

**Rapport stratégique sur la
protection sociale et l'inclusion
sociale 2008-2010**

BELGIQUE

Table des matières

<u>Chapitre I : Introduction générale</u>	4
Section 1.1. Evaluation de la situation sociale	4
1.1.1. Le contexte économique et démographique	4
1.1.2. Cohésion sociale et pauvreté	4
1.1.3. Protection sociale et travail	5
1.1.4. Vieillesse et pension	6
1.1.5. Santé et soins de longue durée	6
1.1.6. Les aspects sociaux de l'immigration	7
1.1.7. La viabilité financière de la protection sociale à la lumière du vieillissement de la population	7
Section 1.2. Approche stratégique générale	8
1.2.1. La politique sociale en Belgique	8
1.2.2. Les principaux défis	9
1.2.3. Des politiques intégrées	9
1.2.4. Les grandes lignes en matière d'inclusion, de pension et de santé de la stratégie belge reprises dans ce rapport stratégique national	10
1.2.5. L'élaboration du rapport stratégique, méthodologie, consultation des acteurs	11
<u>Chapitre II : Le Plan d'Action National Inclusion Sociale 2008-2010</u>	13
Section 2.1. Pauvreté et inclusion sociale en Belgique – Situation générale	13
Section 2.2. Evolution par rapport au PAN Inclusion 2006-2008	14
2.2.1. Evolution statistique par rapport aux objectifs cibles	14
2.2.2. Suivi des actions du PAN Inclusion 2006-2008	18
Section 2.3. Défis clés et priorités	22
2.3.1. Activation et diversité : plus de travailleurs parmi les groupes à risque	22
2.3.2. Un logement de qualité, durable et abordable pour chacun	23
2.3.3. Lutte contre la pauvreté infantile : rompre l'engrenage de la pauvreté	24
Section 2.4. Mesures politiques	24
2.4.1. Accès au logement	24
2.4.2. Emploi, diversité et intégration socioculturelle	26
2.4.3. Pauvreté infantile	28
Section 2.5. Meilleure gouvernance	31
<u>Chapitre III : Rapport Stratégique National pour les Pensions 2008-2010</u>	33
Section 3.1. Principales réalisations par comparaison au Rapport Stratégique National 2005-2008 et aux défis constatés en 2007	33
3.1.1. Principales réalisations intervenues au cours de la période 2005-2008	33
3.1.2. Défis constatés en 2007	36
Section 3.2. Des pensions suffisantes	37
3.2.1. Objectifs stratégiques	37
3.2.2. Description de la politique menée	38
Section 3.3. Viabilité financière des régimes de pension	44
3.3.1. Objectifs stratégiques	44
3.3.2. Description de la politique menée	45

Section 3.4. Modernisation des systèmes de pensions : tenir compte de la mutation des besoins dans la société	48
3.4.1. Objectifs stratégiques	48
3.4.2. Description de la politique menée	48
<u>Chapitre IV : Rapport Stratégique National sur les Soins de Santé et les Soins de longue Durée 2008-2010</u>	52
Section 4.1. Objectifs prioritaires en matière de soins de santé et de soins de longue durée	52
Section 4.2. Les soins de santé	54
4.2.1. Progrès réalisés dans la période 2006-2008	54
4.2.2. Assurer l'accès aux soins de santé	55
4.2.3. Promouvoir la qualité des soins de longue durée	59
4.2.4. Garantir la viabilité (financière) de soins accessibles et de qualité	63
Section 4.3. Les soins de longue durée	66
4.3.1. Progrès 2006-2008	66
4.3.2. Assurer l'accès aux soins de longue durée	67
4.3.3. Promouvoir la qualité des soins de longue durée	72
4.3.4. Garantir la viabilité (financière) de soins de longue durée accessibles et de qualité	73
<u>Annexes</u>	74
Annexe au chapitre I : Introduction générale	75
Annexes au chapitre II : Plan d'action National pour l'Inclusion Sociale 2008-2010	79
Annexes au chapitre III : Rapport stratégique pour les pensions 2008-2010	98
Annexe 3.1. Graphiques	99
Annexe 3.2. Tableaux	103
Annexe 3.3. Hypothèses de travail pour le calcul des taux de remplacement théoriques pour la pension d'un travailleur salarié isolé 2006-2046	106
Annexe 3.4. Aperçu des modifications réglementaires en 2005-2008	109
Annexes au chapitre IV : Les soins de santé et les soins de longue durée	127
Annexe 4.1. Détails descriptifs	128
Annexe 4.2. Les exemples de "good practice"	138
Annexe 4.3. Annexes diverses	158
Annexes au chapitre V : Les Indicateurs	162
Annexe 5.1. Situation et commentaires	163
Annexe 5.2. Les indicateurs d'inclusion sociale	165
Annexe 5.3. Les indicateurs de pensions	188
Annexe 5.4. Les indicateurs soins de santé et soins de longue durée	189
Annexe 5.5. Les indicateurs de contexte	192

Chapitre I : Introduction générale

Section 1.1. Evaluation de la situation sociale

1.1.1. Le contexte économique et démographique

Le produit intérieur brut, exprimé en parités de pouvoir d'achat, occupe, en 2007, la 7^{ème} place de l'UE. Au cours des dernières années, la Belgique a pu maintenir sa position. La croissance réelle du PIB était de 1,7% en 2005 et de 2,8% en 2006 et 2007. Pour 2008 et 2009, les perspectives sont moins optimistes, tout comme pour l'ensemble de l'UE. Ces dernières années, la dette publique a continué de diminuer. Même si elle est supérieure à la moyenne de la zone euro (66,6 % du PIB), la dette publique belge continue à fondre et atteint en 2007 84,9 % du PIB. Comme dans la majorité des autres pays, l'inflation était basse (depuis 2000, entre 0,9% et 2,7%), mais a connu une forte augmentation en 2008. Dans ce contexte, le pouvoir d'achat des allocations sociales a pu être maintenu grâce au mécanisme de la liaison automatique à l'index.

En 2007, le taux d'emploi total était de 62%, soit 55% pour les femmes et 69% pour les hommes. Après quelques années de stabilité, le taux d'emploi a progressé de 2,4% entre 2003 et 2007. Cette augmentation est plus franche chez les femmes (+3,5%) que chez les hommes (+1,4%). En outre, cette augmentation est également plus marquée chez les travailleurs âgés (55-64 ans) que chez les jeunes travailleurs. Le taux d'emploi des travailleurs âgés était de 34% en 2007. Le taux d'emploi total reste néanmoins inférieur à la moyenne des 27 (65,4% en 2007) et même largement inférieurs aux objectifs de la stratégie de Lisbonne. Ce constat s'applique tant au taux d'emploi total (objectif = 70%) qu'à celui des femmes (objectif = 60%) et des travailleurs âgés (objectif = 50%). Cela dit, les emplois créés en Belgique ont surtout consisté en des temps pleins tandis que dans le reste de l'UE, les temps partiels connaissent une plus forte augmentation qu'en Belgique.¹. Le taux d'emploi présente de grandes disparités entre les 3 Régions (66% en Flandre, 57% en Wallonie et 55% dans la région de Bruxelles-Capitale en 2007).

Pour l'instant, la pyramide des âges de la population n'a que peu évolué. Le ratio démographique de dépendance des personnes âgées va connaître une forte évolution à partir de 2010, suite au vieillissement de la population. Par rapport à 1991, on compte davantage de ménages d'hommes et femmes isolés (de 28,4% en 1991 à 33,4 en 2007) et de familles monoparentales (de 9,1% en 1991 à 13,1% en 2005). Le pourcentage de personnes vivant dans un ménage en tant que parent isolé compte parmi les plus élevés de l'UE des 27.

1.1.2. Cohésion sociale et pauvreté

En 2006, l'inégalité de revenu en Belgique se situait juste en dessous de la moyenne de l'UE des 25. Le rapport entre le revenu des 20% les plus élevés et des 20% les plus bas (ratio S80/S20) était de 4,2 (UE25: 4,8).

En 2006, 15% de la population était confrontée à un risque de pauvreté. Ce chiffre est constant pour les 3 années disponibles (2004-2006). A ce niveau, la Belgique se situe juste en dessous de la moyenne européenne. Dans ce cadre, il convient toutefois de noter que le seuil de risque de pauvreté relatif pour la Belgique (860 euros/mois pour une personne seule) implique un niveau de vie plus élevé que celui de la plupart des

¹ Période 2003-2007. Temps plein : Belgique : +6 % contre UE-15 : +3 % et zone euro +4 %. Temps partiels : Belgique : +16 % ; UE-15 : +19 % et zone euro : +26 %.(source : Eurostat)

autres Etats membres. En données corrigées en termes de différences de pouvoir d'achat, le seuil de risque de pauvreté belge se situe parmi les 5 plus élevés de l'UE. Pour les personnes dont le revenu du ménage est inférieur au seuil de risque de pauvreté, le fossé avec ce seuil est relativement plus faible que la moyenne de l'UE (19% contre 22% en 2006).

Les catégories de population suivantes sont confrontées à un risque très accru de pauvreté : les chômeurs (31%), les personnes de 65 ans et plus (23%)², les personnes qui vivent dans un ménage à faible intensité de travail (72 % pour les personnes vivant dans une famille avec enfants et où personne ne dispose d'un travail rémunéré), les personnes à faible qualification (22%), les citoyens extracommunautaires. Selon le type de ménage, ce sont surtout les isolés (24%) et les parents isolés (33%) qui encourent un risque élevé de pauvreté. Les locataires encourent également un risque de pauvreté plus élevé (28%). La position faible de ces catégories en matière de revenu et de travail se répercute aussi dans d'autres domaines. En matière d'accessibilité financière et de qualité du logement, d'accès aux soins de santé³ et de participation sociale⁴, ce sont presque toujours les mêmes catégories qui enregistrent les scores les plus faibles sur les indicateurs. Les indicateurs disponibles en matière de dettes problématiques sont stables pour les années les plus récentes disponibles.

En termes de décrochage scolaire, la Belgique enregistre un meilleur score que la moyenne européenne (12% par rapport à 15%). Ce pourcentage varie fortement en fonction de la nationalité, il est nettement plus élevé pour les étrangers (14% pour les Belges, pour 40% pour les citoyens extracommunautaires).

1.1.3. Protection sociale et travail

Malgré l'augmentation de l'emploi, essentiellement féminin, on ne peut pas encore dire avec certitude si cette tendance va également toucher les autres groupes plus éloignés du marché de l'emploi. D'une part, on note une légère diminution du nombre d'adultes vivant dans un ménage sans travail, ainsi que de la différence, en 2007, des taux de chômage et d'emploi entre les citoyens de l'UE et les citoyens extracommunautaires. D'autre part, les indicateurs les plus récents relatifs au chômage de longue durée et à la différence des taux de chômage et d'emploi entre les travailleurs peu qualifiés et la population totale, ne présentent aucun signe d'amélioration. Le pourcentage d'enfants vivant dans un ménage sans travail rémunéré reste également constant, parmi les trois plus élevés de l'UE. Dans le même temps, le pourcentage de personnes actives confrontées à un risque de pauvreté compte parmi les plus faibles de l'UE (4% par rapport à 8% de moyenne UE)⁵. Ce constat vaut tant pour la Wallonie que pour la Flandre.

Le pourcentage global de risque de pauvreté peut être considéré comme la résultante d'une pauvreté des travailleurs -moins marquée que dans les autres Etats membres- et d'un risque de pauvreté pour les personnes sans emploi plus élevé que la moyenne (25% en Belgique pour 23% de moyenne européenne en 2006). Ce constat se traduit également dans les groupes de population présentant un risque de pauvreté accru, comme exposé ci-dessus

² Ce résultat ne tient pas compte des mesures récentes en matière de pension (voir point 4).

³ Mesuré sur la base de l'indicateur : exclusion des soins de santé pour cause de barrières financières, listes d'attente, distance.

⁴ Possibilités de partir en vacances, accès à internet, participation à des activités sportives/récréatives ou artistiques.

⁵ Dans cette optique, il ne faut pas perdre de vue que ce pourcentage relativement réduit représente un grand groupe en termes absolus. 14% de la population confrontée à un risque de pauvreté compte le travail comme activité principale.

En 2005, les dépenses de protection sociale atteignent, selon les statistiques comparatives européennes, 29,7% du PIB⁶. Ces chiffres placent la Belgique à la 4^{ème} place de l'UE. L'impact des allocations sociales (pensions exceptées) sur le risque de pauvreté est légèrement plus fort en Belgique que dans la moyenne de l'UE des 25. Les allocations (pensions exceptées) réduisent le pourcentage de risque de pauvreté avant transferts de 44% (UE 25 : 39%). En ce qui concerne le niveau suffisant des allocations sociales, l'on constate que la plupart des allocations sociales minimales (sécurité sociale et aide sociale) se situent, en 2005, sous les 60% du seuil de risque de pauvreté.

1.1.4. Vieillesse et pension

Le précédent Rapport stratégique sur la protection sociale et l'inclusion sociale indiquait que, d'un point de vue international, les pensions publiques belges étaient relativement basses. Les indicateurs disponibles les plus récents confirment cette vision d'ensemble mais ne tiennent pas encore compte des mesures destinées à augmenter les pensions, prises ces dernières années.

Le niveau relativement bas des pensions peut s'expliquer par deux facteurs : un ratio démographique de dépendance des personnes âgées nettement plus élevé que la moyenne des 27 (26,3 contre 24,9 en 2005) et un niveau d'affectation en % du PIB inférieur à la moyenne européenne (11,2% pour la Belgique, contre 12,2% pour l'UE des 27 en 2005). D'une manière générale, le taux d'activité est aussi un facteur important pour le niveau des prestations (de pensions). En 2006, le revenu disponible (moyen) d'un ménage de plus de 65 ans (montant corrigé en fonction de la taille du ménage) était de 73% du revenu disponible moyen d'un ménage de moins de 65 ans. Ce chiffre est nettement inférieur à la moyenne des 25 (88%). Comme déjà souligné, le risque de pauvreté est plus élevé pour les catégories de population non actives sur le marché de l'emploi. C'est également le cas pour les personnes âgées. Le pourcentage global de risque de pauvreté pour les plus de 65 ans est de 23%. Dans cette optique, on note une différence entre les moins de 75 ans et les plus de 75 ans. Pour le premier groupe, le taux de pauvreté est de 20%, pour le second groupe, de 27%. En outre, le risque de pauvreté est plus élevé pour les personnes âgées locataires que pour les propriétaires (29% contre 22% chez les plus de 65 ans). Le groupe des personnes âgées qui combinent un logement sur le marché locatif privé et une pension relativement faible constitue sans aucun doute un groupe fragile.

Il convient de rappeler que les diverses augmentations des montants (minima) des pensions et les adaptations des régimes de pension de ces dernières années sont pas incluses dans les chiffres. La 3^{ème} partie de ce rapport montre que ces mesures ont abouti à une augmentation réelle substantielle des pensions minimales, surtout pour les indépendants et la GRAPA, et, dans une moindre mesure, pour les travailleurs salariés et les fonctionnaires.

1.1.5. Santé et soins de longue durée

L'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins de santé constituent les objectifs principaux de la politique de soins de santé, et ceci dans un cadre budgétaire maîtrisé. La couverture obligatoire pour les soins de santé est presque universelle (taux de couverture de 99,6%) et a encore été complétée par l'extension à la couverture des petits risques pour les indépendants. Les dépenses ont connu une progression croissante ces dernières années. En 2005, la Belgique consacrait 10,3% du PIB aux soins de santé. Le pourcentage EU s'élève à 8,2% en 2004 (2005 as disponible).

L'espérance de vie continue d'augmenter. En 2006, elle atteignait, selon Eurostat, 79,5 ans à la naissance (76,6 pour les hommes, 82,3 pour les femmes). L'espérance de vie à

⁶ Sur la base d'ESSPROS, le système européen de statistiques intégrées en matière de protection sociale. En fonction de la comparabilité internationale, la notion de « protection sociale » est considérée ici lato sensu.

l'âge de 65 ans est de 17 ans pour les hommes et 20,6 ans pour les femmes. Comme dans les autres Etats membres, l'état de santé moyen de la population varie selon la situation socioéconomique, ce qui se traduit notamment dans une espérance de vie différente pour les personnes faiblement qualifiées (73,1 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes) et fortement qualifiées (78,6 ans pour les hommes et 83,5 ans pour les femmes). En matière de comportement de santé, la Belgique se situait, dans la première moitié des années 2000 et selon différents indicateurs (IMC, tabagisme, consommation d'alcool) chaque fois juste parmi les 10 pays les mieux cotés. C'est à la fois un résultat satisfaisant mais qui laisse encore place à la prévention.

Les indicateurs relatifs à la postposition des soins de santé pour raisons financières et les études spécifiques démontrent que l'accessibilité financière est relativement élevée, même en regard des normes européennes. Ce qui n'empêche pas qu'il subsiste, dans ce domaine, des défis spécifiques. Bien que le pourcentage de la population confrontée en 2006 à une postposition des soins de santé ou des soins dentaires pour raisons financières soit nettement inférieur à la moyenne européenne (0,5% contre 3,1% pour les soins de santé et, 1,3% contre 5,0% pour les soins dentaires), pour certaines catégories fragiles, ce pourcentage est toutefois supérieur.

Des indications positives sont à noter en matière de qualité des soins de santé. Plusieurs taux de vaccination contre les maladies infantiles comptent parmi les plus élevés de l'UE. Les enquêtes d'opinion démontrent une très grande satisfaction, au niveau international, quant à la qualité des soins de santé en Belgique. Ce constat s'applique tant aux soins hospitaliers, qu'aux soins dentaires, aux spécialistes ou aux généralistes.

Tant l'accessibilité que la qualité nécessiteraient des indicateurs supplémentaires afin d'obtenir une meilleure évaluation. Pour l'instant, aucune donnée n'est disponible pour la Belgique concernant le ratio de survie pour une série d'affections.

1.1.6. Les aspects sociaux de l'immigration

Comme le souligne un rapport réalisé à la demande du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, la Belgique se trouve devant le défi important du monitoring (des aspects sociaux) de l'immigration et de l'harmonisation des définitions des statistiques d'immigration selon le Règlement européen (CE n° 862/2007) relatif aux statistiques communautaires sur la migration et la protection internationale. Il est ainsi demandé d'établir une distinction entre les migrations de plus d'1 an et de moins d'1 an. Il est également recommandé d'inclure les demandeurs d'asile dans les statistiques d'immigration. La mise sur pied d'un monitoring des aspects sociaux de l'immigration constitue un point auquel la Belgique doit consacrer une attention particulière. Actuellement, on utilise principalement les données des sources disponibles (EU-SILC, LFS) et le monitoring consiste essentiellement en la ventilation des indicateurs existants par nationalité (UE / non UE). Ces indicateurs pointent du doigt des défis importants concernant la situation sociale des ressortissants extracommunautaires, notamment en matière d'enseignement et d'emploi.

1.1.7. La viabilité financière de la protection sociale à la lumière du vieillissement de la population.

Les projections Eurostat montrent que le ratio démographique de dépendance des personnes âgées (proportion du nombre des plus de 65 ans par rapport aux 15-64 ans) passera de 26% actuellement à 41% en 2030 et 47% en 2050. Selon ces projections, le nombre de pensionnés pour 100 cotisants passera de 56 actuellement à 68 en 2020, 84 en 2030 et 95 en 2050. Selon les derniers chiffres du comité d'étude sur le vieillissement, le surcoût budgétaire du vieillissement sera de 1,5% du PIB entre 2007 et 2013, de 4,3% entre 2007 et 2030 et de 6,3% entre 2007 et 2050. Pour la période 2007-2030, le surcoût des pensions se chiffrera à 3,5%, et celui des soins de santé, à 1,9%. Pour la période 2007-2050, la part des soins de santé dans le surcoût sera plus élevée, soit 3,4%, et les pensions, 4,5%. Pour les autres branches de la sécurité sociale, on prévoit une diminution des coûts. Les ratios de remplacement prospectifs théoriques,

qui, sur la base de la législation de pension actuelle, effectuent une simulation du ratio de remplacement futur⁷ pour certains cas types indiquent un impact important du niveau salarial durant la carrière sur le maintien du niveau de vie après la pension. Pour un niveau salarial moyen, le ratio de remplacement net d'une personne qui sera pensionnée en 2046 reste identique à celui de 2006: 63% (si l'on prend en compte un deuxième pilier de pension, le ratio de 2046 sera un peu plus élevé : 73% contre 70%). Pour une carrière à un niveau salarial moyen (2/3 du salaire moyen), le ratio de remplacement de la pension légale passera de 64% en 2006 à 71% en 2046. Pour un niveau salarial supérieur à la moyenne, le ratio de remplacement de la pension légale connaîtra une diminution substantielle, selon le niveau salarial concret (par exemple, de 48% à 37% pour un niveau salarial compris entre 100% et 200% du salaire moyen). La prise en compte d'un deuxième pilier de pension tempère toutefois cette chute du ratio de remplacement.

La diminution de la dette publique, la création d'un fonds de vieillissement, la création d'un « fonds pour l'avenir des soins de santé » (qui sera alimenté chaque année par un pourcentage de la norme de croissance) ainsi que la politique d'activation sont les principaux instruments de suivi des conséquences de l'évolution démographique. Dans cette perspective, le lent redressement du taux d'emploi des travailleurs âgés est encourageant mais reste un défi de taille. En termes budgétaires, le Gouvernement s'est engagé à réaliser, à partir de 2009, un excédent structurel pour l'ensemble des pouvoirs publics, qui doit grimper au moins à 1% du PIB à l'horizon 2011. Le taux d'endettement des pouvoirs publics devra passer de 84,9% du PIB en 2007 à 71,1% en 2011.

Section 1.2. Approche stratégique générale

1.2.1. La politique sociale en Belgique

La **sécurité sociale** conçue comme une assurance solidaire (et redistributive) couvrant les risques sociaux **constitue le pilier fondamental de la politique sociale belge**. Elle est complétée par des **politiques sociales** visant à rencontrer divers « besoins sociaux ». Parmi celles-ci, le revenu d'intégration (leefloon) qui associé au système de sécurité sociale permet de garantir un minimum de revenus aux personnes concernées. Ces politiques ont pour objectif général de **permettre à chacun de jouir de la prospérité et du bien être**. Les politiques d'emploi et certaines mesures fiscales participent également à la consolidation de la protection sociale.

Les politiques sociales sont mises en œuvre tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées. En effet, **la politique sociale en Belgique n'est pas le fait du seul gouvernement fédéral**. Les communautés et régions ainsi que les pouvoirs locaux ont des compétences et des responsabilités importantes en matière de cohésion sociale. Des plans d'action de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale sont mis en œuvre au niveau des Communautés et Régions. Ce plan d'action national intègre également les actions reprises dans les plans d'actions des différentes entités. Les partenaires sociaux sont étroitement liés à l'élaboration de ces politiques.

Comme exposé dans les chapitres du présent rapport relatifs à l'inclusion sociale et à la santé, la sécurité sociale (comme le revenu d'intégration) relève de la compétence fédérale, alors que l'aide aux personnes relève des entités fédérées.

⁷ Un ratio de remplacement traduit la proportion du revenu de pension par rapport au dernier revenu professionnel perçu.

1.2.2. Les principaux défis

Comme le montre l'analyse reprise sous 1.1. les **principaux défis sociaux** auxquels la Belgique doit faire face **sont** :

- Le vieillissement de la population qui implique des mesures en vue de faire face à la charge budgétaire que représentent les pensions de retraite et de survie des âgés tout en veillant à l'adéquation des prestations de vieillesse;
- La maîtrise des dépenses de soins de santé et de soins de longue durée tout en assurant l'accès à des soins de qualité pour tous ;
- Un risque de pauvreté, aggravé par l'absence de travail, et qui touche principalement certaines catégories de personnes, même si l'octroi de prestations sociales ou d'aide sociale garantissant un revenu atténué considérablement ce risque.

1.2.3. Des politiques intégrées

Croissance, emploi et social étant considérés comme indissociables, **des politiques intégrées doivent être mises en œuvre afin d'assurer la cohérence entre ces piliers de notre modèle social.**

L'accord de gouvernement fédéral décrit un cadre d'action qui comporte cinq axes prioritaires :

- Une stratégie globale pour l'emploi ;
- La poursuite de la politique axée sur la réduction des charges (fiscales et parafiscales) qui pèsent sur le travail, en particulier pour les bas et les moyens revenus ;
- L'encouragement de l'esprit d'entreprise, notamment par le biais d'un plan d'action axé sur les petites et moyennes entreprises ;
- Le renforcement du système de protection sociale comme source importante de prospérité et de bien être et la lutte contre la pauvreté ;
- Le renforcement de la politique de l'environnement et du développement durable.

La mise en œuvre de ce programme réclame l'accord et l'engagement des partenaires sociaux et des entités fédérées. Elle s'inscrit dans la continuité du **pacte de solidarité** entre les générations conclu en 2005. Les partenaires sociaux ont œuvré à l'instauration de deux mécanismes structurels parallèles d'adaptation au bien être, l'un visant les allocations de sécurité sociale, l'autre au profit des allocations d'assistance sociale⁸. Cette politique traduit la volonté de veiller à maintenir le pouvoir d'achat notamment par le relèvement des prestations minimales et l'octroi de revenus minimum et de salaire minimum décents.

En concertation avec les partenaires sociaux⁹ des actions sont régulièrement menées afin d'assurer la consolidation, l'équilibre financier et l'adaptation de la sécurité sociale aux besoins nouveaux.

En outre, le plan fédéral de lutte contre la pauvreté adopté récemment renforce et complète ce programme socio-économique. Ce plan et le progrès des actions de lutte contre la pauvreté seront évalués trimestriellement.

⁸ Le coût budgétaire des mesures à prendre en application du pacte de solidarité entre les générations à partir de 2009 est évalué par le Bureau du plan à 0,25% du PIB à l'horizon 2012.

⁹ A noter que les institutions publiques de sécurité sociale sont gérées paritairement par les partenaires sociaux. Toutefois, tant l'ONSS (organisme de perception des cotisations) que l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité) dépendent pour les questions budgétaires d'un comité de gestion tripartite : partenaires sociaux plus représentants de l'Etat fédéral.

La **flexicurité** est une **politique intégrée alliant un nécessaire équilibre entre flexibilité et sécurité**. Son volet sécurité concerne particulièrement la sécurité sociale et plus généralement la protection sociale dans son ensemble.

Bien que la politique sociale belge ne mentionne pas de stratégie explicite de flexicurité, on peut constater qu'elle présente de nombreuses caractéristiques de la notion de flexicurité. En effet, la politique sociale belge n'est pas figée et la demande de davantage de flexibilité a déjà donné lieu à nombre d'adaptations, qui sont autant de tentatives de répondre à l'évolution des besoins (économiques) et, ce, tant en matière de flexibilité dans le processus de production que de flexibilité dans la combinaison entre vie professionnelle et vie privée. Dans le même temps, la politique belge veille à ce que cette demande de flexibilité croissante s'accompagne de la sécurité nécessaire.

La stratégie belge de flexicurité part du principe de l'activation et du soutien au marché de l'emploi en garantissant un niveau élevé de protection. Dans cette optique, on tente d'offrir :

- un accompagnement et un suivi solide à l'activation durant la carrière
- l'appui nécessaire durant les phases de transition
- l'appui nécessaire afin de permettre des relations de travail flexibles
- une attention particulière aux groupes les plus fragiles de notre société.

En outre, des mesures sont également prises en vue de soutenir et d'encourager la formation continue et de maintenir un cadre macroéconomique stable. Le programme national de réformes développe ces composantes.

Nous renvoyons à l'[annexe 1.1](#), relative au volet sécurité sociale de la flexicurité en Belgique.

Le rapport social complète le Programme National de réforme belge dans plusieurs domaines. Il développe les questions relatives à l'inclusion active (partie inclusion) traitées également dans le chapitre emploi du PNR. Il décrit plus amplement les mesures prises pour répondre aux défis du vieillissement (partie pensions et soins de santé et soins de longue durée) et aborde la question de l'équilibre financier de la sécurité sociale, traitée dans le PNR.

1.2.4. Plus spécifiquement en matière d'inclusion, de pension, de santé, les grandes lignes de la stratégie belge reprises dans ce rapport stratégique national protection sociale et inclusion sociale sont les suivantes :

Le chapitre **inclusion** donne une large place à l'évaluation et au suivi des politiques. Sur base de cette évaluation, sans renier la nécessité d'une approche globale, multidimensionnelle de la lutte contre la pauvreté, il a été décidé de poursuivre dans la voie engagée en 2006 en portant les efforts sur trois défis clés : « **activation et diversité** », « **logement** » et « **lutte contre la pauvreté infantile** ». Pour avoir un impact décisif sur l'éradication de la pauvreté, il faut, en particulier, qu'un plus grand nombre de gens particulièrement éloignés du marché du travail soient amenés vers un emploi durable et de qualité, il faut que l'offre de logements sains et abordables soit élargie, et il faut que l'engrenage de la pauvreté soit rompu par la création d'un environnement éducatif stable et sûr capable de garantir aux jeunes le plein épanouissement de leurs chances d'avenir.

Les mesures prises ou à prendre pour la mise en œuvre de ces objectifs sont plus amplement décrites dans le rapport. Insistons sur l'**inclusion active** qui dans la droite ligne du concept présenté par la commission s'articule sur trois volets d'égale importance : un revenu minimum, des services sociaux d'intérêt général de qualité et l'activation. Au niveau belge, ce concept se décline sous la dénomination « **activation et diversité** » qui donne une large place à la situation individuelle des personnes. Le soutien offert aux personnes les plus éloignées du travail afin de les accompagner dans et vers des transitions positives tient compte de leur situation personnelle et du fait que pour certains plusieurs étapes doivent être franchies avant l'insertion par le travail.

En ce qui concerne le logement, une attention particulière est portée à la garantie **d'accès de tous à l'énergie**.

Le lecteur constatera à la lecture du chapitre **santé** du présent rapport que les préoccupations retenues par la commission européenne suite au rapport stratégique 2006-2008 en matière de soins de santé, à savoir : « faire face à la progression des dépenses pour **soins de santé** en améliorant le **rapport coût - efficacité**, tout en garantissant **l'accès aux soins des groupes vulnérables** » sont au **centre de la stratégie 2008-2010**. Des outils ont été développés afin de rationaliser les soins et les autorités ont le souci continu de l'accessibilité en développant des mesures financières et non financières toujours plus fines. En ce qui concerne les **soins de longue durée**, un effort constant est fait afin de spécialiser l'offre tout en assurant une coordination des soins autour du patient et des concertations structurelles entre prestataires. Le maintien à domicile des personnes âgées est et reste une priorité.

En matière de **pensions**, le défi consiste toujours, d'une part, à assurer la viabilité financière du système de protection sociale à la lumière du vieillissement, et, d'autre part, à maintenir les allocations à un niveau suffisamment élevé. Le travail concernant la viabilité financière des régimes de pension s'articule autour de 3 domaines : la poursuite de la réduction de la dette publique, la constitution de réserves dans le cadre du fonds de vieillissement (ainsi que dans le « fonds pour l'avenir des soins de santé ») et le renforcement du mode de financement de la sécurité sociale.

Pour assurer un revenu de pension décent, la politique d'adaptation au bien-être est poursuivie et structurellement renforcée. C'est ainsi qu'outre les adaptations sélectives au bien-être ciblant les pensions les plus faibles et les plus anciennes, un mécanisme légal d'adaptations structurelles au bien-être est instauré, selon lequel les allocations sont adaptées à l'évolution générale du bien-être, sur une base biennale et après avis des partenaires sociaux. Par ailleurs, des interventions sont également opérées dans le calcul des pensions, notamment afin de mieux répondre à la situation spécifique de la femme (assouplissement des conditions d'octroi de la pension minimum) et de rendre plus attrayant le fait de rester plus longtemps en activité (introduction d'un bonus de pension).

1.2.5. L'élaboration du rapport stratégique, méthodologie, consultation des acteurs.

Nous observons un **progrès** dans le processus d'élaboration du rapport stratégique belge protection sociale et inclusion sociale, même si des efforts doivent encore être faits en matière de liaison des différents chapitres et de consultation des parties prenantes.

Le **PANinclusion** belge a été élaboré avec succès sur base de l'acquis des expériences précédentes, dans une grande ouverture qui allie la participation des acteurs et l'engagement des pouvoirs publics.

Une sensibilisation des services locaux a été entreprise, des réunions provinciales ont été organisées afin d'impliquer les Centres Publics d'Aide Sociale (CPAS), il leur a été recommandé d'inscrire leurs politiques dans le cadre et les priorités du PANincl.

La campagne d'information lancée avec l'aide de la commission européenne¹⁰ a permis de sensibiliser les services sociaux dans les trois régions du pays à la MOC sociale.

Une amélioration peut aussi être constatée en ce qui concerne la collaboration des différentes autorités concernées par la rédaction et la validation de la partie **santé** du rapport. Des efforts doivent cependant encore intervenir en ce qui concerne la consultation des acteurs de la société civile.

¹⁰ Campagne nationale de sensibilisation et d'information sur les questions de l'inclusion et de la protection sociale menée pendant l'année 2007 à l'attention de publics variés dans tout le pays par l'ASBL Solidarité.

En ce qui concerne la partie **pensions** - pour laquelle le nombre d'intervenants est plus limité -, les avis ont été demandés au comité consultatif pour le secteur des pensions ainsi qu'au CNT.

Les délais imposés pour le dépôt du rapport n'ont pas permis d'organiser une **consultation** optimale (acceptable) des **partenaires sociaux**. Ceux-ci ont été informés de manière parcellaire et informelle sur l'avancement des différents chapitres au fur et à mesure de leur rédaction. Vu le délai extrême de consultation du Conseil National du travail, les membres ont convenu d'établir une liste récapitulative des remarques ponctuelles formulées à cette occasion sur les textes qui leur ont été soumis.

Comme indiqué dans le rapport, des efforts sont faits en vue d'assurer le **suivi** et **l'évaluation des politiques sociales** en Belgique.

Pour ce qui est de l'inclusion, les groupes de travail « Indicateurs » et « Actions » jouent un rôle important. Le baromètre de mesure de la pauvreté devrait consolider la tendance à évaluer la pauvreté et son évolution ainsi que les politiques mises en œuvre pour lutter contre la pauvreté.

Des efforts sont particulièrement entrepris en matière de soins de santé en vue d'améliorer le suivi des politiques en mettant en place un monitoring de la santé et en développant un échantillon permanent pour soutenir l'analyse sur base de données administratives (RIZIV-IMA).

Pour ce qui concerne les pensions, le comité de vieillissement assure depuis 2001 un rôle important de monitoring et d'avis.

Une évolution positive est observée en termes de méthodologie par comparaison au premier rapport, nous tirons les leçons de nos manquements, de nos erreurs et de nos succès en vue de la préparation du prochain rapport stratégique.

Chapitre II. Le Plan d'Action National Inclusion Sociale 2008-2010

Section 2.1. Pauvreté et inclusion sociale en Belgique – Situation générale

En 2000, les états membres de l'Union européenne ont décidé de prendre les mesures qui s'imposaient pour avoir un impact décisif sur l'éradication de la pauvreté et de l'exclusion sociale en 2010. Cette échéance qui approche à grands pas est aussi l'horizon de ce cinquième plan d'action national inclusion. Les indicateurs développés et coordonnés au niveau européen montrent toutefois que nos efforts pour faire baisser significativement la pauvreté doivent être considérablement renforcés. Quand on regarde l'évolution, on ne peut en effet que constater que ces indicateurs sont dans une large mesure restés stables.

Tableau 1. *Personnes en risque de pauvreté (pourcentage de personnes ayant un revenu disponible équivalent inférieur à 60% du revenu médian national équivalent)*

	2004	2005	2006
Belgique	14,3	14,8	14,7
DE/FR/NL	-	12	12
UE des 25	16	16	16

Concrètement, cela signifie qu'il y a en Belgique environ 1,5 million de personnes en risque de pauvreté. Cela englobe par exemple les isolés qui doivent vivre avec moins de 860 € par mois, ou les couples avec deux enfants qui ont un revenu mensuel inférieur à 1.805 €.

Le pourcentage de personnes en risque de pauvreté est de 11% en Flandre, de 17% en Wallonie, et 26% à Bruxelles.

Le fait que le pourcentage global de risque de pauvreté pour la Belgique se situe un peu en dessous de la moyenne européenne peut être vu comme le résultat d'une « in-work-poverty » relativement faible (4 % contre une moyenne de 8 % dans l'UE), et d'un risque de pauvreté plus élevé que la moyenne européenne pour ceux qui ne travaillent pas (25 % en Belgique contre une moyenne européenne de 23). Cette donnée se reflète aussi dans le profil des groupes qui présentaient un risque de pauvreté élevé en 2006. Il s'agit des chômeurs (31 %), des personnes âgées (parmi lesquelles les plus de 75 ans connaissent un risque de pauvreté plus élevé que les 65-74 ans), les personnes qui vivent dans un ménage à faible intensité de travail (72 % pour ceux qui font partie d'un ménage avec enfants et sans aucun revenu du travail), les personnes avec un faible niveau de formation (22 %) et les personnes avec une nationalité extérieure à l'UE (46 %). Si on regarde le type de ménage, ce sont les célibataires (24 %) et les parents isolés (33 %) qui présentent le risque de pauvreté le plus élevé. Les locataires ont également un risque de pauvreté élevé (28 %).

La faible position de ces catégories se marque également dans d'autres domaines. Que ce soit en matière d'emploi, d'abordabilité et de qualité du logement, dans l'accès aux soins de santé ou dans le domaine de la participation sociale, les scores les plus bas sont quasi à chaque fois obtenus par les mêmes catégories.

On peut globalement affirmer que les indicateurs ne révèlent aucun grand changement sur le plan du niveau et de l'étendue du risque de pauvreté et de la composition du

groupe des personnes en risque de pauvreté. Malgré une légère hausse des indicateurs qui mesurent l'inégalité de revenu, le risque de pauvreté reste stable. La constatation la plus frappante est peut-être que la différence de risque de pauvreté entre les personnes et les ménages à faible intensité de travail et les personnes et ménages à forte intensité de travail a par ailleurs augmenté entre 2004 et 2006. Le risque de pauvreté des personnes dont l'activité principale était le travail est faible et est resté stable, tandis que le risque de pauvreté des personnes ayant un statut de chômeur, pensionné ou malade/invalides a augmenté, de même que le risque de pauvreté des ménages ayant une faible intensité de travail.

Section 2.2. Evolution par rapport au PAN Inclusion 2006-2008

2.2.1. Evolution statistique par rapport aux objectifs cibles

Dans le PAN Inclusion 2006-2008, des objectifs cibles avaient été formulés sur base d'un certain nombre d'indicateurs, de façon à pouvoir suivre les résultats en matière de lutte contre la pauvreté. Parmi ceux-ci se trouvaient également quelques objectifs en termes d'emploi extraits du programme national de réforme, choisis en raison de leur pertinence par rapport à la stratégie d'inclusion sociale.

L'indicateur sur lequel un objectif a été placé, est indiqué dans la partie grisée du tableau. Là où c'est possible, les chiffres sont également donnés par Région. Les chiffres indiqués pour 2008 et 2010 ne sont pas les données réellement observées, mais bien les objectifs cibles tels qu'ils ont été déterminés dans le PAN Inclusion 2006-2008, et tels qu'ils sont confirmés comme objectifs cibles pour le PAN Inclusion 2008-2010.

2.2.1.1. Un logement correct et abordable pour chacun

Target 1: *Augmentation du pourcentage de logements sociaux du secteur locatif par rapport au nombre total de ménages privés.*

	Résultats				Objectifs cibles	
	2003	2004	2005	2006	2008	2010
Bruxelles	7,9	7,9	7,8	7,8		
Flandre	5,4	5,4	5,4	5,4		
Wallonie	7,2	7,1	7	7,0		
Belgique	6,2	6,2	6,2	6,2	7	8

Cet indicateur porte sur le nombre de logements sociaux loués par les sociétés de logement social reconnues. Les logements sociaux qui sont loués par d'autres organismes (communes, cpas) ne sont pas comptabilisés ici, de même que les habitations louées par les agences immobilières sociales.

Bien que le nombre absolu de logements sociaux soit en légère augmentation dans les trois Régions, ce nombre reste globalement stable en proportion du nombre de ménages. Pour la Wallonie et Bruxelles, on enregistre même une légère baisse.

2.2.1.2. Activation et diversité: plus de travailleurs parmi les groupes à risque

Target 1: Augmenter le taux d'emploi de groupes cibles spécifiques, à savoir les femmes, les personnes infra-scolarisées, et les personnes avec un handicap.

	Résultats			Objectifs cibles	
	2005	2006	2007	2008	2010
Population active totale	61,1	61,0	62,0	66	70
- Bruxelles	54,8	53,4	54,8		
- Flandre	64,9	65,0	66,1		
- Wallonie	56,1	56,1	57,0		
Femmes	53,8	54,0	55,3	55	60
- Bruxelles	47,9	46,6	48,3		
- Flandre	57,8	58,3	59,8		
- Wallonie	48,4	48,6	49,6		
Infrascolarisés	40,4	40,1	40,5	40	50
- Bruxelles	33,8	33,8	34,3		
- Flandre	43,7	43,1	44,5		
- Wallonie	37,0	37,0	35,8		
Personnes ayant un handicap	35,6			40	50
- Bruxelles					
- Flandre					
- Wallonie					

Entre 2005 et 2006, il y a eu peu de changements dans le domaine de l'emploi. 2007 a toutefois été globalement une bonne année. Plusieurs indicateurs concernant le marché du travail ont évolué dans un sens favorable. Ceci a notamment été le cas pour le taux d'emploi total de la population active et pour le taux d'emploi des femmes. Il ressort également des statistiques que l'emploi des travailleurs âgés a augmenté. Parallèlement, on doit bien admettre que les objectifs européens sur ce terrain sont encore loin d'être atteints. Il est notamment frappant de constater que, malgré les circonstances favorables, l'emploi parmi les infra-scolarisés n'a pas augmenté. Pour cet indicateur, on observe toutefois entre 2006 et 2007 une évolution inverse entre Bruxelles et la Flandre d'une part et la Wallonie de l'autre. À Bruxelles et en Flandre, on enregistre une hausse faible à modérée, tandis que la Wallonie présente une baisse de l'emploi pour ce groupe. Cela fait que l'indicateur pour l'ensemble de la Belgique est resté stable. Aucun chiffre disponible ne permet de suivre l'évolution de l'emploi parmi les personnes avec un handicap.

Target 2: Ramener le taux de chômage des personnes de nationalité hors UE au niveau de celui des travailleurs de nationalité belge ou UE.

	Résultats						Objectif cible				
	2005		2006		2007		Rapport UE/non UE			2008	2010
	Non UE	UE	Non UE	UE	Non UE	UE	2005	2006	2007		
Be	31,9	7,9	31,1	7,7	29,5	6,9	24,8	24,8	23,5	72	100
Br	35,5	14,1	33,1	15,8	34,1	15,3	39,7	47,7	44,8	70	100
VI	24,0	5,2	24,4	4,7	21,4	4,1	21,7	19,3	19,0	76	100
Wal	39,7	11,5	40,8	11,3	37,0	10,1	29,0	27,7	27,3	68	100

Il y a une baisse légère du taux de chômage parmi les non UE, surtout entre 2006 et 2007. Étant donné que c'est également le cas parmi les citoyens UE, on ne peut pas considérer que cet indicateur aille dans le sens de l'objectif cible.

Target 3 : Augmenter de la participation à la formation tout au long de la vie, en particulier pour les personnes ayant un faible niveau de formation initiale (population âgée de 25 à 64 ans).

	Résultats						Objectifs cibles	
	2003	2004	2005	2006	2006*	2007*	2008	2010
Population totale 25-64								
Belgique	8,5	8,6	8,4	7,8	7,5	7,2	11,5	12,5
Bruxelles		10,4	12,0	11,2	10,4	10,4		
Flandre		9,8	9,1	8,5	8,4	7,9		
Wallonie		5,8	5,8	5,4	5,1	5,0		
Population infrascolarisée								
Belgique		3,2	3,1	3,1		3,0	4,5	6,25
Bruxelles		3,0	3,0	4,2		3,9		
Flandre		3,9	3,7	3,4		3,5		
Wallonie		2,1	2,1	2,3		1,8		

* nouvelle définition, calculé comme moyenne annuelle et non plus sur le deuxième trimestre

Cet indicateur a subi en 2006 une légère modification dans sa définition. De plus, depuis 2006 il est calculé à partir comme moyenne annuelle, alors qu'avant il était calculé d'après les données du deuxième trimestre de l'enquête sur les forces de travail. Dans le tableau ci-dessus, les chiffres sont indiqués jusqu'en 2006 sur base de l'ancien mode de calcul, et pour 2006 et 2007 selon la nouvelle méthode. Les petites différences entre les différentes années ne sont probablement pas statistiquement significatives. Les chiffres, tant pour l'ensemble de la population de 25 à 64 ans que pour les personnes infra-scolarisées, indiquent une participation stable. On ne peut donc en déduire aucune tendance à une participation plus élevée à la formation continuée. Ceci vaut aussi bien au niveau de la Belgique qu'au niveau de chaque Région.

Target 4 : Réduire le décrochage scolaire ou, plus précisément, le pourcentage de jeunes de 18 à 24 ans qui n'ont pas le diplôme de secondaire supérieur et qui n'ont suivi aucune formation.

	Résultats					Objectifs cibles	
	2005	2006	2007	2006*	2007*	2008	2010
Belgique	12,9	12,6	12,3	14,2	13,8	11	10
Bruxelles	19,4	19,3	24,6	22,4	22,8		
Flandre	10,7	10,0	9,9	11	10,8		
Wallonie	14,8	14,8	12,8	17	16,1		

* nouvelle définition, calculé comme moyenne annuelle et non plus sur le deuxième trimestre

Cet indicateur aussi a subi une modification de définition, et est calculé depuis 2006 comme moyenne annuelle. Dans le tableau, les chiffres sont calculés selon l'ancienne méthode jusqu'en 2006, et selon la nouvelle méthode pour 2006 et 2007. Étant donné que le groupe sur lequel cet indicateur est calculé est relativement petit, on doit tenir compte d'une plus grande marge d'incertitude statistique, a fortiori pour les données régionales.

Pour cet indicateur aussi, les chiffres restent stables au travers des différentes années, et aucune tendance dans le sens de l'objectif cible ne peut être établie.

2.2.1.3. Pauvreté infantile : Rompre l'engrenage de la pauvreté

Target 1 : Réduire le pourcentage d'enfants de moins de 16 ans en risque de pauvreté, c'est-à-dire vivant dans un ménage dont le revenu équivalent est inférieur à 60% du revenu médian national équivalent.

	Résultats			Objectifs cibles	
	2004	2005	2006	2008	2010
Belgique	15,5	17,9	15,0	15	12
Flandre	10,0	12,2	9,8		
Wallonie	18,5	19,7	18,6		

Pour Bruxelles, l'échantillon est trop petit pour une estimation fiable

Le pourcentage initial pour 2004 (17,4%) qui a été utilisé comme base pour la formulation de l'objectif cible, a été revu à la baisse en raison d'une erreur dans les données. Au moment de la rédaction du présent rapport, les données de base pour cet indicateur (EU SILC) comportent encore quelques incertitudes qui devront par la suite faire l'objet d'une mise au point. Ceci complique la mesure de l'évolution entre les trois années disponibles. La conclusion la plus probable à ce stade est que le niveau du pourcentage d'enfants avec un risque de pauvreté sur la période disponible est resté stable.

Target 2 : Réduire la proportion d'enfants (0-17 ans) vivant dans des ménages sans emploi rémunéré.

2 ^{de} trimestre	Résultats				Objectifs cibles	
	2004	2005	2006	2007	2008	2010
Belgique	13,2	12,9	13,5	13,5	10	7
Bruxelles		23,6	27,0	27,0		
Flandre		7,3	7,0	7,6		
Wallonie		18,9	19,9	18,9		

Moyenne annuelle	2005	2006	2007
Belgique	12,8	12,7	12,0
Bruxelles	26,5	25,5	25,7
Flandre	7,0	6,5	5,7
Wallonie	18,4	18,8	18,0

Actuellement, cet indicateur est encore calculé par Eurostat sur la base des données du deuxième trimestre de l'enquête sur les forces de travail. C'est également ce calcul qui a été utilisé pour formuler l'objectif. A l'avenir, l'intention est toutefois de calculer cet indicateur comme moyenne annuelle. La méthode basée sur la moyenne annuelle produit des résultats plus fiables, dans la mesure où ceux-ci sont basés sur un plus grand nombre de données.

Les deux manières de calcul sont reflétées ici, parce qu'elles donnent des résultats différents. La méthode actuellement utilisée, basée sur le deuxième trimestre, montre une tendance stable, tandis que la méthode basée sur la moyenne annuelle semble indiquer une certaine baisse, qui pourrait s'expliquer par la situation globalement favorable de l'emploi en 2007. Il est toutefois trop tôt, et la baisse est trop incertaine, pour en tirer des conclusions définitives.

2.2.2. Suivi des actions du PAN Inclusion 2006-2008

La plupart des actions du PAN 2006-2008 ont été réalisées.

2.2.2.1. Logement

Au niveau fédéral, des projets pilotes en matière de commission paritaire locative ont été financés par la Politique des Grandes Villes à Charleroi, Gand et Bruxelles, et la détermination dans ce cadre de grilles indicatives de loyers est en cours. L'enregistrement des contrats de bail a été rendu obligatoire, les obstacles à l'inscription en adresse de référence pour les personnes sans-abri ont été levés, des moyens supplémentaires ont été alloués au logement dans le cadre des contrats de ville, et un dialogue sur des questions urbaines et de logement a été organisé avec les entités fédérées. L'élargissement et la mise en ligne de la banque de données sur les villes est en cours. Seule une action n'a pu être réalisée, il s'agit de la création d'un fonds pour le paiement des cautions locatives.

Au niveau flamand, le régime des allocations loyer a été actualisé et les formalités ont été simplifiées, l'offre de service des unions de locataires a été développée, des mesures sociales ont été adoptées en matière d'énergie, les gestionnaires de réseau ont été obligés, dans le cadre de leurs obligations relatives à l'utilisation rationnelle de l'énergie, de prendre des mesures spécifiques pour les clients protégés. Des projets pilotes en matière d'audits énergétiques ont été développés, le nouvel arrêté sur le logement social établit des règles de priorité pour les occupants de logements déclarés inhabitables, les occupants de logements déclarés insalubres et/ou inhabitables bénéficient désormais d'un soutien temporaire sous la forme d'une allocation loyer si ils déménagent pour un logement conforme, la méthodologie utilisée pour la réquisition de logements à l'abandon a été rendue plus objective et plus homogène, le budget des agences immobilières sociales a été augmenté, celles-ci ont désormais la faculté de conclure un bail à rénovation avec des particuliers et de mobiliser les primes à la rénovation, et elles ont en outre fait l'objet d'une campagne de promotion. La qualité des logements et les souhaits des occupants en la matière ont fait l'objet d'une étude, tandis qu'une recherche portant sur la politique de l'offre dans le secteur locatif privé a été menée. Quant à la recherche prévue sur la possibilité de créer un fonds pour les garanties locatives, elle n'a pas été réalisée en tant que telle mais a néanmoins été abordée dans un autre cadre. La prise en considération, au niveau local, d'une offre de logement différenciée en fonction de besoins spécifiques a commencé, mais doit encore se poursuivre. Enfin, on doit encore étudier dans quelle mesure le revenu disponible effectif, c'est-à-dire tenant compte des dettes, peut être utilisé comme critère pour l'attribution d'un logement social.

A Bruxelles, les allocations de déménagement / installation / loyer ont été réformées pour en faciliter l'accès, un Centre d'Information sur le Logement a été créé, les logements sociaux ont été dotés de services sociaux professionnels, le nombre de logements gérés par les agences immobilières sociales (AIS) a été porté à 2000 unités, et les normes AIS ont été alignées sur le code du logement. Un dispositif hivernal a été mis en place pour les personnes sans-abri, à l'attention desquelles un lieu de parole a par ailleurs été créé. Conformément au Protocole d'accord entre les 3 commissions communautaires bruxelloises et la Communauté flamande, un centre de référence en matière d'aide aux sans-abri a été créé. Une table ronde de coordination a également été organisée pour lutter contre les marchands de sommeil. Un observatoire de l'habitat a été mis en place, tandis qu'une étude structurelle et prospective sur l'habitat a été réalisée. Enfin, un cadastre des propriétés publiques a été réalisé par la Régie foncière régionale. A côté de cela, plusieurs actions sont encore en cours. Il s'agit du plan de construction de 5.000 nouveaux logements, de l'expérimentation progressive d'un système d'allocation-loyer (transitoire), de l'instauration d'une taxe sur les immeubles laissés à l'abandon, de la simplification administrative des documents destinés au grand public, de l'extension des conseils consultatifs de locataires à tous les logements sociaux, de la mise en place d'une concertation sur les missions prioritaires de l'insertion par le

logement, de l'intensification des programmes de cohésion sociale, et de la réalisation d'un atlas des quartiers. Certaines actions doivent en outre encore voir le jour. Il s'agit de la transformation de bureaux abandonnés en logements et de l'occupation des logements vides au dessus des commerces, de la réduction du précompte immobilier dans les quartiers à discrimination positive, de l'installation progressive de compteurs individuels dans les logements sociaux et de la réalisation d'économies d'énergie et d'énergies renouvelables à l'occasion de rénovations. De même, l'augmentation du nombre de places disponibles dans les lieux d'hébergement pour les femmes seules et avec enfants et l'augmentation des moyens budgétaires pour le travail de rue n'ont pas encore pu être réalisées.

En Région Wallonne, l'intégration des sans-abri a été stimulée par une professionnalisation du secteur, tandis que de nouveaux relais sociaux et relais santé ont été créés. Parallèlement, de nombreuses actions sont en cours : le volet logement du Plan HP, la mobilisation du patrimoine privé existant, le soutien à l'initiative privée d'offre de logements dans le cadre du partenariat public/privé, l'amélioration de la qualité du parc de logements locatifs "modestes", l'aide à la création de logements de type communautaire, la mise en place d'un fonds social de l'eau, la promotion d'un meilleur accès à l'électricité et/ou au gaz pour tous, une meilleure protection des catégories de personnes les plus démunies, l'amélioration de l'accompagnement social des locataires de logements publics (sociaux), la promotion de la qualité de l'environnement, et l'adoption de sanctions administratives pour les propriétaires qui laissent occuper un bien frappé d'une interdiction d'accès ou d'occupation.

2.2.2.2. Activation

Au niveau fédéral, un groupe de travail interministériel sur la discrimination a été mis en place, des actions de sensibilisation du monde de l'entreprise ont été réalisées, un inventaire de toutes les mesures d'emploi a été dressé dans l'optique d'harmoniser les différentes mesures, des avis et propositions ont été soumis au Comité de concertation, l'axe «Inclusion sociale» de la programmation fédérale FSE a été développé, les coopératives d'activités bénéficient d'un meilleur soutien public, un plan d'action relatif à la responsabilité sociétale des entreprises a été adopté, les taux de maintien en activité des publics aidés par les CPAS ont été évalués, une étude sur les transferts a été réalisée dans le but d'analyser l'impact réel du Plan d'accompagnement et de suivi renforcé des chômeurs, et un « bonus à l'emploi » a été instauré. A côté de cela, quelques actions sont encore en cours. Il s'agit de généraliser l'attention à la diversité dans les différentes politiques, de promouvoir l'insertion des usagers de CPAS dans le monde de l'entreprise, et de mieux prendre en considération les efforts des CPAS en matière de diversification des mises à l'emploi dans le cadre de la réglementation relative aux parcours intégrés. Deux actions doivent encore être concrétisées, à savoir la création d'un point d'appui « marchés publics durables » et le monitoring ethnique.

Au niveau flamand, une prime à l'emploi a été instaurée pour l'engagement de personnes de plus de 50 ans, l'économie locale de service a été dotée d'un cadre décretal, et une recherche réalisée sur un échantillon représentatif d'élèves visés par le décret sur l'égalité des chances a permis de montrer comment les données centrales concernant l'égalité des chances dans l'enseignement se traduisaient au niveau local. Les familles pauvres font l'objet d'un monitoring permanent. Des emplois supplémentaires de qualité ont été créés dans le cadre de l'économie d'insertion, tandis qu'une plus grande attention a été accordée à la qualité des emplois et à l'encadrement sur le lieu de travail. Un plus grand nombre d'ateliers sociaux ont été reconnus, et des emplois supplémentaires ont été créés dans le cadre de l'accord "VOA" 2006-2010. Par ailleurs, quelques pistes ont été explorées pour parvenir à une méthode objective permettant de quantifier le groupe cible des allochtones. A côté de ces actions réalisées, plusieurs actions sont encore en cours en Flandre. Il s'agit d'augmenter la participation au marché du travail des pauvres et des ex-détenus par la mise en œuvre de plans de diversité dans les entreprises, de prévenir l'exclusion sur le marché du travail, d'élargir l'offre d'accueil extrascolaire et flexible pour les enfants, de développer un plan d'action pour le « lettrisme », d'ancrer

l'offre de cours de langues, de sciences et d'informatique dans l'enseignement et dans les parcours de formation, de stimuler le développement de l'entraînement au lettrisme dans le cadre des formations données sur le lieu de travail, de promouvoir une bonne collaboration entre les centres pour l'éducation fondamentale, les formations professionnelles du VDAB et de Syntra et l'enseignement de promotion sociale, de mieux soutenir les initiatives des employeurs en matière de lutte contre l'illettrisme, de valider les compétences acquises ailleurs, d'augmenter la quantité et la qualité des entreprises protégées dans le cadre de l'économie sociale, d'adopter des plans d'action communaux pour lutter contre le chômage des jeunes, et d'harmoniser les différentes initiatives en matière d'enregistrement des groupes à risque. Enfin, deux actions n'ont pas été réalisées telles quelles, mais ont été intégrées dans d'autres cadres. Il s'agit du renforcement du screening spécialisé, ainsi que du développement, à titre pilote, de parcours d'activation combinant travail et prise en charge.

La Communauté française, la Région Wallonne et la Région de Bruxelles –Capitale ont mis en place une conférence interministérielle en matière d'alphabétisation afin de coordonner leurs actions en la matière.

A Bruxelles, des séminaires de sensibilisation à la diversité ont été organisés dans les entreprises, une Charte Diversité ainsi qu'un Plan pour la Diversité ont été adoptés, les entreprises ont la possibilité de recourir à des consultants spécialisés en diversité, un programme d'insertion socioprofessionnelle a été adopté au niveau des CPAS dans le cadre d'une convention de partenariat avec l'ACTIRIS (*l'office régional pour l'emploi*), les besoins en matière d'accueil des enfants ont été cartographiés, de nouveaux emplois de proximité ont été créés pour des agents contractuels subventionnés dans les secteurs de la propreté, de la maintenance des logements sociaux, de la sécurité et de la petite enfance, une plateforme régionale d'économie sociale a été mise en place, et toutes les mesures d'emploi ont été inventoriées et évaluées. Le plan de gestion de l'égalité des chances au sein de l'administration du logement, la création de 2.600 places de crèches et l'ouverture de deux centres d'entreprises en économie sociale supplémentaires sont en cours. Enfin, l'organisation d'une réunion interrégionale sur l'accompagnement social ainsi que l'évaluation des dispositifs existants dans le but d'en améliorer l'efficacité et d'assurer leur accessibilité aux personnes les plus pauvres, doivent encore être réalisées.

En Région wallonne, de mesures d'insertion ont été développées spécialement pour les bénéficiaires du revenu d'insertion sociale, tandis que de nombreuses mesures sont encore en cours. Il s'agit de la prise en compte des notions d'Egalité des chances dans l'accès à l'emploi, du management de la diversité, de la préqualification dans le cadre des EFT et des OISP (*Entreprises de Formation par le Travail et Organismes d'Insertion SocioProfessionnelle*), de la création d'emplois supplémentaires dans les entreprises de travail adapté, du renforcement des Entreprises d'Insertion et de la création de nouvelles structures, de l'accueil de l'enfance, du dispositif intégré d'insertion professionnelle, du volet insertion professionnelle du plan HP (*le plan de résorption de l'Habitat Permanent en camping et parcs de vacances*), de mesures particulières en matière d'orientation professionnelle et d'alphabétisation, de l'intégration d'une clause sociale dans les marchés publics, de la validation des compétences (*décrit en annexe comme bonne pratique*), d'un renforcement du jobcoaching, du renforcement des coopératives d'activité, de l'adoption d'un décret sur les services de proximité, du volet développement rural du plan HP, et de l'accès aux nouvelles technologies pour les jeunes.

2.2.2.3. Pauvreté infantile

Au niveau fédéral, une recherche sur les liens entre pauvreté et placement a été réalisée, une allocation familiale supplémentaire a été instaurée pour faire face à la rentrée scolaire, la liaison des allocations sociales à l'index est en cours, et l'aide à la jeunesse a été améliorée par la description d'un parcours cohérent et transparent centré sur la demande d'aide du jeune et sur l'apport d'une réponse de qualité. Seule une action a été (provisoirement) abandonnée, il s'agit d'un projet dans lequel des médiateurs

interculturels auraient du être engagés pour stimuler la fréquentation scolaire des enfants mendiants. Dans son rapport, la Conférence Nationale pour les droits de l'enfant consacre également un chapitre à la pauvreté infantile.

Au niveau flamand, l'offre en matière d'accueil des enfants a été augmentée, et l'accessibilité a été améliorée. Une sensibilisation quant à l'intérêt d'une participation précoce à l'enseignement maternel a été réalisée, l'enseignement fondamental a été rendu gratuit pour tout ce qui est nécessaire pour réussir, un nouveau système de financement basé sur les caractéristiques des élèves et des écoles a été mis en place dans l'enseignement obligatoire, une prime par élève a été instaurée pour les formations conduisant à des métiers en pénurie de main d'œuvre, des efforts ont été réalisés pour atteindre au maximum les groupes cibles ayant droit à une bourse d'étude, une nouvelle législation en matière d'allocations d'études a été introduite, le décret sur l'égalité des chances dans l'enseignement est entré en vigueur, des expériences d'enseignement à petite échelle ont été développées en matière d'égalité des chances, l'enseignement dispensé aux primo-arrivants allophones (OKAN) a été repensé, l'implication des parents de groupes difficilement joignables a été renforcée, et des « boutiques d'éducation » ont été mises en place. A côté de ces réalisations, quelques actions du programme flamand sont encore en cours. Il s'agit de la détermination d'un montant maximum pour les frais liés à l'enseignement secondaire, du suivi des initiatives en matière de gratuité ou de réduction des coûts dans les plateformes locales de concertation (LOP), de l'élaboration d'un décret "Leerzorgkader", de l'accompagnement des devoirs dans les familles du quart-monde, de l'intégration de médiateurs de terrain en en pauvreté et exclusion sociale et de médiateurs interculturels dans les centres pour l'accompagnement des élèves (CLB), de la mise en œuvre du programme "Triple P", la subsidiation des « familles de soutien », du Plan Global pour l'Aide Spéciale à la Jeunesse, et enfin de l'extension des postes d'accompagnement ambulatoire dans le cadre de l'aide proposée par les services d'aide spéciale à la jeunesse (BJZ).

En Communauté française, Le Plan Cigogne II est en cours. L'encadrement de la classe d'accueil pré-maternelle évolue désormais en cours d'année, tandis que l'encadrement a été renforcement dans les 2 premières années primaires ainsi que dans les écoles de petite taille. Un décret relatif à la mise en œuvre, à la promotion et au renforcement entre la culture et l'enseignement a été adopté, et un chèque « sport et Culture » a été instauré. Les frais scolaires et extrascolaires ont été limités. Des projets pilotes et des recherches action ont été menés pour renforcer le partenariat éducatif entre les enseignants, les parents et leurs enfants, et des projets visant à renforcer les liens entre les familles et les écoles et à organiser la participation des parents à la vie de l'école sont en cours. Une revalorisation de l'enseignement qualifiant est en cours dans le cadre du contrat pour l'Ecole, par la mise à disposition d'équipements en phase avec le monde du travail, par l'amplification et la systématisation des stages au 3ème degré, et par la valorisation d'une approche « métiers ». Une évaluation / étude des mesures visant à lutter contre les écoles ghettos est en cours. Une information accessible sur le système scolaire est en cours de diffusion, et on a entrepris de faciliter l'accès des familles aux écrits. Les missions de l'inspection pédagogique sont progressivement élargies. L'organisation du travail des Services d'Aide à la Jeunesse et des Services de Protection de la Jeunesse est en train d'être adaptée, tandis que les formations pour les travailleurs du secteur de l'aide à la jeunesse ont été harmonisées. Le champ de l'accueil familial a été élargi, et les missions des services d'aide en milieu ouvert ainsi que les partenariats entre les secteurs de l'aide à la jeunesse, de la jeunesse, de la culture, des sports et de l'école ont été élargis.

En Communauté germanophone, le décret du 9 mai 1994 « portant agrégation d'institutions accueillant et encadrant provisoirement des personnes en détresse et portant octroi de subsides en vue de l'achat, la construction, la location, la remise en état et l'équipement d'habitations destinées à l'accueil d'urgence » a été analysé et fait l'objet d'un rapport.

Section 2.3. Défis clés et priorités

Le constat qui ressort de l'analyse ci-dessus, à savoir qu'il n'y a eu aucune baisse manifeste de la pauvreté en Belgique entre 2004 et 2006, justifie la décision de poursuivre dans la voie dans laquelle on s'était engagé en 2006, avec les trois défis clés qui avaient été épinglés comme terrains d'actions prioritaires. Ceci n'est évidemment pas en contradiction avec la reconnaissance du caractère multidimensionnel et persistant de la pauvreté et de l'exclusion sociale, qui implique une approche transversale ou inclusive dans tous les domaines politiques.

Les moyens sont concentrés par des efforts intensifs et ciblés sur les trois domaines politiques définis comme défis clés. Pour avoir un impact décisif sur l'éradication de la pauvreté, il faut qu'un plus grand nombre de gens particulièrement éloignés du marché du travail soient amenés vers un emploi durable et de qualité, il faut que l'offre de logements sains et abordables soit élargie, et il faut que l'engrenage de la pauvreté soit rompu par la création d'un environnement éducatif stable et sûr, capable de garantir aux jeunes le plein épanouissement de leurs chances d'avenir.

2.3.1. Activation et diversité: plus de travailleurs parmi les groupes à risque

Le fait d'avoir un emploi rémunéré constitue la meilleure protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Ceci semble être encore plus le cas en Belgique que dans la plupart des autres États membres. Le pourcentage de travailleurs pauvres est parmi les plus faibles de l'UE des 25: 4 % en Belgique contre 8 % pour l'UE des 25.

Les ménages sans travail rémunéré ont été confrontés en 2007 à un risque de pauvreté élevé. C'est surtout pour les ménages avec les enfants que l'absence de revenus du travail engendre un risque de pauvreté plus élevé que dans la plupart des autres États membres de l'UE. En Belgique, 72 % de ces ménages ont un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté, alors que pour l'ensemble de l'UE des 25 ce pourcentage n'est « que » de 62 %.

Un système adéquat de revenu minimum est essentiel pour juguler les problèmes sociaux sous-jacents et aider les citoyens à s'intégrer pleinement dans la société et à développer tout leur potentiel. Dans la période 2003 - 2005, on observe toutefois une érosion constante des allocations minimales par rapport au seuil de risque de pauvreté, certainement en ce qui concerne les allocations minimales pour les couples, avec ou sans charge d'enfants.

Ainsi par exemple, l'allocation de chômage minimale, qui en 2003 s'élevait à 73% du seuil de risque de pauvreté, ne s'élevait plus en 2005 qu'à 64% de ce seuil.

Vu l'importance du travail rémunéré, tant comme canal d'intégration dans la société que par son aspect financier, l'accès à l'emploi est de la plus haute importance. En 2007, avec 62%, le taux d'emploi en Belgique se situait en dessous de la moyenne de l'UE des 27 (65,4%). Les indicateurs confirment l'importante sous-participation au travail de certains groupes. Ainsi, le taux d'emploi des infra-scolarisés se situe 22 points de pourcent plus bas que celui de la population totale. Tant sur le plan de la nationalité qu'en matière de scolarité, les différences entre les degrés d'activité sont considérablement plus marquées pour les femmes que pour les hommes. Le taux d'emploi des personnes avec un handicap se trouve 17 points de pourcent en dessous de celui de la population totale. En 2007, le taux global du chômage de longue durée s'élève à 3,8%. Mais certains groupes présentent un taux de chômage de longue durée nettement plus élevé. Il s'agit des isolés (7,3%), des personnes infra-scolarisées (8%), et surtout des parents isolés (12%) et des personnes avec une nationalité étrangère à l'UE des 27 (13%).

Pour garantir la diversité sur le marché du travail et ne laisser aucun groupe cible de côté, le parcours jusqu'au marché du travail doit tenir compte de la situation et des

besoins des individus à intégrer, qu'il s'agisse de jeunes, de personnes avec un handicap ou d'allochtones, y compris sans papier. Pour les plus fragilisés, une approche individuelle et motivante s'impose. Si nécessaire, il faut se donner les moyens de s'occuper préalablement de l'amélioration générale de leur situation personnelle.

Même si un emploi reste la première et la meilleure protection contre la pauvreté, pour certains groupes ce n'est pas toujours suffisant. Un accompagnement social adapté, des services sociaux accessibles et de qualité et une meilleure coopération entre différents services et secteurs sont également des moyens non négligeables pour mener à une intégration active dans laquelle l'implication des utilisateurs doit être primordiale.

4 % de travailleurs en risque de pauvreté, ce n'est pas une proportion négligeable. En chiffre absolu, cela concerne 170.000 personnes. Cela veut dire que, en raison de conditions de travail précaires – travail à temps partiel notamment - ou d'un salaire insuffisant par rapport aux besoins du ménage, le travail ne suffit pas toujours à éviter la pauvreté. Les parents isolés, les ménages avec plusieurs enfants et les personnes avec une nationalité extérieure à l'UE des 25 ont un risque de pauvreté plus élevé que les autres, même quand ils travaillent. Les contrats temporaires engendrent un risque de pauvreté accru. Pour les indépendants aussi, les chiffres indiquent un risque plus élevé. En 2006, 14 % des personnes en dessous du seuil de pauvreté avaient un statut de travailleur. L'attention pour la qualité des emplois, en particulier pour des salaires corrects et des mesures de nature à stimuler l'accès à un emploi de qualité, constituent la pièce maîtresse d'une politique durable en matière d'emploi.

2.3.2. Un logement de qualité, durable et abordable pour chacun

Garantir à chacun un logement de qualité, durable et abordable reste également un des plus grands défis politiques pour la période à venir. Bien qu'un indicateur fiable en matière de coût du logement soit encore à développer, un certain nombre des données disponibles mettent en évidence le caractère problématique que revêt cet aspect pour certains groupes. Ainsi, parmi les ménages dont les revenus sont inférieurs à la médiane, la proportion de ceux qui consacrent au seul loyer (hors charges) plus d'un tiers du revenu familial est en nette augmentation (10% en 1998, 14% en 2000, 16% en 2005). Une recherche réalisée par le point d'appui « Ruimte en Wonen" (*Espace et Habitat*) montre que l'abordabilité du logement a continué à diminuer entre 1997 et 2005. Au cours de cette période, le pourcentage des ménages ayant un loyer supérieur à 20% du revenu familial est passé en Flandre de 23,4% à 30%. C'est essentiellement sur le marché locatif privé que se marque l'aggravation de la problématique de l'abordabilité financière du logement. Les familles monoparentales et les plus de 65 ans qui occupent un logement locatif privé constituent de loin les groupes le plus vulnérables.

Le risque de pauvreté des locataires est clairement plus élevé que celui des propriétaires (28% contre 10), les locataires constituant un des groupes au risque le plus élevé. Cette disparité reste stable à travers les années pour lesquelles les données sont disponibles.

La qualité du logement semble être fréquemment problématique pour plusieurs groupes précarisés. Les personnes de nationalité extérieure à l'UE des 25, les ménages avec enfants ayant une faible intensité de travail, les parents isolés, les chômeurs, les malades et invalides ainsi que les locataires sont surreprésentés dans les habitations ayant deux ou plusieurs problèmes structurels ou un espace trop réduit.

Depuis 1995, le nombre de logements sociaux en pourcentage du nombre de ménages total est resté constant, autour de 6%. Ceci vaut pour les trois Régions (5% en Flandre et 7 à 8% en Wallonie et à Bruxelles). Dans les trois régions, de longues listes d'attente existent. Le nombre de ménages inscrits sur les listes d'attente, exprimé en pourcentage du nombre d'habitations disponibles, est particulièrement élevé à Bruxelles (79% en 2006). Pour la Wallonie, ce pourcentage s'élève à 46%, et pour la Flandre 56% (chiffre épuré). Pour les trois Régions on constate une tendance à la hausse depuis la fin des années nonante.

De manière générale, les personnes en pauvreté vivent par la force des choses dans des habitations énergétiquement moins rationnelles, et ont par conséquent des charges plus élevées à payer. En 2006, le pourcentage de ménages ayant deux échéances ou plus de retard dans le paiement des montants dus pour un service fondamental (électricité, eau, gaz, loyer, hypothèque et/ou soins de santé) s'élevait à 6 %. Le pourcentage de ménages chez lesquels a été installé un compteur à budget, un limiteur de puissance ou une combinaison des deux s'élevait en 2005 à 1,1 %.

2.3.3. Lutte contre la pauvreté infantile: rompre l'engrenage de la pauvreté

En Belgique, tout comme dans plupart des États membres de l'Union européenne, les enfants ont un plus grand risque de pauvreté que le reste de la population. Un des principaux facteurs de risque tient à la taille et à la composition de la famille à la quelle ils appartiennent. 32 % des parents isolés connaissent un risque de pauvreté. Si le parent isolé à moins de 30 ans, les enfants connaissent encore un plus grand risque de pauvreté. Ces dernières années, le nombre d'enfants vivant dans des familles monoparentales a augmenté. Les parents isolés sont confrontés au défi de devoir concilier différents rôles. Il ressort de l'analyse au niveau européen qu'en Belgique l'attention doit être ciblée sur les très nombreux enfants qui vivent dans un ménage dans lequel personne ne travaille. Le triangle allocations sociales, disponibilité et abordabilité des structures d'accueil, et participation au marché du travail est au centre des questions cruciales sur lesquelles la Belgique doit se focaliser prioritairement pour lutter contre la pauvreté infantile. La pauvreté, et certainement la pauvreté de longue durée, a en effet un impact néfaste sur le bien-être de l'enfant. La pauvreté pèse sur la santé, sur le développement cognitif, sur les résultats scolaires, sur les aspirations, sur l'image de soi et sur les relations avec autrui. Elle induit des comportements à risque et compromet les perspectives d'emploi des enfants. Cela impose une stratégie intégrée qui dépasse les différents domaines politiques, et qui fasse une place à l'expérience et au vécu des enfants.

Section 2.4. Mesures politiques

2.4.1. Accès au logement

2.4.1.1. Accès au marché privé et coût des loyers

Garantir l'accès au marché locatif privé pour les groupes de revenu les plus faibles constitue un défi tant pour le gouvernement fédéral que pour les Régions, au niveau desquelles une panoplie d'instruments doivent être mis en œuvre pour arriver à un rapport qualité-prix équilibré.

Les récentes modifications apportées à la loi fédérale sur les baux à loyer, notamment l'affichage obligatoire du loyer demandé et le nouveau système de caution, vont être évaluées en tenant compte des évaluations de terrain.

La Flandre va évaluer les adaptations apportées au régime des allocations-loyer et l'élargir à de nouveaux groupes cibles.

La Région wallonne va mobiliser le patrimoine privé inoccupé, soutenir les partenariats entre public et privé pour augmenter l'offre, offrir des chèques-logements qui prennent en compte les zones à fortes pressions foncières, vendre des logements sociaux à des locataires qui en seront les acquéreurs prioritaires, maintenir les primes à la réhabilitation, à la construction, à la rénovation, augmenter les maximas des valeurs vénales, et diminuer 4 taux d'intérêts.

La Communauté germanophone encouragera ses CPAS et communes à élaborer des programmes d'action. A Bruxelles, le plan pour l'avenir du logement prévoit 5.000 logements supplémentaires, les allocations-loyer seront réformées, et un système d'aide

locative sera expérimenté pour des personnes dépendant du CPAS et en attente d'un logement social.

2.4.1.2. Encouragement de l'accès à la propriété

Les prêts sociaux vont être renforcés en Région wallonne et à Bruxelles.

2.4.1.3. Prévention et lutte contre le sans-abrisme

La déclaration écrite du parlement européen visant à éradiquer le sans-abrisme du monde pour 2015 demande à tous les responsables politiques de développer ensemble une approche cohérente. En Belgique, le Service de Lutte contre la Pauvreté organisera un dialogue visant à dégager des recommandations en vue d'une politique effective en matière de sans-abrisme. Au niveau fédéral, une recherche démarre pour examiner quels leviers existent au niveau fédéral et peuvent être mobilisés pour parvenir, en concertation avec les entités fédérées, à une politique cohérente capable de combattre le sans-abrisme. Il s'agit entre autres de l'adresse de référence, de la prime d'installation pour les sans-abri, de l'augmentation du nombre de logements de transit, des instruments prévus pour le relogement des personnes contraintes de quitter une habitation malsaine ou inhabitable, ou encore de la procédure de saisie-exécution immobilière. Une attention particulière sera également portée à la situation des femmes sans-abri, dont le nombre est en augmentation. Pour mieux cerner le phénomène et définir la ligne à suivre, des données quantitatives relatives aux expulsions seront collectées, tandis que des peines plus lourdes seront prévues pour ceux qui se rendent coupables d'expulsions illégales.

La Flandre mettra l'accent sur l'amélioration des instruments de relogement des occupants d'immeubles insalubres et apportera un soutien accru aux projets de logement accompagné.

La Région wallonne opte pour un soutien à la création de logements communautaires et la poursuite du développement du volet logement du plan « HP » (*Habitat Permanent*).

La Communauté germanophone poursuit l'objectif d'augmenter le nombre de logements de transit.

Bruxelles, où le sans-abrisme est le plus visible, poursuit le développement d'une politique ciblée sur une approche proactive: soutien aux structures d'accueil, travail de rue, approche intersectorielle, logement accompagné et formation d'agents de prévention.

2.4.1.4. Agences immobilières sociales (AIS)

Le parc AIS sera élargi dans les trois Régions et l'habitat solidaire sera favorisé à Bruxelles.

2.4.1.5. Logements à finalité sociale

Les trois Régions ont pour projet d'augmenter leur parc de logements à finalité sociale et de renforcer l'accompagnement des occupants.

2.4.1.6. Politique énergétique et coût des charges

L'énergie est nécessaire pour pouvoir vivre dignement. Ne pas avoir accès au gaz, à l'eau ou à l'électricité dans la vie quotidienne en Belgique est inacceptable. Le gouvernement avec toutes autorités de ce pays veillera à ce que l'accès de tous à l'énergie soit garantie comme un volet essentiel du droit à vivre conformément à la dignité humaine.

Le tarif social pour l'énergie offre une aide financière aux consommateurs les plus faibles qui, proportionnellement à leurs revenus, dépensent plus que les riches en matière d'énergie. Le gouvernement fédéral prévoit, à côté d'une harmonisation des mesures sociales par les Régions, l'octroi automatique dès juillet 2009 du tarif social pour tous ayants-droit.

Le gouvernement fédéral va notamment augmenter la déductibilité des investissements économiseurs d'énergie, développer des instruments de vérification des prix, charger la CREG d'assurer un monitoring des marchés, octroyer des réductions à de nombreux ménages, automatiser l'application du tarif social, et améliorer la communication.

La Flandre poursuivra l'octroi d'une quantité gratuite d'électricité à tous ses ménages, octroiera diverses primes et crédits aux particuliers qui améliorent leur équipement et qui passent à des formes durables d'énergie, soutiendra des projets d'économie sociale contribuant à réduire les consommations, et effectuera des scans énergétiques.

En Région wallonne, le fonds social de l'eau sera développé, l'accès des plus démunis au gaz et à l'électricité sera amélioré, des panneaux photovoltaïques seront installés dans les logements sociaux, et les travailleurs sociaux seront formés et sensibilisés à la problématique. De même, des prêts sociaux pourront être octroyés pour des investissements économiseurs d'énergie.

A Bruxelles, un accompagnement énergétique social sera réalisé par les CPAS et par les fournisseurs, et les activités du centre d'information pour le gaz et l'électricité seront développées.

2.4.2. Emploi, diversité et intégration socioculturelle

2.4.2.1. Activation

Pour motiver les personnes à aller travailler, il est nécessaire d'augmenter l'écart entre les revenus du travail et les allocations sociales. Le gouvernement fédéral s'est engagé pour cela à augmenter les ressources exonérées d'impôt, à limiter les échelles d'impôt, et à augmenter le bonus à l'emploi. Le gouvernement fédéral va par ailleurs évaluer la politique d'activation et actualiser l'accord de coopération relatif au suivi des chômeurs. Dans ce cadre, les délais utilisés par les différents organismes régionaux et l'ONEM seront davantage harmonisés et raccourcis. Le Gouvernement veut se concerter avec les partenaires sociaux concernant l'adaptation du champ d'application de l'accord entre autres en fonction de l'âge. Des mesures seront prises pour lutter contre les pièges à l'emploi et pour faciliter l'accès à l'emploi des groupes qui y sont sous-représentés, notamment par le renforcement du maribel social et par l'introduction de clauses sociales dans les marchés publics. Le gouvernement veut mettre au point un mécanisme qui, par l'augmentation de l'allocation dans une première période, allège le choc financier pour celui qui se retrouve au chômage mais qui l'incite ainsi également à en sortir le plus rapidement possible, notamment par le renforcement tant de la dégressivité que de la formation et de l'accompagnement, et sans mettre en cause les minima par catégorie.

De son côté, la Flandre stimulera les demandeurs d'emploi à suivre des formations, luttera contre les pièges à l'emploi par un renforcement de l'accueil des enfants et de la mobilité, et soutiendra divers projets de lutte contre les discriminations à l'embauche.

La Communauté française développera son offre en matière d'alphabétisation et améliorera l'efficacité de l'enseignement de promotion sociale. Le développement de l'accueil extrascolaire des enfants en bas âge et de l'accueil extra scolaire (Plan Cigogne II) facilitera l'accès à l'emploi, en particulier des femmes.

Les divers projets de la Région wallonne vont dans le même sens : Alphabétisation, préqualification dans le cadre des entreprises d'insertion, validation des compétences acquises en dehors des formations reconnues, orientation professionnelle, activation précoce des jeunes en particulier peu qualifiés, insertion ciblée et jobcoaching.

A Bruxelles, de nombreuses mesures sont prévues dans le cadre du plan pour l'emploi des jeunes. L'emploi des femmes peu qualifiées sera stimulé par une augmentation des places d'accueil pour les enfants. Des conventions de partenariat seront développées pour stimuler la mise à l'emploi des personnes les plus fragiles. Les entreprises privées seront stimulées à gérer la diversité, tandis que les entreprises publiques engageront un grand nombre de personnes infra-qualifiées.

2.4.2.2. Qualité des emplois

La Flandre va introduire la notion de travail sur mesure tant dans les ateliers protégés et sociaux que dans le circuit régulier, investir socialement dans la formation, engager des médiateurs de terrain en pauvreté en tant que jobcoachers, sensibiliser les entreprises tant sociales que privées au principe de responsabilité sociétale des entreprises.

De son côté, la Wallonie poursuivra la diversification des emplois dans des secteurs susceptibles d'absorber une main d'œuvre modérément qualifiée, développera l'intégration de clauses sociales dans les marchés publics et s'attachera au management de la diversité.

A Bruxelles, des dizaines d'aides familiales bénéficient annuellement de formations certifiées qui font de leur travail une profession à part entière.

2.4.2.3. Titres service

Le gouvernement fédéral s'est engagé à veiller à la pérennité du système et à entamer une concertation avec les Communautés et les Régions au sujet du champ d'application des titres. Après l'exécution de la mesure visant à intégrer les travailleurs ALE - aides ménagères de moins de 50 ans qui ne souffrent pas d'une incapacité partielle de travail (33%), le Gouvernement examinera la possibilité d'intégrer au maximum les travailleurs ALE dans le système des titres-services afin de leur offrir un emploi.

Un développement du système en l'adaptant à la réalité régionale est prévu à Bruxelles, dans le cadre législatif actuel.

2.4.2.4. Revenus

Le gouvernement fédéral a choisi la hausse du pouvoir d'achat comme priorité et propose plusieurs actions allant dans ce sens, notamment augmenter la quotité exonérée, lutter contre les pièges à l'emploi et installer un observatoire des prix.

La Flandre prévoit de financer l'assistance aux personnes pour les frais non médicaux et de soutenir des projets en matière de médiation de dettes et de prévention du surendettement.

A Bruxelles également, la prévention du surendettement, la médiation de dettes et le crédit social seront développés.

2.4.2.5. Intégration sociale

Dans le but de garantir un bon accompagnement « sur mesure » des bénéficiaires de l'aide sociale, le niveau fédéral cherchera une manière efficace d'encourager les CPAS à développer des politiques d'activation volontaristes, qui tiennent compte de la qualité de l'emploi, des conditions de travail, des perspectives et du parcours de l'utilisateur.

La Flandre augmentera l'accessibilité des boutiques locales de l'emploi, mettra en application la charte des demandeurs d'emploi, la politique d'intégration civile et la politique sociale locale.

La Communauté française améliorera l'accès aux services d'aide à la jeunesse, favorisera le dialogue structurel entre familles pauvres et professionnels de l'aide à la jeunesse, et intensifiera les collaborations entre l'enseignement et les autres secteurs ou niveaux de pouvoirs en vue de lutte contre le décrochage scolaire.

En Wallonie, le nombre de relais sociaux et de relais santé sera augmenté.

En Communauté germanophone, la position des CPAS sera fortifiée, tandis qu'un bureau d'accueil des migrants sera mis sur pieds.

A Bruxelles, l'accent sera mis sur l'alphabétisation ainsi que sur l'accompagnement via les CAP/CAW et les centres d'action sociale globale.

2.4.2.6. Intégration sociale des personnes présentant des problèmes psychiques

Dans le cadre du plan pour plus d'emploi, la Flandre prévoit des postes de travail supplémentaires pour les personnes atteintes de troubles médicaux, mentaux ou psychiatriques, avec un accompagnement adapté.

2.4.2.7. Epanouissement culturel et participation

En Flandre, l'accès à la culture sera stimulé via le fonds pour la participation culturelle et le décret sur la participation, ainsi que par un soutien à des initiatives socio-artistiques.

En Communauté française, on soutiendra les projets culturels dans les écoles, on renforcera l'attention aux plus défavorisés au niveau des centres culturels, on offrira un accès privilégié à la culture aux personnes en grande difficulté, et on promouvra des initiatives communautaires et locales, notamment en matière de lecture et d'écriture, d'expression et de créativité et de lutte contre la fracture numérique.

A Bruxelles, des subventions régionales favoriseront la participation des plus démunis à la vie sociale, le rapport sur la pauvreté approfondira la démarche participative, des espaces de parole seront créés pour les personnes sans-abri, et des chèques culture seront octroyés aux personnes défavorisées.

2.4.2.8. Formation des intervenants

Pour jeter un pont entre l'administration et la réalité des personnes qui vivent dans la pauvreté, le nombre de médiateurs de terrain travaillant au sein de l'ONEm (*Office National de L'emploi*) sera augmenté. A l'ONEm toujours, les « facilitateurs » bénéficieront de formations au sujet du phénomène de pauvreté. Des améliorations seront également poursuivies en matière de diffusion d'information, en tenant compte des caractéristiques spécifiques des personnes qui vivent dans la précarité (public peu scolarisé, difficultés d'écriture et de lecture) pour ainsi rendre l'information accessible à tous.

En Flandre, des médiateurs de terrain en pauvreté et exclusion sociale vont travailler en tant que jobcoachers intermédiaires dans le cadre des parcours d'insertion.

En Communauté française, un plan de formation des professionnels de l'aide à la jeunesse est en cours, de même que des formations continuées. La Communauté française met également en œuvre un programme de formation triennal destiné aux professionnels de l'accueil des enfants.

A Bruxelles, des centres de référence vont être créés pour renforcer l'action des opérateurs de formation et développer de nouveaux modules.

2.4.3. Pauvreté infantile

2.4.3.1. Pouvoir d'achat des familles

Le soutien au pouvoir d'achat des personnes qui vivent en pauvreté constitue une des priorités socioéconomiques du gouvernement fédéral. Les mesures suivantes seront élaborées:

- Augmenter le pouvoir d'achat via une majoration des allocations sociales les plus basses.
- Augmenter les pensions minimales tant pour les travailleurs salariés que pour les indépendants et la GRAPA, et réaliser un alignement du régime des travailleurs indépendants sur celui des travailleurs salariés.
- Soutenir le pouvoir d'achat des familles via les allocations familiales et notamment la mise en place d'un treizième mois en allocations familiales dans le cadre de la conversion du supplément d'âge, un effort particulier en matière d'allocation

familiales pour les groupes cibles particulièrement à risque dans les familles avec un enfant en situation de handicap.

- Prendre des mesures pour augmenter les salaires minima, sur base des propositions des partenaires sociaux dans la cadre de l'accord interprofessionnel et pour permettre un meilleur accès à l'emploi pour les personnes handicapées, ainsi que pour les personnes d'origine étrangère.
- Renforcer le pouvoir d'achat grâce à la fiscalité et, en particulier pour les bas et moyens revenus par l'augmentation de la quotité exonérée d'impôt.
- Continuer à développer une politique d'emploi volontariste, surtout pour les plus démunis, puisque le travail demeure la meilleure protection contre la pauvreté.

En plus des mesures déjà citées dans le volet revenus ci-dessus, le gouvernement fédéral prévoit de renforcer la liaison des allocations au bien-être - via un mécanisme qui sera développé en concertation avec les partenaires sociaux -, de promouvoir davantage le service des créances alimentaires, et d'augmenter les allocations familiales pour les indépendants.

La lutte contre le phénomène du surendettement doit également être poursuivie par une approche globale, tant vis-à-vis des emprunteurs que des prêteurs. En particulier, les instruments de prévention doivent être renforcés, tandis que le fonds de traitement du surendettement doit bénéficier d'un financement structurel suffisant. Le gouvernement fédéral travaille actuellement aux mesures suivantes :

- L'examen de la loi de 1991 sur le crédit à la consommation, plus particulièrement en ce qui concerne la publicité et les ouvertures de crédit
- L'examen de la loi sur le règlement collectif de dettes, dans l'optique d'une meilleure communication entre le médiateur de dettes et le débiteur en médiation
- L'examen des pratiques de recouvrement de certains huissiers de Justice

En Communauté germanophone, le centre de référence en matière de médiation de dettes verra ses moyens augmenter.

En Communauté flamande, le centre de référence en matière de médiation de dettes (« Vlaams Centrum Schuldbemiddeling ») recevra également plus de moyens ainsi qu'une base décrétole.

2.4.3.2. Bien-être des enfants et soutien à la parentalité

Avec la lutte contre la pauvreté des enfants, la pauvreté en Belgique a connu en 2006 un nouvel angle d'approche. Pour étoffer ce nouvel angle d'approche, une étude a inventorié toute la connaissance scientifique en la matière. Cette étude va être complétée par un volet basé sur l'expérience des enfants concernés, sur leur propre perception de la vie en pauvreté. En outre, une enquête qualitative intensive sera menée auprès d'enfants vivant en pauvreté, pour leur permettre de faire entendre leur voix.

La Flandre concrétisera son décret sur le soutien éducatif, et « Kind en Gezin » (*l'organisme communautaire chargé de la pédiatrie préventive et du soutien éducatif aux familles*) développera une méthode spécifique visant à renforcer la capacité des parents à assumer leurs responsabilités.

Des initiatives du même type seront également prises en Communauté française, où on mettra également sur la formation des professionnels et où on travaillera par ailleurs sur la relation avec le parent incarcéré. Une série de mesures sont prises pour développer le soutien à la parentalité, notamment en renforçant l'action des consultations prénatales dans les zones précarisées et en poursuivant l'activité des consultations pour enfants. Par ailleurs, les lieux de rencontre enfants - parents seront mieux soutenus et développés. De même, un référentiel sur le soutien à la parentalité sera rédigé à destination des professionnels afin de répondre à des questions concernant les thèmes essentiels de l'éducation et du développement de l'enfant et du jeune.

En Communauté germanophone également, on continuera la lutte contre la pauvreté infantile par un meilleur encadrement des familles et la prévention des dépendances.

A Bruxelles, l'accès des jeunes défavorisés aux infrastructures sportives sera développé, de même que le soutien aux écoles de devoirs.

2.4.3.3. Placement et alternatives

Une modernisation du droit familial est à l'agenda du gouvernement fédéral, qui envisage notamment la création d'un statut juridique de la famille d'accueil, la généralisation des audiences à huis clos, ou encore le développement de la médiation familiale. Le gouvernement fédéral prendra également des mesures pour mieux faire connaître auprès des personnes et/ou des organes concernés la possibilité d'exonération fiscale lors du placement des enfants, ce en concertation avec les Communautés.

Au niveau de la Communauté française, le groupe de dialogue « Agora », qui réunit des membres des associations où les pauvres prennent la parole et des professionnels de l'aide à la jeunesse, poursuivra ses travaux. Un effort sera par ailleurs réalisé en faveur d'une meilleure répartition des services à travers le territoire. Quant au récent Plan pour l'aide à la jeunesse, il permet dans certains cas une prise en charge alternative des jeunes coupables de faits qualifiés infractions dans certains cas, le placement en institution étant considéré comme l'ultime recours. .

2.4.3.4. Accueil préscolaire

En Flandre, le plan d'action relatif à l'accueil flexible et occasionnel va être évalué, et des mesures spécifiques sont prévues, telles que la création de places d'accueil supplémentaires avec une attention particulière pour l'extension du nombre de places dont le tarif est lié aux revenus des parents, ainsi que l'augmentation de l'accessibilité de l'accueil en luttant contre les mécanismes d'exclusion (formels et informels).

En Communauté française, de nouvelles places d'accueil s'ouvrent progressivement. L'accueil d'urgence en milieux d'accueil collectifs et l'accueil ponctuel dans des haltes-garderies seront développés. Un code de qualité continue d'être mis en œuvre, et la participation financière des parents sera revue en fonction des revenus.

Une mesure d'accueil de l'enfance est également prévue par la Région wallonne, par la création d'emplois subventionnés.

A Bruxelles, le plan crèches prévoit l'augmentation sensible du nombre de places d'accueil, la rénovation ou la création de lieux d'accueil avec des subsides concentrés sur les quartiers défavorisés, ainsi que l'engagement de contractuels subventionnés.

2.4.3.5. Enseignement

Le gouvernement fédéral rendra l'enseignement obligatoire dès l'âge des 5 ans.

La Flandre sensibilisera les parents des plus petits à les mettre à l'école dès l'âge de 2 ans ½. et veillera à augmenter la participation de tous les enfants soumis à l'obligation scolaire par la mise en œuvre d'un plan d'action pour une approche cohérente de l'absentéisme. La Flandre accordera par ailleurs une attention particulière aux élèves défavorisés et aux allochtones, modulera le financement de son enseignement obligatoire en fonction des caractéristiques des élèves (pour contrer la dualisation), supprimera les obstacles financiers dans l'enseignement, élargira le public cible des aides financières par un meilleur ciblage des allocations d'études dans le secondaire et par l'introduction d'allocations d'étude dans le fondamental ainsi que dans l'enseignement obligatoire à temps partiel, et garantira le principe de la gratuité dans l'enseignement fondamental par la gratuité des fournitures obligatoires et par l'introduction d'un plafond facturable pour les activités scolaires et les excursions de plusieurs jours.

La Communauté française veillera à ce que les élèves en séjour irrégulier puissent être inscrits, et proposera des conditions d'accueil particulières aux roms. Elle poursuivra

l'amélioration de l'encadrement pédagogique en matière de remédiation, prendra des mesures de nature à améliorer les résultats moyens par rapport aux compétences de base, améliorera la mixité sociale par un encadrement différencié, restructurera le programme « langue et culture d'origine » et adaptera le programme de formation d'auxiliaire de l'enfance dispensé par l'enseignement de promotion sociale.

La Région wallonne prévoit une action de lutte contre le décrochage scolaire, ainsi que le développement de l'accès aux nouvelles technologies pour les jeunes.

Du côté de la Communauté germanophone, différentes mesures sont également prévues, que ce soit pour gérer l'échec scolaire, pallier le manque d'écoles de devoirs, stimuler l'intégration des nouveaux arrivants, améliorer le bilan scolaire des migrants, renforcer la formation des enseignants, ou encore établir un dialogue structuré entre école, parents, services sociaux et enfants.

Section 2.5. Meilleure gouvernance

Tout comme les plans d'action nationaux inclusion précédents, le chapitre intégration sociale du rapport stratégique a été réalisé sous la coordination du SPP Intégration sociale, administration fédérale relevant de la compétence de la ministre de l'intégration sociale.

Pour garantir la cohérence avec les autres chapitres du rapport stratégique, le SPP Intégration sociale est représenté par son président dans le comité de rédaction du rapport stratégique. Le groupe de travail « actions » est le lieu qui permet d'impliquer dans l'élaboration et le suivi du plan d'action national inclusion une large diversité de stakeholders, comme les administrations locales, les partenaires sociaux, les services sociaux et les associations où les pauvres prennent la parole. Au cours des deux années écoulées, le groupe de travail actions s'est réuni une dizaine de fois pour assurer le suivi thématique des mesures du PAN Inclusion 2006-2008, sur la base desquelles les recommandations relatives aux priorités clés et l'avant-projet du PAN Inclusion ont été formulées. Le groupe « actions » a collaboré étroitement avec le groupe de travail « indicateurs », lequel s'est dans le même temps concentré sur l'actualisation, l'interprétation et le développement de la série d'indicateurs utilisée pour rendre compte des différentes facettes de la pauvreté et de l'exclusion sociale en Belgique.

Au niveau fédéral, les moyens mis en œuvre pour cerner statistiquement le phénomène de la pauvreté seront renforcés. L'enquête SILC sera complétée au niveau belge par des enquêtes consacrées aux groupes les plus précarisés, tandis que la mise en place d'un baromètre permanent de la pauvreté est envisagée. Par ailleurs, le gouvernement fédéral s'engage à donner davantage de visibilité à l'aspect pauvreté dans le test EIDD (*étude d'incidence sur le développement durable*), appelé à mesurer l'impact de toute décision gouvernementale en termes de développement durable.

Pour renforcer la participation du groupe cible, le gouvernement fédéral octroiera une dotation au Réseau Belge pour la préparation approfondie et le suivi de l'Année Européenne de Lutte contre la Pauvreté. Une évaluation de l'accord de coopération entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté" est proposée en vue d'étudier la manière dont son fonctionnement peut être amélioré, et ce en concertation avec les Régions et Communautés. Le gouvernement évaluera et s'efforcera de valoriser les conclusions du sommet européen des pauvres lors de l'élaboration d'une législation européenne sur les services d'intérêts généraux. Le projet pilote « médiateurs de terrain dans l'administration fédérale » sera élargi et doté d'un cadre structurel, et le recours aux médiateurs de terrain au sein de la Conférence Interministérielle Intégration dans la Société continuera d'être encouragé. Le Gouvernement fédéral utilisera au maximum la Conférence Interministérielle de l'Intégration Sociale en tant que lieu permanent d'échange de bonnes pratiques.

La Flandre apportera son soutien à des projets visant à améliorer l'image des pauvres dans la société ainsi qu'à des projets qui contribuent à améliorer la qualité de l'aide en offrant aux intervenants la possibilité de mieux connaître la réalité dans laquelle vivent les personnes défavorisées. Cela se fera notamment grâce à une collaboration avec les fonctionnaires d'attention qui, dans chaque secteur politique concerné, assurent la mise en œuvre du plan régional de lutte contre la pauvreté.

La Région wallonne réalisera une campagne d'information quant aux diverses mesures prises en faveur des personnes défavorisées, via des moyens adaptés et en utilisant notamment les réseaux publics concernés par la lutte contre la pauvreté. Elle assurera un suivi et une évaluation régulière de ces mesures. Dans le cadre de son Rapport sur la cohésion sociale en Région wallonne édité par l'administration, elle croisera ses propres données (objectifs, mesures mises en œuvre, statistiques) avec les travaux du Réseau wallon de lutte contre la pauvreté via la Convention "Vers une Wallonie sans pauvreté d'ici 2025" qu'elle soutient, de manière à dégager des recommandations communes. Elle veillera aussi à la prise en compte des notions d'égalité entre les hommes et les femmes dans les initiatives prises ou soutenues par le Gouvernement.

A Bruxelles, la concertation est une pratique institutionnelle qui se développe à plusieurs niveaux : création d'une plateforme de concertation pour l'accès des personnes sans-abri aux soins, organisation d'une coordination entre les associations de personnes pauvres, création d'un centre d'appui pour l'aide aux services et aux personnes sans-abri, observatoire du marché du travail et des qualifications, observatoire de la santé et du social, comité de concertation en matière d'aide aux justiciables, élaboration du rapport sur l'état de la pauvreté, création d'un centre d'appui à la cohésion sociale, observatoire de l'enfance, observatoire de l'habitat.

Chapitre III. Rapport Stratégique National pour les Pensions 2008-2010

Section 3.1. Principales réalisations par comparaison au Rapport Stratégique National 2005-2008 et aux défis constatés en 2007

3.1.1. Principales réalisations intervenues au cours de la période 2005-2008

Face à la progression du vieillissement, les autorités belges ont, au cours de la période écoulée, élaboré une stratégie diversifiée, fixé des objectifs et pris des mesures spécifiques devant permettre de répondre pertinemment aux besoins découlant de l'apparition d'une nouvelle structure démographique. Les quatre piliers de cette stratégie sont les suivants :

- (a) la viabilité financière du système de protection sociale dans un contexte de finances publiques neutres sur le plan inter-temporel;
- (b) l'augmentation du nombre de cotisants d'âge actif;
- (c) la maîtrise de l'accroissement des dépenses de sécurité sociale, tout en assurant
- (d) le maintien des prestations à un niveau de protection satisfaisant.

Conformément à cette stratégie diversifiée et en concertation avec les partenaires sociaux, le gouvernement fédéral a mis au point à l'automne 2005 le Pacte de solidarité entre les générations. Différentes mesures ont été prises afin d'augmenter le taux d'activité et de concrétiser un nouveau contrat social pour une sécurité sociale forte et solidaire.

3.1.1.1. Viabilité financière du système de protection sociale dans un contexte de finances publiques neutres sur le plan inter-temporel

En 2001 a été créé le Comité d'Etude sur le Vieillissement. Compte tenu de l'évolution des dépenses de protection sociale, celui-ci a été chargé, entre autres, de l'élaboration annuelle de perspectives des coûts budgétaires du vieillissement et de leur évaluation. La « Note sur le vieillissement », qui est ainsi rédigée chaque année, garantit l'étalement de la politique budgétaire par une stratégie à long terme.

(-) Nouveau scénario de financement jusqu'en 2050

A partir de 2006, le Comité d'Etude sur le Vieillissement a allongé ses perspectives des coûts budgétaires du vieillissement jusqu'à l'horizon 2050, précédemment évaluées à l'horizon 2030. Partant de ces perspectives élargies, un nouveau scénario de financement a été mis au point en vue d'assurer la viabilité de la politique budgétaire belge pour la période 2007-2050. La notion de viabilité doit être considérée ici au sens large comme étant la stabilité financière à terme des finances publiques (en termes de déficits et de taux d'endettement), laquelle permet de couvrir les coûts budgétaires estimés du vieillissement, sans imposer de rupture ou une discontinuité significative dans la politique budgétaire menée (neutralité sur le plan intertemporel), et de poursuivre une neutralité intergénérationnelle.

(-) Renforcement du mode de financement de la sécurité sociale

Dans le Pacte de solidarité entre les générations, l'engagement avait été pris de renforcer le mode de financement de la sécurité sociale afin d'assurer un équilibre financier durable et de garantir à tous, donc également aux pensionnés, une protection de haut niveau. Pour atteindre cet objectif, on a notamment affecté, dès l'exercice 2006, 15% des recettes du précompte mobilier aux systèmes de sécurité sociale.

(-) Poursuite de la réduction de la dette publique, constitution de réserves au sein du Fonds de vieillissement

Afin de renforcer le lien entre la politique budgétaire et le financement du Fonds de vieillissement, de nouvelles règles de financement ont été établies en 2005. C'est ainsi qu'à partir de 2007, des excédents budgétaires structurels devraient être réalisés. Ceux-ci doivent permettre une réduction accélérée de la dette et l'obtention de revenus structurels du Fonds de vieillissement, dans le but de garantir un financement durable des régimes légaux de pension.

3.1.1.2. Augmentation du nombre de cotisants d'âge actif

Une approche purement budgétaire comporte toutefois des limites en termes d'atteinte des objectifs. L'élaboration d'une stratégie de résorption du déficit d'emplois belge a été considérée comme une priorité stratégique dans le Pacte de solidarité entre les générations. Les mesures suivantes ont notamment été prises.

(-) L'instauration d'un bonus pension comme incitant à la prolongation de la carrière (travailleurs salariés et travailleurs indépendants).

Pour les périodes de prestations ultérieures à 2005, la pension de retraite est majorée d'un « bonus » à la condition que le travailleur salarié ou indépendant poursuive son activité professionnelle dans l'année où il atteint l'âge de 62 ans ou qu'il puisse prouver une carrière professionnelle d'au moins 44 années civiles. La mesure est applicable aux pensions qui ont pris cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1^{er} janvier 2007. Pour les fonctionnaires, un supplément d'âge avait déjà été instauré antérieurement dès l'âge de 60 ans.

(-) L'octroi de droits de pension aux jeunes qui travaillent à temps partiel et qui suivent des cours à temps partiel, dans le but d'inciter davantage de jeunes à accepter un emploi.

(-) L'instauration de plafonds salariaux différenciés dans le cadre du calcul de la pension (travailleurs salariés), en vue d'un meilleur rendement de l'activité par rapport à l'inactivité. Le plafond salarial dans le cadre du calcul de la pension a été scindé en un plafond applicable aux rémunérations effectives et un plafond applicable aux rémunérations fictives (pour les périodes assimilées). Seul le plafond pour les rémunérations effectives sera adapté au minimum tous les deux ans à l'évolution du bien-être général.

(-) L'octroi d'un avantage fiscal au moment de pouvoir bénéficier d'une pension du deuxième pilier à l'âge légal de la retraite (travailleurs salariés et travailleurs indépendants). Pour les travailleurs salariés qui poursuivent leur activité jusqu'à l'âge légal de la retraite, le taux fiscal appliqué à la partie constituée au moyen de primes payées par l'employeur sera réduit de 16,5% à 10%. Pour les indépendants qui restent actifs au moins jusqu'à l'âge légal de la retraite, le capital constitué de pensions complémentaires, lors de sa conversion en rente viagère fiscale, ne sera pris en considération qu'à concurrence de 80%.

(-) Afin d'encourager les employeurs à engager davantage de travailleurs et d'inciter les travailleurs à rechercher un emploi ou à poursuivre leur activité, une politique soutenue de réduction des charges pesant sur le travail (tant via la fiscalité que via les cotisations de sécurité sociale) a été menée. Au cours de la période écoulée, les

charges sur le travail ont été substantiellement réduites pour les travailleurs tant jeunes qu'âgés.

3.1.1.3. La maîtrise de l'accroissement des dépenses de sécurité sociale

Au cours de la période écoulée, la mise en application totale de la réforme des pensions de 1997 a contribué à la maîtrise de l'augmentation des dépenses de pensions. C'est ainsi qu'en 2006 l'âge légal de la retraite pour les femmes a été porté à 64 ans et que la durée de carrière ouvrant le droit à une pension complète a été portée à 44 ans. A compter du 1^{er} janvier 2009, les réglementations relatives à l'âge de la retraite et à la durée de carrière requise pour une pension complète (respectivement 65 ans et 45 ans) seront identiques pour les hommes et les femmes.

La réforme des pensions de 1997 prévoyait également qu'une pension de retraite anticipée (dès l'âge de 60 ans) ne pouvait être octroyée que si le travailleur salarié ou indépendant concerné était en mesure de prouver une durée de carrière déterminée. Depuis 2005, cette condition relative à la carrière est portée à un minimum de 35 ans.

3.1.1.4. Le maintien des prestations à un niveau de protection satisfaisant

- (-) La politique menée en matière de pensions au cours de la période écoulée a été caractérisée par des augmentations réelles successives de la pension minimum garantie dans les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants. Dans le régime des travailleurs indépendants, des revalorisations supplémentaires spécifiques ont permis de rattraper de plus de moitié l'écart existant avec la pension minimum des salariés.
- (-) Toujours en ce qui concerne la pension minimum, un assouplissement des modalités a été apporté en 2006 au régime des travailleurs salariés, en ce sens que les années d'occupation à temps partiel entrent également à présent en ligne de compte pour pouvoir bénéficier de la pension minimum. Cette mesure vise à ouvrir le droit à la pension minimum également aux femmes, lesquelles interrompent ou limitent souvent leur carrière. Dorénavant, la pension minimum est calculée au prorata de la durée prestée.
- (-) Dans le régime des travailleurs salariés, pour une carrière d'au moins 15 ans dont chaque année comprend au minimum 1/3 d'une occupation à temps plein, un « droit minimum par année de carrière » est octroyé. La rémunération servant de base au calcul du droit minimum est majorée de 17% pour les pensions qui ont pris cours le 1^{er} octobre 2006. Dès lors, les acquis de pension pour ces années (années complètes) sont alignés sur la pension minimum garantie. Ce groupe cible est également surtout constitué de femmes.
- (-) Le Pacte de solidarité entre les générations prévoit un mécanisme d'adaptations structurelles au bien-être, en vertu duquel le gouvernement doit se prononcer tous les deux ans au sujet d'une adaptation de toutes les prestations de remplacement de revenus de la sécurité sociale, ou de certaines d'entre elles, à l'évolution du bien-être général. Les pensions minimums en font partie. La procédure prévue à cet effet a été mise en place au cours de l'automne 2006, et ce en concertation avec les partenaires sociaux.
- (-) Les adaptations sélectives des anciennes pensions au bien-être ont été poursuivies dans les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants jusqu'en 2007 et avaient pour but de réduire la différence historiquement apparue entre le montant moyen des anciennes pensions et celui des nouvelles pensions. A partir de 2008, l'adaptation des anciennes pensions est soumise au mécanisme susmentionné d'adaptation structurelle au bien-être. Ce mécanisme automatique n'exclut pas la possibilité de réaliser d'autres adaptations ponctuelles au bien-être. C'est ainsi qu'au 1^{er} juillet 2008, les pensions minimums ont été majorées de 2% dans les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants.

- (-) Dans le régime des travailleurs indépendants, la réforme de l'assurance soins de santé s'est accompagnée d'une mesure spécifique à l'égard des pensionnés de ce régime : depuis 2008, la couverture soins de santé a été rendue entièrement gratuite, y compris pour la partie "petits risques" auparavant payante (assurance libre). En outre, cette réforme a également permis l'abandon des règles d'exclusion de la partie "petits risques" de l'assurance soins de santé de certains indépendants pensionnés qui n'avaient pas suffisamment cotisé à l'assurance libre durant leur carrière.
- (-) Dans le régime des travailleurs indépendants, les règles de réduction du montant de la pension en cas d'anticipation de la prise de pension ont été assouplies pour les indépendants pouvant se prévaloir d'une carrière d'au moins 43 ans. En outre, les taux de réduction ont été légèrement réduits.
- (-) Les règles de cumul de la pension avec des revenus d'une activité professionnelle ont été assouplies pour les pensionnés au-delà de l'âge de la pension par une augmentation régulière des montants limites.
- (-) en 2008, la cotisation de solidarité a été supprimé pour les pensions les plus basses.
- (-) Au cours des dernières années, les montants de la Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA - régime d'aide pour les pensionnés ne disposant pas de revenus ou disposant de revenus insuffisants) ont été augmentés, grâce à des adaptations tant ponctuelles que structurelles (voir ci-dessus) au bien-être. A partir de 2009, le pacte de solidarité entre les générations prévoit par ailleurs une adaptation automatique au bien être pour les allocations d'assistance sociales.
- (-) Statut maxi pour les conjoints aidants (travailleurs indépendants): les conjoints aidants de travailleurs indépendants nés après le 31 décembre 1955 sont, à partir du 1^{er} juillet 2005, obligatoirement assujettis au statut maxi qui leur permet, entre autres, de se constituer une pension personnelle. Pour les conjoints aidants qui ne pouvaient envisager une pension minimum en raison de la condition relative à la carrière, des mesures transitoires ont toutefois été prévues, de sorte que davantage de conjoints aidants peuvent prétendre à la pension minimum.
- (-) Etant donné que les pensions du deuxième pilier constituent un instrument important pour garantir le niveau de vie des pensionnés, la loi de 2003 relative aux pensions complémentaires (LPC) a prévu la démocratisation des pensions complémentaires, notamment en permettant aux travailleurs d'étoffer leurs pensions au niveau des secteurs. Pour les travailleurs indépendants également, la réglementation existante relative aux pensions complémentaires a été adaptée à compter de 2004: les travailleurs indépendants peuvent à présent également s'affilier aux fonds de pensions sectoriels, lesquels bénéficient d'une déductibilité plus élevée des montants versés.

3.1.2. Défis constatés en 2007

En Belgique, il y a un double constat : d'une part, les pensions sont relativement basses et d'autre part, l'âge effectif de départ à la retraite est l'un des plus faibles de l'EU15. Dès lors, en vue d'assurer un niveau de prestation adéquat et un financement soutenable à long terme du système des pensions légales, il est primordial d'accroître le taux d'activité et à résorber le déficit d'emplois belge. A cet effet, des mesures sont nécessaires, visant d'une part à augmenter le taux d'emploi et d'autre part à maintenir sur le marché du travail ceux qui menacent de le quitter.

Sur le plan spécifique de la politique menée en matière de pensions, les défis suivants, entre autres, ont été constatés en 2007.

- (-) En ce qui concerne la viabilité du système de protection sociale, un déficit a été enregistré en 2007 pour l'ensemble des pouvoirs publics, alors que le but était de

dégager un solde budgétaire légèrement positif. Le Rapport annuel 2007 du Comité d'Etude sur le Vieillessement a également constaté pour la première fois que les coûts budgétaires du vieillissement vont déjà augmenter de façon significative dans les cinq années à venir. Ces deux constats auront des conséquences importantes sur les finances publiques.

- (-) Les pensions légales doivent tendre à offrir une protection sociale de haut niveau. Cela implique notamment que le niveau de la protection ne peut plus accuser de retard structurel par rapport à l'évolution globale du bien-être, en général, et des salaires de la population active, en particulier. Pour ce faire, on tente de fixer à un niveau adéquat le taux de remplacement entre la pension et la dernière rémunération perçue. L'amélioration de ce niveau suppose obligatoirement qu'une action adéquate soit exercée sur les divers mécanismes de calcul intégrés du système des pensions légales en Belgique.
- (-) Les pensions du deuxième pilier constituent un moyen complémentaire pour garantir un niveau de vie maximal aux pensionnés. Il s'agit d'un défi consistant à accroître encore davantage le taux de couverture des travailleurs salariés affiliés aux régimes de pension sectoriels et à amener à un niveau suffisant le montant des cotisations au sein de ces régimes.

Section 3.2. Des pensions suffisantes

3.2.1. Objectifs stratégiques

Un revenu de pension suffisant pour tous et des droits de pension permettant de maintenir raisonnablement le niveau de vie après la mise à la retraite, dans un esprit d'équité et de solidarité inter et intra-générationnelle.

En Belgique, le système légal des pensions est, dans une certaine mesure, un système de répartition lié aux revenus. Le gouvernement fédéral veut augmenter le taux de remplacement pour les travailleurs actuellement actifs en combinant de manière équilibrée solidarité et assurance. Ce taux de remplacement indique le rapport entre les prestations de pension légale et la dernière rémunération perçue.

L'objectif est de préserver de la pauvreté le maximum de pensionnés. Dans ce cadre, diverses mesures sont prises en Belgique en vue de garantir à chacun l'accès à une pension suffisante du premier pilier. Etant donné que les prestations de pension légale constituent pour la plupart des pensionnés la principale source de revenu, la garantie de **droits minimums dans les régimes de pensions légales** est un instrument efficace permettant d'assurer autant que possible un revenu suffisant à un maximum de pensionnés. Dans les régimes de pensions légales pour travailleurs salariés et travailleurs indépendants, une personne sachant prouver une carrière d'au moins deux tiers d'une carrière complète peut prétendre à une « Pension minimum garantie ». Cette pension est octroyée au prorata de la carrière: les personnes ayant une carrière complète (45 ans) perçoivent le montant intégral, les personnes ayant une carrière plus courte perçoivent une part proportionnelle de la pension minimum. Une pension minimum est également octroyée en cas de carrière mixte salarié/indépendant.

Pour les fonctionnaires qui comptent au moins 20 années de service, un montant de pension minimum garanti est également prévu. Dans les trois régimes de pensions légales, les pensions minimums sont cumulables avec d'autres sources de revenus éventuelles.

Pour les personnes âgées qui n'ont pas pu se constituer des droits de pension ou dont les droits de pension sont insuffisants dans les régimes de pensions légales, il existe un régime d'aide, qui procure un revenu **complémentaire**, qui est cependant soumis à une

condition d'enquête sur les ressources: la « **Garantie de revenus aux personnes âgées** » (**GRAPA**).

L'existence d'une pension minimum, d'une part, et la limitation des prestations de pension par l'instauration d'un plafond de calcul, d'autre part, ont pour conséquence que la répartition des prestations de pension dans les régimes de pensions légales est plus limitée qu'en cas d'application du strict principe d'assurance, selon lequel le montant de la prestation dépend directement du taux de cotisation. L'octroi de bonus liés à l'âge à partir de 60 ou 62 ans constitue un nouveau paramètre d'emploi récent qui déterminera le niveau des prestations de pension légale.

Les prestations de pension déterminent dans une large mesure le **niveau de vie au moment de la mise à la retraite**. Le **niveau de vie après la mise à la retraite** est préservé, d'une part, par la **liaison automatique au pouvoir d'achat** des prestations de pensions et, d'autre part, par des **revalorisations ponctuelles et structurelles des pensions** en fonction de l'évolution générale du bien-être.

Les prestations de pensions sont complétées par l'offre et/ou le financement de régimes spécifiques. C'est ainsi qu'en Belgique les personnes âgées et les pensionnés peuvent bénéficier de prestations complémentaires organisées par les pouvoirs publics, du remboursement des soins de santé et d'une offre diversifiée d'établissements de soins.

3.2.2. Description de la politique menée

3.2.2.1. Assurer un revenu de pension suffisant

Il ressort de l'analyse des trois enquêtes EU-SILC successives que, pour la troisième année d'affilée, le risque de pauvreté, pour un seuil de pauvreté de 60% du revenu équivalent médian, est sensiblement plus élevé pour les pensionnés que pour l'ensemble de la population. Selon l'enquête EU-SILC 2006, le risque de pauvreté encouru par les pensionnés est estimé à 20,3%, tandis que, pour l'ensemble la population, ce pourcentage est égal à 14,7%. Comme l'illustre le [graphique 1](#) (voir annexe 3.1.), le pourcentage de risque de pauvreté diffère fortement en fonction du statut socioéconomique. Selon l'enquête EU-SILC 2006, le pourcentage de risque de pauvreté encouru par les actifs est égal à 4,2%, celui encouru par les chômeurs à 31,2%, celui encouru par les pensionnés à 20,3% et celui encouru par les autres groupes d'inactifs à 25,4%.

3.2.2.1.1. Axes stratégiques

AUGMENTATION REELLE DES PRESTATIONS ET ASSOULISSEMENT DES CONDITIONS D'OCTROI

- (-) Pensions minimums et GRAPA: adaptations ponctuelles. Afin d'assurer le paiement de pensions suffisantes, les pensions minimums ont été régulièrement augmentées ces dernières années dans les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants. La dernière adaptation ponctuelle a eu lieu le 1^{er} juillet 2008: une augmentation des pensions minimums de 2 %. Environ 550.000 personnes ont bénéficié d'une augmentation de leur pension grâce à cette mesure.

La GRAPA, elle aussi, a été majorée ces dernières années à intervalles réguliers : la toute dernière adaptation date également du 1^{er} juillet 2008 (augmentation de 2 %). Une nouvelle majoration de 2 % est prévue pour le 1^{er} octobre 2008.

- (-) Mécanisme légal d'adaptation au bien-être. Tous les deux ans, en vertu du Pacte de solidarité entre les générations, le gouvernement fédéral prendra une décision au sujet de la répartition de l'enveloppe financière accordée pour une adaptation à l'évolution du bien-être général de toutes ou de certaines prestations de remplacement de revenus dans la sécurité sociale pour travailleurs salariés. Les

pensions minimums en font partie. Les décisions en matière d'adaptation au bien-être sont prises par le gouvernement, après avis des partenaires sociaux. Le prochain avis est attendu pour le mois de septembre 2008. Il doit tenir compte de l'évolution du taux d'emploi, de la nécessité d'obtenir un équilibre financier durable au sein de la sécurité sociale des travailleurs salariés et de l'évolution démographique.

- (-) Droit à une rémunération minimale par année de carrière (régime des travailleurs salariés). Pour une carrière d'au moins 15 ans dont chaque année comprend au minimum 1/3 d'une occupation à temps plein, un « droit minimum par année de carrière » est octroyé. Le [tableau 1](#) (voir annexe 3.2.) illustre l'évolution du montant du droit à une rémunération minimale par année de carrière depuis 2002. Il convient de faire remarquer à cet effet que pour les pensions ayant pris cours au 1^{er} octobre 2006, le droit à une rémunération minimale par année de carrière a été majoré de 17%, de telle sorte que les acquis de pension pour ces années ont été alignés sur la pension minimum garantie. Le droit n'est accordé que si le résultat n'équivaut pas à une pension supérieure aux montants de 12.945,38 EUR pour un isolé et de 16.181,74 EUR pour un ménage (montants au 1/5/2008).
- (-) Pensions minimums: calcul en jours (régime des travailleurs salariés). Afin d'assouplir l'accès à la pension minimum garantie de travailleur salarié à certaines personnes qui ne sont pas en mesure de répondre aux conditions requises par la réglementation actuelle, le temps de travail a été calculé autrement pour les pensions ayant pris cours au 1^{er} octobre 2006. Le bénéfice de la pension minimum garantie a ainsi été étendu aux personnes qui ont travaillé à temps partiel, ce qui revêt surtout une importance pour les bénéficiaires féminins, qui sont plus nombreux à avoir opté pour un autre aménagement de leur temps de travail.

A cet effet, la notion de deux tiers d'une carrière complète a été redéfinie. Sont ainsi prises en compte les années de carrière comportant au moins 156 jours prestés et assimilés à des jours prestés, convertis le cas échéant en jours équivalents temps plein, ce qui, en d'autres mots, correspond à une activité à mi-temps dans le système de pension.

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES ET LIMITATION DES DEPENSES DE PENSIONS

Outre les revenus de remplacement, il existe des services et allocations spécifiques qui ont leur importance pour les personnes âgées ayant des besoins particuliers en matière de soins et de services. Ces allocations font partie d'un régime de compensation de frais et dépendent généralement du montant des revenus.

L'énumération des allocations et services reprise ci-dessous n'est pas exhaustive. Il s'agit de mesures sociales destinées dans certains cas à l'ensemble de la population, dont les personnes âgées ou les pensionnés peuvent également bénéficier (et pour lesquelles ils entrent particulièrement en considération en tant que groupe vulnérable):

- (-) Allocation pour l'aide aux personnes âgées
- (-) Remboursement des soins de santé :
 - Extension du régime de l'intervention majorée (statut OMNIO) ;
 - Le Maximum à facturer pour les soins de santé (MAF).
- (-) Remboursement des frais de soins :
 - Couverture universelle des frais de maladie au sein du statut social des indépendants à partir du 1^{er} janvier 2008;
 - Assurance dépendance (Flandre) : intervention de 125 EUR/mois.
- (-) Offre d'établissements de soins : soins à domicile, accès au logement social, résidences-services, centres de soins de jour, centres de séjour de courte durée, habitations protégées (dans le cadre de la dispensation de soins psychiatriques),

maisons de repos (MR), maisons de repos et de soins (MRS) et maisons de soins psychiatriques.

- (-) Mesures spécifiques telles que les initiatives en matière de logement social, de tarifs téléphoniques sociaux, la gratuité des transports en commun ou les réductions sur les tarifs des transports en commun.

3.2.2.1.2. Contexte et conséquences de la politique menée

- (-) Les pensions minimums et l'évolution du bien-être

Dans le tableau 2 figurent les montants, en vigueur début 2008, des pensions minimums pour un isolé dans les trois régimes légaux et la GRAPA. Dans la ligne suivante de ce tableau est indiquée, pour chaque régime, l'augmentation réelle des pensions minimums pour la période 2002- 2008. Dans la dernière ligne est indiquée, comme point de référence pour cette période, l'augmentation réelle de la rémunération par heure prestée.

Ces données permettent de constater qu'au cours de cette période, la pension minimum des indépendants et le montant de la GRAPA ont augmenté d'environ 26% en termes réels. Pour les travailleurs salariés, l'augmentation réelle de la pension minimum est nettement inférieure et correspond à 6,7% pour la période concernée. Cette augmentation est cependant supérieure à l'augmentation réelle des rémunérations. Pour les fonctionnaires, l'augmentation réelle de la pension minimum pour cette période est limitée à 2,1%.

- (-) Seuil de risque de pauvreté et montant des pensions minimums. Le [graphique 2](#) (voir annexe 3.1.) établit, pour la période 2005-2008, une comparaison entre le montant des pensions minimums (pour un isolé ayant une carrière complète) et le seuil de risque de pauvreté, tel qu'il figure dans la toute dernière enquête EU-SILC 2006. En sachant cependant que les données de cette enquête se rapportent aux revenus de 2005, on constate pour la période 2005-2008 une « opération de rattrapage » notable des niveaux des pensions minimums pour les travailleurs indépendants et de la GRAPA en direction du seuil de risque de pauvreté de l'enquête EU-SILC 2006. Précisons cependant que le montant de la pension minimum pour les indépendants (allocation basée sur les cotisations versées) reste plus faible que le montant de la GRAPA (système d'assistance).

3.2.2.2. Assurer un niveau de vie acceptable

Dans le point suivant, une distinction est établie entre le maintien du niveau de vie au moment de la mise à la retraite et le maintien du niveau de vie après la mise à la retraite.

3.2.2.2.1. Au moment de la mise à la retraite

3.2.2.2.1.1. Axes stratégiques

LES PENSIONS LEGALES

- (-) Les plafonds salariaux pour le calcul de la pension (travailleurs salariés et indépendants). L'adaptation du niveau des plafonds salariaux pour le calcul des pensions des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants relève dorénavant du mécanisme légal d'adaptation des allocations sociales au bien-être, en vertu du Pacte de solidarité entre les générations (voir plus haut).
- (-) Plafonds salariaux différenciés (travailleurs salariés). Le plafond salarial dans le calcul de la pension est scindé en un plafond d'application aux rémunérations réelles et un plafond d'application aux rémunérations fictives. Seul le plafond des rémunérations réelles est adapté tous les deux ans à l'évolution du bien-être général, de sorte qu'à l'avenir un écart apparaîtra progressivement entre les deux

plafonds. Ce n'est que lorsque cet écart aura atteint une certaine ampleur que le deuxième plafond sera également revalorisé.

- (-) Bonus pension (travailleurs salariés). Afin d'offrir un stimulant à ceux qui souhaitent rester actifs, le Pacte de solidarité entre les générations a instauré un nouveau système de bonus dans le régime des pensions de retraite des travailleurs salariés, qui vise à attribuer des droits supplémentaires à celui qui reste plus longtemps en activité. A quiconque travaille après l'âge de 62 ans ou après une carrière d'au moins 44 années civiles, un bonus est accordé en plus de la pension. Ce bonus s'élève à 2 EUR/jour de travail presté, avec un maximum de 624 EUR/an. Le bonus a été instauré pour les pensions qui prennent cours au plus tôt le 01.01.2007 et au plus tard le 01.12.2012, et ce pour les jours prestés à partir du 01.01.2006. Etant donné que le bonus est octroyé pour l'année complète dans laquelle l'âge de 62 ans est atteint, le pensionné peut ainsi bénéficier d'un bonus maximal de 2.496 EUR par an.
- (-) Bonus pension (travailleurs indépendants). Dans le régime des pensions de retraite des travailleurs indépendants, à l'instar de ce qui est prévu dans le régime des pensions de retraite des travailleurs salariés, un indépendant peut également bénéficier d'un bonus pension pour une pension prenant cours au 01.01.2007, lorsqu'après l'âge de 62 ans ou après 44 ans de carrière, il poursuit ses activités professionnelles au-delà du 01.01.2006. Ce bonus, qui s'élève à 156 EUR/trimestre, est adapté au coût de la vie.
- (-) Supplément de pension (travailleurs indépendants). Depuis le 01.01.2007, un « supplément de pension » est versé en plus de la pension de retraite des travailleurs indépendants. Un indépendant dont la pension de retraite a pris cours entre le 01.07.1997 et le 01.12.2008 et qui a bénéficié d'allocations familiales pour un enfant qu'il/elle a élevé, reçoit un supplément annuel à sa pension de retraite (145,23 EUR en 2008), pour autant qu'il puisse prouver une carrière d'au moins 2/3 (30 ans).
- (-) Fonctionnaires – supplément d'âge. Les fonctionnaires qui partent à la retraite après l'âge de 60 ans peuvent bénéficier du « supplément d'âge », qui est avant tout destiné à inciter les fonctionnaires à rester plus longtemps en activité et qui a un effet positif sur le montant de la pension. Le supplément correspond à 0,125% du montant annuel de la pension de retraite, pour chaque mois de service presté entre le 60^{ème} et le 62^{ème} anniversaire et à 0,167% du même montant annuel pour chaque mois de service presté après le 62^{ème} anniversaire. Pour un fonctionnaire qui reste en service jusqu'à son 65^{ème} anniversaire, ce supplément peut ainsi s'élever à 9% du montant annuel de la pension de retraite.

Dans le régime des pensions de retraite des fonctionnaires, contrairement à ce qui est prévu dans les régimes des travailleurs salariés et indépendants, il existe cependant une pension maximum explicite, égale à $\frac{3}{4}$ des rémunérations qui sont à la base du calcul de la pension et plafonnée à 5691,56 EUR/mois (au 1.6.2008). L'application du supplément d'âge peut entraîner le dépassement de ce montant maximal, sans que la pension totale soit limitée.

LES PENSIONS DU DEUXIEME PILIER

Les pouvoirs publics ont prévu une série d'incitants fiscaux et parafiscaux pour la constitution de droits de pension dans le second pilier.

- (-) Travailleurs salariés. La loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires (LPC) vise à étendre le deuxième pilier de pensions en subordonnant à un certain nombre de conditions la réduction du prélèvement des cotisations sociales sur les primes versées.
- (-) Travailleurs indépendants. Pour les travailleurs indépendants également, la réglementation existante relative aux pensions complémentaires, qui connaissait un succès mitigé, a été adaptée à partir du 1^{er} janvier 2004 : les travailleurs

indépendants peuvent à présent s'affilier également à des fonds de pension sectoriels. Une déductibilité plus élevée des montants versés est accordée si 10% des cotisations vont à un fonds de solidarité qui doit financer des droits à la pension pour les périodes assimilées.

- (-) Fonctionnaires. Afin d'octroyer aux agents contractuels des services publics une pension égale à celle des agents nommés à titre définitif, un cadre légal spécifiquement orienté vers les caractéristiques propres au secteur public sera créé pour continuer à promouvoir le développement d'un deuxième pilier de pensions.

LES PENSIONS DU TROISIÈME PILIER

Le troisième pilier de pensions comprend l'épargne pension individuelle et l'« épargne à long terme ».

Pour ces deux instruments, un montant maximal est fixé, qui entre en ligne de compte pour une réduction au niveau de l'impôt des personnes physiques. Ces deux montants maximums sont régulièrement adaptés dans le temps.

Dans l'accord du gouvernement, il est prévu d'œuvrer au développement généralisé du deuxième pilier pour indépendants et salariés et encourager et mieux encadrer le développement du troisième pilier.

3.2.2.1.2. Contexte et conséquences de la politique menée

- (-) Taux de remplacement théoriques dans le régime des travailleurs salariés

L'adéquation des prestations de pensions lors du passage de l'activité économique à la retraite peut s'exprimer par un taux de remplacement théorique. Cet indicateur donne le rapport entre le revenu que procure la pension et le dernier revenu professionnel perçu. [Le tableau 3](#) (voir annexe 3.2.) reprend, les valeurs calculées pour les taux de remplacement théoriques pour 4 cas types de travailleur salarié isolé pour les années 2006 et 2046. Les hypothèses de travail de ces calculs sont jointes en [annexe 3.3](#). Afin de tenir compte de l'impact des mesures récentes sur la valeur des taux, une série de calculs théoriques supplémentaire a été effectuée, dont les résultats sont indiqués en note du tableau 3.

- (-) Pensions du 2^{ème} pilier : droits constitués (régime des travailleurs salariés. Sur la base des données du cadastre des pensions, il ressort du [graphique 3](#) (voir annexe 3.1.), pour l'afflux de travailleurs pensionnés en 2004, que la part des hommes et des femmes dans des quintiles des 1^{ers} piliers de pension varie très fort: le quintile le moins élevé est constitué majoritairement de femmes (90%), alors que le quintile le plus élevé est essentiellement constitué d'hommes (95%).

Il ressort de ces données du cadastre des pensions au [graphique 4](#) (voir annexe 3.1.) ci-dessous que, pour le sous-groupe des pensionnés ayant une carrière homogène comme salarié et combinant une pension du 1^{er} pilier et une pension du 2^{ème} pilier, le taux de participation aux pensions du 2^{ème} pilier est réparti inégalement selon le quintile des revenus.

Parmi les travailleurs nouvellement pensionnés dans le courant de l'année 2004, environ 34% ont bénéficié d'une prestation de pension du 2^{ème} pilier tandis qu'environ 50% des travailleurs salariés actifs se sont constitué des droits dans le 2^{ème} pilier.

Il ressort en outre du graphique 4 que la part des pensionnés bénéficiant de prestations de pension du 2^{ème} pilier augmente selon que les prestations de pension du 1^{er} pilier augmentent. On constate simultanément que le taux de remplacement des pensions du 1^{er} pilier baisse selon que la pension du 1^{er} pilier augmente (cf. Tableau 3)

3.2.2.2.2. Après la mise à la retraite

3.2.2.2.2.1. Axes stratégiques

PENSIONS LEGALES

- (-) Adaptations sélectives des plus anciennes pensions au bien-être (travailleurs salariés et travailleurs indépendants). En Belgique, les prestations de pensions sont automatiquement liées à l'indice-santé. Il n'y a cependant pas de liaison automatique à l'évolution du bien-être. C'est la raison pour laquelle des **adaptations sélectives au bien-être** sont effectuées.

Dans la perspective de « l'érosion » des anciennes pensions, les adaptations sélectives suivantes ont été accordées dans le régime des travailleurs salariés :

- Au 01.09.2005: 2% pour toutes les pensions ayant pris cours en 1997;
- au 01.09.2006: 2% pour toutes les pensions ayant pris cours en 1998 ou 1999;
- Au 01.09.2007: 2% pour toutes les pensions ayant pris cours avant 1988 et en 2000 ou 2001;
- Au 01.09.2008: 2% pour toutes les pensions ayant pris cours entre 1998 et 2003.

Dans le régime des pensions des travailleurs indépendants, les adaptations suivantes au bien-être ont été accordées :

- Au 01.01.2006 : 2 % pour toutes les pensions ayant pris cours en 1997;
- Au 01.04.2006 : 2 % pour toutes les pensions ayant pris cours en 1998 et en 1999;
- Au 01.09.2007 : 2 % pour toutes les pensions ayant pris cours avant 1988;
- Au 01.09.2008 : 2 % pour toutes les pensions ayant pris court entre 1998 et 2003.

A partir de septembre 2009, le régime d'adaptation au bien-être sera remplacé par une mesure structurelle fixe qui, à chaque mois de septembre de l'année en cours, octroie une augmentation de 2% aux pensions ayant pris cours, soit depuis 15 ans, soit depuis 5 ans.

Dans l'accord de gouvernement, il est prévu de poursuivre l'augmentation des pensions les plus basses et les plus anciennes et d'élargir le nombre de bénéficiaires pour permettre qu'un maximum de pensionnés puissent obtenir une augmentation de leur pension légale en vue d'augmenter leur pouvoir d'achat.

- (-) Bonus de bien-être (travailleurs salariés et travailleurs indépendants)

En avril 2007 et 2008, un « bonus bien-être » forfaitaire a été octroyé aux pensionnés dont la pension a pris cours avant 1993, en fonction de la longueur de la carrière professionnelle. A partir de mars 2008, ce bonus forfaitaire a cependant été intégré dans la pension mensuelle. Ce supplément s'élève ainsi depuis lors à maximum 6,25 EUR/mois.

- (-) Mécanisme légal d'adaptation au bien-être (travailleurs salariés et travailleurs indépendants). En vertu du Pacte de solidarité entre les générations, conformément au mécanisme légal d'adaptation au bien-être (voir plus haut), **des adaptations au bien-être sont effectuées tous les deux ans** pour les prestations de pensions, en ce compris les pensions minimums.

- (-) Péréquation (fonctionnaires). Le montant de la pension des fonctionnaires est adapté au bien-être en fonction du principe de la « péréquation ». Cela signifie qu'une augmentation de la rémunération du fonctionnaire en activité va de pair avec une augmentation proportionnelle de la pension du fonctionnaire pensionné. En vertu de la loi du 25 avril 2007, la péréquation ne sera plus effectuée de manière individuelle à partir du 1^{er} janvier 2009, mais en fonction de 15 corbeilles qui

correspondent à des secteurs bien déterminés des services publics. Toutes les pensions d'une même corbeille seront automatiquement majorées tous les 2 ans du même pourcentage. Pour fixer ce pourcentage, il est tenu compte des augmentations des maxima des échelles de traitement qui sont rattachées aux pensions de retraite les plus représentatives de la corbeille. L'instance compétente, à savoir un Comité technique, examinera les éléments devant entrer en ligne de compte pour la péréquation des pensions.

PENSIONS LEGALES ET COMPLEMENTAIRES

- (-) Suppression de la cotisation de solidarité. La cotisation de solidarité qui est prélevée sur les revenus des pensions tant du 1^{er} que du 2^{ème} pilier a été réduite à compter de juillet 2008, prioritairement en ce qui concerne les plus petites pensions. Elle n'est plus due que sur les pensions supérieures à 2012,75 EUR/mois.
- (-) Activité professionnelle autorisée aux pensionnés. La déclaration gouvernementale prévoit une poursuite de l'assouplissement des règles en matière d'activité autorisée pour les pensionnés dans les trois régimes de pensions. C'est ainsi que les limites de l'activité autorisée ont été majorées pour les pensionnés qui ont atteint l'âge légal de la pension. Le système de l'activité autorisée pour les veuves et les veufs qui bénéficient uniquement d'une pension de survie et qui n'ont pas encore atteint l'âge légal de la pension a également été assoupli.

3.2.2.2.2. Contexte et conséquences de la politique menée

- (-) Liaison des anciennes pensions au bien-être. Il résulte des [graphiques 5a](#) et [5b](#) (voir annexe 3.1.), qui illustrent l'évolution de la pension « isolé » moyenne de travailleur salarié d'un homme marié avec une carrière complète (à prix constants) selon la classe d'âge, que les pensions les plus anciennes ne suivent pas la progression des nouvelles pensions¹¹. Pour la période 1989 – 2007, on constate qu'en ce qui concerne le montant moyen de la pension du 1^{er} pilier, l'écart entre la classe d'âge 65-69 et la classe 70-79 s'est réduit. Pour les classes d'âge 80-89 ans et 90 ans ou plus, il apparaît qu'il existe encore toujours en 2007 un écart important par rapport aux personnes plus récemment retraitées. En 2007, le montant moyen de la classe d'âge 80-89 ans et de celle de 90 ans ou plus correspond respectivement à 85% et 80% du montant moyen de la classe des 65-69 ans.

Section 3.3. Viabilité financière des régimes de pension

3.3.1. Objectifs stratégiques

La viabilité financière des systèmes de pension publics et privés, compte tenu de la pression exercée sur les finances publiques et du vieillissement de la population

Afin d'assurer la viabilité financière du système des pensions légales, une stratégie budgétaire proactive est élaborée. Il s'agit par là d'anticiper les évolutions inéluctables et prévisibles. Dans le cadre de la préparation au vieillissement, il n'y a pas que la politique

¹¹ Pour les retraités dont la pension a pris cours en 1967 ou plus tôt (+90 dans le graphique), le montant de pension repris dans le graphique concerne tant la partie par capitalisation que la partie par répartition. Pour les retraités dont la pension a pris cours après 1967 (passage au système par répartition), le montant de pension repris ici concerne uniquement la partie par répartition. Pour ces retraités, la partie par capitalisation acquise pendant les années précédant 1968 est payée comme une rente distincte.

budgétaire qui soit en jeu. La viabilité financière est d'autant mieux assurée dans la mesure où la productivité et l'emploi continuent à progresser. La politique budgétaire se double donc d'un programme socio-économique ambitieux, de manière à pouvoir assurer le financement d'une protection sociale de haut niveau. En particulier, les axes stratégiques visant à renforcer la participation au marché du travail et à relever le taux d'emploi, et plus spécifiquement celui des travailleurs plus âgés, sont cruciaux

3.3.2 Description de la politique menée

3.3.2.1. Viabilité financière des systèmes de pension

Pour remédier au problème de la viabilité financière, un Comité d'Etude sur le Vieillissement et un Fonds de vieillissement ont été créés en 2001. Ce Comité d'Etude est chargé de rédiger un rapport annuel contenant une évaluation du coût budgétaire du vieillissement basé sur l'évolution des dépenses de protection sociale. La « Note sur le vieillissement », qui est publiée chaque année, prévoit l'étalement de la politique budgétaire par une stratégie à long terme.

La création d'un Fonds de vieillissement a permis d'établir un lien clair entre les efforts budgétaires et le financement des charges de pensions futures et de mieux étayer la politique en matière de vieillissement. Au cours des premières années, le Fonds a été principalement alimenté par des recettes non récurrentes. Afin de renforcer le lien entre la politique budgétaire et le financement du Fonds de vieillissement, de nouvelles règles de financement ont été définies fin 2005 dans ce cadre. Le défi à court terme est de donner un caractère structurel permanent à l'équilibre, afin de former la base pour constituer des excédents structurels à partir de 2007. Ces excédents doivent conduire à une réduction rapide de la dette et ainsi permettre de créer une marge pour répondre à l'impact budgétaire du vieillissement.

Dans l'édition 2008 du rapport, que le Comité d'Etude sur le Vieillissement a transmis au Gouvernement fédéral, les nouvelles perspectives démographiques influencent dans une large mesure l'hypothèse de l'estimation des dépenses sociales à long terme. Les nouvelles projections mènent non seulement à une croissance plus importante de la population, mais aussi à une légère modification de sa structure d'âge, plus particulièrement en faveur des catégories d'âge plus jeunes. Les nouvelles perspectives démographiques n'ont pas modifié fondamentalement le coût budgétaire du vieillissement. En effet, selon le Comité d'Etude, les nombreuses générations du baby-boom, qui constitueront les « générations du papy-boom » à partir de 2010, sont déjà comprises dans les chiffres de la population et, d'après la tendance observée, l'espérance de vie continue de s'accroître.

Selon le scénario du Comité d'Etude sur le Vieillissement, dans son rapport annuel de 2008, le coût budgétaire du vieillissement est estimé à 4,3% du PIB pour la période 2007-2030 et à 6,3% du PIB pour la période 2007-2050. Ces estimations sont quasiment identiques à celles du précédent rapport annuel. Les dépenses de pensions augmenteraient pour la période 2007-2030 de 3,5 points de pourcentage (de 8,8 %) et pour la période 2007-2050 de 4,5 points de pourcentage.

On signale dans le rapport annuel 2008 que selon les nouvelles projections le coût budgétaire du vieillissement sera plus élevé à moyen terme. Entre 2007 et 2013, on enregistre déjà une augmentation du coût du vieillissement de l'ordre de 1,5% du PIB, dont 0,7 point de pourcentage est dû aux dépenses de pensions. Selon le Comité d'Etude, ce relèvement du coût budgétaire du vieillissement à moyen terme s'explique en partie par deux facteurs macro-économiques: une croissance économique inférieure et une croissance en augmentation du différentiel entre l'évolution de l'indice-santé lissé (appliqué aux dépenses sociales) et du déflateur du PIB. Le Comité d'étude indique que cette évolution à moyen terme aura un impact sensible sur les finances publiques.

Axes stratégiques

- (-) Poursuite de la réduction de la dette publique. Le Programme de stabilité belge 2008 -2011 explique la politique budgétaire belge pour les années à venir. Ce programme se base sur ce qui a été convenu dans l'accord de gouvernement de mars 2008.

Dans le contexte d'une inflation en hausse, d'un ralentissement mondial de la croissance économique et d'une augmentation des dépenses relatives au vieillissement, un budget en équilibre a été déposé pour 2008. Dans son accord gouvernemental, le gouvernement s'est engagé à réaliser, à partir de 2009, un excédent structurel pour l'ensemble des pouvoirs publics, devant atteindre au moins 1% du PIB à la fin de la législature, c'est-à-dire en 2011. Ainsi, en fin de législature, la politique budgétaire s'approchera de la trajectoire initiale reprise dans la loi ajustée sur le Fonds de vieillissement. Cet engagement doit permettre à la Belgique de poursuivre la réduction de son taux d'endettement afin de faire face, de façon durable, aux dépenses à venir en matière de vieillissement. En 2007, le taux d'endettement de l'ensemble des pouvoirs publics s'élevait à 84,9 % du PIB. A l'avenir, le taux d'endettement continuera à diminuer pour atteindre 71,1% du PIB fin 2011.

- (-) Constitution de réserves dans le Fonds de vieillissement. Cette réduction permet de dégager une marge pour le préfinancement du coût du vieillissement jusqu'en 2030 et pour le financement structurel du Fonds de vieillissement dans l'optique de la viabilité du système des pensions légales. Fin 2007, la valeur du portefeuille du Fonds de vieillissement s'élevait à 15,49 milliards EUR, soit environ 4,69 % du PIB.
- (-) Renforcement du financement de la sécurité sociale. Dans le cadre du Pacte de solidarité entre les générations, le mode de financement de la sécurité sociale a été renforcé afin d'assurer un équilibre financier durable et de garantir à tous, donc également aux personnes âgées, une protection de haut niveau. Afin d'atteindre cet objectif, la base de financement a été étendue à partir de l'exercice budgétaire 2006, entre autres en affectant 15% des recettes du précompte mobilier au financement des systèmes de sécurité sociale. Par ailleurs, à partir de 2007, le principe du transfert des recettes fiscales générées par l'effet de récupération des réductions de cotisations sociales accordées est appliqué.

3.3.2.2. Augmentation du taux d'activité: le Pacte de solidarité entre les générations

Une approche strictement budgétaire a cependant ses limites. Des mesures politiques doivent être mises en œuvre, visant à l'obtention d'un accroissement structurel du taux d'activité économique dans notre société. Il est patent que notre marché du travail doit faire l'objet de réformes. En octobre 2005, le gouvernement belge a approuvé à cet effet le « Pacte de solidarité entre les générations ». Ce plan comprend une série de mesures devant permettre de sauvegarder le financement futur de la sécurité sociale, et spécialement celui des pensions. Une partie spécifique de ce Pacte contient ainsi plusieurs mesures axées sur l'augmentation du taux d'activité historiquement bas au sein des catégories d'âge supérieures de la population active.

3.3.2.2.1. Axes stratégiques

AUGMENTATION DU TAUX D'ACTIVITE DES TRAVAILLEURS AGES

- (-) Réductions sélectives de cotisation (travailleurs salariés). Afin d'encourager les employeurs à engager davantage de travailleurs, une politique intensive de réduction des charges sur l'emploi (tant au niveau de la fiscalité qu'à travers les cotisations de sécurité sociale) est menée. Pour les travailleurs jeunes ou âgés et

pour la recherche, les charges sur l'emploi ont été réduites de manière substantielle; Le bonus emploi, une réduction dégressive des cotisations des salariés, est renforcé afin d'encourager ainsi les travailleurs à bas salaires à rester actifs ou à chercher un emploi, en augmentant le revenu net du travail sans générer pour autant de surcoût pour l'employeur;

- (-) Supplément pour la reprise du travail (travailleurs salariés). Les chômeurs âgés qui reprennent le travail perçoivent un supplément de revenu en plus de la rémunération perçue;
- (-) Régime de sortie (travailleurs salariés). Les travailleurs âgés peuvent prétendre à la réduction du temps de travail à 4/5ème dans le cadre de la problématique du régime de sortie.
- (-) Augmentation de la limite d'âge de la prépension « conventionnelle » (travailleurs salariés). La limite d'âge pour l'accès à la prépension « conventionnelle » est portée de 58 à 60 ans ;
- (-) Instauration du bonus pension (travailleurs salariés et travailleurs indépendants). Le bonus (cf. supra) constitue également un encouragement à prolonger la carrière, étant donné que le montant sur base annuelle est plus élevé que l'accroissement maximal de la pension produit par une année de travail (60% d'1/45^{ème} du salaire qui correspond au plafond salarial)

INCITANT FISCAL DU SECOND PILIER

- (-) Mesures fiscales complémentaires relatives au deuxième pilier de pensions (travailleurs salariés). A partir du 01.01.2008, les prestations du 2^{ème} pilier perçues seront, dans le chef du bénéficiaire, taxées seulement à 10% à l'impôt des personnes physiques au lieu de 16,5% précédemment, pour autant que le bénéficiaire fasse valoir ses droits à une pension complémentaire au plus tôt à partir du 65^{ème} anniversaire. De plus, à compter de 2010, le rachat des pensions complémentaires avant 60 ans est rendu définitivement impossible.

3.3.2.2.2. Contexte et conséquences de la politique menée

En Belgique, le taux d'activité des plus de 50 ans est bas, comparé à celui d'autres Etats membres de l'Union Européenne. Néanmoins, il ressort du [graphique 6](#) (voir annexe 3.1.) ci-dessous que pour les catégories d'âge concernées, le taux d'activité a augmenté au cours de la période 1995-2007. L'augmentation du taux d'activité des femmes est significative. A ce jour, le taux d'activité reste encore fort en deçà des objectifs de Lisbonne en la matière.

Section 3.4. Modernisation des systèmes de pensions : tenir compte de la mutation des besoins dans la société, dans l'économie et chez les individus

3.4.1. Objectifs stratégiques

Des systèmes de pensions transparents répondant aux besoins et attentes des hommes comme des femmes et aux besoins de la société moderne; une bonne information permettant une planification de la mise à la retraite et l'exécution de réformes des pensions sur la base d'un consensus le plus large possible.

A ce jour, les pensions constituent une priorité stratégique du gouvernement et, comme dans la plupart des Etats membres de l'Union Européenne, une composante importante du débat public. Dans de nombreux Etats membres, un processus d'adaptation des systèmes de pensions a été lancé et il est sans aucun doute appelé à se poursuivre dans les années à venir. Ce processus est en effet destiné à faire face à la conjugaison de plusieurs évolutions sociales, intervenues essentiellement dans le contexte économique et social et dans le cadre de l'évolution démographique. Les systèmes des pensions légales sont cependant aujourd'hui en proie à une série de mutations sociales qui exigent une refonte fondamentale et même une adaptation systématique des systèmes de protection sociale.

Les évolutions démographiques consécutives, entre autres, à l'allongement de la vie, incitent à se poser la question du rôle respectif des différentes générations dans nos sociétés, de leur place dans la production de richesses, matérielles ou non, comme dans les systèmes des transferts de ressources, mais aussi à s'interroger sur les nouvelles formes de solidarité qui peuvent les unir. C'est dans cette perspective que devra travailler la Conférence nationale pour les pensions qui sera lancée à l'automne 2008. Cette conférence aura pour objectif de réformer et renforcer le système de pensions, d'initier une réflexion sur les méthodes de calcul des pensions, sur les freins à la mobilité entre les différents systèmes de pensions, sur l'adaptation aux défis tels que l'augmentation de la durée de vie, mais aussi la situation de certaines catégories de travailleurs tels que les travailleurs à temps partiels, les contractuels de la fonction publique ou certaines catégories d'indépendants.

3.4.2. Description de la politique menée

3.4.2.1. Promotion d'un consensus aussi large que possible en matière de politique et de réformes des pensions

En Belgique un large consensus social est atteint au sujet des fondements de la politique sociale en impliquant les partenaires sociaux à chacun des niveaux de la politique de sécurité sociale. Les réformes aux systèmes de pension doivent être réalisées en concertation avec entre autres les partenaires sociaux et les représentants des associations de seniors si bien qu'une large portée sociale est atteinte pour mener la politique de pension.

Axes stratégiques

- (-) Organe pensions de concertation: le Comité consultatif pour le secteur des pensions. Pour la politique de pension il y a le Comité consultatif du secteur des pensions qui est composé des représentants des associations de seniors. Il conseille

le Ministre des Pensions sur les mesures politiques possibles quant à la problématique des pensions, compte tenu des évolutions sociétales et démographiques. Cet organe de concertation a pour objectif d'atteindre un consensus aussi large que possible en matière de politique des pensions.

- (-) Lancement de la Conférence nationale pour les pensions. A l'automne 2008 sera lancée la Conférence nationale pour les pensions, avec pour mission, comme décrit dans la Déclaration gouvernementale : cette Conférence « initiera une réflexion sur les méthodes de calcul des pensions, sur les freins pour la constitution de la pension liés à la mobilité entre les différents systèmes de pension, sur l'adaptation aux nouveaux défis tels que l'augmentation de la durée de vie, mais aussi sur la situation de certaines catégories de travailleurs tels que les travailleurs à temps partiel ... ».

3.4.2.2. Adaptation des systèmes de pension à la flexibilité de l'emploi et des carrières

Une des mutations sociales des décennies passées est sans conteste la féminisation du marché du travail tandis que le système belge des pensions légales a été élaboré au départ pour des hommes qui étaient occupés à temps plein et se constituaient une carrière type complète ininterrompue. Au moment où le système de pensions a reçu sa forme actuelle, vers le milieu du siècle précédent, on partait en outre du principe que les femmes ne travaillaient pas en dehors de la maison. Le risque lié à l'âge était de ce fait également partagé au sein de la famille. Lorsque le soutien de famille masculin décédait, la veuve recevait des compensations financières par le biais d'un transfert des droits de pension constitués par son mari.

Bon nombre de travailleuses bénéficieront dorénavant d'une pension de retraite propre, une fois atteint l'âge de la pension. Cependant, les femmes ont, bien plus souvent que les hommes, une carrière atypique: comparativement aux hommes, elles sont moins nombreuses à travailler à plein temps et elles quittent aussi plus souvent le marché du travail pour s'occuper d'enfants ou de personnes âgées. Ce schéma de travail fréquent, spécifique des femmes, a souvent pour conséquence qu'elles ne sont pas en mesure de se constituer suffisamment de droits et qu'elles courent donc davantage de risques de disposer d'une couverture insuffisante. En raison de la hausse du taux des divorces et de l'instabilité familiale, comparativement à ce qui se passait il y a quelques décennies, le risque lié à l'âge est à présent partagé dans une mesure toujours moindre au sein de la famille.

Cette nouvelle réalité sociale amène à s'interroger sur la politique de pension qu'il faudrait mener à l'égard des femmes. Au cours de la période 2005-2006, un cycle de conférences a eu lieu à propos du thème « Femme & Pension », qui avait notamment pour but d'évaluer les conséquences des nouvelles évolutions sociales et de suggérer des mesures stratégiques visant à limiter le risque d'une protection plus faible des femmes en matière de pension.

Axes stratégiques

- (-) La pension minimum garantie: calcul en jours (travailleurs salariés). L'assouplissement précité de l'accès à la pension minimum garantie est une mesure qui a été prise en 2006 pour apporter plus de flexibilité dans le système de pensions (cf. supra). Il s'agit d'une mesure qui a surtout amélioré la situation de pension des femmes et pour laquelle un travail préparatoire a été réalisé dans le cadre du cycle de conférences à propos du thème « Femme & Pension ».
- (-) Le droit à une rémunération minimale par année de carrière (travailleurs salariés). Le droit à une rémunération minimale par année de carrière a été majoré de 17% en 2006. Dès lors, les acquis de pension pour ces années ont été alignés sur la pension minimum garantie (cf. supra). Il s'agit d'une mesure qui a amélioré surtout la situation des femmes en matière de pension.

- (-) Le statut maxi pour le conjoint aidant (travailleurs indépendants). Avec l'assujettissement obligatoire au statut maxi pour les conjoints aidants en 2005, des mesures transitoires ont été prévues, de sorte que davantage de personnes peuvent prétendre à la pension minimum.
- (-) Dans le cadre de l'accord du gouvernement fédéral il est prévu de mettre sur pied un système de "compte carrière" à l'aide duquel les travailleurs peuvent faire des choix conscients dans les différentes phases de leur vie, en étant très concernés par leur carrière. Cette politique de carrière vise à permettre aux gens de moduler le rythme de leur carrière, à améliorer la qualité de la carrière et un meilleur aménagement de la vie de famille et de la vie professionnelle.
- (-) Le Gouvernement prendra des mesures afin de stimuler l'esprit d'entreprise et poursuivra l'amélioration du statut social des travailleurs indépendants. Il s'engage à achever l'harmonisation des prestations minimales du statut des indépendants par rapport à celles du régime général. Il poursuivra également la suppression des discriminations entre travailleurs salariés et travailleurs indépendants. Pour atteindre ces objectifs, le Gouvernement, après concertation avec les organisations concernées, analysera les différents éléments du financement.

3.4.2.3. Information et communication

Ces dernières années, des efforts importants ont été réalisés pour améliorer l'orientation client des administrations de pensions. Les nombreuses initiatives prises à cet effet sont importantes car non seulement le public traditionnel des administrations de pension demande plus d'informations de meilleure qualité, mais également parce que le groupe cible s'élargit : auparavant, le public cible des administrations de pension était majoritairement constitué des pensionnés et des personnes en fin de carrière ; aujourd'hui, on constate que les générations plus jeunes représentent de plus en plus un groupe cible à part entière.

Axes stratégiques

- (-) Evolution vers des administrations des pensions modernes et orientées client. Conformément aux principes du « new public management », les administrations des pensions ont fourni des efforts soutenus en vue d'accroître leur orientation client. A cet égard, la « Charte de l'assuré social » et la « Charte de l'utilisateur des services publics » constituent notamment des instruments utiles. La limitation au minimum des charges administratives est un aspect important de l'orientation client des administrations de pensions. Les développements en matière d'e-government dans la sécurité sociale constituent à cet égard des ressources capitales. Dans ce cadre, les services publics concernés prennent en ce moment notamment des initiatives en vue d'un traitement plus rapide des dossiers relatifs à la Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA). Il importe de bien informer les jeunes et les actifs des catégories de travailleurs plus âgés au sujet des conséquences de leur choix de carrière pour la pension. Les générations plus jeunes et les actifs des catégories de travailleurs plus âgés constituent de plus en plus des groupes cibles importants parmi les nombreux clients des administrations de pensions.
- (-) Information des pensionnés et futurs pensionnés. Les administrations de pensions ne peuvent toutefois pas perdre de vue que les citoyens n'ont pas tous accès à l'internet, particulièrement si l'on pense aux pensionnés d'aujourd'hui. L'échange d'informations et les contacts avec le citoyen doivent se dérouler via différents canaux. C'est pourquoi les administrations publiques doivent également apporter une attention particulière au développement de l'accueil des personnes, à la qualité de l'information par téléphone et à la rapidité et à la lisibilité de la correspondance. Une information proactive pour les jeunes et les actifs des catégories de travailleurs plus âgés est considérée comme une mission cruciale incombant aux services de

pensions. Les choix opérés pendant la carrière professionnelle doivent toujours pouvoir être faits en connaissant leurs conséquences financières tant à court terme qu'à long terme. Il importe donc de bien informer les jeunes au sujet des conséquences de leur choix de carrière pour la pension. Pour les catégories de travailleurs plus âgés, une estimation correcte de leur pension doit pouvoir être faite, afin de leur montrer par exemple ce que la poursuite de leur activité pendant un an a comme conséquence sur leur pension.

En ce qui concerne l'information sur mesure en matière de pensions, les initiatives suivantes ont été prises ou poursuivies.

- Via le développement du site web 'www.toutsurmapension.be', toute personne âgée de 18 à 64 ans peut simuler sa future pension, dans les différents régimes de pensions. Ce simulateur sera encore adapté et affiné.
- Via l'élargissement du « Service Info – Pensions », où le futur pensionné peut demander, à partir de l'âge de 55 ans, une estimation de sa future pension de retraite.
- Via l'envoi automatique, à tout futur pensionné ayant atteint l'âge de 55 ans, de l'estimation de sa future pension de retraite. Dans le régime des travailleurs salariés, cet envoi a été définitivement instauré en 2006. Pour les indépendants, il a été instauré en juillet 2007. L'ambition est qu'à terme, chacun puisse obtenir des informations sur ses droits constitués en matière de pension légale.

Chapitre IV. Rapport Stratégique National sur les Soins de Santé et les Soins de Longue Durée 2008-2010

Section 4.1. Objectifs prioritaires en matière de soins de santé et de soins de longue durée

Le système de santé belge est composé d'un ensemble d'organismes, d'institutions et de ressources du secteur public et du secteur privé, mandatés pour améliorer, maintenir ou rétablir la santé. Les systèmes de santé englobent à la fois des services aux personnes et des services à la population, et des activités visant à influencer les politiques et les actions d'autres secteurs pour agir vis-à-vis des déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé.

La population belge est couverte par une assurance obligatoire soins de santé¹², faisant partie intégrante de la sécurité sociale, basée entre autre sur une couverture universelle et un financement solidaire¹³.

En ce qui concerne l'organisation de la gestion du système, le lecteur trouvera à [l'annexe 4.1.1](#) une description complète du partage des compétences, entre les différents niveaux de pouvoir, en matière de politiques de santé en Belgique.

Voici **Les grands axes de la politique** belge, pour la période 2008-2010 :

- L'**accessibilité** des soins de santé demeure un souci permanent :

Dans la continuité des efforts réalisés dans la période 2006-2008 ([voir section 4.2.1](#)), une des principales priorités consistera à ce que la part globale de l'intervention personnelle des patients dans leurs dépenses de santé n'augmente pas et se réduise même, le cas échéant, de façon ciblée, soit pour certains groupes socioprofessionnels, soit pour certaines catégories de malades (en particulier les malades chroniques). De même, les initiatives visant à réduire le prix des médicaments seront poursuivies.

L'offre de soins sera renforcée là où elle est déficitaire. Afin de garantir la suffisance de l'offre et réduire certaines disparités géographiques, la planification de l'offre médicale fait l'objet d'une analyse continue et les services de proximité seront renforcés, notamment pour améliorer l'accessibilité dans les grandes villes pour tous et particulièrement pour certains groupes vulnérables, comme les personnes sans-abri ou les personnes sans-papiers. En ce qui concerne les personnes âgées, les autorités poursuivront la mise en place d'une offre diversifiée, abordable et de qualité. Enfin, pour réduire les inégalités en matière de santé, offrir des mesures préventives (vaccination, dépistage) gratuitement à un public large reste une priorité.

¹² Outre l'assurance soins de santé obligatoire qui couvre les prestations médicales en cas de maladie, l'assurance indemnités couvre la perte de revenu en cas d'incapacité de travail (découlant d'une maladie ou d'un accident survenu dans la vie privée) ou en cas de congé de maternité, de paternité ou d'adoption. A l'exception d'une ou l'autre brève référence à l'assurance « indemnité », ce rapport abordera uniquement l'assurance soins de santé.

¹³ Le lecteur trouvera, à [l'annexe 4.1.2](#), une description détaillée du régime de l'assurance obligatoire soins de santé et de son organisation. Les indemnités de maladie sont discutées à [l'annexe 4.1.3](#).

- Afin de garantir **la qualité** des soins :

Pour augmenter l'efficacité globale de son système de santé, la Belgique souhaite à l'avenir, publier régulièrement un rapport sur la performance des services de santé. Dans le même but, les structures d'appui à la décision politique en matière de santé se développent. Par exemple, les études réalisées par le « Centre d'expertise pour les soins de santé » (KCE) ont un impact croissant sur les décisions politiques en matière de santé en Belgique.

Par ailleurs, le développement et l'application des connaissances grâce à la sensibilisation et la responsabilisation des dispensateurs de soins de santé aux bonnes pratiques et à l'« evidence based medicine », font partie intégrante de la pratique médicale en Belgique.

En termes d'organisation des soins, l'accent est mis sur la continuité de la prise en charge. A cette fin, le médecin généraliste doit jouer un rôle primordial, et dès lors, sa position sera renforcée, entres autres par le développement de trajets de soins qui garantissent une approche pluridisciplinaire, notamment pour les personnes souffrant d'affections chroniques. L'offre de soins en matière de santé mentale sera mieux adaptée également et la coordination avec les services sociaux sera promue.

Enfin, le rôle du patient s'accroît par la reconnaissance de ses droits et du rôle potentiel des associations de patients.

- Au niveau de la **viabilité financière** du système de soins de santé :

La recherche d'une optimisation du rapport coût/efficacité se poursuit afin d'assurer la pérennité de l'assurance soins de santé. Les autorités continueront à maîtriser les dépenses publiques de santé par la fixation de normes de croissance et en alimentant un fonds pour l'avenir des soins de santé.

A coté de ces aspects financiers, d'autres initiatives sont et seront également prises. Ainsi, une politique de « simplification administrative » se développe progressivement. Elle consiste en la mise en place de services électroniques de collectes de données et d'échanges de documents entre prestataires de soins ainsi que d'applications informatiques performantes en support aux activités des administrations et des dispensateurs de soins.

Enfin, des initiatives se poursuivent en vue de promouvoir un style de vie sain.

Les exemples de « good practice » retenus sont:

- L'efficacité des campagnes de sensibilisation visant à réduire la consommation d'antibiotique (mesure fédérale) ;
- Les réseaux de santé fruit d'une collaboration d'équipes sociales et de santé (en Région de Bruxelles-Capitale) ;
- Les services d'accompagnement à domicile organisés par des Maisons de Repos (en Communauté germanophone) ;
- Les programmes de vaccination (en Communauté flamande et en Communauté française) ;
- Les relais santé favorisant l'accès aux soins de santé pour les personnes précarisées (en Région wallonne) ;

Voir Annexe 4.2 pour l'analyse de ces exemples.

Section 4.2. Les soins de santé

4.2.1. Progrès réalisés dans la période 2006-2008

- En ce qui concerne **l'accessibilité financière** aux soins de santé, les dispositions prévues pour la période 2006-2008, visant à s'assurer que la quote-part personnelle du patient dans les frais médicaux ne soit pas un obstacle à l'accès aux soins, ont bien été appliquées. Concrètement : le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (Voir BIM en annexe) a été étendu en 2007 à tout ménage disposant de faibles revenus ; le champ d'application du mécanisme du «maximum à facturer» (Voir MAF en annexe) est régulièrement élargi et la couverture des indépendants a été complètement étendue aux petits risques depuis le 01 janvier 2008.

Ces différentes mesures ont permis d'améliorer de façon significative l'accessibilité financière aux soins de santé en Belgique pour de nombreuses catégories sociales. A titre d'exemple, le MAF a permis, en 2006, de plafonner les dépenses liées au ticket modérateur légal¹⁴ de plus de 550 000 ménages et ainsi de ramener la participation effective moyenne du patient pour l'ensemble des prestations (couvertes par l'assurance obligatoire) à 7,56% contre 8,8% sans son application. Autre exemple, les diverses politiques menées pour réduire le coût des médicaments a permis de baisser le coût moyen (des médicaments prescrits lors de soins ambulatoires) pour le patient de 8 % de 2003 à 2007.

- Du point de vue de **la qualité des soins**, la période 2006-2008 a été marquée par une accentuation des mesures en faveur du développement d'une multidisciplinarité et d'une continuité des soins de plus en plus marquée.

De même, un effort important a été apporté à la formation continue des prestataires en matière d'évidence based medicine afin que les résultats des recherches scientifiques soient mises en pratique. De nouveaux outils se sont également développés pour guider les nouveaux investissements en santé (technology assessment).

- Concernant **la viabilité financière** du système de soins de santé, un effort significatif a été accompli pour maîtriser la croissance des dépenses de santé grâce aux normes de croissance (du budget) que les autorités se sont imposées durant les exercices des dernières années et qui ont été respectées depuis 2005. Compte tenu des marges dégagées au sein de ces objectifs, un fonds d'avenir des soins de santé a été créé et alimenté en 2007. Cela constitue une garantie indispensable dans le cadre du vieillissement démographique. De même, les assurances complémentaires prenant progressivement une place dans le secteur des soins de santé, diverses mesures de protection au niveau des contributions et des conditions de couverture ont été prises en 2007.

¹⁴ C'est-à-dire, dans le cadre des dépenses pouvant faire l'objet de remboursement, la quote-part de l'assuré, restant à sa charge, après intervention de l'assurance obligatoire.

4.2.2. Assurer l'accès aux soins de santé

A) En maintenant une assurance obligatoire large pour la totalité de la population

Les dépenses totales de santé¹⁵ en Belgique s'élevaient à 10,1% du PIB en 2006 dont +ou- 71% de dépenses publiques et 29% de dépenses privées ([voir annexe indicateur 5.4.3., indicateur HC-P12](#)). 90% des dépenses publiques de santé sont constituées des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé. Convaincues que celle-ci doit continuer à jouer un rôle majeur afin d'assurer un accès aux soins à tous, les autorités veulent en assurer la pérennité financière (cfr. Section 4.2.4. point A1) et veiller à ce qu'elle couvre l'ensemble de la population.

Au 1^{er} janvier 2008, 99,6% ([voir annexe indicateur 5.4.1., indicateur HC-P3](#)) de la population belge recensée¹⁶ était couverte par l'assurance publique soins de santé. Celle-ci est en effet obligatoire en Belgique, et depuis le 1^{er} janvier 2008, il n'y a plus de différence de couverture entre les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants. ([voir annexe 4.1.2, point C](#)).

La gamme des soins de santé couverte par l'assurance obligatoire est très large et, les autorités tentent régulièrement de l'élargir. Par exemple, la gratuité des soins dentaires conservateurs, jusqu'ici limitée aux enfants jusqu'à 12 ans, est, depuis ce 1^{er} juillet 2008, étendue aux jeunes jusque 15 ans accomplis.

Enfin, rappelons qu'à coté de l'assurance obligatoire soins de santé, la branche des indemnités indemnise, partiellement, la perte de revenu subie par l'assuré en raison d'une incapacité de travail causée par une maladie ou un accident (qui a lieu dans la vie privée¹⁷) ou un congé de maternité, de paternité ou d'adoption. Par la compensation de la perte de son revenu, le bénéficiaire est encouragé à se soigner correctement.

B) En assurant des protections financières supplémentaires pour tous ou pour certains publics cibles

B1) Constatation : une accessibilité générale satisfaisante mais persistance de groupes vulnérables

Sur base des indicateurs de type « unmet need », la Belgique obtient des résultats très satisfaisant (et en progrès) par rapport à la moyenne européenne. En effet, selon l'enquête EUSILC la plus récente, le pourcentage de la population ayant postposé un ou plusieurs soins médicaux nécessaires dans les 12 derniers mois était de seulement 0,5% en 2006 au lieu de 1,3% en 2004. La moyenne européenne étant de 3,4% ([Voir annexe indicateur 5.4.1., indicateur HCP1](#)). Ce pourcentage est plus élevé lorsqu'on considère les soins dentaires, on obtient alors 2,4% mais bien inférieur à la moyenne européenne (8,3%). ([Voir annexe indicateur 5.4.1., indicateur HCP2](#))

¹⁵ Uniquement les prestations pour soins de santé, pas les prestations d'indemnité.

¹⁶ Parmi la population non recensée mais identifiée, certains groupes à risque bénéficient également d'une protection. Par exemple, l'accès à l'assurance est accordé aux mineurs non accompagnés (mineurs ressortissants d'un pays non membres de l'EEE, qui ne sont pas accompagnés par une personne exerçant l'autorité parentale ou la tutelle) inscrits dans une école (ou présentés à une institution de soutien préventif aux familles s'ils ne sont pas en âge d'obligation scolaire) depuis le 1^{er} janvier 2008.

¹⁷ Les accidents/maladies liés à l'activité professionnelle sont couverts par les branches « accident du travail » et « maladies professionnelles ».

Cependant, ces bons résultats cachent des disparités. Tant l'enquête EUSILC que l'enquête santé belge¹⁸ mettent en évidence que la situation est moins favorable pour les groupes suivants : les personnes à bas revenus, les personnes isolées, les chômeurs et les invalides, les personnes âgées ([voir annexe indicateur 5.4.1, indicateur « postponed by... »](#)). Et, bien que ces indicateurs retiennent également d'autres raisons (telles que la distance, le manque de temps, la présence de liste d'attente, la peur du dentiste) au report de soins, la raison financière est nettement la plus significative.

Dès lors, il est indispensable d'assurer des protections financières supplémentaires, et ce particulièrement pour ces groupes vulnérables.

B2) Des protections supplémentaires consistant à diminuer la quote-part personnelle du patient par des mesures ciblées

Si l'on se réfère uniquement aux prestations couvertes par l'assurance obligatoire soins de santé¹⁹, c'est-à-dire les dépenses de santé que la société estime nécessaires, la quote-part personnelle du patient est allégée pour de nombreuses catégories d'assurés à risque (certains groupes socioprofessionnels ou certaines catégories de malades, comme les malades chroniques par exemple²⁰) par divers mécanismes leur assurant ainsi une protection financière supplémentaire. Parmi ces mécanismes, les deux principaux sont le « **Bénéfice de l'Intervention Majorée** » (voir **BIM** en annexe 4.1.2.) et le « **Maximum à facturer** » (voir **MAF** en annexe 4.1.2.). Ces mécanismes ont récemment été renforcés et le seront encore dans les deux années à venir. Ainsi :

- Depuis le 1er juillet 2007, le « **BIM** », qui octroie un remboursement plus élevé des prestations médicales à certaines catégories sociales de personnes non actives sur le marché de l'emploi (comme les invalides, les pensionnés, les personnes handicapées) dont le revenu annuel ne dépasse pas un certain plafond, a été étendu à **tous** les ménages disposant d'un revenu limité. (cet élargissement est connu sous l'appellation « statut OMNIO ») ;
- La portée du « **MAF** », qui fixe un montant maximum (variant en fonction du revenu du ménage) de dépenses annuelles par famille en matière de soins de santé remboursables, a été augmentée par l'intégration progressive de nouvelles interventions personnelles dans le compteur MAF.

Notons que le MAF s'applique automatiquement et ne nécessite pas de démarches administratives du patient, ce qui n'est pas le cas du statut OMNIO (le patient doit en faire la demande et apporter les justificatifs de ses revenus). L'obligation d'introduire une demande, doublée d'un manque d'information, ne permet pas d'atteindre l'ensemble du public visé par le statut OMNIO. A l'avenir il est envisagé de renforcer les campagnes d'informations sur les conditions d'octroi de ce statut, voir même de le rendre automatique.

Grâce à ces protections supplémentaires ciblées, la participation effective moyenne du patient pour l'ensemble des prestations couvertes par l'assurance obligatoire était ramenée à 7,56% en 2006 (Cfr. section 4.2.1.).

Enfin, rappelons également que diverses mesures visent à ce que les dispensateurs de soins puissent appliquer le « principe du tiers payant »²¹ en faveur des personnes dont la situation économique est précaire. Ici aussi, il est envisagé de renforcer l'information sur

¹⁸ Enquête nationale réalisée par l'Institut Belge de Santé Publique (ISBP) étudiant l'état de santé, la prévalence des styles de vie, les maladies, les comportements en matière de prévention, la consommation de soins et le statut socio-économique dans la population.

¹⁹ Pour une discussion sur l'ensemble des dépenses de santé, nous renvoyons le lecteur à [la section 4.2.4, point A.](#)

²⁰ Pour ceux-ci, voir [section 4.3.2. point A.](#)

²¹ Au lieu du mécanisme du « remboursement à posteriori » qui est en principe en vigueur. Le « tiers payant » est obligatoire pour l'hospitalisation, la biologie clinique et les médicaments. (Voir [point F de l'annexe 4.1.2.](#))

les conditions d'application de cette mesure. De même, de nombreux CPAS²² offrent la possibilité d'une "carte médicale" pour le remboursement des soins de base (gratuits sous certaines conditions) dans certains hôpitaux ou chez certains médecins. Cette pratique, courante en Région de Bruxelles-Capitale, tend à se généraliser.

B3) Des diminutions de quote-part personnelle pour tous

Des mesures « non ciblées » visent également à alléger la quote-part personnelle de tous les patients. Par exemple, la politique constante de diminution des prix des médicaments (cfr 4.2.4. point A1) a permis de faire baisser de 8% le coût moyen des médicaments par DDD²³ pour les patients de 2003 à 2007. Autre exemple, afin de contrer la hausse sensible du coût du séjour à l'hôpital à charge du patient, il est désormais interdit aux hôpitaux de facturer des suppléments d'honoraires et de chambres dans certains cas²⁴. Dans le même but, la "déclaration d'admission" obligatoire sera adaptée pour une plus grande transparence sur les coûts hospitaliers.

C) En proposant une offre de soins suffisante, adéquate et de proximité

Les outils de régulation (programmation, normes d'agrément...etc.) tentent d'assurer une offre optimale d'aides et de services, en fonction des besoins actuels et futurs de la population, et ce, dans chaque zone géographique (appelée dans le cadre du financement des hôpitaux: « bassin de soins »).

D'une façon globale, la Belgique n'est pas concernée par les phénomènes de listes d'attente²⁵.

Au niveau de l'offre de lits d'hôpitaux, la Belgique se situe au dessus de la moyenne européenne²⁶. La recomposition du parc hospitalier, par le jeu des concentrations d'activités et de spécialisation des sites de production, vise, à terme, à mieux couvrir les besoins existants. La dynamique des "bassins de soins", initiée en 2006, se poursuit, elle repose sur une participation active et volontaire de tous les acteurs impliqués dans la politique hospitalière pour conduire à un ajustement et une adaptation de l'offre. L'objectif est que la distance maximale entre le patient et l'hôpital général le plus proche dispensant les services de base soit de 20 km. Avec son plan stratégique des soins, la Flandre dispose d'un instrument permettant d'assurer un accès géographique des soins égal pour tous les habitants de Flandre, compte tenu de la viabilité économique et du développement de l'expertise/expérience²⁷.

Hors hôpital, on constate que l'offre de médecins généralistes peut varier selon les arrondissements²⁸. Or, le renforcement de la première ligne de soins est une des priorités

²² Centres publics d'Action Sociale

²³ DDD signifie Defined Daily Dose. Un DDD correspond à la dose journalière standard pour un adulte dans l'indication principale du composant actif, telle que déterminée par l'organisation mondiale de la santé.(OMS).

²⁴ Par exemple, pour les enfants accompagnés d'un parent, pour les hospitalisations de jour, en urgence ou en soins intensifs, et dans divers cas pour les patients chroniques.

²⁵ Avec une moyenne de 4 médecins diplômés par 1000 habitants, la Belgique se situe parmi les pays avec les niveaux d'offres le plus élevé dans l'UE, aussi bien au niveau des médecins généralistes que spécialistes. ([voir annexe indicateur 5.4.4., indicateur HC-C1](#))

²⁶ Cependant, on constate que certaines spécialités sont moins pourvues (gériatrie) ou que certaines spécialités désertent l'hôpital (pédiatrie).

²⁷ Cet instrument sert de référence pour les autorisations de planification, les agréments, les projets de construction d'infrastructures et les subventions à la construction d'infrastructures dans le cadre du VIPA (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden - Fonds flamand de l'Infrastructure affectée aux Matières personnalisables)

²⁸ Plusieurs études sur les causes de ces disparités sont en cours ainsi que sur les effets possible du numerus causus et sur les conditions et les motivations de travail.

politique. Plus que jamais, le médecin généraliste doit jouer un rôle central dans l'organisation des soins de santé. Afin d'améliorer l'installation de médecins généralistes dans les zones insuffisamment desservies, le gouvernement a créé un « fonds d'impulsion » permettant d'octroyer des prêts sans intérêts doublés de subsides aux généralistes qui s'installent dans une zone connaissant une pénurie de MG : 5 % des médecins généralistes actifs ont déjà bénéficié de cette procédure. Pour améliorer les conditions de travail, l'octroi d'avantages financiers divers (primes pour postes de garde) tentent de motiver les candidats généralistes. Le « fonds d'impulsion » sera aussi orienté dans le futur vers l'appui administratif des pratiques de groupe. La fidélisation des patients est une autre manière de renforcer la médecine générale²⁹.

Par ailleurs, les secours médicaux d'urgence, accessibles à l'ensemble de la population, sont également en cours d'amélioration dans le cadre de la mise en place du numéro d'appel unique 112³⁰.

D) En luttant contre les inégalités de santé, notamment par une prévention gratuite

On constate que les personnes occupant une position socio-économique moins favorable, ont en moyenne une santé individuelle plus précaire, et notamment une espérance de vie (et une espérance de vie en bonne santé) plus faible³¹. Des écarts existent également entre groupes d'appartenances culturelles différentes.

Les politiques visant à réduire ces inégalités, doivent être accompagnées dans une stratégie globale de politiques sociales transversales liées à l'enseignement, à l'aménagement du territoire, à l'emploi. Une véritable perspective d'égalité dans le domaine de la santé ne peut que se construire sur une alliance entre l'univers des soins et celui de l'action sociale.

Par ailleurs, constatant que ces inégalités sont plus marquées encore en milieu urbain, dans les grandes villes, diverses initiatives visent à simplifier l'accès à la santé, et en particulier à l'Aide Médicale d'Urgence, pour *tous*³², notamment pour les personnes sans-abris, les personnes sans-papiers, les personnes souffrant de dépendance liées à la consommation de substances psycho-actives.

Enfin, pour contrer les inégalités à la base, il est cependant également important de sensibiliser l'ensemble de la population, en particulier les enfants, à l'importance du mode de vie (*cfr. 4.2.4, point B2*) et de la prévention. A ce titre, les Communautés offrent des services de prévention gratuits pour tous en matière d'accompagnement

²⁹ Citons parmi d'autres mesures, l'encouragement à s'inscrire chez un seul médecin qui tient le dossier du patient, ce qui offre une réduction de 30 % sur le montant du ticket modérateur.

³⁰ Le dispatching médical est restructuré et rationalisé par des outils de régulation standardisés et informatisés. Un service intermédiaire (Paramedical intervention team) entre l'ambulance seule et l'ambulance médicalisée (SMUR) est actuellement en cours d'évaluation et étendra l'éventail des secours mobilisables. Des équipes d'intervention psychosociale ont également été mises en place pour la prise en charge de cette problématique dans le cadre des urgences collectives.

³¹ Ainsi, par exemple, en Belgique, les diplômés de l'enseignement universitaire ou supérieur de type long ont encore, à l'âge de 45 ans, une espérance de vie de 35,73 pour les hommes (et 40,38 pour les femmes), tandis qu'au même âge, l'espérance de vie des hommes ne disposant d'aucun diplôme n'est plus que de 29,64 ans (et de 35,47 pour les femmes). Pour d'autres exemples, voir [annexe indicateur 5.4.1., indicateur HC-P4b](#) et [HC-P5b](#)

³² Via le développement de maisons médicales, de services d'aides aux toxicomanes, d'associations telles que Médecins du Monde, Medimmigrant ou « het centrum voor ethnische Minderheden en gezondheid » en Région de Bruxelles-Capitale, ou encore par la mise en place de « Relais santé » (en Région Wallonne).

médico-social des jeunes mamans et des nourrissons, de suivi de la santé à l'école, de vaccination³³ et de dépistage³⁴.

Pour des statistiques sur les taux de vaccination et de dépistage en Belgique, voir [annexe indicateur 5.4.2. \(indicateurs HC-P6, HC-P7, HC-S4 et HC-S5\)](#).

4.2.3. Promouvoir la qualité des soins

A) En améliorant l'efficacité globale du système par :

A1) Une analyse régulière de la performance du système de soins de santé

La Belgique publiera en 2009 un premier rapport sur la performance de son système de santé et considère comme priorité (à usage interne et externe) la réalisation régulière d'un tel rapport.

La Belgique peut compter pour cela sur une longue tradition d'enregistrements systématiques et complets de l'ensemble de l'activité médicale basés sur les attestations de soins. De même l'activité hospitalière médicale et infirmière fait également l'objet d'un recueil systématique de données. Afin de contrôler plus efficacement les dépenses de santé, les autorités ont également décidé de constituer un « échantillon permanent » : il s'agit d'une banque de données constituées d'1/40 de la population (1/20 pour les 65 ans et +) pour lesquels on collige la nature et les montants des dépenses liées à l'assurance soins de santé pendant 10 ans. Cette banque de données devrait permettre une meilleure compréhension des dépenses de santé par patient.

A2) Un soutien à la décision politique en matière de santé par des structures d'appui

La création d'un centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) en 2002 a constitué une avancée importante. Le KCE est une structure d'appui à la décision en matière de politiques de soins de santé³⁵. Son rôle est de produire des analyses et des études scientifiques pour documenter les pouvoirs publics afin d'œuvrer à la plus grande accessibilité de soins de haute qualité malgré la croissance des besoins et la limitation des budgets disponibles. Les activités du KCE peuvent être réparties en trois domaines d'investigation : l'analyse des pratiques cliniques et le développement de recommandations de bonne pratique ; l'évaluation des technologies médicale (High technology Assessment) ; le financement et l'organisation des soins (Health Services Research).³⁶

D'autres initiatives visent à soutenir les politiques de santé en Belgique, par exemple :

³³ Par exemple, dans les différentes communautés, les enfants âgés de 2 mois à 18 ans peuvent se faire vacciner gratuitement contre de nombreuses maladies (la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'hépatite B, les maladies provoquées par l'*Haemophilus influenzae* de type b, le méningocoque du groupe C et, depuis 2007, le pneumocoque). (voir les good practice de la Communauté française et de la communauté flamande, respectivement à l'annexe 4.2.4. et 4.2.5.)

³⁴ Par exemple, l'Etat fédéral et les Communautés collaborent en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie ; l'objectif est d'offrir un examen préventif tous les deux ans calendrier aux femmes de 50 à 69 ans. Cette enquête de population est un programme en évolution constante : ces dernières années, on a surtout œuvré à la qualité, notamment grâce à l'introduction du dépistage numérique, ainsi qu'à une augmentation du taux de couverture.

³⁵ Le KCE n'intervient pas dans les décisions elles-mêmes, ni dans leur mise en œuvre, mais il entre dans sa mission de suggérer les solutions les plus performantes.

³⁶ . Vous trouverez la liste des rapports/publications/études du KCE à l'annexe 4.4.1. (ou sur le site internet : <http://www.kce.fgov.be/>)

- Le CROSP, le Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique³⁷
- Divers « observatoires de santé » (collaborant avec les Communautés et Régions³⁸).

A3) Une bonne gouvernance et la fixation d'objectifs

La coordination entre niveau de pouvoir est primordiale. Sous réserve de leurs compétences respectives, les autorités fédérales, régionales et communautaires collaborent, notamment au sein de « Conférences interministérielles Santé Publique »³⁹ lors desquelles les différentes entités prennent des engagements communs et concertés dans divers domaines.

Pour piloter les politiques, l'Europe insiste sur la nécessité de fixer des objectifs chiffrés. La formulation d'objectifs de santé a pour avantage que les actions et moyens soient canalisés dans le secteur et qu'une synergie se crée. La disponibilité de données fiables est nécessaire au suivi de la réalisation des objectifs. Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics flamands travaillent sur la base d'objectifs de santé pour certains aspects de la politique de santé. Des objectifs sont notamment formulés concernant la participation au dépistage du cancer du sein, le taux de vaccination, l'affectation des moyens, les accidents dans la sphère privée, les habitudes alimentaires et la dépression et le suicide (voir aussi section 4.2.4.B2). Pour ces objectifs, des fichiers de données sont composés, qui permettent un suivi des objectifs. A terme, le taux de vaccination pourra être déduit du système qui enregistre les commandes (Voir la good practice de la Communauté flamande à l'annexe 4.2.5).

B) En contrôlant la qualité des prestations des institutions et des dispensateurs de soins par :

B1) Des normes de reconnaissance pour les institutions de soins

En Belgique, la manière traditionnelle de garantir que toutes les institutions de soins atteignent un certain niveau de qualité est de fixer des "normes de reconnaissance", appelée « *Agrément* », qui imposent à chaque institution de soins⁴⁰ de satisfaire à certains critères portant sur l'organisation générale (niveau d'activité minimal, capacité minimale exigée en lits, les types de programmes de soins...) ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement de tous les types de services (exigences en matière d'équipement technique, personnel médical, paramédical et infirmier...). Notons qu'au fil des ans, les normes comportent de plus en plus de conditions orientées vers le patient.

³⁷ Il s'agit d'une section de l'Institut Scientifique de Santé Publique (www.iph.be) dont les objectifs sont : l'identification des priorités en matière de santé publique sur base de l'étude des statistiques de naissance et des causes de décès, l'inventaire des sources d'information utiles pour la santé publique en Belgique, l'aide à la décision pour différents problèmes de santé publique et la formulation de recommandations pour la santé, le développement et la mise à jour d'indicateurs de santé, la réalisation de l'enquête de santé par interview

³⁸ Par exemple, l'Observatoire de santé du Hainaut collabore avec la Communauté française. En Région de Bruxelles-Capitale, « l'observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale - <http://www.observatbru.be> » a pour mission de recueillir, d'analyser et de diffuser les informations quantitatives et qualitatives nécessaires à l'élaboration des politiques sociales et de santé, et à leur évaluation. Il est particulièrement attentif à développer la connaissance dans les domaines des inégalités sociales de santé. Il réalise à cette fin le rapport bruxellois bisannuel sur l'état de la pauvreté ainsi qu'un Tableau de bord de la santé des Bruxellois tous les 5 ans. En Communauté flamande, la majorité de ces tâches sont effectuées par la Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (<http://www.zorg-en-gezondheid.be>), et en partie par le Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie, le Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, et le Steunpunt voor beleidsrelevant onderzoek voor welzijn, volksgezondheid en gezin.

³⁹ Mais la concertation est aussi exercée par l'organisation de plates-formes ponctuelles entre certains niveaux concernés. Par exemple, la plate-forme pour le financement du dispositif bruxellois pour les soins aux personnes sans-abri et sans-papiers.

⁴⁰ Ainsi qu'à chaque service, fonction, département, programme de soins en ce qui concerne les hôpitaux.

B2) La promotion de la qualité des soins pour les dispensateurs de soins et pour les institutions de soins

La sensibilisation et la responsabilisation des dispensateurs de soins aux bonnes pratiques contribuent au développement et à l'application des connaissances les plus actuelles, analysées régulièrement par le centre d'expertise en soins de santé (KCE). En ce sens, le CEBAM (« Centre Belge d'évidence based médecine » (EBM)⁴¹), a pour mission de faciliter la compréhension et l'accès à l'evidence based practice (EBP) en matière de pratique médicale et de soins infirmiers.

Par ailleurs, un « Conseil National de la Promotion de la Qualité » (CNPQ) est chargé de promouvoir la qualité en encourageant les bonnes pratiques médicales et en définissant des indicateurs de qualité. Ce dispositif est complété par la mise à disposition de feedback aux dispensateurs de soins, parfois couplés à des campagnes de sensibilisation de la population⁴².

Enfin, diverses mesures incitatives sont en cours en vue d'encourager la formation continue des dispensateurs de soins (médecins et dentistes). Par exemple, l'octroi d'un label « accréditation »⁴³ pour les dispensateurs de soins est conditionné à la participation à des formations continues et à des groupes locaux d'évaluation de la pratique médicale (sous la forme de « Peer Review »). En complément, pour le milieu hospitalier, il existe des "collèges de médecins" qui promeuvent l'échange d'informations sur la pratique médicale entre les autorités et les dispensateurs de soins, notamment en fixant des indicateurs de qualité et des critères d'évaluation. Ce système de « peer review », initialement introduit pour le corps médical hospitalier, est actuellement étendu à l'ensemble de l'organisation hospitalière à travers le développement du concept de "performance hospitalière". Il s'agit d'un feedback hospitalier, multidimensionnel et intégré, des données administratives hospitalières permettant aux hôpitaux de gérer la qualité de manière prospective en se définissant des objectifs et des actions d'amélioration.

C) En offrant une prise en charge multidisciplinaire pour des soins adaptés, intégrés et coordonnés

La prise en charge du patient dépasse aujourd'hui largement le cadre traditionnel du colloque singulier. L'organisation des soins doit garantir une prise en charge intégrée, cohérente et multidisciplinaire, tant en hôpital que dans le secteur ambulatoire.

En milieu hospitalier, plusieurs exemples de cette approche multidisciplinaire sont en cours de développement :

- Des "*parcours cliniques multidisciplinaires*" sont élaborés afin d'assurer la continuité des soins dans les problèmes de santé complexes impliquant plusieurs prestataires de soins. Ces parcours cliniques sont des descriptions scientifiquement fondées (evidence based) des différentes étapes d'une approche multidisciplinaire des soins.
- Les "*comité médico-pharmaceutique*" (CMP) multidisciplinaires entre médecins et pharmaciens ont été instaurés dans chaque hôpital afin de garantir une utilisation efficace et rationnelle des médicaments dans l'établissement, et en particulier des antibiotiques.

⁴¹ <http://cebam.be/>

⁴² Par exemple, en vue de promouvoir l'utilisation responsable des antibiotiques, diverses campagnes de sensibilisation ont été organisées depuis 2006. On observe que ces campagnes permettent effectivement de réduire la surconsommation d'antibiotiques en Belgique et combattent dès lors l'augmentation de la résistance microbienne à ces médicaments. (Voir « good practice » à l'[annexe 4.2.1.](#) et [annexe indicateur 5.4.2., indicateur « MRSA ».](#))

⁴³ Donnant droit notamment à une prime annuelle forfaitaire.

- Les aspects de « *sécurité des patients* » font également partie des priorités de cette politique en visant à développer une culture de la sécurité sur laquelle peut s'articuler le rapportage d'incidents et d'un système de gestion du risque.

En milieu extrahospitalier, les développements en vue de renforcer le fonctionnement multidisciplinaire sont déclinés sous forme de trajets de soins et de projets de coordination :

- Les "*trajets de soins*" sont un ensemble de méthodes et de moyens permettant d'organiser les soins entre les établissements (systèmes de renvoi) et de promouvoir la coopération entre les soins primaires, et particulièrement le médecin généraliste, et les autres échelons du système de santé, notamment en concluant des accords sur les tâches pour une "population spécifique de patients" souffrant par exemple de diabète, d'insuffisance rénale, de décompensation cardiaque, d'asthme ou de bronchite obstructive.
- En région flamande, ces trajets de soins font partie d'un dispositif plus large de coordination de la première ligne de soins appelé « *samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg* » (SEL's). L'objectif est de combiner, à l'avenir, le plan de soins d'un utilisateur individuel à un trajet de soins multidisciplinaire.
- En sus, quand nécessaire, la coordination entre prestataires de soins est complétée par une coordination de l'aide sociale par la création de réseaux/plateformes (voir la *good practice* sur les « réseaux de santé » en Région de Bruxelles-Capitale à l'annexe 4.2.2.).

Enfin notons qu'un « Plan national pour la lutte contre le cancer 2008-2010 », a été initié par le gouvernement fédéral en 2008. Il a pour but de renforcer la collaboration entre tous les niveaux de pouvoirs afin d'accroître l'efficacité de la lutte contre le cancer en Belgique (sur les plans de la prévention, la vaccination, la recherche, les soins palliatifs, l'accès aux technologies innovatrices et aux traitements). Sur le terrain, la prise en charge du patient cancéreux étant par essence multidisciplinaire, l'amélioration des traitements espérée par ce plan impliquera une coordination renforcée entre les dispensateurs de soins. (Voir quelques détails supplémentaires sur ce plan national à l'annexe 4.3.1.)

D) En respectant les droits et la dignité du patient (premier pas vers l' « Empowerment »)

Afin de protéger le patient et de lui assurer le respect et la dignité, la formulation précise des « *droits du patient* » dans une loi claire et simple, selon laquelle le patient a, dans sa relation avec un praticien professionnel, plusieurs droits⁴⁴ est une garantie importante. Afin de garantir le respect de ces droits en pratique, diverses initiatives existent. Par exemple, dans les hôpitaux, une fonction de « *médiation* » obligatoire concilie le patient et les dispensateurs de soins. D'autre part, la médiation interculturelle (et l'interprétariat), actuellement disponible dans +ou- 1/3 des hôpitaux belges, permet de résoudre, au moins partiellement, des problèmes relatifs aux barrières linguistiques et culturelles, pouvant mettre en cause le droit à l'information.

En ce qui concerne la participation, diverses plates-formes visent à renforcer la position des patients. Il existe dans les Communautés des Plate-formes de patients dont l'objectif est l'amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage, afin de parvenir à des soins « sur mesure » accessibles⁴⁵. Par exemple, il s'agit en Communauté flamande

⁴⁴ Droit à des prestations de qualité, au libre choix du praticien, droit à toutes les informations qui le concernent, à un dossier de patient, à la protection de sa vie privée ... etc.

⁴⁵ L'organisme est également représenté dans les conseils consultatifs de la politique de santé (encore dénommé Vlaamse Gezondheidsraad – Conseil flamand de la santé actuellement ; dans le courant de l'année, cet organisme s'appellera Strategische Adviesraad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)

de la « *Vlaams Patiëntenplatform* » et de la « Ligue des Usagers de Soins de santé » du côté francophone. Autre exemple, Bruxelles est reconnue comme « ville-région en santé ». Ce projet permet de mobiliser des groupes d'habitants dans des projets collectifs de développement sanitaire.

4.2.4. Garantir la viabilité (financière) de soins accessibles et de qualité

A) En garantissant la viabilité financière du système de soins de santé

Comme déjà mentionné (cfr. Section 4.2.2. point A) les dépenses totales de soins de santé en Belgique sont constituées de +ou- 71% de dépenses publiques et 29%⁴⁶ de dépenses privées.

La priorité des autorités est de confirmer de façon durable la structure du système de santé constitué d'un pilier public fort complété par un pilier privé régulé. Pour ce faire, il faut :

A1) Assurer la pérennité du système public de santé par un contrôle strict de la croissance des dépenses

Dans son rapport 2008, le Comité d'Etude sur le Vieillessement⁴⁷ estime que l'ensemble des dépenses publiques de santé augmenteront de 3,4% du PIB entre 2007 et 2050, passant de 7,0% à 10,4% du PIB. Si l'on ne considère que les dépenses relatives aux soins aigus⁴⁸, elles s'accroissent de 2,2% du PIB (passant de 6,1% à 8,2% du PIB) sur la période 2007 à 2050⁴⁹. Pour plus d'informations sur l'évolution des dépenses et leur projection, voir annexe 4.4.3.

Etant donné que plus de 90% des dépenses publiques de santé sont constituées des dépenses de l'assurance obligatoire soins de santé, c'est essentiellement sur celles-ci que la politique de maîtrise des dépenses de santé est centrée.

Pour faire face à l'augmentation des dépenses, la fixation d'une *norme globale de croissance des dépenses*, est en vigueur depuis l'exercice 1995 en ce qui concerne l'assurance soins de santé. Le principe consiste à fixer, d'année en année, le montant maximum permis des dépenses de l'assurance soins de santé obligatoire, compte tenu de la norme de croissance fixée (4,5 % par an hors inflation depuis 2004), ce montant est appelé « *Objectif Budgétaire Global* »(OBG).

Afin d'assurer que l'OBG ne soit pas dépassé :

- 1°) L'objectif global est subdivisé en « *Objectifs Budgétaires Partiels* »⁵⁰ par grandes rubriques.

⁴⁶ Chiffres pour 2006. Il est probable que la part des dépenses privées baissera à partir de 2008, notamment en raison de l'extension de la couverture par l'assurance obligatoire des petits risques aux indépendants (cfr 4.2.2.).

⁴⁷ La législation belge a mis en place, à partir de 2002, un dispositif d'évaluation annuelle de l'effet du vieillissement. Cette évaluation prend la forme d'un rapport annuel réalisé par un comité indépendant appelé « Comité d'étude sur le vieillissement » (CEV) comprenant une estimation des conséquences financières sur l'ensemble des dépenses sociales, et donc également des dépenses de soins de santé, à long terme, liées à l'évolution démographique.

⁴⁸ Les dépenses publiques de santé sont pour 87% (soit 6,1% du PIB) des dépenses de soins aigus et pour 13% (soit 0,9% du PIB) des dépenses de soins de longue durée (Source CEV 2007).

⁴⁹ De manière générale, la projection des dépenses de soins de santé tient compte de l'évolution démographique et du vieillissement de la population. En ce qui concerne les soins aigus, outre un profil des dépenses de santé par âge et sexe, ils prennent également en compte une tendance historique, non liée à la démographie, qui combine des facteurs d'offre (progrès technique) et de demande.

⁵⁰ Pour plus de détail, voir point A de l'annexe 4.1.2.(pour le financement et le budget)

- Les budgets « soins ambulatoires » (médecins, dentistes, kiné ...) connaissent une augmentation relative mais contrôlée des dépenses en lien avec le redéploiement de la politique vers la première ligne.
- Le mécanisme de plafonnement de l'enveloppe budgétaire permet de contenir le budget des dépenses hospitalières et incitent les hôpitaux à développer les activités de jour.
- Le budget des médicaments est l'objet de nombreuses mesures: baisses de prix obligatoires et régulières des médicaments les plus anciens⁵¹ ; promotion de la prescription de médicaments « bons marchés » par des campagnes de sensibilisation des prescripteurs (les résultats sont probants, les prescripteurs dépassent les objectifs fixés) ; possibilité faite au prescripteur depuis novembre 2005 de prescrire en DCI (Dénomination Commune Internationale), à charge pour le pharmacien de choisir pour le patient le conditionnement le plus approprié, en tenant compte notamment de l'aspect financier ; remboursement sélectif depuis 2006 de plusieurs médicaments réellement innovants malgré leur coût important.

2°) Un « *audit permanent* » de l'analyse de l'évolution des dépenses est organisé. Cela permet d'identifier rapidement les risques de dépassement et ainsi de responsabiliser les gestionnaires (Pour plus de détail sur la procédure de suivi, voir le point A de l'annexe 4.1.2.).

3°) Les organismes assureurs (O.A.) sont également responsabilisés puisque la répartition du budget de l'INAMI entre les caisses (c'est-à-dire les mutuelles) se fait, partiellement, en fonction des profils de « risques de santé » de leurs assurés.

L'objectif budgétaire global a été plus que respecté tant en 2006 qu'en 2007. Grâce à cela, pour la première fois en 2007, un « **fond pour l'avenir des soins de santé** » a pu être alimenté avec les moyens financiers non utilisés au sein du budget correspondant à l'objectif budgétaire global. Ce fonds est principalement doté par les moyens financiers non utilisés bien que budgétés au sein de l'objectif budgétaire global, grâce à une politique stricte de maîtrise des dépenses. Il est destiné à constituer des réserves qui pourront être utilisées une fois que les besoins spécifiques liés au vieillissement de la population nécessiteront une croissance plus importante du budget de l'assurance obligatoire soins de santé. L'accord de gouvernement prévoit ainsi qu'un pourcentage fixe, au sein de la norme légale, devra être affecté au « Fonds pour l'avenir des soins de santé ».

A2) Réguler le financement complémentaire des dépenses de santé

Comparé à d'autres pays européens, la quote-part personnelle du patient paraît élevée en Belgique puisque 29% des dépenses totales de santé en Belgique sont des dépenses privées. Néanmoins, une partie de celles-ci sont couvertes par des assurances complémentaires. En effet, à côté de l'assurance soins de santé obligatoire, les « *assurances complémentaires* » prennent progressivement une place dans le secteur des soins de santé. Cette assurance complémentaire peut être proposée soit par les mutualités⁵² (sans but lucratif, dans un esprit de prévoyance, aide réciproque et solidarité), soit par des assureurs privés (soit une assurance individuelle, soit une « *assurance groupe* » offerte par l'employeur pour ses travailleurs)⁵³.

⁵¹ Chaque 1er janvier et 1er juillet, les médicaments qui atteignent 12 ans, et puis 15 ans, de remboursement baissent automatiquement de prix.

⁵² Le nombre de personnes couvertes (ayant droit + personnes à charge) par un contrat d'assurance hospitalisation complémentaire facultative souscrit auprès d'une mutuelle est passé de 2.548.243 en 2004 à 2.818.036 en 2006. (Source : l'Office de contrôle des mutuelles). Voir aussi [annexe indicateur 5.4.1., indicateur HC-P3](#).

⁵³ Le nombre de personnes couvertes par une assurance soins de santé privée a augmenté durant la période 2004-2006 pour les contrats individuels (passant de 1.136.000 à 1.220.000) et pour les contrats collectifs (passant de

En 2007, une série de mesures de protection ont été prises au niveau des cotisations et des conditions de couverture des assurances complémentaires.

En ce qui concerne les assurances hospitalisation des mutualités, les cotisations réclamées pour l'assurance hospitalisation ne peuvent être majorées, outre l'adaptation à l'indice santé, que, d'une part, lorsqu'une augmentation significative et réelle du coût des prestations garanties ou l'évolution des risques à couvrir le requiert ou, d'autre part, en cas de circonstances exceptionnelles pertinentes.

En ce qui concerne les assurances hospitalisation des assureurs privés, la loi ne permet plus la résiliation subite d'un contrat d'assurance ni des augmentations brusques de la prime, et ce, à partir du 1 juillet 2009. A partir de la conclusion du contrat, des modifications dans les conditions de tarif et de couverture ne sont possibles que dans les cas prévus par la loi, comme, par exemple, en cas d'augmentation réelle des coûts des prestations garanties.

B) En développant d'autres politiques de durabilité :

La recherche d'efficacité et d'efficience en matière de politique et d'organisation des soins de santé s'accompagne de mesures diverses qui ont une portée à long terme, citons entre autres :

B1) Une politique de « simplification administrative »

Les autorités développent progressivement une politique de « *simplification administrative* » consistant en la mise en place de services électroniques de collectes de données et d'échanges de documents entre prestataires de soins, organismes assureurs et administrations publiques, ainsi que d'applications informatiques performantes en support aux activités de ces mêmes administrations. Plusieurs applications sont en voie de développement dans des domaines aussi variés que, par exemple, l'accès aux données actualisées d'assurabilité, la facturation du tiers payant, l'introduction et le suivi de la demande du statut d'handicapé, la constitution de registres des poses d'implants. Par ailleurs, le vaste dossier de la prescription électronique, est en cours d'étude. Les éléments génériques nécessaires à ces déploiements (identification des citoyens-patients et des prestataires de soins, sécurisation des échanges, signature électronique, gestion des autorisations d'accès) sont mutualisés dans une plate-forme fédérale commune légalement institutionnalisée sous le nom « *e-HEALTH* ».

B2) La promotion de style de vie sain et de la santé au travail

La lutte contre le tabagisme⁵⁴, la promotion d'une alimentation équilibrée et saine, et d'une activité physique régulière⁵⁵ font partie des priorités de chacune des Communautés. Leurs actions en la matière visent particulièrement à sensibiliser les jeunes à ces styles de vie. Ainsi en Communauté française, un plan « attitudes saines », adopté fin 2005, se focalise particulièrement sur les jeunes de 0 à 18 ans. En Communauté flamande, dans le cadre du 'health in all policies', les Ministres flamands compétents pour la santé, l'enseignement, le sport et l'agriculture ont rédigé, une déclaration d'intention portant sur une collaboration en matière de promotion de la santé à l'école. Concrètement, depuis le 1er septembre 2007, toutes les écoles primaires et secondaires doivent élaborer une politique de santé. Toujours en communauté flamande, des objectifs de santé ont été formulés, ces dernières années, en matière de prévention

3.459.000 à 3.692.000). (Source : Assuralia, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances). Voir aussi [annexe indicateur 5.4.1., indicateur HC-P3](#).

⁵⁴ Notons que depuis le 1er janvier 2007, il est interdit de fumer dans les établissements « HORECA » dont la restauration représente plus de 30% du chiffre d'affaires.

⁵⁵ Voir dans annexe indicateur 5.4.3., les statistiques en ce qui concerne les facteurs à risque : indice de masse corporelle ([indicateur HC-P18](#)), tabagisme ([indicateur HC-S11](#)), consommation d'alcool ([indicateur HC-S12](#)).

de la dépression et du suicide ainsi qu'en matière d'affectation des moyens ; des plans d'actions correspondants ont été mis sur pied.

En ce qui concerne la santé et le milieu du travail, rappelons qu'une loi fédérale interdit à tout travailleur de fumer dans tous les espaces où il est occupé dans le cadre de son travail depuis le 1er janvier 2006. Par ailleurs, la législation en matière de sécurité et de bien-être au travail est régulièrement renforcée (visite médicale, vaccination adaptée au lieu de travail ...) et, dans le prolongement de l'accord cadre européen en matière de prévention du stress au travail, les partenaires sociaux sont sur le point de conclure une Convention Collective de Travail relative à la politique de lutte contre l'alcool et la drogue dans les entreprises. De même, ils accordent une attention particulière à l'amélioration de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Section 4.3. Les soins de longue durée

En Belgique, l'organisation et le financement des soins de longue durée et des soins de santé aigus font partie d'un système de santé intégré. Il est donc difficile de considérer séparément la politique des soins de longue durée. Toutefois, une politique différenciée et spécifique se met progressivement en place. **On distingue** en particulier :

- **Les prestations qui répondent à des besoins spécifiques en soins (de santé) de longue durée.** Celles-ci sont prestées en institutions de soins (hospitalières, résidentielles ou ambulatoires) et normalement administrées au niveau de l'Etat fédéral (et généralement couvertes par l'assurance obligatoire soins de santé) ;
- **Les prestations qui visent la prise en charge de la perte d'autonomie qui peut être** liée à une maladie de longue durée, à un handicap, à la vieillesse. Cette prise en charge peut prendre la forme d'une allocation financière mais se présente davantage sous la forme de services ou d'aides aux personnes. Dans ce domaine, les Communautés et Régions disposent de la plupart des compétences⁵⁶.

4.3.1. Progrès 2006-2008

Depuis 2006, l'**accessibilité financière** aux soins de longue durée **a été améliorée** par plusieurs mesures. Premièrement, la quote-part personnelle du patient a été abaissée pour diverses prestations propres aux patients de longue durée couvertes par l'assurance obligatoire. Par exemple, le ticket modérateur a été supprimé pour les visites du médecin généraliste au patient palliatif en maison de repos et diminué pour les soins infirmiers à domicile chez certains groupes de patients chroniques qui n'ont pas le statut de « bénéficiaires de l'Intervention Majorée » (BIM). Deuxièmement, une couverture croissante des soins non (strictement) médicaux est également progressivement offerte aux personnes dépendantes. Ainsi, le forfait alloué aux malades chroniques a été tout récemment considérablement augmenté.

Par ailleurs, la Communauté flamande a pris diverses initiatives complétant son assurance dépendance, la « zorgverzekering ». Au 1^{er} janvier 2008, la prise en charge pour les soins informels et les soins à domicile s'élève à 115 euros par mois et la prise en charge pour les soins résidentiels à 125 euros par mois. Ce montant deviendra équivalent à partir du 1er juillet 2008.

Pour les membres affiliés qui habitent dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, la prise en charge pour les soins résidentiels est étendue à toutes les maisons de repos indépendamment de l'autorité par laquelle elles sont reconnues.

⁵⁶ Pour rappel, le lecteur trouvera, à l'annexe 4.1.1, une description complète du partage des compétences des politiques de soins de santé et de soins de longue durée en Belgique.

Concernant **l'offre des soins et de services d'aide**, elle **est** non seulement **mieux intégrée**, continue et multidisciplinaire, mais également davantage **adaptée**, le cas échéant, aux besoins des patients nécessitant des soins de longue durée spécifiques. Et lorsque des expériences pilotes sont évaluées positivement, elles deviennent structurelles. C'est le cas, par exemple des circuits de soins pour la prise en charge des patients en état neurovégétatif persistant ou pauci-relationnel. L'offre s'est également diversifiée ces dernières années, notamment par de nouvelles initiatives en matière d'offre transmurale et de services de coordination. Cela procure des alternatives à l'institutionnalisation et permet plus souvent un maintien à domicile de la personne dépendante.

4.3.2. Assurer l'accès aux soins de longue durée

A) En remboursant de mieux en mieux les soins de longue durée

Premièrement, afin de prendre en compte le fait que les patients de longue durée sont confrontés à des frais médicaux plus nombreux, récurrents et souvent plus onéreux, l'assurance soins de santé belge leur assure une protection supplémentaire de deux façons :

- Un, les patients de longue durée font partie des publics cibles visés par les mécanismes du « Bénéficiaire de l'intervention majorée » et du « Maximum à facturer » (Cfr. Section 4.2.2, point B2). En effet, le **BIM** s'applique entre autre aux personnes âgées (pensionnées), aux invalides et aux personnes handicapées et le **MAF**, protégeant les personnes qui accumulent les factures médicales, s'adresse particulièrement aux patients chroniques. Depuis 2008, un nouveau budget a été libéré afin d'améliorer le mécanisme du maximum à facturer pour les malades chroniques. Une proposition concrète est en cours d'élaboration. Des efforts ont déjà été fournis en ce sens par le passé, citons par exemple, la prise en compte, pour le maximum à facturer, de l'intervention dans les frais de pansements pour les patients atteints de plaies chroniques et de certains analgésiques pour les patients souffrant de douleurs chroniques.
- Deux, il existe diverses interventions spécifiques aux patients de longue durée. Par exemples :
 - Pour les patients nécessitant des soins palliatifs, les soins infirmiers, la consultation du médecin traitant et la kinésithérapie sont intégralement remboursés ;
 - Pour les malades chroniques, le ticket modérateur est réduit pour les pansements actifs et pour certains antidouleurs ;
 - Pour les personnes atteintes du syndrome de Sjögren primaire, le "ticket modérateur" est réduit pour les frais de larmes artificielles et de gel ophtalmologique ;
 - Pour les patients atteints d'un cancer, le remboursement des frais de déplacement est amélioré depuis le 1er juillet 2007⁵⁷;
 - Pour les patients diabétiques, le "passeport du diabète" permet de bénéficier d'interventions pour certains soins podologiques et traitements diététiques.

En outre, un nouveau système sera mis en œuvre avec les associations de patients afin de réduire les dépenses de santé des malades chroniques⁵⁸.

⁵⁷ Intervention dans les frais de déplacement pour les patients cancéreux non hospitalisés et qui suivent une chimiothérapie ou une thérapie de rayons (transports en commun : remboursement complet, autre moyen de transport 0,25 EUR/km) et dans les frais de déplacement du père, de la mère ou du tuteur du patient cancéreux de moins de 18 ans hospitalisé (0,25 EUR/km).

Deuxièmement, les patients de longue durée étant souvent confrontés à une perte d'autonomie et donc à des coûts supplémentaires « non médicaux » (hébergement, recours à des services divers), diverses allocations peuvent les aider à subvenir à ce genre de coût :

- Un, l'assurance obligatoire soins de santé⁵⁹ accorde divers forfaits tels que le « forfait soins palliatifs », « l'intervention pour le matériel d'incontinence », le « forfait pour maladies chroniques ». Notons que, depuis le 1^{er} janvier 2008, ce dernier a été doublé pour les patients qui ont besoin de soins très lourds ou qui sont alités (passant de 262 à 524 euros) et est substantiellement augmenté pour les patients ayant subi une forte perte d'autonomie (passant de 262 à 393 euros).
- Deux, des revenus d'aides, à charge du budget fédéral, soutiennent la personne dépendante. Citons par exemple: l'allocation d'intégration pour personne handicapée, l'allocation d'aide aux personnes âgées, l'intervention pour l'aide d'une tierce personne. Ces allocations sont conditionnées au niveau des revenus et au degré de dépendance de la personne.
- Trois, il existe également des aides financières accordées au niveau des communautés. Ainsi, en Flandre, une assurance dépendance, la « zorgverzekering », offre un forfait mensuel de 125 euros pour les soins non médicaux pour les personnes nécessitant des soins de longue durée⁶⁰. Elle a été mise en place pour rencontrer les difficultés financières des personnes dépendantes. L'étude a mis en avant que ce sont surtout les frais non médicaux qui génèrent une insécurité d'existence supplémentaire chez les malades chroniques ou les personnes nécessitant des soins. Ce phénomène s'est fortement réduit grâce à la prime de l'assurance soins (Zorgverzekering): le pourcentage d'insécurité d'existence est passé de 52% à 40%.

En outre, il existe (en Communauté flamande) une allocation d'aide aux tiers, sous la forme d'un « budget d'assistance personnelle »⁶¹, destinée aux personnes avec un handicap qui ont besoin d'une aide extérieure. Enfin, toujours en Communauté flamande, la mise en place d'un « *Maximum à facturer spécifique aux soins à domicile* » est en cours de réflexion et pourrait être envisagé à l'avenir.

B) En proposant une offre de soins de longue durée plus diversifiée, mieux adaptée et mieux coordonnée

Le patient de longue durée nécessite une prise en charge variée, complexe et spécifique, souvent constituée de prestations mixtes comprenant à la fois des soins de santé et des aides diverses liées à une perte d'autonomie.

L'offre efficiente de soins de longue durée doit permettre à « la bonne personne de bénéficier de la bonne offre de soins, au bon moment ».

⁵⁸ Sont visés ici les frais supplémentaires autres que les dépenses de soins de santé stricto sensu et les soins qui ne sont pas encore remboursés actuellement. L'objectif est que ce nouveau système entre en vigueur au 1^{er} janvier 2009

⁵⁹ Rappelons que la branche des indemnités indemnise, partiellement, la perte de revenu subie par l'assuré en raison d'une incapacité de travail causée par une maladie ou un accident (cfr 4.2.2. point A). Lorsque cette incapacité est de longue durée (plus d'un an), la personne bénéficie d'un régime particulier, appelé l'assurance invalidité, lui assurant une couverture indéterminée dans le temps (pour plus d'informations, voir [annexe 4.1.3.](#)).

⁶⁰ Il s'agit de personnes nécessitant des soins lourds donnés à domicile et des résidents de maisons de repos, maisons de repos et de soins, ou d'un établissement de soins psychiatriques.

⁶¹ Le budget d'assistance personnelle (BAP) est un budget que la Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) (Agence flamande pour les personnes handicapées) octroie aux personnes handicapées souhaitant continuer à vivre chez elles afin de financer leur assistance à domicile, à l'école ou sur leur lieu de travail.

L'offre classique prend trois formes⁶² :

1) Un hébergement définitif dans une structure d'accueil (**offre intra-murale**) :

Il s'agit de structures résidentielles plus ou moins médicalisées offrant, outre l'hébergement, des services et des soins. Ainsi :

- Les « Maisons de Repos pour Personnes Agées » (MRPA) et les « Maisons de Repos et de Soins » (MRS) s'adressent aux personnes âgées ;
- Les « Maisons de Soins Psychiatriques » (MSP) sont destinées aux personnes présentant un trouble psychique chronique stabilisé qui ne requièrent pas de traitement hospitalier ;
- Diverses structures accueillent, dans les Communautés et Régions, les personnes handicapées. Elles prennent des formes différentes en fonction de la catégorie d'âge des personnes et du degré de dépendance qu'elles visent.

2) Un accueil temporaire ou ponctuel (**offre trans-murale**) :

Cette offre permet d'éviter ou de retarder l'institutionnalisation. Elle permet à l'aidant proche de s'octroyer un moment de répit ou lui donne la possibilité de poursuivre son activité professionnelle. On retrouve dans cette catégorie :

- les « Centres de Soins de Jour » destinés aux personnes âgées dépendantes nécessitant, outre les soins du médecin généraliste, des soins infirmiers, paramédicaux ou de kinésithérapie ainsi qu'une aide dans les activités de la vie quotidienne ;
- les « Centres de jour pour patients palliatifs » offrant des soins adaptés, spécialisés, qui ne peuvent que difficilement être dispensés à domicile, évitant ainsi des hospitalisations inutiles ;
- les « Centres de court-séjour » hébergeant des personnes âgées pour une durée maximale de 3 mois par an⁶³.

3) Des services de soins et d'aide à domicile (**offre extra-murale**) :

La prise en charge à domicile comprend une large gamme d'aides et de prestations de services à caractère préventif, curatif, soignant, accompagnant, d'appui et/ou palliatif qui sont prodigués par divers professionnels de santé et sociaux. Il s'agit donc de services de soins médicaux, infirmiers et paramédicaux à domicile mais aussi d'aides ménagères et de services pour l'aidant proche ainsi que des services de garde-malade.

Notons qu'il existe des formes intermédiaires entre l'offre trans-murale et l'offre extra-murale. Elles donnent la possibilité à une personne dépendante mais qui n'a pas ou plus besoin d'un traitement continu, d'être hébergée, pour une période transitoire, dans une habitation adaptée en attendant qu'un retour au domicile soit possible. Ainsi, les « habitations protégées » assurent l'hébergement et l'accompagnement de personnes qui doivent être traitées pour des raisons psychiatriques mais qui n'ont pas besoin d'un traitement continu en hôpital. De même, des « services d'aide aux actes de la vie journalière » (AVJ) offrent aux personnes atteintes d'un handicap physique grave la possibilité d'habiter dans un logement adapté de manière autonome, seules ou en famille, et parmi des personnes valides, moyennant une assistance pour les activités de la vie quotidienne.

Pour l'ensemble des soins de longue durée (personnes âgées, handicapées, santé mentale), la priorité politique est de favoriser au maximum le maintien à domicile en proposant des alternatives adéquates à l'institutionnalisation.

⁶² Pour plus de détail sur ces diverses formes d'accueil et de services proposées en Belgique, le lecteur est invité à se référer au rapport stratégique belge sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2006-2008.

⁶³ Dans les faits, la durée moyenne par séjour est de 15 jours.

Outre un déploiement optimal de l'offre formelle de soins et d'aides à domicile décrite ci-dessus, **cela nécessite** :

1°) Une augmentation, une diversification et une spécialisation de l'offre transmurale

On constate, par exemple, que les centres de soins de jour ne peuvent accueillir que des personnes ayant fortement besoin de soins. Un élargissement du public cible de ces centres de soins de jour est en projet afin de les rendre également accessibles à des personnes nécessitant peu de soins. De même, afin de mieux rencontrer la problématique du transport vers et à partir de ces centres, un montant sera libéré pour couvrir les frais de déplacement.

Une offre innovante est également en cours par le développement d'accueil de crise, d'activités de jour pour personnes atteintes de démence, de séjour de revalidation en vue d'un retour à domicile.

Enfin, des formes d'accueil familial au domicile de particuliers se développent progressivement dans les Communautés et Régions. Par exemple, des personnes âgées participent pendant la journée à la vie de « fermes de soins » en Flandre ou partagent de manière plus définitive la vie de familles wallonnes.

2°) Une plus grande intégration, concertation et coordination des soins et des aides/services

• par groupes cibles, par type de pathologie :

Premièrement, des mesures sont progressivement prises afin de rencontrer les besoins spécifiques en soins de certains groupes-cibles parmi les patients de longue durée. Cela se traduit par la création de **programmes** ou de **circuits de soins** adaptés comprenant les aspects de coordination des soins et de spécialisation des prestataires de soins⁶⁴ et des structures d'accueil. Ainsi, le programme de soins pour patient gériatrique (au départ de l'hôpital) est en cours d'implémentation. Il vise, entre autres, une interaction approfondie entre l'hôpital et les services d'aide et de soins à domicile et le médecin généraliste, notamment via une fonction de liaison externe développée au sein des hôpitaux, permettant d'assurer un « continuum des soins ». Par ailleurs, l'expérience pilote des circuits de soins pour patients comateux ayant été évaluée positivement, elle est devenue structurelle, dès lors, une offre de soins adaptée pour les patients atteints de la maladie de Huntington et les patients souffrant de sclérose en plaques sera également développée sous forme pilote. Il en sera de même pour les personnes atteintes de démence.

Deuxièmement, diverses plates-formes, couvrant des zones géographiquement délimitées, remplissent un rôle important en promouvant et en organisant une concertation entre les institutions et services et de nombreux acteurs au sein des soins de santé (organisation d'aide à la famille et aux patients, organisations de soins à domicile, organisations de médecins, maisons de repos, maisons de repos et de soins, hôpitaux, etc.). Il existe par exemple des plates-formes en matière de soins palliatifs qui soutiennent la première ligne en offrant une expertise pour tous les aspects des soins palliatifs. Il y a également 12 plates-formes de concertation pour la santé mentale en Belgique. La création de plates-formes de concertation gériatrique est également envisagée.

Troisièmement, dans le contexte du vieillissement, l'état fédéral encourage l'émergence d'initiatives innovantes favorisant le maintien à domicile des personnes

⁶⁴ Par exemple, la reconnaissance du titre de médecin et d'infirmier spécialisé en gériatrie.

âgées⁶⁵. Ainsi, un budget est prévu pour soutenir, dans les Communautés et Régions⁶⁶, des projets de formes alternatives de soins et de soutien aux soins ; celles-ci peuvent s'articuler autour de 4 modèles ou d'une combinaison de ceux-ci : de nouvelles formes et modules de soins ; de nouvelles fonctions de soins ; des trajets de soins et de continuum de soins ; des habitats alternatifs au domicile et à l'institution. L'accompagnement de ces projets amènera une large concertation impliquant un maximum d'acteurs et favorisant l'échange d'idées novatrices. Après une phase-pilote, les projets évalués positivement, seront intégrés dans la programmation et la législation et recevront un financement structurel dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire. A titre d'exemple de projet déjà réalisé, citons la mise en place de « gestionnaire de cas » en Communauté germanophone, présenté comme une « good practice » à l'annexe 4.2.3.

- par des soins personnalisés autour du patient :

Beaucoup d'alternatives s'offrent aux patients de longue durée mais, par manque d'information ou de coordination, ils ne bénéficient pas toujours de l'offre de soins et de services la plus adaptée. En effet, trop souvent, les différents secteurs (intra, extra, trans-mural) restent cloisonnés. Un décloisonnement est nécessaire et passe par la collaboration et la constitution de réseaux.

En ce sens, des institutions, agréées sous le terme de « *Service Intégré de Soins à Domicile* » (SISD), organisent, dans une zone de soins, la concertation multidisciplinaire autour d'une personne nécessitant des soins complexes. La concertation multidisciplinaire concrétise dans le cadre des soins à domicile l'évaluation de l'autonomie du patient, l'élaboration et le suivi d'un plan de soins et la répartition des tâches entre dispensateurs de soins professionnels appartenant à différentes disciplines et dispensateurs d'aide. En outre, en Région Wallonne, les Centres de coordination de soins et de services à domicile ont pour mission d'assurer une meilleure articulation entre les soins de santé proprement dits et les services (ménagers, familiaux, sociaux,...) nécessaires au maintien à domicile de personnes dépendantes⁶⁷.

Le gouvernement flamand soutient les dispositions de soins à domicile, comme les services pour les soins à la famille, les centres de service locaux, les centres de service régionaux, les services de garde-malade et les volontaires.

Aux services pour les soins à la famille, un nombre de normes de qualité est imposé au sujet de l'intégration de l'aide, de la concertation et de la coopération avec d'autres acteurs de soin et le transfert de l'information pertinente vers d'autres acteurs de soins.

Dans le domaine de la santé mentale, des « *projets thérapeutiques* » permettent d'organiser et/ou coordonner la concertation au sujet d'un patient ou d'un groupe cible déterminé, et de lui prodiguer ainsi des "soins sur mesure", et ainsi d'éviter l'institutionnalisation ou l'hospitalisation de la personne. Il est envisagé d'étendre ces expériences et d'en faire une pratique structurelle. De même, des « *centres de soins de santé mentale* », par une approche multidisciplinaire, prodiguent au patient des soins curatifs globaux dans le contexte de son milieu de vie, de travail et familial. Ils développent également des activités préventives.

⁶⁵ La Belgique connaît un taux élevé d'institutionnalisation des personnes âgées (environ 6 à 7 personnes institutionnalisés par 100 personnes de 65 ans et plus) et ce contrairement au souhait de la majorité d'entre elles.

⁶⁶ Voir aussi la section [4.3.4.](#)

⁶⁷ La tâche du centre de coordination consiste à évaluer la situation du bénéficiaire, dans l'environnement du domicile, à établir un plan d'intervention et à le mettre en œuvre sur acceptation par le bénéficiaire.

3°) **le développement de structures de soutien aux soignants informels**

En cas de dépendance importante, le maintien à domicile n'est souvent possible que grâce à la présence de soignants informels, appelé aussi les aidants proches⁶⁸. Ceux-ci doivent être soutenus notamment en termes d'informations et de soutien psycho-social. En ce sens, en Flandre, Les "centres de service locaux et régionaux" proposent des informations ainsi que des activités éducatives et récréatives qui renforcent l'impact des soignants informels.

Des initiatives privées se multiplient également comme, par exemple, les associations d'aidants (mantelzorg.be, aidants-proches.be) ou les ligues Alzheimer,...

Enfin, en concertation avec les Communautés et les régions, le Gouvernement fédéral va élaborer un statut fiscal et social pour les soignants informels qui consacrent leur temps à soigner un membre de leur famille nécessitant des soins. De la sorte, ces assistants de proximité ne subiront aucun effet négatif direct ou indirect dans le cadre de leur carrière professionnelle.

4.3.3. Promouvoir la qualité des soins de longue durée

Comme les soins de longue durée et les soins de santé aigus font partie d'un système de santé intégré, il n'y a pas de politique propre de qualité pour les soins de longue durée. Ainsi, le contrôle de la qualité des institutions (norme de reconnaissance) et la formation du personnel soignant/aidant s'organisent de la même manière que pour ce qui concerne les soins aigus. Néanmoins, le cas échéant, les critères sont évidemment adaptés aux spécificités des soins de longue durée. Par exemple, en ce qui concerne les MRS, il est exigé qu'elles disposent d'un programme relatif à la qualité et qu'elles instaurent une politique de formation adaptée aux différentes catégories de personnel. Elles doivent également enregistrer⁶⁹ les escarres et les infections. Notons par ailleurs que la Région wallonne élabore actuellement un référentiel qualité spécifique aux maisons de repos, maisons de repos et de soins, centres d'accueil de jour et centres de soins de jour ; sa diffusion prochaine contribuera de manière importante à l'amélioration de la qualité des soins dans ces services.

Le gouvernement flamand dirige les institutions de santé et de bien-être dans le développement d'une politique de qualité interne des aides et prestations de services responsables en mettant l'accent sur les normes de résultats centrées sur l'utilisateur. Les systèmes responsabilisés recherchent la maîtrise de la qualité des soins en excluant les facteurs liés au hasard et en structurant et systématisant les solutions. Sur base d'un manuel de qualité, ils rendent leur politique et système de qualité interne visible.

Il est par ailleurs évident que les différentes initiatives explicitées ci-dessus visant à assurer une meilleure coordination, que ce soit autour d'un patient ou par groupes cibles, sont également des facteurs de qualité. Dans cette logique, notons qu'à l'avenir, et pour les personnes âgées, un outil d'évaluation continue, le « RAI » (Resident Assessment Instrument) permettra d'établir un plan de soins objectivé assurant une prise en charge globale, concertée, multidisciplinaire et coordonnée. Cette démarche RAI sera aussi un outil de communication performant entre les différents secteurs de prise en charge de la personne âgée. Une étude de faisabilité, avec des tests en institution et au domicile, est actuellement en cours et se prolongera jusqu'en 2009. A cette date, si l'évaluation est positive, l'implémentation à l'échelle du pays pourra intervenir.

⁶⁸ Les soins informels sont des soins aux malades chroniques, personnes handicapées ou nécessitant des soins, donnés par des proches : membres de la famille, amis, connaissances et voisins.

⁶⁹ A l'avenir, elles devront également enregistrer les chutes et le nombre de personnes incontinentes.

Dans le but d'offrir des soins de longue durée adaptés, les associations de patients ou de personnes âgées sont de plus en plus souvent consultées. Ainsi, pour élaborer le nouveau système de prise en charge des maladies chroniques, les associations de patients sont actuellement interrogées par voie d'enquête ; et dans le cadre des formes alternatives de soins pour les personnes âgées, une harmonisation parallèle avec les associations de séniors est en cours.

Enfin, nous considérons également comme un facteur de qualité, les divers incitants qui favorisent, lorsque son état de santé le lui permet, le maintien ou le retour sur le marché du travail du malade de longue durée. Ainsi, des efforts seront entrepris afin d'aboutir à une réinsertion socioprofessionnelle réussie des assurés sociaux inaptes au travail. Une meilleure réglementation financière sera également mise sur pied pour les personnes qui doivent s'absenter régulièrement de leur travail pour un traitement médical programmé (ex. chimiothérapie, dialyse rénale). Enfin, des initiatives seront prises en vue d'améliorer le taux d'emploi des personnes handicapées et invalides.

4.3.4. Garantir la viabilité (financière) de soins de longue durée accessibles et de qualité :

Dans son rapport 2007, le Comité d'Etude sur le Vieillessement estime que les dépenses publiques relatives aux soins de longue durée⁷⁰ augmenteront de 1,2% du PIB (passant de 0,9% à 2,1% du PIB) entre 2007 et 2050.

Dans ce contexte, il est primordial que les autorités aient une vision globale de long-terme sur la façon d'aborder la problématique des soins de longue durée dans les années/décennies à venir.

S'il est évidemment important de dégager des marges de manœuvre budgétaire (voir [section 4.2.4., point A1](#)), il faut aller au-delà.

En ce sens, il est essentiel qu'une bonne gouvernance (coordination entre niveaux de pouvoir établis) une programmation optimale à long terme de l'offre de soins de longue durée à long terme. Celle-ci doit assurer une meilleure efficacité (c'est-à-dire mieux répondre aux besoins et souhaits des personnes âgées tout en contenant les dépenses) non seulement pour les personnes âgées, mais pour l'ensemble des malades de longue durée. A cette fin, la connaissance réelle du paysage des lits/places disponibles pour accueillir les personnes ayant besoin de soins est un des défis actuels des Communautés et Régions. Une étude devrait être faite dans ce sens. Mais ce n'est pas tout, dans le cadre de la « *Conférence interministérielle Santé publique* »⁷¹ (voir aussi [section 4.2.3., point B.3](#)), les Communautés et les Régions se fixent, en collaboration avec l'Etat fédéral, des objectifs communs.

Par exemple, en ce qui concerne les personnes âgées, L'Etat fédéral, par le protocole 3, met à disposition des Communautés et Régions un budget en vue de concrétiser des formes alternatives de soins, mais aussi de nouvelles fonctions de soins et de nouvelles synergies. A l'intérieur d'un budget alloué par l'état fédéral, les différentes entités bénéficient d'une certaine liberté pour mettre en place ce genre de nouveaux projets ([cfr. 4.3.2.](#)).

⁷⁰ Outre l'évolution démographique et le vieillissement de la population, la projection de soins de longue durée tient également compte des probabilités de devenir dépendants, et si oui, de bénéficier de soins à domicile ou résidentiels ; ces derniers étant distingués selon le degré de dépendance.

⁷¹ Cette conférence interministérielle comprend, entre autre, un groupe de travail « *Politique en matière de soins chroniques* », un groupe de travail « *Politique de la Santé à mener à l'égard des Personnes âgées* » et un groupe de travail « *Santé mentale* ».

ANNEXES

Annexe au chapitre I

Introduction générale

1.1. Flexicurité et politiques sociales

Annexe 1.1. Flexicurité et politiques sociales

Lors du Conseil européen des Ministres de l'Emploi et des Affaires sociales du 5 décembre 2007, le gouvernement belge a ratifié les principes communs de flexicurité, convaincu du fait que les défis de notre société actuelle exigent une action énergique et que le concept de flexicurité a un rôle important à jouer à cet égard.

L'importance de la flexicurité ressortait déjà du Rapport stratégique sur la protection sociale et l'inclusion sociale 2006-2008, ainsi que du Programme national de réforme 2005-2008, dans lequel la politique sociale belge se ralliait clairement aux objectifs de la "flexicurity approach" européenne.

Le gouvernement belge aimerait à nouveau souligner ici que les deux composantes du concept de flexicurity, à savoir la flexibilité (flexibility) et la sécurité (security) doivent coexister sur un pied d'égalité. Comme la Commission européenne l'a déjà confirmé à maintes reprises, les deux composantes sont indispensables et se renforcent mutuellement pour atteindre les objectifs visés.

Bien que la politique sociale belge ne fasse pas état d'une stratégie explicite de flexicurité, on constate néanmoins que cette politique recèle de nombreuses spécificités de la notion de flexicurité.

La stratégie belge de flexicurité part du principe d'une politique d'activation et de soutien du marché de l'emploi, qui soit garante d'un niveau élevé de protection. Dans cette optique, on tente d'offrir

- un accompagnement solide à l'activation durant la carrière
- le soutien nécessaire durant les phases de transition
- le soutien nécessaire permettant des relations de travail flexibles
- une attention particulière aux groupes les plus vulnérables de notre société.

En outre, des mesures sont également prises en vue de soutenir et d'encourager la formation continue. Le Programme national de réforme approfondit ces composantes.

En ce qui concerne le pilier « sécurité sociale » de la stratégie belge de flexicurité, qui est le point de départ du Rapport stratégique 2006-2008, il reste d'application, et ce en vue de la consolidation d'une sécurité sociale forte, viable, juste et solidaire. Il constitue en même temps le levier permettant à la sécurité sociale de soutenir et de renforcer les autres priorités de la politique belge de flexicurité.

La politique est et reste avant tout axée sur le recours à un mode positif de mise et de maintien des gens au travail. Afin que les performances du système belge de sécurité sociale puissent également être maintenues à l'avenir, il importe de relever le taux d'activité. Les mesures concrètes qui ont été prévues et prises dans ce contexte sont décrites en détail dans le volet « emploi » du Programme national de réforme.

La sécurité sociale contribue à soutenir cette politique d'activation via le système des « réductions de groupes cibles » (comme déjà mentionnées dans le Rapport stratégique 2006-2008) et via les divers plans d'action « pièges à l'emploi » qui ont été mis sur pied aux niveaux fédéral et régional. Ainsi, au niveau fédéral, on peut citer le bonus à l'emploi pour les bas salaires, le maintien de l'allocation de garantie de revenu pour les personnes qui sortent du chômage pour travailler à mi-temps, la poursuite temporaire du paiement des allocations familiales majorées aux chômeurs de longue durée en cas de reprise du travail, ... A cela viennent s'ajouter les incitants proposés par la sécurité sociale aux personnes en fin de carrière pour les maintenir au travail (via, entre autres, un système de bonus pension pour les travailleurs du secteur privé et un système de bonus pension

pour les fonctionnaires). La possibilité offerte aux personnes bénéficiant d'une pension de retraite et/ou de survie de (continuer à) travailler entre également dans le cadre de cette politique d'activation.

Par ailleurs, la sécurité sociale s'efforce de soutenir le plus harmonieusement possible le déroulement des « transitions » dans la vie professionnelle. On peut citer à cet égard le système des périodes assimilées, selon lequel des périodes déterminées, pour lesquelles aucune cotisation de sécurité sociale n'a été payée, entrent quand même en ligne de compte pour la constitution des droits de sécurité sociale. Par ailleurs, dans certains cas déterminés d'interruption de carrière, la sécurité sociale prévoit également une intervention destinée à soutenir ces périodes: c'est ainsi qu'en cas d'interruption de carrière, de congé d'assistance, de congé pour soins palliatifs, de congé parental ..., le travailleur a droit à une allocation d'interruption.

Quant au travail à temps partiel, en principe, il ne donne pas non plus lieu à la perte de la protection sociale.

Il existe également des incitants à la reprise du travail en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle ou d'invalidité. Il faut mentionner à ce propos le système de l'« emploi progressif » dans le secteur des soins de santé. En matière d'accident du travail et de maladie professionnelle, un concept de réinsertion professionnelle est prévu.

Dans la même optique, la sécurité sociale belge s'efforce d'offrir des garanties aux travailleurs confrontés à des conditions de travail flexibles ou atypiques qui requièrent une flexibilité de la part des travailleurs et qui s'avèrent indispensables pour permettre aux entreprises de réagir rapidement et efficacement aux besoins et à l'évolution de la production. On peut mentionner à ce sujet l'extension de la sécurité sociale à des catégories atypiques de travailleurs tels que les travailleurs saisonniers, les gardiennes d'enfants, les artistes ...

En outre, la constitution des droits de sécurité sociale n'est, en fait, pas liée au type de travail ou aux conditions de travail : les droits restent garantis en cas par exemple de travail de nuit, de système « plus minus conto », de travail à temps partiel, de travail intérimaire, ...

On peut ajouter, en guise de conclusion, que la sécurité sociale s'efforce aussi d'offrir le soutien nécessaire en ce qui concerne le volet « formation continue », surtout aux groupes les plus vulnérables. C'est ainsi qu'il existe, en matière de soins de santé, un système de réadaptation professionnelle, et en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle, un volet « réadaptation » dans le cadre de la nouvelle réglementation relative à la réinsertion professionnelle. Il convient de mentionner aussi le soutien offert par le système de l'interruption de carrière, auquel on peut recourir pour faire des études.

Parallèlement à ce soutien apporté par la sécurité sociale, il importe évidemment de disposer d'une sécurité sociale qui soit financièrement saine et efficace, comme l'indiquait déjà le Rapport stratégique 2006-2008.

Au niveau des recettes, le défi consiste toujours à modérer la pression exercée sur les coûts du travail, tout en continuant à garantir un degré élevé de protection sociale. Comme déjà évoqué plus haut, le système des réductions de cotisations, accompagné ou non d'une compensation via le financement alternatif, est maintenu tel quel ; on étudie cependant le moyen de simplifier l'amalgame des réductions de cotisations en vue d'améliorer l'efficacité du système.

D'autre part, la lutte contre le travail au noir et la fraude sociale sera poursuivie sans relâche. Dans ce contexte, il a été procédé en 2008 à la création d'un Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale et d'un Comité ministériel pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale, afin d'apporter une réponse plus efficace à cette problématique.

Au niveau des dépenses, le Gouvernement veillera à maintenir les dépenses sous contrôle.

En ce qui concerne la branche des soins de santé, la norme de croissance globale des dépenses, dont il a déjà été question dans le Rapport stratégique 2006-2008, reste fixée à 4,5% par an hors inflation. Un Fonds pour l'avenir des soins de santé a également été créé. En ce qui concerne les pensions, comme déjà explicité dans le Rapport stratégique 2006-2008, le développement du Fonds de vieillissement sera poursuivi. Ces éléments sont commentés plus en détail dans les chapitres relatifs aux soins de santé et aux pensions.

D'autre part, compte tenu de l'objectif de maintien d'un degré de protection sociale élevé, il importe que le niveau des prestations sociales reste correct. Ainsi, les pensions minimums ont été augmentées et une augmentation des allocations familiales via l'instauration progressive d'un treizième mois d'allocations familiales est prévue. Comme déjà annoncé et exposé dans le Rapport stratégique 2006-2008, un mécanisme légal d'adaptation des prestations sociales au bien-être a également été prévu dans l'intervalle. Ce mécanisme régit l'adaptation bisannuelle des prestations sociales à l'évolution du bien-être général, en accord avec les partenaires sociaux.

Annexes au chapitre II

Plan d'action National pour l'Inclusion Sociale 2008-2010

2.1. Exemple de "Good practice" pour le chapitre Inclusion sociale

2.1.1. Exemple 1: Les experts du vécu/médiateurs de terrain

2.1.2. Exemple 2 : Les fonctionnaires d'attention

2.1.3. Exemple 3 : Inclusion de personnes sans-abri

2.1.4. Exemple 4 : Validation des compétences



Annexe 2.1. Les exemples de « Good practice » du chapitre Inclusion

2.1.1. Exemple 1 : Les experts du vécu/médiateurs de terrain

Name of Measure	Member State
Insertion de médiateurs de terrain en pauvreté et exclusion sociale au sein de l'administration fédérale	Belgique
End Purpose of the Measure	
<p>Trois objectifs centraux ont été définis pour le projet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - amener le point de vue des personnes en pauvreté dans les services publics fédéraux - contribuer à la réalisation d'une plus grande accessibilité des services pour tous, et ainsi à la réalisation des droits sociaux fondamentaux - créer une nouvelle sorte de fonction au sein de l'administration fédérale 	
Main Results in summary	
<p>En 2004, le conseil des ministres a décidé d'engager des médiateurs de terrain en pauvreté et exclusion sociale au sein de l'administration fédérale. Le SPP Intégration sociale a été chargé de la mise en œuvre de ce projet, pour lequel un cofinancement a pu être trouvé auprès du FSE.</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans un premier temps, deux médiateurs de terrain ont été engagés au SPP Intégration sociale - 2 coordinateurs ont été désignés pour mettre en place le cadre du projet, ainsi que pour engager, suivre et accompagner les médiateurs de terrain, en collaboration avec les médiateurs de terrain du SPP Intégration sociale - 16 médiateurs de terrain (3 diplômés et 15 en formation), dont 8 néerlandophones et 8 francophones, ont été engagés dès septembre 2005 et détachés vers 10 services publics fédéraux, dont 5 institutions de sécurité sociale - du côté francophone, la formation de médiateur de terrain en pauvreté et exclusion sociale a été mise sur pied sous l'impulsion du fonds Social Européen, en collaboration avec l'Institut Roger Guilbert. Cette formation a débuté en octobre 2005. Les deux premiers médiateurs de terrain effectivement détachés l'ont été fin décembre 2005 à la CAAMI, les deux derniers ont commencé en août 2006 au SPF Finances. <p>En juin 2008 a démarré un nouveau projet qui prolonge l'expérience et les verwoorheden du projet pilote. Un total de 16 nouveaux médiateurs de terrain ont été engagés pour être détachés, toujours selon le même principe, dans différents services publics fédéraux, tels que le SPF Intérieur ou le SPF Economie.</p> <p>Jusqu'à présent, les résultats qui se dégagent sont les suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sous l'impulsion du projet, on observe dans les services impliqués une attention plus explicite pour les expériences et le point de vue des personnes en pauvreté - une attention plus explicite dans les services concernés pour les possibilités de contribuer à la réalisation des droits sociaux fondamentaux - une attention plus explicite pour la reconnaissance de "l'expertise du vécu" au sein de l'administration fédérale. <p>L'implication des médiateurs de terrain dans le projet est loin d'être évidente pour eux, mais contribue à les aider dans leur processus personnel et professionnel de développement.</p>	
Targeted Beneficiaries	Policy Focus
General Population <input checked="" type="checkbox"/>	Social Exclusion <input checked="" type="checkbox"/>
Children <input checked="" type="checkbox"/>	Healthcare <input type="checkbox"/>
Single-parent families <input checked="" type="checkbox"/>	Long-term Care <input type="checkbox"/>

Unemployed	<input checked="" type="checkbox"/>	Governance	<input checked="" type="checkbox"/>
Older people	<input checked="" type="checkbox"/>		
Young People	<input checked="" type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input checked="" type="checkbox"/>	National	<input checked="" type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input checked="" type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input checked="" type="checkbox"/>	Implementing Body	
Homeless	<input checked="" type="checkbox"/>	Gouvernement federal	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		

Context/Background to the Initiative

Le fil rouge qui sous-tend le projet est la question de la manière dont les différents services publics peuvent réaliser la "participation" (au sens du Rapport Général sur la Pauvreté de 1994) des personnes en pauvreté dans le cadre de leurs missions spécifiques. Le cadre le plus important ici est la réalisation des droits sociaux fondamentaux.

Le projet entend particulièrement s'inscrire dans une certaine vision de la pauvreté et de la lutte contre la pauvreté:

- l'approche de la pauvreté en tant que problème structurel (c'est-à-dire une approche sociétale qui n'est pas principalement axée sur le soutien et l'accompagnement des individus)
- une approche participative de la lutte contre la pauvreté
- cadrer avec des initiatives en matière d'accessibilité active et passive des administrations
- s'inscrire dans le concept de diversité dans l'administration fédérale

Details of the Initiative

1. What is/was the timescale for implementing the initiative?

Le projet pilote s'est terminé en juin 2008.

Première phase: préparation (octobre 2004 - août 2005)

- engagement en octobre 2004 de 2 médiateurs de terrain au sein du SPP IS
- engagement d'un coordinateur francophone en avril 2005
- demande et obtention du soutien du FSE
- accord avec les Régions concernées et les instituts de formation pour la mise en place de la formation côté francophone
- engagement d'une coordinatrice néerlandophone en août 2005.

Deuxième phase: recrutement, engagement et détachement des médiateurs de terrain

- recrutement et engagement de 8 médiateurs de terrain francophones en formation
- démarrage en novembre 2005 de la formation côté francophone
- recrutement et engagement de 5 médiateurs néerlandophones en formation et de 3 déjà diplômés
- publication des objectifs et du cadre du projet pilote
- introduction du projet pilote dans les services publics fédéraux impliqués
- démarrage puis poursuite des négociations avec les services impliqués
- mise en place avec les médiateurs de terrain d'un travail communautaire et d'un système de soutien individuel
- élaboration d'accords de coopération et démarrage effectif des détachements
- accord avec une institution de recherche reconnue pour l'évaluation du projet pilote

	<p>Troisième phase: suivi et évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluation intermédiaire avec l'aide des évaluateurs (institutions de recherche HIVA et ULB) et organisation d'un colloque en novembre 2006 - évaluation finale du projet août 2008 par l'Université de Gand et de Liège <p>Le nouveau projet a démarré le 1er mai 2008. Les étapes suivantes sont prévues :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de l'équipe de coordination • Engagement de 16 médiateurs de terrain supplémentaires • Poursuite de la mise en place d'une formation conduisant à un diplôme qualifiant et permettant d'acquérir les compétences professionnelles nécessaires. • Négociations avec le Ministre de la Fonction publique en vue de la consolidation et de la création d'une fonction générique pour les médiateurs de terrain au sein de l'administration fédérale.
2.	Specific Objectives
	<ul style="list-style-type: none"> - définir puis affiner la fonction et des tâches des médiateurs de terrain dans chaque service - élaborer un cadre financier et juridique pour l'entrée en service et l'évolution des médiateurs de terrain au sein des services - développer un cadre adapté pour le soutien des services (e.a. les coaches et les mentors des médiateurs de terrain) - élaborer un cadre commun pour la formation et le recrutement de médiateurs de terrain - élaborer et adapter une vision et un cadre de référence pour le projet - développer une base (politique et institutionnelle) pour la continuation du projet - dégager la plus-value du projet, en concertation avec les services concernés et les médiateurs de terrain eux-mêmes; il doit s'agir tant de la plus-value pour le groupe cible des personnes en situation de pauvreté, que de la plus-value pour les services impliqués, pour les médiateurs de terrain eux-mêmes, ou encore pour l'extérieur (autres administrations, secteur social, citoyens en général).
3.	How did the initiative address these objectives ?
	<p>Les étapes suivantes ont été posées pour atteindre les objectifs formulés ci-dessus:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en place de la formation côté francophone - mise en œuvre d'une procédure spécifique de recrutement pour l'engagement de médiateurs de terrain (appel à candidatures via les CPAS côté francophone, coopération avec l'institut de formation De Link côté néerlandophone) - publicité du projet pilote auprès des administrateurs généraux de tous les services publics fédéraux et institutions de sécurité sociale concertation et négociation avec les services intéressés concernant la fonction, les tâches et le soutien des médiateurs de terrain - élaboration d'un accord de coopération avec les services publics fédéraux qui ont souhaité engager un ou plusieurs médiateur(s) de terrain - accompagnement individuel et collectif des médiateurs de terrain au SPP Intégration sociale - entretiens de suivi réguliers avec les services impliqués concernant l'intégration des médiateurs de terrain, (l'évolution de) leur fonction et leurs tâches, le suivi et la description de la plus-value particulière - organisation de concertations mutuelles et d'échanges d'expérience entre les services impliqués - mise en place de différents comités d'accompagnement pour le suivi et la

	<p>continuation du projet (comité d'accompagnement restreint, groupe de pilotage ESF et comité d'accompagnement élargi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - communication et diffusion d'information sur le projet au sein des services impliqués mais aussi plus largement (e.a. via les médias et la participation à des réunions de concertation) - concertation et adoption d'accords avec les deux instituts de formation - mise en place d'une concertation entre les deux instituts de formation impliqués
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	<ul style="list-style-type: none"> - suivi par service via des entretiens de suivi mensuels (pendant les 6 premiers mois) puis tous les 2 mois; ces entretiens ont lieu avec le coordinateur, les médiateurs de terrain du SPP IS, le coach et/ou le mentor du service concerné, et les médiateurs de terrain eux-mêmes - via des réunions d'équipe régulières avec tous les médiateurs de terrain (soit francophones, soit néerlandophones et occasionnellement aussi des échanges entre les deux équipes) - concertation régulière avec les instituts de formation concernant le coaching et l'évaluation des médiateurs de terrain et en ce qui concerne le suivi général + concertation entre les deux instituts de formation - 1 comité d'accompagnement restreint, 1 groupe de pilotage FSE et 1 comité d'accompagnement élargi - évaluation externe intermédiaire par l'HIVA et l'ULB fin 2007 - évaluation finale externe par Université de Gand et Liège en Août 2008 - évaluation finale prévue par service avec les médiateurs de terrain, leurs accompagnants, des représentants du service personnel et Organisation et les présidents ou administrateurs généraux des services concernés ainsi que celui du SPP IS - contacts réguliers avec des partenaires extérieurs impliqués dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	<ul style="list-style-type: none"> - le projet ne comporte pas d'objectifs quantifiables. Le processus de négociation, l'engagement des services et le fait que 16 médiateurs de terrain aient commencé effectivement constitue déjà une première étape essentielle - le processus et la discussion au sujet de la fonction et du contenu des tâches des médiateurs de terrain sont intenses et restent une priorité centrale pour la période à venir; on peut parler ici d'un résultat qualitatif, en l'occurrence le fait qu'une attention plus explicite aux expériences et au point de vue des personnes en pauvreté ait découlé de ces négociations et de l'insertion des médiateurs de terrain (les difficultés de cette étape sont décrites plus loin) - dans chaque service, les médiateurs de terrain accomplissent des tâches différentes; il s'agit généralement de s'impliquer dans le soutien et l'accompagnement individuels (au sein d'un service social, d'un call center, d'un service d'accueil, d'une permanence de première ligne, ...), d'une intervention au niveau de l'efficacité de l'information et de la communication (folders et brochures, sites web, courrier, ...), d'une implication dans la recherche (p. ex. rassembler et transposer des documents venant d'associations où les pauvres prennent la parole, collaborer à des recherches pour qu'y soit reflété le point de vue du client - p. ex. enquêtes de satisfaction, recueil de témoignages et de propositions auprès d'usagers et de non-usagers, ... -, collaboration à des projets concrets, à la formation interne et à la sensibilisation du personnel par rapport à la problématique de la pauvreté et de

	<p>l'exclusion sociale...). Les tâches varient de service en service et dépendent à la fois des attentes et des possibilités du service et de l'évolution des médiateurs de terrain et de ce qu'ils proposent. Comme on l'a déjà mentionné, les tâches assumées par les médiateurs de terrain sont en constante évolution et font l'objet d'un dialogue continu entre le SPP IS, les médiateurs de terrain et les services dans lesquels ils sont détachés</p> <ul style="list-style-type: none"> - en fonction du processus personnel et professionnel d'évolution des médiateurs de terrain, les résultats s'avèrent globalement positifs, et ce grâce à l'apport et à l'engagement des médiateurs de terrain eux-mêmes, des coaches et des mentors au sein des services concernés, des instituts de formation et du SPP IS - le développement du cadre de référence est essentiel pour pouvoir formuler des critères qualitatifs partant du point de vue du client; des étapes importantes ont également été franchies ici, tant via une communication soutenue que par des apports extérieurs; affiner et renforcer le cadre de référence reste également un souci constant - des contacts ont été établis avec les autorités politiques responsables en ce qui concerne le montage financier et juridique qui a permis le détachement des médiateurs de terrain vers les différents services ainsi que l'établissement d'une base politique et institutionnelle pour la poursuite du projet; cela a notamment lieu dans le cadre des différents groupes de pilotage.
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<p>Le projet doit faire face à des résistances à différents niveaux: résistance au niveau des services, au niveau des instituts de formation, au niveau des médiateurs de terrain eux-mêmes, et au niveau du contexte.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. au niveau des services, on note les défis suivants: <ul style="list-style-type: none"> - la reconnaissance et la validation d'une autre forme de compétence et d'expertise, à savoir l'expertise du vécu - la difficulté de définir une description de fonction adaptée en dehors des cadres existants - les difficultés liées à l'intégration des médiateurs dans le service - les attentes trop basses ou trop élevées (p.ex. le risque d'en demander trop à un médiateur et de surestimer sa capacité de résistance) 2. Au niveau des instituts de formation, rendre le concept de médiateur de terrain, tel que développé en Flandre, applicable au contexte d'une administration fédérale, au sein de laquelle l'accent est plus mis sur un travail orienté par le niveau politique, constitue assurément un défi; au niveau de la formation, un accompagnement et un suivi étroitement basés sur l'expérience et axés sur les processus est indispensable, ce qui implique également que des moyens et un encadrement adéquats soient prévus. 3. Au niveau des médiateurs de terrain, l'intégration dans les services n'est pas évidente, d'autant qu'ils y sont généralement les premiers et les seuls médiateurs de terrain. De plus, leur engagement dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ne s'arrête pas après les heures de travail. Contribuer à soutenir le processus d'émancipation de médiateurs de terrain implique également de tenir compte à différents niveaux de leur vécu et de leurs expériences en matière de pauvreté. 4. La résistance de la part de l'extérieur est notamment liée à la discussion méthodologique concernant la manière dont le point de vue des personnes en pauvreté peut être amenée dans les services, et des questions concernant la légitimité de "l'expérience personnelle élargie".
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<ul style="list-style-type: none"> - Le dialogue est ici essentiel, tant avec les médiateurs de terrain qu'avec les services, les instituts de formation ou les experts externes. - Le soutien des autorités, tant du niveau politique que du management des services impliqués, est une condition sine qua non pour la mise en place, le

	<p>développement et la continuité de ce projet. On s'est notamment beaucoup investi dans une description claire de la plus-value d'une collaboration avec des médiateurs de terrain.</p> <ul style="list-style-type: none"> - On a également beaucoup investi dans l'accompagnement des médiateurs de terrain ainsi que des services. - La flexibilité ainsi que la réflexion continue entre toutes les parties impliquées par rapport aux objectifs et au cadre de référence du projet et par rapport à la fonction, aux tâches et au soutien des médiateurs de terrain est indispensable.
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<p>Le projet médiateurs de terrain a produit comme effet non escompté mais très positif, la prise en compte dans les agendas institutionnels des organismes partenaires les bénéfices de leur participation au projet et ce compris dans leur politique de communication.</p>

2.1.2. Exemple 2 : Les fonctionnaires d'attention

Name of Measure		Member State	
Fonctionnaires chargés de veiller à ce qu'une attention particulière soit accordée à la lutte contre la pauvreté dans les différents départements de l'administration flamande.		Belgique (Flandre)	
End Purpose of the Measure			
Dans chaque domaine politique, une attention est accordée aux personnes en pauvreté lors de l'évaluation des politiques existantes et du développement de nouvelles initiatives. Une concertation avec le groupe cible a lieu. Il y a également concertation entre les différents secteurs, dans le but de préparer, de coordonner et d'évaluer les actions menées dans les différents domaines politiques dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.			
Main Results in summary			
Dans tous les départements de l'administration flamande qui sont concernés par une politique inclusive de lutte contre la pauvreté, un fonctionnaire a été désigné pour garantir l'attention à porter à cette politique. Ces fonctionnaires suivent dans leur secteur toutes les actions et évolutions qui peuvent être rattachées à la politique de (lutte contre) la pauvreté. Ils participent à la concertation verticale permanente de leur secteur, une concertation qui a lieu entre l'autorité et le groupe cible. Ils prennent également part à la concertation permanente horizontale, qui elle a lieu entre les différents secteurs. Par ce biais, ils collaborent également au plan d'action régional de lutte contre la pauvreté.			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input checked="" type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input checked="" type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input checked="" type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input checked="" type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input checked="" type="checkbox"/>		
Mensen in een situatie van armoede en sociale uitsluiting			
Context/Background to the Initiative			
Le Gouvernement flamand part du principe que chaque secteur politique doit porter à la lutte contre la pauvreté l'attention qu'elle mérite, et entend développer en la matière une politique inclusive. La pauvreté a différentes causes qui se renforcent mutuellement, et qui doivent par conséquent être abordées de façon différenciée.			

La pauvreté est un réseau d'exclusions sociales que s'étend sur plusieurs domaines de l'existence individuelle et collective. La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale doit dès lors être menée sur tous les fronts. Dans chaque domaine, la réglementation existante doit être examinée en étant attentif aux facteurs d'exclusion, et doit être adaptée si nécessaire. Lors de l'adoption de nouvelles mesures également, il est essentiel de tenir compte des mécanismes d'exclusion possibles.

Le décret du 21 mars 2003 concernant la lutte contre la pauvreté prévoit un certain nombre d'instruments politiques en la matière, dont le plan d'action régional de lutte contre la pauvreté et la mise en place d'une concertation permanente.

L'arrêté du Gouvernement flamand du 10 octobre 2003 portant exécution de ce décret scinde cette concertation permanente en un volet horizontal et un volet vertical. À cette concertation participent, les représentants des départements et services concernés, que l'on appelle les « fonctionnaires d'attention ».

Details of the Initiative

1. What is/was the timescale for implementing the initiative?

En application du décret du 21 mars 2003 portant sur la lutte contre la pauvreté, des fonctionnaires d'attention ont été désignés et la concertation permanente a été mise en place. Après le réorganisation de l'administration flamande dans le cadre de sa politique de Bonne Gouvernance, les départements les plus concernés par la politique inclusive de lutte contre la pauvreté ont vu leur fonctionnaire d'attention soit être confirmé(e) dans ses fonctions, soit être remplacé(e).

La concertation permanente horizontale a lieu au moins quatre fois par an, tandis que la concertation permanente verticale doit être organisée au moins deux fois par an au sein de chaque secteur.

2. Specific Objectives

Dans chaque secteur, une attention est accordée aux personnes en pauvreté lors de toute évaluation d'une politique existante ainsi que lors du lancement de toute nouvelle initiative en lien avec (la lutte contre) la pauvreté. Au sein chaque secteur, une concertation est organisée entre l'autorité et le(s) représentants du) groupe cible pour débattre de la politique à évaluer ou des nouvelles initiatives à mettre en place. Quant à la concertation entre les différents secteurs, elle a pour but de préparer, de coordonner et d'évaluer les actions qui sont prises dans les différents domaines dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, permettant ainsi s'arriver à une politique intégrée de lutte contre la pauvreté au niveau régional. L'attention à la participation du groupe cible est essentielle dans ce processus.

3. How did the initiative address these objectives ?

Dans chaque entité de l'administration flamande, un fonctionnaire d'attention en matière de la lutte contre la pauvreté a été désigné. Les fonctionnaires d'attention suivent les actions et les évolutions qui, dans leur secteur, peuvent avoir un lien avec (la lutte contre) la pauvreté. A ce titre, ils jouent également un rôle de référent au sein de leur secteur.

Les fonctionnaires d'attention participent à la concertation de pauvreté permanente verticale de leur secteur. Cette concertation a pour fonction de confronter les initiatives politiques spécifiques du secteur concerné à la vision

	<p>et à l'expérience du groupe cible et de formuler des propositions de modifications. Il est la responsabilité de chaque ministre flamand d'organiser cette concertation et d'en déterminer les modalités de fonctionnement en concertation avec le Réseau flamand des Associations où les Pauvres prennent la Parole. Un rapport de cette concertation verticale est repris dans l'actualisation du plan d'action régional de lutte contre la pauvreté.</p> <p>À côté de la concertation verticale, il y a également une concertation permanente horizontale en matière de pauvreté, qui réunit les fonctionnaires d'attention des différents secteurs. Le Réseau flamand des Associations où les Pauvres prennent la Parole en fait également partie, au titre de représentant du groupe cible. Les missions de la concertation horizontale sont les suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1° préparer dans les différents secteurs les actions qui découlent du plan d'action ; 2° analyser l'impact et les effets de ces actions ; 3° coordonner les actions et assurer une cohérence entre les actions des différents secteurs; 4° déterminer les conditions d'organisation de la concertation ; 5° prendre connaissance des propositions formulées dans les concertations verticales de chacun des secteurs; 6° évaluer le plan d'action régional; 7° à la demande du ministre coordinateur, mettre en œuvre les missions qui sont dévolue au Gouvernement flamand suite aux décisions prises au niveau de la conférence interministérielle « intégration dans la société » dans le cadre de l'accord de coopération fédéral / entités fédérées relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté. <p>La concertation permanente horizontale est coordonnée par le département Bien-être et Société de l'administration.</p>
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the project monitored/evaluated?
	<p>La composition de la concertation permanente est évaluée de façon continue, spécialement suite à la réorganisation administrative entreprise dans le cadre de la politique de Bonne Gouvernance. Tous les départements concernés ont été invités à désigner un nouveau fonctionnaire d'attention, ou à confirmer dans ses fonctions le fonctionnaire d'attention en place.</p> <p>La concertation permanente évalue régulièrement son propre fonctionnement et la façon dont ses missions sont réalisées.</p> <p>Lors de chaque réunion de la concertation horizontale, le Réseau flamand des Associations où les Pauvres prennent la Parole dresse un état des lieux des différentes concertations verticales.</p> <p>Un rapport d'activité portant sur les travaux de la concertation horizontale et des concertations verticales est publié dans le plan d'action flamand de lutte contre la pauvreté ainsi que dans chacune de ses actualisations annuelles.</p>
Outcomes	
1.	To what extent have the objectives been met?
	<p>Des fonctionnaires d'attention sont désignés dans tous les départements concernés par la politique de lutte contre la pauvreté. La concertation</p>

	<p>permanente horizontale se réunit au moins quatre fois par an. Des concertations verticales permanentes sont organisées dans un nombre sans cesse croissants de secteurs.</p>
2.	<p>What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?</p> <p>Il importe que les fonctionnaires d'attention obtiennent un mandat clair et dispose de suffisamment de temps pour suivre dans leur secteur les actions et les évolutions qui peuvent avoir un lien avec (la lutte contre) la pauvreté. Ils peuvent ainsi représenter une plus-value importante tant pour leur propre département qu'au-delà des compétences de ce dernier, dans les concertations horizontale et verticales.</p> <p>Les fonctionnaires d'attention doivent pouvoir compter sur un soutien suffisant au sein des départements, de façon à être moins dépendant de l'engagement personnel des collaborateurs. Une bonne collaboration avec le niveau politique et le soutien de ce dernier sont également indispensables.</p> <p>En outre, les fonctionnaires d'attention doivent nécessairement avoir une vision claire de la problématique de la pauvreté et une bonne compréhension de celle-ci.</p>
3.	<p>How were these obstacles and risks addressed?</p> <p>Tant les ministres que les fonctionnaires dirigeants des départements concernés ont été sensibilisés par le ministre de coordination de la lutte contre la pauvreté à l'intérêt de désigner un fonctionnaire d'attention, de lui décerner un mandat clair et de lui accorder suffisamment de temps pour remplir son rôle de façon optimale.</p> <p>Fin 2008, un séminaire de formation sera organisé pour les fonctionnaires d'attention. Une explication générale au sujet de la problématique de la pauvreté y sera donnée par des personnes du groupe cible et leurs associations. Une large place sera également consacrée à des aspects plus politiques, comme le rôle des fonctionnaires d'attention, la création d'une structure d'appui au sein des départements et des secteurs, ou encore le fonctionnement de la concertation permanente.</p> <p>Des visites de travail dans les associations où les pauvres prennent la parole sont également prévues, pour permettre aux fonctionnaires d'attention de mieux « sentir » le groupe cible et le fonctionnement des associations.</p>
4.	<p>Were there any unexpected benefits or weaknesses?</p> <p>On continue à rechercher une manière réellement efficace de fonctionner de façon décloisonnée, notamment au niveau de la concertation horizontale. Celle-ci doit pouvoir devenir plus qu'un simple lieu d'échange sur ce qui se fait dans les différents secteurs.</p> <p>Les contacts qui sont noués dans le cadre de cette concertation horizontale permanente peuvent s'avérer extrêmement profitables, qu'il s'agisse de contacts mutuels entre différents fonctionnaires d'attention ou de contact entre fonctionnaires d'attention et représentants du groupe cible. Ainsi, il n'est pas rare que les participants se contactent directement les uns les autres en dehors des réunions de concertation, et les expériences qui ont pu être vécues dans l'un ou l'autre secteur peuvent bénéficier à tous.</p>

2.1.3. Exemple 3 : Inclusion de personnes sans-abri

Name of Measure	Member State				
DIOGENES a.s.b.l.	Belgium Territoire de Bruxelles-Capitale				
End Purpose of the Measure					
<p>Diogènes est un service psychosocial de travail de rue avec les personnes sans abri de Bruxelles (Belgique). Tous les travailleurs sociaux travaillent dans la rue, mais le service peut être contacté par téléphone. L'équipe de Diogènes est formée de 11 travailleurs de rue à temps partiel, une secrétaire à temps partiel et un coordinateur temps plein. C'est une équipe multidisciplinaire: 2 criminologues, 1 infirmier, 4 travailleurs sociaux, 2 sociologues, 1 historien d'art, et une personne d'origine Rom. La plupart du temps, l'équipe travaille en rue (2/3); le reste du temps est consacré au travail administratif (comptes-rendus, réunions...).</p> <p>L'un des objectifs finaux du projet DIOGENES est de créer des passerelles entre le monde de la rue et la société. Pour établir ces passerelles entre les personnes sans-abri et les associations sociales et institutions existantes, DIOGENES essaie de mettre les personnes en contact avec des services du secteur psycho-médico-social, pour qu'ils puissent répondre à leurs demandes. L'équipe ne se focalise pas sur l'aide directe, mais plutôt sur la relation, en vue de comprendre ce qui est réellement important pour les personnes sans-abri. De plus, le but du projet est d'informer les services existants des besoins et des demandes des personnes sans-abri.</p>					
Main Results in summary					
<p>Bonne connaissance de la situation en rue. Contacts réguliers et relation de confiance avec les personnes sans-abri vivant à Bruxelles. Amélioration des conditions de vie de nombreux "habitants de la rue". Collaboration effective dans le réseau avec de nombreux services sociaux, les CPAS, les hôpitaux, les maisons d'accueil et les logements accompagnés. Le service a pour mission d'informer le pouvoir politique sur la situation dans la rue et sur les besoins des personnes sans-abri.</p>					
Targeted Beneficiaries	Policy Focus				
<p>General Population <input type="checkbox"/></p> <p>Children <input type="checkbox"/></p> <p>Single-parent Families <input type="checkbox"/></p> <p>Unemployed <input type="checkbox"/></p> <p>Older People <input type="checkbox"/></p> <p>Young People <input type="checkbox"/></p> <p>People with disabilities <input type="checkbox"/></p> <p>Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/></p> <p>Ethnic Minorities <input type="checkbox"/></p> <p>Homeless <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Specific Illness/disease <input type="checkbox"/></p> <p>Other [Please specify:] <input type="checkbox"/></p>	<p>Social Exclusion <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Healthcare <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Long-term Care <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Governance <input type="checkbox"/></p> <tr> <th colspan="2" data-bbox="798 1612 1404 1646">Geographical Scope</th> </tr> <p>National <input type="checkbox"/></p> <p>Regional <input checked="" type="checkbox"/></p> <tr> <th colspan="2" data-bbox="798 1803 1404 1836">Implementing Body</th> </tr>	Geographical Scope		Implementing Body	
Geographical Scope					
Implementing Body					
Context/Background to the Initiative					
<p>Un large dialogue existe à Bruxelles entre la ville de Bruxelles (échevine des Affaires Sociales), le "Centres Publics d'Action Sociale" (C.P.A.S.), les maisons d'accueil et les</p>					

services spécialisés. Cette table ronde a conclu à la nécessité d'organiser un service de travail de rue avec les personnes sans-abri à Bruxelles. La Commission communautaire Commune (le gouvernement bruxellois) finance le projet expérimental DIOGENES.

DIOGENES a été créé en mars 1995.

En 1997, DIOGENES est devenu une a.s.b.l.

De 2007 à 2011, DIOGENES est agréé officiellement pour le travail de rue et reçoit des subventions publiques (environ 250.000 EUR/an).

A Bruxelles, malgré l'existence de nombreux services sociaux et d'autres services spécialisés pour personnes sans-abri, nombreuses sont celles qui ne font pas appel à ces services. Le fossé existant entre le monde de la rue et le monde social grandit de plus en plus. Ainsi, il est nécessaire de créer un nouveau service capable de faire le lien entre la rue et le monde social sans remplacer les associations existantes. Ce lien a pour but de faciliter l'accès aux services et aux institutions des personnes sans-abri et d'informer le monde social et institutionnel de la situation en rue afin qu'il puisse prendre des mesures adaptées à ce public.

Details of the Initiative

1. What is/was the timescale for implementing the initiative?

2. Specific Objectives

Les objectifs généraux de DIOGENES sont les suivants:

- 1) Permettre aux "habitants de la rue" d'avoir accès aux services sociaux existants afin d'améliorer leurs conditions de vie, leur santé, leur état psychologique, leurs conditions sociales et administratives et leurs relations sociales.
- 2) Leur offrir une écoute inconditionnelle et une aide morale. Respecter leurs valeurs et leur mode de vie.
- 3) Créer un échange dynamique qui respecte les demandes, les besoins, le rythme et les aspirations des "habitants de la rue".
- 4) Informer les associations et les autorités publiques sur la situation en rue et sur l'opinion des usagers au sujet de différents services

3. How did the initiative address these objectives?

- Les travailleurs de rue de DIOGENES vont directement à la rencontre des "habitants de la rue". Ils rencontrent les personnes où elles se trouvent et où elles vivent pour respecter leur vie privée.
- D'un point de vue méthodologique, trois grands principes guident le travail de DIOGENES:
 - 1) Travailler sur le territoire des "habitants de la rue". Le travail est

toujours effectué dans la rue ou à l'endroit choisi par l'utilisateur et qui lui est familier (par exemple: un café).

2) Respecter les règles et les valeurs des usagers. Les travailleurs de DIOGENES se considèrent comme des " invités " dans le territoire des personnes sans-abri; ils ne portent pas de jugement de valeur.

3) Travailler sur les demandes des personnes sans-abri, sans imposer de solution. DIOGENES rencontre les personnes sans-abri et établit des relations de confiance en vue de faciliter un accompagnement psychosocial de la personne. Il essaie aussi de construire un aperçu représentatif de la situation en rue et de développer un travail de réseau.

Méthodologiquement, l'asbl s'appuie sur les théories suivantes: "The presence approach" (Andries Baart); Interfering care (Henry Henselmans); Motivational interviewing and self determination theory (Miller and Rollnick); Assertive Community Treatment.

- Dans la rue, les activités suivantes sont organisées :

. Observation de la situation générale, mouvement des groupes, changement d'attitudes ou de comportements individuels, ...

. Contacts directs. Développement de relations privilégiées. Information. Aide aux personnes pour clarifier leur situation. Ecoute active et aide psychologique. Soutien des projets. Visite des personnes en prison, à l'hôpital, ...

. Interventions actives. Par exemple: mettre une personne en contact avec d'autres services comme l'hôpital, le service de santé mentale, les services sociaux publics, ... Accompagner et soutenir les personnes dans leurs démarches pour l'obtention de papiers, de santé et de revenus dans la mesure où elles ne peuvent faire ces démarches elles-mêmes.

- DIOGENES travaille en collaboration avec bien d'autres associations et institutions qui sont en contact avec des personnes sans-abri. Parmi ces associations par exemple: services de travailleurs de rue, services travaillant avec des personnes sans-abri, services sociaux, services de santé locaux et hôpitaux, restaurants sociaux, "Centres Publics d'Action Sociale, abris de nuits, maisons d'accueil.

- Des projets spécifiques ont été mis sur pied:

1) Travail avec les Roms : un travailleur culturel consacre une partie importante de son travail avec des habitants de la rue d'origine Rom.

2) Soutien au logement : Aide aux personnes qui ont toujours un logement mais qui risquent de le perdre, afin de leur trouver un logement.

3) Cohabitation : permettre l'accès à un logement, directement à partir de la rue, et partager ce logement avec d'autres anciens habitants de la rue.

4) Buddy : visite de volontaires aux habitants de la rue qui vivent dans une

	situation plus stable telle qu'une maison d'accueil, un home pour personnes âgées, ... Soutien, écoute, accompagnement, courses, excursions, ...
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the measure monitored/evaluated?
	Evaluation interne Qualitative : par le staff (rapport d'activités) Quantitative : statistiques Evaluation externe: feed-back d'autres services
Outcomes	
1.	To what extent have the specific objectives been met?
	<p>Objectif 1: Permettre aux " habitants de la rue" d'avoir accès aux services sociaux existants afin d'améliorer leurs conditions de vie, leur santé, leur état psychologique, leurs conditions sociales et administratives et leurs relations sociales. Cet objectif a été rencontré comme attesté par les actions réalisées par le service: établir des relais, soutenir, informer, créer des passerelles avec d'autres services, accompagner les personnes.</p> <p>Objectif 2: Ecoute inconditionnelle et soutien. Les travailleurs de DIOGENES assurent une présence quotidienne dans la rue afin de pouvoir rencontrer cet objectif</p> <p>Objectif 3: Créer une dynamique de changement. Une évaluation des demandes a été élaborée afin de pouvoir évaluer la réalisation de cet objectif.</p> <p>Objectif 4: Informer le pouvoir politique, le secteur social et le large public de la situation en rue. Le service participe aux réseaux, aux conférences, ... pour réaliser cet objectif.</p>
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<ol style="list-style-type: none"> 1) Difficultés de suivi des usagers à cause de leur grande mobilité. Difficultés de suivi des demandes à cause de la complexité de la situation des usagers. 2) Le large public ne comprend pas toujours la nature du travail 3) Difficultés pour établir des contacts et aider des personnes étrangères. Problèmes de communication (ignorance de leur langage), ignorance de leur culture, manque d'institutions pour personnes étrangères. 4) Isolement et solitude des usagers 5) Pas assez de collaboration entre le secteur de la santé mentale et le secteur social. 6) Pas de suivi médical dans la rue. 7) Coordination entre différents services travaillant avec la même personne.
3.	How were these obstacles and risks addressed?

	<ol style="list-style-type: none"> 1) Augmenter la compétence du staff et les compétences des travailleurs (formation, coaching) 2) meilleures stratégies de communication 3) meilleure connaissance de la culture des étrangers à Bruxelles. Informers les responsables politiques au sujet du manque de possibilités pour les étrangers d'être accueillis dans des maisons d'accueil. L'équipe est multiculturelle. 4) Travailler avec les ressources personnelles des personnes. Créer des liens entre les personnes sans-abri et les institutions sociales. 5) Développer un véritable réseau en vue de créer des services spécialisés pour la maladie mentale des personnes sans-abri. Développer le "SMES-B": réseau entre travailleurs du secteur de la santé mentale et travailleurs du secteur social en vue de l'élaboration d'un travail commun 6) Création de liens entre la personne et les services de santé mentale. 7) Création de projets qui travaillent sur des consultations de santé (Hermès)
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<p>Effectivité du réseau de communication dans la rue.</p> <p>Existence d'une organisation sociale spécifique à la rue.</p> <p>Relative facilité d'une première entrée en contact avec les "habitants de la rue".</p> <p>Grande diversité des personnes rencontrées dans la rue.</p>

2.1.4. Exemple 4 : Validation des compétences

Name of Measure		Member State	
Validation des compétences		Belgique (Région wallonne + Communauté française)	
End Purpose of the Measure			
<p>L'objectif majeur du dispositif de validation des compétences est de permettre aux citoyens de plus de 18 ans de faire reconnaître des compétences acquises par l'expérience de travail, par la formation professionnelle et par l'expérience de vie. Cette reconnaissance sera organisée via un consortium et des centres de validation organisés par les 5 institutions publiques de formation professionnelle continue : Bruxelles-Formation, Enseignement de promotion sociale, le Forem, IFAPME, SFPME.</p> <p>Les compétences seront formellement reconnues au travers de Titres de compétences délivrés au nom de la Communauté Française, de la Région wallonne et de la Commission communautaire francophone.</p> <p>Chaque année, une note d'orientation stratégique adoptée par les partenaires sociaux francophones est soumise à l'approbation des trois Gouvernements.</p>			
Main Results in summary			
<p>Ainsi, au 31 décembre 2007 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 102 Titres de compétence associés à 33 métiers et à 11 secteurs ont été rendu disponibles; - 27 centres de validation disposent d'une quarantaine d'agrément; - 740 épreuves ont été organisées; - Le taux de réussite est de 61%. 			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input checked="" type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input checked="" type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input type="checkbox"/>
Single-parent families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older people	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
<p>Le 24 juillet 2003, un Accord de coopération entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française relatif à la validation des compétences dans le champ de la formation professionnelle continue est conclu.</p> <p>Trois décrets portant assentiment de l'Accord de coopération ont ensuite été adoptés par les niveaux de pouvoir concernés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décret Communauté Française du 22 octobre 2003 : MB 31.12.2003 			

- Décret Région wallonne du 13 novembre 2003 : MB 23.01.2004
- Décret Cocof du 7 novembre 2003 : MB 03.05.2004

Details of the Initiative

1. What is/was the timescale for implementing the initiative?

Si les années 2004 et 2005 ont, essentiellement, été consacrées à la mise en route du dispositif, à la définition des méthodologies de validation et des conditions d'agrément des centres de validation, les années 2006 et 2007 consacrent la mise en route opérationnelle de la validation.

Pour les années 2008-2010, il s'agira de renforcer les actions du dispositif de validation des compétences, à savoir :

- développer l'offre de validation tant par le nombre de centres agréés que par le nombre de métiers disponibles;
- renforcer la visibilité des Titres de compétences et développer une politique de communication globale et coordonnées;
- développer une approche intégrée de la validation qui reposera, en outre, sur une cartographie de l'offre de validation, sur l'intégration de la validation dans le DIISP, sur une meilleure articulation entre l'offre de validation et besoin du marché de l'emploi;
- renforcer la portée du Titre de compétence tant dans les parcours de formation que dans la gestion des compétences en entreprise.

2. Specific Objectives

Le 18 avril 2008, les Gouvernements de la Communauté Française et de la Région wallonne ont décidé d'organiser une conférence interministérielle biennale autour de la validation des compétences afin d'aborder la problématique dans sa globalité et d'apporter des réponses à l'évolution du dispositif.

3. How did the initiative address these objectives ?

Monitoring and Evaluation

How is/was the project monitored/evaluated?

Outcomes

1. To what extent have the objectives been met?

2. What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?

Un principe sous-tend le fonctionnement de ce dispositif : un double partenariat entre d'une part des opérateurs publics et d'une part entre les opérateurs publics et les partenaires sociaux.

3. How were these obstacles and risks addressed?

Un partenariat "public" via un Consortium rassemblant 5 opérateurs de formation:

- Bruxelles-Formation (Cocof)
- L'Enseignement de promotion sociale (CFWB)

	<ul style="list-style-type: none"> - Le Forem Formation (RW) - L'institut de Formation en Alternance des Petites et Moyennes Entreprises (RW) - Et le service de Formation des Petites et Moyennes Entreprises (Cocof) <p>Le partenariat « public-partenaires sociaux » intervient à différents moments dans le processus de validation : dans la définition des objectifs opérationnels, dans la production des référentiels de validation, dans l'agrément des centres de validation et dans la réalisation des épreuves de validation.</p> <p>L'ensemble du dispositif est sous la responsabilité finale des exécutifs concernés; champ stratégique et normatif.</p>
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?

Annexe au chapitre III

Rapport stratégique pour les pensions 2008-2010

3.1. Les graphiques

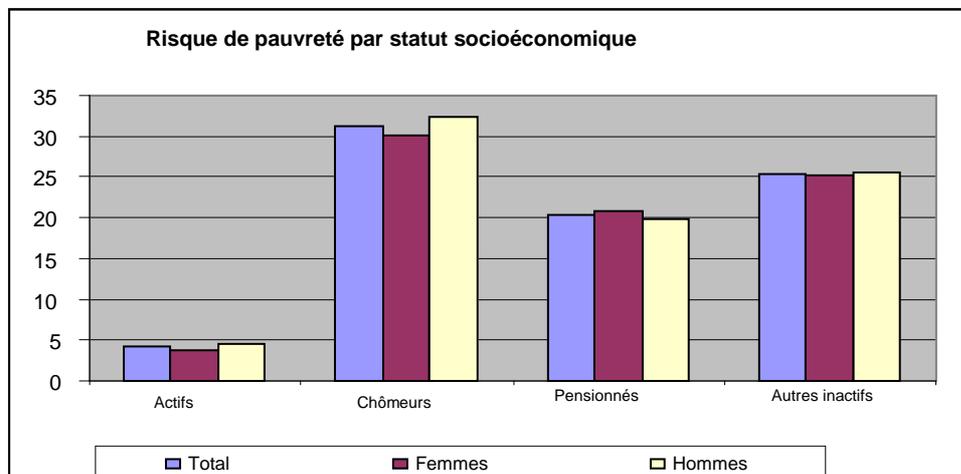
3.2. Les tableaux

**3.3. Hypothèses de travail pour le calcul des taux de
remplacement théoriques pour la pension d'un travailleur
salarié isolé 2006-2046**

3.4. Aperçu des modifications réglementaires en 2005-2008

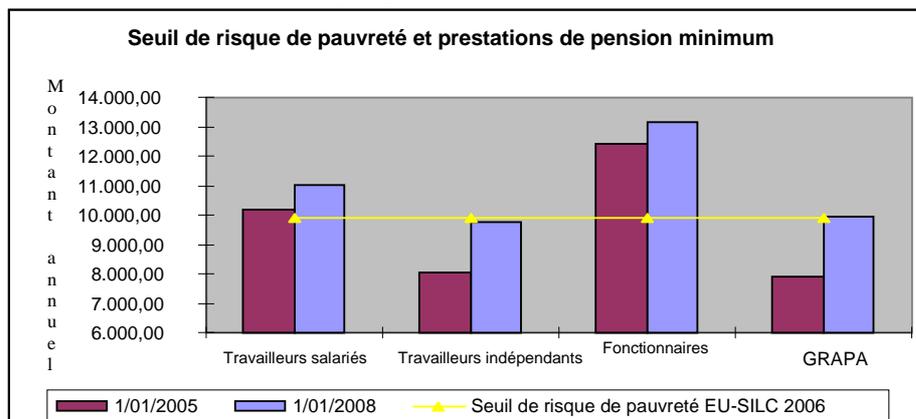
Annexe 3.1. Les graphiques

Graphique 1: Pourcentages de risque de pauvreté (EU-SILC 2006).

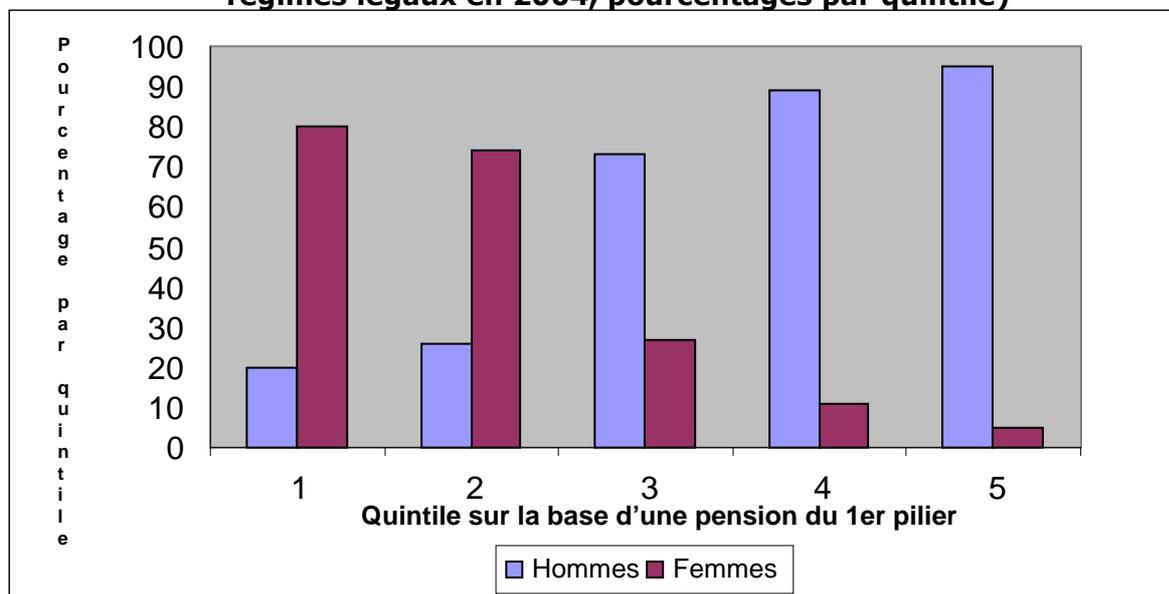


Source: Eurostat EU-SILC

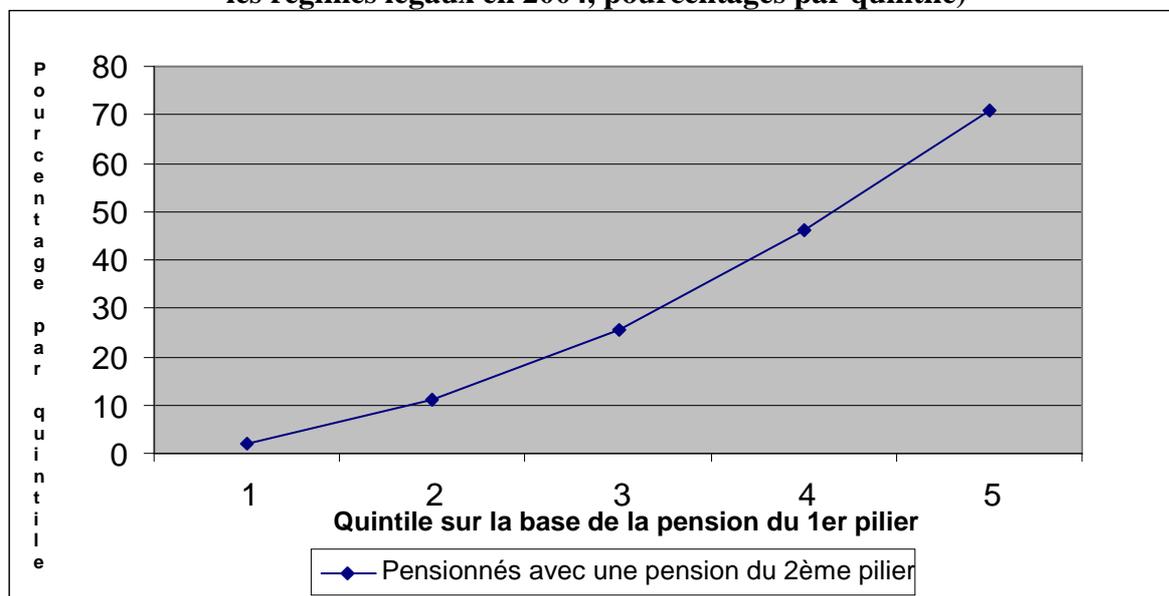
Graphique 2 : Relation entre le seuil de risque de pauvreté et les pensions minimums



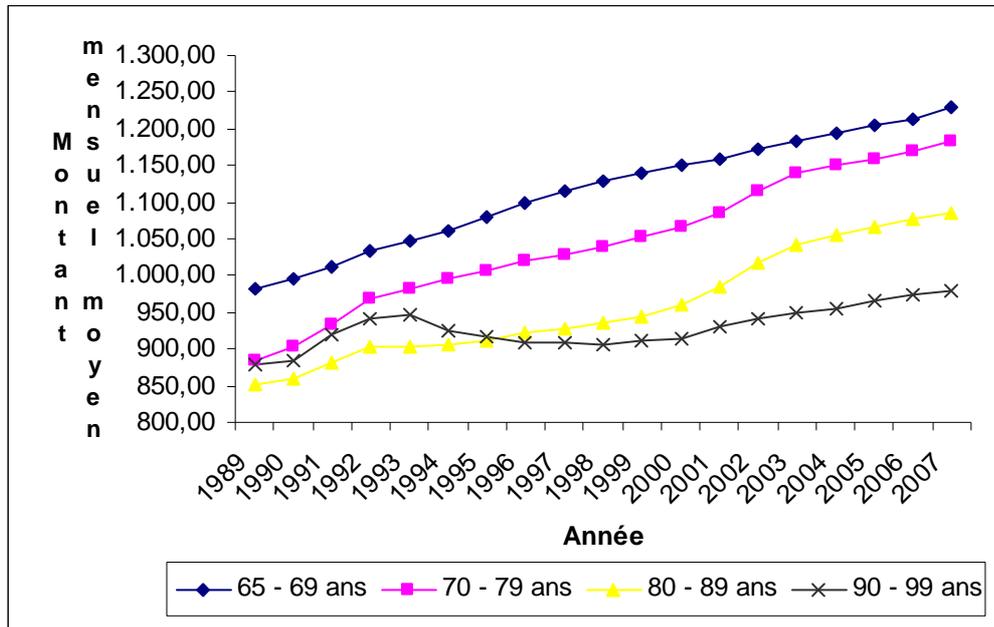
Graphique 3: Part des hommes et des femmes avec une pension du 1^{er} pilier, exprimée en pourcentage de tous les travailleurs salariés pensionnés avec une pension du 1^{er} pilier en fonction des quintiles, sur la base de la pension du 1^{er} pilier (arrivée dans les régimes légaux en 2004, pourcentages par quintile)



Graphique 4: Part des pensionnés avec une pension du 2^{ème} pilier, exprimée en pourcentage de tous les pensionnés avec une pension du 1^{er} pilier, en fonction des quintiles, sur la base de la pension du 1^{er} pilier (arrivée dans les régimes légaux en 2004, pourcentages par quintile)



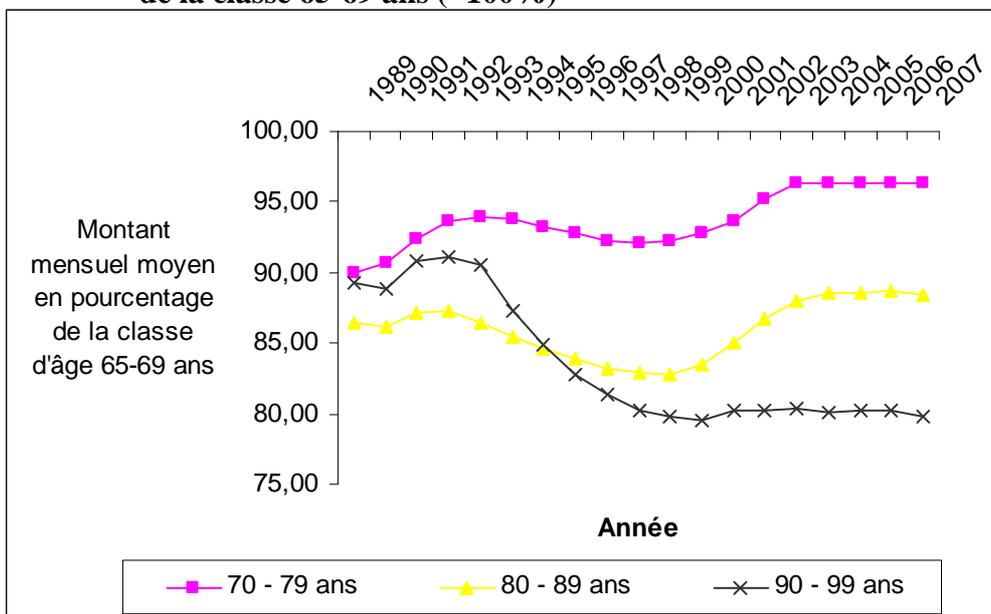
Graphique 5a: Evolution du montant mensuel moyen de la pension de retraite « isolé » dans le régime des travailleurs salariés, pour un homme marié avec une carrière complète, selon la classe d'âge



Montants mensuels exprimés en EUROS.

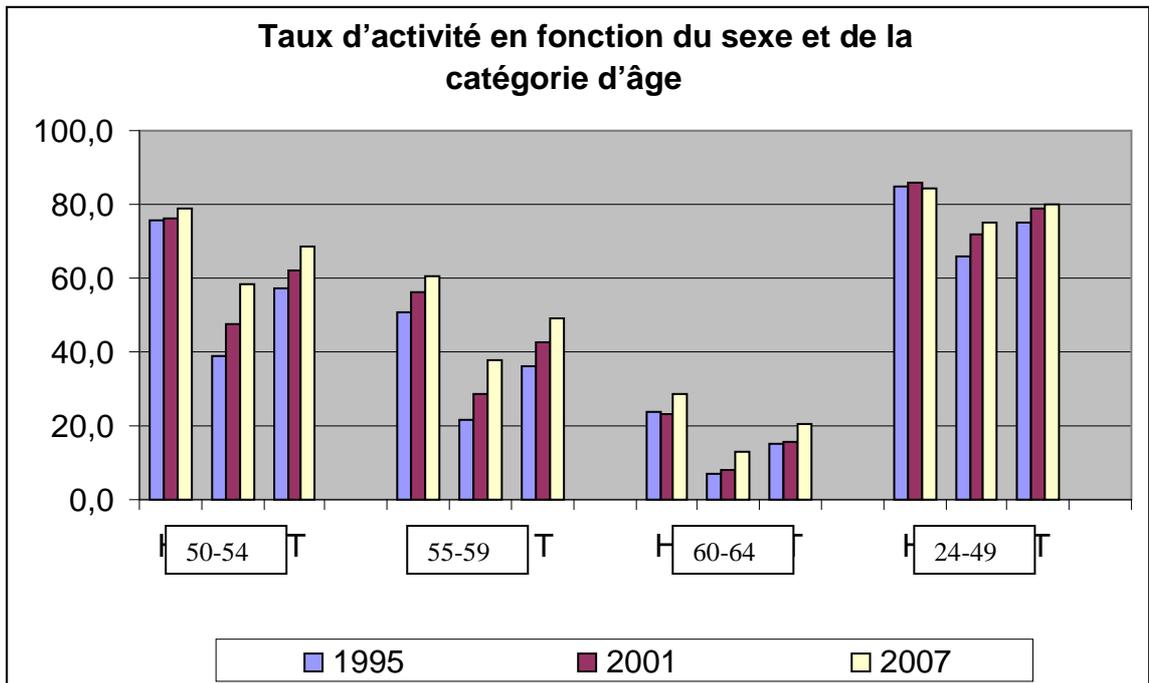
Source: Office national des pensions et SPF Sécurité sociale

Graphique 5b: Evolution du montant mensuel moyen de la pension de retraite « isolé » dans le régime des travailleurs salariés, pour un homme marié avec une carrière complète, selon la classe d'âge, exprimée en pourcentage de la classe 65-69 ans (=100%)



Source: Office national des pensions et SPF Sécurité sociale

Graphique 6 : Taux d'activité en fonction du sexe et de la catégorie d'âge pour la période 1995-2007.



Source : Bureau Fédéral du plan

Annexe 3.2. Les TABLEAUX

Tableau 1: évolution du droit à une rémunération minimale par année de carrière (en EUR)

Date de prise de cours	Montant	Date de prise de cours	Montant
01.01.2002	13.682,34	01.10.2006	17.674,73
01.02.2002	13.955,88	01.09.2007	18.028,21
01.06.2003	14.234,69	01.01.2008	18.389,19
01.10.2004	14.520,06	01.05.2008	18.756,44
01.08.2005	14.810,70		

**Tableau 2 : Augmentation réelle des montants des pensions minimums par rapport à l'augmentation réelle des rémunérations
Période janvier 2002 – janvier 2008**

	Travailleurs salariés	Travailleurs indépendants	Fonctionnaires	GRAPA
Montant pour les isolés (montant annuel au 01.01.2008)	11.032,28 EUR	9.768,11 EUR	13.179,48 EUR	9.931,46 EUR
Augmentation réelle des pensions minimums, exprimée en %	6,7	26,0	2,1	26,1
Augmentation réelle des rémunérations par heure prestée entre 2002 et 2008, exprimée en %	3,7	3,7	3,7	3,7

Remarque: Ces chiffres ne tiennent pas compte des dernières augmentations du droit minimum de pension et du montant de la GRAPA qui seront octroyées dans le courant de 2008.

Tableau 3: Taux de remplacement théoriques pour un travailleur salarié isolé ayant une carrière de 40 ans, en 2006 et 2046

	Type de base : 100% rémunération moyenne		2/3 rémunération moyenne		Augmentation de 80 à 120% rémunération moyenne		Augmentation de 100 à 200% rémunération moyenne	
	2006	2046	2006	2046	2006	2046	2006	2046
Taux de remplacement brut 1 ^{er} pilier	39,7	39,5 (1)	43,2	47,9	36,6	33,6	29,4	23,3
Taux de remplacement brut 2 ^{ème} pilier	3,9	8,7	3,9	7,8	4,0	6,6	3,9	6,1
Taux de remplacement brut total 1 ^{ère} et 2 ^{ème} pilier	43,7	48,2	47,1	55,7	40,6	40,2	33,3	29,4
Taux de remplacement net	69,5	72,8	69,7	82,4	64,3	61,7	53,9 (3)	47,1 (3)
Taux de remplacement net si uniquement 1 ^{er} pilier	63,7	63,3	63,9	70,9	59,5	54,0	47,6	37,1

(1) Pour une simulation n'incluant pas le bonus pension de $3 \times 624 = 1872$ EUR, le taux de remplacement brut 1^{er} pilier en 2046 est de 36,6%.

(2) Au 1^{er} octobre 2006, le droit minimum par année de carrière a été majoré de 17%. Pour une simulation de cette majoration de 17% au 1^{er} janvier 2006, le taux de remplacement brut 1^{er} pilier passerait de 43,2% à 46,5%.

(3) La modification des limites pour le prélèvement de la cotisation de solidarité (mesure applicable à compter du 1^{er} juillet 2008) ne joue que dans le cas type 100-200%, tant pour 2006 que pour 2046, le taux de remplacement augmenterait d'environ 0,3% .

Les explications ci-dessous constituent une aide à l'interprétation des valeurs pour les taux de remplacement visés au tableau 3.

- Le profil de carrière du travailleur salarié a un impact significatif sur le taux de remplacement théorique. Cette constatation est probablement l'explication majeure du fait que les taux de remplacement pour le cas type « 80% - 120% » sont nettement inférieurs à ceux obtenus pour le type de base.
- Pour les prestations de pensions proches des plafonds de prélèvement pour les soins de santé (1137,08 EUR - janvier 2006) et la retenue de solidarité (1.208,75 EUR - janvier 2006), un avantage de pension complémentaire (par exemple suite au deuxième pilier) juste supérieur à ces plafonds est soumis à une pression parafiscale marginale élevée.
- Pour les calculs des taux de remplacement, les plafonds de prélèvement pour les soins de santé et la cotisation de solidarité, pour la période 2006-2046, ont été adaptés à l'augmentation annuelle du salaire réel. L'absence de liaison au bien-être de ces plafonds aurait eu un effet négatif significatif sur le niveau des taux de remplacement prospectifs pour 2046. Jusqu'à présent, la réglementation ne prévoit pas de liaison des plafonds de prélèvement au bien-être: ces plafonds ne sont liés qu'à l'évolution du pouvoir d'achat.
- Ce n'est que pour le cas de base et en présence de faibles rémunérations que le bonus pension (en supposant que celui-ci soit encore appliqué en 2046) peut maintenir environ au même niveau la valeur du taux de remplacement prospectif.
- Pour le cas « 2/3 rémunération moyenne », l'augmentation du droit minimum par année de carrière de 17% a un effet positif significatif sur le taux de remplacement. Pour le taux de remplacement prospectif 2046, cet effet positif est obtenu en supposant qu'il y ait liaison au bien-être de ce droit minimum pour la période 2006-2046.

- L'hypothèse, dans les calculs de pension, d'une augmentation annuelle du plafond salarial de 1,25% (liaison partielle au bien-être), implique notamment que les valeurs des taux prospectifs soient plus faibles en 2046 pour les rémunérations plus élevées, mais également pour les rémunérations situées quelque peu au-dessus de la moyenne (comme dans le cas « 80 - 120% »).



Annexe 3.3. Hypothèses de travail pour le calcul des taux de remplacement théoriques pour la pension d'un travailleur salarié isolé 2006 - 2046

1. Caractéristiques des cas types retenus

1.1. Dans les quatre cas types, il s'agit à chaque fois d'un travailleur salarié isolé qui s'est constitué une carrière de 40 années. Les cas types se différencient par l'évolution du montant relatif de la rémunération perçue annuellement durant la carrière. On distingue les quatre carrières suivantes:

- (-) un travailleur salarié qui a perçu chaque année une rémunération équivalente à la rémunération moyenne arithmétique de l'ensemble des travailleurs salariés;
- (-) un travailleur salarié qui a perçu chaque année 66% de la rémunération moyenne arithmétique de l'ensemble des travailleurs salariés;
- (-) un travailleur salarié qui a perçu chaque année de sa carrière une rémunération qui a progressé de manière relativement continue: partant d'une rémunération égale à 80% de la rémunération moyenne pour aboutir à 120% de la rémunération moyenne de l'ensemble des travailleurs salariés;
- (-) un travailleur salarié qui a perçu durant sa carrière une rémunération qui a progressé de manière relativement continue : partant d'une rémunération égale à la rémunération moyenne pour aboutir au double de la rémunération moyenne de l'ensemble des travailleurs salariés.

1.2. Pour le calcul des taux de remplacement 2006, il est supposé que le travailleur salarié a été actif durant l'ensemble de l'année 2005. La pension de retraite du travailleur salarié concerné prend cours au 1^{er} janvier 2006. Pour le calcul des taux de remplacement prospectifs 2046, il est supposé que la personne a été active durant l'ensemble de l'année 2045 et que la pension de retraite prend cours au 1^{er} janvier 2046. Les taux de remplacement prospectifs 2046 sont calculés en prix constants 2006.

2. Hypothèses de travail concernant la rémunération sur base annuelle

2.1. Les comptes nationaux établis par l'ICN sont utilisés comme source pour la rémunération brute globale annuelle moyenne. Pour 2005, cette rémunération brute globale moyenne est estimée à 43.310 EUR. La rémunération brute moyenne correspondante est évaluée en prenant pour base les valeurs des rubriques D1 et D11, estimées dans les comptes nationaux pour le secteur privé. La rémunération brute moyenne 2005 du travailleur salarié est ainsi estimée à 32.478 EUR.

2.2. L'augmentation annuelle de la rémunération réelle, période 2006 -2045

Pour l'augmentation de la rémunération réelle moyenne (augmentation de la productivité), conformément au Rapport annuel 2007 du Comité d'Etude sur le Vieillessement, les taux de croissance annuels suivants ont été adoptés:

2006	1,8%
2007-2010	1,2%
2011-2012	1,3%
2013-2045	1,8%

3. Calcul des montants de pension bruts

3.1. Pensions du premier pilier

(-) Conformément à la réglementation, pour le calcul des montants de pension 2006, le montant suivant est retenu pour la rémunération 2005: la rémunération 2004 multipliée par le coefficient 1,02169.

(-) Pour le calcul de la pension, il n'est pas tenu compte de la partie de la rémunération qui excède le plafond utilisé par l'ONP. En 2005, ce plafond était égal à 43.314,93 EUR. Pour la période 2007 - 2045, le plafond 2006 a été adapté en fonction de l'augmentation des rémunérations conventionnelles (hors dérive salariale), ce qui donne une hausse réelle annuelle de 1,25%.

(-) Pour le calcul des montants de pensions qui ont pris cours au 1^{er} janvier 2006, le montant de 14.811 EUR est retenu pour le droit à une rémunération minimale par année de carrière. A partir du 1^{er} octobre 2006, ce montant a été relevé de 17% (hors indexation). Pour le calcul des taux de remplacement prospectifs 2046, il est supposé que, pendant la période 2007-2045, le montant réel du droit à la rémunération minimale annuelle par année de carrière augmente en fonction de l'augmentation salariale réelle annuelle pour cette période.

(-) Pour les taux de remplacement prospectifs 2046, il est tenu compte de l'instauration d'un bonus pension. Ces calculs tiennent compte du fait que le travailleur salarié obtient pendant trois ans un bonus annuel de 624 EUR, ce qui revient à un bonus total de 1.872 EUR (prix 2006). Dans la réglementation actuelle, les travailleurs salariés des cohortes de naissance 1944, 1945 et 1946 peuvent constituer pendant quatre ans des droits supplémentaires pour un montant maximal de 2496 EUR (prix 2006).

3.2 Pensions du deuxième pilier

(-) Il est supposé que les cotisations patronales versées en vue de la constitution de droits de pension complémentaire, correspondant à 4,25% de la rémunération brute annuelle du travailleur salarié, ont été payées pour la première fois en 1992. Dès lors, à partir de 2032, il sera tenu compte du fait que des primes ont été versées annuellement sur l'ensemble de la carrière.

(-) Les cotisations versées ont un rendement réel de 2% par an.

(-) Pour la rente viagère versée, il est tenu compte des paramètres techniques suivants: annuité à payer d'avance pour une rente réelle de 1,5% sur base annuelle et pour une espérance de vie (hommes) à 65 ans de 16,64 ans en 2006 et de 21,08 ans en 2046.

4. Passage des taux de remplacement bruts aux taux de remplacement nets

4.1. Cotisations de sécurité sociale

Sur les rémunérations:

Pour l'année 2005 et l'année 2045, les cotisations sociales personnelles légales sont maintenues constamment à 13,07% de la rémunération à prendre en considération.

Sur les prestations de pension:

Au 1^{er} janvier 2006, pour un pensionné sans charge de famille, les plafonds suivants sont d'application pour les deux retenues suivantes.

(-) cotisation pour les soins de santé: après application de la retenue de 3,55 %, le montant mensuel de la pension ne peut être inférieur au plafond de 1.137,08 EUR.

(-) cotisation de solidarité : jusqu'au plafond de 1.208,75 EUR, aucune retenue n'est effectuée. De 1.208,76 EUR à 1.220,93 EUR : $(P-1.208,75)*50\%$. De 1.220,94 EUR à 1.510,94 EUR : $P*0,005$. De 1.510,95 EUR à 1.526,35 EUR : $7,55 + \{(P-1.510,94)*0,50\}$. De 1.526,36 EUR à 1.813,12 EUR : $P*0,01$ A partir de 2.137,31 EUR et plus : $P*0,02$.

Pour le calcul des taux de remplacement prospectifs 2046, il est supposé que les plafonds susmentionnés pour les deux retenues augmenteront en fonction des taux de croissance annuels indiqués au point 2.2. pour l'augmentation salariale réelle.

4.2. Impôt des personnes physiques

Pour les rémunérations 2005, la réglementation pour l'exercice d'imposition 2006 est appliquée. Pour les pensions 2006, la réglementation pour l'exercice d'imposition 2007 est appliquée. Conformément au Pacte de solidarité entre les générations, un taux d'imposition de 10% est appliqué aux pensions du deuxième pilier, en 2006 et en 2046.

Sur les rémunérations 2045 et les montants de pension 2046, on applique un taux d'imposition identique à celui fixé pour les années 2005 et 2006. Pour le calcul de la pression fiscale sur les pensions 2046, il est tenu compte de l'impact du bonus pension. A cet effet, pour le calcul des impôts en 2046, le montant de pension 2006 correspondant a été majoré de la valeur fictive actualisée du bonus pension.

Pour le calcul de l'impôt des personnes physiques, il est tenu compte des centimes additionnels communaux à concurrence de 7,5%.



1. Caractère adéquat des pensions

Objectif politique g) : dans un esprit de solidarité et d'équité entre les générations et au sein de chacune d'entre elles, garantir à tous un revenu adéquat à la retraite et un accès aux pensions permettant de maintenir, dans une mesure raisonnable, le niveau de vie après le départ à la retraite.

1.1. Adaptation au bien-être

14 mars 2005 - Arrêté royal portant exécution de l'article 29, § 4 de l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B. 23 mars 2005)

Cet arrêté prévoit qu'une revalorisation de 2 % du montant mensuel de la pension est allouée :

- le 01/09/2005, aux bénéficiaires d'une pension de travailleur salarié qui a pris cours effectivement pour la première fois en 1997 ;
- le 01/09/2006, aux bénéficiaires d'une pension de travailleur salarié qui a pris cours effectivement pour la première fois en 1998 ou en 1999.

12 décembre 2005. - Arrêté royal portant exécution de l'article 10, § 2, de l'arrêté royal du 30 janvier 1997 relatif au régime de pension des travailleurs indépendants en application des articles 15 et 27 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux de pensions et de l'article 3, § 1er, 4°, de la loi du 26 juillet 1996 visant à réaliser les conditions budgétaires de la participation de la Belgique à l'Union économique et monétaire européenne (M.B. 22 décembre 2005)

Cet arrêté prévoit que le coefficient de revalorisation, applicable au 1er plafond de revenus pour le calcul de la pension (revenus inférieurs à un certain montant), est égal à 1,020 pour les années après 2004.

21 décembre 2005 - Arrêté royal portant exécution de l'article 35 de l'arrêté royal n° 72 du 10 novembre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants (M.B. 29 décembre 2005)

Une revalorisation de 2 p.c. du montant mensuel de la pension est allouée :

- le 1er janvier 2006, aux bénéficiaires d'une pension de travailleur indépendant qui a pris cours effectivement et pour la première fois en 1997 ;
- le 1er avril 2006, aux bénéficiaires d'une pension de travailleur indépendant qui a pris cours effectivement et pour la première fois en 1998 ou en 1999.

23 décembre 2005 – Loi relative au pacte de solidarité entre les générations (M.B. 30 décembre 2005)

Les articles 72 et suivants de cette loi prévoient un mécanisme structurel d'adaptation au bien-être général de toutes ou de certaines prestations de remplacement de revenus dans la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Ainsi, le gouvernement prendra tous les 2 ans une décision au sujet de l'adaptation des allocations (pas uniquement les pensions) au bien-être. Cela peut être aussi bien une modification de l'allocation elle-même ou des plafonds pour le calcul et/ou des prestations minimales. Cette décision sera prise pour la première fois au plus tard au cours de l'année 2006.

Les partenaires sociaux pourront faire des propositions basées sur divers paramètres (développement du taux d'emploi, maintien de l'équilibre financier de la sécurité sociale,

croissance économique, proportion entre les allocataires et les actifs, ne pas créer de nouveaux pièges à l'emploi). Le gouvernement devra motiver sa décision en l'absence d'avis ou s'il déroge à l'avis des partenaires sociaux.

L'enveloppe financière pour une adaptation au bien-être général en 2008 est au moins équivalente à la somme de l'estimation de certaines dépenses (adaptation annuelle de 0,5 % des allocations sociales de remplacement, de 1 % des allocations sociales forfaitaires, de 1,25 % des plafonds salariaux, de 1,25 % du droit minimum par année de carrière) calculées pour toutes les branches de la sécurité sociale des travailleurs salariés. Dès 2009, cette enveloppe est fixée de manière bisannuelle et est calculée de la même manière que pour l'année 2008.

20 janvier 2006 – Arrêté royal portant exécution de l'article 7, alinéa 10, de l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B. 03 février 2006)

Cet arrêté prévoit que le coefficient de revalorisation, applicable au montant plafond de rémunération pour le calcul de la pension, est égal à 1,020 pour les années après 2004.

9 avril 2007 - Arrêté royal portant augmentation de certaines pensions et attribution d'un bonus de bien-être à certains bénéficiaires de pensions (M.B. 17 avril 2007)

Augmentation des pensions en 2007

Bonus forfaitaire de bien-être annuel

Au mois d'avril 2007, il est accordé, au bénéficiaire d'une pension de retraite et/ou de survie du régime des salariés et/ou du régime des indépendants, qui a pris cours avant le 1er janvier 1993, un bonus forfaitaire de bien-être annuel:

- de 35 euros pour une carrière d'au moins 10 ans et de maximum 19 ans;
- de 75 euros pour une carrière d'au moins 20 ans.

Adaptation au bien-être

Les pensions dans le régime des travailleurs salariés et dans le régime des travailleurs indépendants qui ont pris cours avant le 1^{er} janvier 1988 sont majorées de 2 % avec effet le 1er septembre 2007.

Si un bonus forfaitaire de bien-être annuel a été payé, l'augmentation de 2 % due en 2007 est réduite de ce montant.

Augmentation des pensions en 2008

Bonus forfaitaire de bien-être annuel

Au mois d'avril 2008, il est accordé, au bénéficiaire d'une pension de retraite et/ou de survie du régime des salariés et/ou du régime des indépendants, qui a pris cours avant le 1er janvier 2003, un bonus forfaitaire de bien-être annuel:

- de 40 euros pour une carrière d'au moins 10 ans et de maximum 19 ans;
- de 90 euros pour une carrière d'au moins 20 ans.

Si un bonus forfaitaire de bien-être annuel a été payé en 2008 l'augmentation susvisée, due en 2008, de 2 % ou de la pension minimale est réduite de ce montant.

Adaptation au bien-être

Les pensions dans le régime des travailleurs salariés et dans le régime des travailleurs indépendants qui ont pris cours au plus tôt avant le 1^{er} janvier 1988 et au plus tard avant le 1er janvier 1994 sont majorées de 2 % avec effet le 1er septembre 2008.

Si un bonus forfaitaire de bien-être annuel a été payé l'augmentation de 2 % due en 2008 est réduite de ce montant

Adaptation sélective au bien-être

Les pensions dans le régime des travailleurs salariés et dans le régime des travailleurs indépendants qui ont pris cours au plus tôt après le 31 décembre 2001 et avant le 1er janvier 2003 sont majorées de 2 % avec effet le 1er septembre 2008.

Cependant, cette augmentation ne sera pas effectuée si une adaptation sélective au bien-être a déjà été effectuée.

Si un bonus forfaitaire de bien-être annuel a été payé en 2008, l'augmentation de 2 % due en 2008 est réduite de ce montant.

Augmentation des pensions après 2008

Les pensions dans le régime des travailleurs salariés et dans le régime des travailleurs indépendants sont augmentées de 2 % au mois de septembre, si, au cours de l'année considérée, il est satisfait à une des conditions suivantes. La pension a pris cours effectivement et pour la première fois:

- 1° depuis 15 ans et au plus tôt après le 31 décembre 1993;
- 2° depuis 6 ans et au plus tôt après le 31 décembre 2002.

Cette augmentation produit ses effets au plus tôt le 1^{er} septembre 2009.

Dispositions communes

Les montants de bonus forfaitaire de bien-être annuel sont adaptés à l'évolution du coût de la vie. Le Conseil national du Travail, le Conseil central de l'Economie et le Comité général de Gestion pour le statut social des indépendants donneront, au plus tard avant le 15 septembre 2008, un avis commun sur la manière et les modalités, selon lesquelles les mesures en matière d'augmentation de la pension minimum garantie et le bonus forfaitaire de bien-être annuel, doivent être exécutées à partir de l'année 2009.

Dispositions finales

Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2007.

21 avril 2007 - Arrêté royal portant exécution de l'article 29, § 4 de l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B. 3 mai 2007)

Cet arrêté prévoit qu'une revalorisation de 2 % du montant mensuel de la pension est allouée

le 01/09/2007, aux bénéficiaires d'une pension de travailleur salarié qui a pris cours effectivement pour la première fois en 2000 ou en 2001.

25 avril 2007 - Loi relative aux pensions du secteur public (M.B.11 mai 2007)

Cette loi a introduit un nouveau système de péréquation.

Le nouveau système vise à éviter que des mécanismes soient mis en place dans le but d'éviter la péréquation.

Comme par le passé, la péréquation est « automatique » car, contrairement à l'adaptation au bien-être appliquée pour les pensions des travailleurs salariés, elle n'est pas subordonnée à une décision du Ministre des Pensions.

Le caractère « immédiat » qui existait dans l'ancien système est toutefois atténué puisque la péréquation n'est opérée qu'au terme d'une période de référence de deux ans. Le nouveau système est néanmoins plus clair et plus transparent car la péréquation est opérée selon une périodicité fixée par la loi (tous les deux ans et pour la première fois le 1er janvier 2009), de sorte que le pensionné sait à quelle date sa pension est susceptible d'être revalorisée.

Le nouveau système de péréquation n'est plus lié au grade individuel de l'agent mais à des « corbeilles », au nombre de 15, correspondant aux grands secteurs des services publics, ce qui est plus solidaire.

Toutes les pensions (de retraite et de survie) sont rattachées à une corbeille déterminée et toutes les pensions d'une même corbeille sont péréquées à concurrence d'un même pourcentage tous les deux ans (et ce même si leur ancienne échelle n'a pas été augmentée ou a été augmentée d'un pourcentage supérieur à ce pourcentage).

Grâce à ce système, un pensionné pourra le cas échéant voir sa pension péréquée alors même que le maximum de l'échelle afférente au grade dans lequel il a été pensionné n'a pas évolué.

La « rémunération globale » est calculée pour chaque corbeille au début et à la fin de chaque période de référence de deux ans.

Le pourcentage de péréquation est établi sur la base des augmentations de la rémunération globale, ayant eu lieu au cours d'une période de référence.

La rémunération maximale se compose :

- du maximum de l'échelle barémique attachée au dernier grade du titulaire de la pension ;
- du pécule de vacances et l'allocation de fin d'année correspondant au maximum de l'échelle barémique attachée au dernier grade du titulaire de la pension ;
- des suppléments de traitement qui entrent en ligne de compte pour le calcul de la pension ;
- de certains suppléments de traitement qui n'entrent pas en compte pour le calcul mais qui figureront dans une liste qui sera fixée par arrêté royal.

La prise en compte des suppléments dans la rémunération maximale a pour objectif d'éviter que des augmentations soient accordées au personnel en activité sous la forme de suppléments de traitement dans le but d'éviter la péréquation des pensions. De cette façon, le lien entre les actifs et les pensionnés est accentué car il y a une meilleure liaison avec l'ensemble des éléments de la rémunération.

3 juin 2007 – Arrêté royal portant exécution de l'article 7, alinéa 10, de l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B. 15 juin 2007)

Cet arrêté prévoit que le coefficient de revalorisation, applicable au montant plafond de rémunération pour le calcul de la pension, est égal à 1,003 pour les années après 2006.

3 août 2007 - Arrêté royal portant exécution de l'article 35 de l'arrêté royal n° 72 du 10 novembre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants (M.B. 24 août 2007)

Une revalorisation de 2 % du montant mensuel de la pension est allouée le 1er septembre 2007, aux bénéficiaires d'une pension de travailleur indépendant qui a pris cours effectivement et pour la première fois en 2000 ou en 2001.

6 avril 2008 - Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 9 avril 2007 portant augmentation de certaines pensions et attribution d'un bonus de bien-être à certains bénéficiaires de pensions (M.B. 21 avril 2008)

Cet arrêté traduit la volonté du gouvernement de soutenir le pouvoir d'achat des allocations les plus basses.

Les augmentations attribuées en 2007 en application de l'arrêté royal du 9 avril 2007 (travailleurs salariés et travailleurs indépendants) sont intégrées dans le montant de pension à payer mensuellement à partir du mois de mars 2008. Les mesures d'attribution d'un bonus forfaitaire prises pour 2008 sont supprimées et

remplacées par une adaptation au bien-être au 1er septembre 2008. Il s'agit d'une augmentation de 2 % des pensions de travailleur salarié et de travailleur indépendant qui ont pris cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1er janvier 1988 et au plus tard avant le 1er janvier 2003.

Le présent arrêté produit ses effets le 1er mars 2008.

12 juin 2008 - Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 9 avril 2007 portant augmentation de certaines pensions et attribution d'un bonus de bien-être à certains bénéficiaires de pensions (M.B. 9 juillet 2008)

Cet arrêté exclut les pensions minimums garanties de travailleur indépendant et de travailleur salarié ayant été augmentées au 1^{er} juillet 2008 (loi-programme du 8 juin 2008 et arrêté royal du 12 juin 2008) des augmentations intervenant au 1^{er} septembre 2008 pour certaines pensions (en vertu de l'arrêté royal du 9 avril 2007 ci-dessus)

1.2. Pension minimum

9 juillet 2004 - Loi-programme (M.B. 15 juillet 2004)

L'article 235 de cette loi a augmenté les montants de la pension minimale de travailleur indépendant. Ainsi les montants au 1^{er} juin 2003 de 10.074,73 EUR (ménage) et 7.557,08 EUR (isolé et survie) sont portés respectivement :

- au 1^{er} septembre 2004, à 10.470,73 EUR et 7.881,07 EUR;
- au 1er décembre 2005, à 11.306,45 EUR et 8.537,09 EUR;
- au 1er décembre 2006, à 11.952,59 EUR et 9.051,49 EUR;
- au 1er décembre 2007, à 12.728,03 EUR et 9.576,37 EUR. "

28 septembre 2006 - Arrêté royal portant exécution de l'article 8, § 10, 1^o, de l'arrêté royal du 23 décembre 1996 portant exécution des articles 15, 16 et 17 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions (M.B., 06 octobre 2006)

Selon la réglementation, si la rémunération prise en compte pour le calcul de la pension, réévaluée à la date de prise de cours de la pension, est inférieure à un certain montant, la pension est calculée sur la base de ce montant pour l'année considérée (qui correspond à douze fois le revenu minimum mensuel moyen), et ce pour autant que certaines conditions de carrière soient remplies et que le montant total de pension n'excède pas un certain plafond.

Le présent arrêté prévoit que, pour les pensions qui prennent cours le 1er octobre 2006, cette rémunération minimale qui est prise en compte est augmentée de 17 %, ce qui équivaut à 17.674,72 EUR au lieu de 15.106,60 EUR. Cela signifie concrètement que le montant de pension, afférent aux années pour lesquelles le droit minimum par année se substitue pour une année complète à la rémunération réelle, est porté au niveau du montant minimum garanti de pension.

28 septembre 2006 - Arrêté royal portant exécution des articles 33, 33bis, 34 et 34bis de la loi de redressement du 10 février 1981 relative aux pensions du secteur social (M.B., 06 octobre 2006)

Le premier objectif de cet arrêté consiste à assouplir l'accès au minimum garanti de pension de travailleur salarié (aussi bien le minimum ordinaire que celui en cas de carrière mixte) pour certaines personnes, qui ne sont pas en mesure de répondre aux conditions requises par la réglementation actuelle. En effet, les personnes, qui ont travaillé à temps partiel, se voient le plus souvent exclues de ce mécanisme de garantie. A cet effet, la notion de deux tiers d'une carrière complète est redéfinie. Sont à présent

prises en compte les années de carrière comportant au moins 156 jours prestés et assimilés à des jours prestés, convertis le cas échéant en jours équivalents temps plein, ce qui, en d'autres mots, correspond à une activité à mi-temps dans le système de pension.

Le second objectif consiste à différencier les modalités de calcul du montant minimum garanti selon la durée de l'emploi. Dans cette optique, il est tenu compte de deux situations.

Dans le premier cas de figure, la condition d'accès au minimum garanti est simplement remplie (deux tiers de carrière composée d'années civiles comportant chacune au minimum 156 jours équivalents temps plein). Dans cette hypothèse, le montant minimum garanti se calcule en multipliant le montant complet du minimum garanti, non pas par la fraction de carrière attribuée (c.-à-d. la fraction dont le numérateur comprend sans exception toutes les années attribuées sans condition de durée d'occupation), mais par une fraction dont le numérateur est égal au total des jours de la carrière convertis en équivalent temps plein divisé par 312. En d'autres mots, le montant minimum garanti est de la sorte calculé au prorata pur et simple de la durée globale de la carrière. Dans le second cas de figure, les conditions nouvelles (deux tiers de carrière composée d'années civiles comportant chacune au minimum 208 jours équivalents temps plein), s'approchent très sensiblement des conditions antérieures d'octroi du minimum garanti de pension. Dans cette hypothèse, les règles de calcul précédemment en vigueur sont maintenues, à savoir la multiplication du montant minimum garanti complet par la fraction de carrière attribuée.

Ces dispositions s'appliquent aux pensions qui prennent cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1^{er} octobre 2006.

9 avril 2007 - Arrêté royal portant augmentation de certaines pensions et attribution d'un bonus de bien-être à certains bénéficiaires de pensions (M.B. 17 avril 2007)

Les montants de la pension minimum garantie des travailleurs salariés sont augmentés au 1er septembre 2007 à 13.515,40 EUR et 10.815,72 EUR (taux ménage et taux isolé) et à 10.645,67 EUR (pension de survie) au lieu de respectivement 13.250,39, 10.603,65 et 10.436,93 EUR au 1er octobre 2006

Les montants de la pension minimum garantie des travailleurs indépendants sont également augmentés au 1er avril 2007 (uniquement le taux ménage qui est porté à 12.065,74 EUR), au 1er septembre 2007 (à 12.307,06 pour le taux ménage et à 9.232,53 EUR pour le taux isolé) et enfin au 1er décembre 2007 à 12.728,03 EUR (taux ménage) et à 9.576,37 EUR (taux isolé et pension de survie) au lieu de respectivement 11.952,59 EUR et 9.051,49 EUR au 1er décembre 2006.

Si un bonus forfaitaire de bien-être a été payé, l'augmentation de la pension minimale due en 2007 est réduite de ce montant.

29 juin 2007 - Arrêté royal portant exécution de l'article 8, § 10, 1^o, de l'arrêté royal du 23 décembre 1996 portant exécution des articles 15, 16 et 17 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions (M.B., 20 juillet 2007)

Cet arrêté a augmenté de 2 % le montant du droit à la rémunération minimale par année de carrière prise en compte pour le calcul de la pension.

Ceci s'applique aux pensions qui prennent cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1er septembre 2007.

8 juin 2008 – Loi-programme (M.B. 16 juin 2008)

L'article 23 de cette loi augmente au 1^{er} décembre 2007 les montants de pension minimum garantie pour une carrière complète de travailleur indépendant et augmente à nouveau ces montants de 2%, au 1^{er} juillet 2008.

Par conséquent, les nouveaux montants annuels s'élèvent à 13.507,01 EUR pour un ménage, et à 10.162,45 EUR pour un isolé ou pour la pension de survie (au lieu de respectivement 13.242,16 EUR, et 9.963,19 EUR au 1^{er} mai 2008).

12 juin 2008 - Arrêté royal portant augmentation du montant minimum garanti des pensions de retraite et de survie pour travailleurs salariés (M.B. 9 juillet 2008)

Cet arrêté augmente de 2%, au 1^{er} juillet 2008, les montants de pension minimum garantie pour une carrière complète de travailleur salarié.

Par conséquent, les nouveaux montants annuels s'élèvent à 14.342,56 EUR pour un ménage, 11.477,66 EUR pour un isolé et 11.297,20 EUR pour la pension de survie (au lieu de respectivement 14.061,33 EUR, 11.252,61 EUR et 11.075,68 EUR au 1^{er} mai 2008).

1.1.3. Statut maxi pour le conjoint aidant (travailleurs indépendants)

27 décembre 2004 - Loi-programme (M.B. 31 décembre 2004)

En vertu de l'article 175 de cette loi les conjoints aidants nés après le 31 décembre 1955 sont à partir du 1^{er} juillet 2005 obligatoirement assujettis au statut maxi qui leur permet entre autres de se constituer une pension personnelle.

Pension de retraite anticipée non réduite (travailleurs indépendants) - Assouplissement de la condition de carrière et du malus de pension

23 décembre 2005 - Loi relative au pacte de solidarité entre les générations (M.B. 30 décembre 2005)

Le travailleur indépendant peut obtenir une pension de retraite anticipée non réduite pour autant qu'il puisse prouver une 'carrière professionnelle complète'. L'article 2, al. 1^{er}, 2^o de cette loi diminue la durée de carrière prescrite, laquelle passe de 45 années civiles à 44 années civiles. La mesure est applicable aux pensions qui ont pris cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1^{er} janvier 2006, tant pour les hommes que pour les femmes.

Par ailleurs, le malus de pension appliqué lors de la retraite avant l'âge de 65 ans est quelque peu assoupli. Le pourcentage de réduction - jusqu'à présent 5% par année d'anticipation - diminue en fonction de l'âge auquel la pension a pris cours. La mesure est applicable aux pensions qui ont pris cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1^{er} janvier 2007.

8 juin 2008 – Loi-programme (M.B. 16 juin 2008)

L'article 24 de cette loi prévoit que la durée de carrière prescrite au travailleur indépendant pour obtenir une pension de retraite anticipée non réduite passe de 45 à 44 années civiles pour les pensions prenant cours effectivement et pour la première fois en 2006 ou en 2007. Ce nombre est ramené à 43 années civiles pour les pensions prenant cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1^{er} janvier 2008.

1.1.4. Cotisation de solidarité

1er juillet 2008 - Arrêté royal portant exécution de l'article 68, § 10, de la loi du 30 mars 1994 portant des dispositions sociales (M.B. 24 juillet 2008)

Cet arrêté supprime ou allège à partir du 1^{er} juillet 2008 le prélèvement de solidarité sur les pensions légales ou extralégales les moins élevées.

Ainsi, les pensionnés subissent actuellement un prélèvement de solidarité dès que le montant mensuel brut de l'ensemble de leurs pensions et autres avantages s'élève, au 1^{er} mai 2008, à 1.282,73 EUR pour un pensionné isolé et à 1.603,41 EUR pour un pensionné avec charge de famille.

Les nouveaux barèmes portent ces montants à 2.012,76 EUR pour un pensionné isolé et à 2.327,00 EUR pour un pensionné avec charge de famille.

Par contre, les prélèvements restent identiques pour ceux qui bénéficient d'un montant mensuel brut supérieur ou égal à 2.075,01 EUR pour un pensionné isolé et à 2.398,96 EUR pour un pensionné avec charge de famille.

1.1.5. Garantie de revenus aux personnes âgées

18 juin 2004 - Arrêté royal portant majoration du montant visé à l'article 6, § 1er, de la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées (M.B. 28 juin 2004)

Le montant de base de 4.653,00 EUR, lié à l'index pour un cohabitant, est majoré chaque fois de 120 euros le 1^{er} septembre 2004, 1^{er} décembre 2005, 1^{er} décembre 2006 et 1^{er} décembre 2007.

10 novembre 2006 - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 18 juin 2004 portant majoration du montant visé à l'article 6, § 1er, de la loi du 22 mars 2001, instituant la garantie de revenus aux personnes âgées, et portant majoration du montant visé à l'article 6, § 1er, de la loi du 22 mars 2001, instituant la garantie de revenus aux personnes âgées (M.B. 23 novembre 2006)

Cet arrêté prévoit l'augmentation du montant annuel de la garantie de revenus aux personnes âgées. Il s'agit d'une augmentation de 60 EUR par mois du montant de base (pour un cohabitant) et de 90 EUR par mois pour un isolé, ce qui porte cette allocation au-dessus du seuil de risque de pauvreté. Par conséquent, au 1^{er} décembre 2006, les nouveaux montants annuels de la garantie de revenus aux personnes âgées s'élèvent à 6.363,65 EUR pour un cohabitant et à 9.545,48 EUR pour un isolé (au lieu de 5.599,59 EUR pour un cohabitant et de 8.399,39 EUR pour un isolé au 1^{er} octobre 2006).

Ce même arrêté prévoit une augmentation du montant annuel de la garantie de revenus aux personnes âgées au 1^{er} décembre 2007, ce qui a porté la prestation à 6.491,01 EUR pour un cohabitant et à 9.736,52 EUR pour un isolé. Les augmentations au 1^{er} décembre 2006 et 1^{er} décembre 2007 de cet arrêté remplacent les augmentations de 120 EUR prévues aux mêmes dates par l'arrêté du 18 juin 2004 ci-dessus.

17 juin 2008 - Arrêté royal portant majoration du montant visé à l'article 6, § 1er, de la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées (M.B. 10 juillet 2008)

Cet arrêté augmente de 2%, au 1^{er} juillet 2008, les montants de la garantie de revenus aux personnes âgées.

Par conséquent, les nouveaux montants annuels s'élèvent à 6.888,26 EUR pour un cohabitant et à 10.332,39 EUR pour un isolé (au lieu de respectivement 6.753,20 EUR et 10.129,80 EUR au 1^{er} mai 2008).

2. Viabilité financière des systèmes de pensions

Objectif politique h) : assurer la viabilité financière des régimes de retraite publics et privés, compte tenu des pressions exercées sur les finances publiques et du vieillissement des populations, ainsi que dans le cadre d'une stratégie à trois volets pour traiter les conséquences budgétaires du vieillissement, notamment en soutenant l'allongement de la vie professionnelle et le vieillissement actif, en assurant un équilibre approprié et juste entre cotisations et prestations ainsi qu'en favorisant l'accessibilité financière et en assurant la sécurité des régimes par capitalisation et des régimes privés.

2.1. Plafonds différenciés

13 novembre 2006 - Arrêté royal modifiant l'article 24 bis de l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés, dans le cadre du pacte de solidarité entre les générations (M.B. 30 novembre 2006)

Cet arrêté prévoit que les augmentations bisannuelles du plafond maximum de calcul pour les années civiles situées après 2006 ne s'appliquent pas, temporairement, à la fixation de la rémunération fictive pour certains cas d'assimilation.

Par conséquent, les coefficients d'augmentation prévus en la matière ne seront pas appliqués aux années situées respectivement après 2006 et 2008.

Cette mesure ne vaut que pour :

- la fixation de la rémunération fictive en cas d'assimilation pour raison de chômage complet, de prépension à temps plein, d'interruption de carrière complète et de crédit-temps complet ;
- les années de carrière situées après 2006 ;
- les assurés sociaux qui atteignent ou ont atteint l'âge de 58 ans après 2006.

Pour les années civiles postérieures à 2010, le Roi peut laisser le salaire fictif précité évoluer de nouveau à l'aide du coefficient de majoration biennale prévu.

Cette mesure est entrée en vigueur le 1er janvier 2007

2.2. Activité autorisée des pensionnés

23 décembre 2005 - Arrêté royal modifiant l'article 107 de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants (M.B. 30 décembre 2005)

Cet arrêté modifie, dans le régime de pension des travailleurs indépendants, les montants du revenu professionnel autorisé pour les pensionnés ayant atteint l'âge de la pension légale à savoir 65 ans pour les hommes et actuellement 64 ans pour les femmes. Il s'agit d'une augmentation de 15 % à partir du 1er janvier 2006 ; les nouveaux montants s'élèvent à 15.590,18 EUR au lieu de 13.556,68 EUR en 2005 (en cas d'exercice d'une activité salariée ou une autre qualité, mandat, charge ou office) et à 12.472,14 EUR au lieu de 10.845,34 EUR en 2005 (en cas d'exercice d'une activité indépendante).

Ces montants sont à nouveau majorés de 10 % à partir du 1er janvier 2007, ce qui les portent à 17.149,20 EUR (en cas d'exercice d'une activité salariée ou une autre qualité, mandat, charge ou office) et à 13.719,35 EUR (en cas d'exercice d'une activité indépendante).

5 mars 2006 - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés. (M.B. 09 mars 2006)

Cet arrêté prévoit, pour les pensionnés du régime des travailleurs salariés, ayant atteint l'âge de la pension légale, les mêmes augmentations des revenus professionnels autorisés que celles prévues dans l'arrêté royal ci-dessus du 23 décembre 2005 relatif aux travailleurs indépendants.

15 décembre 2006 - Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés. (M.B. 22 décembre 2006)

Cet arrêté modifie, à partir du 1er janvier 2007, les montants du revenu professionnel autorisé uniquement pour les pensionnés bénéficiant exclusivement d'une ou de plusieurs pensions de survie et n'ayant pas atteint l'âge de 65 ans.

Les nouveaux montants s'élèvent à 16.000 EUR au lieu de 14.843,13 EUR (en cas d'exercice d'une activité salariée ou une autre qualité, mandat, charge ou office) et à 12.800 EUR au lieu de 11.874,50 EUR (en cas d'exercice d'une activité indépendante).

S'il y a charge d'enfant, ces montants sont majorés respectivement de 4.000 EUR (au lieu de 3.710,80 EUR) et de 3.200 EUR (au lieu de 2.968,63 EUR).

16 mars 2007 - Arrêté royal modifiant l'article 107 de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants. (M.B. 12 avril 2007)

A partir du 1er janvier 2007, cet arrêté prévoit, pour les bénéficiaires d'une pension de survie du régime des travailleurs indépendants, qui n'ont pas atteint l'âge de 65 ans les mêmes augmentations des revenus professionnels autorisés que celles prévues dans l'arrêté royal ci-dessus du 15 décembre 2006 relatif aux travailleurs salariés.

11 mai 2007 - Arrêté royal majorant les montants limites des revenus professionnels autorisés pour les titulaires d'une pension de survie (M.B. 15 juin 2007)

A partir du 1er janvier 2007, cet arrêté prévoit, pour les titulaires d'une pension de survie du secteur public, qui n'ont pas atteint l'âge de 65 ans, les mêmes augmentations des revenus professionnels autorisés que celles prévues dans les arrêtés royaux ci-dessus du 15 décembre 2006 relatif aux travailleurs salariés et du 16 mars 2007 relatif aux travailleurs indépendants.

26 juillet 2007 - Arrêté royal majorant les montants limites des revenus professionnels autorisés pour certains pensionnés (M.B. 14 août 2007)

Cet arrêté prévoit, pour les pensionnés du secteur public, ayant atteint l'âge de la pension légale, les mêmes augmentations des revenus professionnels autorisés que celles prévues dans les arrêtés royaux ci-dessus du 23 décembre 2005 relatif aux travailleurs indépendants et du 5 mars 2006 relatif aux travailleurs salariés.

18 juillet 2008 - Arrêté royal modifiant l'article 107 de l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants. (M.B. 5 août 2008)

Cet arrêté augmente de 25 %, au 1er janvier 2008, les montants du revenu professionnel autorisé pour les pensionnés du régime des travailleurs indépendants ayant atteint l'âge de la pension légale. Les nouveaux montants s'élèvent à 21.436,50 EUR (en cas d'exercice d'une activité salariée ou une autre qualité, mandat, charge ou office) et à

17.149,19 EUR (en cas d'exercice d'une activité indépendante) ; s'il y a charge d'enfant, ces montants sont portés respectivement à 26.075 EUR et à 20.859,97 EUR.

Pour les personnes qui ne bénéficient que d'une pension de survie et qui n'ont pas atteint l'âge de 65 ans les revenus maximaux autorisés sont augmentés de 8 %.

Les nouveaux montants s'élèvent à 17.280 EUR (en cas d'exercice d'une activité salariée ou une autre qualité, mandat, charge ou office) et à 13.824,00 EUR (en cas d'exercice d'une activité indépendante) ; s'il y a charge d'enfant, ces montants sont portés respectivement à 21.600 EUR et à 17.280 EUR.

Projet - Arrêté royal portant modification de l'article 64 de l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B.)

2.3. Cumul d'une pension de survie avec un revenu de remplacement

20 décembre 2006 - Arrêté royal portant modification l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés. (M.B. 03 janvier 2007)

Cet arrêté permet le cumul d'une pension de survie avec un revenu de remplacement dans les conditions suivantes.

Ainsi, une pension de survie peut, durant une période de 12 mois consécutifs ou non, être cumulée avec une indemnité de maladie, d'invalidité ou avec une indemnité pour cause de chômage complet involontaire. L'indemnité doit couvrir un mois complet ; si ce n'est pas le cas, l'indemnité est considérée comme un revenu professionnel et peut donc, dans les limites prévues pour l'activité autorisée, être cumulée avec la pension de survie.

A l'issue de la période de 12 mois, la pension de survie est suspendue tant que l'intéressé bénéficie d'indemnités visées à l'article 25 de l'AR n° 50, sauf s'il y renonce.

Si la pension de survie, durant la période des 12 mois précités ou durant la période où l'indemnité ne concerne pas un mois complet, est supérieure au montant de base de la garantie de revenus aux personnes âgées, le montant de la pension de survie est ramené au montant de base susvisé.

Le bénéfice d'une pension de retraite non cumulable avec un revenu de remplacement fait obstacle aux règles ci-dessus expliquées.

L'arrêté s'applique aux bénéficiaires qui, après le 1er janvier 2007, bénéficient d'une des indemnités citées ci-dessus.

25 avril 2007 - Loi relative aux pensions du secteur public (M.B.11 mai 2007)

Cette loi a introduit dans le secteur public, à partir du 1er janvier 2007, de nouvelles règles de cumul d'une pension de survie avec un revenu de remplacement qui sont similaires à celles des travailleurs salariés (voir l'arrêté royal du 20 décembre 2006 ci-dessus)

17 août 2007 - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés, en ce qui concerne le cumul d'une pension de survie avec un revenu de remplacement (M.B. 10 septembre 2007)

Cet arrêté ajoute une possibilité de cumul d'une pension de survie avec un revenu de remplacement aux possibilités prévues dans l'arrêté royal du 20 décembre 2006 ci-dessus.

Ainsi, la possibilité de cumul, durant une période de 12 mois consécutifs ou non, avec une indemnité de maladie, d'invalidité ou avec une indemnité pour cause de chômage

complet involontaire est étendue à une indemnité complémentaire accordée dans le cadre d'une prépension conventionnelle.
L'arrêté produit ses effets le 1er janvier 2007.

27 mars 2008 - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants (M.B. 18 avril 2008)

Cet arrêté a autorisé, à partir de 2007, le cumul entre un revenu de remplacement et une pension de survie du régime des travailleurs indépendants dans les mêmes conditions que celles qui ont été instaurées pour les travailleurs salariés (voir l'arrêté royal du 20 décembre 2006 ci-dessus).

2.4. Bonus de pension

1er février 2007 - Arrêté royal instaurant un bonus de pension. (M.B. 09 février 2007)

Cet arrêté instaure, en application du pacte de solidarité entre les générations, un nouveau système de bonus qui vise à attribuer des droits supplémentaires à celui qui continue à travailler.

La période de référence, durant laquelle le bonus peut être attribué, débute le 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle l'intéressé, selon le cas atteint l'âge de 62 ans ou prouve une 44^e année de carrière et se termine le dernier jour du mois qui précède la prise de cours de la pension et au plus tard le dernier jour du mois au cours duquel l'intéressé atteint l'âge de 65 ans. Cet âge peut être reculé si à ce moment la carrière est incomplète, c'est-à-dire qu'elle n'atteint pas 45 ans.

Un bonus de 2 euros par jour est accordé pour chaque jour complet d'occupation presté pendant cette période de référence, complété éventuellement au maximum par 30 jours assimilés à des jours de travail.

Le bonus est instauré pour les pensions qui prennent cours au plus tôt le 1er janvier 2007 et au plus tard le 1er décembre 2012 et pour les périodes prestées à partir du 1^{er} janvier 2006; il est applicable aux pensions de survie.

Une évaluation sera réalisée par le Gouvernement pour vérifier s'il y a bien eu allongement de la carrière professionnelle ; si c'est le cas il peut proroger la mesure.

2.5. Elargissement de la base de financement de la sécurité sociale

23 décembre 2005 – Loi relative au pacte de solidarité entre les générations (M.B. 30 décembre 2005)

A partir du 1er janvier 2006, 15 % du produit du précompte mobilier sont prélevés de cette taxe et sont attribués à la sécurité sociale. Le montant ainsi attribué à la sécurité sociale ne peut être inférieur à 430 350 milliers d'euros et est adapté annuellement au taux de fluctuation de l'indice moyen des prix à la consommation. A partir du 1er janvier 2007 un montant est prélevé des recettes de l'impôt des personnes physiques et de l'impôt des sociétés et est attribué à la sécurité sociale à titre d'effet retour fiscal sur les nouvelles réductions de cotisations sociales patronales.

2.6. Avantage fiscal pour le bénéfice d'une pension du deuxième pilier à l'âge légal de la retraite (travailleurs salariés ou travailleurs indépendants)

23 décembre 2005 – Loi relative au pacte de solidarité entre les générations (M.B. 30 décembre 2005)

Le bénéfice d'une pension complémentaire au terme d'une occupation effective jusqu'à l'âge légal de la retraite fait l'objet depuis 2006 d'un traitement fiscal plus avantageux. Pour les travailleurs salariés qui poursuivent leur activité jusqu'à l'âge légal de la retraite, le taux fiscal de la partie constituée au moyen de primes payées par l'employeur est réduit de 16,5% à 10%. Pour les indépendants qui restent actifs au moins jusqu'à l'âge légal de la retraite, le capital constitué de pensions complémentaires lors de leur conversion en rente viagère fiscale n'est pris en considération que pour 80 %.

2.7. Activation des jeunes

23 décembre 2007 – Loi relative au pacte de solidarité entre les générations (M.B. 30 décembre 2005)

Les jeunes liés par un contrat d'apprentissage, une convention de stage ou d'insertion socioprofessionnelle, sont assimilés aux travailleurs salariés pour l'acquisition des droits à pension et ce, à partir du 1er janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle ces jeunes atteignent l'âge de 18 ans. Cette mesure produit ses effets le 1er janvier 2004.

2.8. Complément de carrière après la prise de cours de la pension

27 décembre 2006 - Loi-programme (II) (M.B. 28 décembre 2006)

Le travailleur indépendant qui, après avoir bénéficié de sa pension pendant un certain temps, reprend une activité en cette qualité et paie les cotisations sociales requises, peut désormais compléter une carrière incomplète ou remplacer des années moins avantageuses dans sa carrière. La mesure s'applique aux pensions qui prennent cours au plus tôt le 1er janvier 2007.

2.9. Détermination de la rémunération fictive en cas de chômage suivant une activité indépendante

22 décembre 2005 - Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés. (M.B. 20 janvier 2006)

Cet arrêté prévoit une exception aux règles générales de détermination de la rémunération fictive pour le calcul de la pension.

Ceci s'applique aux travailleurs dont la période de chômage involontaire s'est terminée à la suite de l'exercice d'une activité comme travailleur indépendant pendant une période n'excédant pas neuf ans et que la période durant laquelle cette activité de travailleur indépendant a été exercée est immédiatement suivie d'une nouvelle période de chômage involontaire.

Dans ce cas, la rémunération fictive de cette dernière période a pour base la rémunération fictive en vigueur pour l'année civile durant laquelle s'est terminée la première période de chômage.

Le bénéfice de cette disposition est réservé aux travailleurs ayant au moins 50 ans au moment où débute l'activité comme indépendant, qui prouvent 20 ans d'occupation comme travailleur salarié et que, pour chacune de ces années, l'occupation corresponde au moins au tiers d'un régime à temps plein.

Ces dispositions sont d'application pour les pensions qui prennent cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1er janvier 2005

3. Modernisation des régimes de pension

Objectif politique i) : veiller à ce que les régimes de retraite soient transparents, bien adaptés aux besoins et aspirations des femmes et des hommes ainsi qu'aux exigences des sociétés modernes, du vieillissement démographique et des mutations structurelles, à ce que les personnes reçoivent les informations dont elles ont besoin pour préparer leur retraite, et à ce que les réformes soient menées sur la base du consensus le plus large possible.

3.1. Demande de pension

27 décembre 2006 - Loi-programme (I) (M.B. 28 décembre 2006)

Cette loi traite de la demande de pension électronique.

Cette demande peut être introduite auprès de la commune où le demandeur a sa résidence principale, ou au bureau d'une institution, ou directement par voie électronique, par l'assuré social.

Le Roi détermine comment sont traitées les demandes d'obtention des prestations et de quelle manière l'assuré social est informé de leur calcul.

Si, dans le chef d'un même assuré social, s'ouvre un droit à plusieurs pensions, l'assuré social reçoit une seule notification définitive commune des droits de pension qui ont été constitués dans les différents régimes légaux.

Ces dispositions entrent en vigueur :

- en ce qui concerne l'Office national de pensions et l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants : à la date fixée par le Roi et au plus tard le 1er janvier 2008;
- en ce qui concerne le Service des Pensions du Secteur Public : à la date fixée par le Roi.

21 avril 2007 - Arrêté royal portant modification des modalités d'introduction de la demande en vue de l'obtention des prestations prévues par l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés et par l'arrêté royal du 23 mai 2001 portant règlement général en matière de garantie de revenus aux personnes âgées (M.B. 07 mai 2007)

Cet arrêté modifie la procédure de demande de pension de travailleur salarié introduite auprès de la commune.

La demande est reçue par le bourgmestre (ou le fonctionnaire délégué) de la commune dans laquelle le demandeur a sa résidence principale ; il est tenu de recevoir les demandes de pension au moins une fois par semaine.

Le demandeur est tenu de se présenter personnellement et d'être en possession de sa carte d'identité ; néanmoins, il peut se faire représenter par un mandataire.

Le bourgmestre établit immédiatement une demande électronique qui est immédiatement transmise électroniquement à l'Office national des pensions.

Ce dernier envoie immédiatement un accusé de réception électronique destiné au demandeur ou à son mandataire, qui mentionne la date d'introduction de la demande.

Lorsqu'une demande électronique est impossible, le bourgmestre établit un document papier. Le bourgmestre remet au demandeur ou à son mandataire un accusé de réception qui mentionne la date d'introduction de la demande. Dans les trois jours ouvrables de la réception de la demande, le bourgmestre l'envoie à l'Office national des pensions.

En aucun cas le bourgmestre ne peut refuser de recevoir une demande.

Une procédure similaire est applicable pour les demandes de garantie de revenus aux personnes âgées.

Ces dispositions s'appliquent à partir du 1er septembre 2007.

26 juillet 2007. - Arrêté royal portant exécution des articles 297, 299 et 301 de la loi-programme (I) du 27 décembre 2006 (M.B. 14 août 2007)

Cet arrêté traite de la demande électronique de pension auprès de l'institution compétente (Office national des pensions ou Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants) dans le régime de pension des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants (voir ci-dessus l'arrêté royal du 21 avril 2007 prévoyant des règles analogues pour la demande de pension de travailleur salarié introduite auprès de la commune).

Les personnes résidant en Belgique peuvent également introduire directement leur demande par voie électronique.

Le modèle de demande est accessible sur le portail de la sécurité sociale au moyen de la carte d'identité électronique ou de la carte mentionnant les codes personnels qui peut être obtenue sur le portail fédéral.

Cette demande est transmise à l'institution d'instruction compétente pour calculer les droits à pension. Cette institution envoie immédiatement au demandeur un accusé de réception électronique qui mentionne toutes les données introduites ainsi que la date d'introduction de la demande.

Cet arrêté traite également de la motivation et de la notification de la décision dans le régime de pension des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants.

Pour les travailleurs salariés il est prévu que la décision est motivée et est notifiée au demandeur par lettre ordinaire.

Outre les mentions prescrites par la charte de l'assuré social, les décisions prises contiennent au minimum les données suivantes :

1. Les années civiles qui ont été prises en considération et celles qui ont été rejetées;
2. La qualité selon laquelle les prestations de travail ou les périodes assimilées ont été prises en considération;
3. Le nombre de jours prestés (éventuellement convertis en équivalents journaliers à temps plein) et la rémunération réelle brute;
4. Les éventuelles rémunérations fictives et forfaitaires ainsi que le nombre de jours correspondants;
5. Les rémunérations prises en considération pour le calcul, éventuellement plafonnées;
6. Le coefficient de revalorisation;
7. Le montant de la pension, constituée année par année et éventuellement porté au droit minimum par année, et le montant global de la pension;
8. La fraction de carrière et éventuellement la pension minimum garantie accordée;
9. Les règles de cumul éventuellement appliquées.

Des règles analogues s'appliquent pour les travailleurs indépendants.

La date d'entrée en vigueur de cet arrêté est variable ; selon ses dispositions il s'applique à partir du 1^{er} décembre 2007 et au plus tard le 1^{er} janvier 2008.

3.2. Estimation de la pension et aperçu de la carrière

12 juin 2006 - Arrêté royal portant exécution du Titre III, chapitre II de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte entre générations (M.B. 22 juin 2006)

Cet arrêté exécute le pacte de solidarité entre les générations afin de permettre d'effectuer une estimation automatique de la pension aux assurés sociaux.

La possibilité est offerte à tous ceux qui le souhaitent de recevoir à terme le calcul individuel du montant de leur pension, indépendamment de la nature de leur carrière.

A partir de 55 ans, cela doit se faire automatiquement chaque année que la carrière soit mixte ou non.

Le Roi est mandaté d'élargir, progressivement et en fonction des possibilités techniques, l'obligation susvisée afin que chacun puisse, à tout moment et sans qu'il faille le demander, être informé sur la constitution de ses droits à pension.

L'information fournie par les services des pensions sera rendue de façon coordonnée et uniforme. Seront indiqués à chaque fois les montants de la pension qui seraient

applicables si le travailleur continuait à travailler jusqu'à l'âge de la pension. Cela doit être réalisé d'ici 2010.

Le présent arrêté s'applique à l'Office national des pensions, au Service de pension du secteur public et à l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants. Il peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, être étendu à d'autres institutions de pension qui gèrent un régime de pensions légales.

Les institutions de pension délivrent, sur demande ou d'office, aux futurs pensionnés une estimation des droits de pension constitués et encore à constituer. La polyvalence des demandes s'applique entre les institutions de pension.

L'estimation ne vaut jamais notification d'un droit de pension et n'engage pas l'institution de pension.

La demande d'estimation peut être introduite exclusivement par le futur pensionné dans un délai qui précède de cinq ans l'âge auquel le droit à la pension de retraite ou à la pension anticipée s'ouvre.

Une demande d'estimation ne vaut pas demande de pension.

L'estimation comprend, par régime légal de pension, les droits constitués par le futur pensionné et une préfiguration des droits de pension qui peuvent être constitués jusqu'à l'âge normal de la pension.

Les institutions de pension doivent sauvegarder électroniquement et mettre à disposition les données de carrière des futurs pensionnés. Ces données sont réunies dans un aperçu de carrière qui est mis à la disposition du futur pensionné au courant de l'année dans laquelle il atteint l'âge de 55 ans. Celui-ci a le droit de demander une rectification des données qui le concernent.

Un unique aperçu global des droits de pension constitués et encore à constituer est délivré lorsque le futur pensionné a été assujéti à plusieurs régimes. Les institutions de pension concluent à cet effet des accords de collaboration réciproque.

Les institutions de pension peuvent créer au sein de la Banque-carrefour une association sans but lucratif qui sera chargée de la gestion des systèmes informatiques et des missions de soutien pour la tenue des données de carrière.

L'arrêté royal instituant le " Service Info-Pensions est abrogé.

Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} février 2006.

26 avril 2007 - Arrêté royal portant exécution de l'arrêté royal du 12 juin 2006 portant exécution du Titre III, chapitre II de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte entre les générations (M.B. 15 mai 2007)

Cet arrêté traite de l'estimation de la pension et de l'aperçu de carrière.

La demande d'estimation

La demande est adressée au service estimations et est introduite :

- soit au moyen du formulaire spécial, disponible auprès des administrations communales et auprès des institutions;
- soit au moyen d'une simple lettre ou d'un courrier électronique mentionnant l'identité, l'adresse et le numéro de registre national du demandeur;
- soit par téléphone en mentionnant l'identité, l'adresse et le numéro de registre national du demandeur;
- soit en la remettant personnellement à un service ou à une permanence de l'institution.

Dans certains cas la demande n'est pas recevable, notamment si elle est introduite plus de cinq ans précédant la date à laquelle peut s'ouvrir un droit à la pension de retraite ou à la pension anticipée:

Examen d'office

L'institution compétente examine d'office, les droits constitués et les droits qui peuvent être constitués jusqu'à l'âge normal de la pension pour le futur pensionné :

- qui a sa résidence principale en Belgique;
- au cours de l'année où il atteint l'âge de 55 ans.

L'estimation et l'aperçu de carrière sont délivrés d'office au cours du mois qui suit le mois de naissance du futur pensionné.

Contenu de l'aperçu de carrière et de l'estimation

L'aperçu de carrière contient, par régime de pension légal, un relevé chronologique et groupé par année civile des données de pension enregistrées à propos du futur pensionné par l'institution de gestion. Il mentionne au moins la nature de l'occupation, les périodes d'occupation, les périodes assimilées et la durée des périodes d'assurance validées.

L'estimation mentionne, par régime de pension légal, au moins :

- le montant annuel brut de la pension que le futur pensionné a constitué à 55 ans;
- le montant annuel brut à l'âge de 65 ans;
- l'évolution que le montant annuel brut subit du 60ème jusqu'au 65ème anniversaire dans le régime de pension légal dans lequel le futur bénéficiaire de pension est assuré à son 54ème anniversaire.

Délivrance commune de l'aperçu de carrière et de l'estimation

Si le futur pensionné était assujéti à plusieurs régimes de pension légaux, les institutions lui mettent d'office à disposition un seul aperçu de carrière global et une seule estimation globale au cours de l'année où il atteint l'âge de 55 ans.

Les Ministres qui ont les pensions dans leurs attributions fixent la date à laquelle les dispositions du présent point entrent en vigueur.

Correction des données de carrière

Le futur pensionné peut demander:

- des informations concernant les données inscrites sur l'aperçu de carrière;
- la correction des données de carrière inscrites, avec mention de l'objet de sa demande et les pièces justificatives dont il dispose.

Dispositions finales

Les dispositions qui précèdent sont d'application :

- à l'Office national des pensions à partir du 1er juillet 2006;
- à l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants à partir du 1er juillet 2007;
- aux autres institutions (notamment le service de pension du secteur public) à la date fixée par les Ministres qui ont les pensions dans leurs attributions.

Le service Info-pensions est supprimé à partir du 1er juillet 2006.

3.3. Contrôle de l'activité professionnelle

11 juillet 2006 - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (M.B. 7 août 2006)

Dans un souci de simplification administrative, l'article 10 de la loi-programme du 11 juillet 2005 a modifié l'article 39 de l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967 afin de permettre d'effectuer le contrôle de l'activité professionnelle des pensionnés par l'utilisation de techniques informatiques.

Le présent arrêté fixe au 1er janvier 2006 l'entrée en vigueur de cette disposition, à savoir la date à partir de laquelle le contrôle de l'activité professionnelle autorisée s'effectuera sur la base d'une comparaison systématique entre les différents fichiers de Cimire et de l'Office national des pensions.

A titre transitoire, sont dispensés de déclaration les seuls pensionnés (retraite ou survie).qui ont atteint l'âge de 65 ans accompli, excepté avant le premier paiement.

Par conséquent est :

- supprimée l'obligation de déclaration pour le bénéficiaire qui a atteint l'âge de 65 ans accompli et reprend ou débute une activité professionnelle après la date de prise de cours de sa pension;
- abrogée la sanction pour la non déclaration préalable par ce pensionné;
- abrogée la sanction pour la non déclaration par l'employeur de l'occupation de ce pensionné.

En d'autres termes, le bénéficiaire qui a atteint l'âge de 65 ans accompli mais dont la pension est pour la première fois mise en paiement reste tenu de faire connaître quand il cessera son activité professionnelle. L'obligation de déclaration subsiste également pour le bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de 65 ans accompli. Pour le conjoint, rien ne change.

A terme, la même simplification sera généralisée aux autres bénéficiaires de pension ainsi qu'à leurs conjoints.

Annexes au chapitre IV

Les Soins de santé et les soins de longue durée

4.1. Détails descriptifs

4.1.1. Partage des compétences en matière de santé

4.1.2. Le régime de l'assurance obligatoire soins de santé

4.1.3. Le régime de l'assurance indemnité (maladie)

4.2. Les exemples de « good practice »

4.3. Divers

4.3.1. Liste des études du KCE

4.3.2. Le plan national 2008-2010 pour la lutte contre le cancer

4.3.3. Les projections des dépenses publiques de soins de santé du CEV à horizon 2050

Annexes 4.1. Détails descriptifs

Annexe 4.1.1 Partage des compétences en matière de santé

La Belgique est un Etat fédéral où coexistent trois types d'entités ayant des compétences propres : l'autorité fédérale et les entités fédérées (les Communautés et Régions). C'est notamment le cas en matière de santé où les entités se partagent les compétences de la manière suivante :

A) Les compétences de l'autorité fédérale

En matière de santé, l'Etat fédéral est compétent pour la politique de dispensation de soins dans les institutions de soins et en dehors de celles-ci dans les domaines suivants :

- a) la législation organique (exemple : loi sur les hôpitaux, ...)
- b) le financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique (*budgets des moyens financiers des hôpitaux*)⁷²;
- c) ***l'assurance obligatoire soins de santé*** (branche de la sécurité sociale) ;
- d) la fixation des règles de base relatives à la programmation ;
- e) la fixation des règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd ;
- f) la fixation des normes nationales d'agrément uniquement dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une répercussion sur les compétences visées aux b), c), d) et e) ci-dessus ;
- g) la détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux.

L'Etat fédéral belge est également compétent pour les matières relatives aux médicaments, aux dispositifs médicaux et au commerce de certaines substances (stupéfiants, tissus, hormones). De même que l'exercice de l'art de guérir, au sens large du terme, et l'aide médicale urgente sont également du ressort de l'autorité fédérale.

Notons que les compétences de l'autorité fédérale en matière de santé sont exercées par le Ministre de la Santé publique et le Ministre des Affaires sociales, et par les entités administratives que constituent le SPF Sécurité sociale et le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

B) Les compétences des Communautés et Régions

Les Communautés française, flamande et germanophone (ainsi que la Commission communautaire commune à l'égard des institutions bilingues situées sur le territoire de la Région de Bruxelles-capitale) sont compétentes pour les "matières personnalisables", tant dans le domaine de la politique de la santé que dans celui de l'aide aux personnes.

⁷² Les hôpitaux programmés et reconnus reçoivent un budget de moyens financiers. Ce budget est fixé annuellement par l'autorité fédérale et constitue une intervention dans les frais liés au séjour de patients et aux soins dispensés à ceux-ci. En substance, le budget couvre en partie les frais d'investissement, les frais de séjour et les frais de soins. Enfin, un point important est que le financement a lui aussi évolué d'un financement structurel vers un financement axé sur l'activité.

En ce qui concerne la politique de santé, elles sont compétentes :

- en matière de politique de dispensation de soins dans et en dehors des institutions de soins, à l'exception de ce qui relève des compétences de l'autorité fédérale, énumérées ci-avant ;
- en matière de promotion de la santé, d'activités et services de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales.

Depuis le 1er janvier 1994, la Région wallonne et la Commission communautaire française, la première sur le territoire de la Région de langue française et la seconde sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles -capitale, exercent les compétences de la Communauté française en matière de politique de la santé, à l'exception notamment :

- des hôpitaux universitaires ;
- de ce qui relève des missions confiées à l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) ;
- de la promotion de la santé ;
- des activités et services de médecine préventive ;
- de l'inspection médicale scolaire.

Les compétences des entités fédérées leur permettent donc de définir et de mener une "politique de dispensation de soins". Elles leur permettent aussi:

- de fixer les conditions d'agrément des maisons de repos pour personnes âgées, des centres de coordination de soins et services à domicile, des maisons médicales (associations de santé intégrée), des services de santé mentale ;
- de soutenir, d'encourager et de subventionner ces mêmes institutions;
- d'agrément les hôpitaux généraux et psychiatriques dans le respect des normes d'agrément fédérales ;
- d'agrément les maisons de repos et de soins (MRS), les maisons de soins psychiatriques (MSP), et les habitations protégées pour patients psychiatriques (HP) dans le respect des normes d'agrément fédérales;
- d'appliquer les règles de base relatives à la programmation des hôpitaux, MRS, MSP et HP.

C) La collaboration entre l'autorité fédérale et les entités fédérées

La fédéralisation de l'État a eu pour conséquence de répartir les responsabilités en matière de santé entre les différents niveaux de pouvoirs. En vue d'assurer une meilleure coordination, notamment entre la politique préventive et curative, tout en laissant chaque niveau compétent pour ses matières, des « **accords de collaboration** » ont été conclus dans de multiples domaines, tels que la politique vis-à-vis des drogues, la vaccination, le dépistage du cancer du sein.

A titre d'exemple, en matière de politique vaccinale, la répartition des compétences est fixée comme suit :

- les aspects scientifiques se discutent au niveau du Conseil supérieur de la Santé, institué au niveau fédéral ;
- l'autorité fédérale gère la vaccination légalement obligatoire, à savoir la seule vaccination antipoliomyélitique ;
- les Communautés gèrent les vaccinations dites « non obligatoires » mais recommandées, les organismes de prévention et les circuits de commandes et de distribution des vaccins à tous les vaccinateurs.

Annexe 4.1.2. Le régime de l'assurance obligatoire soins de santé

Dans cette annexe, vous trouverez, une présentation résumant de façon un peu plus détaillée les grandes composantes du « **régime de l'assurance obligatoire soins de santé** » qui fait partie intégrante du système de sécurité sociale belge pour lequel, comme déjà signalé, l'Etat fédéral est exclusivement compétent.

L'assurance obligatoire soins de santé est basée sur le principe de la « *concertation sociale* ». Les prestataires, les financeurs et les assureurs mutualistes sont présents dans différents organes intervenant dans la gestion et l'exécution de la dite assurance.

A) Organisation, financement et budget de l'assurance obligatoire soins de santé

Le Financement

En tant que branche de la sécurité sociale, l'assurance obligatoire soins de santé s'inscrit dans le mécanisme de la gestion globale de l'ensemble de la sécurité sociale.

Dans ce système de financement global, l'Office National de Sécurité Sociale (**ONSS**) pour le régime des salariés et l'Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants (**INASTI**) pour le régime des indépendants jouent un rôle central : ils globalisent les ressources de la sécurité sociale⁷³ et en effectuent la répartition entre les organismes gestionnaires des différentes branches de la sécurité sociale en fonction de leurs besoins. Pour ce qui est des soins de santé, il s'agit de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (**INAMI**).

En vertu de la loi du 31 janvier 2007, qui introduit un nouveau système de financement de l'assurance maladie, et de la loi du 26 mars 2007, qui réalise l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire soins de santé pour les travailleurs indépendants, plus aucune distinction n'est opérée, dans la branche des soins de santé de l'INAMI, entre le régime des travailleurs salariés et le régime des travailleurs indépendants, et ce à compter de l'année 2008. En outre, une modification fondamentale a été apportée au mode de financement. Jusqu'en 2007, le financement de la branche soins de santé par les deux gestions globales était basé sur les besoins. Depuis 2008, le financement des gestions globales est constitué de trois volets :

1. Un montant de base dû par gestion globale, équivalent au montant de l'exercice précédent auquel est appliqué le taux de croissance des recettes effectives disponibles de cotisations entre l'exercice N-1 et l'exercice N-2. Sont donc concernés ici les produits des cotisations sociales.
2. Un montant complémentaire dû par les deux gestions globales, pour lequel celles-ci reçoivent un financement alternatif (financement alternatif = produits d'impôts, essentiellement TVA et accises). Ce financement assure l'équilibre du budget.
3. S'il apparaît, à l'issue de l'exercice, que les dépenses de soins de santé étaient supérieures à l'objectif budgétaire global, ce dépassement est mis à charge des gestions globales selon une clé de répartition déterminée.

Il s'agit donc toujours d'un financement basé sur les besoins, mais l'apport des gestions globales au niveau des cotisations sociales est limité et n'est plus lié au niveau des

⁷³ Ses ressources sont issues principalement, pour le régime des salariés, des cotisations sociales sur les rémunérations à charge des employeurs et des travailleurs, et, pour le régime des indépendants, de cotisations sociales sur leurs revenus. Les autres ressources du budget de la Sécurité sociale sont composées de subventions de l'Etat et de recettes issues du financement alternatif (constitué d'un pourcentage des recettes de TVA, d'une part des recettes d'accises sur le tabac et du précompte mobilier, du produit de l'imposition des avantages liés à l'octroi d'options sur actions ...)

dépenses. L'équilibre budgétaire est garanti par le financement alternatif (produits d'impôts). Le financement alternatif incombe à l'autorité, et non pas aux gestions globales.

Enfin, outre les moyens financiers qui lui sont attribués dans le cadre de la gestion globale de la sécurité sociale, l'assurance soins de santé bénéficie d'autres ressources (environ 19 %) qui lui sont propres. Elles sont constituées d'une part d'un financement alternatif propre (recettes de TVA et accises), destiné principalement à financer les journées d'entretien dans les hôpitaux, et de recettes spécifiques telles que les cotisations personnelles dues par certaines catégories de titulaires, une retenue de 3,55% opérée sur les pensions, le produit d'un supplément de cotisation ou de prime dans le cadre de certains contrats d'assurance (auto, hospitalisation,...), les recettes prévues dans le cadre du reclassement social des handicapés, le produit d'une cotisation sur le chiffre d'affaire réalisé sur le marché belge des médicaments remboursables,...

Par ailleurs, en 2007, un Fonds pour l'avenir des soins de santé a été créé à l'INAMI. Il est destiné à financer au plus tôt à partir de 2012 les investissements nécessaires pour adapter le système des soins de santé au vieillissement de la population. En 2007, un montant de 309.000 EUR a été versé par les gestions globales « salariés » et « indépendants ». Chaque année, le gouvernement fixera, dans les limites de la norme de croissance légale existante, un pourcentage qui sera versé au Fonds pour l'avenir des soins de santé.

Le budget

Le budget de l'assurance soins de santé est élaboré au sein de l'INAMI, établissement public doté de la personnalité civile, chargé de l'exécution et du contrôle de l'assurance obligatoire soins de santé.

En vue de faire face aux dépenses croissantes intervenant en soins de santé, une norme de croissance du budget affecté aux soins de santé a été élaborée : elle est actuellement de 4,5 % par an en terme réel.

La procédure budgétaire (détermination des objectifs budgétaires pour l'année x) peut se résumer comme suit :

- a. Les Commissions de Conventions et d'Accords, composées de représentants des prestataires de soins et des organismes assureurs, déterminent les besoins de leur secteur pour l'année x. Pour se faire elles recueillent notamment l'avis des conseils techniques correspondants. Elles suggèrent principalement des modifications de nomenclature dans leur domaine (introduction, modification ou suppression de prestations remboursées). Les différentes propositions de besoins sont chiffrées.
- b. Le service des soins de santé de l'INAMI communique ses estimations techniques au Comité de l'Assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux Ministres des Affaires sociales et du Budget au plus tard le 30 juin de l'année (x-1) sur base des années complètes et au plus tard quinze jours avant le premier lundi du mois d'octobre des estimations techniques revues qui tiennent compte des dépenses des cinq premiers mois de l'année (x-1).
- c. La Commission de contrôle budgétaire propose au Comité de l'Assurance, au Conseil général, aux Ministres des Affaires sociales et du Budget au plus tard le 15 septembre de l'année (x-1) des mesures à appliquer dans certains secteurs lors de la fixation de l'objectif budgétaire global.
- d. Le Comité de l'Assurance, composé en nombre égal de représentants des organismes assureurs et des prestataires de soins et de représentants des employeurs et des travailleurs (ces derniers avec voix consultatives), doit faire une évaluation explicite de tous les besoins formulés et définir clairement les critères sur la base desquels des priorités sont déterminées. Il examine l'ensemble des propositions et formule une proposition globale de budget et de

répartition équitable des dépenses entre les divers secteurs de l'assurance soins de santé. Cette proposition est transmise au Conseil général et à la Commission de Contrôle budgétaire au plus tard le premier lundi d'octobre de l'année (x-1).

- e. Le Conseil général, qui comprend les différents financeurs du système (autorités de tutelle, travailleurs et employeurs) et les organismes assureurs, fixe au plus tard le troisième lundi d'octobre de l'année (x-1) l'objectif budgétaire global et les objectifs partiels, à l'aide de la proposition du Comité de l'assurance et de la Commission de Contrôle budgétaire. Le Conseil général approuve également les économies structurelles et propose les budgets globaux des moyens financiers. En cas de non-approbation par le Conseil général d'un objectif budgétaire global pour l'année x et de sa répartition en objectifs budgétaires partiels, il en avise le Ministre. Le Conseil des Ministres peut alors fixer sur proposition du Ministre des Affaires sociales le montant de l'objectif budgétaire global pour l'année x, sa répartition en objectifs budgétaires partiels et les budgets globaux des moyens financiers.

B) Qui est couvert ?

L'assurance soins de santé couvre aussi bien les travailleurs salariés, indépendants ou du secteur public, que les chômeurs, pensionnés, minimexés, handicapés, étudiants, résidents, etc., ainsi que les personnes qui sont à leur charge et qui remplissent les conditions pour ce faire (principalement une condition de revenus) : les conjoints, cohabitants, enfants, ...

On peut dès lors affirmer que pratiquement toute la population résidant en Belgique a accès aux prestations de santé dans le cadre de l'assurance obligatoire.

La personne qui s'inscrit auprès d'un organisme assureur sur la base d'une des qualités prévues dans la législation assurance maladie obligatoire a immédiatement droit à une intervention dans les frais de soins de santé, à partir du moment où cette inscription produit ses effets. Si l'inscription doit être considérée comme une réinscription, un stage d'attente de 6 mois est imposé le cas échéant avant que le droit aux interventions pour cette nouvelle inscription ne soit ouvert.

Tout bénéficiaire doit cependant remplir un certain nombre de conditions pour ouvrir un droit (annuel) aux prestations de l'assurance :

- s'inscrire auprès d'un organisme assureur : le choix de l'organisme assureur est libre sauf pour le personnel statutaire des chemins de fer belges ;
- avoir payé des cotisations minimales lorsque celles-ci sont requises (en effet, pour certaines catégories de la population, comme les minimexés, la cotisation est nulle), ou avoir un droit à un autre titre (ex : personne à charge) ;

C) Quelle est l'étendue de la couverture ?

Jusque fin 2007, la couverture des travailleurs salariés (et assimilés) se distinguait de celle des travailleurs indépendants. Si les travailleurs salariés étaient couverts⁷⁴ tant pour les « **petits risques** » de santé (consultation des médecins généralistes et spécialistes, kinésithérapeutes, fourniture de médicaments, soins dentaires, interventions chirurgicales mineures, prothèses, orthopédie, physiothérapie ambulatoire et soins infirmiers ambulatoires, etc.) que pour les « **gros risques** » (principalement hospitalisation et les interventions chirurgicales majeures,.), les travailleurs indépendants n'étaient en principe couverts que pour ces derniers. S'ils souhaitaient se couvrir pour les petits risques, ils souscrivaient auprès d'une mutualité une assurance complémentaire, moyennant le paiement de cotisations spécifiques.

⁷⁴ En tout le régime des travailleurs salariés comprend 26 catégories de prestations remboursables

Depuis le 1^{er} janvier 2008, la couverture des petits risques est complètement étendue aux indépendants. Il n'y a plus qu'un seul régime d'assurance soins de santé.

D) Comment détermine-t-on les prestations remboursables ?

La détermination des prestations remboursables et la fixation du prix de celles-ci s'effectuent au sein de l'INAMI, de manière concertée entre les différents acteurs (organismes assureurs, représentants des professionnels de la santé,...). Ainsi, les prestations médicales et paramédicales réalisées en milieu hospitalier ou en ambulatoire ainsi que les médicaments pouvant bénéficier d'un remboursement de l'assurance soins de santé sont fixés par arrêté royal ou ministériel après consultation du Comité de l'assurance sur proposition de certains autres organes de l'INAMI regroupant les prestataires concernés et les organismes assureurs. Cela concerne toute une série de commissions au sein desquelles siègent les organismes assureurs et les représentants des prestataires concernés (exemple: la Commission nationale médico-mutualiste, où siègent les médecins, la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs, ...) dans le cadre du budget du coût des prestations.

E) Quelle est l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé ?

L'assurance soins de santé ne fournit pas les prestations de santé, elle accorde uniquement une intervention financière dans le coût des soins. Tous les soins de santé remboursables (soit totalement soit partiellement) sont repris dans une « **nomenclature** » des prestations de santé, c'est-à-dire une liste qui contient non seulement la valeur relative des soins, mais également des règles d'application spécifiques, des critères de compétence des dispensateurs de soins, etc. Une telle liste existe également pour les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'un remboursement.

Le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé varie principalement en fonction de la nature de la prestation et du statut du bénéficiaire. En principe, la quote-part personnelle ou « **ticket modérateur** » est de 25 %, mais peut, selon le type de prestations, être supérieure ou inférieure.

Les spécialités pharmaceutiques sont quant à elles réparties, en fonction de leur utilité sociale et thérapeutique, en cinq catégories de remboursement. Pour chaque catégorie, la quote-part personnelle du bénéficiaire est fixée, et varie entre 0 % et 80 %. En cas d'hospitalisation, le patient hospitalisé ne paie toutefois, pour ses médicaments, qu'un montant forfaitaire journalier de 0,62 EUR⁷⁵.

Par ailleurs, en vue d'améliorer l'accessibilité aux soins, différents mécanismes existent pour « alléger » la quote-part personnelle de certains patients :

- Le « **Bénéfice de l'Intervention Majorée** » (BIM): Il s'agit d'un régime préférentiel, c'est-à-dire octroyant des remboursements plus élevés des prestations de santé, pour certaines catégories de personnes limitativement énumérées par la loi, personnes se trouvant dans une situation sociale spécifique (exemples : invalide, pensionné, handicapé,...) et dont les revenus n'excèdent pas un certain montant (14.057,18 EUR augmentés de 2602,36 EUR par personne supplémentaire dans le ménage, montants au 01/01/2008) ou qui, en raison de la situation sociale dans laquelle elles se trouvent, sont considérées comme remplissant ces conditions en matière de revenus. L'intervention majorée s'applique à ces catégories de

⁷⁵ Notons quand-même que ce montant ne couvre que les spécialités remboursables. Les médicaments non-remboursés restent à charge du patient.

bénéficiaires, leur conjoint et personnes à charge. Depuis le 1er juillet 2007, le droit à une intervention d'assurance majorée a été étendu à tous les ménages à faibles revenus (pour une demande en 2008, les revenus 2007 du ménage ne peuvent excéder 13.543,71 EUR, majorés de 2.507,30 EUR par membre du ménage, autre que le demandeur). Cette intervention majorée vaut tant pour les prestations de santé médicales et paramédicales que pour les médicaments.

- Le « **Maximum à facturer** » (MAF) : Il s'agit d'un mécanisme qui a pour but de donner à chaque famille la garantie de ne pas devoir dépenser annuellement plus qu'un montant déterminé en matière de soins de santé remboursables et nécessaires⁷⁶, le montant maximum variant en fonction du revenu familial. Il existe deux types de maximums à facturer:
 - Le « *maximum à facturer social* » est octroyé aux ménages composés de certains bénéficiaires de l'intervention majorée qui ont réellement payé 450 EUR de quotes-parts personnelles. Dès que le plafond de 450 EUR est atteint, le ticket modérateur pour le reste de l'année sera égal à zéro. Les organismes assureurs doivent veiller à la mise en œuvre du MAF social.
 - Le « *maximum à facturer revenus* » vaut pour tous les ménages⁷⁷ et prévoit également un remboursement lorsqu'ils ont payé des quotes-parts personnelles supérieures au montant de référence qui leur est applicable, compte tenu de leurs revenus annuels nets⁷⁸.

Notons la situation particulière de l'enfant âgé de moins de 19 ans. Ainsi, l'enfant, qui, au 1er janvier de l'année d'octroi du MAF, est âgé de moins de 19 ans et qui a effectivement supporté des tickets modérateurs d'un montant de 650 EUR, peut bénéficier du MAF à titre individuel.

F) Comment obtenir le remboursement des soins ?

Deux modes d'intervention de l'assurance coexistent :

- La règle est le « *remboursement a posteriori* » : Le patient paie le dispensateur de soins de son choix, lequel lui remet une attestation sur laquelle est mentionnée la prestation qui a été effectuée. Le patient remet ensuite cette attestation à son organisme assureur pour obtenir un remboursement.
- La règle dérogatoire est « *le tiers payant* » : Le système du tiers payant est obligatoire pour les patients hospitalisés. L'hôpital envoie au patient une facture qui reprend le coût global des soins reçus, mais le patient ne paie pas l'entièreté de ce coût : il ne paie que le montant qui correspond à son intervention personnelle, à savoir le ticket modérateur, ainsi que les suppléments éventuels. L'hôpital envoie également une facture à l'organisme assureur du patient : celui-ci va payer directement à l'hôpital le montant qui correspond à l'intervention de l'assurance. Un

⁷⁶ Les frais visés pour la fixation du maximum à facturer sont les tickets modérateurs pour les honoraires des médecins, des praticiens de l'art infirmier, des auxiliaires paramédicaux et pour les frais des prestations techniques (imagerie médicale, interventions chirurgicales, examens de laboratoire, ...), les médicaments indispensables (les spécialités des catégories A, B et C) et les frais hospitaliers (intervention personnelle dans le prix de journée) + certains frais des dispositifs médicaux.

⁷⁷ Le ménage pris en considération pour le MAF revenus est le ménage tel que composé selon les données du Registre national

⁷⁸ Le montant de référence, c'est-à-dire le montant total de quotes-parts personnelles réellement payées par le patient à partir duquel il ne paie plus de ticket modérateur pour le reste de l'année, varie entre 450 et 1800 euros, en fonctions du revenu annuel net du ménage.

Pour plus d'info, voir : http://www.inami.fgov.be/secure/fr/medical_cost/general/maf/index.htm

système similaire est applicable vis-à-vis des médicaments : le patient qui se rend dans une pharmacie en vue d'acquiescer des médicaments remboursables prescrits par son médecin ne paiera qu'une partie du prix total du médicament (qui correspond à son intervention personnelle)⁷⁹. Dans le secteur des soins ambulatoires également, le système du tiers-payant peut être appliqué à des catégories de population déterminées (par exemple des assurés sociaux se trouvant dans une situation financière individuelle de détresse) ou en cas de prestations fournies dans le cadre d'un service de garde de médecins généralistes.

4.1.3. L'INDEMNITE D'INCAPACITE DE TRAVAIL

En cas de maladie ou de lésion, des indemnités sont octroyées afin de couvrir la perte salariale. L'assurance indemnités s'applique aux maladies et accidents survenus dans la sphère privée. Les accidents de travail et maladies professionnelles sont couverts par d'autres branches de la sécurité sociale. Pour les allocations, il convient d'établir une distinction entre les salariés, les indépendants et les fonctionnaires.

Travailleurs salariés

De manière générale, on peut dire qu'un travailleur salarié qui, en cas de soins médicaux, bénéficie d'un droit au remboursement des frais médicaux, bénéficie également d'indemnités en cas de maladie.

L'incapacité de travail se compose de 2 périodes : l'incapacité de travail primaire et l'invalidité.

Lorsqu'il n'y a pas de présomption légale d'incapacité de travail (par exemple une hospitalisation), l'état d'incapacité de travail doit être déclaré à l'organisme assureur (mutualité) au moyen d'un certificat médical. Il appartient ensuite au médecin-conseil de l'organisme assureur (mutualité) de fixer le degré d'incapacité. L'intéressé doit cesser toute activité professionnelle et être en état d'incapacité de travail à hauteur minimale de 66%

La période d'incapacité de travail primaire dure un an maximum et prend cours à la date du début de l'incapacité de travail. Le bénéficiaire reçoit, durant les trente premiers jours, 60 % de sa rémunération brute (plafonnée⁸⁰). Les indemnités ne sont, en principe, pas octroyées pour les périodes couvertes par le salaire garanti à charge de l'employeur. A partir du 31ème jour, l'indemnité reste fixée à 60 % de la rémunération brute, pour le travailleur ayant personne à charge et pour le travailleur isolé. Pour les autres bénéficiaires, le pourcentage est réduit à 55 %.

La période d'invalidité prend cours après une année d'incapacité de travail primaire. L'invalidité est constatée par le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI sur base d'un rapport dressé par le médecin-conseil de l'organisme assureur (mutualité). Pour la détermination du montant des indemnités d'invalidité, il est tenu compte de la situation familiale du bénéficiaire. Un titulaire ayant personne à charge a droit à un taux d'indemnités fixé à 65 % de sa rémunération (également plafonnée à un certain

⁷⁹ Pour autant que le pharmacien ait accès aux données (de l'organisme assureur) nécessaires pour appliquer le tiers payant.

⁸⁰ Au 1er juillet 2008, le plafond journalier pour une semaine de 6 jours est de 111,7499 EUR pour une incapacité de travail d'avant le 01/01/2005, 113,9848 EUR pour une incapacité de travail entre le 01/01/2005 et le 31/12/2006 inclus et de 115,1247 EUR pour une incapacité de travail à partir du 01/01/2006.

montant). Pour les titulaires sans charge de famille, le taux de l'indemnité d'invalidité est réduit à 53 % ou 40 % de la même rémunération plafonnée, selon qu'ils possèdent la qualité d'isolé ou de cohabitant.

A partir du premier jour du septième mois de l'incapacité de travail, des indemnités minimales sont fixées afin de mieux protéger les personnes à faible revenu. Ces indemnités minimales sont:

	Avec charge de famille	Isolé	Cohabitant
Travailleur salarié régulier	45,97 EUR	36,79 EUR	31,23 EUR
Travailleur salarié non régulier (minimum d'existence)	35,77 EUR	26,83 EUR	26,83 EUR

(montants au 1er juillet 2008)

Indépendants

Les indépendants peuvent également bénéficier d'indemnités en cas d'incapacité de travail. Le régime des indépendants distingue 3 périodes :

- une période non indemnisée d'un mois
- une période indemnisée pour incapacité de travail primaire de onze mois
- après un an d'incapacité de travail primaire, la période d'invalidité pendant laquelle il reçoit des indemnités d'invalidité

Les indépendants ne reçoivent pas de pourcentage de leur rémunération perdue, mais un montant forfaitaire qui dépend de leur situation familiale:

	Avec charge de famille	Isolé	Cohabitant
période non indemnisée d'un mois	0 EUR	0 EUR	0 EUR
période indemnisée pour incapacité de travail primaire	43,29 EUR	32,57 EUR	28,35 EUR
Invalidité	43,29 EUR	32,57 EUR	28,35 EUR
Invalidité avec cessation d'entreprise	45,97 EUR	36,79 EUR	31,23 EUR

(montants au 1er juillet 2008)

Fonctionnaires

Le risque de maladie des fonctionnaires est couvert par un régime spécifique qui règle l'incapacité par des délais de congé de maladie. Par tranche de 12 mois d'ancienneté de service, 21 jours de travail de congé de maladie sont octroyés avec un minimum de 63 jours pour les 3 premières années de service. Lors du congé de maladie, le fonctionnaire perçoit 100% de son traitement.

Lorsque tous les jours de congé de maladie ont été épuisés, le fonctionnaire est mis en disponibilité pour cause de maladie. Dans ce cas, il perçoit une allocation d'attente égale à au moins 60% de son dernier traitement en activité, quelle que soit sa situation familiale. Si l'affection est reconnue comme maladie grave et de longue durée, le

fonctionnaire a droit à une allocation d'attente mensuelle égale à son dernier traitement en activité.

Lorsque les jours de congé de maladie ont été épuisés, le fonctionnaire peut être reconnu définitivement inapte. Il sera mis en retraite anticipée et percevra un montant annuel selon son traitement, son degré d'incapacité et sa charge familiale.

Annexe 4.2. Les exemples de « Good Patrice »

4.2.1. L'efficacité des campagnes de sensibilisation visant à réduire la consommation d'antibiotique (mesure fédérale)

Name of Measure	Member State
Politiques en matière d'antibiotiques et d'hygiène	Belgique
End Purpose of the Measure	
<p>L'objectif premier de la BAPCOC est de stimuler l'utilisation justifiée des antibiotiques. Dans ce cadre, une attention particulière est accordée à la réduction de la consommation excessive d'antibiotiques, qui est communément considérée comme le principal facteur intervenant dans le processus de sélection qui conduit à la résistance antimicrobienne. L'ensemble des mesures doit donc mener in fine à une meilleure protection de la santé publique.</p> <p>L'approche de la BAPCOC - axée sur les deux écosystèmes, tant le secteur humain que le secteur vétérinaire - est essentielle. En effet, la problématique de l'antibiorésistance se caractérise par une dynamique continue d'influence mutuelle entre les différents écosystèmes concernés. Une approche fragmentée, uniquement axée sur un seul écosystème, aurait probablement pour seul résultat un déplacement du problème.</p> <p>En ce qui concerne la médecine humaine, tant la pratique ambulatoire que les établissements de soins (hôpitaux et centres d'hébergement et de soins) sont visés. Etant donné que la prévention des infections (hospitalières) contribue indubitablement à une réduction de l'utilisation des antibiotiques, la promotion de l'hygiène hospitalière fait partie intégrante de l'approche de la BAPCOC.</p> <p>La politique antibiotique et l'hygiène hospitalière constituent incontestablement des piliers essentiels d'une politique (des pouvoirs publics) concernant la qualité et la sécurité des patients.</p>	
Main Results in summary	
<p>Il ressort des chiffres de l'INAMI publiés dans le rapport intitulé « Comportement prescripteur en ambulatoire d'antibiotiques et d'antihypertenseurs – rapport d'étude avril 2005 » que la consommation d'antibiotiques en pratique ambulatoire a diminué de manière constante, passant de 88,7 millions de DDA en 1999 à 67,1 millions de DDA en 2004, ce qui représente une baisse de pas moins de 24%. Exprimée en DDD, la diminution sur la même période est de 13%.</p> <p>Cette évolution positive est confirmée par les chiffres récents de l'ESAC pour la Belgique. Exprimée en nombre de conditionnements pour 1.000 personnes par jour, la consommation d'antibiotiques en pratique ambulatoire a diminué de pas moins de 32% sur la période du 07/1999-06/2000 au 07/2005-06/2006, ce qui équivaut à une baisse de 6,2% en moyenne par année sur la même période.</p> <p>Cette réduction significative de la consommation excessive d'antibiotiques a évidemment d'importantes implications financières pour le système de soins de santé. Au cours de la période 2000-2006, les dépenses d'antibiotiques pour l'INAMI et pour le patient ont diminué de 61 et 12 millions d'euros, respectivement.</p> <p>On constate en outre une évolution positive de la résistance dans le cas du pneumocoque (<i>Streptococcus pneumoniae</i>), qui est un agent d'infections très courantes en pratique ambulatoire telles que la rhinosinusite, l'otite moyenne, l'exacerbation aiguë de la BPCO et la pneumonie. Depuis 2000, la prévalence des pneumocoques résistants est caractérisée par une baisse marquante (après une forte hausse pendant plusieurs années) : une évolution de 17,5% en 2000 à 12,9% en 2005 pour la pénicilline, de 36,5% à 31,7% pour l'érythromycine et de 31,7% à 25,4% pour la tétracycline [Source: Referentielaboratorium UZ Leuven, Pr Dr Jan Verhaegen]. En ce qui concerne les streptocoques dans la gorge (<i>Streptococcus pyogenes</i> groupe A), qui sont des agents</p>	

pathogènes des angines, on constate également une **baisse de la résistance** pour l'érythromycine, qui passe de 12,4% en 2001 à 4,3% en 2005 [Source: Referentielaboratorium UZ Antwerpen, Pr Dr Herman Goossens].

De plus, nous constatons également une évolution favorable dans les hôpitaux en ce qui concerne le **Staphylocoque doré résistant à la méthicilline** (MRSA). Les staphylocoques sont notamment à l'origine d'infections de la peau et des tissus mous, d'infections de plaies (postopératoires), de pneumonies et d'infections du sang. **Depuis 2003, on constate une diminution tant de l'incidence des MRSA nosocomiales** (MRSA/1.000 admissions) **que des taux de résistance** (pourcentage de MRSA dans tous les isolats de *Staphylococcus aureus*) [Source: Institut Scientifique de Santé publique].

Outre une baisse significative de la consommation d'antibiotiques, nous constatons également une amélioration qualitative de l'utilisation des antibiotiques. Ainsi, on constate que **l'utilisation de certains antibiotiques à spectre étroit augmente au détriment de l'utilisation d'autres antibiotiques à large spectre** ; cette pratique est encouragée dans les directives de pratique clinique et dans le Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire. En guise d'illustration, on peut citer l'augmentation de l'utilisation d'amoxicilline au détriment de l'amoxicilline-acide clavulanique.

Les deux campagnes de promotion de l'hygiène des mains ont conduit à une amélioration notable du respect des directives relatives à l'hygiène des mains (« compliance ») dans les hôpitaux belges, de 49,3% à 68,7% après la première campagne et de 53,1% à 69,3% après la seconde campagne. Cette amélioration a été constatée dans les hôpitaux aigus, chroniques et psychiatriques. Par ailleurs, la part que représente l'alcool pour les mains – que l'on préférera à l'eau et au savon – a également connu une forte augmentation, passant de 68,7% à 80,9% durant la première campagne et de 75,9% à 81,3% pendant la seconde.

Targeted Beneficiaries	Policy Focus
General Population <input checked="" type="checkbox"/> Children <input type="checkbox"/> Single-parent Families <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Older People <input type="checkbox"/> Young People <input type="checkbox"/> People with disabilities <input type="checkbox"/> Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/> Ethnic Minorities <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Specific Illness/disease <input type="checkbox"/> Other [Please specify:] <input type="checkbox"/>	Social Exclusion <input type="checkbox"/> Healthcare <input checked="" type="checkbox"/> Long-term Care <input type="checkbox"/> Governance <input type="checkbox"/>
	Geographical Scope National <input checked="" type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/>
	Implementing Body Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee
Context/Background to the Initiative	
L'incidence croissante des bactéries résistantes aux antibiotiques et des infections nosocomiales est reconnue dans le monde entier comme un problème social important qui représente une menace toujours plus claire pour la santé publique. Ces dernières années, des organisations scientifiques internationales et gouvernementales se sont dès lors dotées de meilleures structures en vue d'endiguer ces problèmes. En 1999, le gouvernement danois a organisé la Conférence européenne « The	

Microbial Threat ». Cette convention a donné lieu à un certain nombre de recommandations aux Etats membres de l'Union européenne : 1) mettre sur pied un système de surveillance des microorganismes (multi)résistants; 2) assurer un suivi de la consommation d'agents antimicrobiens; 3) prendre des mesures en vue d'optimiser la thérapie antimicrobienne; et 4) stimuler des activités de recherche coordonnées en rapport avec le problème de la résistance aux antibiotiques.

Vu la dimension internationale manifeste du problème de la résistance aux antibiotiques, la Commission européenne a décidé, dans le prolongement de ces « **Recommandations de Copenhague** », de procéder au financement du projet EARSS (Système de surveillance européen pour la résistance antimicrobienne). L'EARSS est un réseau international de systèmes de surveillance nationaux qui collectent des données comparables et validées relatives à la résistance aux antibiotiques.

En novembre 2001, durant la présidence belge de l'Union européenne, une conférence a été organisée à Bruxelles sur le thème de la consommation d'antibiotiques en Europe. Cette conférence a donné le coup d'envoi du projet ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) qui collecte des données concernant la consommation d'antibiotiques dans les pays européens. Au moment où se tenait cette conférence, le **Conseil des ministres européens de la santé**, qui s'est tenu le 15/11/2001 à Bruxelles, approuvait des **directives relatives à la politique concernant les antibiotiques chez l'être humain**. Ces directives nt dessinent les contours de la stratégie relative aux antibiotiques au cours des prochaines décennies.

Ces dernières années, les efforts européens ont encore été accentués, ce qui a résulté en la création du CEPCM (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies) et de plusieurs projets internationaux tels que IPSE (Improving Patient Safety in Europe), GRACE (Genomics to combat Resistance against Antibiotics in Community-acquired LRTI in Europe), e-Bug et AntiBiotic Strategies International. La Belgique et la BAPCOC jouent souvent un rôle clé dans ces projets européens, dont certains sont même le fruit d'une initiative belge.

Les infections par des germes (multi)résistants peuvent s'accompagner d'une **morbidité, voire d'une mortalité excessive et de dépenses supplémentaires**. Dans certains cas, les patients infectés par des microorganismes résistants aux antibiotiques ne peuvent plus être traités que de manière non optimale: ainsi, les patients infectés par des staphylocoques dorés résistants à la méthicilline (MRSA) doivent être traités avec des glycoprotéines, intrinsèquement moins efficaces que les pénicillines résistantes à la pénicillinase, qui peuvent toutefois encore être utilisées dans le cadre du traitement des staphylocoques dorés sensibles à la méthicilline. En outre, certains éléments indiquent que cette situation peut donner lieu à une mortalité plus élevée chez les patients présentant une infection au MRSA. Par ailleurs, la récente apparition du staphylocoque doré résistant aux glycoprotéines rend l'avènement de « l'ère postantibiotiques » plus réaliste.

Les **infections nosocomiales** ont également un impact considérable sur la santé publique, non seulement en termes de **morbidité** (107.500 infections nosocomiales par année en Belgique) **et de mortalité** (de 2.500 à 3.000 décès par année) **plus élevées**, mais aussi en termes de **frais supplémentaires** (au moins 120 millions d'euros annuellement). En raison du vieillissement de la société et du progrès de la médecine moderne – qui ont pour conséquence que l'on trouve un nombre grandissant de patients vulnérables et/ou affaiblis dans nos établissements de soins – ce problème menace de gagner en importance.

Il est communément admis que la **résistance aux antibiotiques en médecine vétérinaire** peut constituer un risque pour la santé publique étant donné que la flore gastro-intestinale (bactéries indicatrices) d'animaux sains constitue un **réservoir de gènes de résistance pour la flore humaine** par la contamination de la chaîne alimentaire ou par le biais d'un contact direct. En outre, la **transmission directe d'organismes zoonotiques résistants**, comme *Salmonella* spp. et *Campylobacter* spp.

constitue une menace directe pour la santé publique.

Details of the Initiative

1. What is/was the timescale for implementing the initiative?

La BAPCOC a été créée en 1999 par arrêté royal (**AR du 26 avril 1999**).

2. Specific Objectives

La BAPCOC s'est vue attribuer les **tâches spécifiques** suivantes : 1) collecter toutes les informations disponibles concernant l'utilisation des antibiotiques et la résistance aux antibiotiques; 2) publier des rapports relatifs à l'évolution de l'antibiorésistance et à l'utilisation d'antibiotiques; 3) informer et sensibiliser toutes les parties concernées en ce qui concerne l'évolution de l'antibiorésistance et les dangers d'une utilisation inadéquate des antibiotiques; 4) émettre des recommandations en rapport avec la détection et le suivi de la résistance aux antibiotiques chez les microorganismes, l'utilisation des antibiotiques, les indications relatives à une utilisation prophylactique et thérapeutique des antibiotiques, l'évaluation et le suivi de l'utilisation des antibiotiques chez l'homme et les animaux, et les applications des recommandations internationales relatives à l'utilisation des antibiotiques chez l'homme et les animaux; et 5) élaborer des recommandations de recherche plus avant en ce qui concerne le développement et la diffusion de la résistance.

3. How did the initiative address these objectives?

Depuis 2000, **7 campagnes de sensibilisation pour promouvoir l'utilisation justifiée des antibiotiques** ont été organisées. Ces campagnes doivent sensibiliser tant les médecins que la population aux risques d'une utilisation non justifiée et excessive des antibiotiques. L'évaluation des 2 premières campagnes a mis en évidence une baisse de la vente d'antibiotiques de 11,7% pour la première campagne et de 9,6% pour la deuxième campagne (en DDD).

Le projet pilote de création de **groupes de gestion de l'antibiothérapie (GGA) dans les hôpitaux** a donné lieu en 2007 à la mise en place de tels groupes dans tous les hôpitaux aigus en Belgique. Ces GGA font office d'organe consultatif dans l'hôpital en ce qui concerne l'utilisation justifiée d'antibiotiques et la maîtrise des germes résistants.

Ces dernières années, **différentes directives de pratique clinique** et un **guide du traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire** ont été élaborés. Ces instruments aident les médecins à prendre des décisions concernant les interventions diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces et les plus appropriées pour leurs patients.

Sur la base du plan stratégique « Hygiène hospitalière dans les hôpitaux aigus » de la Plate-forme fédérale d'hygiène hospitalière, de **nouvelles normes** ont été publiées et le **financement de l'hygiène hospitalière a été augmenté dans les hôpitaux aigus**.

Deux campagnes de sensibilisation pour promouvoir l'hygiène des mains ont été organisées dans les hôpitaux belges. Ces campagnes visent à sensibiliser tant les professionnels de la santé que les patients hospitalisés à l'importance d'une hygiène correcte des mains, une mesure très efficace de prévention des infections hospitalières. L'évaluation des campagnes nous a appris que le respect des règles (moyenne nationale) a augmenté dans chaque cas, passant de 50% avant les campagnes à 70% après les campagnes.

Le rapport « Antibiotic policy, use of antibacterial agents and bacterial resistance in Belgium – Human, animal and food (situation before 2002) » répertorie toutes les données disponibles relatives à la consommation d'antibiotiques et à l'antibiorésistance dans les secteurs humain et vétérinaire.

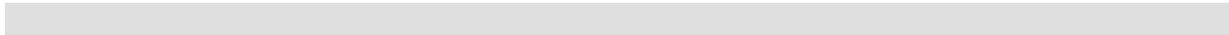
	<p>La BAPCOC coordonne plusieurs études stratégiques portant sur la politique en matière d'antibiotiques et d'hygiène hospitalière. L'étude de prévalence du MRSA dans les MRS a livré des résultats inquiétants: il apparaît que pas moins de 1 pensionnaire sur 5 y est porteur du MRSA.</p> <p>Un réseau de laboratoires vétérinaires a été créé en vue d'examiner les problèmes spécifiques relatifs à la consommation d'antibiotiques et à l'antibiorésistance dans le secteur vétérinaire. Alarmée par la découverte d'un important réservoir de souches MRSA au sein du cheptel porcin et peut-être auprès d'autres animaux aux Pays-Bas, la BAPCOC a coordonné une étude de la prévalence du MRSA au sein du cheptel porcin et chez les éleveurs de porcs.</p> <p>La BAPCOC a participé activement à plusieurs projets européens pertinents (EARSS, ESAC, ABS International et EU Bug).</p>
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the measure monitored/evaluated?
	<p>Evolution de la consommation d'antibiotiques en pratique ambulatoire.</p> <p>Evolution de la résistance microbienne.</p> <p>Qualité de la consommation d'antibiotiques.</p>
Outcomes	
1.	To what extent have the specific objectives been met?
	Voir « main results in summary » ci-dessus.
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	Pas de financement structurel.
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	Demande de soutien au Cabinet Santé publique.
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?

4.2.2. Les « Réseaux de santé », fruit d'une collaboration d'équipes sociales et de santé (en Région de Bruxelles-Capitale)

Name of Measure		Member State	
Réseaux santé en Région de Bruxelles-Capitale		Belgium	
End Purpose of the Measure			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans le but de développer une approche globale de la santé et de répondre à la complexité des situations socio-sanitaires, des réseaux de travailleurs ont été mis sur pied afin de mobiliser des partenaires ayant des compétences complémentaires, d'assurer la continuité et la qualité des services et des aides, de favoriser la prévention et de promouvoir une politique de santé publique qui tiennent compte des déterminants sociaux, essentiels à la santé de la population. 			
Main Results in summary			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 10 réseaux santé ont été créés : Bruxelles sud-est, Canal santé, Dépendance Bruxelles-est, santé mentale communautaire Berchem, soins de santé primaires-santé mentale, hépatite C Bruxelles, Maintien à domicile des personnes âgées, Santé Diabète Marolles, Santé mentale Marolles, Santé-Précarité. 			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input checked="" type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input checked="" type="checkbox"/>
Children	<input checked="" type="checkbox"/>	Healthcare	<input checked="" type="checkbox"/>
Single-parent Families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input checked="" type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input checked="" type="checkbox"/>
Older People	<input checked="" type="checkbox"/>	Geographical Scope	
Young People	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
People with disabilities		Regional	<input checked="" type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless			
Specific Illness/disease	<input checked="" type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
<p>Le système de soins est confronté à un certain nombre de limites et doit répondre à de nouvelles exigences. C'est pourquoi de nouvelles stratégies d'organisation des soins passent par le développement de réseaux de soins afin de promouvoir leur qualité et développer des actions de prévention et de promotion de la santé.</p> <p>Les réseaux sont une méthode pour mieux s'adapter aux attentes des patients qui sont placés au centre du dispositif de décloisonnement : entre médecine hospitalière et ambulatoire, entre généralistes et spécialistes, entre curatif et préventif, entre champs sociaux et santé.</p>			
Details of the Initiative			

1.	What is/was the timescale for implementing the initiative?
2.	Specific Objectives
	<p>1- Nécessité d'adopter une approche intégrée</p> <p>2- réduire les décalages entre normes et pratiques</p> <p>3- Saisir des données et évaluer</p>
3.	How did the initiative address these objectives?
	<p>1- cette pratique, rattachée à la question de la qualité, mène à redéfinir la relation de service, de ce qui s'y passe, de ce qui s'y échange. Cette redéfinition passe par une recherche sur les droits des usagers, sur le statut de travailleur social, sur le rôle et l'impact du service, sur le rapport au savoir des usagers et des professionnels, sur le rôle actif de l'utilisateur,... Ensuite se pose la question du rapport au service et comment il est tenu compte de la complexité des situations. Le service cherche alors à désenclaver, à recomposer, à créer un travail convergent.</p> <p>2-redéfinir les rôles de chaque travailleur (travail clinique- travail de médiation), questionner la relation de service et la construction de réseaux. Ensuite, définir un nouveau référentiel pour la fonction de coordination.</p> <p>3- rechercher des indicateurs de situation, d'activité, de gestion, d'avancement du projet et de qualité.</p>
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the measure monitored/evaluated?
	2 études universitaires, an 2006 et en 2007
Outcomes	
1.	To what extent have the specific objectives been met?
	<p>Les réseaux sont par définition des lieux souples d'articulation des pratiques selon un territoire relativement déterminé, qui combinent 4 aspects :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la production de nouvelles pratiques professionnelles - la modification des modes relationnels entre les acteurs de la santé à partir de lieux de collaboration - un travail de réflexion sur les nouveaux modes d'organisation et d'utilisation du système de santé - une volonté de participer à la construction d'un nouveau système de santé publique qui décloisonne les professions comme les thérapies centrées sur la souffrance sociale.
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<ul style="list-style-type: none"> - manque de temps du médecin généraliste qui limite les échanges et les diagnostics - interrogation sur celui qui prend réellement en charge l'utilisateur, comment

	<p>mettre en place des convergences pour prendre une décision entre professionnels de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - dépassement de la pratique du « cas par cas » - comment envisager la dé-liaison sociale au sein du réseau et lui donner un contenu précis - la place de l'utilisateur est plus soumise aux pratiques thérapeutiques et pédagogiques que comme acteur à part entière
3.	How were these obstacles and risks addressed?
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?



4.2.3. Les services d'accompagnement à domicile organisés par des maisons de repos (en Communauté germanophone)

Name of Measure	Member State				
<p>« Case manager » Le HBS (Häuslicher Begleitdienst der Seniorenheime) est un service d'accompagnement à domicile destiné aux personnes âgées demandant un accueil en MR/MRS (projet réalisé avec le concours de deux maisons de repos).</p>	Belgium (Communauté Germanophone (=CG))				
End Purpose of the Measure					
<p>Partant du constat que le nombre de places d'accueil en maisons de repos dans le sud de la CG est insuffisant, le HBS a été créé en 2005 pour rencontrer la demande d'une coordination et d'un accompagnement compétents des personnes âgées dans l'attente d'une entrée en MR –MRS (maison de repos –maison de repos et de soins). En vérifiant au cas par cas la possibilité du maintien à domicile, le HBS gère, via une intégration des aides intra -, extra- et transmursales (c'est-à-dire l'offre résidentielle, de répit et ambulatoire) dans l'aide aux personnes âgées, la liste d'attente des candidats à une admission dans une structure résidentielle. Il s'agissait au départ d'un projet pilote pour la période 2005-2008.</p>					
Main Results in summary					
<p>Depuis la création du HBS en 2005 au 15 mai 2007, 700 personnes inscrites sur une liste d'attente ont bénéficié de ce service. Deux tiers des personnes inscrites ont plus de 80 ans. Au moment de l'inscription, la moitié des personnes vivent au sein de leur famille, 38 % vivent seules.</p> <p>Un peu plus de la moitié des personnes inscrites ont, en fonction l'échelle de Katz, un profil de dépendance 0 ou A (c'est-à-dire, pas ou peu dépendants) ; 28 % ont un profil B (moyennement dépendants), 14 % seulement ont un profil C ou Cd (fortement dépendant avec éventuellement une démence sévère).</p> <p>Grâce à l'intervention du HBS, trois quarts des personnes inscrites sur une liste d'attente pour une place institutionnelle, se voient offrir la possibilité de rester à domicile. Un quart recourt à l'offre de séjours de courte ou de longue durée.</p>					
Targeted Beneficiaries	Policy Focus				
<p>General Population <input type="checkbox"/></p> <p>Children <input type="checkbox"/></p> <p>Single-parent Families <input type="checkbox"/></p> <p>Unemployed <input type="checkbox"/></p> <p>Older People <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Young People <input type="checkbox"/></p> <p>People with disabilities <input type="checkbox"/></p> <p>Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/></p> <p>Ethnic Minorities <input type="checkbox"/></p> <p>Homeless <input type="checkbox"/></p> <p>Specific Illness/disease <input type="checkbox"/></p> <p>Other [Please specify:] <input type="checkbox"/></p>	<p>Social Exclusion <input type="checkbox"/></p> <p>Healthcare <input type="checkbox"/></p> <p>Long-term Care <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Governance <input type="checkbox"/></p> <tr> <th colspan="2" data-bbox="798 1727 1417 1765">Geographical Scope</th> </tr> <p>National <input type="checkbox"/></p> <p>Regional <input checked="" type="checkbox"/></p> <tr> <th colspan="2" data-bbox="798 1912 1417 1951">Implementing Body</th> </tr>	Geographical Scope		Implementing Body	
Geographical Scope					
Implementing Body					

Context/Background to the Initiative

Eu égard à la demande potentiellement importante, le nombre de places d'accueil offertes dans les maisons de repos pour personnes âgées du sud de la CG est insuffisant. Cette situation génère de longues listes d'attente de candidats à une admission dans une structure résidentielle.

Conséquence : Les maisons de repos pour personnes âgées du sud de la CG se trouvent dans la situation de devoir refuser des demandes d'admission. Cette situation est encore plus compliquée à gérer du fait que certains acteurs externes (médecins de famille ou d'hôpital ou les auxiliaires paramédicaux externes) s'efforcent d'obtenir par la contrainte une admission, bien que la personne concernée ne possède pas le profil requis par le législateur.

Details of the Initiative

1. What is/was the timescale for implementing the initiative?

septembre 2005- juin 2008

2. Specific Objectives

1) Rôle de coordination :

- Gérer la liste d'attente des maisons de repos dans le sud de la Communauté germanophone de Belgique ;
- Estimer le besoin d'aide et de soutien des personnes âgées dans les domaines infirmier, psycho-social, domestique et administratif ;
- Estimer les coûts pour les personnes âgées en matière de programmation de soins, de matériel nécessaire. Octroi d'aides financières éventuelles (APA, CPAS, ...)
- Analyser les besoins et organiser les aides à domicile (services d'aide, prêt de matériel, ...)

2) Rôle de soutien et d'aide :

- Soutenir l'intéressé dans toutes les questions administratives et recherches d'informations.
- Aider à l'entrée en MR-MRS si cela s'avère nécessaire. Possibilité de recours à des centres de soins de jours ou des séjours de courte durée, l'animation, les repas (...).
- Le cas échéant, servir de lien entre le cadre familial et les structures d'accueil pour les séniors du sud de la CG et offrir ainsi à la personne âgée la possibilité de vivre chez elle le plus longtemps possible tout en lui proposant ainsi qu'à son entourage le soutien nécessaire, une aide sous la forme de toutes sortes de prestations de services. Ces prestations de service sont intégrées dans un programme d'aide active, élaboré par le HBS.
- Faire office, lors de l'accueil dans une des deux structures, de contact entre le foyer et le nouvel entourage.

3) Mission d'alerte et d'information vis-à-vis des autorités compétentes en signalant les carences ou les inadéquations locales dans l'offre. Les données

	<p>statistiques et les rapports d'activités permettent à l'autorité</p> <ul style="list-style-type: none"> - une meilleure analyse des besoins, - une organisation plus efficiente des aides à domicile, - une estimation des coûts en matière de programmation et d'investissements.
3.	How did the initiative address these objectives?
	<p><u>Rôle de coordination ; rôle de soutien et d'aide :</u></p> <p>Partenaire global du début jusqu'à l'admission dans un MR-MRS</p> <p>Visites régulières (à domicile, à l'hôpital, à l'établissement de rééducation fonctionnelle,...)</p> <p>Présentation du cas, collaboration, communication et entretien avec les différents organes et acteurs : médecin traitant, personnel infirmier et autres auxiliaires paramédicaux, CPAS, Croix-Rouge, Office pour les personnes handicapées, Assurance maladie, hôpitaux, maisons de repos et de soins</p> <p>Collaboration avec les établissements de soins des régions limitrophes de la CG</p> <p>Evaluation du niveau de dépendance correcte sur la base de l'échelle de Katz en vue de l'orientation vers une maison de repos et de soins</p> <p>Coordination entre : le domicile, les maisons de repos pour personnes âgées, les hôpitaux, les centres de d'accueil de jour : ce travail en réseau lié au case-management permet une prise en charge globale efficace du demandeur</p> <p>En cas d'admission dans une MR-MRS : Etablissement d'un dossier administratif servant de lien entre les domaines externe et interne.</p> <p>Transmission des informations pertinentes au personnel. Accueil le jour de l'admission (séjours de courte et de longue durée)</p> <p>Contrôle et suivi administratifs : par exemple par le dépôt d'une requête d'administration provisoire des biens de la personne âgée lorsque celle-ci n'est plus capable de gérer ses biens ou en cas de gestion inadéquate par les proches.</p> <p><u>Mission d'information à l'autorité :</u></p> <p>Par la récolte de données statistiques, la rédaction de rapports, l'accompagnement du projet (voir Monitoring & Evaluation)</p>
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the measure monitored/evaluated?
	<p>Les objectifs, recherches à effectuer et tâches sont définis par contrats</p> <p>Des relevés statistiques et rapports sont à rentrer à l'INAMI et au Ministère de la Communauté germanophone</p> <p>Accompagnement du projet par un comité d'accompagnement se réunissant de façon très régulière composé des membres du Ministère et de l'auteur de projet</p>

Outcomes

1.	To what extent have the specific objectives been met?
	<ul style="list-style-type: none"> - Ce projet rencontre la demande d'aide et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie qui demandent une admission en maison de repos. Dans environ 75% des cas, elle permet de maintenir ces personnes âgées à leur domicile, conformément à leur souhait préférentiel. - D'autre part, ce projet permet aux responsables des maisons de repos d'offrir une alternative aux personnes dont la demande d'entrée en institution est refusée par manque de place et ainsi, de mieux répondre à leur mission de prestataire de service. - Enfin, au plan de la CG, il permet une utilisation plus efficiente des places résidentielles existantes. <p>C'est pourquoi, le concept du projet va être étendu à toute la Communauté germanophone.</p>
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<p>Obstacles / risques :</p> <p>Refus du screening (étude des besoins / ressources de la personne) par la population</p> <p>Réticence des médecins, manque de coopération</p> <p>Problème de concurrence avec d'autres services lorsque la demande émane de personnes âgées s'adressant directement au service mais qui ne souhaitent pas entrer en MR-MRS</p>
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<p>Ces risques sont prévenus par une démarche très individuelle et constructive auprès des personnes âgées et leur entourage ainsi que par une information aux médecins traitants et autres prestataires.</p> <p>Ces démarches pragmatiques insistent sur le bénéfice direct du projet</p>
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<p>Vu l'acceptation et l'efficacité du projet, cette façon de travailler va être étendue à tout le territoire de la Communauté germanophone. Les tâches du service vont également être étendues (on y inclut désormais les soins à domicile).</p> <p>Cette extension n'était pas prévue telle quelle au départ.</p>

4.2.4. Le programme de vaccination en Communauté Française

Name of Measure		Member State	
Programme de vaccination en Communauté française		Belgique	
End Purpose of the Measure			
Réduire le taux des maladies évitables par la vaccination, essentiellement chez les jeunes enfants et les adolescents.			
Main Results in summary			
<p>Excellents taux de couverture chez les nourrissons (plus de 90 % pour les vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, l'hépatite B, l'Haemophilus influenzae b, la poliomyélite, la rubéole, la rougeole, les oreillons)</p> <p>Les taux chez les adolescents doivent encore être améliorés (actuellement aux alentours des 50 % pour la rougeole, rubéole et oreillons ainsi qu'hépatite B).</p>			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input type="checkbox"/>
Children	<input checked="" type="checkbox"/>	Healthcare	<input checked="" type="checkbox"/>
Single-parent Families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older People	<input type="checkbox"/>		
Young People	<input checked="" type="checkbox"/>	Geographical Scope	
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Regional	<input checked="" type="checkbox"/>
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
Politique structurelle mise en place depuis plus de 20 ans dans le respect des recommandations tant de l'OMS que des instances européennes, nationales et communautaires. Prévue par les programmes quinquennaux et les plans communautaires opérationnels de promotion de la santé adoptés par le Gouvernement de la Communauté française.			
Details of the Initiative			
1. What is/was the timescale for implementing the initiative?			
Le processus est permanent et continu eu égard au caractère structurel de la politique suivie.			
2. Specific Objectives			
Accessibilité des doses, universalité du service, cohérence dans l'exécution et la guidance du programme, garantie du libre choix du vaccinateur.			

	Assurer une protection de qualité et la plus adéquate possible des enfants concernés, c'est-à-dire, qui soit conforme aux standards les plus exigeants en la matière.
3.	How did the initiative address these objectives?
	<p>La gratuité des vaccins est garantie, de même que leur facilité d'accès par la livraison directe aux vaccinateurs, lesquels sont à l'œuvre tant dans les services de la petite enfance, que dans les écoles ou les cabinets privés.</p> <p>Par ailleurs, tous les partenaires du programme sont associés à sa conduite et une communication ciblée est entretenue par divers outils largement diffusés dans toute la Communauté française.</p> <p>Le programme est conforme aux recommandations formulées et régulièrement revues du Conseil supérieur de la Santé, constitué d'experts épidémiologues, pédiatres et cliniciens.</p>
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the measure monitored/evaluated?
	Une entité interuniversitaire est spécialement chargée de la conduite du programme et des évaluations régulières de son efficacité via la réalisation d'enquêtes de couvertures vaccinales.
Outcomes	
1.	To what extent have the specific objectives been met?
	Tous les objectifs spécifiques sont très largement atteints
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<p>Le prix de plus en plus élevé des vaccins constitue une difficulté de plus en plus importante.</p> <p>Certaines franges de la population (illégaux, non scolarisés, ...) restent difficilement atteignables par des messages de prévention.</p>
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<p>La sécurité sociale intervient dans le financement de l'achat et de la distribution des vaccins et ceux-ci sont acquis par les pouvoirs publics par le biais de la conclusion de marchés publics conjoints.</p> <p>Dans les endroits peu accessibles et peu densément peuplés, des cars permettent le déplacement des équipes de l'Office de la Naissance et de l'Enfance afin de rapprocher le service d'une population souvent plus démunie.</p>
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	Non

4.2.5. Le programme de vaccination de la Communauté flamande

Name of Measure	Member State				
Vaccinnet	Belgium (Flanders)				
End Purpose of the Measure					
<p>Système de commande et de distribution de type « web-based » pour des vaccins destinés tous les vaccinateurs</p> <p>Enregistrement des vaccinations: création d'une base de données « vaccinations »</p> <p>Rendre les données relatives aux vaccinations accessibles à tous les vaccinateurs</p>					
Main Results in summary					
<p>Intégration de toutes les données relatives aux vaccinations provenant des services de prévention organisés : Kind en Gezin (Consultations petite enfance) et CLB (Centrum voor leerlingenbegeleiding - Centre d'encadrement des élèves, médecine scolaire).</p> <p>Augmentation de l'utilisation du système par les pédiatres-vaccinateurs et les médecins généralistes (environ 1/3 à ce jour).</p> <p>Création d'une base de données « vaccinations » permettant d'obtenir des estimations de la couverture vaccinale minimale pour le programme d'immunisation et d'autres vaccinations.</p>					
Targeted Beneficiaries	Policy Focus				
<p>General Population <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Children <input type="checkbox"/></p> <p>Single-parent Families <input type="checkbox"/></p> <p>Unemployed <input type="checkbox"/></p> <p>Older People <input type="checkbox"/></p> <p>Young People <input type="checkbox"/></p> <p>People with disabilities <input type="checkbox"/></p> <p>Immigrants / Refugees <input type="checkbox"/></p> <p>Ethnic Minorities <input type="checkbox"/></p> <p>Homeless <input type="checkbox"/></p> <p>Specific Illness/disease <input type="checkbox"/></p> <p>Other [Please specify:] <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Médecins et organismes vaccinateurs</p>	<p>Social Exclusion <input type="checkbox"/></p> <p>Healthcare <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Long-term Care <input type="checkbox"/></p> <p>Governance <input type="checkbox"/></p> <tr> <th colspan="2" data-bbox="798 1283 1417 1314">Geographical Scope</th> </tr> <p>National <input type="checkbox"/></p> <p>Regional <input checked="" type="checkbox"/></p> <tr> <th colspan="2" data-bbox="798 1473 1417 1505">Implementing Body</th> </tr> <p>Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (Agence flamande Soins et Santé) avec l'aide de Kind en Gezin pour le soutien et le développement techniques</p>	Geographical Scope		Implementing Body	
Geographical Scope					
Implementing Body					
Context/Background to the Initiative					
<p>En raison de l'augmentation du nombre de vaccins dans le calendrier général des vaccinations, les commandes de vaccins doivent être effectuées auprès de différentes firmes, ce qui complique la tâche des vaccinateurs. C'est la raison pour laquelle, en Flandre, un système général de commande de tous les vaccins a été créé, accessible à l'ensemble des vaccinateurs (login de sécurité : identification et authentification).</p> <p>Kind en Gezin (Consultations petite enfance) disposait de sa propre base de données « vaccinations » des jeunes enfants (< 3 ans). La médecine scolaire avait également un</p>					

système d'enregistrement des vaccinations (d'écoliers). L'objectif était de rendre les données de vaccination accessibles à tous les vaccinateurs.

C'est la raison pour laquelle le nouveau système de commande Vaccinnet est relié à une base de données « population ». Il existe un lien entre la gestion du stock de vaccins de tous les vaccinateurs et l'enregistrement des vaccinations. De la sorte, une base générale de données « vaccinations » est créée, accessible à l'ensemble des vaccinateurs. D'éventuels incidents consécutifs à la vaccination peuvent être consignés dans le système.

Cette base de données « vaccinations » permet aux personnes de retrouver aisément les informations relatives aux vaccinations de leurs propres enfants, étant donné que tous les vaccinateurs sont en mesure de vérifier l'information qui existe dans le système. Les incidents qui se produiraient suite à la vaccination peuvent être visualisés par les autres vaccinateurs, lesquels peuvent alors éviter des problèmes à l'avenir.

Details of the Initiative

1. What is/was the timescale for implementing the initiative?

Augmentation graduelle de l'utilisation :

Les premiers tests ont été effectués fin 2004 par un groupe pilote élargi en 2005. Depuis septembre 2005, usage généralisé par la médecine scolaire pour la commande de vaccins et la vérification de l'état d'immunisation. Usage généralisé pour la commande de vaccins par les vaccinateurs de Kind en Gezin depuis 2006 et possibilité pour tous les pédiatres et médecins généralistes de l'utiliser. Depuis le début de l'année 2006, toutes les commandes de vaccins sont enregistrées dans le système, y compris pour les vaccinateurs qui ne l'utilisent pas encore eux-mêmes aujourd'hui (mais ces données de vaccination ne sont pas enregistrées).

Mise en œuvre de nouvelles fonctions avancées :

Un module destiné à des groupes de médecins a été développé à l'automne 2007, qui améliore l'acceptabilité et la capacité opérationnelle du système.

Echange de données de vaccination avec les dossiers médicaux électroniques des médecins :

- accès direct à partir du dossier électronique du patient et possibilité de télécharger en une seule fois toutes les données de vaccination disponibles. Une sélection de ces données peut être intégrée au dossier médical (en fonction du logiciel concerné). Ceci a été réalisé au printemps 2008.

- élaboration de plans en vue d'un upload automatique des données de vaccination récentes à partir des dossiers électroniques des patients : sera développé fin 2008 et réalisé en 2009

- un nouveau module spécifique d'enregistrement pour la médecine scolaire et les campagnes de vaccination (développement à l'été 2008).

2. Specific Objectives

Obtention d'un seul système général de commande de tous les vaccins pour le programme général de vaccinations en Flandre, pour toutes les firmes impliquées.

Mise à disposition de fonctions spécifiques d'enregistrement et de commande au sein du système, destinées aux différents types de vaccinateurs ou à des groupes de vaccinateurs

Mise des données de vaccination à la disposition de tous les vaccinateurs.

	<p>Gestion et limitation du stock de vaccins en circulation (en fonction des besoins de chaque vaccinateur, sans que ce stock soit excessif).</p> <p>Création d'une base de données « vaccination » pour la population flamande, permettant l'enregistrement de toutes les vaccinations, y compris de celles ne faisant pas partie du programme, et la consignation d'éventuels incidents consécutifs à la vaccination.</p> <p>Existence d'un seul système d'enregistrement des vaccinations (pas de double enregistrement dans plusieurs systèmes) : échange de données entre différents systèmes électroniques.</p>
--	---

3. How did the initiative address these objectives?

	<p>Les firmes doivent adapter leur système, de manière à pouvoir recevoir les commandes journalières pour l'ensemble des entités de vaccination individuelles.</p> <p>Les possibilités de commande ont été adaptées au contexte spécifique des différents types de vaccinateurs. De la même manière, le nombre maximum de vaccins pour chacun de ces vaccinateurs a été adapté à leur situation.</p> <p>Les données de vaccination enregistrées, liées aux données « population », créent une base de données accessible à tous les vaccinateurs utilisant le système. Tous les vaccins courants et récents disponibles ont été intégrés à la base de données. Il est possible d'enregistrer les vaccinations sous un nom générique (sans mention de la marque commerciale).</p> <p>Développement de modules spécifiques si nécessaire (médecine scolaire).</p> <p>Développement de possibilités d'échange avec les dossiers médicaux électroniques des patients.</p>
--	---

Monitoring and Evaluation

	<p>How is/was the measure monitored/evaluated?</p> <p>Une étude relative aux utilisateurs a été effectuée en 2007 afin de collecter des informations en vue de l'amélioration du système.</p> <p>Les données fournies par le système indiquent le pourcentage de vaccinateurs individuels qui l'utilisent.</p> <p>Possibilité d'obtention de statistiques relatives au nombre de vaccins commandés et à la fréquence de commande, en vue d'améliorer le système à l'intention des vaccinateurs.</p> <p>Les données fournies par le système permettent d'avoir une estimation de la couverture vaccinale minimale et de son évolution ultérieure.</p>
--	---

Outcomes

--	--

1.	To what extent have the specific objectives been met?
	<p>Le système a été mis en place pas à pas jusqu'au stade de la généralisation de l'utilisation.</p> <p>De nouvelles fonctions ont été mises en œuvre en fonction des besoins : module d'enregistrement de groupes, possibilité d'accès direct à partir des dossiers électroniques des patients.</p> <p>La généralisation de l'utilisation dépendra des possibilités d'enregistrement unique et de l'échange bidirectionnel des données de vaccination à partir des dossiers électroniques des patients.</p>
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	<p>Les premières vaccinations sont effectuées à l'âge de 8 semaines (deux mois). Ce qui importe, c'est de disposer de données de population actualisées.</p> <p>Système de type « web-based » : nécessité de disposer d'un accès Internet avec connexion stable.</p> <p>Temps d'utilisation limité (time-out) et nécessité de refaire la procédure de login. Ce problème s'est amélioré depuis l'introduction de la carte d'identité électronique.</p>
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	<p>La gestion continue des données provenant de la base de données « population » constitue le goulet d'étranglement pour l'utilisation du système dans le cas des bébés.</p> <p>L'accès à l'Internet ne semble pas représenter un problème (sauf pour certains docteurs âgés).</p> <p>Time-out du système : amélioration depuis l'introduction de la carte d'identité électronique.</p>
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	<p>Faiblesse : time-out si le vaccinateur n'utilise pas la carte d'identité électronique.</p> <p>Disponibilité en temps opportun des données de la base de données « population ».</p> <p>Avantages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - possibilité de gérer l'ensemble des données, même si certains systèmes changent (par exemple médecine scolaire) - possibilité d'avoir une idée de l'utilisation de nouveaux vaccins qui ne sont pas encore intégrés dans le calendrier des vaccinations

4.2.6. Les relais santé en Région wallonne

Name of Measure		Member State	
Relais santé en Région wallonne		Belgique	
End Purpose of the Measure			
<p>L'action vise à créer des relais santé intégrés dans chaque relais social de sorte que la problématique médicale ou paramédicale des personnes très précarisées soit prise en compte.</p> <p>L'objectif est de développer une approche globale de la santé et d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé des personnes en grande précarité grâce à l'accès à des soins de santé de première ligne ou, en cas de crise ou d'urgence, d'accompagnement vers les unités de soins appropriées.</p> <p>Le réseau a pour but de rassembler des partenaires ayant des compétences complémentaires, d'assurer la continuité et la qualité des services et des aides, de favoriser la prévention et de promouvoir une politique de santé publique qui tienne compte des déterminants sociaux. Dans ce contexte, le relais santé constitue un partenaire complètement intégré au réseau.</p>			
Main Results in summary			
5 relais santé existent actuellement en Région wallonne : Liège, Charleroi, la Louvière, Mons, Verviers.			
Targeted Beneficiaries		Policy Focus	
General Population	<input type="checkbox"/>	Social Exclusion	<input checked="" type="checkbox"/>
Children	<input type="checkbox"/>	Healthcare	<input checked="" type="checkbox"/>
Single-parent Families	<input type="checkbox"/>	Long-term Care	<input type="checkbox"/>
Unemployed	<input checked="" type="checkbox"/>	Governance	<input type="checkbox"/>
Older People	<input type="checkbox"/>	Geographical Scope	
Young People	<input checked="" type="checkbox"/>	National	<input type="checkbox"/>
People with disabilities	<input type="checkbox"/>	Regional	<input checked="" type="checkbox"/>
Immigrants / Refugees	<input type="checkbox"/>	Implementing Body	
Ethnic Minorities	<input type="checkbox"/>		
Homeless	<input checked="" type="checkbox"/>		
Specific Illness/disease	<input type="checkbox"/>		
Other [Please specify:]	<input type="checkbox"/>		
Context/Background to the Initiative			
Renforcer l'accessibilité au système de soins. Les prestataires et/ou les personnes malades ne trouvent pas toujours une réponse adéquate à leur problème. La mise en réseau de partenaires permettra d'élargir l'offre de services en matière de soins de santé pour ce type de public.			
Details of the Initiative			
1. What is/was the timescale for implementing the initiative?			
5 relais existent. D'autres sont prévus et seront mis en route concomitamment à la mise en place de nouveaux relais sociaux.			

2.	Specific Objectives
	Permettre aux citoyens les plus précarisés d'accéder aux soins de première nécessité et les orienter, par un accompagnement adéquat et pertinent, vers la première ligne ou la deuxième ligne de soins, en restreignant de la sorte l'engorgement inadéquat de certains services, comme les services d'urgence
3.	How did the initiative address these objectives?
	Le recours à du personnel de soins, en particulier à du personnel infirmier formé à l'accueil des patients, va permettre d'atteindre ces objectifs.
Monitoring and Evaluation	
	How is/was the measure monitored/evaluated?
	Les relais sociaux doivent remettre un rapport d'évaluation annuel. Une évaluation externe quinquennale des actions du relais social est prévue. Le dispositif réglementaire des relais santé sera intégré à celui des relais sociaux et les évaluations se feront de façon concomitante.
Outcomes	
1.	To what extent have the specific objectives been met?
2.	What obstacles/risks were faced in implementing the initiative?
	Il faut être vigilant à ne pas : <ul style="list-style-type: none"> - se substituer aux réseaux de soins existants, - toucher les personnes les plus précarisées, <p>Le relais santé devra s'intégrer dans le réseau de soins ordinaire.</p>
3.	How were these obstacles and risks addressed?
	La réglementation circonscrit l'action des relais santé de manière à ce qu'il mène à l'intégration dans le réseau de soins, sans se substituer à celui-ci.
4.	Were there any unexpected benefits or weaknesses?
	L'action étant en cours, nous manquons de recul pour évaluer cela. Des indicateurs spécifiques liés au recours au et à l'articulation avec le réseau de soins ordinaire devront permettre d'évaluer dans quelle mesure l'action atteint son objectif.

4.3.1. Liste des études du KCE : LISTE PAR DOMAINE D'ETUDE

Good Clinical Practice (GCP)

1. Assurance de qualité pour le cancer rectal – phase 2: développement et test d'un ensemble d'indicateurs de qualité
2. Promotion de la qualité de la médecine générale en Belgique : status quo ou quo vadis?
3. Guideline pour la prise en charge du cancer oesophagien et gastrique : éléments scientifiques à destination du Collège d'Oncologie
4. Recommandation de bonne pratique clinique pour cinq tests ophtalmiques
5. Assurance de qualité pour le cancer rectal, phase 1. Recommandation de bonne pratique pour la prise en charge du cancer rectal
6. Support scientifique du Collège d'Oncologie: un guideline pour la prise en charge du cancer du sein
7. Tests de la fonction pulmonaire chez l'adulte
8. Analyses de biologie clinique en médecine générale
9. Valeur en termes de données probantes des informations écrites de l'industrie pharmaceutique destinées aux médecins généralistes
10. Prévention cardiovasculaire primaire dans la pratique du médecin généraliste en Belgique
11. Médicaments antiviraux en cas de grippe saisonnière et pandémique. Revue de littérature et recommandations de bonne pratique
12. Lombalgie chronique

Health Technology Assessment (HTA)

1. Angiographie coronaire par tomodensitométrie 64-détecteurs chez les patients suspects de maladie coronarienne
2. Recommandations pour les évaluations pharmacoéconomiques en Belgique
3. Oxygénothérapie hyperbare: Rapid Assessment
4. Hadronthérapie
5. Drug Eluting Stents en Belgique: Health Technology Assessment
6. Vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus en Belgique: Health Technology Assessment
7. Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (IMRT)
8. Traitement de plaies par pression négative: une évaluation rapide
9. Le défibrillateur cardiaque implantable : un rapport d'évaluation de technologie de santé
10. Matériel orthopédique en Belgique: Health Technology Assessment
11. Vaccination des nourrissons contre le rotavirus en Belgique – Analyse coût-efficacité
12. Polysomnographie et monitoring à domicile des nourrissons en prévention de la mort subite

Health Services Research (HSR)

1. Remboursement des radioisotopes en Belgique
2. Orthodontie chez les enfants et adolescents
3. Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique
4. L'offre de médecins en Belgique. Situation actuelle et défis
5. Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe
6. Indemnisation des dommages résultant de soins de santé - Phase IV : Clé de répartition entre le Fonds et les assureurs.
7. Organisation et financement du diagnostic génétique en Belgique
8. Organisation et financement de la réadaptation locomotrice et neurologique en Belgique
9. Financement des soins infirmiers hospitaliers
10. Besoin de soins chroniques des personnes âgées de 18 à 65 ans et atteintes de lésions cérébrales acquises
11. L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins belges
12. Etude relative aux coûts potentiels liés à une éventuelle modification des règles du droit de la responsabilité médicale – Phase III : affinement des estimations.

Equity and Patient Behaviour

1. Évaluation des effets du maximum à facturer sur la consommation et l'accessibilité financière des soins de santé
2. Contributions personnelles en matière de soins de santé en Belgique. L'impact des suppléments.
3. Evaluation de l'impact d'une contribution personnelle forfaitaire sur le recours au service d'urgences

4.3.2. Le Plan National 2008-2010 pour la lutte contre le cancer

Dans le cadre du plan cancer, le Gouvernement fédéral a développé une série d'initiatives en matière de prévention et de dépistage, dont la consultation de prévention et de dépistage gratuite par le médecin traitant dès 25 ans et, ce, une fois tous les 3 ans, remboursement des consultations d'aide au sevrage tabagique, le remboursement du vaccin contre le papillomavirus pour les jeunes filles de 12 à 18 ans, la prise en charge intégrale des bilans pour les femmes à haut risque de cancer du sein...etc.

Un deuxième groupe d'initiatives vise à améliorer l'accès à certains traitements, la qualité des soins et l'accompagnement des patients et de leur famille ; on peut notamment citer une reconnaissance et un remboursement plus rapides des nouveaux médicaments, le renforcement de l'approche transdisciplinaire des soins, l'amélioration des conditions d'annonce du dépistage d'un cancer au patient, la garantie de l'accessibilité et de la qualité des appareils de diagnostic et de thérapie pour la radiothérapie et l'imagerie oncologique, des mesures spécifiques pour les soins oncologiques en pédiatrie, le renforcement de l'encadrement des soins palliatifs en maison de repos, l'augmentation du forfait pour les soins palliatifs, des initiatives en vue d'un meilleur soutien du patient et sa famille (ex. remboursement des frais supplémentaires liés au traitement du cancer, financement de projets pour l'aide psychologique et l'accompagnement des patients et leur famille...etc.).

Le dernier volet du plan cancer reprend une série d'initiatives en matière de recherche, par exemple l'appui des recherche translationnelles en oncologie, la création d'une tumorothèque nationale virtuelle et d'un centre de référence du cancer, une étude pour la création d'un centre d'hadronthérapie, etc.

4.3.3. Perspectives de dépenses publiques de soins de santé (projections du CEV à horizon 2050)

Le tableau ci-dessous présente les perspectives de dépenses publiques de soins de santé, aigus ou de longue durée, issues du dernier Rapport annuel du Comité d'étude sur le vieillissement de juin 2008. Les soins « aigus » couvrent les soins de santé suivants : les consultations médicales et paramédicales, la biologie clinique, les prestations pharmaceutiques et l'hospitalisation. Les soins de longue durée comprennent les soins infirmiers à domicile, les séjours en maisons de repos pour personnes âgées, en maisons de repos et de soins, en maisons de soins psychiatriques ainsi que dans des habitations protégées et certaines dépenses d'assistance à la vie quotidienne des personnes âgées dépendantes.

Tableau Perspectives d'évolution des dépenses publiques de soins de santé en % du PIB

	2007	2013	2030	2050	2007-2030	2007-2050
Soins de santé	7,0	7,8	8,9	10,4	1,9	3,4
- soins de santé « aigus »	6,1	6,8	7,5	8,2	1,4	2,2
-soins de longue durée	0,9	1,0	1,3	2,1	0,5	1,2

Source : Rapport 2008 du Comité d'étude sur le vieillissement, juin 2008

Selon ces projections, les dépenses publiques de soins de santé s'accroissent de 3,4 points de pourcentage du PIB entre 2007 et 2050, avec des augmentations respectives de 2,2 et 1,2 points de pourcentage du PIB pour les dépenses de soins aigus et de longue durée. Bien qu'une norme de croissance des dépenses de santé de 4,5% en termes réels ait été instaurée pour la période de court terme, les dépenses de santé correspondent aux dépenses attendues et non à cette norme.

La méthodologie de projection des dépenses de soins aigus tient compte des perspectives démographiques (BFP – DG SIE, « Perspectives de population 2007-2060 », mai 2008), d'un profil de dépenses par sexe et âge, ainsi que du lien entre l'évolution du niveau de vie et de ce type de dépenses au travers d'une élasticité évolutive estimée sur base d'une tendance historique qui combine des effets d'offre (progrès technique) et de demande. Ces dépenses enregistrent un taux de croissance réel annuel moyen de 2,7% entre 2007 et 2050.

Les dépenses de soins de longue durée prennent en compte l'évolution démographique et particulièrement le vieillissement de la population, car elles tiennent compte également de probabilités que les personnes âgées deviennent dépendantes et dans ce cas, de bénéficier de soins à domicile ou résidentiels. Les soins résidentiels sont distingués selon le degré de dépendance car les interventions des mutualités sont déterminées sur la base de ce critère. Outre les effets des nombres, de la structure de la population et du niveau de dépendance, l'évolution des dépenses tient aussi compte de l'évolution générale des salaires, issue des hypothèses macroéconomiques formulées dans ces perspectives de long terme. Le degré de dépendance augmentant avec l'âge et la part des personnes âgées de 80 ans et plus passant de 4,6% en 2007 à 10,1% en 2050, le taux de

croissance réel annuel moyen des dépenses de soins de longue durée s'élève à 4,0% entre 2007 et 2050. Le poids des soins de longue durée s'accroît aussi par rapport à l'ensemble des dépenses de soins de santé : il passe de 13% en 2007 à 20% en 2050.

Annexe V

Les Indicateurs

Annexe 5.1. Annexe aux Indicateurs Rapport Stratégique Protection Sociale et Inclusion Sociale : Situation et commentaires

5.1.1. Mise en contexte des indicateurs de protection sociale et inclusion sociale

L'utilisation d'indicateurs fait partir intégrante de la méthode ouverte de coordination pour la protection sociale et l'inclusion sociale (MOC). La définition et l'utilisation d'un ensemble commun d'indicateurs doit permettre un suivi des progrès à l'égard des objectifs communs ainsi qu'un échange de bonnes pratiques.

L'ensemble initial d'indicateurs communs a été convenu en 2001 sous l'impulsion de la Présidence belge et comportait 18 indicateurs. Depuis lors, le Comité européen pour la protection sociale (SPC) et son sous-groupe Indicateurs (ISG-SPC) s'est efforcé de compléter et d'améliorer l'ensemble d'indicateurs. En 2006, l'ensemble a été restructuré et des ensembles distincts ont été définis pour les trois parties de la MOC: inclusion sociale, pensions et soins de santé et de longue durée. En outre, un ensemble global, comprenant des indicateurs des trois sous-ensembles a été défini. En 2008, un ensemble à part entière d'indicateurs pour le volet santé a été convenu.

L'ensemble d'indicateurs se compose donc de 3 sous-ensembles, un pour chaque volet de la MOC et un ensemble chapeautant le tout. Pour les domaines des pensions et de la santé / soins de longue durée, une série d'indicateur a été élaborée pour chaque objectif. Pour les pensions, il s'agit d'indicateurs relatifs au caractère satisfaisant et la viabilité financière des pensions ainsi qu'à la gouvernance. Pour le volet santé, il s'agit des objectifs d'accessibilité, viabilité et gouvernance. Le domaine de l'inclusion sociale ne fonctionne pas tant sur la base d'un lien à objectifs mais plutôt d'une tendance à la couverture des thématiques pertinentes (revenu, travail, logement, santé, enseignement, intégration).

Une distinction est établie entre les indicateurs de l'UE et les indicateurs UE nationaux (UE-NAT). Les premiers sont en principe entièrement comparables entre les Etats membres. Si les seconds se basent sur des définitions communes, ils ne sont pas souvent pleinement comparables, faute de données idoines.

Au sein de chaque domaine, une nouvelle distinction s'opère entre les indicateurs contextuels primaires et secondaires. Les indicateurs primaires recouvrent l'essence d'un problème, tandis que les indicateurs secondaires doivent en compléter l'interprétation. Les indicateurs contextuels traduisent une série de facteurs d'environnement. L'ensemble belge d'indicateurs comporte une 4^{ème} catégorie d'indicateurs. Il s'agit d'indicateurs purement nationaux. Ces indicateurs n'ont pas été décidés au niveau de l'UE mais sont jugés pertinents dans le contexte belge, afin de suivre la problématique. Ces indicateurs sont décrits, dans l'ensemble d'indicateurs, comme « indicateurs nationaux » pour les distinguer des indicateurs UE-NAT.

La majorité des indicateurs se basent sur des données provenant des enquêtes socioéconomiques (EU-SILC, enquête sur les forces de travail, enquête de santé). Certains indicateurs, principalement les indicateurs purement nationaux, se basent sur des données administratives. Quelques indicateurs se basent sur les résultats de simulations types.

5.1.2. L'annexe aux indicateurs dans le cadre du Rapport stratégique belge sur la protection sociale et l'inclusion sociale

3. L'annexe aux indicateurs dans le cadre du Rapport stratégique belge sur la protection sociale et l'inclusion sociale

L'annexe aux indicateurs du Rapport stratégique se compose d'une série de fichiers excel contenant les fiches avec les indicateurs. Le domaine inclusion contient également une analyse spécifique des indicateurs du Plan d'action national Inclusion sociale. Une série de considérations sur la base des indicateurs soutiennent les rapports. La partie 'assessment of the social situation' du premier chapitre du rapport est entièrement basé sur l'annexe aux indicateurs.

Annexe 5.2. Indicateurs Inclusion Sociale

Le volet Indicateurs inclusion sociale contient:

1. une série de fichiers avec les indicateurs:
 - [incl_revenu.xls](#)
 - [incl_emploi.xls](#)
 - [incl_logement.xls](#)
 - [incl_sante.xls](#)
 - [incl_education.xls](#)
 - [incl_integration.xls](#)
2. Une analyse des indicateurs inclusion, inclusive une évaluation des indicateurs avec objectif dans le cadre du PANincl. 2006-2008

Ci-dessous on donne une liste d'indicateurs qui se trouvent dans les fichiers.

Annexe 5.2.1 Domaine revenu (incl_revenu.xls)

- I.1 Rapport interquintile de revenu S80/S20*
- I.2 Coefficient Gini*
- I.3 Seuil de risque de pauvreté (valeurs illustratives).*
- I.4-1 Le taux de risque de pauvreté selon l'âge et le sexe*
- I.4-2 Le taux de risque de pauvreté selon le statut d'activité le plus fréquent*
- I.4-3 Le taux de risque de pauvreté selon le type de ménage*
- I.4-4 Le taux de risque de pauvreté selon le statut de propriétaire ou de locataire*
- I.4-5 Le taux de risque de pauvreté selon l'intensité de travail du ménage*
- I.4-6 Le taux de risque de pauvreté selon le niveau d'éducation*
- I.4-7 Composition du population avec risque de pauvreté*
- I.5 Dispersion de part et d'autre du seuil de risque de pauvreté*
- I.6 Taux de risque de pauvreté, mesuré avec un seuil de risque de pauvreté fixé dans le temps*
- I.7 Taux de risque persistant de pauvreté (60% de la médiane):*
- I.8 Ecart médian relatif de risque de pauvreté:*
- I.9 Ecart total de risque de pauvreté en pourcentage du revenu total*
- I.10 Pourcentage de personnes difficile/très difficile à nouer les deux bouts*
- I.11-1 Taux de risque de pauvreté avant transferts sociaux (excl pens)*
- I.11-2 Taux de risque de pauvreté avant (tous) transferts sociaux*
- I.11.3 Taux de risque de pauvreté avant les allocations de chômage*
- I.12 Allocation minimale nette en pourcentage du seuil de risque de pauvreté*
- I.13 Salaire minimum net en pourcentage du seuil de risque de pauvreté*
- I.14-1 N° de pers. enregistrées dans la Centrale des Crédits aux Particuliers en % de la pop. majeure*
- I.14-2 indicateurs dettes eu-silc: (I) % de personnes qui tombent (plus loin) sous la seuil de pauvreté a cause des paiements des dettes de consommation*
- I.14-3 % de personnes qui ont 2 ou plus defaults de paiement de factures*
- I.14-3 indicateurs dettes: nombre de comteur à budget et limiteurs de puissance en % du nombre de ménages privé*

Annexe 5.2.2 Domaine emploi (incl_emploi.xls)

- II.1 Taux de chômage de longue durée*
- II.2 Part des chômeurs de longue durée*
- II.3 Taux de chômage de très longue durée*
- II.4 Accès de certains groupes de la population à l'emploi*
- II.5 Population vivant dans un ménage sans emploi rémunéré*
- II.6 Risque de pauvreté des travailleurs*
- II.7 Cohésion régionale*

Annexe 5.2.3 Domaine logement (incl_logement.xls)

- III.1 Pourcentage de la population qui vit dans un logement sociale/tarif réduit
- III.2 Ménages inscrits sur des listes d'attente pour la location d'un logement social
- III.3 Pourcentage de logements sociaux du secteur locatif en % du nombre total de ménages privés.
- III.4 Frais de loyers en % du revenu disponible
- III.5 % de la population vivant dans un logement avec manque de confort, problèmes, manque d'espace
- III.6 % de la population vivant dans un logement avec manque de confort élémentaire
- III.7 % de la population vivant dans un logement avec au moins deux des problèmes de logement
- III.8 % de la population vivant dans un logement avec moins d'une pièce par membre du ménage

Annexe 5.2.4 Domaine Santé (incl_sante.xls)

- IV.1 Indice de Masse Corporelle: prévalence d'obésité (IMC > 30) dans la population adulte (18+).
- IV.2 Tabagisme: pourcentage de grands fumeurs (+20 cigarettes par jour) dans la population de 15 ans et plus
- IV.3 Espérance de vie
- IV.4 Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à l'âge 0, 45 et 65. (exprimée en années).
- IV.5 Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 25 ans selon le niveau d'études - différence entre le niveau d'études le plus bas et le plus élevé (exprimée en années).
- IV.6 Mortalité infantile selon la catégorie socioprofessionnelle du père (couples mariés)
- IV.7 Auto-évaluation de l'état de santé par niveau de revenus: pourcentage de la population âgée de 16 ans et + qui se considère en mauvaise ou en très mauvaise santé dans le quintile inférieur et dans le quintile supérieur de la distribution des revenus équivalents.
- IV.8 Pourcentage de la population qui est qualifiée comme dépressive sur la base de la sous-échelle SCL-90-R pour dépression
- IV.9 Pourcentage de personnes de 16 ans et plus qui ont des problèmes dans leurs occupations quotidiennes en raison d'une maladie, d'une affection ou d'un handicap.
- IV.10 Incidence de la tuberculose: le nombre de nouveaux cas de tuberculose active (y compris les récurrences) par 100.000 habitants.
- IV.11 Prévention du cancer: pourcentage de la population féminine n'ayant pas eu un frottis pour le dépistage du cancer du col au cours des 3 dernières années.
- IV.12 Pourcentage d'individus vivant dans des ménages dont la personne de référence et/ou tout autre membre a eu à postposer des soins de santé ou à y renoncer pour des raisons financières dans le courant de l'année écoulée.

Annexe 5.2.5 Domaine education (incl_education.xls)

- V.1 Jeunes quittant prématurément l'école et ne poursuivant pas d'études ou une formation quelconque: part de la population totale des personnes âgées de 18 à 24 ans ayant atteint le niveau 2 de la CITE (enseignement secondaire inférieur) ou moins et ne suivant pas d'études ou une formation quelconque dans les quatre semaines précédant
- V.2 Pourcentage de jeunes quittant prématurément l'école selon le plus haut niveau d'études atteint par leurs parents et différence entre le pourcentage de jeunes quittant prématurément l'école parmi les enfants de parents avec un haut niveau d'études par rapport aux enfants de parents avec un faible niveau d'études
- V.3 Pourcentage de personnes ayant un faible niveau d'études - niveau 2 de la CITE (enseignement secondaire inférieur) ou inférieur - dans la population de 25 ans et plus.
- V.4 Pourcentage de jeunes dans l'enseignement spécial.
- V.5 Pourcentage de jeunes ayant deux ans ou plus de retard scolaire.
- V.6 Faible performance des élèves en lecture: pourcentage d'élèves de 15 ans se situant au niveau 1 ou en-dessous sur l'échelle PISA combinée de lecture
- V.7 Différence entre le score moyen en littératie des 25% de l'ensemble des élèves les plus favorisés (4ème quartile) et celui des 25% les plus défavorisés (1er quartile). Le degré de (dé)favorisation est mesuré à l'aide d'un indice du statut socioprofessionnel des parents
- V.8 Participation à la formation tout au long de la vie: pourcentage de la population âgée de 25 à 64 ans ayant participé à une formation ou un enseignement au cours des quatre semaines précédant l'Enquête Forces de Travail.

Annexe 5.2.6 Domaine integration (incl_integration.xls)

- VI.1 Fréquence des contacts sociaux: pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui rencontrent moins d'une fois par mois des amis, des connaissances ou des membres de la famille qui n'habitent pas chez elles.
- VI.2 Réseau social limité: pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui ont moins de trois amis ou connaissances proches.
- VI.4 Faible niveau de support social fonctionnel: pourcentage de personnes de 15 ans et plus qui ne jouissent pas d'un support fonctionnel de bonne qualité, c'est-à-dire d'un entourage qui puisse assurer un ensemble de rôles : instrumental (aide tangible), informationnel (conseil), émotionnel (écoute, empathie), récréatif (activités délassantes, distrayantes) et/ou affectif (amour).
- IV.5-IV.6 Pourcentage de personnes âgées de 16 ans et plus qui ne participent pas aux activités sportives, récréatives (mouvement de jeunesse, association pensionnés, club de loisirs) ou artistiques (musique, théâtre, photographie, dessin, sculpture, peinture...)
- VI.7 Pourcentage de personnes dans des ménages qui ne peuvent se permettre une semaine de vacances hors de la maison.
- VI.8 Pourcentage de ménages disposant à domicile d'une connexion internet.

Introduction

La principale mission des indicateurs du PANincl. consiste à observer les objectifs européens communs et, dans ce cadre, la stratégie nationale en matière d'inclusion sociale. Les conditions de vie de la population évoluent-elles dans le sens des objectifs fixés ? Cette partie expose les informations fournies par les indicateurs en réponse à cette question. La présente analyse descriptive aborde la situation et l'évolution sur la base des indicateurs les plus récents. Dans une deuxième partie il est procédé à l'évaluation des indicateurs sur la base desquels un objectif a été formulé dans le cadre du PANincl. 2006-2008.

La série d'indicateurs PANincl. est déterminée par le Groupe de travail Indicateurs PANincl., sous la coordination du SPF Sécurité Sociale. Ce groupe de travail se compose d'experts issus de diverses autorités fédérales et régionales, d'universités, de bureaux d'études, ...⁸¹ La série est basée sur les Indicateurs européens communs établis dans le cadre de la Méthode ouverte de Coordination Protection sociale et Inclusion sociale, complétée par des indicateurs nationaux. La série contient des indicateurs répartis sur six domaines qui permettent, ensemble, d'obtenir une multidimensionalité de la problématique de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Avant de procéder à l'analyse des indicateurs, il convient néanmoins d'aborder un certain nombre de restrictions sur le plan de l'évaluation et de l'évolution sur la base des indicateurs. Le fait que pour plusieurs des principales sources de données, le nombre de périodes de mesure est actuellement plutôt limité, constitue une restriction importante. C'est notamment le cas pour l'EU-SILC, sur laquelle se basent notamment les indicateurs monétaires. En ce qui concerne les indicateurs basés sur cette enquête, nous disposons actuellement de trois périodes de mesure: 2004, 2005 et 2006. Compte tenu du nombre limité de points de données, il n'est guère aisé d'établir une distinction entre des tendances et des variations fortuites. Cela limite la portée des conclusions que nous pouvons tirer concernant l'évolution. Cela vaut également pour les indicateurs basés sur l'Enquête Santé.

Il convient également de remarquer que les chiffres présentés peuvent varier de ceux utilisés dans le PANincl. 2006-2008 à la suite des modifications intervenues au niveau des sources de données sous-jacentes. Au moment d'établir cette annexe des indicateurs, certaines incertitudes quant à cette source de données et qui doivent encore être levées, subsistent spécifiquement pour l'enquête EU-SILC. La définition d'un certain nombre d'indicateurs a également fait l'objet de modifications ce qui, d'un côté, a pour objectif d'améliorer la validité de l'indicateur mais qui, de l'autre, complique l'interprétation de l'évolution et l'évaluation en fonction des objectifs fixés.

Le concept de revenu utilisé et qui est calculé sur la base d'UE-SILC ne reprend pas pour le moment 'le loyer imputé', c'est-à-dire le revenu que perçoit une personne en occupant sa propre habitation. Cette composante sera également prise en considération à partir d'UE-SILC 2007, ce qui aura peut-être des conséquences sur l'interprétation du risque de pauvreté de certaines catégories de population. En effet, la position de revenu relative des groupes de population ayant un niveau élevé de biens immobiliers propres (notamment les catégories de population plus âgées) est peut-être meilleure lorsque l'on prend en compte le loyer imputé. Ce constat ne donne aucune indication sur le concept

⁸¹ En annexe est joint un aperçu des personnes et institutions qui ont apporté leur contribution dans le cadre de l'annexe d'indicateur PANincl.

de revenu (avec ou sans loyer imputé) qui est le plus adapté dans le cadre de l'analyse de la situation de pauvreté.

Les indicateurs calculés sur la base de données de l'échantillon ont une marge d'erreur statistique habituelle. Cette marge d'erreur augmente à mesure que la taille du groupe (échantillon) sur lequel l'indicateur est calculé se réduit. En l'espèce, il faut tenir compte, lors de l'interprétation, des différences entre les groupes ou des différences dans le temps. C'est principalement au niveau des Régions que la taille de l'échantillon pour des sous-groupes est souvent limitée. Il convient dès lors de tenir compte d'une marge d'erreur statistique relativement importante en ce qui concerne les chiffres obtenus à ce niveau. Dans une large mesure, cela vaut également pour Bruxelles. C'est la raison pour laquelle, il n'y a toujours pas de chiffres suffisamment précis pour cette Région.

En outre, il faut garder à l'esprit que la série d'indicateurs ne permet pas de saisir certaines formes d'extrême pauvreté. Cela concerne notamment les personnes sans-abri ou en séjour illégal dans le pays⁸². Les personnes qui séjournent également en permanence dans une institution restent hors de portée de la plupart des sources de données sur lesquelles sont fondés les indicateurs. Pour certains aspects importants relatifs à la problématique de la pauvreté (notamment l'abordabilité du logement, la qualité du travail), il n'existe pas encore d'indicateurs adéquats, principalement en raison de l'absence de bases de données nécessaires à cet effet. C'est la raison pour laquelle la poursuite du développement de la capacité statistique reste une question prioritaire. Par rapport au PANincl, plusieurs indicateurs ont néanmoins été ajoutés à la série d'indicateurs concernant la problématique de l'endettement.

La plupart des indicateurs se rapportent à 2006 et à 2007. L'année de référence la plus récente pour les données sur les revenus est 2005 (UE-SILC 2006). En conséquence, les mesures entrées appliquées après 2005 ne se reflètent pas dans ces indicateurs

Comme signalé, les possibilités d'évaluation de l'évolution de la pauvreté de revenus sont encore actuellement limitées. Cependant, il importe, dans le cadre de la fonction de monitoring de l'annexe des indicateurs, d'établir une première ébauche. En l'espèce, outre les considérations méthodologiques énumérées, il convient également de tenir compte de la fonction des indicateurs. Leur première fonction est d'envoyer un signal. Bien qu'il existe un nombre non négligeable d'indicateurs, ils ne permettent pas de raconter toute l'histoire. Un examen plus approfondi et plus ciblé doit permettre de préciser et de clarifier davantage ces signaux.

Une série de fichiers excel se rapportent à cette analyse. Ils reprennent les indicateurs et leurs ventilations. Les spécifications techniques des indicateurs utilisés y figurent également

1. Description générale de la situation sur le plan de l'inclusion sociale

1. Synthèse

Cette première partie a pour objectif de présenter une synthèse de la situation en matière d'inclusion sociale à l'aide d'une sélection d'indicateurs centraux⁸³. En l'espèce,

⁸² Afin de mieux appréhender cette problématique, le projet AGORA est en cours actuellement (Enquête UE-SILC complémentaire auprès des ménages pauvres), financé par la Politique scientifique en collaboration avec le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion ainsi que la Direction générale Statistique et Information économique (SPF Economie)

⁸³ Il s'agit des indicateurs primaires et directeurs en matière d'inclusion sociale issus du portfolio-indicateur européen de la Méthode ouverte de Coordination Protection sociale et Inclusion sociale (appelés indicateurs de Laeken). En l'espèce, des indicateurs sur le logement l'intégration/participation ne sont pas mentionnés dans

les résultats belges sont comparés aux chiffres de l'UE dans son ensemble et de nos pays voisins (Allemagne, France et Pays-Bas). La sélection des indicateurs s'est opérée de façon quelque peu arbitraire. C'est la raison pour laquelle il convient de d'analyser la présente synthèse en même temps que la discussion plus détaillée des indicateurs par domaine. Le choix de la base de comparaison exerce également une certaine influence sur l'estimation de la position de la Belgique dans un contexte international. Autres bases de comparaison possibles : le groupe de la zone euro ou les pays enregistrant les meilleurs résultats. A l'instar d'études comparatives, il s'avère que certaines forces et faiblesses sont constatées indépendamment de la base de comparaison alors que d'autres dépendent davantage du critère utilisé. Il est à noter qu'un certain nombre de constatations centrales mentionnées dans le présent document avaient déjà été décelées dans d'autres études comparatives sur la base d'indicateurs de la MOC⁸⁴ Il convient d'analyser les résultats présentés ci-après en tenant compte des remarques formulées dans l'introduction.

Tableau 1: tableau de synthèse inclusion sociale

		2004	2005	2006	2007
Inégalité de revenus: S80/S20	BE	3,9	4,0	4,2	-
	DE/FR/NL	-	3,9	4,0	-
	EU25	4,8	4,9	4,8	-
Personnes confrontées à un risque de pauvreté (%)	BE	14,3	14,8	14,7	-
	DE/FR/NL	-	12	12	-
	EU25	16	16	16	-
Seuil de risque de pauvreté pour un isolé, en parités de pouvoir d'achat	BE	8978	9486	9915	-
	DE/FR/NL	-	9280	9415	-
	EU25	7716	-	-	-
Médiane relative du fossé de risque de pauvreté (%)	BE	-	18	19	-
	DE/FR/NL	-	19	18,7	-
	EU25	-	23	22	-
Risque de pauvreté avant transferts sociaux (à l'excl. pensions) (%)	BE	27,8	28,3	26,8	-
	DE/FR/NL	-	23,7	24,0	-
	EU25	26	26	26	-
Taux de chômage de longue durée (%)	BE	4,1	4,3	4,2	3,8
	DE/FR/NL	3,6	3,6	3,5	3,1
	EU27	4,2	4,1	3,7	3,0
Personnes (0-17 ans) dans un ménage sans travail rémunéré (%)	BE	13,2	12,9	13,5	13,5
	DE/FR/NL	9,2	9,1	8,7	8,3
	EU27	10	9,7	9,6	9,4
Travailleur avec risque de pauvreté (%)	BE	4,0	3,9	4,1	-
	DE/FR/NL	-	5,7	5,3	-
	EU25	-	8	8	-
Personnes ayant quitté prématurément l'école (%)	BE	11,9	12,9	12,6	12,3
	DE/FR/NL	13,1	13,1	13,0	12,5
	EU27	15,9	15,5	15,2	14,8
Personnes dans le quintile le plus bas qui reportent des soins de santé pour des raisons financières, de listes d'attente ou de	BE	4,1	2,5	1,8	-
	DE/FR/NL	-	7,8	4,9	-
	EU25	-	8,2	6,2	-

la mesure où des indicateurs comparatifs ne sont pas encore disponibles en la matière. Afin que ce tableau reste une synthèse, toutes les ventilations prévues n'ont pas été prises en compte dans ce document. Les ventilations complètes peuvent être consultées dans les fiches indicateurs.

⁸⁴ Notamment European Commission (2008), Child Poverty and Child Well-Being in the EU. Current Status and Way Forward, Brussel.

distance (%)				
Revenu d'intégration en pourcentage du risque de pauvreté pour un isolé ⁸⁵	75*	71		

* ce chiffre se rapporte à 2003 au lieu de 2004

La Belgique figure parmi les pays plutôt prospères de l'UE. Ce constat ressort du niveau du seuil de risque de pauvreté qui est basé sur le revenu du ménage disponible médian. Corrigé des différences de pouvoir d'achat entre les Etats membres, le niveau de ce seuil se situe parmi les 5 plus élevés dans le contexte de l'UE. L'inégalité de revenus se situe au même niveau que la moyenne de nos pays voisins et juste en dessous de la moyenne de l'UE. En fonction de l'indicateur utilisé, 11 à 13 Etats membres ont en 2006 une ventilation de revenus plutôt similaire. Le niveau d'assistance (revenu d'intégration) se situe, à l'instar de la majorité des minima au sein de la sécurité sociale, sous le seuil du risque de pauvreté.

En 2006, 15% de la population est confrontée à un risque de pauvreté. Sur ce plan également, la Belgique se situe juste en dessous de la moyenne de l'UE (16%), mais se situe juste au dessus du niveau moyen de nos pays voisins (12%) . Le risque de pauvreté avant transferts sociaux, à l'exclusion des pensions, est de 27%, soit un rien au dessus de la moyenne de l'UE (26%). Cela signifie que l'impact des transferts sociaux en Belgique est légèrement plus significatif que dans l'UE en moyenne. Dans un certains nombre de pays (dont l'Allemagne et les Pays-Bas) cet impact est néanmoins encore plus élevé. Pour les personnes dont le revenu du ménage est inférieur au seuil de risque de pauvreté, l'écart par rapport au seuil est, d'un point de vue relatif, légèrement plus petit que dans l'UE en moyenne (19% contre 22%). Sur le plan du risque de pauvreté, de grandes différences existent néanmoins entre les Régions en Belgique. En Flandre, le pourcentage de risque de pauvreté s'élève en 2006 à 11%, en Wallonie à 17% et à 26% à Bruxelles.

Comme nul ne l'ignore, la Belgique enregistre un moins bon résultat sur le plan des indicateurs en matière d'emploi, certainement en ce qui concerne les groupes défavorisés parmi lesquels les ressortissants non-UE et les personnes peu qualifiées appartiennent aux plus importants groupes à risques. Les défis en la matière s'expriment également dans les indicateurs inclusion sociale liés à l'emploi. Le taux de chômage de longue durée est en 2006 supérieur à la moyenne de l'UE et à la moyenne de nos pays voisins. Le pourcentage de personnes, tant des enfants que des adultes, vivant dans un ménage sans travail rémunéré figure parmi le plus élevé de l'UE (13,5% en Belgique contre 9,4% dans l'UE, pour les enfants). En l'occurrence, les différences entre les Régions sont très grandes. En 2007, le chômage de longue durée s'élève à 1,6% en Flandre, à 6,0% en Wallonie et à 9,9% à Bruxelles. Le pourcentage d'enfants vivant dans un ménage sans travail rémunéré pour la même année s'élève à 7,6 en Flandre, 18,9 en Wallonie et 27 à Bruxelles.

⁸⁵ Pour cet indicateur, on a utilisé le montant du revenu d'intégration correspondant à la même année que celle pour laquelle est calculé le seuil de pauvreté. En l'occurrence, le montant du revenu d'intégration au 1/1/2003 a été comparé au seuil de pauvreté tel qu'obtenu via l'enquête UE-SILC 2004 dans le cadre de laquelle l'année 2003 constitue l'année de référence pour les revenus. Pour 2005, le montant du revenu d'intégration au 1/1/2005 a été comparé au seuil de risque de pauvreté calculé sur l'EU-SILC 2006 dans le cadre de laquelle 2005 constitue l'année de référence pour les revenus. Cet indicateur est calculé via le modèle STASIM (CSB-UA). Lors du calcul, un certain nombre d'assomptions sont utilisées. En l'espèce, le lecteur est renvoyé à la fiche de l'indicateur. Lors de l'interprétation de l'évolution de cet indicateur, il convient de tenir compte du fait que le niveau est à la fois déterminé par le niveau absolu du revenu d'intégration et par l'évolution du seuil de risque de pauvreté qui est défini comme le rapport du revenu du ménage médian. Le niveau pour d'autres types de ménages, et ce pour d'autres allocations minimales et le salaire minimum, est évoqué par domaine lors de la discussion.

Dans le même temps, le pourcentage de travailleurs confrontés au risque de pauvreté figure parmi les plus bas de l'UE (4% contre 8% en moyenne dans l'UE et 5% dans nos pays voisins)⁸⁶. Cela vaut tant pour la Flandre que pour la Wallonie. Le pourcentage global de risque de pauvreté qui, avec 15%, se situe à peine sous la moyenne de l'UE, peut être envisagé comme le résultat d'une faible 'in-work-poverty' et d'un risque plus élevé que la moyenne de risque de pauvreté pour les personnes qui ne travaillent pas (25% en Belgique contre 23% en moyenne dans l'UE et 18% en moyenne chez nos voisins pour 2006)

Cette donnée se reflète également dans le profil des groupes à risque de pauvreté élevé en 2006. En l'espèce, il s'agit des chômeurs (31%), des personnes âgées (parmi lesquelles les 75 ans et plus sont confrontés à un risque plus élevé que les 65 à 74 ans), les personnes vivant dans un ménage à faible intensité de travail (72 % pour les personnes dans un ménage avec enfants et aucun membre n'ayant de travail rémunéré), personnes peu qualifiées (22%), personnes de nationalité non UE. En fonction du type de ménage, ce sont principalement les isolés (24%) et les parents isolés (33%) qui sont confrontés à un risque de pauvreté élevé. Les locataires sont également confrontés à un risque de pauvreté élevé (28%).

La position fragile de ces catégories sur le plan des revenus et du travail s'étend à d'autres domaines. Sur le plan de l'abordabilité et de la qualité du logement, sur le plan de l'accès aux soins de santé⁸⁷ et également sur le plan de la participation (possibilité de partir en vacances, accès à Internet, participation à des activités sportives/récréatives ou artistiques), ce sont à chaque fois quasiment les mêmes catégories qui enregistrent clairement des résultats plus faibles pour ces indicateurs.

Outre les revenus, les coûts liés au besoin de base et l'endettement déterminent également l'état de richesse de la population. L'indicateur disponible concernant l'accessibilité aux soins de santé, le pourcentage de personnes dans le quintile de revenus le plus bas contraint de reporter au cours de l'année écoulée des soins de santé pour des raisons financières, des listes d'attente ou la distance témoignent que la Belgique, sur ce plan, enregistre clairement de meilleurs résultats que la moyenne de l'UE (2% contre 6%) et que la moyenne de nos pays voisins (5%). Des indicateurs additionnels afin de visualiser l'accessibilité seraient néanmoins indiqués pour obtenir une meilleure estimation. Les études et les indicateurs nationaux témoignent de la stabilité, et de l'augmentation, de problèmes d'abordabilité du logement, principalement pour les locataires sur le marché locatif privé. Pour 5% de la population, le paiement de dettes de consommation a pour conséquence d'abaisser le revenu (davantage) sous le seuil de risque de pauvreté. Le pourcentage de ménages qui ont deux arriérés de paiement ou plus pour des montants dus pour un service de base (électricité, eau, gaz, loyer, hypothèque et/ou soins de santé) s'élève à 6% en 2006.

Bien que le pourcentage européen des personnes quittant prématurément l'école témoigne d'une tendance à la baisse, à l'inverse de la Belgique, le pourcentage belge reste inférieur en 2007 au pourcentage de l'UE (12% contre 15%). Ce pourcentage varie sensiblement en fonction de la nationalité. En l'occurrence, ce pourcentage est bien plus élevé parmi les personnes de nationalité non belge (14% de Belges contre 40% de citoyens non UE). Cela vaut pour les trois Régions. La différence la plus marquante

⁸⁶ Dans ce cadre, il convient de ne pas perdre de vue que ce pourcentage relativement limité représente, en terme absolu, un groupe non négligeable. L'activité principale de 14% de la population confrontée à un risque de pauvreté est le travail.

⁸⁷ Mesuré à l'aide de l'indicateur du tableau 1: report de soins de santé en raisons de barrières financières, de listes d'attente ou de la distance.

entre les Régions se situe parmi les personnes de nationalité belge (10% en Flandre, 15% en Wallonie et 20% à Bruxelles)

Il ressort de l'analyse de l'évolution que les indicateurs restent, en général, très stables. Cela vaut également pour les indicateurs pour lesquels un objectif avait été fixé dans le PANincl. 2006-2008.

Bien que l'on enregistre une augmentation constante de l'emploi, principalement parmi les femmes, il n'apparaît pas encore clairement si cette tendance commence à atteindre les groupes plus éloignés du marché du travail. Ainsi, on constate une légère baisse du nombre d'adultes qui vivent dans un ménage sans travail. Par ailleurs, la différence de taux de chômage et de taux d'emploi entre les personnes de nationalité UE et hors UE a légèrement baissé en 2007. Mais les indicateurs relatifs au chômage de longue durée et la différence de taux d'emploi entre les personnes peu qualifiées et la population totale n'indiquent aucune amélioration. En outre, le pourcentage d'enfants vivant dans un ménage sans travail rémunéré reste un des trois plus élevés de l'UE. Les données de base sur lesquels les indicateurs en matière de risque de pauvreté sont fondés, témoignent encore actuellement de certaines incertitudes méthodologiques, ce qui permet difficilement d'évaluer l'évolution entre 2004 et 2006 en la matière. Sous leur forme actuelle, ces chiffres indiquent une stabilisation du pourcentage général de risque de pauvreté. Par ailleurs, ces indicateurs semblent laisser apparaître une augmentation de la différence de risque de pauvreté entre les travailleurs et les inactifs.

Sur la base des données chiffrées disponibles, la problématique de l'abordabilité du logement, semble plutôt s'être aggravée. Différents indicateurs nationaux en matière de dettes semblent indiquer une stabilisation de la problématique entre 2004 et 2006.

2. Revenus

En 2006 le taux de risque de pauvreté s'élevait à 14,7%⁸⁸ en Belgique, à 11,4%⁸⁹ en Flandre et à 17%⁹⁰ en Wallonie. En dépit de la faible fiabilité de l'estimation pour Bruxelles, on peut avancer que Bruxelles est la région qui a le taux de risque de pauvreté le plus élevé (26%)⁹¹. Les différences entre la Flandre d'une part et la Wallonie d'autre part sont significatives d'un point de vue statistique. Le risque de pauvreté des femmes est 16% plus élevé que pour les hommes (14%)⁹²

Le pourcentage de risque de pauvreté pour la Belgique est quelque peu inférieur à la moyenne européenne (16%). Le seuil de risque de pauvreté (60% de la médiane du revenu disponible) pour la Belgique s'élève à 10316 euros (860 euros/mois)⁹³. Cela revient à 123% de la moyenne des seuils de pauvreté européens et place la Belgique à la

⁸⁸ L'intervalle de fiabilité de 95% = 12,9%-16,5%

⁸⁹ L'intervalle de fiabilité de 95% = 9,5%-13,3%

⁹⁰ L'intervalle de fiabilité de 95% = 14,3%-19,7%

⁹¹ L'intervalle de fiabilité de 95% = 15%-36,8%

⁹² Cela reflète en fait uniquement la différence entre les hommes isolés et les femmes isolées (avec ou sans enfants). Etant donné que dans le calcul des indicateurs, il est supposé pour des raisons méthodologiques qu'au sein des couples, les moyens sont répartis de manière égale entre les partenaires, les femmes et les hommes qui forment un couple courent, par définition, un risque de pauvreté identique. Ces chiffres sous-estiment les différences intra-ménages. Cette problématique fait actuellement l'objet d'un projet AGORA (Belgian Gender and Income Analysis), financé par la Politique scientifique en collaboration avec l'Institut pour l'Égalité des femmes et des hommes ainsi que la Direction générale Statistique et Information économique (SPF Economie)

⁹³ Cela concerne le montant pour un isolé. Pour un couple avec deux enfants le seuil de risque de pauvreté est de 21664 (1805 euros/mois)

5ème place des pays les plus riches (compte tenu du niveau des prix). La plupart des allocations minimales se situent en dessous de ce seuil⁹⁴. Entre UE-SILC 2004 (année de revenus 2003) et UE-SILC 2006 (année de revenus 2005) ce seuil augmente réellement de 5,4% (4,4% entre 2003 et 2005, 1% entre 2005 et 2006). Le seuil de risque de pauvreté a ainsi augmenté légèrement plus rapidement entre 2003 et 2005 que les allocations minimales.

L'analyse de la pauvreté selon les caractéristiques des ménages ou des individus permet d'identifier les groupes vulnérables. On peut ainsi constater que:

- la position sur le marché du travail, tant au niveau de l'individu qu'au niveau du ménage, est un facteur déterminant pour expliquer les différences en termes de risque de pauvreté

- La différence de risque de pauvreté entre les travailleurs (4%) d'une part et les chômeurs (31%) et d'autres inactifs économiques d'autre part, est très importante en Belgique, également en comparaison avec d'autres Etats membres de l'UE. Avoir ou non un emploi influe sur le risque de pauvreté avec un facteur allant de 5 (retraités) à près de 8 (chômeurs).
- La différence de risque de pauvreté en fonction de l'intensité de travail du ménage est également importante en Belgique. Le très grand risque de pauvreté d'un ménage sans travail, principalement pour les ménages avec enfants (72%), est préoccupant.

- Les personnes âgées sont également confrontées à un risque de pauvreté plus élevé, surtout si elles sont isolées. Mais les couples sont également touchés (à l'inverse de la majorité des Etats membres).⁹⁵ Les personnes de plus de 75 ans sont confrontées à un risque de risque de pauvreté plus accru que les personnes entre 64 et 74 ans.⁹⁶

- Le risque de pauvreté des locataires est deux fois plus élevé que celui des propriétaires.

- les non Européens sont également confrontés à un risque accru de pauvreté

- Le risque de pauvreté parmi les personnes ayant un faible niveau de formation (tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur) est 50% plus élevé que le chiffre de pauvreté global.

- les isolés (24%) et principalement les parents isolés (33%) sont confrontés à un risque de pauvreté plus élevé

Le risque de pauvreté des enfants se situe au même niveau que celui de la population totale.

⁹⁴ Allocations minimales nettes et salaire minimum net en pourcentage du risque de pauvreté (60% médiane),

	isole		couple		Couple, 2 enfants		Famille monoparentale, 2 enfants	
	2003	2005	2003	2005	2003	2005	2003	2005
Pension min. travailleurs	107	104	89	86				
Allocation d'invalidité min. travailleurs	100	94	83	78	82	78	105	99
Allocation de chômage minimale	91	86	72	68	73	64	91	80
Aide	75	71	67	63	69	65	91	86
Salaire minimum	131	122	98	95	84	86	106	99

Source: Stastim-CSB/UA

⁹⁵ En l'occurrence, il convient néanmoins de tenir compte du fait que posséder sa propre habitation n'a pas été porté en compte dans les chiffres. A l'avenir ce sera le cas.

⁹⁶ En l'occurrence, il convient néanmoins de tenir compte du fait que posséder sa propre habitation n'a pas été porté en compte dans les chiffres. A l'avenir ce sera le cas.

Les catégories ayant un risque de pauvreté élevée peuvent être relativement petites et vice versa. Ceci peut donner une image erronée du profil de la population qui court un risque de pauvreté. Si l'on souhaite évaluer correctement cette problématique, il convient, outre les risques de pauvreté, de refléter par un certain nombre de caractéristiques la composition de la population dont le revenu est inférieur au risque de pauvreté. Si l'on examine la population confrontée à un risque de pauvreté en fonction de la nationalité, il s'avère que 92% d'entre eux sont des citoyens hors UE. En fonction du statut de l'activité socio-économique, ce groupe s'avère être composé en grande majorité de personnes qui ne disposent pas d'un travail rémunéré (86%). En fonction du sexe, on distingue une petite minorité de femmes (54%) Dans ce cadre, il convient de ne pas perdre de vue la remarque formulée précédemment en ce qui concerne le nombre de données limitées à cet égard. Les personnes à l'âge actif se situent elles aussi, dans une mesure limitée, dans la majorité (55%). 53% des pauvres sont propriétaires de leur propre habitation. La composition de la population sous le seuil de risque de pauvreté diffère sensiblement en Flandre et en Wallonie. En Flandre, les plus de 50 ans sont davantage représentés alors qu'en Wallonie ce sont les catégories d'âge plus jeunes et les ménages avec enfants (principalement les parents isolés et les couples avec 1 enfant) qui sont manifestement davantage représentés.

En dépit de ces grandes différences de risque de pauvreté entre les différentes catégories de population, on peut également constater que:

- l'inégalité de revenus globale est relativement limitée en Belgique et est inférieure au niveau européen. L'inégalité de revenus se situe en Flandre et en Wallonie à un niveau comparable (elle est plus élevée à Bruxelles).
- La mesure dans laquelle les personnes confrontées à un risque de pauvreté se situent sous le seuil du risque de pauvreté (la 'profondeur' de la pauvreté) se situe légèrement en dessous du niveau européen. Cela vaut également pour les différentes Régions prises séparément.

Le risque de pauvreté agrégé total en Belgique représente un peu plus de 3 milliards d'euros (2,3% du revenu des ménages agrégé total).

17% de la population habitent dans un ménage dont la personne de référence déclare boucler son budget difficilement ou très difficilement. Ce pourcentage baisse quelque peu entre 2004 et 2006. Cela vaut également pour certaines catégories faibles. Pour d'autres, le pourcentage reste stable. Ces catégories confrontées à un risque élevé de pauvreté ont également en permanence un fort sentiment subjectif de pauvreté. Cela ne vaut cependant pas pour les plus âgés. Le sentiment subjectif de pauvreté de ces derniers se situe à un niveau identique à celui de l'ensemble de la population. Pour les personnes qui travaillent, le sentiment subjectif de pauvreté est plus élevé que le pourcentage de risque de pauvreté sur la base du seuil de 60%.

Les allocations sociales jouent un rôle important dans la lutte contre la pauvreté. Le risque de pauvreté avant transferts (tous les transferts à l'exception des pensions) s'élève à 27% pour la Belgique, à 32% pour la Wallonie et à 22% pour la Flandre (si seules les allocations de chômage sont déduites du revenu, le risque de pauvreté s'élève à 19% pour la Belgique, à 14% en Flandre et à 23% en Wallonie). Si l'on calcule la réduction exprimée en pourcentage du risque de pauvreté grâce aux allocations sociales (excepté les pensions), le résultat est de 44% pour la Belgique, 47% pour la Wallonie et 50% pour la Flandre. C'est plus que la moyenne européenne (38% pour l'UE25) mais moins qu'un certain nombre de pays où la réduction est de 50% ou plus (Etats membres scandinaves, Tchéquie, Allemagne, Pays-Bas, Slovaquie).

D'un point de vue global, on peut affirmer que l'on n'a pas connu de grands changements sur le plan du niveau et de la profondeur du risque de pauvreté et du groupe de personnes confrontées au risque de pauvreté. En dépit d'une légère augmentation des indicateurs mesurant l'inégalité de revenus, le risque de pauvreté reste stable. Il en va d'ailleurs de même si la norme de risque de pauvreté est placée à un autre niveau⁹⁷. Bien que, comme indiqué dans l'introduction, il existe encore un certain nombre d'incertitudes dans l'UE-SILC et qu'il convienne donc de rester prudent, on constate que les chiffres actuels démontrent que la différence de risque de pauvreté entre les personnes et les ménages entretenant un lien important avec le travail d'une part et les inactifs et les ménages ayant une faible intensité de travail d'autre part a augmenté entre 2004 et 2006. Le risque de pauvreté des personnes dont l'activité principale était le travail est resté à un niveau peu élevé. Le risque de pauvreté des personnes dont le statut socio-économique principal est chômage, retraitées et malades/invalides a augmenté. Le risque de pauvreté des ménages à faible intensité de travail a également augmenté. Aucune tendance ne semble se dessiner donc en vue de réduire la grande différence de risque de pauvreté qui sépare les travailleurs d'une part et les inactifs ou partiellement inactifs d'autre part. Peut-être est-ce lié au niveau des allocations (minimales) par rapport au seuil de risque de pauvreté mais le cadre de l'annexe des indicateurs ne permet pas d'offrir une réponse définitive à cet égard.

Fin 2007, 338.933 personnes ont été enregistrées pour défaut de paiement auprès de la Centrale des Crédits aux Particuliers de la Banque nationale de Belgique. Pour la première fois depuis 2007, une légère augmentation a été constatée en 2007 par rapport à l'année précédente (0,3%). En revanche, la part des personnes ayant un défaut de paiement au sein de la population majeure totale entre 2003 et 2007 a légèrement baissé pour passer de 4,3% à 4%. De grandes disparités régionales subsistent à cet égard, avec aux extrêmes les arrondissements de Tielt (2,0%) et de Turnhout (2,1%) d'une part, et de Charleroi (8,3%) et de Mons (6,7%) d'autre part. En ce qui concerne la problématique de l'endettement, le Groupe de travail Indicateurs a adopté plusieurs nouveaux indicateurs. Pour 5% de la population, l'apurement de dettes de consommation a pour conséquence de placer (davantage) le revenu sous le seuil du risque de pauvreté. Le pourcentage de ménages comptabilisant deux défauts ou plus de paiement de montants dus pour un service de base (électricité, eau, gaz, loyer, hypothèque et/ou soins de santé) s'élève à 6% en 2006. Ces différents indicateurs en matière de dettes témoignent grosso modo d'une stabilisation de la problématique entre 2004 et 2006. Le pourcentage de ménages auprès desquels un compteur à budget ou un limiteur de courant ou une combinaison des deux a été installé s'élève en 2006 à 1,4%. Cet indicateur témoigne d'une augmentation depuis 2005 (1,1%).

3. Emploi

Dans le cadre de l'analyse de la situation de l'emploi, il convient de faire remarquer que sur ce plan, il existe d'importantes différences entre les trois Régions. En Flandre, la situation est bien meilleure qu'en Wallonie et certainement qu'à Bruxelles. Cela ressort des indicateurs d'inclusion liés au travail. Dans le présent texte, il sera régulièrement fait référence aux chiffres des différentes Régions.

L'Emploi constitue la meilleure protection contre la pauvreté. Dans le paragraphe précédent, il a déjà été indiqué que cela s'avère être davantage le cas en Belgique que dans la plupart des Etats membres. Le pourcentage de travailleurs pauvres est le plus bas de toute l'UE25 (4% en Belgique contre 8% pour l'UE25). Sur ce plan, on n'enregistre aucune différence entre la Flandre et la Wallonie (les deux se situent à 4%).

⁹⁷ On enregistre une baisse uniquement lorsque le seuil de risque de pauvreté est placé sur le faible 40% du revenu médian.

Cependant, les ménages sans travail rémunéré ont été confrontés en 2007 à un risque de pauvreté accru. L'absence de travail rémunéré principalement parmi les ménages avec enfants accroît davantage le risque de pauvreté que dans la majorité des autres Etats membres de l'UE15. En Belgique 72% de ces ménages disposent d'un revenu sous le seuil de risque de pauvreté contre 62% dans l'UE25. Comme indiqué, cette différence entre les travailleurs et les inactifs ou faiblement inactifs semble ne pas s'estomper. Sur ce plan non plus, il n'y a pas de véritable différence entre la Flandre et la Wallonie.

En dépit du fait qu'en Belgique, le travail offre généralement une bonne protection de revenus, il convient de constater qu'une proportion non négligeable de travailleurs (4%) court tout de même un risque de pauvreté. Le travail ne suffit donc pas toujours à éviter la pauvreté et ce, en raison d'une situation professionnelle précaire ou d'un salaire insuffisant par rapport aux besoins du ménage. Les parents isolés, les ménages comptant plusieurs enfants et les personnes de nationalité hors UE25 sont confrontés à un risque de pauvreté plus élevé en dépit du travail. Les contrats temporaires débouchent sur un risque de pauvreté majoré. Les chiffres témoignent également d'un risque plus élevé pour les indépendants. En 2006, l'activité principale de 14% des personnes sous le seuil de pauvreté était le travail.

Compte tenu de l'importance du travail rémunéré, tant du point de vue de l'intégration sociale que du point de vue financier, l'accès au travail revêt une très grande importance. En 2007, le taux d'emploi s'élevait en Belgique à 62%, sous la moyenne de l'UE27 (65,4%). Pour la Flandre, ce pourcentage s'élevait à 66%, pour la Wallonie à 57% et pour Bruxelles à 55%. Les indicateurs confirment l'importante sous-participation au travail de groupes spécifiques. Ainsi, le taux d'emploi des citoyens de nationalité hors UE est de 25 points de pourcentage inférieur à celui des citoyens de l'UE. Pour Bruxelles, cette différence est légèrement inférieure (20%). Pour la Flandre et la Wallonie, il se situe au même niveau. Le taux d'emploi des personnes peu qualifiées est de 22 points de pourcentage inférieur à celui de la population totale. Sur ce plan, on n'enregistre pas de grandes différences entre les Régions. Tant sur le plan de la nationalité que de l'éducation, les différences de taux d'emploi sont sensiblement plus importantes chez les femmes que chez les hommes. Le taux d'emploi des personnes handicapées est de 17 points de pourcentage inférieur à celui de la population totale. Le taux de chômage de longue durée s'élève en 2007 à 3,8%⁹⁸. En l'espèce, les différences entre les Régions sont criantes: en Flandre 1,6%, en Wallonie 6%, et à Bruxelles 9,9%. Les isolés (7,3%), les personnes faiblement instruites (8%) et principalement les parents isolés (12%) et les personnes de nationalité hors UE27 (13%) courent un risque sensiblement plus élevé d'être confrontés à un chômage de longue durée.

Plus que dans les autres Etats membres de l'UE, il existe en Belgique une concentration de travail non rémunéré au niveau du ménage. La part de personnes qui vivent dans un ménage sans travail rémunéré était en 2007 en Belgique la plus élevée de toute l'UE27 (12,5% pour les adultes contre 9,3% pour l'UE27). Cet indicateur témoigne également de très grandes différences entre les Régions. Ainsi, le pourcentage d'enfants qui vit dans un ménage sans travail rémunéré s'élève à 8% en Flandre, 19% en Wallonie et 27% à Bruxelles. En vue de bien comprendre cet indicateur, il convient de remarquer que les parents isolés constituent une part importante du groupe 'jobless households'.

2007 a été une bonne année sur le plan de l'emploi. Le taux d'emploi global est passé de 61% à 62%. Après une période de stabilisation, la différence de taux d'emploi et de taux de chômage entre les personnes de nationalité UE et les personnes de nationalité hors UE s'est réduite en 2007. Le pourcentage de personnes vivant dans un ménage sans travail rémunéré a également baissé bien que cela concerne principalement les

⁹⁸ Selon la définition du chômage du Bureau international du Travail

adultes. Le pourcentage d'enfants dans un ménage sans travail rémunéré reste stable à un niveau de 13 à 14%⁹⁹. Il reste ainsi logiquement parmi les trois plus élevés de l'UE27. Une réduction similaire a également été constatée au sein de l'UE. Il convient d'examiner plus avant si l'augmentation continue du taux d'emploi, principalement des femmes, enregistré ces dernières années commence à atteindre les familles plus éloignées du marché du travail. Les indicateurs concernant le chômage de longue durée et la différence de taux d'emploi entre les personnes faiblement qualifiées et la population totale ne donnent cependant pas d'indication dans ce sens. Jusqu'à présent les deux restent stables. Le 'in-work-poverty' reste également stable entre 2004 et 2006.

4. Logement

En dépit du fait que nous ne disposons pas encore d'un indicateur de qualité en matière de coût du logement, un certain nombre de données bel et bien disponibles révèlent le caractère problématique de cette question pour certains groupes. Ainsi, parmi les ménages dont le revenu est inférieur à la médiane, un nombre croissant d'entre eux consacre plus d'un tiers du revenu du ménage aux dépenses locatives brutes (10% en 1998, 14% en 2000, 16% en 2005)¹⁰⁰. Pour la Flandre, il ressort de l'étude du Steunpunt Ruimte en Wonen que l'abordabilité du logement a continué à baisser entre 1997 et 2005. Le pourcentage de ménage avec une quote-part logement¹⁰¹ de plus de 20% est passé, au cours de cette période de 23,4% à 30%. La même étude situe l'augmentation de la problématique de l'abordabilité principalement sur le marché locatif privé. Les parents isolés et les plus de 65 ans représentent de loin les groupes les plus vulnérables (Heylen e.a., 2007). Le risque de pauvreté y est sensiblement supérieur que parmi les propriétaires (28% contre 10%). En l'occurrence, les locataires sont un des groupes confrontés au risque le plus élevé. Cette différence reste stable pour les années pour lesquelles des données sont disponibles. En Wallonie le risque de pauvreté des locataires semble bien plus élevé qu'en Flandre (35% contre 21%) alors que le risque de pauvreté des propriétaires dans les deux Régions se situe au même niveau, 9% en Flandre et 12% en Wallonie).

Il s'avère que la qualité du logement pour les personnes non UE-25 pose problème dans de nombreux cas. 22% disposent de moins d'une chambre par membre du ménage, contre 5% de la population totale. 35% sont confrontés à un ou plusieurs problèmes structurels¹⁰² dans l'habitation, contre 25% dans la population totale. Les conditions de logement des ménages avec enfants à faible intensité de travail semblent souvent problématiques. Il ressort que cette catégorie habite davantage que la population totale dans des habitations caractérisées par deux problèmes structurels ou plus ou par un manque d'espace. Les catégories sociales faibles (parents isolés, chômeurs, malades/invalides) semblent en général habiter plus que globalement dans des habitations caractérisées par deux défauts ou plus, tout comme les locataires.

Les ménages bruxellois sont davantage confrontés à un manque d'espace que les ménages des autres Régions (17% contre environ 4% pour les autres Régions). Les ménages wallons et bruxellois (23%) vivent davantage dans des habitations confrontées à un défaut structurel que les ménages flamands (14%).

⁹⁹ Il s'agit de chiffres basés sur le deuxième trimestre de l'enquête sur les forces de travail. Les moyennes annuelles sont quelque peu inférieures et s'élèvent à 12,8% pour 2005, 12,7% pour 2006 et 12,0% pour 2007.

¹⁰⁰ Cet indicateur est calculé sur base de l'Enquête sur le budget des ménages. Compte tenu de la taille limitée de l'échantillon, ces pourcentages sont sujets à une incertitude statistique relativement importante et doivent donc être interprétés avec la précaution requise.

¹⁰¹ La quote-part habitation est la part des coûts de logement bruts (remboursement, loyer) dans le revenu du ménage

¹⁰² Fuite dans le toit, pas de chauffage adéquat, moisissures et humidité, fenêtres ou portes pourries.

Depuis 1995 le nombre de logements sociaux exprimé en pourcentage est resté constant par rapport au nombre total des ménages, à environ 6%. Cela vaut pour les trois Régions. En Flandre, cette proportion est un peu moins élevée (5%) qu'en Wallonie et à Bruxelles (7-8%). Dans les trois Régions les listes d'attente sont longues. Le nombre de ménages sur liste d'attente, par rapport au nombre de logements disponibles, est très élevé à Bruxelles en 2006 (79%). En Wallonie ce nombre s'élève à 46%. En Flandre, ce nombre 'épuré' s'élève à 56% en 2005¹⁰³. Pour les trois Régions, on constate une tendance à la hausse depuis la fin des années nonante.

5. Santé¹⁰⁴

L'espérance de vie des Belges continue d'augmenter et la mortalité infantile de baisser. En raison du vieillissement de la population; de l'amélioration des traitements et des changements dans le style de vie, les maladies chroniques (affections cardiovasculaires, diabète, cancers, dépression, ...) constituent le principal défi, aussi bien sur le plan de la prévention que des soins.

Les inégalités sociales dans le domaine de la santé restent néanmoins criantes. Pour la plupart des indicateurs de santé, il existe clairement un gradient social. Les indicateurs belges, bons en moyenne, représentent en conséquence une moyenne entre la très bonne santé de la population aisée et la santé plutôt mauvaise de la population plus pauvre.

Les indicateurs confirment donc l'existence de fortes inégalités dans le domaine de l'état de santé, du comportement de santé et de l'accès aux soins de santé. S'agissant de ce dernier point, il convient toutefois de remarquer qu'il faut développer davantage les indicateurs afin de mieux définir cet aspect.

Les différences sociales en matière d'état et de comportement de santé se manifestent dans pratiquement tous les indicateurs: mortalité infantile, évaluation subjective de la santé, degré de difficulté dans l'accomplissement des tâches quotidiennes à la suite d'une maladie, d'une dépression, d'un surpoids, du tabagisme, de la participation aux examens de dépistage du cancer du col de l'utérus. Il ressort d'une étude basée sur des données rassemblées sur la période 2001-2004 que les personnes ayant un niveau de qualification peu élevé (enseignement inférieur) à l'âge de 25 ans ont non seulement une espérance de vie plus courte (différence pour les femmes: 3,7 années; pour les hommes: 5,6 ans) mais vivent généralement moins longtemps en bonne santé (différence pour les femmes : 9,7 ans; différence pour les hommes: 5,9 ans) que les personnes hautement qualifiées (diplôme universitaire).

En outre, on constate des différences sensibles entre les Régions dans le domaine de la santé également. Les indicateurs témoignent d'un meilleur état de santé de la population en Flandre par rapport à Bruxelles et surtout à la Wallonie. Ces différences en matière de santé sont probablement étroitement liées aux inégalités sociales parallèles. Sur la base de tables de mortalité transversales, sur lesquelles se fonde l'espérance de vie, les hommes flamands avaient en 2004 une espérance de vie à la naissance de 77,6 ans contre près de 74,5 ans pour les hommes wallons. Dans le contexte de l'UE-15, cette différence est très importante. Tous les 'anciens' Etats membres se situent autour de la moyenne de 76 ans pour l'UE-15.

Comparativement aux douze autres Etats membres de l'UE pour lesquels des données de l'EU-SILC avaient déjà été collectées en 2006, le pourcentage de personnes (16+) qui en

¹⁰³ Pour 2006, les chiffres s'élèvent à 79% pour Bruxelles, 66% pour la Flandre et 46% pour la Wallonie. Etant donné que l'épuration des chiffres Flamands est bisannuelle, ils ne sont pas comparables.

¹⁰⁴ Cette partie n'a pu être que partiellement actualisée dans la mesure où une nouvelle de sondage se déroule en 2008 dans le cadre de l'Enquête sur la santé.

Belgique déclare avoir eu besoin d'une visite médicale ou d'un traitement mais qui y ont renoncé pour des raisons financières est limité : 0,6%. Le pourcentage de personnes qui déclare avoir reporté une visite médicale/un traitement ou une consultation chez le dentiste pour des raisons financières s'élève à 2,3%. La Belgique enregistre ainsi un des meilleurs résultats parmi les Etats membres. Même si les deux pourcentages sont faibles, d'importantes différences existent en fonction de la position de revenus. Dans le quintile de revenus le plus élevé, le pourcentage de personnes contraintes de reporter une consultation chez le médecin ou le dentiste s'élève à 0,1% alors que dans le quintile le plus bas, ce pourcentage atteint 6,6 % . Pour certaines catégories sociales faibles, ce pourcentage est encore plus élevé : pour les personnes au chômage et les familles monoparentales:7%, pour les personnes vivant dans un ménage au sein duquel aucun des membres adultes n'a de travail: 14%. Il n'y a pas de différence significative entre femmes et hommes. Entre 2003 et 2006, la différence entre les catégories plus faibles et le reste de la population a néanmoins fortement diminué. Ainsi, le pourcentage de ménages dans le quintile de revenus le plus bas contraint de reporter des soins de santé (médecin + dentiste) est passé de 10% en 2003 à 6,6% en 2006.

6. Enseignement

L'accès au travail, la situation des revenus, la santé, les chances dans le domaine de l'intégration de la participation sociales sont toutes en relation avec le niveau d'éducation. Dans une société où l'éducation est un facteur de plus en plus déterminant pour la position sur l'échelle sociale, les personnes peu qualifiées restent sur la touche. La formation constitue donc une donnée cruciale dans le domaine de la pauvreté et de l'inclusion sociale.

En Flandre, au cours de l'année scolaire 2006-2007, 1,51% des élèves de l'enseignement fondamental avaient un retard de 2 ans ou plus. En Communauté française, ce pourcentage s'élève à 2,73%. Pour la Flandre le pourcentage est environ de 0,5 point de pourcentage plus élevé qu'au milieu des années 90. Pour la Communauté française, ce chiffre reste stable En ce qui concerne l'enseignement secondaire, ces chiffres s'élèvent respectivement à 6,8% pour la Flandre et à 17,9% pour la Communauté française. Pour cette dernière, il s'agit d'une rupture avec la tendance à la baisse manifeste depuis l'année scolaire 1995-1996 (de 22,1% en 1995-1996 à 16,9 en 2003-2004). De grandes différences semblent exister entre Belges et non Belges, la deuxième catégorie présentant un retard bien plus important.

Depuis le milieu des années nonante, on observe en Flandre une augmentation limitée mais continue du nombre d'enfants fréquentant l'enseignement primaire spécial, passant de 3,6% (1995-1996) à 4,4% (2007-2008). En Communauté française, cette augmentation a pris fin en 2002-2003. Depuis 2003-2004, ce chiffre s'élève à 3,25%.

Un indicateur européen commun, basé sur l'enquête PISA de l'OCDE mesure le pourcentage d'élèves de 15 ans ayant obtenu le score le moins élevé (niveau 1 ou moins sur une échelle de cinq niveaux) lors d'un test d'aptitude à la lecture. Ce score peu élevé ne signifie pas que l'on est illettré mais révèle néanmoins l'existence de sérieux problèmes dans le traitement de l'information écrite et donc dans toute forme de processus d'apprentissage basé sur du matériel écrit. Ces élèves ne bénéficieront probablement pas suffisamment des possibilités d'enseignement offertes, ce qui peut nuire à la suite de leur parcours d'enseignement et à leur carrière professionnelle. Avec un résultat de 19,4% la Belgique se positionne en l'occurrence dans la moyenne européenne. Derrière le chiffre belge se cachent des résultats différents selon les Communautés (Communauté flamande: 14,1, Communauté française: 26,3 et Communauté germanophone 19,3).

Un indicateur national complémentaire fait le lien entre ce résultat et le statut socio-économique du ménage auquel appartient l'élève, révélé à l'aide du statut professionnel des parents. Cet indicateur a été calculé sur la base des données de PISA 2006 pour les

aptitudes (mathématiques). Les résultats confirment les constatations faites en ce qui concerne les aptitudes à la lecture. Les enfants de parents ayant un statut socioprofessionnel élevé (quartile supérieur) obtiennent en moyenne un résultat bien meilleur que les enfants de parents ayant un statut socioprofessionnel peu élevé (quartile inférieur). L'écart varie selon la Communauté mais il est partout substantiel. Une récente étude de l'OCDE, basée sur l'enquête PISA, met en lumière des différences importantes entre les élèves selon le statut migratoire, les élèves autochtones obtenant de bien meilleurs résultats que les élèves allochtones (première et deuxième génération). Ces différences se manifestent aussi bien dans les aptitudes à la lecture que dans les aptitudes mathématiques.

Le pourcentage de personnes quittant prématurément l'école, c'est-à-dire les élèves qui quittent l'enseignement secondaire, sans diplôme, s'élève à 12,3% en 2007¹⁰⁵. Cet indicateur, il n'est guère aisé d'évaluer une tendance. Les données disponibles vont plutôt vers une stabilisation que vers une tendance à la baisse dans le sens de l'objectif européen fixé à 10%. Ce sont principalement les personnes non belges qui courent un risque très élevé de quitter l'enseignement secondaire supérieur sans diplôme. Pour les personnes de nationalité belge, ce pourcentage s'élève en 2007 à, pour les autres nationalités de l'UE il s'élève à 21,3% et pour les nationalités hors UE à 39,8%.

En 2007 41% de la population belge âgée de 25 ans ou plus a au maximum un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur. Une faible instruction est en général fortement liée à l'âge, les personnes plus âgées étant plus souvent peu qualifiées que les jeunes. Par ailleurs, les femmes (44%) et les personnes de nationalité hors EU15 (56%) sont plus fréquemment peu qualifiées.

En 2007, 7,2% des 25-64 ans participent à des activités de formation dans le cadre de l'apprentissage tout au long de la vie. Depuis le début des années nonante, on observait une augmentation de cette participation. Cette augmentation semble avoir pris fin depuis 2004. En 2007, la Belgique reste encore toujours inférieure à la moyenne de l'EU-27 (9,7). En outre, il s'avère que, comme dans d'autres pays, la participation semble bien plus élevée parmi les personnes hautement qualifiées que parmi les personnes préalablement moins qualifiées. Ainsi, il s'avère que les travailleurs âgés, souvent moins qualifiés, participent moins à des activités de formation.

¹⁰⁵ Ce pourcentage est encore basé sur les données du deuxième trimestre. Pour cet indicateur, il est envisagé de passer à des moyennes annuelles. Selon ce mode de calcul, le pourcentage s'élèverait alors à 14,2% pour 2006 et à 13,8 pour 2007.

7. Intégration et participation sociales

Tant sur le plan de l'intégration¹⁰⁶ que sur le plan de la participation¹⁰⁷, on observe d'importantes différences en fonction de la position socio-économique. Parmi les faibles revenus et les personnes avec un niveau d'instruction faible, on compte davantage de personnes qui entretiennent des contacts sociaux limités, qui ont un réseau social limité et un soutien fonctionnel faible. Sur le plan de la participation, les différences sont encore plus marquées. Ce sont principalement les personnes malades et handicapées qui semblent défavorisées sur le plan de l'intégration sociale. Pour les trois indicateurs correspondants, elles obtiennent de loin le plus mauvais résultat de toutes les catégories. Il est à noter que les différences socio-économiques semblent également se prolonger sur le terrain de l'intégration et de la participation. Les sous-populations enregistrant de mauvais résultats dans d'autres domaines obtiennent en l'occurrence également des résultats peu élevés. Ainsi; les personnes au chômage et les personnes malades/handicapées obtiennent logiquement de piètres résultats. A nouveau, d'importantes différences existent entre les ménages flamands d'une part et les ménages wallons et bruxellois d'autre part.

En ce qui concerne l'indicateur relatif à la participation à des activités récréatives et culturelles, il semble que l'âge exerce une influence marquée en la matière, les personnes âgées de plus de 65 ans obtenant de moins bons résultats en la matière.

En Belgique, 24,9 % des sondés vivent dans un ménage qui ne peut se permettre une semaine de vacances à l'extérieur. Les disparités régionales sont grandes: 14,5 % en Région flamande, 38,8 % en Région wallonne et 39,4 % dans la Région de Bruxelles-Capitale. La situation est particulièrement difficile pour certains groupes: les isolés et plus particulièrement les parents isolés (56%), les personnes confrontées à une situation de chômage (45 %); les malades ou les personnes handicapées (51 %) et les personnes vivant dans un ménage à faible intensité de travail (WI=0) (80%).

En ce qui concerne l'accès à Internet, les résultats de la Belgique figurent dans la moyenne. En 2005, 50% des ménages avaient accès à internet. La Belgique se situe ainsi dans la moyenne de l'UE (UE25:48%, UE15:53%). 9,1% des Belges vivent dans un ménage qui pour des raisons financières n'a pas accès à Internet. Les chômeurs (22%), les personnes de nationalité hors UE25 (34%), les personnes vivant dans un ménage à faible intensité de travail (18% sans enfants, 41% avec enfants) et les isolés d'âge actif (hommes:17%, femmes:24%) obtiennent de mauvais résultats.

Tant le pourcentage de personnes qui ne peuvent s'offrir une semaine de vacances en dehors du domicile que le pourcentage de personnes qui ne peuvent accéder à Internet pour des raisons financières a globalement baissé dans la période 2004-2006. Cela n'est cependant pas le cas pour les deux indicateurs au niveau du quintile de revenus le plus bas. Il n'est pas inutile de mentionner que le même constat vaut pour l'absence d'un certain nombre d'éléments de confort élémentaire dans le logement (bain ou douche, eau chaude courante, toilettes avec chasse d'eau dans le logement). Selon cet indicateur, le pourcentage des ménages ne disposant pas des éléments de confort élémentaire baisse dans tous les quintiles sauf dans le premier.

¹⁰⁶ En l'occurrence opérationnelisé à l'aide des indicateurs suivants : le pourcentage de personnes qui rencontrent moins d'une fois par mois des amis ou des connaissances, le pourcentage de personnes comptant moins de 3 amis ou connaissances, le degré de soutien fonctionnel.

¹⁰⁷ En l'occurrence opérationnelisé à l'aide des indicateurs suivants: le pourcentage de personnes qui ne participent pas à des activités récréatives ou culturelles et le pourcentage de personnes qui ne peuvent pas se permettre une semaine de vacances par an.

2. L'évolution des indicateurs liés à un objectif

Dans le PANincl. 2006-2008, des objectifs avaient été formulés sur la base d'un certain nombre d'indicateurs. Plusieurs objectifs en matière d'emploi qui sont également pertinents dans le cadre de la stratégie relative à l'inclusion sociale ont été intégrés au Programme national de réforme.

Le véritable indicateur auquel a été lié un objectif est hachuré dans le tableau. Lorsque c'est possible, en fonction d'une meilleure estimation, les chiffres sont également ventilés par Région. Les chiffres mentionnés pour 2008 et 2010 correspondent chaque fois aux objectifs tels que fixés dans le PANincl. 2006-2008.

Objectif : Un logement de qualité et abordable pour tous

Target 1: Augmentation du nombre de logements sociaux en pourcentage du nombre Des ménages privées

	résultats				objectifs	
	2003	2004	2005	2006	2008	2010
Bruxelles	7,9	7,9	7,8	7,8		
Flandre	5,4	5,4	5,4	5,4		
Wallonie	7,2	7,1	7	7,0		
Belgique	6,2	6,2	6,2	6,2	7	8

En l'espèce, l'indicateur porte sur le nombre de logements sociaux mis en location par des sociétés de logements sociaux reconnues. Les logements sociaux mis en location par d'autres instances (communes, CPAS) ne sont en l'occurrence pas pris en considération. Les logements mis en location par des agences de location sociales ne sont, elles non plus, pas prises en compte. Au moment d'établir ce rapport, les données pour 2007 n'étaient pas encore disponibles pour toutes les Régions. En conséquence, 2006 est l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles.

Bien que le nombre absolu de logements sociaux augmente légèrement dans les trois Régions, ce chiffre reste stable par rapport au nombre de ménages. C'est le cas pour l'indicateur qui renvoie au chiffre global pour la Belgique. Cela vaut également pour la Flandre séparément. La Wallonie et Bruxelles enregistrent une légère baisse.

Objectif Activation et diversité: Accroître l'accès à l'emploi des personnes issues des groupes à risque

Target 1: Augmenter le taux d'activité de groupes cibles spécifiques, à savoir les femmes, les personnes peu qualifiées et les personnes handicapées

	résultats			objectifs	
	2005	2006	2007	2008	2010
Population active total	61,1	61,0	62,0	66	70
- Bruxelles	54,8	53,4	54,8		
- Flandre	64,9	65,0	66,1		
- Wallonie	56,1	56,1	57,0		
Femmes	53,8	54,0	55,3	55	60
- Bruxelles	47,9	46,6	48,3		
- Flandre	57,8	58,3	59,8		
- Wallonie	48,4	48,6	49,6		
Infra scolarisé	40,4	40,1	40,5	40	50
- Bruxelles	33,8	33,8	34,3		

- Flandre	43,7	43,1	44,5		
- Wallonie	37,0	37,0	35,8		
Personnes handicapées	35,6			40	50
- Bruxelles					
- Flandre					
- Wallonie					

Entre 2005 et 2006 peu de changements sont intervenus sur le plan de l'emploi. 2007 a cependant été, d'un point de vue global, une bonne année pour l'emploi. Un certain nombre d'indicateurs du marché du travail ont évolué positivement. Ce fut en l'occurrence le cas pour le taux d'emploi de la population totale et pour celui des femmes. Il ressort également de statistiques relatives au marché du travail que le taux d'emploi parmi les travailleurs âgés a également augmenté. Force est néanmoins de constater que les objectifs européens en la matière sont loin d'être atteints. Il est à noter que le taux d'emploi des personnes peu qualifiées, en dépit de la bonne conjoncture, n'a pas augmenté. Cet indicateur révèle néanmoins, entre 2006 et 2007, une évolution divergente entre Bruxelles et la Flandre d'une part et la Wallonie d'autre part. Bruxelles et la Flandre enregistrent une progression modérée alors que la Wallonie est confrontée à une baisse du taux d'emploi de ce groupe. C'est la raison pour laquelle l'indicateur reste stable pour la catégorie des personnes peu qualifiées. Il n'existe pas de chiffres permettant de suivre le taux d'emploi des personnes handicapées.

Target 2: Le taux de chômage des personnes de nationalité hors UE ne sera pas plus élevé que celui des travailleurs de nationalité UE/belge.

	résultats						objectifs				
	2005		2006		2007		Ratio UE/nonUE				
	Non-UE	UE	Non UE	UE	Non UE	UE	2005	2006	2007	2008	2010
Be	31,9	7,9	31,1	7,7	29,5	6,9	24,8	24,8	23,5	72	100
Br	35,5	14,1	33,1	15,8	34,1	15,3	39,7	47,7	44,8	70	100
Fl	24,0	5,2	24,4	4,7	21,4	4,1	21,7	19,3	19,0	76	100
Wal	39,7	11,5	40,8	11,3	37,0	10,1	29,0	27,7	27,3	68	100

On enregistre une légère baisse du taux de chômage parmi les citoyens non UE, principalement entre 2006 et 2007. Etant donné qu'on enregistre la même tendance en ce qui concerne les citoyens UE, cet indicateur n'évolue pas dans le sens de l'objectif.

Target 3: Augmenter la participation à la formation tout au long de la vie, spécifiquement pour les personnes peu qualifiées, population de 25 à 64 ans

	résultats						objectifs	
	2003	2004	2005	2006	2006*	2007*	2008	2010
Population totale 25-64								
Belgique	8,5	8,6	8,4	7,8	7,5	7,2	11,5	12,5
Bruxelles		10,4	12,0	11,2	10,4	10,4		
Flandre		9,8	9,1	8,5	8,4	7,9		
Wallonie		5,8	5,8	5,4	5,1	5,0		
Population infra-scolarisé								

Belgique		3,2	3,1	3,1		3,0	4,5	6,25
Bruxelles		3,0	3,0	4,2		3,9		
Flandre		3,9	3,7	3,4		3,5		
Wallonie		2,1	2,1	2,3		1,8		

* nouvelle définition et calculé sur base d'une moyenne annuelle au lieu du deuxième trimestre

La définition de cet indicateur a fait l'objet d'une légère modification en 2006. En outre, à partir de cette date l'indicateur est calculé sur la base d'une moyenne annuelle alors que précédemment cet indicateur était calculé sur la base du deuxième trimestre de l'enquête sur les forces de travail. Les chiffres figurant dans le tableau susmentionné sont exprimés d'une part sur la base de l'ancien mode de calcul jusqu'en 2006 et d'autre part selon le nouveau mode de calcul pour 2006 et 2007¹⁰⁸.

Les petites disparités entre les différentes années ne sont peut-être pas significatives d'un point de vue statistique. Les chiffres, tant pour la population totale entre 25 et 64 ans que pour la population peu qualifiée, témoignent d'une participation stable. Jusqu'à présent, aucune tendance à la hausse de la participation à la formation tout au long de la vie ne peut être constatée. Cela vaut tant au niveau belge qu'au niveau des trois Régions.

Target 4: Réduire le nombre de jeunes quittant prématurément l'école ou plus précisément, le pourcentage de jeunes de 18 à 24 ans qui n'ont pas de diplôme de l'enseignement secondaire et n'ayant pas poursuivi d'études ou de formation.

	résultats					objectifs	
	2005	2006	2007	2006*	2007*	2008	2010
Belgique	12,9	12,6	12,3	14,2	13,8	11	10
Bruxelles	19,4	19,3	24,6	22,4	22,8		
Flandre	10,7	10,0	9,9	11	10,8		
Wallonie	14,8	14,8	12,8	17	16,1		

* nouvelle définition et calculé sur base d'une moyenne annuelle au lieu du deuxième trimestre

Cet indicateur a lui aussi fait l'objet d'une modification de la définition et, depuis 2006, il s'exprime sur une base annuelle. Dans le tableau, les chiffres sont d'une part exprimés selon l'ancienne méthode jusqu'en 2006 et d'autre part selon la nouvelle méthode pour 2006 et 2007. Etant donné que le groupe à partir duquel cet indicateur est calculé est plutôt restreint, il convient en l'espèce de tenir compte d'une marge d'erreur plus importante en ce qui concerne l'incertitude statistique. Cela vaut certainement pour les chiffres des Régions.

Les chiffres de cet indicateur témoignent également d'une certaine stabilité au cours des différentes années. Aucune tendance ne se dessine dans le sens de l'objectif.

Pauvreté infantile: Rompre le cercle de la pauvreté

Target 1: Réduire le pourcentage d'enfants de moins de 16 ans confrontés à un risque de pauvreté, c'est-à-dire qui vivent dans un ménage dont le revenu équivalent est inférieur à 60% du revenu national médian équivalent

¹⁰⁸ La Direction Générale information et statistique économique (DGISE) observe que les moyennes annuelles (nouveau mode de calcul) pour 2007 sont moins fiables en raison de problèmes de données.

	résultats			objectifs	
	2004	2005	2006	2008	2010
Belgique	15,5	17,9	15,0	17	12
Flandre	10,0	12,2	9,8		
Wallonie	18,5	19,7	18,6		

Echantillon pour Bruxelles trop limité pour évaluation fiable

Le pourcentage initial pour 2004 (17,4%), utilisé comme base pour la formulation de l'objectif, a été corrigé à la baisse en raison d'une erreur dans les données. Au moment de rédiger le présent rapport, les données de base (EU-SILC) pour cet indicateur contiennent plusieurs incertitudes qui doivent encore être clarifiées. Cela complique l'estimation de l'évolution au cours des trois années disponibles. A l'heure actuelle, la conclusion la plus probable est que le niveau du pourcentage des enfants confrontés à un risque de pauvreté au cours de la période disponible est resté stable.

Target 2: Réduire le nombre d'enfants (0-17 ans) qui vivent dans un ménage sans travail rémunéré

2ème trim.	résultats				objectifs	
	2004	2005	2006	2007	2008	2010
Belgique	13,2	12,9	13,5	13,5	10	7
Bruxelles		23,6	27,0	27,0		
Flandre		7,3	7,0	7,6		
Wallonie		18,9	19,9	18,9		

Moyenne annuelle	2005	2006	2007
Belgique	12,8	12,7	12,0
Bruxelles	26,5	25,5	25,7
Flandre	7,0	6,5	5,7
Wallonie	18,4	18,8	18,0

Cet indicateur fait encore actuellement l'objet de calculs par Eurostat pour les données du deuxième trimestre de l'enquête sur les forces de travail. C'est également ce calcul qui est utilisé pour formuler l'objectif. Néanmoins, la volonté est de calculer à l'avenir cet indicateur sur une base annuelle. La méthode basée sur la moyenne annuelle devrait donner des résultats plus fiables étant donné qu'ils sont basés sur davantage d'observations. Les deux modes de calcul sont en l'occurrence mentionnés dans la mesure où les deux donnent chacun une image quelque peu divergente.

Le mode de calcul actuel, basé sur le deuxième trimestre, indique une tendance stable. La méthode basée sur la moyenne annuelle semble montrer une certaine baisse, peut-être à la suite de la bonne conjoncture globale de l'emploi en 2007. Il est néanmoins prématuré, et la baisse trop incertaine, pour en tirer des conclusions poussées.

Annexe : liste des personnes qui ont participé aux réunions du Groupe de travail Indicateurs PANincl.

Marc Callens	Studiedienst van de Vlaamse Regering
Geert Campaert	OASES-Universiteit Antwerpen
Sarah Carpentier	CSB-Universiteit Antwerpen
Sebastiano Cincinnato	HIVA-KULeuven
Katrien De Boyser	OASES-Universiteit Antwerpen
Isabelle Erauw	Departement Onderwijs en Vorming, Vlaamse Overheid
Dirk De Clerck	Vlaams Centrum Schuldbemiddeling
Jean-Maurice Frère	Bureau fédéral du plan
Geneviève Geenens	Direction Générale Statistique et Information Economique, SPF Economie
Josée Goris	SPP Intégration sociale
Anne-Catherine Guio	IWEPS
Kristof Heylen	Steunpunt Ruimte en Wonen-KULeuven
Patrick Lusyne	Direction Générale Statistique et Information économique
Sophie Molinghen	SPP Intégration Sociale
Ann Morrissens	HIVA-KULeuven
Jo Noppe	Studiedienst van de Vlaamse Regering
Ramon Peña Casas	Observatoire Social Européen
Truus Roesems	Observatoire de la Santé et du Bien-être - Bruxelles
Frédéric Rottier	Observatoire du Crédit et de l'Endettement
Guy Van Camp	SPF Sécurité sociale
Karel Van den Bosch	CSB-Universiteit Antwerpen
Henk Van Hootegem	Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale
Hildegard Van Hove	Institut pour l'Égalité des femmes et des hommes

Bijlage 2: Liste des personnes et institutions qui ont fourni des données

Ariane Baye	Université de Liège, Département Education et Formation
Sarah Carpentier	CSB, Universiteit Antwerpen
Isabelle Erauw	Departement Onderwijs en Vorming, Vlaamse Overheid
Benoit Gauthier	SA Société Wallone du Logement
Geneviève Geenens	Direction Générale Statistique et Information Economique, SPF Economie
Béatrice Ghaye	Ministère de la Communauté française, Service général du pilotage du système éducatif
Katrien Gielis	VREG
Jacques Glorieux	CWaPE
Christelle Ladavid	Ministère de la Communauté française, DG Enseignement obligatoire
Patrick Lusyne	Algemene Directie Economische en Statistische Informatie, FOD Economie
Peter Neefs	Centrale voor Kredieten aan Particulieren, NBB
Laurent Schittecatte	Algemene Directie Economische en Statistische Informatie, FOD Economie
Anja Termote	Algemene Directie Economische en Statistische Informatie, FOD Economie
Peter Van Den Bosch	Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen nv
Herman Van Oyen	WIV
Pol Zimmer	Brusselse Gewestelijke Huisvestingsmaatschappij

Annexe 5.3. Indicateurs Pensions

Het luik pensioenen omvat volgende bestanden:

- [pens_adequacy.xls](#)
- [pens_sustainability.xls](#)

Annexe 5.3.1. Indicateurs concernant l'adéquation des pensions

- I.1. poverty risk of older persons
- I.2. Median relative income of older persons
- I.3. geaggregeerde vervangingsratio
- I.4. Theoretical prospective replacement rate
- I.5. poverty risk of different age categories
- I.6. median relative income of older persons (60+)
- I.7. Aggregated replacement rate (incl. other transfers)
- I.8. Income inequality among older people (S80-S20-ratio)
- I.9. Poverty gap of older people
- I.10. Poverty risk of pensioners
- I.11. Poverty risk by housing tenure
- I.12. Distribution around the at-risk-of-poverty-threshold
- I.13. Composition of income by source

Annexe 5.3.2. Indicateurs concernant la soutenabilité des pensions

- II.1. Total pension expenditure in % of GDP
- II.2. employment rate by age category and sex
- II.3. effective labour market exit-age
- II.4. Projection of pension expenditures
- II.5. Total social protection expenditures in % of GDP
- II.6. Decomposition of the projected increase of expenditures for public pensions
- II.7. old-age dependency ratio (current and projected for 2010, 2030 et 2050)
- II.8. live expectancy at birth, at 60 and 65 years
- II.9. Pensiondependency ratio
- II.10. contributions for public and private pensions

Annexe 5.4. Indicateurs Soins de Santé et Soins de longue durée

Le volet santé contient les fichiers suivants

- [health_access.xls](#)
- [health_sustainability.xls](#)
- [health_quality.xls](#)
- [health_context.xls](#)

Sauf mention particulière, la liste est basée sur les indicateurs repris dans le portfolio « Health Care » (HC) déterminé par l' « Indicator Sub-Group » (ISG)
« P » signifie qu'il s'agit d'un indicateur primaire et « S » d'un indicateur secondaire.

Les définitions précises des indicateurs ainsi que les sources utilisées, et tous commentaires nécessaires à la bonne compréhension des données, figurent dans les feuilles de données. Le statut (EU, NAT) de l'indicateur est également précisé.

Les personnes suivantes ont fournis des données dans le cadre de cette annexe « indicateur » en matière de soins de santé et de soins de longue durée pour le rapport stratégique national 2008-2010.

Bea Jans	Institut Scientifique de Santé Publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Pascal Meeus	INAMI/RIZIV
Herman Van Oyen	Institut Scientifique de Santé Publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

5.4.1. Indicateurs mesurant l'accès aux soins et les inégalités de santé

Ensemble des indicateurs figurant dans le fichier [« health_access.xls »](#).

- **HC-P1 :** *Self reported unmet need for medical care (total) and number of doctors' consultations per capita*

Cette feuille comprend aussi un tableau avec les indicateurs « unmet need » par quintile de revenu.

- **HC-P2 :** *Self reported unmet need for dental care (total) and number of dentist consultations per capita*

- **Postponecare by ...** *Self reported unmet need for medical and dental care (total) by ...*

Cette feuille reprend des indicateurs « unmet need » pour les soins médicaux et/ou dentaires selon différents critères (sexe, âge, composition du ménage, statut social, niveau d'éducation, ...). Il s'agit d'un indicateur national, hors portfolio « ISG ».

- **HC-P3 :** *The proportion of the population covered by health insurance*

Sont repris ici, d'une part, la couverture de l'assurance obligatoire publique soins de santé, et, d'autre part, la couverture assurée par les assurances complémentaires privées.

- **HC-P4a** : *Life Expectancy*
Il s'agit de l'espérance de vie respectivement à la naissance, à 45 ans, à 65 ans (calculée à la fois pour l'ensemble de la population, pour les hommes et pour les femmes)
- **HC-P4b** : *Life Expectancy by Socio-Economic Status*
Ici, il s'agit de l'espérance de vie aux âges respectifs de 25, 45, 65 et 85 ans (hommes et femmes)
- **HC-P5a** : *Healthy Life Years*
Espérance de vie « en bonne santé » à la naissance.
- **HC-P5b** : *Healthy Life Years by socio-economic status*
Espérance de vie en bonne santé (et sans limitations sévères) aux âges respectifs de 25, 45, 65 et 85 ans. (hommes et femmes) selon le niveau d'éducation.
- **HC-S1** : *Self-perceived limitations in daily activities*
Pas de données disponibles
- **HC-S2** : *Self-perceived general health*
- **HC-S3a** : *Infant mortality rate*
- **HC-S3b** : *Infant mortality rate by Socio-economic status*
- **Densité médicale par commune**
Carte reprenant les communes qui répondent aux critères de faible densité médicale et/ou de précarité (politique des grandes villes). Il s'agit d'un indicateur national, hors portfolio « ISG ».

5.4.2. Indicateurs mesurant la qualité des soins

Ensemble des indicateurs figurant dans le fichier « [health_quality.xls](#) ».

- **HC-P6** : *Vaccination coverage in children*
- **HC-P7** : *Cervical cancer screening*
- **HC-P8** : *Cervical cancer survival rates*
Pas de données pour la Belgique
- **HC-P9** : *Colorectal cancer survival rates*
Pas de données pour la Belgique
- **HC-P10** : *Satisfaction with health care services*
- **HC-S4** : *Influenza vaccination for adults over 65+*
- **HC-S5** : *Breast cancer screening*
- **HC-S6** : *Breast cancer survival rate*
Pas de données pour la Belgique
- **HC-S7** : *Perinatal Mortality*
- **MRSA** : *Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus*
Il s'agit d'un double indicateur national, hors portfolio « ISG »,:
 - L'incidence nosocomiale acquise MRSA
 - Les chiffres de résistance pour la Meticilline/Oxicilline

5.4.3. Indicateurs mesurant la viabilité (financière) du système de soins

Ensemble des indicateurs figurant dans le fichier « [health_sustainability.xls](#) ».

- **HC-P11** : *Total health expenditure per capita*
- **HC-P12** : *Total health care expenditure as a % of GDP*
- **SHA2006 - Be** :
Cette feuille relative aux comptes de la santé 2006 est intercalée car elle permet d'estimer les dépenses totales pour 2006
- **HC-P13** : *Total long-term care expenditure as percentage of GDP*
Notons qu'il y a encore de gros problème de méthodologie pour cet indicateur.
- **HC-P14** : *Projections of public expenditure on health care as % of GDP*
- **HC-P15** : *Projections of public expenditure on long-term care as a percentage of GDP*
(Projection results for AWG reference scenario)
- **HC-P16** : *Hospital Inpatient Discharges*
- **HC-P17** : *Hospital inpatient discharges by diagnosis (ISHMT), daycases, all causes (excluding healthy newborn babies), per 100,000 inhabitants*
- **HC-P18** : *Obesity (percentage of population with bmi >=30)*
- **HC-S8**: *Sales of generics*
Pas de données.
- **HC-S9** : *Acute care bed occupancy rates*
- **HC-S10** : *Hospital average length of stay*
- **HC-S11** : *regular smokers*
- **HC-S12** : *alcohol consumption*

5.4.4. Indicateurs de contexte

Ensemble des indicateurs figurant dans le fichier « [health_context.xls](#) ».

- **HC-C1** : *Physicians (Total number of practising physicians per 100 000 inhabitants)*
- **HC-C2** : *Nurses and midwives (Total number of practising nurses and midwives per 100 000 inhabitants)*
Pour la Belgique, nous avons seulement des données en termes de « licensed to practice »
- **HC-C3** : *Public and private expenditure as a % of total health expenditure*
- **HC-C4** : *Total expenditure on main types of activities or functions of care*
- **LTCB LTCI LTCH**

Il s'agit d'indicateurs nationaux sur :

- Long term care beds in nursing homes
- Long-term care recipients in institutions
- Long-Term care recipients at home

Annexe 5.5. Indicateurs Globale du contexte

Ces indicateurs sont utilisés pour la description du contexte socio-économique dans le première partie du rapport 'Evaluation de la situation sociale'.

Ensemble des indicateurs figurant dans le fichier : [context.xls](#)

- 1. number of persons in collective households*
- 2. unemployment traps, inactivitytraps, low wage traps*
- 3. GDP*
- 4. employment rate*
- 5. unemployment rate*
- 6. composition of the population by type of household*
- 7. government dept*
- 8. Social protection expenditure (ESSPROS)*
- 9. employment gap migrants*