant né vivant, décédé après quelques heures se voit attribuer un acte de naissance et un acte de décès, quelle que soit la durée de la grossesse. Par contre, l'enfant né sans vie, dont la grossesse de la mère n'avait pas atteint 180 jours n'était pas considéré tant sur le plan humain que sur le plan juridique. La demande des parents est grande en ce domaine.

Le cdH propose de :

- Permettre pour les parents que la naissance, même sans vie de leur enfant, soit reconnue sur le plan civil et qu'il leur soit permis de donner un prénom à leur enfant ainsi qu'à un fœtus mort avant d'avoir atteint le seuil de viabilité ;
- Déposer le projet de loi rédigé mais bloqué par ceux qui craignaient de porter atteinte au droit à l'avortement. Ce projet introduit trois paliers dans la reconnaissance des enfants et fœtus nés sans vie et contient les éléments suivants :
 - o L'enfant né sans vie après 180 jours à partir de la conception : définition de la notion d'enfant né sans vie, délivrance d'un certificat,
 - o L'enfant né sans vie entre 140 et 179 jours à partir de la conception : inscription de la naissance dans un registre spécial et possibilité de donner un prénom,
 - o Le fœtus né sans vie à partir de 106 jours à partir de la conception : inscription possible du fœtus dans un registre spécial et possibilité de donner un prénom,
 - o Obligation pour les hôpitaux d'informer les parents et de réserver un traitement digne si les parents n'ont pas décidé de procéder à une inhumation ou incinération,
 - o Dispositions transitoires pendant un an pour les deuils antérieurs.

3) Adapter le droit aux nouvelles formes de familles

a. Reconnaître légalement le rôle du beau-parent

On constate au niveau juridique un silence total au sujet du beau-parent. Celui-ci n'apparaît face à son bel-enfant que comme le conjoint ou le partenaire du parent. Il n'a aucun droit ni aucune obligation à l'égard de l'enfant de son conjoint ou partenaire. Dans la pratique

cependant, on constate qu'un certain nombre de beaux-parents prennent en charge leur bel-enfant, contribuent en fait à son éducation et à son entretien tout en nouant avec lui des liens affectifs forts qu'une séparation et un décès pourraient remettre en question, faute de consécration légale.

Le cdH propose :

- Lorsque l'autorité parentale n'est exercée que par un seul parent :
 - o Permettre, en cas d'accord ou de disparition du parent d'origine, l'attribution au beau-parent qui le souhaite, de tout ou partie des droits et obligations inhérents à l'autorité parentale,
 - o Accorder au beau-parent, en cas de séparation, un droit d'hébergement dont le juge fixerait les modalités,
 - o Ouvrir un droit à des aliments, dans le chef de l'enfant et de ses descendants dans le besoin à charge du beau-parent et réciproquement,
 - o Mettre à charge du beau-parent une obligation d'entretien (art. 203 du Code civil) à l'égard de l'enfant mineur,
 - o Permettre à l'enfant et à ses descendants d'acquérir sur la succession du beau-parent les mêmes droits que ceux conférés aux enfants et aux descendants et permettre au beau-parent et à ses descendants d'acquérir sur la succession de l'enfant les mêmes droits que ceux conférés aux ascendants de l'enfant,
- Lorsque l'autorité parentale est exercée par les deux parents, à défaut d'accord, permettre que le juge statue, à la demande des parties, sur les modalités selon lesquelles le partenaire participe à la vie de l'enfant ;
- Favoriser, en cas de décès des père et mère, et si les parents n'ont pas désigné un tuteur par testament ou par déclaration ou si leur choix n'a pas pu être suivi, l'attribution préférentielle de la tutelle au beau-parent, pour autant que l'enfant ait été réellement élevé par lui et que ce choix soit conforme à l'intérêt du mineur et après audition de celui-ci.

b. Mieux protéger les concubins

Le cdH estime souhaitable que le législateur intervienne afin d'organiser certains droits et obligations dans le chef des concubins qui auraient partagé un certain nombre d'années de vie commune et dont l'union présente un caractère de stabilité suffisant.

Le cdH propose de :

- Favoriser et développer la pratique, pour les concubins de la conclusion de conventions de vie commune aménageant les effets personnels et patrimoniaux de leur vie commune ;
- Prévoir des clauses de médiation dans les conventions ;
- Prévoir des règles de protection du concubin le plus faible, prévoir la solidarité entre partenaires pour les dettes communes, prévoir un alignement des taux de droits de succession applicables entre époux aux concubins.

c. Améliorer le statut des cohabitants légaux

La loi du 23 novembre 1998 institue à destination des couples non mariés et qui le souhaitent un régime juridique de cohabitation légale, délibérément limité à un statut patrimonial et qui ne crée, en droit, aucun lien personnel.

Une deuxième loi a octroyé un usufruit légal sur l'immeuble occupé au cohabitant survivant.

Le cdH propose de :

- Permettre au cohabitant dont le partenaire ne respecterait pas l'obligation de contribution aux charges du ménage en proportion de ses facultés, d'obtenir une délégation de sommes ou de se voir accorder une pension alimentaire par le juge de paix ;
- Instaurer un devoir de secours et d'assistance. Le cohabitant pourrait se voir octroyer une pension alimentaire pendant et après la rupture de la cohabitation, pour une durée maximale d'un an à dater de la cessation de la cohabitation légale. Cette pension, fixée en équité, ne pourrait excéder un tiers des revenus nets du débiteur ;
- Renforcer la protection du logement familial en cas de rupture de la cohabitation légale : en permettant au partenaire de négocier avec le propriétaire la cession du bail, en accordant au partenaire non titulaire du bail ou non propriétaire un délai (de 3 mois à 1 an) pour quitter les lieux, en donnant la possibilité au partenaire qui quitte les lieux d'être indemnisé pour les travaux effectués dans l'immeuble ;
- Humaniser la rupture unilatérale de la cohabitation légale en obligeant la partie qui entend cesser la cohabitation d'en faire part au préalable personnellement à son partenaire moyennant le respect d'un certain délai plutôt que par simple déclaration unilatérale à la commune ;
- Prévoir que les mesures prises par le juge de paix puissent continuer à produire leurs effets au-delà de la rupture de la cohabitation légale, pour une durée maximale de 1 an à dater de la cessation de la cohabitation légale. En outre, il serait expressément prévu que le juge de paix soit saisi par requête contradictoire ;
- Assurer l'égalité de traitement en matière de droits de succession et de donation entre les couples mariés et les cohabitants légaux avec ou sans lien de parenté.

d. Créer un statut pour le parent d'accueil

L'introduction par le gouvernement du congé de 6 jours pour les familles d'accueil a déjà marqué notre attention à ces familles volontaires et solidaires.

Un travail de réflexion reste à aboutir pour élaborer, en concertation avec tous les acteurs de l'accueil familial – et spécialement avec les Communautés, un statut pour les parents d'accueil.

Le parent d'accueil doit pouvoir prendre en toute certitude et quiétude des décisions quotidiennes à caractère pédagogique qui sont inhérentes aux obligations du parent d'accueil et qui sont donc réputées être prises avec le consentement du parent.

En cas de décisions à prendre d'urgence, le consentement du parent naturel est également présumé.

Le cdH propose de :

- Finaliser l'avant-projet concerté avec les Communautés sur l'exercice quotidien de certaines parties de l'autorité parentale par délégation pour les placements officiels.

4) Protéger les droits de l'enfant

a. La parole des enfants en justice

Selon l'instance dans laquelle on se trouve, les règles d'audition des mineurs sont différentes. Pourtant la mise en œuvre de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) tend à nous inviter à parfaire ce dispositif. Chaque mineur de 12 ans et plus devrait être invité à être entendu par le juge dans les conflits familiaux qui le concernent. En-dessous de 12 ans et à condition que le jeune le demande, cette audition serait possible sur base d'une évaluation du discernement. De plus, un avocat spécialement formé serait mis à sa disposition.

Le cdH propose :

- D'harmoniser les règles relatives à l'audition des mineurs ;
- Combler les lacunes relatives à cette audition sans que le mineur soit partie prenante dans la procédure.

b. Proposer une possibilité d'accouchement dans la discrétion et protéger la mère et l'enfant

L'accouchement sous X est interdit en Belgique où le nom de la mère doit obligatoirement être mentionné dans l'acte de naissance de l'enfant. La question de l'accouchement anonyme met en évidence un important conflit entre les droits de la mère, souvent en détresse physique, psychique ou économique, de ne pas assumer sa maternité et ceux de l'enfant de ne pas être abandonné et de n'être pas privé définitivement de ses racines. Depuis la dernière réforme du droit de la filiation, la demande d'accouchement de ce type a diminué.

Le cdH propose de :

- Prévoir une possibilité pour la mère d'accoucher dans la discrétion tout en préservant la possibilité pour l'enfant de pouvoir retrouver ses racines ;
- Mettre l'accent sur la prévention et le soutien aux mères en détresse. A cet effet, dès qu'une femme fait part de son souhait d'accoucher dans la discrétion, une prise en charge adéquate doit systématiquement être proposée par une équipe pluridisciplinaire ;
- Dégager une solution qui permette de protéger conjointement la mère et l'enfant, tout en garantissant que l'enfant bénéficie toujours d'un lien de filiation (maternelle et/ou paternelle).

c. Interdire la gestation pour autrui

Les avis convergent pour affirmer qu'il faut légiférer dans ces domaines mais il n'y a pas unanimité sur le sens à donner à ces modifications. Il faut cependant légiférer sur le plan pénal pour interdire la vente d'enfants.

Le cdH propose de :

- Maintenir le principe de l'interdiction de la gestation pour autrui ;
- Interdire le commerce de la maternité et la vente d'enfant au plan pénal.

d. Contrôler les méthodes de preuve de la filiation

Des sociétés (labos privés) commercialisent aujourd'hui des tests de paternité (prélèvement sanguin permettant une analyse de l'ADN via la méthode des empreintes génétiques) et les mettent en vente en kit via Internet. L'opération semble connaître un succès croissant, etc.

Le cdH propose :

- D'autoriser un nombre restreint de laboratoires, soumis à de strictes conditions d'agrément et aptes à réaliser un suivi psychologique de l'enfant et de sa famille, à répondre aux demandes d'identification par empreintes génétiques, lorsque celles-ci constituent le préalable à une action judiciaire possible ;
- Interdire, en raison de leur absence totale de garanties légales et psychologiques concernant la protection de l'enfant, la vente des kits ADN via Internet ;
- Encadrer les possibilités de recourir, sans intervention judiciaire, aux tests d'identification par ADN ;

- Organiser une procédure formelle qui doit fournir aux intéressés la protection juridique et psychologique de tous.

5) Revoir le régime des incapacités

La réflexion sur la refonte du statut de personnes en perte d'autonomie (actuellement encore dénommé en droit « statut des incapables ») n'a pu être menée à son terme par le Parlement.

Les règles juridiques qui protègent les personnes atteintes d'un handicap sont trop disparates et ne couvrent pas toutes les nouvelles situations dues notamment à l'allongement de la vie des personnes en difficulté ou de leurs parents.

Le cdH propose de :

- Poursuivre d'urgence le travail entamé en Sous-commission de la Famille vers un système cohérent et facilitant les passerelles entre statuts selon les évolutions ;
- Intégrer cette réorganisation dans un nouveau paysage judiciaire en confiant l'ensemble de cette matière au juge de paix ;
- Renforcer le contrôle des pratiques dans les asiles psychiatriques et les prisons.

6) Améliorer la réforme de l'adoption

Un aménagement des dispositions transitoires s'était révélé rapidement nécessaire. Afin de tenir compte de certaines évolutions culturelles et procédurales à l'étranger et de trouver une solution durable et équilibrée face à des situations qui peuvent s'avérer délicates pour de nombreuses familles, la loi a été modifiée en 2009 et en 2010 en ce qui concerne l'aptitude à adopter. Plus généralement, dans le même souci constant d'assurer un juste équilibre entre l'intérêt supérieur de l'enfant et les attentes des candidats adoptants, le cdH estime utile de procéder à une évaluation de la réforme de l'adoption, tant nationale qu'internationale, aux fins d'examiner les améliorations qui pourraient y être apportées.

Le cdH propose :

- D'évaluer la loi du 24 avril 2003 réformant l'adoption et la loi du 13 mars 2003 modifiant le Code judiciaire en ce qui concerne l'adoption ainsi que leurs mesures d'exécution, en particulier l'accord de coopération du 12 décembre 2005 entre l'Etat fédéral, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone et la Commission communautaire commune, relatif à la mise en œuvre de la loi du 24 avril 2003 réformant l'adoption ;
- Rendre la procédure d'adoption plus humaine, dans le respect de l'intérêt supérieur de l'Enfant ;
- Améliorer les contacts entre les candidats et les administrations compétentes par la création d'un « point de contact » unique et d'une personne de référence chargés d'accompagner les candidats ;
- Diminuer, en concertation avec les Autorités compétentes et dans le respect de l'intérêt supérieur de l'Enfant, les délais aux différents stades de la procédure, notamment par la réduction des délais entre l'inscription à la préparation et la participation effective à celle-ci ;
- Simplifier la préparation pour les deuxièmes adoptions et les adoptions intrafamiliales ;
- Poursuivre la collaboration entre les différents niveaux de pouvoir compétents ;
- Finaliser la mise en place du cadre réglementaire relatif à l'accompagnement post-adoptif et à la recherche des origines ;
- Poursuivre la concertation avec les partenaires sociaux afin que le congé d'adoption puisse être équivalent au congé de maternité ;

- Réaliser une première évaluation de la nouvelle procédure simplifiée concernant l'aptitude à adopter ;
- Modaliser le statut-pré adoptif de l'enfant (confié aux candidats-adoptants avant le jugement prononçant l'adoption) ;
- Réfléchir, en concertation avec les Autorités compétentes, et dans l'intérêt supérieur de l'Enfant, aux moyens de permettre une adoption à des parents qui ont décidé de résider à l'étranger ;
- Faciliter la procédure d'ouverture du droit au congé d'adoption via la délivrance d'une attestation par les autorités centrales communautaires.

F. Familles, logement et précarité

Le coût du logement pour les familles est devenu une réelle difficulté pour les familles dans les régions urbaines et suburbaines principalement. De plus, l'augmentation des ruptures de couples multiplie encore cette question puisque, pour pouvoir vivre l'hébergement égalitaire, les familles doivent bénéficier de deux logements dignes d'accueillir les enfants.

La situation est bien souvent dramatique. La part budgétaire des ménages les plus défavorisés consacré au logement dépasse la plupart du temps 60% en logement privé et la situation n'est pas brillante en logement social en raison des coûts des charges locatives souvent énormes en proportion du loyer et des revenus des personnes.

Le cdH propose de :

- Favoriser notamment par des incitants fiscaux le logement confié à des agences immobilières sociales, prenant en charge des logements privés, garantissant aux propriétaires une continuité de revenus locatifs en échange d'un coût modéré de loyers ;
- Favoriser les colocations de logements diminuant le coût à prendre en charge par chaque colocataire et en ne pénalisant pas les colocataires bénéficiaires de revenus de remplacement (chômage, RIS, mutuelle, allocations de handicapés, etc.) ;
- Favoriser le maintien en ville ou dans les régions habitées depuis leur enfance des jeunes adultes, via des abattements fiscaux accompagnant la politique régionale en la matière ;
- Favoriser la protection du patrimoine immobilier familial par la mobilisation de l'épargne familiale dans une solidarité entre les générations via un abattement fiscal correspondant à l'intérêt abandonné dans le prêt gracieux aux enfants ou aux descendants du troisième degré, pour aider à l'investissement durable ;
- Alléger la pression locative via une fiscalisation des loyers dépassant une grille indicative des loyers, en rapport à la qualité de l'habitat et la zone géographique concernée.

4. Vers une égalité des chances toujours plus effective

Vouloir remettre l'humain au centre de notre projet de société, cela demande d'accorder une attention privilégiée aux personnes sans distinction. Concrètement, il convient donc de lutter contre toutes les formes de discrimination et de promouvoir l'égalité des chances.

A. Renforcer l'égalité entre les genres

L'égalité entre les genres, c'est évidemment l'égalité entre les femmes et les hommes. Mais pas uniquement : une véritable égalité entre les genres doit également concerner les discriminations dont sont victimes les personnes transgenres et transsexuelles.

Cette égalité en droit doit devenir une réalité dans les faits, et ce, dans tous les domaines. Qu'il s'agisse de l'emploi, de la prise de décision dans la vie politique et économique, de la prise en compte de la dimension de genre dans l'ensemble des politiques fédérales, de la sécurité sociale et de la santé, dans tous ces domaines, le combat vers une plus grande égalité entre les genres doit continuer, comme la lutte contre les violences entre partenaires qui doit s'intensifier.

Pour mener cette lutte, il conviendra de transformer l'Institut pour l'égalité entre les femmes et les hommes (IEFH) en un véritable organe interfédéral du genre, conformément aux logiques européennes en la matière.

1) La dimension de genre dans les politiques fédérales

Pour que l'égalité entre les genres se concrétise un peu plus chaque jour, il importe que les pouvoirs publics, eu égard à leur rôle d'exemple et d'initiateur de politiques publiques, se dotent d'outils performants, afin de rendre la lutte contre les discriminations entre les genres plus efficace. Concrètement, il convient de renforcer l'IEFH, de continuer l'exécution de la loi relative au gendermainstreaming, et de se doter d'instruments de mesures modernes.

Le cdH propose de :

- Renforcer les moyens humains et budgétaires de l'Institut pour l'égalité entre les femmes et les hommes pour lui permettre de réaliser l'ensemble de ses missions ;
- Transformer l'Institut en un organe interfédéral spécifiquement dédié au genre conformément aux logiques européennes ;
- Rendre la loi gendermainstreaming opérationnelle en intégrant la dimension du genre à tout niveau de prise de décision et ce dès l'élaboration de la déclaration gouvernementale et des notes de politique générale de chaque Ministre ;
- Utiliser systématiquement des données sexuées dans l'élaboration des statistiques ;
- Renoncer à prendre comme unité de mesure le « ménage » et « la personne de référence » comme un répondant objectif. Imposer une production de statistiques totalement individualisées ;
- Mettre en place concrètement le gender budgeting ;
- Mettre en place le « gender test ».

2) Les femmes et l'emploi

Même si la situation s'améliore, le taux d'emploi des femmes demeure inférieur à celui des hommes : 56,2% contre 68,6% (en 2008). Par ailleurs, le marché du travail est marqué par une ségrégation horizontale (concentration des femmes dans certains secteurs d'activités), et verticale (sous représentation des femmes aux postes à responsabilités).

En conséquence, le cdH veut mettre en place une politique ambitieuse d'emploi des femmes.

a) Faciliter l'accès à l'emploi des femmes et lutter contre les discriminations

Le cdH propose :

- De renforcer les structures d'accueil des enfants
- D'apporter un soutien aux familles et renforcer les structures d'accueil concernant les personnes adultes dépendantes ;
- Supprimer les pièges à l'emploi ;
- Elaboration de politiques ciblées en matière de retour sur le marché du travail, supprimer toutes discriminations pour les personnes rentrantes ;
- Créer un processus de labellisation dans les entreprises de lutte contre la discrimination de genre ;
- Prendre en compte la situation du parent au foyer dans les aides à l'emploi ;
- Créer un guichet consacré aux femmes ayant quitté de longue date le marché de l'emploi dans chaque organisme régional de l'emploi.

b) Lutter contre l'écart salarial, reflet des inégalités professionnelles entre les hommes et les femmes

L'écart salarial est de l'ordre de 12% en Belgique. Même en tenant compte des facteurs objectifs (temps partiels, postes moins élevés, secteurs d'activités) une partie significative de l'écart salarial subsiste et reste « inexplicable » : à travail égal, les femmes gagnent toujours moins.

Le cdH souhaite mettre en place un plan d'action national visant la réduction de l'écart salarial. Il s'agit d'un plan stratégique qui intégrera une série de mesures cohérentes.

Le cdH propose :

- D'encourager les partenaires sociaux à assurer la transparence de la classification des fonctions et des salaires au niveau de l'entreprise ;
- Mettre en place un calculateur d'égalité salariale au niveau de l'entreprise et du secteur ;
- Lutter contre la ségrégation horizontale et verticale des emplois, notamment en promouvant l'orientation et la formation des femmes dans des secteurs porteurs, comme les filières scientifiques où les filles restent largement minoritaires ;
- Lutter contre les stéréotypes ;
- Permettre une véritable conciliation entre vie familiale et vie professionnelle ;
- Mettre le sujet au cœur des accords interprofessionnels (via un ancrage).

c) Lutter contre le temps partiel involontaire

Le cdH propose :

- D'améliorer l'information des travailleuses à temps partiel de leurs droits à rester travailleuses à temps partiel avec maintien des droits, à reconquérir un temps plein si elles le souhaitent, et limiter l'éclatement des horaires difficilement conciliable avec la vie familiale ;

- Créer le droit pour le travailleur de revoir le contrat de travail afin de relever la durée de travail lorsque pendant un trimestre les heures complémentaires ont dépassé en moyenne une heure/semaine ;
- Permettre l'accès aux formations agréées tout en gardant leur rémunération normale.

d) Soutenir un congé de paternité obligatoire

Le cdH propose de :

- Rendre obligatoire le congé de paternité de 10 jours ;
- Sensibiliser les hommes aux possibilités du congé parental ;
- Sensibiliser les employeurs quant aux possibilités destinées à leur personnel masculin.

e) Pour soutenir l'entrepreneuriat féminin

Nous voulons soutenir la croissance du nombre de femmes qui se lancent dans la création d'activité, en priorité les femmes aujourd'hui exclues du marché de l'emploi.

Le cdH propose de :

- Créer un Centre de l'Entrepreneuriat Féminin pour dispenser un accompagnement et des formations aux femmes créatrices d'entreprises ;
- Accorder à ces femmes une attention systématique dans le cadre des prêts aux petites entreprises et des micro-crédits.

3) Les femmes et la prise de décision

Les femmes ne sont pas moins qualifiées que les hommes, au contraire, elles sont même plus nombreuses que les hommes à décrocher un diplôme universitaire. Le cdH souhaite l'adoption de mesures stimulant la participation des femmes à la prise de décision, aussi bien politique qu'économique.

a) Participation à la vie politique

Le cdH propose :

- D'appliquer intégralement l'article 11bis du Titre II de la Constitution qui vise la présence des deux sexes dans tous les exécutifs à tous les échelons (fédéral, régional, communautaire, local) ;
- Appliquer le principe de la « tirette » partout sur les listes, lors de leurs constitutions.

b) Participation à la vie économique

Le cdH propose :

- D'imposer la présence d'au moins 1/3 de personnes de l'autre sexe dans les conseils d'administration et les comités de direction des entreprises publiques et des sociétés cotées en bourse ;
- Coordonner l'ensemble des mesures encourageant la diversité de genre dans les entreprises (label, plan, etc.), notamment via une conférence interministérielle et un plan d'action national.

4) Les femmes, la sécurité sociale et la fiscalité

Par soucis d'égalité entre les Femmes et les Hommes d'équité vis-à-vis de l'activité professionnelle des femmes et de la lutte contre les pièges à l'emploi et pour protéger les femmes contre les aléas de la vie :

Le cdH propose :

- D'amorcer l'individualisation des droits sociaux et fiscaux, particulièrement en matière de pension en inversant progressivement les poids respectifs des droits dérivés et des droits directs dans la sécurité sociale (remplacement progressif des droits dérivés par des droits individuels) ;
- Améliorer les pensions les plus basses ;
- Tenir davantage compte dans le calcul des pensions des périodes de suspension de carrière (éducation des enfants, temps partiel involontaire, aide à un parent âgé, etc.).

5) Les femmes et la santé

Le cdH propose de :

- Défendre une approche différenciée entre les hommes et les femmes dans la recherche et la politique de santé ;
- S'orienter vers une contraception gratuite accessible à toutes les jeunes femmes jusque 25 ans, choisie dans un contexte d'information et de sensibilisation systématique et qui permettrait d'éviter le recours par défaut à l'interruption volontaire de grossesse ;
- Financer le remboursement du vaccin contre le cancer du col de l'utérus ;
- Rendre obligatoire les tests de mammographie à 40 ans et en renforcer l'efficacité.

6) Les femmes et la violence

Longtemps taboue et limitée au domaine privé, la violence entre partenaires est aujourd'hui reconnue comme relevant de la responsabilité de chacun. De nombreux faits démontrent le caractère grave de ce type de violences, notamment ses répercussions physiques et psychologiques sur les victimes et leurs enfants. Les victimes de ces violences sont trop souvent les femmes et il convient de mettre en œuvre une politique globale visant à lutter contre celles-ci.

Par ailleurs, les femmes font également l'objet d'autres types de violences, telles les mutilations génitales féminines qu'il convient tout autant de contrer.

Le cdH propose :

- D'exécuter le Plan d'action national (PAN) de lutte contre les violences entre partenaires ;
- Organiser la formation et la sensibilisation en milieu policier, médical, hospitalier et d'accueil des réfugiés, sur toutes les formes de violences faites aux femmes, en ce compris les mutilations génitales féminines, les crimes d'honneur et les mariages forcés ;
- Rendre possible un remboursement des coûts médicaux pour les interventions médicales spécifiques pour remédier aux conséquences néfastes des mutilations génitales ;
- Déterminer, via une étude, les coûts dérivés liés à la violence ;
- Prévoir un accompagnement particulier dans les différents lieux d'accueil pour les jeunes filles menacées de mariage forcé.

7) Développer une approche gender dans les procédures d'asile

8) Accorder une place particulière aux questions liées aux personnes transgenres et transsexuelles

La place des transgenres et transsexuels dans les politiques publiques est quasi inexistante étant donné que la plupart des décideurs ignorent leur problématique ou la considèrent comme très marginale. Aussi, la sensibilisation doit être considérée comme point d'action important tant auprès des pouvoirs publics que de la population, afin que tout le monde ait conscience des discriminations dont les transgenres et transsexuels sont victimes.

B. Promouvoir la diversité et le socle commun de valeurs

Après avoir construit un pluralisme politique, philosophique et puis communautaire, la Belgique est devant un nouveau défi, celui de réaliser une quatrième forme de pluralisme : le pluralisme culturel. La réussite de la mixité culturelle est un réel défi pour notre démocratie secouée par des tentations de rejet, de racisme, de tendance au communautarisme et de repli sur soi.

Notre modèle multiculturel ne peut ni devenir un modèle d'assimilation qui nie les différences, ni un modèle de communautarisme exacerbé qui se replie sur soi et évite la mixité. Notre modèle multiculturel est interculturel, mixte et interactif ; il veut allier le respect des différences culturelles et religieuses, l'insertion, l'interrelation entre tous, la lutte contre les discriminations et l'adhésion à des valeurs démocratiques communes.

Pour le cdH, une politique interculturelle respectueuse et responsable doit se baser sur trois grands axes :

- L'insertion socio-économique ;
- La diversité culturelle ;
- Les politiques d'accueil.

Au niveau de l'insertion socio-économique,

Le cdH propose de :

- Mettre en place des politiques incitatives pour encourager le recrutement de personnes d'origine étrangère au sein des administrations publiques et dans le secteur privé ;
- Etablir une charte de bonne conduite fédérale favorisant la diversité qui comprendrait des directives strictes pour les employeurs publics et des incitations pour leurs homologues privés, avec monitoring et évaluation régulière, et charger les partenaires sociaux de publier un rapport annuel sur cette thématique ; Cette charte encouragerait l'adoption de « plans de la diversité » ;
- Imposer l'utilisation du CV anonyme permettant aux personnes d'origine étrangères d'être jugées sur leurs compétences et non sur leur nom, origine nationale, religieuse ou géographique ou autre, à tout le moins lors de la première étape de sélection.

Au niveau de la diversité culturelle :

Le cdH propose de :

- Continuer les travaux des Assises de l'Interculturalité lancées en septembre 2009 jusqu'à la remise du rapport final reprenant les recommandations formulées par le Comité de pilotage des Assises et des commissions thématiques (gouvernance, santé, enseignement, emploi, culture) ;
- Développer une politique d'accès à la culture des pays dont sont originaires les principales communautés culturelles établies en Belgique ;
- Veiller à « banaliser » la diversité, notamment par une médiatisation plus soutenue des initiatives et personnalités issues des populations immigrées ;

- Réinvestir une partie des fonds injectés dans la politique des grandes villes et dans les programmes de contrats de sécurité et de prévention dans le soutien direct au monde associatif de terrain ;
- Offrir des formations à l'interculturalité et à la diversité aux différentes catégories d'agents de l'Etat ayant un contact direct avec le grand public.

Au niveau de l'accueil des nouveaux arrivants d'aujourd'hui,

Le cdH propose de :

- Mettre sur pied des cours de langue à destination des nouveaux arrivants et de leur famille ;
- Offrir des possibilités de découverte du système institutionnel belge ;
- Développer une « Charte de la Citoyenneté » disponible dans tous les bâtiments publics, reprenant les droits et devoirs des citoyens établis en Belgique et définissant les valeurs communes et les grands principes à la base de l'Etat de droit belge.

5. Une politique migratoire responsable et humaine

Le phénomène migratoire est intimement lié à l'humain. En Belgique et en Europe, le phénomène de réduction massive du taux de population active aura un impact important sur notre système de solidarité sociale. A cette situation, plusieurs réponses peuvent être apportées parmi lesquelles l'immigration.

La migration est une opportunité à saisir. Elle doit pour cela être gérée de manière responsable, intégrée dans une vision à long terme, concertée avec les autres Etats membres de l'Union Européenne et en parallèle avec une politique de développement des pays d'origine.

A. Séjour – Régularisation, regroupement familial et séjour étudiant

En juillet 2009, le Gouvernement Van Rompuy a désigné Melchior Wathelet comme Secrétaire d'Etat à la politique de migration et d'asile. Il reprenait alors les compétences de la Ministre Annemie Turtelboom. Deux jours après sa prise de compétences, le Gouvernement définissait enfin après plus d'un an de discussions les critères de régularisation de séjour des personnes en situation irrégulière présentes sur le territoire. Ces critères visent les personnes en Belgique depuis de nombreuses années, ancrées localement, qui ont la volonté de s'intégrer socio économiquement. Les longues procédures d'asile ainsi que des situations de vulnérabilité importante sont également visées par les lignes adoptées par le Gouvernement en matière de régularisation

1) Poursuivre la régularisation de séjour des personnes en situation irrégulière au cas par cas.

Le cdH reste intimement convaincu qu'une politique de migration doit se baser sur des règles claires. Il est donc impératif de modifier la loi du 15 décembre 1980 afin d'y inclure des critères de régularisation clairs et justes.

Le cdH a également mis en place toute une série de mesures afin d'assurer un déroulement efficace et rapide de la procédure. Dans ce cadre, de nombreux contacts ont été pris et sont répétés régulièrement avec les communes, l'associatif et les Ordres des avocats.

L'effectif en charge du traitement de ces dossiers au sein de l'Office des Etrangers a également été augmenté afin d'assurer un traitement plus rapide de ces dossiers.

Enfin, la commission consultative des étrangers, composée de magistrats, d'avocats spécialisés en droit des étrangers et de représentants de l'associatif d'aide aux étrangers est amenée à donner un avis au Ministre compétent dans les dossiers individuels lorsque ce dernier le sollicite expressément.

a. Evaluer le devenir des personnes régularisées et penser à des critères permanents.

Le cdH propose de :

- D'évaluer le devenir d'un échantillon large de personnes ayant pu être régularisées sur base des critères adoptés par le Gouvernement en matière de régularisation. Cette évaluation doit servir dans la réflexion sur les critères permanents de régularisation à inscrire dans la loi.

b. Traiter les demandes dans un délai raisonnable.

Certaines demandes de régularisation introduites lors de l'opération de régularisation du Gouvernement arc-en-ciel en 1999 sont encore en souffrance. Le cdH a tout mis en œuvre pour supprimer cet arriéré. Il se donne comme priorité d'éviter à nouveau des délais de traitement déraisonnables.

Parallèlement, orienter l'étranger, en cas de décision négative, vers un programme de retour volontaire, est nettement plus efficace lorsque la décision est prise endéans des délais acceptables.

Le cdH propose de :

- Mettre l'accent sur la qualité et la rapidité de traitement des demandes de régularisation de séjour. Des décisions mal motivées feront l'objet de recours et encombreront inutilement les instances d'appel.

c. Fraude : assurer un contrôle proportionnel d'éléments frauduleux.

Les lignes adoptées par le Gouvernement en matière de régularisation ont permis d'actualiser d'anciennes demandes en souffrance. Certaines demandes contiennent des éléments frauduleux. Les dossiers dans lesquels l'Office des étrangers a constaté un élément de fraude ont été confiés au Parquet pour examen.

Le cdH souhaite dans ce cadre que la ligne qu'a suivie le Secrétaire d'Etat à la politique de migration et d'asile soit maintenue : personne ne peut être régularisé sur base d'éléments frauduleux.

Il faut par contre rester attentif aux droits fondamentaux évoqués dans la demande et respecter le principe de proportionnalité lors de l'examen de la demande de régularisation.

Le cdH propose de :

- Respecter les droits fondamentaux évoqués dans les demandes de régularisation tout en garantissant que personne ne sera régularisé sur base d'éléments frauduleux.

d. Améliorer la situation des personnes en situation irrégulière atteinte de maladie grave

La pénurie de médecins auprès de l'Office des étrangers a donné lieu à des délais de traitement fort longs : des personnes souffrant de maladies attendent trop longtemps la décision de l'OE quant à l'octroi d'un droit au séjour en Belgique. Le cdH a tout mis en œuvre pour pallier à ce manque. L'Office des étrangers a pu recruter 6 médecins de façon à garantir des délais de traitement plus acceptables et une meilleure qualité des décisions.

Le cdH propose de :

- Garantir un traitement rapide des demandes de régularisation sur base de maladies graves.

2) Regroupement familial – lutter contre le mariage et la cohabitation de complaisance

Le droit au mariage et au regroupement familial est incontournable et essentiel. S'il est inacceptable d'abuser des sentiments d'une tiers personne dans le seul but d'obtenir un droit de séjour en Belgique, il est tout aussi inacceptable de ne pas permettre à deux personnes qui en font le choix de se marier uniquement parce que l'une d'entre elles n'a pas le droit de séjour en Belgique.

Le cdH plaide pour plus de transparence afin que l'unité familiale soit garantie mais souhaite parallèlement que des moyens soient mis à disposition pour mieux détecter les abus.

a. Mariage de complaisance – lutter contre « le shopping communes »

De nombreuses mesures devaient voir le jour dans le courant du mois de mai 2010 assurant ainsi le contrôle des déclarations de mariage introduites auprès des communes par le biais de la mise en place d'une banque de données qui permet de regrouper toute l'information utile concernant un projet de mariage pour lequel l'officier de l'état civil a des doutes sérieux.

Le cdH propose de :

- Garantir le droit au mariage et au regroupement familial tout en mettant en place des mesures pour mieux détecter les abus.

b. Cohabitation de complaisance : appréhender le phénomène à sa juste mesure

Renforcer la lutte contre le mariage de complaisance risque d'avoir pour effet d'orienter d'éventuels abus vers la cohabitation de complaisance. Une série de mesures devait voir le jour. Il était ainsi prévu de prévoir un délai de contrôle de trois ans après l'octroi du titre de séjour afin que le séjour puisse être retiré en cas d'abus.

Le cdH propose de :

- Garantir à toute personne le libre choix de se marier ou de cohabiter tout en mettant en place de mesures pour mieux détecter les abus.

c. Regroupement familial des personnes qui ont obtenu la protection subsidiaire ou la régularisation médicale : assurer un accès facilité.

Le cdH a prévu cette possibilité dans son projet de loi sur le regroupement familial.

Le cdH propose de :

- Finaliser au plus vite cette prise de texte légale afin de garantir un accès plus facile au regroupement familial pour les plus vulnérables.

3) Séjours étudiants – limiter les abus, favoriser les étudiants étrangers sérieux et motivés

Il est nécessaire de modifier le statut de séjour "étudiant" afin de garantir l'accueil des étudiants

sérieux. Le but n'est donc pas de faire obstacle à l'entrée des étudiants mais bien de garantir que les étrangers qui souhaitent venir faire des études d'enseignement supérieur ou universitaires aient réellement cette volonté. Il en va de la qualité et de la réputation de l'enseignement supérieur et universitaire dispensé en Belgique.

Le cdH propose de :

- Mettre en place dans le pays d'origine un examen afin d'évaluer si l'étudiant demandeur bénéficie des capacités suffisantes (notamment en ce qui concerne la connaissance de la langue) pour poursuivre le cursus sur base duquel il a introduit une demande de séjour ;
- Faciliter le retrait du titre de séjour en cas d'absence aux cours ou aux examens, décision qui serait prise en collaboration avec les autorités académiques ;
- Encourager l'installation dans le pays d'origine après réussite en vue d'améliorer le développement économique et social sur place.

4) Simplifier et réécrire la loi du 15 décembre 1980

Au fil des années, la loi du 15 décembre 1980 relative au séjour est devenue difficilement lisible en raison des nombreuses modifications qu'elle a subit notamment du fait de la transposition de nombreuses directives européennes.

Le cdH propose de :

- Procéder à la réécriture complète de la loi de 1980 afin d'en garantir l'accessibilité à ceux auxquelles elle s'adresse majoritairement à savoir les ressortissants étrangers.

B. Groupes vulnérables

1) Mineurs étrangers non accompagnés – assurer un suivi adapté et régulier

Le nombre de mineurs non accompagnés qui arrivent dans les différents Etats membres de l'Union européenne est en hausse. Ces enfants entrent dans l'UE de façon régulière ou irrégulière, dans certains cas victimes du trafic des êtres humains. Le fait qu'ils soient mineurs et qu'ils ne soient pas accompagnés de leurs parents ou tuteurs les place en situation de vulnérabilité.

Une "Task force" pour les mineurs voyageant seuls a été mise en place en 2009 afin d'appliquer certaines recommandations de l'étude effectuée par Child Focus, la Fondation Roi Baudouin et la Police fédérale de l'aéroport de Zaventem.

Le cdH propose :

- D'ancrer dans la loi la nécessité d'apporter une solution durable aux mineurs étrangers non accompagnés ;
- Octroyer un titre (temporaire) de séjour à chaque mineur étranger non accompagné, tant que la solution durable n'est pas mise en œuvre et tant qu'aucune décision n'a été prise sur la solution durable qui lui convient ;
- Adopter et de mettre en œuvre les recommandations de la « Task Force » dont les travaux se clôturent fin juin 2010 ;
- Améliorer le suivi et l'évaluation de la situation des mineurs étrangers non accompagnés grâce à un système d'enregistrement uniforme et centralisé.

2) Traite des êtres humains - une procédure plus flexible pour les victimes mineures

L'aide apportée aux sans-papiers, dans un objectif non patrimonial et humanitaire, n'est pas systématiquement punissable, mais des problèmes pouvaient se poser en raison de l'absence de définition de la notion de raisons humanitaires dans la loi. Grâce au cdH les personnes qui apportent une aide aux sans-papiers, dans un objectif non patrimonial, ne feront plus l'objet de poursuites pénales, vu qu'une circulaire interprétative adressée au collège des Procureurs généraux va désormais clarifier la notion de raisons humanitaires qui ne peut mener à des poursuites pénales.

3) Apatridie

A l'heure actuelle, les instances judiciaires sont compétentes dans un premier temps pour reconnaître l'apatridie (à savoir l'absence de nationalité) et l'Office des Etrangers se prononce dans un second temps sur l'octroi du séjour. Il arrive fréquemment que le séjour soit refusé à une personne reconnue comme apatride par les instances judiciaires

Le cdH propose de :

- Finaliser un texte de loi (en cours de rédaction) qui apporte une solution aux problèmes qui se posent sur le terrain.

4) Accueil des demandeurs d'asile – arrêter la crise

L'accueil des demandeurs d'asile vit actuellement une crise importante. Bien que la politique d'accueil des demandeurs d'asile ne fait pas partie des compétences du Secrétaire d'Etat à la politique d'asile et de migration, ce dernier a néanmoins mis en place une série d'initiatives ayant pour objectif d'alléger la charge de l'accueil notamment par le biais de la suppression de l'aide matérielle en cas de demandes d'asile multiples et la régularisation prioritaire du public des centres Fedasil répondant aux conditions de l'accord de juillet 2009.

Un protocole d'accord a été également été réalisé entre Fedasil et l'Office des étrangers en matière de retour.

Le cdH propose de :

- Mettre en œuvre au plus vite ce protocole afin de libérer des places au sein des centres d'accueil ;
- Se coordonner efficacement pour disposer d'un plan permanent d'intervention qui permet d'affecter immédiatement à l'accueil des demandeurs d'asile des bâtiments appartenant à l'Etat, lorsque le réseau d'accueil est saturé afin de garantir un accueil digne dans le respect de la loi et des engagements internationaux.

C. Retour – réfléchir au processus le plus adapté

Le retour fait partie intégrante d'une politique migratoire responsable dont la mise en œuvre est particulièrement délicate et sensible. Une gestion efficace et humaine du retour doit mettre d'abord l'accent sur le retour volontaire avant de recourir aux alternatives plus coercitives.

Dispenser l'information sur le retour volontaire doit être fait le plus tôt possible car une bonne information contribue à améliorer l'acceptation du retour et aboutit à une réintégration meilleure et durable dans le pays d'origine.

Le cdH propose de :

- Investir des moyens supplémentaires dans l'information sur le retour et la promotion du retour volontaire ;

- Mieux encadrer les procédures de retour en assurant que la situation humanitaire dans le pays d'origine et son évolution soient prises en compte ;
- Mettre en place rapidement une commission permanente pour le suivi de l'éloignement et du retour, faisant suite aux recommandations de la commission chargée en 2005 de l'évaluation des instructions en matière d'éloignement ;
- Transposer la Directive européenne sur le retour en 2010 sur base de principes d'une politique humaine, efficace et responsable.

D. Centres fermés – le cdH propose des nouvelles pistes

Le maintien en centre fermé a pour objectif l'organisation du retour des étrangers dont le séjour en Belgique a été refusé ou n'est pas autorisé et qui refusent le retour volontaire. Comme le souligne la directive européenne pour le retour, l'enfermement doit rester une mesure de dernier ressort. Des mesures alternatives à l'enfermement en centre fermé doivent être développées pour certaines catégories de personnes vulnérables comme nous l'avons fait pour les familles avec enfants mineurs. Ces alternatives existent, leur efficacité est démontrée.

Lorsqu'un enfermement est justifié parce qu'il se base sur une enquête raisonnable et objective de la situation spécifique de chaque étranger, tout doit être mis en œuvre pour assurer :

- que l'enfermement se déroule dans les conditions respectueuses de la dignité humaine ;
- que la durée de l'enfermement soit la plus brève.

Le cdH propose de :

- Souligner, lors de la transposition de la Directive européenne pour le retour dans le droit belge en 2010, que l'enfermement en centre fermé est une mesure de dernier ressort ;
- Développer des alternatives aux centres fermés ;
- Mettre rapidement en place des mécanismes d'évaluation des centres fermés en conformité avec nos obligations internationales dans le cadre du protocole lié à la Convention des Nations Unies contre la torture.

1) Le cdH a mis fin à l'enfermement des familles avec mineurs à la frontière

Aucune famille avec enfant mineur n'est maintenue dans un centre fermé.

Le cdH a mis fin à l'enfermement des familles avec enfants mineurs en permettant aux familles à la frontière d'accéder à un lieu hébergement ouvert et en inscrivant ce principe dans un arrêté royal.

Le cdH propose de :

- Aller encore plus loin et inscrire le principe du non-enfermement des mineurs dans la loi.

2) Renforcer l'assistance juridique de première ligne en centre fermé et améliorer le fonctionnement de la Commission des plaintes

Une permanence juridique de première ligne a été mise en place dans plusieurs centres fermés en collaboration avec les commissions d'aide juridique. Or l'accès à une assistance juridique de première ligne est un droit dont doivent pouvoir jouir les résidents de tous les centres fermés. Le cdH a préparé une proposition de loi dans ce sens.

Une commission *ad hoc* a été mise en place pour recevoir les plaintes dans les centres fermés. Son évaluation fin 2010 offre l'opportunité de tester son efficacité et d'améliorer son fonctionnement.

Le cdH propose de :

- Prévoir une base légale pour organiser une permanence juridique de première ligne dans tous les centres fermés ;
- Donner suite à l'évaluation du fonctionnement de la Commission des plaintes en proposant, si cela s'avère opportun, de procéder à une modification de la loi de 1980.

3) Faire du retour volontaire et de la coopération au développement les alternatives au retour forcé.

Dans le cadre d'une approche privilégiant le retour volontaire, le cdH a lancé un programme ambitieux d'aide au retour volontaire et à la réintégration axé sur certains pays d'origine et sur les personnes vulnérables. Les candidats au retour peuvent bénéficier de différentes formes de soutien, par exemple économique, professionnel ou médical dans leur pays d'origine dans un objectif de retour viable aboutissant sur une réintégration durable dans le pays d'origine. Cette aide individuelle s'inscrit dans une approche globale qui tient compte de nos relations avec les pays d'origine.

Le retour est une matière sensible pour l'étranger en fin de parcours migratoire, la société d'accueil ainsi que les pays d'origine. Une approche globale intégrant la migration légale, la prévention contre la migration irrégulière et les filières, le soutien individuel à la réintégration et l'aide au développement des pays d'origine, génère des synergies positives dans l'intérêt de toutes les parties.

Le cdH propose de :

- Poursuivre la promotion du retour volontaire et de développer des programmes de réintégration durable ;
- Mettre en place un programme de migration circulaire qui bénéficie à la fois au pays d'origine par un retour des compétences, au pays d'accueil par la définition de listes de métiers qui permettent de pallier les difficultés de recrutement des entreprises dans certains secteurs, et enfin aux migrants par l'octroi d'un séjour légal et d'une couverture sociale, d'un droit à la formation, d'une possibilité d'épargne et d'une aide à la réinstallation ou au retour dans le pays d'origine ;
- Contribuer à la réflexion sur le lien entre migration et développement avec les pays d'origine, de transit et avec nos partenaires européens et internationaux en vue de coopérations concrètes dans l'intérêt de toutes les parties ;
- Renforcer les convergences entre la promotion de la migration régulière, la prévention de la migration irrégulière, la lutte contre la traite et le développement des pays d'origine et de transit.

4) Tirer les enseignements de l'évaluation de la procédure d'asile.

Le droit d'asile reste un droit fondamental qu'il convient de préserver notamment par le biais du

maintien d'une procédure rapide et efficace et par des instances indépendantes qui entretiennent une réflexion constante sur les évolutions politiques, sociologiques et autres dans les pays d'origines des demandeurs d'asile.

a. Des instances d'asile encore plus assertives

Chaque instance joue un rôle essentiel dans le bon déroulement de la procédure d'asile. Elles doivent intervenir dans un délai raisonnable et prendre en compte la situation du demandeur dans sa globalité.

Le cdH propose :

- D'analyser le processus de fonctionnement afin d'optimiser l'utilisation des moyens en regard des fluctuations du nombre de demandes ;
- Mettre en place en site web sécurisé accessible aux demandeurs, leur permettant de suivre l'évolution de leur dossier étape par étape avec indication des demandes de complément et du timing des réponses. Ceci permettrait d'accélérer les processus et de rendre son rôle premier au Helpdesk ;
- Une révision du règlement de Dublin, tout en tenant compte de la jurisprudence internationale, car elle est essentielle pour une meilleure harmonisation et optimisation de la protection et de la solidarité entre les Etats membres ;
- Garantir une meilleure motivation des décisions relatives au refus de la protection subsidiaire, afin d'assurer les droits de la défense ;
- Renforcer le principe du contradictoire dans les décisions prises par le CGRA ;
- Mettre en place un nouveau programme de réinstallation à l'image de ce qui été réalisé en septembre 2009 avec l'arrivée d'une cinquantaine de femmes réfugiées d'origine irakienne et palestinienne.